



UNIVERSIDADE
ESTADUAL DE LONDRINA

ANA PAULA RIBEIRO

**O SEGUIMENTO AMBULATORIAL DO PREMATURO
REALIZADO POR ENFERMEIROS**

Londrina
2015

ANA PAULA RIBEIRO

**O SEGUIMENTO AMBULATORIAL DO PREMATURO
REALIZADO POR ENFERMEIROS**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Estadual de Londrina como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Sarah Nancy Deggau Hegeto de Souza

Londrina
2015

**Catálogo elaborado pela Divisão de Processos Técnicos da Biblioteca Central da
Universidade Estadual de Londrina.**

Dados Internacionais de Catalogação-na-Publicação (CIP)

R484s Ribeiro, Ana Paula.

O seguimento ambulatorial do prematuro realizado por enfermeiros /
Ana Paula Ribeiro. – Londrina, 2015.

134 f. : il.

Orientador: Sarah Nancy Deggau Hegeto de Souza.

Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Estadual de Londrina,
Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, 2015.
Inclui bibliografia.

1. Prematuros – Teses. 2. Recém-nascidos – Peso baixo – Teses. 3. Enfermagem
neonatal – Teses. 4. Serviços de saúde para crianças – Teses. 5. Neonatologia –
Teses. I. Souza, Sarah Nancy Deggau Hegeto de. II. Universidade Estadual
de Londrina. Centro de Ciências da Saúde. Programa de Pós-Graduação em
Enfermagem. III. Título.

CDU 616-083-053.2

ANA PAULA RIBEIRO

**O SEGUIMENTO AMBULATORIAL DO PREMATURO REALIZADO
POR ENFERMEIROS**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Estadual de Londrina como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

BANCA EXAMINADORA

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Sarah Nancy Deggau
Hegeto de Souza
Universidade Estadual de Londrina – UEL

Prof^a Dr^a Rosangela Aparecida Pimenta Ferrari
Universidade Estadual de Londrina – UEL

Prof^a Dr^a Ana Maria Rigo Silva
Universidade Estadual de Londrina – UEL

Londrina, 18 de maio de 2015.

Dedicatória

*A meus pais Rubens Gonçalves Ribeiro e
Raquel Amaral Ribeiro,
pelo amor, carinho, confiança, incentivo e apoio
em todos os momentos da minha vida, possibilitando-me
o crescimento e o desenvolvimento pessoal e profissional.*

Agradecimentos

*A Deus,
por ter me permitido chegar a este objetivo,
dando sempre esperança, saúde, forças e sabedoria.*

*À minha família Claudia Mara Ribeiro Leiser,
Jacir Julio Leiser, Alan Willy Leiser,
Nicole Ellen Leiser e Kelvin Phillip Leiser,
pelo carinho e apoio em todos os momentos.*

*Ao querido Michel Serpa de Azevedo,
pelo apoio, compreensão e carinho
nos momentos difíceis desta jornada.*

*À Professora Doutora
Sarah Nancy Deggau Hegeto de Souza,
que durante todo estudo soube orientar
minha caminhada de maneira
carinhosa e hábil; sendo amiga e acolhedora
nos momentos de dificuldade, mas também firme
e objetiva quando necessário.*

*Às Professoras Dr^a Rosangela Aparecida Pimenta Ferrari e
Dr^a Ana Rigo Silva
Pelas observações oportunas que contribuíram
para aperfeiçoar este trabalho.*

*Ao Cismepar,
pela dispensa das atividades laborais
para realização deste trabalho.*

*Ao Professor Doutor José Carlos Dalmas,
pela assessoria em estatística e por sua paciência
em compartilhar seus conhecimentos.*

*À amiga Adrielle Guerra Borges,
por ser minha “irmã” em todos os momentos
deste caminho acadêmico.*

*À querida Isadora Rodrigues Rossignolo,
por trilhar a segunda milha, sempre que necessário.*

*À Edna Picelli,
pela competência na formatação e disposição
em acrescentar sempre mais.*

Mas os que esperam no Eterno
renovam suas forças. Abrem as asas
e voam alto como águias, correm e não
se cansam, andam e não ficam exaustos.

ISAÍAS 40:31

RIBEIRO, Ana Paula. **O seguimento ambulatorial do prematuro realizado por enfermeiros**. 2015. 134 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Estadual de Londrina, Londrina, 2015.

RESUMO

A prematuridade representa um dos fatores determinantes na ocorrência do óbito infantil, porém, é cada vez maior a expectativa de sobrevivência de crianças de alto risco, decorrentes dos progressos tecnológicos e técnicos de assistência. A preocupação, está no prognóstico em longo prazo, uma vez que a prematuridade, o tratamento neonatal e o tempo de internação podem ter como consequências crianças com sequelas importantes no que diz respeito ao seu desenvolvimento, crescimento e interação familiar. Assim sendo, é preciso investir nessa área de atenção à criança, visando o seguimento e o suporte adequado que objetivará a sobrevivência com qualidade. Diante disso, o estudo objetivou analisar os nascimentos de prematuros em uma unidade neonatal e o seguimento ambulatorial realizado pelo enfermeiro por meio da consulta de enfermagem. Para tanto, foi realizada pesquisa descritiva com abordagem quantitativa utilizando dados provenientes do banco de dados do projeto “Uma rede de apoio à família prematura”, no período de 2006 a 2012. Os dados foram tabulados pelos programas Excel 2007 e Statistical Package for the Social Sciences (SPSS). Realizou-se análise descritiva e cálculos estatísticos (Para as análises bivariadas e de regressão de Poisson aplicou-se o Teste Qui-Quadrado de Wald). Os resultados e as discussões foram organizados sob a forma de dois artigos científicos. O primeiro “Caracterização de prematuros ou recém-nascidos de muito baixo peso nascidos em um hospital público” consistiu em caracterizar os prematuros e suas mães, apontando que 71% das mães tinham idade entre 20 e 35 anos, 16,4% usaram tabaco durante a gestação, o nascimento de 42,5% dos prematuros deu-se entre a 28ª e 31ª semana de gestação, 73,7% nasceram com menos de 1500g, 94% apresentou patologia respiratória, a ocorrência de cesárea teve uma maior prevalência em mães com mais de 35 anos e com gestação múltipla e o óbito ocorreu em 21,2% dos prematuros. O segundo artigo “Seguimento ambulatorial do prematuro realizado por enfermeiros” compreendeu em caracterizar a consulta de enfermagem dos prematuros no seguimento ambulatorial em relação ao tipo de alimentação, cuidados maternos e diagnósticos de enfermagem, mostrando que foram realizadas 1424 consultas, 65,9% dos atendimentos foram com bebês com idade gestacional corrigida menor ou igual a quatro meses, 39,9% estavam em aleitamento materno exclusivo, sendo que a não manutenção deste teve maior prevalência em gestação dupla, extrema prematuridade e muito baixo peso, 30,9% deles não apresentavam esquema vacinal completo na primeira consulta e os principais diagnósticos de enfermagem foram de segurança/proteção, nutrição e papéis e relacionamentos. Diante do exposto, a pesquisa demonstrou a necessidade de um melhor conhecimento referente à população estudada, visando diminuir os partos prematuros e conseqüentemente as taxas de mortalidade infantil, e que por meio da consulta de enfermagem, o enfermeiro pode evidenciar dificuldades que necessitam de intervenções precoces, além de atuar na promoção da saúde e prevenção de agravos do prematuro.

PALAVRAS-CHAVE: Prematuro. Recém-nascido de muito baixo peso. Enfermagem neonatal. Assistência ambulatorial.

RIBEIRO, Ana Paula. **Outpatient follow-up of premature performed by nurses.** 2015. 134 p. Dissertation (Master of Nursing) - State University of Londrina, Londrina, 2015.

ABSTRACT

Prematurity is one of the determining factors in the occurrence of child deaths, however, it is growing the expectation of survival of high-risk children as a result of technological advances and service technicians. The concern is in the long-term prognosis, since prematurity, neonatal treatment and hospitalization time may have as consequences children with major sequels with regard to their development, growth and family interaction. Therefore, it is necessary to invest in this area of child care, focusing at monitoring and timely support that will aim to survival with quality. Thus, the study aimed analyze premature births in a neonatal unit and outpatient follow-up performed by the nurse through the nursing consultation. For this, a descriptive research with a quantitative approach using data from the project database "An early family support network", held in the period 2006-2012. The data were tabulated by Excel 2007 programs and Statistical Package for Social Sciences (SPSS). A descriptive analysis and statistical calculations (For bivariate and Poisson regression analysis was applied to the Wald chi-square test) was performed. The results and discussions were organized in the form of two scientific papers. The first "Characterization of premature or newborns of very low weight borned in a public hospital" consisted in characterize the premature infants and their mothers, pointing out that 71% of mothers were between 20 and 35 years, 16.4% used tobacco during pregnancy, the birth of 42.5% of premature took place between the 28th and 31st week of pregnancy, 73.7% were born with less than 1500g, death occurred in 21.2%, 94% had respiratory disease, the occurrence of C-section had a higher prevalence in mothers over 35 years and with multiple pregnancy and the death occurred in 21.2% of premature infants. The second article "Outpatient follow-up of premature done by nurses" comprehend in characterizing the nursing consultation of premature in outpatients follow-up related to the type of feeding, maternal care and nursing diagnoses, showing that were held 1424 consultations, 65.9% of cases were with babies with corrected gestational age or equal to four months, 39.9% were on exclusive breastfeeding, and the failure to maintain this, had higher prevalence in double pregnancy, extreme prematurity and very low weight, 30.9% of them did not have vaccination schedule complete at the first visit and the main nursing diagnoses were of security/protection, nutrition and roles and relationships. Given the above, the research showed the need for better understanding regarding the population studied in order to reduce premature births and consequently child mortality rates, and through nursing consultation, the nurse may evidence problems that require early interventions, as well as acting in health promotion and prevention of premature health problems.

KEY WORDS: Premature. Newborn very low birth weight. Neonatal nursing. Ambulatory care.

LISTA DE FIGURAS

ARTIGO 2

- FIGURA 1** Distribuição dos prematuros segundo número de consultas. Londrina, PR, Brasil, 2015 79
- FIGURA 2** Distribuição do tipo de alimentação na alta hospitalar e consultas do seguimento do prematuro. Londrina, PR, Brasil, 2015 81
- FIGURA 3** Diagnósticos de enfermagem das consultas de seguimento dos prematuros segundo classificação e domínio NANDA. Londrina, PR, Brasil, 2015 85

LISTA DE TABELAS

ARTIGO 1

- TABELA 1** Distribuição dos prematuros segundo características da gestação. Londrina, PR, Brasil, 2015 58
- TABELA 2** Distribuição dos prematuros segundo características do nascimento, internação e óbito. Londrina, PR, Brasil, 2015 61
- TABELA 3** Distribuição dos prematuros segundo diagnósticos médicos na internação. Londrina, PR, Brasil. 2015 62
- TABELA 4** Análise bivariada de fatores associados ao parto cesárea. Londrina, Paraná, 2015 63
- TABELA 5** Regressão de Poisson de fatores associados ao tipo de parto. Londrina, PR, Brasil, 2015 64

ARTIGO 2

- TABELA 1** Distribuição dos prematuros segundo o tipo de alimentação na alta, visita domiciliar após a alta e 1ª consulta. Londrina, PR, Brasil, 2015 80
- TABELA 2** Análise bivariada de fatores associados a não manutenção do aleitamento materno exclusivo na 1ª consulta do prematuro, após a alta hospitalar. Londrina, PR, Brasil, 2015 82
- TABELA 3** Análise de regressão de Poisson para fatores associados à não manutenção do aleitamento materno exclusivo na 1ª consulta do prematuro, após a alta hospitalar. Londrina, PR, Brasil, 2015 83
- TABELA 4** Distribuição das consultas em relação aos cuidados maternos realizados com o bebê. Londrina, PR, Brasil, 2015 84

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AEHU	Ambulatório de Especialidades do Hospital Universitário
BPN	Baixo peso ao nascer
CCF	Cuidado Centrado na Família
CE	Consulta de enfermagem
DE	Diagnóstico de enfermagem
HU-UEL	Hospital Universitário da Universidade Estadual de Londrina
IG	Idade gestacional
IGC	Idade gestacional corrigida
OMS	Organização Mundial de Saúde
RN	Recém-nascido
RNPT	Recém-nascido pré-termo
SDR	Síndrome do Desconforto Respiratório
SUS	Sistema Único de Saúde
UCIN	Unidade de cuidados intermediários neonatal
UEL	Universidade Estadual de Londrina
UTIN	Unidade de terapia intensiva neonatal

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	14
2 REVISÃO DA LITERATURA	21
2.1 PREMATURIDADE E SUAS REPERCUSSÕES	22
2.2 A FAMÍLIA DO PREMATURO	28
3 OBJETIVOS	33
3.1 OBJETIVO GERAL	34
3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	34
4 MATERIAL E MÉTODO	35
4.1 DESENHO DE PESQUISA.....	36
4.2 POPULAÇÃO DE PESQUISA	36
4.2.1 LOCAL DA PESQUISA	37
4.3 FONTES DE DADOS	38
4.4 PROCEDIMENTOS	42
4.4.1 VARIÁVEIS DO ESTUDO	42
4.4.1.1 CARACTERIZAÇÃO MATERNA	43
4.4.1.2 CARACTERIZAÇÃO DO RECÉM-NASCIDO	45
4.5 ANÁLISE DE DADOS	47
4.6 ASPECTOS ÉTICOS	48
5 RESULTADOS	49
5.1 ARTIGO 1 – “CARACTERIZAÇÃO DE PREMATUROS OU RECÉM-NASCIDOS DE MUITO BAIXO NASCIDOS EM UM HOSPITAL PÚBLICO”	51

5.2 ARTIGO 2 – “O SEGUIMENTO AMBULATORIAL DO PREMATURO REALIZADO POR ENFERMEIROS”	72
6 CONCLUSÃO	96
REFERÊNCIAS	99
 ANEXOS	
ANEXO A – INSTRUMENTO DE ACOMPANHAMENTO DE ENFERMAGEM AOS PREMATUROS E À FAMÍLIA	107
ANEXO B – CARTA DE APROVAÇÃO CEP	115
ANEXO C – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	116
ANEXO D – NORMAS DE PUBLICAÇÃO DA REVISTA DE SAÚDE MATERNO INFANTIL	117
ANEXO E – NORMAS DE PUBLICAÇÃO DA REVISTA DA ESCOLA DE ENFERMAGEM DA USP	123

1 Introdução

A prematuridade é destacada causa básica ou associada de óbitos no primeiro ano de vida bem como é responsável por uma maior morbidade na infância, caracterizando-se como um problema de saúde pública. A mortalidade e a morbidade têm forte tendência a acentuar-se com a diminuição do peso ao nascer e, mais significativamente, com a redução do período gestacional. Os recém-nascidos que sobrevivem configuram um grupo suscetível à maior ocorrência de morbidade. O conhecimento dos aspectos epidemiológicos mostra as relações entre riscos e danos perinatais, neonatais e fases subsequentes, necessitando, essas crianças, de acompanhamento após a alta hospitalar (ALBERMAN; EVANS, 1992; MELLO et al., 2002).

A mortalidade infantil é um indicador clássico que mensura o risco de uma criança morrer antes de completar um ano de idade e, sobretudo, reflete a qualidade dos serviços de saúde e as condições de vida de uma determinada população (FRIAS et al., 2010); constitui-se de dois componentes: neonatal e pós-neonatal. O neonatal inclui os óbitos que ocorrem do nascimento ao 27º dia de vida, enquanto o pós-neonatal compreende os óbitos que acontecem do 28º até o final do primeiro ano de vida (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 1993).

Visando o enfrentamento desse problema, no ano 2000, a Organização das Nações Unidas (ONU) reuniu representantes de 189 países, sendo o Brasil um dos participantes na reunião "Cúpula do Milênio da ONU". Das discussões e propostas surgiram os "Objetivos de Desenvolvimento do Milênio até 2015". Nestes estão incluídas metas dirigidas a áreas prioritárias que precisariam ser atingidas para melhorar as condições de saúde, de educação, bem como eliminar a extrema pobreza, entre outros (ORGANIZAÇÕES DAS NAÇÕES UNIDAS, 2001). No quesito melhoria das condições de saúde, encontra-se o objetivo de número quatro, que se refere à redução da mortalidade infantil.

O Brasil já atingiu a meta estabelecida no que diz respeito às mortes de crianças com menos de um ano de idade. A taxa de mortalidade infantil no país, de 1990 a 2011, caiu de 47,1 para 15,3 óbitos por mil nascidos vivos, superando a meta de 15,7 óbitos estimada para 2015 (INSTITUTO DE PESQUISA ECONOMICA APLICADA, 2014).

Nas últimas décadas, a mortalidade neonatal representa o principal componente da mortalidade infantil (CALDEIRA et al., 2005).

A mortalidade neonatal reflete a qualidade da assistência à saúde recebida pelas crianças e mães e está associada tanto a fatores biológicos quanto à assistência pré-natal, ao parto e ao recém-nascido. Apesar do declínio da mortalidade infantil ser indiscutível, a redução da mortalidade neonatal representa um desafio para os serviços de saúde e para a sociedade, uma vez que a maioria dessas mortes poderia ser evitada se houvesse melhores condições na atenção pré-natal e na assistência ao parto (KILSZTAJN et al., 2000; SILVA et al., 2006).

Dados recentes do Ministério da Saúde revelam que no Brasil, no ano de 2011, foi registrado o nascimento de 2.913.160 crianças, das quais 8,3% eram prematuros e 7,1% apresentavam baixo peso ao nascer (BRASIL, 2012). A taxa de mortalidade infantil foi de 16 por 1000 nascidos vivos, e a mortalidade neonatal de 11,1 por 1000 nascidos vivos. A mortalidade proporcional por faixa etária, segundo o grupo de causas, evidenciou que 58,9% das mortes ocorridas em menores de um ano de idade são devidas a afecções decorrentes do período perinatal, sendo esse período dividido em dois outros períodos: Período Perinatal I, que se estende da 28^a semana de gestação, incluindo fetos pesando 1000g ou mais, até o sétimo dia de vida (período hebdomadário), e Período Perinatal II que compreende a 20^a semana de gestação, incluindo fetos pesando 501g ou mais, até 28^o dia de vida (SEGRE, 2002).

Em Londrina, município localizado no norte do estado do Paraná, com uma população de 543.003 habitantes (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFICA E ESTATÍSTICA, 2014), ocorreram, no ano de 2012, 86 óbitos de crianças menores de 1 ano, sendo que o Coeficiente de Mortalidade Infantil (CMI) para aquele mesmo ano foi de 12,03 óbitos por 1000 nascidos vivos. Do total de mortes de crianças menores de um ano, as afecções do período perinatal foram responsáveis por 58,1% (50 casos) do total de óbitos (LONDRINA, 2012).

Representando índices superiores a 60% da totalidade de óbitos neonatais o baixo peso ao nascer (BPN), definido como recém-nascido com peso

abaixo de 2500g e a prematuridade (nascimento antes de 37 semanas de gestação), passaram a ser os grandes responsáveis pela mortalidade neonatal e pelos distúrbios funcionais entre os sobreviventes (SCHOEPS et al., 2007; GIGLIO et al., 2005).

A expectativa de sobrevivência de crianças de alto risco decorrente dos progressos tecnológicos e técnicos de assistência é cada vez maior. A preocupação está no prognóstico em longo prazo, uma vez que a prematuridade, o tratamento neonatal e o tempo de internação podem ter como consequência crianças com sequelas importantes no que diz respeito ao seu desenvolvimento, crescimento e interação familiar (VIEIRA; MELLO, 2009).

Alguns impactos com possibilidades de afetar a longo prazo a vida de prematuros e suas famílias são elencados pela Organização Mundial da Saúde. Entre eles destacam-se: deficiências visual e auditiva, doença pulmonar crônica, doença cardiovascular em longo prazo, sequelas nas áreas comportamentais e psiquiátricas, atraso no desenvolvimento global, impacto econômico, emocional e psicossocial na família, sociedade e nos serviços de saúde (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2012).

Sendo assim, o seguimento desse grupo tem sido recomendado na literatura. Atualmente as ações para a assistência desses bebês estão estabelecidas pelo governo no Programa Rede Cegonha que é um programa que visa garantir atendimento de qualidade a todas as brasileiras atendidas pelo Sistema Único de Saúde (SUS), desde a confirmação da gestação até os dois primeiros anos de vida da criança (BRASIL, 2007). Entre as ações dessa rede está o Método Canguru que contempla, na terceira etapa, o acompanhamento de bebês de risco em um ambulatório especializado cujo objetivo principal é manter um acompanhamento horizontal tanto do bebê, como da sua família, estabelecendo uma periodicidade de retornos que varia de acordo com os fatores de risco individuais. Possíveis intervenções, quando necessárias, podem prevenir agravos que resultem em reinternações (BRASIL, 2007).

Na organização do seguimento ambulatorial é fundamental o

trabalho em equipe, que é composta por pediatra/neonatologista, psicólogo, neurologista, oftalmologista e retinólogo, otorrinolaringologista, nutricionista clínica, fonoaudiólogo, enfermeiro, assistente social, fisioterapeuta e terapeuta ocupacional, com papéis bem estabelecidos e definidos (SILVEIRA, 2012).

Entre esses profissionais, a atuação do enfermeiro, por meio da consulta de enfermagem está regulamentada pelo Congresso Nacional Brasileiro, lei 7498/86 (BRASIL, 1986), que caracteriza como atividade privativa do enfermeiro, utilizando componentes do método científico para identificar situações de saúde/doença, prescrever e implementar medidas de enfermagem que contribuam para a promoção, prevenção, proteção da saúde, recuperação e reabilitação do indivíduo, família e comunidade. A consulta de enfermagem deve ser fundamentada nos princípios de universalidade, equidade, resolutividade e integralidade das ações. É composta de história de enfermagem, exame físico, diagnóstico de enfermagem, prescrição e implementação da assistência e evolução de enfermagem. Institucionalizada dessa forma pode ser reconhecida como um processo da prática de enfermagem na perspectiva da concretização de um modelo assistencial adequado às condições das necessidades de saúde da população (CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM, 1993).

A Sociedade de Pediatria de São Paulo aponta objetivos para um programa de seguimento interdisciplinar: vigiar o crescimento e desenvolvimento do prematuro, identificando precocemente e intervindo em eventuais desvios e avaliar as repercussões a longo prazo das doenças e da assistência no período neonatal (COSTA; MARBA, 2004). Ao enfermeiro, a Sociedade Brasileira de Pediatria atribui, o controle dos medicamentos em uso, orientação de medidas preventivas de diversas doenças, manejo do oxigênio domiciliar, sondas entéricas e cuidados gerais de higiene (SILVEIRA, 2012).

Em 2006, docentes do Departamento de Enfermagem da Universidade Estadual de Londrina (UEL), cientes da necessidade da presença do enfermeiro no seguimento ambulatorial, propuseram, por meio de um projeto, a inserção da consulta de enfermagem no ambulatório do prematuro de um hospital universitário. Naquele momento, o atendimento era realizado por equipe

multiprofissional sem a atuação de um enfermeiro. Porém, desde sua concepção, foi proposta a realização de um atendimento integral aos bebês e famílias, que se iniciava no dia do nascimento, durante a internação, no processo da alta e no seguimento durante o primeiro ano de vida. Dessa forma, foi implantado o projeto “Uma Rede de Apoio à Família Prematura” (BENGOZI et al., 2010), desenvolvido no Hospital Universitário da Universidade Estadual de Londrina (HU/UEL).

No projeto, o enfermeiro assiste integralmente o bebê, orienta e desenvolve ações educativas com a família, sendo esta inserida na rotina de cuidados diários com a finalidade de preparo para a alta hospitalar. No seguimento ambulatorial, por meio da consulta de enfermagem (CE), o enfermeiro que assistiu a família durante a internação, realiza o acompanhamento do prematuro, proporcionando maior comunicação, confiabilidade entre profissional e paciente, sendo capaz de desenvolver as etapas previstas para a CE com maior facilidade e assertividade.

Diante das descrições distintas como função da enfermagem na equipe multidisciplinar no seguimento do prematuro pela Sociedade Brasileira de Pediatria e a assistência realizada por meio da CE no contexto do projeto “Uma rede de apoio à família prematura”, emerge o seguinte questionamento: Como tem se configurado a consulta de enfermagem ao seguimento do prematuro após a implementação do projeto “Uma rede de apoio à família prematura”?

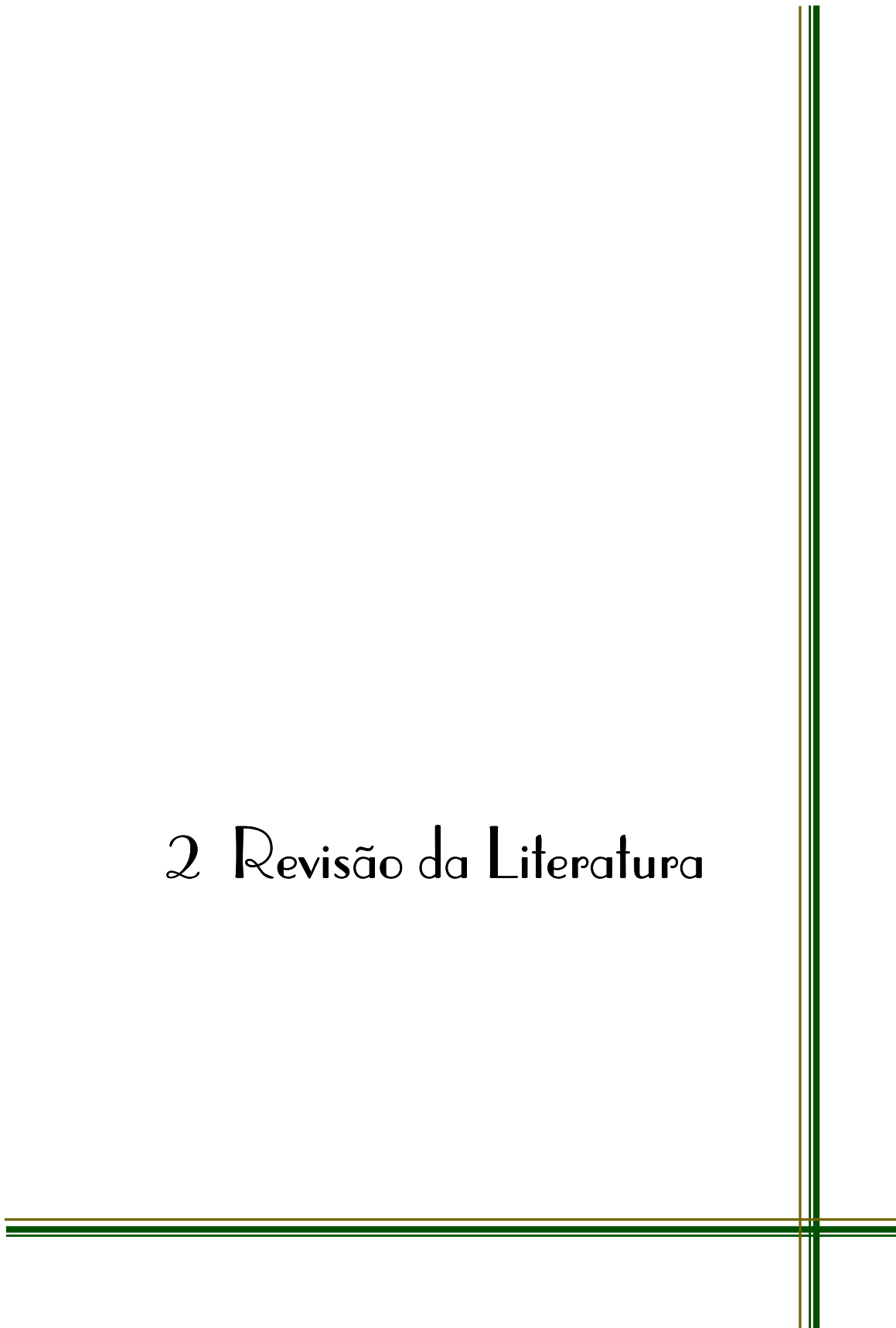
Em função deste questionamento tem-se o pressuposto de que a atuação do enfermeiro, ao realizar a consulta de enfermagem, tem papel singular como membro da equipe multidisciplinar no seguimento do prematuro.

Considerando as consequências decorrentes da própria prematuridade e da internação hospitalar somadas às necessidades da família, na qualidade de cuidadora do novo membro, torna-se indispensável, um acompanhamento profissional do prematuro durante e após a alta hospitalar, tendo como filosofia, nesse atendimento, a compreensão de que a família é o centro socializador da criança.

1 Introdução

A relevância deste estudo encontra-se no fato de que o mesmo possa contribuir para destacar o papel assistencial do enfermeiro como integrante da equipe de saúde no seguimento ambulatorial e, ainda, demonstrar a importância da assistência integral ao prematuro, em ambos contextos, hospitalar como ambulatorial.

2 Revisão da Literatura



2.1 PREMATURIDADE E SUAS REPERCUSSÕES

O nascimento prematuro é uma síndrome com uma variedade de causas que podem ser classificados em dois subtipos principais (GOLDENBERG et al., 2012):

1. **NASCIMENTO PREMATURO ESPONTÂNEO:** início espontâneo do trabalho de parto ou após ruptura prematura de membranas (ROPREMA);
2. **NASCIMENTO PREMATURO INDUZIDO:** definido como a indução de trabalho de parto ou parto por cesariana eletiva antes de 37 semanas completas de gestação para as indicações maternas ou fetais (tanto "urgente" ou "discricionária"), ou por outras razões não médicas.

Parto prematuro espontâneo é um processo multifatorial resultante da interação de fatores que causam o útero mudar da quiescência a contrações ativas e ao nascimento antes de 37 semanas completas de gestação. Os agentes de parto prematuro espontâneo variam de acordo com a idade gestacional (STEER, 2005), fatores sociais e ambientais, mas a causa permanece não identificada em até metade de todos os casos (MENON, 2008).

História materna de nascimento pré-termo é um fator de alto risco e provavelmente conduzido pela interação de fatores genéticos, epigenéticos e risco ambiental (PLUNKETT; MUGLIA, 2008). Muitos fatores maternos têm sido associados com um risco aumentado de parto prematuro espontâneo, incluindo jovens ou idade materna avançada, intervalos inter-gravidez de curta duração e de baixo índice de massa corporal materna (GOLDENBERG et al., 2008; MUGLIA; KATZ, 2010).

Gestações múltiplas (gêmeos, trigêmeos, etc.) carregam cerca de 10 vezes mais o risco de nascimento prematuro, se comparado ao de gestações únicas (BLONDEL et al., 2006). O aumento da idade materna e da disponibilidade de concepção assistida em países de alta renda têm contribuído para a incidência de gestação múltipla (FELBERBAUM, 2007).

A infecção ocorrida durante a gestação desempenha um papel significativo no nascimento prematuro. Infecções do trato urinário, malária, vaginose bacteriana, vírus da imunodeficiência humana (HIV) e sífilis estão associadas com o aumento do risco de nascimento prematuro (GRAVETT et al., 2010).

Alguns estilos de vida contribuem para o parto prematuro espontâneo, estes incluem o estresse e o trabalho físico com longos períodos em pé (MUGLIA; KATZ,2010), também tabagismo e consumo excessivo de álcool, bem como doença periodontal (GRAVETT et al., 2010).

Tabagismo e consumo excessivo de álcool, bem como doença periodontal têm sido associados com aumento do risco de parto prematuro (GRAVETT et al., 2010).

Outras circunstâncias clínicas que podem levar a indicação médica para o nascimento prematuro podem ser divididas em maternas, tais como pré-eclâmpsia grave, alterações do líquido amniótico (hidrâmnios ou oligoâmnios), descolamento prematuro da placenta, ruptura uterina, doença renal, hipertensão, obesidade, diabetes, colestase; e fetais, que compreendem o sofrimento fetal e restrição de crescimento fetal (ANANTH; VINTZILEOS, 2006; SAYRES, 2010)

Nascimento pré-termo é definido pela Organização Mundial de Saúde como todo nascimento antes das 37 semanas completas de gestação ou menos que 259 dias a partir do primeiro dia do último período menstrual da mulher (WORLD HEALTH ORGANIZATION,1977).

Em virtude dos prematuros constituírem um grupo bastante heterogêneo, a gama de problemas funcionais que apresentam também é muito variada em função de sua maior ou menor idade gestacional (IG) (SEGRE, 2002).

Esses problemas podem ser segmentados por funções ou sistemas do corpo humano.

Dessa forma, quanto ao aparelho gastrointestinal, os recém-nascidos prematuros (RNPT) apresentam sucção e deglutição débeis e, quando

abaixo da 34^a semana de IG, não há coordenação entre sucção e deglutição, necessitando, assim, de assistência para alimentar-se devido a propensão à aspiração. A motilidade intestinal encontra-se diminuída, levando facilmente à distensão abdominal. O volume gástrico é menor e o tempo de esvaziamento aumentado. As funções digestivas são deficientes, não havendo absorção das gorduras por deficiência de lipase pancreática. Há diminuição da síntese de sais biliares e sua reabsorção pelo íleo distal. A deficiência da vitamina K contribui para o aparecimento de fenômenos hemorrágicos (SEGRE, 2002).

Em relação ao aparelho renal, os RNPT apresentam, com maior frequência, baixa de filtração glomerular e redução dos mecanismos ativos de transporte tubular, pois os rins do RNPT não são capazes de manipular adequadamente água, solutos e eventual carga de ácidos. A eliminação de drogas é prejudicada, havendo também aumento de excreção urinária de nitrogênio. Há possibilidade de que a destruição celular leve a um excesso de liberação de água celular, cuja excreção seja difícil para o rim, o que é expressado clinicamente pelo aparecimento de edemas (SEGRE, 2002).

As funções hepáticas acham-se deficientes, sendo comum a hipoproteinemia e hipoprotrombinemia. O sistema de conjugação com ácido glicurônico é deficiente, contribuindo para a acentuação de icterícia. A bilirrubina não conjugada, por sua característica solúvel, pode depositar-se em membranas lipídicas, como a barreira hematoencefálica, causando risco na proteção ao cérebro (SEGRE, 2002; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2012; IP, 2004).

Os RNPT apresentam problemas metabólicos e do equilíbrio acidobásico, principalmente em relação ao metabolismo da glicose e do cálcio. É comum um estado de acidose nos primeiros dias de vida, particularmente em recém-nascidos (RN) com menos de 30 semanas de IG. Muitos desses RN mostram aumento do catabolismo protéico nos primeiros dias de vida, com aumento de nitrogênio não-protéico e potássio no sangue (SEGRE, 2002).

A imaturidade neurológica nos RNPT conduz à imaturidade dos mecanismos de controle da respiração, ocasionando o aparecimento de apnéia.

Há aumento de suscetibilidade à hemorragia intraventricular e regulação inadequada do fluxo sanguíneo cerebral. A hemorragia intraventricular é quase exclusiva dos RNPT, acontece nos primeiros dias de vida, estando relacionada à lesão multifatorial da matriz germinativa. Afeta em cerca de um para cada cinco RN com menos de 2000g, e é frequentemente associada com a gravidade da síndrome do desconforto respiratório (SDR) e hipotensão (SEGRE, 2002; VOLPE, 2008; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2012).

Quanto à termorregulação, pode-se verificar a incapacidade de manutenção da temperatura corpórea, pelo fato dos RN terem grande superfície corpórea, favorecendo a perda calórica, além disso, não possuem camada gordurosa de isolamento térmico (gordura marrom); as glândulas sudoríparas são pouco desenvolvidas e os bebês não conseguem responder ao frio pelo mecanismo do arrepio (SEGRE, 2002).

Os RNPT apresentam níveis baixos dos fatores de coagulação e maior fragilidade capilar. Há tendências a hemorragias, principalmente intracraniana e pulmonar. A anemia de crescimento é a regra. Anemia da prematuridade, muitas vezes, torna-se evidente em poucas semanas de vida, em consequência do atraso na produção de glóbulos vermelhos pela medula óssea imatura. O ferro liberado pela destruição das hemácias nas primeiras semanas de vida é estocado no sistema retículo-endotelial para ser utilizado quando a reticulocitose se inicia (SEGRE, 2002).

Em relação ao sistema imunológico, as atividades bacteriostáticas e bactericidas do soro acham-se diminuídas e a fagocitose é menos eficiente, há evidências de que ocorra deficiência de gamaglobulina, e os fatores de resistência tecidual estão pouco desenvolvidos; há relativa incapacidade de produzir anticorpos, por isso, as infecções graves são comuns, e os RNPT correm maior risco de morrer, uma vez que contraem infecção. A maioria dos RN que morrem de sepse neonatal são prematuros (SEGRE, 2002; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2012).

No que se refere à nutrição, o estabelecimento de uma oferta nutricional adequada é difícil, pois o estado nutricional de um RN ao nascer varia

de acordo com as condições de vida intra-uterina. O armazenamento de minerais e vitaminas, por se fazer no último trimestre de gestação, é inadequado. A adequação nutricional do feto pode influenciar de forma significativa a morbidade e mortalidade do RN. A enterocolite necrosante é uma condição que afeta a parede intestinal de RN muito prematuros. Alimentação artificial aumenta o risco da doença em dez vezes, em comparação com os RN que são alimentados apenas com leite materno (SEGRE, 2002; OLIVEIRA; SIQUEIRA; ABREU, 2008; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2012).

Quanto ao sistema respiratório, o ambiente extra-uterino desencadeia a respiração ativa, a queda abrupta da resistência vascular pulmonar e o aumento importante da perfusão sanguínea, além da exposição a concentrações de oxigênio (O_2), consideravelmente maiores em relação à vida intra-uterina. A necessidade de ventilação mecânica (VM) aumenta sobremaneira o risco de danos pulmonares decorrentes de radicais livres de oxigênio e a exposição a altos volumes e picos de pressão inspiratória positiva (PIP) pode ocasionar barotrauma, com conseqüente lesão do epitélio respiratório. Pode ocorrer a síndrome do desconforto respiratório (SDR) devido à imaturidade pulmonar e ausência de surfactante nos alvéolos, resultando em colapso (colabamento) dos pulmões que necessitam de pressão extra para expandir. Abaixo de 32 semanas de gestação, a maioria dos bebês desenvolvem SDR, embora esse risco possa ser reduzido pela metade com a administração de corticosteróides, no período pré-natal, para as mulheres em situação de risco ou em trabalho de parto prematuro (ALBERTINE, 1999; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2012).

Quanto à visão, a retinopatia da prematuridade é uma doença vasoproliferativa da retina e de etiologia multifatorial. O RNPT apresenta uma retina imatura, parcialmente avascular, sendo a sua vascularização condicionada pela hipóxia local. Em alguns casos, pode ocorrer uma vascularização anômala, causando um processo fibrótico cicatricial e descolamento de retina e em outros casos, a vascularização anômala regride espontaneamente, não deixando sequelas ou levando a leves alterações fundoscópicas. O aumento da pressão

arterial de oxigênio após o nascimento (PaO_2 de 30 mmHg para 80 mmHg), ocasiona uma constrição dos vasos da retina, que no prematuro ainda não estão completamente formados, levando à hipóxia da camada interna da retina, o que induz a síntese de uma proteína denominada fator de crescimento do endotélio vascular (VEGF), a qual, por sua vez, é responsável pelo crescimento de novos vasos sanguíneos (FIELDER et al., 1992).

Após a alta hospitalar, os resultados da combinação do ambiente da unidade de terapia intensiva neonatal (UTIN) e a prematuridade podem, também, ser sentidos por meio de dificuldades no desenvolvimento e crescimento do bebê.

Durante a infância podem ficar evidentes sequelas, tais como paralisia cerebral, atraso cognitivo global, cegueira e surdez, bem como anormalidades motoras transitórias e atraso no desenvolvimento motor. Posteriormente, podem ser observadas, em alguns dos bebês pré-termos, alterações de fala e de linguagem. Na idade escolar, principalmente nas crianças nascidas com peso inferior a 1500g, podem ser verificadas dificuldades acadêmicas, comportamentais e uma pobreza no funcionamento social e adaptativo, mesmo sem alterações evidentes em seu neurodesenvolvimento. Essas crianças têm menores escores de inteligência e piores resultados em testes de atenção, funcionamento executivo que envolve funcionamento do lobo frontal, memória, habilidades espaciais e funcionamento motor fino e grosseiro. Muitas apresentam também desordens com déficit de atenção/hiperatividade e dificuldades na autorregulação e autoestima (ALS; DUFFY; MCANULTY, 1996; HACK; TAYLOR, 2000; SILVA, 2005).

De uma forma geral, nos bebês com peso de nascimento menor que 1.500g, pode-se estimar uma incidência de 13% de paralisia cerebral (que vem se mantendo estável nos últimos anos), 30 a 50% de dificuldades acadêmicas, 20 a 30% de desordens com déficit de atenção/hiperatividade e aproximadamente 25 a 30% de desordens psiquiátricas na adolescência (PERLMAN, 2001). A associação com um meio ambiente domiciliar menos

estimulante parece contribuir para a piora no desenvolvimento cognitivo (WEISGLAS-KUPERUS et al., 1993).

Assim, apesar de se demonstrar que o impacto da condição de prematuridade pode prolongar-se ao longo da vida, encontrando-se associada à ocorrência de perturbação depressiva, baixa autoestima, agressividade e desajustamento social na adolescência e, ainda, ao estresse psicológico no início da idade adulta, prevalece a ideia de que um acompanhamento e intervenção precoces adequados durante o desenvolvimento dessas crianças podem mudar esse rumo e contrariar as consequências negativas da perturbação neurológica precoce (LIAW; BROOKS-GUNN, 1993; PATTON et al., 2004).

2.2 A FAMÍLIA DO PREMATURO

A experiência de ter um filho inaugura um momento importantíssimo no ciclo vital da mulher e do homem, com grandes repercussões no meio familiar (BRASIL, 2007).

A notícia da chegada de um bebê determina mudanças importantes nos diferentes membros da família. Surgem expectativas, planos e projetos junto a novas exigências de tarefas e de funções para cada uma dessas pessoas, provocando a reorganização desse grupo que possui os laços familiares como seu grande elo. Essas novas tarefas apresentam especificidades a partir dos paradigmas de diferentes culturas, mas possuem raízes universais quanto à formação de padrões interativos entre a criança e seus cuidadores mais significativos (pais), pois todo RN necessita e busca, já ao nascer, o reconhecimento de seu lugar na família (BRASIL, 2007).

Quando a gestação é interrompida pelo nascimento prematuro, os pais do recém-nascido vivem uma situação de crise. Convivem com uma “reação de luto” pelo filho perfeito que não tiveram e necessitam de tempo e apoio para que possam aceitar seu filho real (KLAUS; KENNELL, 1993). Seus sentimentos são de revolta, culpa, angústia, tristeza, medo e esperança (LAMY, 1995; JAVORSKI, 1997). A rede familiar recebe o impacto e tenta se adaptar

desenvolvendo estratégias, dentro e fora de seu ambiente, para lidar com a nova situação (VIDELA, 1987).

A prematuridade é decorrente de circunstâncias diversas e imprevisíveis, em todos os lugares e classes sociais. Acarreta às famílias e à sociedade, em geral, um custo social e financeiro de difícil mensuração. Exige da estrutura assistencial capacidade técnica e equipamentos nem sempre disponíveis. Afeta diretamente a estrutura familiar alterando as expectativas e anseios que permeiam a perinatalidade. É difícil avaliar os componentes que influenciam e são influenciados pelo complexo processo do nascimento prematuro (RAMOS; CUMAN, 2009).

O surgimento da UTIN fez melhorar a sobrevivência das crianças nascidas de risco, de maneira inquestionável. Quanto a isso, Toma (2003) relata que a criação das incubadoras e dessas unidades hospitalares possibilita a sobrevivência dos RNs com pesos cada vez mais baixos. Tamez e Silva (2009) concordam e acrescentam que no decorrer dos anos, prematuros extremos, puderam sobreviver ao ambiente extrauterino.

O internamento de um filho em UTIN com poucas horas de vida desperta nos pais sentimentos de medo, angústia, ansiedade, impotência diante do risco de vida do filho (SOUSA; SILVA; GUIMARÃES, 2008). Os pais mostram-se surpresos com a necessidade de hospitalização de seus filhos, pois até então, desconhecem a possibilidade de terem filhos doentes. Acreditam que levariam o bebê para casa na ocasião da alta da mãe (CUNHA, 2000).

O ambiente familiar e social, especialmente a interação com os pais e prestadores de cuidados, constituem preditores significativos do desenvolvimento. Contudo, em casos de nascimento prematuro os próprios pais podem também ser afetados, acrescentando à situação novos fatores de risco relacionados com o seu próprio ajustamento psicológico e com as interações que estabelecem com a criança. Com efeito, a literatura tem descrito de forma consistente que esta é uma situação que pode também constituir um risco para a saúde mental materna e para a dinâmica familiar. O nascimento prematuro de um

filho representa uma situação imprevista e provocadora de elevados níveis de estresse para a família, incidindo principalmente na mãe que, muitas vezes, passa a manifestar sintomas de ansiedade e depressão (KENNELL; KLAUS, 1993; RUTTENBERG; FINELLO; CORDEIRO, 1997; WIJNROKS, 1999; DOERING; MOSER; DRACUP, 2000; FREATO, 2001; MEW et al., 2003; ZANARDO).

Mesmo com a condição estável do bebê, os pais têm que despende muita energia para administrar sua vida diária. A combinação de cuidados ao filho prematuro, cuidados com seus outros filhos, sua vida profissional e doméstica traz como resultado desgaste emocional e físico. Durante esse período estressante que é a longa permanência dos pais na unidade, a relação estreita com a enfermagem é crucial para a criação de uma relação de confiança (FEGRAM; FAGERMOEN; HELSETH, 2008).

O ambiente da UTIN envolve um contexto de encontro entre dois mundos diferentes, o mundo dos enfermeiros e o mundo leigo dos pais. Os pais interagem com os filhos e profissionais em meio a sons, ruídos, alarmes, equipamentos de vigilância e conversas, trazendo a impressão de alta tecnologia e falta de privacidade, em um ambiente onde pais e enfermeiros passam semanas, e até meses, interagindo nos cuidados aos prematuros. Em unidades de internação tradicionais existem barreiras como quartos, portas e enfermarias. Na UTIN a necessidade de supervisão constante, o ambiente aberto, visível permanentemente, as paredes das incubadoras transparentes, a ausência de paredes e portas a serem ultrapassadas antes do estabelecimento de contato eliminam barreiras de ambas as partes, expondo o trabalho profissional. É um ambiente projetado com a finalidade da assistência técnica especializada e vigilância contínua, podendo tornar-se estressante e incompreensível. O comportamento adequado dos profissionais nessa interação e a forma de abordagem podem causar grande impacto sobre os pais que poderão apoiar, facilitar ou piorar a situação (FEGRAM; HELSETH, 2009).

A contextualização da família no ambiente hospitalar frente à dinâmica de trabalho e aos equipamentos utilizados no monitoramento e tratamento do bebê constitui momento crucial na inserção dos familiares ao

ambiente hospitalar considerado, geralmente, hostil, distante da realidade diária em razão das tecnologias duras e rotinas percebidas como engessadas (SCOCHI et al., 2003).

Diante das dificuldades relacionadas à adaptação dos pais e da família Linhares et al. (1999) ressaltam a importância dos grupos de pais de bebês prematuros e/ou doentes que, através do apoio de membros da equipe interdisciplinar, podem elaborar a situação de crise que vivenciam, além de se configurar num grupo de fortalecimento mútuo.

Estudo aponta que a implementação de atividades educativas que associem informações com intervenções práticas realizadas com prematuros, aumenta a interação entre os membros, o bem-estar mental familiar e diminui o tempo de internação (MELNYK et al., 2001).

A alta do recém-nascido para casa pode ser causa de ansiedade para as famílias (RITCHIE, 2002). Os pais buscam ajuda entre si, dividem tarefas do cuidar e as preocupações. As relações com o pai e os irmãos, nos primeiros anos, são a base do desenvolvimento da personalidade e da saúde mental. Nesse período, o bebê deve ter a vivência de uma relação calorosa, íntima e contínua com a mãe ou substituta, em que ambos encontrem satisfação e prazer (BOWLBY, 1988).

Assim, o desenvolvimento do recém-nascido prematuro é multifacetado, envolvendo um intrincado número de fatores; é o resultante de uma interação dinâmica contínua entre os fatores biomédicos e ambientais. Por isso, a família tem um papel fundamental, podendo potencializar esse desenvolvimento, amenizar os efeitos das lesões pós-natais ou, ao contrário, exercer um efeito devastador, como no caso de negligência e de maus-tratos. Sendo assim, a importância dos programas de intervenção centrados na família decorre da possibilidade de melhorar o prognóstico dessas crianças, mediado pela intervenção da família, que vai além dos pais e pode incluir outros parentes (SILVA, 2002).

Considerando as consequências decorrentes da própria prematuridade e da internação hospitalar somadas às necessidades da família, na qualidade de cuidadora do novo membro, torna-se indispensável, um acompanhamento profissional do prematuro após a alta hospitalar, tendo como filosofia, nesse atendimento, a compreensão de que a família é o centro socializador da criança.

3 Objetivos

3.1 OBJETIVO GERAL

Analisar os nascimentos de prematuros em uma unidade neonatal e o seguimento ambulatorial realizado pelo enfermeiro por meio da consulta de enfermagem.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- ▶ Caracterizar as mães dos prematuros quanto às informações gestacionais, obstétricas, sociodemográficas e econômicas.
- ▶ Caracterizar os prematuros quanto às condições de nascimento, dados da internação e agravos de saúde.
- ▶ Verificar associação entre o tipo de parto e características maternas e fetais.
- ▶ Caracterizar a consulta de enfermagem dos prematuros no seguimento ambulatorial em relação ao tipo de alimentação, cuidados maternos e diagnósticos de enfermagem.
- ▶ Verificar associação entre a não manutenção do aleitamento materno exclusivo a fatores maternos e do prematuro.

4 Material e Método

4.1 DESENHO DE PESQUISA

A pesquisa foi de natureza quantitativa e descritiva e tem por objetivo primordial a descrição das características de determinada população ou fenômeno, ou então, o estabelecimento de relações entre variáveis (GIL, 2007).

4.2 POPULAÇÃO DA PESQUISA

A população que originou a fonte de dados constituiu-se da seguinte forma:



¹ Divisão de Arquivo Médico e Estatística(SAME) - HU – UEL

² Dados do banco (SAME não tem essa informação sistematizada)

O banco de dados ficou então formado por 694 fichas referentes aos recém-nascidos que preencheram os critérios de inclusão, sendo que 26 foram incluídos somente pelo peso e 56 incluídos somente pela idade gestacional ao nascer.

4.2.1 LOCAL DA PESQUISA

Os dados da pesquisa foram provenientes das unidades neonatais do HU-UEL e no Ambulatório de Prematuros do Ambulatório de Especialidades do Hospital Universitário (AEHU). O HU - UEL é um órgão suplementar da Universidade Estadual de Londrina, hospital público de grande porte, com capacidade de internações em 313 leitos, sendo: 213 leitos de unidades de internação; 20 de UTI Adulto; 05 de Terapia Intensiva (UTI) Pediátrica; 17 de Cuidados intermediários Neonatal (UCI Neonatal) e UTI Neonatal, 45 de Pronto Socorro e 16 da Unidade de Queimados, distribuídos pelas diversas especialidades médicas, totalmente à disposição do SUS.

O Ambulatório de Prematuros é um dos serviços oferecidos pelo AEHU e realiza o seguimento do prematuro de bebês egressos das unidades neonatais do HU-UEL. A atuação do AEHU está focada na assistência ambulatorial aos pacientes do HU, do Sistema Municipal de Saúde e da 17ª Regional de Saúde, no desenvolvimento das ações relacionadas com a formação de recursos humanos; educação continuada; pesquisa e desenvolvimento tecnológico; cooperação técnica e científica com a rede de serviços e assistência à saúde da população, atuando como interface natural entre o sistema formador e a comunidade. O ambulatório do prematuro realiza, em média, 62 atendimentos por mês.

Os atendimentos ao prematuro eram realizados pela enfermagem, medicina, serviço social e outros profissionais quando solicitados a avaliação ou o acompanhamento.

No momento da alta hospitalar, os prematuros já recebiam o

agendamento de um retorno precoce, em três a quatro dias, que era realizado dentro do HU - UEL, e um retorno dentro do primeiro mês para avaliação da medicina e enfermagem, no ambulatório de prematuros. Também havia o agendamento marcado em especialidades, conforme a indicação, como neurologia, oftalmologia, fisioterapia, cardiologia, entre outras.

Na primeira consulta com enfermagem e medicina, verificava-se, com base nas necessidades encontradas, a periodicidade das consultas futuras que deviam acontecer, no mínimo, de dois em dois meses, até seis meses de idade gestacional corrigida (IGC); uma vez de 6 a 12 meses de IGC e, a partir do segundo ano de vida, um vez por ano, até completar sete anos.

As mães chegavam no AEHU por volta do meio dia e eram atendidas primeiramente pela residente de enfermagem que realizava sua consulta. Posteriormente, eram atendidas pelo interno/residente da medicina. Aguardavam na sala de espera até que fossem discutidas na equipe suas demandas de atendimento. Essa discussão era realizada entre os profissionais médicos e a enfermeira residente os quais, juntos, decidiam as condutas e encaminhamentos. Havendo necessidade, era convocada a assistente social.

4.3 FONTES DE DADOS

Para a presente pesquisa foram utilizados dados obtidos do projeto “Uma Rede de Apoio à Família Prematura” (BENGOZI, 2010).

Implantado no ano de 2006, juntamente com a residência em Enfermagem Neonatal, esse projeto atende as famílias cadastradas por meio da assistência direta desde o nascimento, durante o processo de hospitalização e, depois, o acompanhamento no domicílio e ambulatório. Essa assistência é realizada pelas enfermeiras residentes e docentes do curso com o apoio de uma equipe multidisciplinar constituída de docentes e residentes de medicina, equipe de enfermagem, assistente social, psicóloga e fonoaudióloga. Foram incluídas no

projeto as famílias dos prematuros (≤ 34 semanas de gestação) ou de recém-nascidos de muito baixo peso ($< 1500g$) nascidos no HU – UEL.

As etapas que constituem o projeto foram as seguintes:

- 1. O PRIMEIRO CONTATO:** É realizado geralmente com a mãe, ainda internada na maternidade do HU, sendo um momento de escuta e apoio emocional. Apresenta-se a proposta do projeto, solicitando a assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido, é realizada a entrevista com instrumento específico e entregue um manual de orientações da UTIN para os pais elaborado por docentes, alunos e profissionais do próprio serviço, contendo informações sobre prematuridade, cuidados com o bebê e rotinas da unidade.
- 2. PRIMEIRA VISITA DOS PAIS AO PREMATURO:** A residente de enfermagem acompanha os pais em uma das primeiras visitas ao seu filho, apoiando e estimulando o vínculo e o contato. Apresenta o ambiente da UTIN, explicando o funcionamento dos aparelhos e da rotina, além de esclarecer as possíveis dúvidas.
- 3. ESTÍMULO PRECOCE E PREPARO DA MÃE PARA O ALEITAMENTO MATERNO:** Desde os primeiros contatos, a mãe é orientada sobre a importância e técnica da ordenha manual do leite materno precoce e de manter estímulo frequente da mama para produção e coleta de leite materno. Nesse momento investiga-se a história de amamentação, os conhecimentos e o desejo de amamentar seu filho. Orienta-se que a ordenha mamária deve ser realizada preferencialmente após o parto, se possível, antes das 48 horas.
- 4. ATENDIMENTO FAMILIAR SEMANAL:** É realizado no mínimo um encontro semanal com a mãe/pai. A cada encontro são observados os seguintes aspectos: frequência de comparecimento dos pais e estado emocional; vínculo com o bebê; suporte e estrutura familiar; situação do aleitamento materno: ordenha, frequência e volume de leite levado para o bebê; via de administração da dieta; sucção do bebê na mãe; cuidados realizados pela mãe; dúvidas; participação em reunião de pais; e ganho de peso para programação de alta. Nessas consultas são estabelecidos os diagnósticos de enfermagem, as metas e as propostas de intervenção junto à família. Cada atendimento realizado é registrado na ficha daquela família.

5. **ESTÍMULO E PREPARO PARA O CONTATO PELE A PELE:** A unidade neonatal não possui o método “Mãe Canguru” implantado em sua rotina, pelo fato de não possuir estrutura física adequada e os recursos necessários; no entanto, os bebês são colocados pele a pele, a fim de atingir os mesmos objetivos. A mãe veste um avental da instituição e o bebê é colocado em seu colo, em posição ventral, em contato pele a pele. A avaliação da criança que tem condições clínicas para realizar o contato pele a pele é realizada em conjunto com a equipe médica e, na medida do possível, até crianças em ventilação pulmonar mecânica são beneficiadas por essa prática e tanto as mães quanto os pais podem participar.

6. **FORMAÇÃO DE GRUPO DE PAIS:** Realiza-se uma reunião, semanalmente, na sala de permanência dos pais na unidade para esclarecimento de dúvidas, atividade educativa, incentivo de apoio mútuo entre os familiares de prematuros, proporcionado pela troca de experiências. Essa reunião acontece no período da tarde e dela geralmente participam de cinco a oito pais e/ou mães, com duração média de uma hora. É um momento rico em troca de experiências entre as famílias, além de uma oportunidade de esclarecimento de dúvidas em comum sobre patologias, procedimentos e rotinas da unidade.

7. **PROCESSO DE PREPARO PARA A ALTA HOSPITALAR:** Durante a internação, a participação da mãe nos cuidados do bebê é gradual, para que se sinta segura em cuidar de seu filho. Quando a mãe está impossibilitada de cuidar, por motivos de saúde, ou até mesmo por falecimento, outro integrante da família, como o pai, uma tia ou uma avó, recebe os cuidados preparativos para alta. O programa também tem a finalidade de dar esse suporte e segurança à família. Com a proximidade da alta, intensifica-se a permanência dessa mãe na unidade, estimula-se a prática de cuidados com o seu filho e procura-se desenvolver as capacidades necessárias para os cuidados em casa.

8. **VISITA DOMICILIAR PRÉ-ALTA E CONTATO COM A UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA (USF):** De acordo com a realidade de cada família, é feito um reconhecimento do ambiente, ajudando os pais no preparo do domicílio para recepção e acomodação do bebê. Novamente a família é estimulada a expor suas dúvidas e ansiedades, buscando-se oferecer o apoio emocional para o enfrentamento dessa etapa. Nessa visita procura-se fazer o primeiro contato com a USF para trocar informações a respeito da internação desse bebê e sua família, a fim de que essa equipe se prepare para assumir a continuidade do cuidado.

- 9. VISITA DOMICILIAR PÓS-ALTA:** Após a alta hospitalar retorna-se às casas para observar a acomodação do bebê e ajudar as famílias a superarem as dificuldades iniciais. Esse é também um momento muito propício para investir no processo de aleitamento materno, por se constituir num período crítico de insegurança e adaptação. Realiza-se contato pessoal com a USF da região onde a família residia e é entregue à equipe um impresso com os dados de nascimento, internação e alta do RN, que é anexado ao seu prontuário. Depois dessa etapa, o seguimento desse prematuro e sua família continua ambulatorialmente no AHC e também por via telefônica com a USF, se necessário.
- 10. CONSULTA DE ENFERMAGEM NO AMBULATÓRIO DO PREMATURO:** A assistência ambulatorial tem como objetivo principal manter a periodicidade das consultas individualizadas de acordo com o fator de risco para que a intervenção, quando necessária, ocorra precocemente, diminuindo a possibilidade de reinternação dos bebês observados. Essa consulta não é simplesmente uma puericultura, mas um momento de apoio e troca em que o atendimento é realizado com base na demanda da família. Considera-se essencial o vínculo formado anteriormente com os profissionais, facilitando a eficácia das intervenções. Cada consulta realizada pela enfermeira residente é discutida, em um segundo momento, com a equipe médica quando a troca de informações subsidia as intervenções.
- 11. REUNIÕES DA EQUIPE DO PROJETO:** a avaliação das atividades realizadas com cada família ocorre semanalmente em reunião com a equipe envolvida para discussão dos casos atendidos, metas e prazos das ações. É realizada dentro da UTIN e toda a equipe é convidada a participar. Observa-se, nessa interação, a riqueza da complementaridade das distintas atuações para oferecer uma assistência integral aos bebês e suas famílias.

Os dados utilizados na pesquisa constam no Instrumento de Acompanhamento de Enfermagem aos Prematuros e Família (Anexo A), que é composto das seguintes partes:

- ▶ Entrevista para inserção da família do prematuro no projeto;
- ▶ Evolução semanal de enfermagem realizada nas unidades de terapia intensiva neonatal e de cuidados intermediários;

- ▶ Visita pré-alta do prematuro no domicílio da família;
- ▶ Dados de alta da enfermagem do prematuro na unidade de cuidados intermediários;
- ▶ Visita domiciliar ao prematuro e sua família egressos da unidade de cuidados intermediários;
- ▶ Dados do RN para referência à Unidade Básica de Saúde;
- ▶ Consulta de enfermagem realizada no Ambulatório de Hospital de Clínicas.

As variáveis consideradas para o presente estudo estão descritas no item 4.4.1.

4.4 PROCEDIMENTOS

Inicialmente, foram inseridas no banco de dados as informações referentes ao nascimento e internação do prematuro, visitas pré e pós-alta hospitalar e reinternação, quando existente, relativas ao período de 2006 a 2012. Posteriormente, foram digitados os dados das consultas de enfermagem do seguimento do prematuro referentes ao período de 2009 a 2012.

A escolha do período para inserção dos dados das consultas de enfermagem foi intencional, devido ao processo de padronização das fichas nos anos anteriores. Esta última digitação foi realizada pela pesquisadora e por alunas de graduação em enfermagem, bolsistas da iniciação científica que participavam do grupo de pesquisa: Assistência Integral à Saúde da Criança, Adolescente e Família, no qual esta pesquisa estava integrada.

4.4.1 VARIÁVEIS DO ESTUDO

Conforme anteriormente mencionado, os dados foram extraídos dos Instrumentos de Acompanhamento de Enfermagem aos Prematuros e Família. Para a presente pesquisa foram selecionadas as seguintes variáveis:

4.4.1.1 CARACTERIZAÇÃO MATERNA

☐ VARIÁVEIS SOCIOECONÔMICAS E DEMOGRÁFICAS

- ▶ **PROCEDÊNCIA:** LONDRINA – moradia na cidade ou patrimônios pertencentes ao município;
OUTRAS CIDADES DO PARANÁ – residência em outras cidades do estado;
OUTROS – moradia em outros estados brasileiros
- ▶ **RENDA:** em número de salários mínimos, correspondente ao ano vigente da inserção da mãe no projeto. Utilizou-se a tabela Instituto Paranaense de Desenvolvimento Econômico e Social (IPARDS). Foi realizado agrupamento em: até 2 salários mínimos e 3 e mais salários mínimos.
- ▶ **ÁGUA ENCANADA:** sim ou não
- ▶ **SERVIÇO DE ESGOTO:** sim ou não
- ▶ **IDADE DA MÃE** (em anos): agrupada em: 19 e menos anos (OMS, 1995), 20 a 34 anos e 35 e mais anos.
- ▶ **ESCOLARIDADE DA MÃE** (em anos de estudo): agrupada em: até 7 anos e 8 e mais anos.

☐ HISTÓRIA OBSTÉTRICA

- ▶ **PLANEJAMENTO DA GRAVIDEZ:** sim ou não.
- ▶ **REALIZAÇÃO DO PRÉ-NATAL:** sim ou não.
- ▶ **INÍCIO DO PRÉ-NATAL (em semanas):** agrupado em: até 13 semanas (primeiro trimestre) e 14 e mais semanas (segundo e terceiro trimestres)
- ▶ **NÚMERO DE CONSULTAS DE PRÉ-NATAL:** agrupado em 1 a 3 consultas; 4 a 6 consultas e 7 e mais consultas.
- ▶ **NÚMERO DE GESTAÇÕES:** inclui todas gestações, além da referente ao bebê em estudo. Portanto, corresponde à: nulípara (uma gestação) ou multípara (duas ou mais gestações).
- ▶ **TIPO DE PARTO:** cesárea ou normal.

- ▶ **TIPO DE GESTAÇÃO:** dupla ou única.
- ▶ **USO DE ÁLCOOL:** sim ou não.
- ▶ **HÁBITO DE FUMAR:** sim ou não.
- ▶ **USO DE DROGAS:** sim ou não.
- ▶ **AFECÇÕES MATERNAS:** se a gestante desenvolveu ou era portadora de alguma enfermidade, conforme indicado no Capítulo XV (Gravidez, parto e puerpério) do CID-10 (OMS, 1993):
 - Hipertensão arterial/Pré-eclampsia, eclampsia
 - Doenças maternas renais e das vias urinárias
 - Trabalho de parto pré-termo
 - Ruptura prematura das membranas
 - Sangramento
 - Problemas placentários (placenta prévia, descolamento prematuro, insuficiência e calcificação da placenta)
 - Doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas
 - Alterações no aspecto e volume do líquido amniótico
 - Retardo do crescimento intrauterino
 - Incompetência do colo uterino
 - Algumas doenças infecciosas e parasitárias
 - Anemia
 - Outros agravos (doenças do aparelho circulatório; respiratório; digestivo; do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo, isoimunização fator 15; anormalidades da contração uterina; traumatismo obstétrico; queda; transtornos mentais e comportamentais).

4.4.1.2 CARACTERIZAÇÃO DO RECÉM-NASCIDO

- ▶ **IDADE GESTACIONAL AO NASCER** (em semanas): agrupado em (WHO, 2012):
 - **EXTREMAMENTE PRÉ-TERMO:** menores de 28 semanas de gestação;
 - **MUITO PRÉ-TERMO:** 28 semanas – menores de 32 semanas de gestação; **MODERADAMENTE PRÉ-TERMO:** 32 semanas – menores de 37 semanas completas de gestação.

- ▶ **PESO AO NASCER** (em gramas): agrupado em:(WHO, 2012);
 - **BAIXO PESO:** menores de 2500g;
 - **MUITO BAIXO PESO:** menores de 1500g a 1000g;
 - **EXTREMAMENTE BAIXO PESO:** menores de 1000g.

- ▶ **ÍNDICE DE APGAR NO 1º E 5º MINUTO:** o agrupamento foi realizado conforme a seguinte classificação (BRASIL, 2009, p.23): asfixia grave (0 a 3), asfixia moderada (4 a 6), sem asfixia (≥ 7).

- ▶ **PESO NA ALTA HOSPITALAR** (em gramas): 1500 a 1749, 1750 a 1999, 2000 a 2499 e ≥ 2500 .

- ▶ **ÓBITO:** sim ou não

- ▶ **IDADE DO ÓBITO** (dia): 0 a 6 dias, 7 a 27 dias e 28 e mais dias.

- ▶ **DIAGNÓSTICOS MÉDICOS:** adequação do peso para idade gestacional, patologias respiratórias (síndrome do desconforto respiratório, apnéia, hemorragia pulmonar, hipoplasia pulmonar, taquipnéia transitória do recém-nascido, displasia bronco pulmonar), distúrbios metabólicos (acidose, alcalose, hipoglicemia, hipocalcemia), patologias cardíacas (derrame pericárdico, dilatação ventricular, hipertensão pulmonar, persistência do canal arterial, comunicação intra-atrial), patologias neurológicas (hemorragia intracraniana, síndrome convulsiva), patologias cirúrgicas (herniorrafia, enterectomia, hipospádia, derivação

ventrículo peritoneal, refluxo gastroesofágico), infecção (infecção do trato urinário, vírus da imunodeficiência humana (HIV+), septicemia, toxoplasmose, choque séptico), distúrbios hematológicos (anemia, hipoproteinemia, síndrome hemorrágica, hipoalbuminemia, hemorragia suprarrenal, icterícia).

Em seguida, foram sistematizados os dados do seguimento do prematuro, efetuando a investigação dos problemas identificados e relatados pelas famílias nas consultas de enfermagem.

As variáveis analisadas foram: idade gestacional corrigida, peso, alimentação (amamentação materna exclusiva, amamentação materna, alimentação artificial e alimentação complementar), cuidados rotineiros com o bebê (banho de sol, higiene ocular, higiene oral, cuidados com o períneo), medicação, situação vacinal, acompanhamentos com especialidades, encaminhamentos, exame físico, diagnósticos de enfermagem, orientações, quem prestava cuidados ao bebê e onde este passava a maior parte do tempo.

Os diagnósticos de enfermagem (DE) descritos nas consultas foram considerados segundo a *North American Nursing Diagnosis Association* (NANDA) que desenvolveu um sistema de classificação dos diagnósticos onde propõe a universalização dos problemas encontrados nos pacientes pelos enfermeiros.

O DE é considerado “um julgamento clínico sobre as respostas do indivíduo, da família ou da comunidade aos problemas de saúde/processos vitais, reais ou potenciais. O diagnóstico de enfermagem proporciona seleção das intervenções de enfermagem visando o alcance dos resultados pelos quais a enfermeira é responsável” (CARPENITO, 2002; NANDA, 2009).

A tomada de decisões em enfermagem se norteia pelo julgamento clínico elaborado pelo enfermeiro com base científica e auxiliado pela experiência, percepção e intuição na busca por elaborar julgamentos baseados em evidências. Tal processo desencadeia o diagnóstico de enfermagem (CHRISTENSEN, 1986).

Posteriormente, os DE referidos nas consultas foram classificados

em (NANDA, 2009):

- ▶ **DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM REAL** - que descreve respostas humanas a condições de saúde/processos vitais que existem em um indivíduo, família, grupo ou comunidade, são, por vezes, chamados de “diagnósticos de problemas”;
- ▶ **DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM DE PROMOÇÃO DA SAÚDE** - que consiste no julgamento clínico da motivação e do desejo de um indivíduo, família, grupo ou comunidade em aumentar o bem-estar e concretizar o potencial de saúde humana, conforme manifestado em sua disposição, para melhorar comportamentos específicos de saúde e que podem ser utilizados em qualquer condição de saúde;
- ▶ **DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM DE RISCO** - que se expressa no julgamento clínico sobre experiências/respostas humanas a condições de saúde/processos vitais os quais têm elevada probabilidade de ocorrer em um indivíduo, família, grupo ou comunidade vulnerável.

Após, foram categorizados pelos domínios apresentados pela NANDA em promoção de saúde, nutrição, eliminação e troca, atividade/repouso, percepção/cognição, papéis e relacionamentos, enfrentamento/tolerância ao estresse, segurança/proteção, crescimento/desenvolvimento.

4.5 ANÁLISE DE DADOS

Os dados foram inseridos no programa Epi Info versão 6.04. Posteriormente, foram transportados para o programa Excell[®].

Foi realizada análise descritiva por meio de frequências absolutas e relativas, média e desvio padrão. Para as análises bivariadas e de regressão de Poisson aplicou-se o Teste Qui-Quadrado de Wald, adotando-se nível de significância de 5% (valor de $p < 0,05$) e intervalo de confiança (IC) de 95% e utilizou-se a razão de prevalência (RP) como medida de associação. Para inclusão de variáveis no modelo de regressão, foram selecionadas aquelas com valor de

$p < 0,20$ na análise bivariada. Para todas as variáveis, foi estabelecida uma categoria de referência (RP igual a 1), considerada a de menor risco para ocorrência do desfecho. As análises foram realizadas utilizando-se o software SPSS versão 19.0.

4.6 ASPECTOS ÉTICOS

Os dados que deram origem a esta pesquisa foram provenientes do projeto “Uma rede de apoio à família prematura”, aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UEL , CAAE nº 0130.0.268.000-07 (Anexo B).

Aos participantes do projeto foi oferecida a possibilidade de ingresso, foram também esclarecidos quanto à finalidade, benefícios, confidencialidade e anonimato e o aceite foi expresso por meio da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo C), segundo a Resolução n.º 466/12 do Conselho Nacional de Saúde.

5 Resultados

Os resultados serão apresentados na forma de dois artigos.

O **PRIMEIRO ARTIGO**, “Caracterização de prematuros ou recém-nascidos de muito baixo peso nascidos em um hospital público”, vem atender ao seguinte objetivo:

- ▶ Caracterizar as mães dos prematuros quanto às informações gestacionais, obstétricas, sociodemográficas e econômicas.
- ▶ Caracterizar os prematuros quanto às condições de nascimento, dados da internação e agravos de saúde.
- ▶ Verificar associação entre o tipo de parto e características maternas e fetais.

O artigo está estruturado segundo as Normas de Publicação da Revista de Saúde Materno Infantil, o qual será submetido para apreciação com vistas à publicação (Anexo D).

O **SEGUNDO ARTIGO**, “O seguimento ambulatorial do prematuro realizado por enfermeiros”, aborda o seguinte objetivo:

- ▶ Caracterizar a consulta de enfermagem dos prematuros no seguimento ambulatorial em relação ao tipo de alimentação, cuidados maternos e diagnósticos de enfermagem.
- ▶ Verificar associação entre a não manutenção do aleitamento materno exclusivo a fatores maternos e do prematuro

O mesmo está estruturado segundo as Normas de Publicação da Revista da Escola de Enfermagem da USP, o qual será submetido para apreciação com vistas à publicação (Anexo E).

5.1 Artigo 1

*Caracterização de Prematuros ou
Recém-Nascidos de muito Baixo Peso
Nascidos em um Hospital Público*

**CARACTERIZAÇÃO DE PREMATUROS OU
RECÉM-NASCIDOS DE MUITO BAIXO PESO
NASCIDOS EM UM HOSPITAL PÚBLICO¹**

**CHARACTERIZATION OF PREMATURES OR
NEWBORNS WITH VERY LOW WEIGHT
BORNED IN A PUBLIC HOSPITAL**

Sarah Nancy Deggau Hegeto de Souza², Ana Paula Ribeiro³

Endereço para correspondência:
Sarah Nancy Deggau Hegeto de Souza
Av. Robert Koch, 60 — Vila Operária
CEP: 86038-350 - Londrina, PR, Brasil.
E-mail: sarahuel@sercomtel.com.br

¹ Artigo extraído da dissertação de mestrado “O seguimento ambulatorial do prematuro realizado por enfermeiros”, apresentado ao programa de mestrado em Enfermagem da à Universidade Estadual de Londrina - PR, Brasil.

² Enfermeira, Doutora pela Universidade de São Paulo, Docente em Saúde da Criança do Departamento de Enfermagem da Universidade Estadual de Londrina, Londrina, PR, Brasil.

³ Enfermeira, Mestranda em Enfermagem, Universidade Estadual de Londrina, Londrina, PR, Brasil.

RESUMO

Objetivo: Caracterizar os prematuros assistidos em unidades neonatais e verificar associação entre o tipo de parto às variáveis maternas e fetais. **Métodos:** estudo quantitativo, descritivo, realizado em um hospital escola em Londrina, Paraná. Os dados foram obtidos de 694 fichas de atendimento do projeto “Uma rede de apoio à família prematura”, que atendeu prematuros de muito baixo peso ou recém-nascidos menores de 34 semanas de gestação, no período de 2006 a 2012. **Resultados:** 71% das mães estavam entre 20 e 34 anos, com renda entre um a dois salários mínimos (66,9%), 16,4% usaram tabaco durante a gestação. O nascimento de 42,5% dos prematuros deu-se entre a 28ª e 31ª semana de gestação, 73,7% nasceram com menos de 1500g, 94% apresentaram patologia respiratória, sendo a síndrome do desconforto respiratório diagnosticada em 58,1%. Quase metade dos prematuros receberam alta com menos de 2000g e a ocorrência de cesárea teve uma maior prevalência em mães com mais de 35 anos e com gestação múltipla. O parto normal ocorreu mais entre as adolescentes. O óbito ocorreu em 21,2% dos prematuros, sendo 42,9% na primeira semana de vida. **Conclusão:** Os dados reforçam a necessidade de um melhor conhecimento referente à população estudada, visando diminuir os partos prematuros e consequentemente as taxas de mortalidade infantil.

Palavras-chave: Prematuro; Enfermagem neonatal; Recém-nascido de muito baixo peso; Unidades de Terapia Intensiva Neonatal.

ABSTRACT

Objective: Characterize the prematures located in neonatal units and verify the association between type of birth to maternal and fetal variables. **Methods:** quantitative/descriptive study conducted in a teaching hospital in Londrina, Paraná. The data were obtained from 694 patients' records of the project "A network of support for premature family", which attended prematures with very low weight or newborns with less than 34 weeks gestation, in the period 2006-2012. **Results:** 71% of mothers were between 20 and 34 years old, earning between one to two minimum wages (66.9%), 16.4% used tobacco during pregnancy. The birth of 42.5% of premature infants was between the 28th and 31st week of pregnancy, 73.7% were born with less than 1500g. The death occurred in 21.2% of premature infants, being 42.9% in the first week of life; 94% had respiratory disease, being respiratory distress syndrome diagnosed in 58.1%. Almost half of prematures were discharged under 2000g and the occurrence of cesarean section had a higher prevalence in mothers over 35 years and with multiple gestation. The normal delivery occurred more among adolescents. The death occurred in 21.2% of premature infants, being 42.9% in the first week of life. **Conclusion:** The data reinforce the need for a better understanding concerning the population studied, in order to reduce premature births and consequently child mortality rates.

Key words: Premature; Neonatal Nursing; Infant, Very Low Birth Weight; Intensive Care Units, Neonatal.

INTRODUÇÃO

A prematuridade pode ocorrer em todos lugares e classes sociais e é decorrente de diversas circunstâncias. É um problema de saúde pública, com custo social e financeiro difícil de ser medido, e requer da estrutura assistencial capacidade técnica e equipamentos nem sempre disponíveis. Além disso, afeta direta e significativamente os anseios e expectativas das famílias¹ e representa um dos fatores determinantes na ocorrência do óbito infantil.²⁻³

O nascimento pré-termo (< 37 semanas de idade gestacional), a condição de acentuado baixo peso ao nascimento (< 1500g) e as complicações perinatais (moderadas ou graves) são fatores de risco biológico que podem comprometer os processos normais de desenvolvimento infantil.⁴

A prematuridade é classificada em duas categorias: espontânea, consequência do trabalho de parto espontâneo propriamente dito ou da rotura prematura de membranas, e eletiva, quando ocorre por indicação médica, decorrente de intercorrências maternas e/ou fetais.⁵ A etiologia do nascimento pré-termo é complexa e envolve fatores ambientais; socioeconômicos; características biológicas da mãe ao engravidar; história reprodutiva materna; condições da gestação, abrangendo questões psicossociais, uso de fumo, álcool e drogas, trabalho, atividade física e assistência ao pré-natal; intercorrências da gestação; características fetais; entre outros.⁶⁻⁷

Apesar dos grandes avanços tecnocientíficos ocorridos na área da saúde nas últimas décadas, a prematuridade persiste como um grande problema de saúde, humano e social. Estimativas da Organização Mundial da Saúde (OMS) apontam que dos 135 milhões dos nascimentos no mundo em 2010, cerca de 15 milhões foram partos prematuros, representando uma taxa de 11,1%.² No Brasil, no ano de 2010 a taxa de partos prematuros

foi de 11,7% e dados recentes de 2011, mostram que a taxa aumentou para 11,8%. Nesse mesmo ano, na região sul e no estado do Paraná as taxas foram iguais, de 12%.⁸

A prematuridade como causa de mortalidade infantil tem sido estudada em diferentes países, e os estudos constataam que inúmeras são as causas que levam um bebê a nascer prematuro, especialmente as relacionadas ao aparelho genital feminino, alterações placentárias (placenta prévia e descolamento prematuro) e excesso de líquido amniótico. Outros fatores incluem: a idade materna (maior incidência em mães jovens), infecções maternas, primiparidade.¹

O componente neonatal, relacionado às condições de atenção à saúde da mulher durante o período gestacional e ao acesso oportuno a serviços qualificados de atenção ao parto e ao nascimento, concentra cada vez mais os óbitos no primeiro ano de vida.³

Apesar de, nas últimas décadas, a maioria dos indicadores de saúde no Brasil mostrar progressos, alguns demonstram piora. A prematuridade é a principal causa de mortes infantis no Brasil e seu aumento tem anulado os avanços conseguidos na sobrevivência de recém-nascidos de baixo peso por conta das melhorias na atenção neonatal.⁹

Considera-se que conhecer e compreender o complexo processo do nascimento prematuro, sua internação, alta hospitalar e óbitos, possibilitam direcionar e adotar medidas preventivas e curativas de forma adequada à realidade. Portanto, objetivou-se com este estudo, caracterizar os prematuros assistidos em unidades neonatais de um hospital público, e verificar associação entre o tipo de parto e variáveis maternas e fetais.

MÉTODOS

Estudo quantitativo, descritivo, cujos dados apresentados foram obtidos das fichas de atendimento do projeto “Uma rede de apoio à família prematura”.¹⁰ Esse projeto foi desenvolvido na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN), Unidade de Cuidados

Intermediários Neonatal (UCIN) do Hospital Universitário de Londrina durante a internação e no Ambulatório do Hospital de Clínicas, no seguimento após a alta hospitalar. Foram incluídos no projeto os prematuros de muito baixo peso (<1500g) ou com idade gestacional menor ou igual a 34 semanas, nascidos no hospital mencionado.

Para o presente artigo realizou-se recorte do banco para a caracterização dos prematuros durante a internação nas unidades neonatais, porém os anos iniciais apresentaram maior número de ausência de informações, devido ao processo de melhora da qualidade do dados

O banco de dados foi construído a partir de informações provenientes dos Instrumentos de Acompanhamento de Enfermagem dos prematuros e suas famílias, no período de 2006 a 2012, totalizando 694 recém-nascidos (RN). Os dados foram digitados no programa Excell.

As variáveis socioeconômicas e demográficas maternas estudadas foram: procedência, renda familiar, presença de água encanada e esgoto, idade e escolaridade. Em relação à gestação, as variáveis analisadas foram: planejamento da gravidez, realização do pré-natal, início da realização do pré-natal, número de consultas realizadas no pré-natal, número de gestações, tipo de parto, tipo de gestação, afecções maternas (conforme capítulo XV – Gravidez, parto e puerpério – da CID-10),¹¹ hábitos da mãe (uso de álcool, tabaco e dependente química).

Quanto às variáveis dos prematuros foram: idade gestacional (IG) ao nascimento (considerada, em primeiro lugar, a da ultrassonografia realizada antes da 14ª semana de gestação e, na ausência do dado, a avaliação da IG pelo Método New Ballard), peso ao nascer, Apgar do 1º e 5º minutos, adequação do peso para idade gestacional, peso na alta hospitalar, ocorrência de óbito, idade do óbito, diagnósticos médicos na internação.

As análises foram realizadas utilizando-se o software SPSS versão 19.0. A análise descritiva foi realizada por meio de frequências absolutas e relativas, média e desvio padrão. Para as análises bivariadas e de regressão de Poisson aplicou-se o Teste Qui-Quadrado de Wald adotando nível de significância de 5% (valor de $p < 0,05$) e intervalo de confiança (IC) de 95% e utilizou-se a razão de prevalência (RP) como medida de associação. Para inclusão de variáveis no modelo de regressão, foram selecionadas aquelas com valor de $p < 0,20$ na análise bivariada. Para todas as variáveis, foi estabelecida uma categoria de referência (RP igual a 1), considerada a de menor risco para ocorrência do desfecho (parto cesáreo).

O estudo respeitou as normas de pesquisa com seres humanos da Resolução nº466/12, do Conselho Nacional de Saúde. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual de Londrina (UEL), CAAE nº 0130.0.268.000-07.

RESULTADOS

As variáveis socioeconômicas e demográficas maternas ficaram assim distribuídas: em relação à procedência, a maioria (94%) procedia do estado do Paraná, e 57,9% residiam em Londrina; o serviço de saneamento básico foi observado na maioria dos domicílios, com água encanada em 97,4% e esgoto em 86,6%; a renda familiar esteve entre um e dois salários mínimos (66,9%). A idade das mães situou-se entre 20 e 35 anos (71,0%), 18,2% eram adolescentes (até 19 anos) e 10,8% tinham mais de 35 anos. Em relação à escolaridade, mais da metade (66,3%) estudou oito e mais anos.

No que diz respeito à gestação, constatou-se que o pré-natal foi realizado por 95,5% das mães, tendo seu início com menos de 14 semanas, que corresponde ao 3º mês de gestação (63,8%), com quatro a seis consultas (41,6%). Embora a maioria das gestações

fosse de um único feto (78,2%), foi expressiva a quantidade de gestações com gemelares (21,3%). Entre as afecções desenvolvidas durante a gestação, 38,9% das mulheres apresentaram hipertensão arterial, pré-eclampsia ou eclampsia. Quanto aos hábitos maternos, observou-se que, e o tabaco foi utilizado por 16,4% das mães durante a gestação (Tabela 1).

TABELA 1 – Distribuição dos prematuros segundo características da gestação. Londrina, PR, Brasil, 2015.

CARACTERÍSTICAS	N (694)	%
PLANEJAMENTO DA GRAVIDEZ		
Sim	261	37,6
Não	417	60,1
Não informado	16	2,3
REALIZAÇÃO DO PRÉ-NATAL		
Sim	663	95,5
Não	20	1,6
Não informado	11	1,6
INÍCIO DO PRÉ-NATAL		
< 14 semanas	443	63,8
≥ 14 semanas	119	17,1
Não informado	132	19,0
NÚMERO DE CONSULTAS DE PRÉ-NATAL		
1 – 3	104	15,0
4 – 6	289	41,6
7 ou mais	222	32,0
Não informado	79	11,4
NÚMERO DE GESTAÇÃO		
Múltipara	343	49,4
Nulípara	349	50,3
Não informado	2	0,3
TIPO DE PARTO		
Cesárea	454	65,4
Normal	237	34,1
Não informado	3	0,4

Continua...

...conclusão

TIPO DE GESTAÇÃO		
Dupla	148	21,3
Única	543	78,2
Não informado	3	0,4
AFECÇÕES MATERNAS		
Hipertensão arterial/Pré-eclampsia, eclampsia	270	38,9
Doenças maternas renais e das vias urinárias	122	17,6
Trabalho de parto pré-termo	81	11,7
Ruptura prematura das membranas	65	9,4
Sangramento	48	6,9
Problemas placentários (placenta prévia, descolamento prematuro, insuficiência e calcificação da placenta)	28	4,0
Doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas	18	2,6
Alterações no aspecto e volume do líquido amniótico	11	1,6
Retardo do crescimento intrauterino	6	0,9
Incompetência do colo uterino	6	0,9
Algumas doenças infecciosas e parasitárias	4	0,6
Anemia	1	0,1
Outros agravos (doenças do aparelho circulatório; respiratório digestivo; do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo; isoimunização fator 15; anormalidades da contração uterina; traumatismo obstétrico; queda; transtornos mentais e comportamentais)	18	2,6
Não Informado	124	17,9
USO DE ÁLCOOL		
Sim	33	4,8
Não	539	77,7
Não informado	122	17,6
HÁBITO DE FUMAR		
Sim	114	16,4
Não	462	66,6
Não Informado	118	17,0
USO DE DROGAS		
Sim	24	3,5
Não	547	78,8
Não Informado	123	17,7

Das informações sobre o peso para idade gestacional (n=623), 83,6% dos prematuros nasceram com peso adequado (AIG), e 16,2% pequenos para idade gestacional (PIG).

Conforme os dados da Tabela 2, o nascimento de 41,9% dos prematuros deu-se entre a 28^a e 31^a semana de gestação, sendo que 73,7% pesavam menos de 1500g, com média de 1252,4g. Observou-se que mais da metade dos recém-nascidos (59,8%) tiveram algum grau de asfixia no 1^o minuto de vida, sendo que 28,2% deles apresentaram asfixia grave. O óbito foi constatado em 21,2% (147) dos nascidos, ocorrendo predominantemente no período neonatal precoce (42,9%).

TABELA 2 – Distribuição dos prematuros segundo características do nascimento, internação e óbito. Londrina, PR, Brasil, 2015.

CARACTERÍSTICAS	N (694)	%
IDADE GESTACIONAL AO NASCIMENTO		
< 28 semanas	180	25,9
≥ 28 semanas — 31 semanas	295	42,5
≥ 32 semanas	214	30,8
Não informado	5	0,7
PESO AO NASCER (GRAMA)		
500-999	199	28,7
1000-1499	312	45,0
≥1500	168	24,2
Não informado	15	2,2
APGAR 1º MINUTO		
≤ 3 (asfixia grave)	196	28,2
4 a 6 (moderada)	219	31,6
≥ 7 (sem asfixia)	265	38,2
Não informado	14	2,0
APGAR 5º MINUTO		
≤ 3	11	1,6
4 a 6	94	13,5
≥ 7	579	83,4
Não informado	10	1,4
PESO NA ALTA HOSPITALAR* (GRAMAS)		
1500 – 1750	14	2,6
1751 – 2000	247	45,2
2001 – 2500	222	40,6
> 2500	49	9,0
Não informado	162	2,7
ÓBITO ATÉ ALTA HOSPITALAR		
Sim	147	21,2
Não	494	71,2
Não informado	53	7,6
IDADE DO ÓBITO (DIA)		
< 7	63	42,9
≥ 7 — 27	49	33,3
≥ 28	31	21,1
Não informado	4	2,7

* n= 547, devido a subtração dos óbitos

Com relação aos diagnósticos médicos na internação (Tabela 3), nota-se que quase a totalidade apresentou patologia respiratória (93,9%), sendo a Síndrome do Desconforto Respiratório diagnosticada em 61,8% dos prematuros, seguido por distúrbios hematológicos (70,7%). Como os diagnósticos não foram mutuamente exclusivos, cada prematuro pode ter mais de uma patologia.

TABELA 3 – Distribuição dos prematuros segundo diagnósticos médicos na internação. Londrina, PR, Brasil. 2015.

DIAGNÓSTICOS	N = 694	%
PATOLOGIAS RESPIRATÓRIAS		
Síndrome do desconforto respiratório	403	61,8
Displasia bronco pulmonar	27	4,1
Outras (apnéia, hemorragia pulmonar, hipoplasia pulmonar, taquipnéia transitória do recém-nascido)	222	34,0
DISTÚRBIOS HEMATOLÓGICOS		
(hipoproteinemia, síndrome hemorrágica, hipoalbuminemia, hemorragia suprarrenal, icterícia, anemia)	491	70,7
DISTÚRBIOS METABÓLICOS		
(acidose, alcalose, hipoglicemia, hipocalcemia)	301	43,4
INFEÇÃO		
(infecção do trato urinário, HIV+, septicemia, toxoplasmose, choque séptico)	199	28,7
PATOLOGIAS CARDÍACAS		
(derrame pericárdico, dilatação ventricular, hipertensão pulmonar, persistência do canal arterial, comunicação intra-atrial)	88	12,7
PATOLOGIAS NEUROLÓGICAS		
(hemorragia intracraniana, síndrome convulsiva)	49	7,1
PATOLOGIAS CIRÚRGICAS		
(herniorrafia, enterectomia, hipospádia, derivação ventrículo peritoneal, refluxo gastroesofágico)	10	1,4
NÃO INFORMADO	21	3,0

Quanto aos fatores associados, idade materna, número de consultas no pré-natal e tipo de gestação associaram-se ao parto cesárea (Tabela 4).

TABELA 4 – Análise bivariada de fatores associados ao parto cesárea. Londrina, Paraná, Brasil, 2015.

VARIÁVEIS	TOTAL* (n = 691)	CESÁREA* (n= 454)	RP NÃO AJUSTADA	IC 95%	VALOR de p
IDADE MATERNA (ANOS)					
< 20	112	49	0,64	0,51 ; 079	<0,001
20 a 34	438	301	1,00	—	
≥ 35	67	56	1,22	1,08 ; 1,38	
ESCOLARIDADE MATERNA (em anos)					
< 8	228	153	1,02	0,91 ; 1,15	0,682
≥ 8	435	285	1,00	—	
Nº DE CONSULTAS DE PRÉ-NATAL					
< 4	102	57	0,70	0,58 ; 0,84	<0,001
4 a 6	288	175	0,76	0,68 ; 0,86	
≥ 7	221	176	1,00	—	
TIPO DE GESTAÇÃO					
Única	541	341	1,00	—	0,002
Múltipla	147	111	1,20	1,07 ; 1,34	
ADEQUAÇÃO DO PESO PARA A IDADE GESTACIONAL					
Sim	591	382	1,00	—	0,133
Não	100	72	1,08	0,98 ; 1,19	

* Algumas variáveis não tinham informação.

Foram realizados testes de associação entre variáveis maternas e o desfecho tipo de parto. Quanto ao tipo de parto, ficou demonstrado que houve maior prevalência de parto cesárea de mães com mais de 35 anos, comparadas àquelas com idade entre 20 e 35 anos, e gestação múltipla comparada à gestação única. Por outro lado, apresentaram maior prevalência de parto normal mães adolescentes, comparadas àquelas com idade entre 20 e 35

anos, e as que realizaram menos de 4 ou entre 4 e 6 consultas de pré-natal, comparadas às que realizaram 7 ou mais consultas (Tabela 5).

TABELA 5 – Regressão de Poisson de fatores associados ao tipo de parto. Londrina, PR, Brasil, 2015.

VARIÁVEIS	TIPO DE PARTO (CESÁREA) N = 551			
	TOTAL	n	RP AJUSTADA*	IC 95%
IDADE MATERNA (ANOS)				
< 20	102	46	0,68	0,54 ; 0,85
20 a 34	390	274	1,00	—
≥ 35	59	48	1,19	1,03 ; 1,37
Nº DE CONSULTAS DE PRÉ-NATAL				
< 4	92	50	0,76	0,62 ; 0,94
4 a 6	252	155	0,82	0,72 ; 0,92
≥ 7	207	163	1,00	—
TIPO DE GESTAÇÃO				
Única	433	278	1,00	—
Múltipla	118	90	1,16	1,02 ; 1,31

* Ajuste por adequação do peso para a idade gestacional.

DISCUSSÃO

A prematuridade é um fenômeno, que por sua composição multifatorial promove grandes oportunidades para a realização de pesquisas. Sendo assim, o presente estudo traz importantes contribuições para a assistência ao prematuro e sua família ao apresentar dados de caracterização e associações entre fatores da mãe, gestação e tipo de parto. “Uma rede de apoio à família prematura” foi o projeto que subsidiou este estudo, fornecendo dados em ocorrências com prematuros de muito baixo peso ao longo de sete anos, o que favoreceu a construção de um banco de dados relevante para melhor entendimento desta população

peculiar. Limita-se pelo fato de ter sido realizado em hospital público de atendimento exclusivo ao Sistema Único de Saúde, impedindo algumas generalizações para famílias de outras faixas econômicas. Pode, entretanto, contribuir para a reflexão em outras realidades semelhantes.

Quanto ao serviço de saneamento básico nos domicílios, nota-se neste estudo que as taxas não diferem muito dos dados oficiais para o município de Londrina,¹²⁻¹³ onde 98,6% da população têm água encanada em seus domicílios e 95,2% tratamento de esgoto. A falta de condições de saneamento básico pode afetar o prematuro, interferindo na qualidade de saúde e aumentando o risco de adoecimento.

A faixa etária da maioria das mães do estudo situou-se entre 20 e 35 anos, porém foi perceptível a quantidade de adolescentes (16,3%). Esta quantidade foi menor do que as encontradas em Montes Claros¹⁴ (32,9%) e no Maranhão¹⁵ (34%). Estudo com dados oficiais demonstraram que mais de 20% de todas as crianças brasileiras nascem de mães adolescentes.⁹ A gravidez na adolescência é fator de maior concentração de agravos à saúde materna, bem como de complicações perinatais, tais como baixo ganho de peso materno, desproporção céfalo-pélvica, pré-eclâmpsia, baixo peso ao nascer e prematuridade. Essas intercorrências podem ser potencializadas quando associadas a condições socioeconômicas e geográficas, bem como a fragilidade da estrutura familiar e a dificuldade de acesso aos serviços assistenciais.¹⁶

Outro dado importante encontrado nesta pesquisa foi que a maioria das mães (95,5%) realizou o pré-natal, semelhantemente ao encontrado em outro estudo, em que 96,1% das mães realizaram o pré-natal.¹⁷ A alta taxa das mães que realizaram pré-natal apresentada nesta pesquisa pode estar relacionada ao índice de escolaridade, pois é

conhecido que a baixa escolaridade dificulta a adesão de mulheres ao pré-natal, o que contribui para inadequação do processo de cuidados no pré-natal.¹⁸

Quanto ao início da realização de pré-natal, os achados neste estudo se aproximam do encontrado em outra pesquisa,¹⁹ mostrando que na região sul do Brasil, 87% das primeiras consultas de pré-natal ocorreram no primeiro trimestre da gestação. Esta proporção é maior que a da região norte, e corroborando com o recomendado pelo Guia dos Direitos da Gestante e do Bebê,²⁰ que orienta o começo do pré-natal o mais cedo possível, no primeiro trimestre de gravidez e inclui, no mínimo, sete consultas até o parto. Os dados quanto ao número de consultas constantes neste estudo não puderam ser comparados com o recomendado, pois a gestação foi interrompida antes de seu término previsto. Embora tenha havido ampla cobertura da assistência pré-natal com início precoce e considerável número de consultas, isto não evitou a ocorrência da prematuridade, alertando que a qualidade do pré-natal não deve ser avaliada somente pelo número de consultas e idade gestacional de ingresso no serviço de saúde, mas também pela sua qualidade em si.²¹

Aproximadamente 17% das mães fizeram uso do tabaco na gestação. O fumo durante a gravidez está associado a gravidez ectópica, descolamento prematuro da placenta, placenta prévia, e ruptura prematura das membranas.²² Porém em pesquisa realizada com prematuros, concluiu-se que para entender melhor a etiologia dos efeitos relacionados com o tabaco na interface materno fetal durante a gravidez, seriam necessários mais estudos sobre o assunto.²³ Os prematuros do presente estudo foram, em sua maioria, de muito baixo peso, o que está relacionado à própria prematuridade, porém 16,2% dos bebês foram diagnosticados com peso pequeno para idade gestacional (PPIG), o que poderia ter alguma relação com o uso de tabaco pelas mães durante a gestação.

A pré-eclampsia, eclampsia e hipertensão arterial foram agravos maternos preponderantes nesta pesquisa (38,9%), sendo estas patologias também encontradas em estudo desenvolvido em Maceió²⁴ com gestações de alto risco, em que o índice foi semelhante (38,1%). Em estudo de revisão sobre a pré-eclampsia,²⁵ os autores concluíram que esta perigosa síndrome é responsável pela morbidade e mortalidade perinatal, abortos e nascimentos prematuros.

Em relação aos diagnósticos dos recém-nascidos, foi predominante as doenças respiratórias (93,9%), com destaque a síndrome do desconforto respiratório (58,1%), reafirmando, como fator preditivo para esta síndrome seja a duração da gestação, ligada a asfixia e gemelaridade.²⁶

Neste estudo, observou-se o predomínio da cesariana. Dado semelhante foi encontrado em pesquisa realizada na cidade de Nova York com 2.927 prematuros pequenos para a idade gestacional (PIG) e nascidos entre 25-34 semanas de gestação, dos quais 57,9% nasceram por via cesariana.²⁷ A contribuição das intervenções médicas, como as cesarianas, para o aumento dos nascimentos pré-termo tem sido bastante discutida no Brasil. Enquanto alguns estudos mostraram associação, outros indicam que o nascimento pré-termo aumentou igualmente entre os nascimentos por cesariana ou por parto vaginal.⁹ No entanto, estudo realizado em Goiânia demonstrou que o parto operatório, em gestações de alto risco, é considerado um procedimento relevante para a redução dos riscos perinatais, aumentando a sobrevivência dos recém-nascidos.²⁸

Verificou-se, nesta pesquisa, maior prevalência de parto normal entre adolescentes quando comparadas a mulheres com 20-35 anos. Semelhante resultado foi encontrado em estudos realizados no Maranhão²⁹ e Pernambuco³⁰, onde o parto vaginal foi prevalente entre as adolescentes. Uma provável explicação seria os recém nascidos serem

prematturos e de muito baixo peso ao nascer, o que poderia estar associado com maior chance de parto via vaginal e à menor incidência de cesárea, bem como à política de incentivo do Sistema Único de Saúde em diminuir os partos operatários, a fim de minimizar e otimizar a recuperação das mães.

Dados apresentados nesta pesquisa apontam para uma assistência de qualidade à população estudada formada por recém-nascidos de alto risco tanto para morbidade, quanto para mortalidade, o que pode ser verificado pela reversão da asfixia entre o 1º e 5º minutos, na sala de parto e na alta hospitalar, em que quase metade dos prematturos foram para casa com menos de 2000g. Em relação aos óbitos, 42,9% destes aconteceram na primeira semana de vida, o que pode estar mais relacionado a causas gestacionais.

Sugere-se a realização de estudos para aprofundar a relação dos dados obtidos neste estudo com a assistência prestada a essa população, visando compreender o que tem sido satisfatório para a assistência a esses bebês e o que precisa ser buscado para que resultados ainda melhores sejam obtidos.

Os resultados da presente pesquisa demonstraram que o perfil dos prematturos continua apresentando poucas alterações em relação a pesquisas anteriores, o que nos remete à reflexão de que as medidas recomendadas nas diversas políticas públicas de assistência ao pré-natal e recém-nascido ainda necessitam de aprimoramento, visando oferecer uma assistência efetiva ao binômio mãe-filho, priorizando as ações de promoção e prevenção, contribuindo para a redução da ocorrência de prematuridade e, consequentemente, dos indicadores de mortalidade neonatal.

REFERÊNCIAS

- 1 Ramos HAC, Cuman RKN. Fatores de risco para prematuridade: pesquisa documental. Esc Anna Nery. 2009; 13(2): 297-304.

- 2 World Health Organization. Born too soon: the global action report on preterm birth, Geneva: WHO; 2012. [acesso em 5 nov 2014]. Disponível em: http://whqlibdoc.who.int/publications/2012/9789241503433_eng.pdf.
- 3 Brasil. Ministério da Saúde. Saúde Brasil 2011: uma análise da situação de saúde e a vigilância da saúde da mulher. Brasília; 2012.
- 4 Klein VC, Linhares MBM. Prematuridade e interação mãe-criança: revisão sistemática da literatura. *Psicol Estud.* 2006; 11(2):277-84.
- 5 Ehrenkranz RA. Growth outcomes of very low-birth weight infants in the newborn intensive care unit. *Clin Perinatol.* 2000; 27(2): 325-45.
- 6 Tucker J, McGuire W. Epidemiology of preterm birth. *BMJ.* 2005; 329: 675-8.
- 7 Berhman RE, Butler AS. Preterm birth: causes, consequences and prevention. Washington DC: National Academies Press; 2006.
- 8 Unicef Brasil. Consultoria: pesquisa para estimar a prevalência de nascimentos pré-termo no Brasil e explorar possíveis causas. Pelotas, RS: 2013. [acesso em 5 nov 2014]. Disponível em: http://www.unicef.org/brazil/pt/br_prematuridade_possiveis_causas.pdf.
- 9 Victora CG, Aquino EM, Leal MC, Monteiro CA, Barros FC, Szwarcwald CL. Maternal and child health in Brazil: progress and challenges. *Lancet* [periodico online]. 2011 [acesso em 5 nov 2014]; 377(9780): 1863-76. Disponível em: <http://www.thelancet.com/series/health-in-brazil>.
- 10 Bengozi TM, Souza SNDH, Rosseto EG, Radigonda B, Rossetto EG, Hayakawa LM, et al. Uma rede de apoio à família do prematuro. *Ciênc Cuid Saúde.* 2010; 9(1): 155-60.
- 11 Organização Mundial da Saúde (OMS). Classificação internacional de doenças e problemas relacionados à saúde: décima revisão (CID-10). Centro Colaborador da OMS para Classificação de Doenças em Português. São Paulo: EDUESP; 1993.
- 12 Brasil. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Ipea). Atlas do desenvolvimento humano no Brasil 2013. [acesso em 27 nov 2014]. Disponível em: <http://www.atlasbrasil.org.br/2013/pt/consulta/>
- 13 Brasil. Ministério das Cidades. Sistema Nacional de Informações sobre Saneamento (SNIS) 2012-2013. Conheça o SNIS. [acesso em 27 nov 2014]. Disponível em: <http://www.cidades.gov.br/serieHistorica/>.
- 14 Brasil. Ministério das Cidades. Sistema Nacional de Informações sobre Saneamento (SNIS). Conheça o SNIS. [acesso em 27 nov 2014]. Disponível em: <http://www.cidades.gov.br/serieHistorica/>.

- 15 Goldenberg P, Figueiredo MCT, Silva RS. Gravidez na adolescência, pré-natal e resultados perinatais em Montes Claros, Minas Gerais, Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2005; 21(4): 1077-86.
- 16 Martins MG, Santos GHN, Sousa MS, Costa JEFB, Simões, VMF. Associação de gravidez na adolescência e prematuridade. *Rev Bras Ginecol Obstet*. 2011; 33(11): 354-60.
- 17 Costa EL, Sena MCF, Dias A. Gravidez na adolescência – determinante para prematuridade e baixo peso. *Com Ciênc Saúde*. 2011; 22 (Sup1): S183-88.
- 18 Carvalho ABR, Brito ASJ, Matsuo T. Assistência à saúde e mortalidade de recém-nascidos de muito baixo peso. *Rev Saúde Pública*. 2007; 41(6): 1003-12.
- 19 Brasil. Ministério da Saúde. Pesquisa nacional de demografia e saúde da criança e da mulher 2006. Brasília; 2008.[acesso em 27 nov 2014]. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/pnds/img/relatorio_final_pnds2006.pdf.
- 20 Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF). Guia dos direitos da gestante e do bebê. São Paulo: Globo; 2011.
- 21 Anversa ETR, Dal Pizzol TS, Bastos GAN, Nunes LN. Qualidade do processo da assistência pré-natal: unidades básicas de saúde e unidades de estratégia saúde da família em município no Sul do Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2012; 28(4): 789-800.
- 22 Geelhoed J, El Marroun H, Verburg B, Van Osch-Gevers L, Hofman A, Huizink A, et al. Maternal smoking during pregnancy, fetal arterial resistance adaptations and cardiovascular function in childhood 2011. *Int J Obstet Gynaecol*. 118: 755-62.
- 23 Grillo E, Freitas PF. Tabagismo e outros fatores de risco pré-gestacional para parto prematuro espontâneo. *Rev Bras Saúde Matern Infant*. 2011; 11 (4): 397-403.
- 24 Santos DTA, Campos CSM, Duarte ML. Perfil das patologias prevalentes na gestação de alto risco em uma maternidade escola de Maceió, Alagoas, Brasil. *Rev Bras Med Fam Comunidade* [periódico online]. 2014 [acesso em 15 dez 2014]; 9(30): 13-22. Disponível em: [http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc9\(30\)687](http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc9(30)687).
- 25 Brazdova A, Keprova A, Zidkova J, Madar J. Pré-eclampsia: a life-threatening pregnancy syndrom. *Braz Arch Biol Technol*. 2014; 57(5): 701-5.
- 26 Leite DG , Sousa CT, Nogueira ANC, Câmara TMS, Chave SWF, Bastos VPD. Evolução clínica de recém-nascidos com síndrome do desconforto respiratório submetidos à terapêutica com surfactante exógeno. *Rev Eletrônica Pesqui Méd* [periodico online]. 2008 [acesso em 27 nov 2014]; 2(3): 22-7. Disponível em: www.fisfar.ufc.br/pesmed.

-
-
- 27 Werner EF, Savitz DA, Janevic TM, [Ehsanipoor RM](#), [Thung SF](#), [Funai EF](#), et al. Mode of delivery and neonatal outcomes in preterm, small-for-gestational-age newborns. *Obstet Gynecol.* 2012; 120(3): 560-64.
 - 28 Giglio MRP, Lamounier JA, Morais Neto OL. Via de parto e risco para mortalidade neonatal em Goiânia no ano de 2000. *Rev Saúde Pública*, 2005; 39(3): 50-7.
 - 29 Martins MDG, Santos GHND, Sousa MDS, Costa JEFBD, Simões VMF. Associação de gravidez na adolescência e prematuridade. *Rev Bras Ginecol Obstet.* 2011; 33(11): 354-60.
 - 30 Maia VOA, Maia ACA, Queiroga FL. Via de parto em gestações sucessivas em adolescentes: estudo de 714 casos. *Rev Bras Ginecol Obstet.* 2004; 26(9): 703-7.

5.2 Artigo 2

*O Seguimento Ambulatorial do
Prematuro Realizado por Enfermeiros*

**O SEGUIMENTO AMBULATORIAL DO PREMATURO
REALIZADO POR ENFERMEIROS***

**OUTPATIENT FOLLOW-UP OF PREMATURE
DONE BY NURSES**

**EL SEGUIMIENTO DE LA AMBULATORIO
PREMATURO HECHO POR ENFERMERAS**

Sarah Nancy Deggau Hegeto de Souza⁴, Ana Paula Ribeiro⁵

Endereço para correspondência:

Sarah Nancy Deggau Hegeto de Souza
Av. Robert Koch, 60 — Vila Operária
CEP: 86038-350 - Londrina, PR, Brasil.
E-mail: sarahuel@sercomtel.com.br

*Artigo extraído da dissertação de mestrado “O seguimento ambulatorial do prematuro realizado por enfermeiros”, apresentada à Universidade Estadual de Londrina - PR, Brasil.

⁴ Enfermeira, Doutora pela Universidade de São Paulo, Docente em Saúde da Criança do Departamento de Enfermagem da Universidade Estadual de Londrina, Londrina, PR, Brasil.

⁵ Enfermeira, Mestranda em Enfermagem, Universidade Estadual de Londrina, Londrina, PR, Brasil.

RESUMO

Estudo quantitativo, descritivo, cujo objetivo foi caracterizar o seguimento ambulatorial do prematuro em relação ao tipo de alimentação, cuidados maternos e diagnósticos de enfermagem. Os dados foram obtidos a partir de 1424 consultas realizadas pelo enfermeiro no seguimento do prematuro no período de 2009 a 2012, em um ambulatório de especialidades público. Os resultados demonstraram que 65,9% dos atendimentos foram de bebês com idade gestacional corrigida menor ou igual a quatro meses, 39,9% estavam em aleitamento materno exclusivo, sendo que a não manutenção deste teve maior prevalência em gestação dupla, extrema prematuridade e muito baixo peso; 30,9% deles não apresentavam esquema vacinal completo na primeira consulta; principais diagnósticos de enfermagem foram de segurança/proteção, nutrição e papéis e relacionamentos. Acredita-se que, por meio da consulta de enfermagem, o enfermeiro possa evidenciar dificuldades que necessitem de intervenções precoces, além de atuar na promoção da saúde e prevenção de agravos do prematuro.

Descritores: Prematuro; Assistência Ambulatorial; Enfermagem Pediátrica.

ABSTRACT

Quantitative/descriptive study aimed to characterize the outpatient follow-up of premature infants according to diet, maternal care and nursing diagnoses. The data were obtained from 1424 consultations by nurses in monitoring the premature from 2009 to 2012 in a public outpatient of specialties. The results showed that 65.9% of the consultations was with babies with gestational age less than or equal to four months, 39.9% were exclusively breastfeeding, and non-maintenance of this was most prevalent in double pregnancy, extreme prematurity and very low birth weight; 30.9% of them did not have complete vaccine schedule in the first appointment; main nursing diagnoses were security/protection, nutrition and roles and relationships. It is believed that through the nursing consultation, the nurse can see problems that require early interventions, as well as acting in health promotion and prevention of injuries from premature.

Descriptors: Premature; Ambulatory Care; Pediatric Nursing.

RESUMEN

Estudio cuantitativo, descriptivo como objetivo caracterizar el seguimiento clínico de los bebés prematuros en el tipo de alimentación, la atención materna y diagnósticos de enfermería. Los datos se obtuvieron a partir de 1.424 consultas por enfermeras después de la prematura 2009-2012, en una clínica de especialidades públicos. Los resultados mostraron que el 65,9% de los casos fueron con los bebés con la edad gestacional corregida o igual a cuatro meses el 39,9% fueron sobre la lactancia materna exclusiva, y la falta de mantenimiento de esto tuvo mayor prevalencia en doble embarazo, prematuridad extrema y muy bajo peso al nacer; 30,9% de ellos no tenía la inmunización completa programar la primera cita; principales diagnósticos de enfermería fueron la seguridad / protección, nutrición y papeles y relacionamentos. Acredita que, a través de la consulta de enfermería, la enfermera puede mostrar las dificultades que requieren intervenciones tempranas, además de actuar en la promoción de la salud y prevención de enfermedades prematura.

Descritores: Prematuro; Atención Ambulatoria; Enfermería Pediátrica.

INTRODUÇÃO

A prematuridade é a segunda causa de morte em crianças menores de cinco anos, e a mais importante causa de morte no primeiro mês de vida⁽¹⁾.

Atualmente, é cada vez maior a expectativa de sobrevivência de crianças de alto risco, em decorrência dos progressos tecnológicos e técnicos de assistência. A preocupação está no prognóstico em longo prazo, uma vez que a prematuridade, o tratamento neonatal e o tempo de internação podem ter como consequências crianças com sequelas importantes no que diz respeito ao seu desenvolvimento, crescimento e interação familiar⁽²⁾.

Alguns impactos com possibilidades de afetarem a longo prazo a vida de prematuros e suas famílias são elencados pela Organização Mundial da Saúde (OMS). Entre outros, estão: deficiências visual e auditiva, doença pulmonar crônica, doença cardiovascular a longo prazo, sequelas nas áreas comportamentais e psiquiátricas, atraso no desenvolvimento global, impacto econômico, emocional e psicossocial na família, sociedade e nos serviços de saúde⁽¹⁾.

O cuidado no período neonatal não pode se restringir ao momento de hospitalização, mas sim deve-se ampliar esse cuidado para o extra-hospitalar que objetivará a sobrevivência com qualidade desses bebês⁽³⁾. Assim, o seguimento desse grupo tem sido recomendado^(1,4-5), iniciando-se na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN) e tendo continuidade após a alta hospitalar com avaliações sistemáticas do crescimento e desenvolvimento, prevenção de riscos e danos, entre outros aspectos⁽³⁾.

Nesse contexto, a consulta de enfermagem (CE) destaca-se como estratégia tecnológica importante e resolutiva para o cuidado, respaldada por lei⁽⁶⁾, privativa do enfermeiro, e que oferece inúmeras vantagens na assistência prestada, facilitando a promoção de saúde, o diagnóstico e o tratamento precoces, além da prevenção de situações evitáveis⁽⁷⁾. Para a realização da CE com criança, faz-se necessária a presença da família, sendo esta considerada elemento fundamental no cuidado de seus membros.

Fundamentados na premissa de que o cuidado do prematuro deve ser pautado na integralidade e na inclusão da família, em 2006, docentes do Departamento de Enfermagem da Universidade Estadual de Londrina (UEL), cientes da necessidade da presença do enfermeiro no seguimento ambulatorial, propuseram, por meio de um projeto, a inserção da consulta de enfermagem no ambulatório do prematuro de um hospital universitário. Naquele momento, o atendimento era realizado por equipe multiprofissional, sem a atuação de um

enfermeiro especificamente para esse fim. Porém, desde sua concepção, foi proposta a realização de um atendimento integral aos bebês e famílias, que se iniciava no dia do nascimento, continuando durante toda a internação, no processo da alta e dando seguimento durante o primeiro ano de vida. Dessa forma, foi implantado o projeto Uma Rede de Apoio à Família Prematura⁽⁸⁾ desenvolvido no Hospital Universitário da Universidade Estadual de Londrina (HU-UEL).

Por meio do projeto, o enfermeiro assiste integralmente o bebê, orienta e desenvolve ações educativas com a família e participa da rotina de cuidados diários com a finalidade de formar vínculo e preparar a alta hospitalar. Também realiza visitas domiciliares antes e após a alta hospitalar. No seguimento ambulatorial, por meio da CE, os enfermeiros que assistiram a família durante a internação, realizam o acompanhamento do prematuro até um ano de idade gestacional corrigida (IGC), proporcionando melhor comunicação, confiabilidade entre profissional e paciente, sendo capazes de desenvolver as etapas previstas para a CE com mais facilidade e assertividade, principalmente devido ao vínculo criado durante toda a internação. Após sete anos de execução do projeto, o atendimento proposto tornou-se rotina no setor e continua sendo prestado aos bebês e família até os dias atuais, tanto em nível hospitalar, como ambulatorial e domiciliar, por meio das visitas antes e após a alta.

Buscando melhorar a visibilidade do papel do enfermeiro na qualidade de participante ativo da equipe multidisciplinar no contexto da assistência integral ao prematuro, questiona-se quais são as demandas de cuidado de um prematuro após a alta hospitalar que possam ser encontradas na consulta de enfermagem no seguimento ambulatorial.

Portanto, o objetivo do presente estudo foi caracterizar a consulta de enfermagem dos prematuros no seguimento ambulatorial dos bebês atendidos pelo projeto Uma Rede de Apoio à Família Prematura em relação ao tipo de alimentação, cuidados maternos e diagnósticos de enfermagem, e verificar associação entre a não manutenção do aleitamento materno exclusivo a fatores maternos e do prematuro.

MÉTODOS

Trata-se de uma pesquisa descritiva, com abordagem quantitativa. Foi desenvolvida a partir das informações contidas no banco de dados do projeto Uma rede de apoio à família prematura, realizado por docentes do departamento de enfermagem, da área de saúde da criança e residentes em enfermagem neonatal da Universidade Estadual de Londrina (UEL), e conduzido com o objetivo de oferecer assistência integral ao prematuro e sua família, desde o nascimento até o seguimento ambulatorial. O seguimento foi realizado no Ambulatório de Prematuros do Ambulatório de Especialidades do Hospital Universitário (AEHU), por equipe composta por docentes e residentes de enfermagem, docentes, residentes e internos de medicina, assistente social e psicólogo, além de diversas especialidades para encaminhamento, como oftalmologia, neurologia, cirurgia infantil, cardiologia, fisioterapia, entre outras. Os atendimentos ambulatoriais aos prematuros pelo enfermeiro são realizados até que se complete um ano de idade gestacional corrigida (IGC). O acompanhamento médico ocorre em maior frequência no primeiro ano de vida e se torna anual até sete anos de vida, se necessário. A periodicidade das consultas é agendada a partir das demandas específicas de cada bebê e família.

A pesquisa foi realizada com dados obtidos no período de 2009 a 2012. Foram inseridos no projeto, naquele período, 497 prematuros. Destes, 100 bebês (20,1%) foram a óbito antes da alta hospitalar e 66 (16,6%) não retornaram para o seguimento. Portanto, os dados analisados neste estudo foram de 331 prematuros atendidos no seguimento ambulatorial.

As variáveis analisadas foram: quanto ao bebê - IGC, peso, tipo de amamentação na alta hospitalar; quanto aos cuidados prestados pela mãe ao bebê: vacinação, higiene oral, higiene ocular, banho de sol, medicamentos administrados; acompanhamento com especialidades; orientações realizadas na consulta de enfermagem e diagnósticos de enfermagem (DE).

Os DE descritos nas consultas foram adequados na nomenclatura ou aos domínios a que foram agrupados, seguindo a taxonomia da Nanda-I⁽⁹⁻¹¹⁾, considerando: DE real - descreve respostas humanas a condições de saúde/processos vitais que existem em um indivíduo, família, grupo ou comunidade e são, por vezes, chamados de “diagnósticos de problemas”; DE de promoção da saúde - consiste no julgamento clínico da motivação e do desejo de um indivíduo, família, grupo ou comunidade em aumentar o bem-estar e

concretizar o potencial de saúde humana, conforme manifestado em sua disposição, para melhorar comportamentos específicos de saúde e que podem ser utilizados em qualquer condição de saúde; DE de risco- expressa no julgamento clínico sobre experiências/respostas humanas a condições de saúde/processos vitais os quais têm elevada probabilidade de ocorrer em um indivíduo, família, grupo ou comunidade vulnerável. Após, foram categorizados pelos domínios: promoção de saúde, nutrição, eliminação e troca, atividade/repouso, percepção/cognição, papéis e relacionamentos, enfrentamento/tolerância ao estresse, segurança/proteção, crescimento/desenvolvimento.

As variáveis tempo de internação e tipo de alimentação na alta e visita após-alta hospitalar, foram obtidas da ficha de acompanhamento dos prematuros no atendimento hospitalar e domiciliar.

A análise descritiva foi realizada por meio de frequências absolutas e relativas, média e desvio padrão. Para as análises bivariadas e de regressão de Poisson aplicou-se o Teste Qui-Quadrado de Wald adotando nível de significância de 5% (valor de $p < 0,05$) e intervalo de confiança (IC) de 95% e utilizou-se a razão de prevalência (RP) como medida de associação. Para inclusão de variáveis no modelo de regressão, foram selecionadas aquelas com valor de $p < 0,20$ na análise bivariada. Para todas as variáveis, foi estabelecida uma categoria de referência (RP igual a 1), considerada a de menor risco para ocorrência do desfecho (não manutenção de AME). As análises foram realizadas utilizando-se o software SPSS versão 19.0.

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UEL, CAAE nº 0130.0.268.000-07.

RESULTADOS

No período do estudo, foram realizadas 1424 CE no seguimento de 331 prematuros. A média de peso no nascimento nessa população foi de 1388g e de idade gestacional (IG) ao nascimento de 30 semanas e 3 dias. Na alta, a média de peso foi de 2089g, sendo que quase metade dos bebês tinham menos de 2000g (48,9%), e a média da IG foi de 36 semanas e 2 dias. A média de tempo de internação dos bebês foi de 42,3 dias (desvio padrão de 25,1 dias). Na primeira consulta, a média de IG foi de 39 semanas e 5 dias, a de idade cronológica 53,7 dias e a de peso foi 2764g.

Entre os atendimentos, 936 (65,9%) foram com bebês com IGC menor ou igual a quatro meses, 180 (12,7%) de quatro a seis meses, e os atendimentos com bebês maiores de seis meses corresponderam 305 (21,5%). Três fichas de atendimento não forneciam esta informação.

As consultas e número dos prematuros atendidos nas consultas estão demonstrados na Figura 1. Houve uma diminuição gradativa na frequência dos prematuros ao longo dos atendimentos. Observa-se maior número de atendimentos até a quinta consulta.

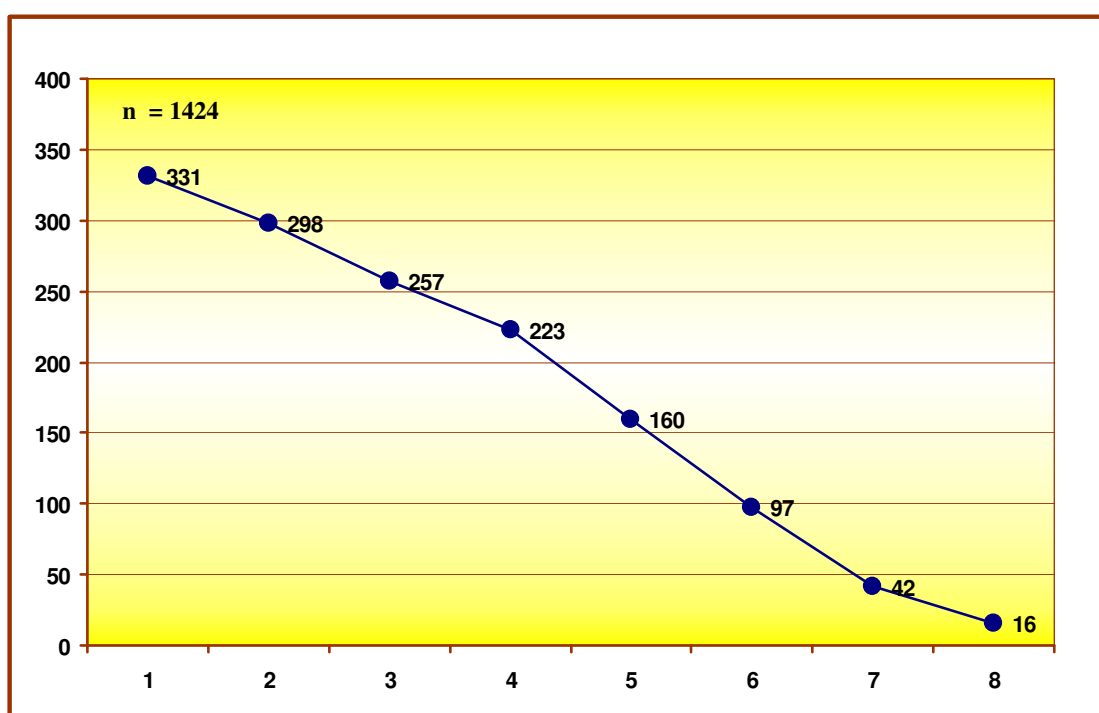


FIGURA 1 – Distribuição dos prematuros segundo número de consultas. Londrina, PR, Brasil, 2015.

A alimentação ofertada pela mãe ao prematuro, assim como a manutenção e mudanças realizadas desde a alta hospitalar até o início do seguimento podem ser visualizadas na Tabela 1. A maioria dos bebês (73,4%) na alta hospitalar estava em aleitamento materno exclusivo (AME), e 39,9% mantiveram o AME na primeira consulta do seguimento ambulatorial. A mudança de AME na alta para aleitamento materno (AM) na primeira consulta ocorreu em 26,3% dos casos e AME para aleitamento artificial (AA), em 7,9% , e 40 (12,1%) estavam em AA.

TABELA 1 – Distribuição dos prematuros segundo o tipo de alimentação na alta, visita domiciliar após a alta e 1ª consulta. Londrina, PR, Brasil, 2015.

TIPO DE ALIMENTAÇÃO	N = 331	%
ALTA HOSPITALAR		
AME	243	73,4
AM	43	13,0
AA	44	13,3
Sem informação	1	0,3
VISITA APÓS ALTA HOSPITALAR		
AME	117	35,3
AM	88	26,6
AA	46	13,9
Sem informação*	80	24,2
SEGUIMENTO — 1ª CONSULTA		
AME	132	39,9
AM	120	36,3
AA	79	23,9
MANUTENÇÃO/ALTERAÇÃO — ALTA HOSPITALAR PARA 1ª CONSULTA		
Manteve AME	130	39,9
Manteve AA	40	12,1
Manteve AM	29	8,8
Mudou AME para AM	87	26,3
Mudou AME para AA	26	7,9
Mudou AM para AA	12	3,6
Mudou AA para AM	4	1,2
Mudou AM para AME	2	0,6
Sem informação	1	0,3

* Bebês que não receberam visita domiciliar.

A evolução do tipo de alimentação ofertado ao prematuro desde a alta hospitalar até a quinta consulta do seguimento ambulatorial pode ser visualizada na Figura 2.

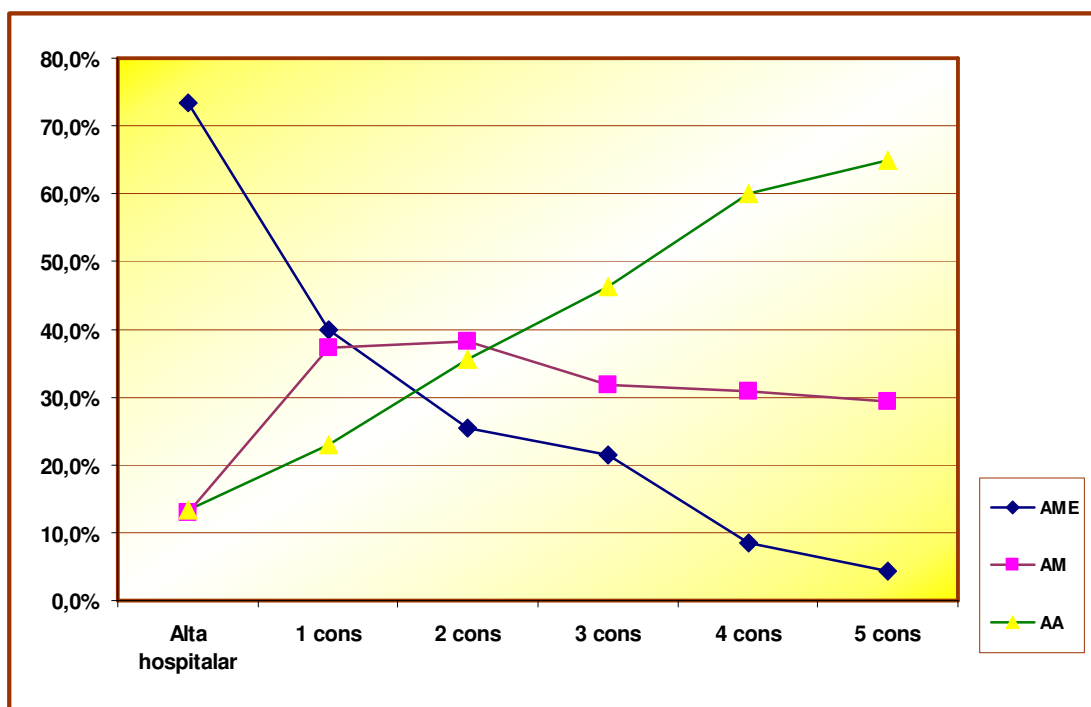


FIGURA 2 – Distribuição do tipo de alimentação na alta hospitalar e consultas do seguimento do prematuro. Londrina, PR, Brasil, 2015.

A Tabela 2 demonstra que gestação múltipla, nascer antes da 28^a semana de gestação e extremo baixo peso ou muito baixo peso ao nascer associaram-se a não manutenção do AME até a primeira consulta. Não houve associação com idade e escolaridade materna.

TABELA 2 – Análise bivariada de fatores associados a não manutenção do aleitamento materno exclusivo na 1ª consulta do prematuro, após a alta hospitalar, Londrina, PR, Brasil, 2015.

VARIÁVEIS	TOTAL* (n = 243)	AME(NÃO) * (n = 113)	RP NÃO AJUSTADA	IC 95%	VALOR de p
IDADE MATERNA (ANOS)					
< 20	53	28	1,24	0,84; 1,83	0,346
20 a 35	162	70	1,00	—	
≥ 36	28	15	1,22	0,90; 1,67	
ESCOLARIDADE MATERNA (em anos)					
< 8	79	37	1,00	0,75; 1,33	1,00
≥ 8	158	74	1,00	—	
TIPO DE GESTAÇÃO					
Única	187	76	1,00	—	<0,001
Múltipla	55	36	1,61	1,24; 2,09	
IDADE GESTACIONAL (EM SEMANAS)					
< 28	26	18	1,63	1,16; 2,29	0,046
28 a 31	116	52	1,05	0,78; 1,43	
≥ 32	101	43	1,00	—	
PESO AO NASCER (EM GRAMAS)					
< 1000	29	20	2,43	1,64; 3,59	<0,001
1000 a 1499	106	62	2,06	1,45; 2,91	
≥ 1500	102	29	1,00	—	

* Algumas variáveis não tinham informação.

Após ajuste pelas variáveis idade e escolaridade materna, por modelo de regressão de Poisson, mantiveram-se associados a não manutenção do AME os nascimentos de gestação múltipla e de extremo e muito baixo peso (Tabela 3).

TABELA 3 – Análise de regressão de Poisson para fatores associados à não manutenção do aleitamento materno exclusivo na primeira consulta do prematuro, após a alta hospitalar. Londrina, PR, Brasil, 2015.

VARIÁVEIS	TOTAL* (n = 236)	AME(NÃO)* (n = 110)	RP** AJUSTADA	IC 95%	VALOR de p
TIPO DE GESTAÇÃO					
Única	182	75	1,00	—	<0,001
Múltipla	54	35	1,62	1,27; 2,06	
PESO AO NASCER (EM GRAMAS)					
< 1000	29	20	2,45	1,52; 3,93	
1000 a 1499	105	61	2,11	1,50; 2,99	<0,001
≥ 1500	102	29	1,00	—	

*Algumas variáveis não tinham informação.

**Modelo ajustado por idade gestacional.

Em relação às orientações realizadas nos atendimentos, para prevenção de acidentes, os itens queda (90%) e sufocamento (85,8%) foram os mais mencionados, assim como os sinais de alerta estiveram entre as orientações mais citadas nas consultas (76,8%). Houve ainda outras orientações incluindo cuidados corporais, realização do banho de sol, orientação alimentar, aleitamento materno e vacinas.

O acompanhamento dos prematuros com especialidades apresentou índices consideráveis, sendo os principais, a realização de puericultura na UBS (55%), oftalmologia (49,9%), fisioterapia (42,8%), neuropediatria (30,4%) e fonoaudiologia (23,9%).

A Tabela 4 apresenta a distribuição das consultas em relação aos cuidados maternos oferecidos ao prematuro. Observa-se que em 22% das consultas os bebês apresentavam esquema vacinal incompleto para a idade, e a maioria das mães relataram que faziam higiene oral em seus filhos (91,0%). As medicações sulfato ferroso e polivitamínico foram as mais administradas pelo cuidador, 95,7% e 80,7%, respectivamente. Como as medicações não foram mutuamente exclusivas, cada consulta pode ter apresentado mais de uma medicação.

TABELA 4 – Distribuição das consultas em relação aos cuidados maternos realizados com o bebê. Londrina, PR, Brasil, 2015.

CUIDADOS MATERNOS REALIZADOS COM O BEBÊ	N = 1424	%
ESQUEMA VACINAL COMPLETO		
Sim	1024	71,9
Não	313	22,0
Sem informação	87	6,1
BANHO DE SOL		
Sim	1179	82,8
Não	159	11,2
Sem informação	86	6,0
HIGIENE ORAL		
Sim	1296	91,0
Não	81	5,7
Sem informação	47	3,3
MEDICAÇÕES		
Sulfato ferroso	1227	95,7
Polivitamínico	1035	80,7
Sistema digestório	165	12,9
Anticonvulsivante	164	12,8
Outros	238	18,6

Considerando apenas a primeira consulta, a não realização do esquema vacinal e banho de sol apresentaram valores diferentes, sendo 94 (30,9%) e 71 (22,6%), respectivamente. A pergunta sobre higiene ocular foi adicionada ao instrumento da consulta apenas a partir de 2012, e das 470 informações obtidas, 98,1% das mães mencionaram que realizavam este cuidado.

Nas consultas do seguimento foram descritos diagnósticos de enfermagem relativos aos prematuros e suas famílias, conforme mostra a Figura 3. Entre as 1424 CE, 1078 (75,7%) apresentaram DE de promoção da saúde; os DE de risco estiveram presentes em 750 (52,7%) consultas e os DE real em 394 (27,7%). Evidenciou-se que os domínios

5.2 Artigo 2

segurança/proteção, nutrição e papéis e relacionamentos preponderaram nas três classificações de DE , sendo 621(43,6%) , 514 (36,1%) e 437 (30,7%), respectivamente.

FIGURA 3 – Diagnósticos de enfermagem das consultas de seguimento dos prematuros segundo classificação e domínio NANDA. Londrina, PR, Brasil, 2015.

DOMÍNIO/DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM	DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM DE PROMOÇÃO DA SAÚDE	DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM DE RISCO	DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM REAL
SEGURANÇA/PROTEÇÃO (n = 621)	Cuidado corporal adequado*	Risco de infecção Risco da síndrome de morte súbita do lactente Risco para sufocação Risco de quedas Risco de aspiração Risco de doenças preveníveis* Risco de hipertermia*	Mucosa oral prejudicada Integridade tissular prejudicada relacionada com alterações vasculares periféricas Desobstrução ineficaz das vias respiratórias relacionada com a presença de obstrução ou secreções traqueobrônquicas Administração incorreta de medicação*
NUTRIÇÃO (n = 514)	Adequado ganho ponderal*	Risco de déficit do volume de líquidos relacionado com a existência de fatores que propiciam o desequilíbrio hidroeletrólítico Risco de nutrição desequilibrada Risco de ganho ponderal inadequado*	Padrão alimentar ineficaz relacionado com déficit neurológico ou retardado no desenvolvimento Dificuldade de adaptação ao aleitamento artificial*
PAPÉIS E RELACIONAMENTOS (n = 437)	Amamentação eficaz Segurança materna quanto aos cuidados prestados*	Risco de desmame precoce* Risco para amamentação ineficaz*	Processos familiares alterados relacionados com distúrbios familiares Enfrentamento familiar ineficaz, comprometido - relacionado com problemas de saúde do recém-nascido Amamentação ineficaz Ambiente social inadequado* Desmame precoce*
ENFRENTAMENTO/TOLERÂNCIA AO ESTRESSE (n = 382)	Estratégias de resolução do estresse – família comprometida – relacionadas com os problemas de saúde do recém-nascido	Risco de comportamento do lactente desorganizado (prematuidade, problemas orais, problemas motores, estimulação)	Comportamento do lactente desorganizado relacionado com dor, prematuridade, problemas orais, distúrbios motores, intolerância aos alimentos, estimulação ambiental excessiva ou falta de estimulação
PROMOÇÃO DA SAÚDE (n = 60)	Bons cuidados de saúde*		Manutenção ineficaz da saúde
ATIVIDADE/REPOUSO (n = 29)		Risco para alteração do ciclo circadiano*	Mobilidade física prejudicada Distúrbio do padrão do sono relacionado com fatores biológicos ou psicológicos Padrão respiratório ineficaz Troca gasosa prejudicada relacionada com alterações vasculares periféricas
CRESCIMENTO/DESENVOLVIMENTO (n = 26)		Risco de crescimento e desenvolvimento alterados	
ELIMINAÇÃO E TROCA (n = 20)		Risco para constipação	Motilidade gastrointestinal disfuncional
PERCEÇÃO/COGNIÇÃO (n = 4)			Dificuldade materna no entendimento às orientações*

* Diagnóstico de enfermagem adaptado para o domínio proposto na NANDA.

DISCUSSÃO

Os resultados do presente estudo destacaram a contribuição que a CE pode dar ao ser realizada no seguimento do prematuro. Foram demonstrados dados sobre situação do AM, cuidados maternos com o bebê e diagnósticos de enfermagem, mostrando a participação do enfermeiro na equipe profissional do ambulatório do prematuro como essencial. As fortalezas e dificuldades diagnosticadas pelo enfermeiro apontaram que o atendimento integral, desde o nascimento, durante a internação e após a alta, como proposto pelo projeto Uma Rede de Apoio à Família Prematura, pode contribuir de forma assertiva para uma melhor assistência ao prematuro e sua família.

A contribuição do estudo ainda se destaca pelo valor do vasto banco de dados referentes a uma assistência integral e contínua a uma população estratégica para a tomada de decisões políticas em direção à diminuição da mortalidade e morbidade infantil, ou seja, prematuros extremos e de muito baixo peso ao nascer. Em uma revisão sistemática sobre CE⁽⁷⁾, os 31 artigos estudados descreviam sua realização com pacientes cardíacos, gestantes, entre outros, porém nenhum deles discorria sobre a CE com o prematuro e família, o que ressalta o valor do presente estudo.

As médias apresentadas de peso e IG ao nascimento, bem como as de alta e da primeira consulta ambulatorial, além da média do tempo de internação de 42,3 dias demonstraram que os bebês atendidos no referido serviço de saúde estão sobrevivendo apesar da prematuridade extrema e muito baixo peso. Estudo⁽¹²⁾ realizado com 694 bebês com menos de 1500g ou idade gestacional menor de 34 semanas atendidos na mesma instituição dos sujeitos da presente pesquisa mostra que o nascimento de 42,5% dos prematuros deu-se entre a 28^a e 31^a semana de gestação e 73,7% nasceram com menos de 1500g⁽¹²⁾.

Após a implantação do projeto no referido serviço, o peso deixou de ser um critério determinante de alta, que anteriormente era de no mínimo 2000g e a capacidade materna e familiar de cuidar do bebê se tornaram-se mais decisivos para o momento da alta.

Observa-se que a procura pelo seguimento especializado tende a diminuir consideravelmente no primeiro ano de vida, sendo maior nos primeiros meses após a alta. Nota-se em relação a isso que algumas mães procuram atendimento em clínicas particulares ou são de outra cidade, o que dificulta a locomoção para Londrina, portanto optando pelo

acompanhamento na cidade de origem. Ainda observa-se que, ao se sentirem seguras com o cuidado do filho, tanto a família como a equipe decidem pelo maior espaçamento das consultas, ou pela sua suspensão, priorizando os casos que ainda apresentam mais demandas de atendimento.

Quanto ao aleitamento materno, evidenciou-se neste estudo uma taxa de AME na alta hospitalar (73,4%), superior à verificada em pesquisa realizada com 156 prematuros⁽¹³⁾, em que a prevalência foi de 58,3%, e superior também a um estudo⁽¹⁴⁾ com 384 prematuros que apresentou 36% de prevalência de AME, aumentando para 54,7% após a implantação da Iniciativa Hospital Amigo da Criança. Revisão integrativa⁽¹⁵⁾ sobre a prevalência/duração do aleitamento materno (AM) entre os prematuros nascidos com muito baixo peso demonstrou índices de aleitamento materno diversificados na alta, variando de 19,5% até 76% de AME. Como no presente estudo, altas taxas de desmame foram encontradas logo nos primeiros dias após a alta, com quedas de mais de 50% de desmame no primeiro retorno ambulatorial. Entre as medidas que apresentaram eficácia, estavam o aconselhamento e estratégias diversificadas de apoio, acompanhamento e seguimento.

Estas taxas de AM em prematuros podem ser explicadas pelo grande desafio de amamentá-los devido sua imaturidade fisiológica e neurológica, dificuldade em coordenação sucção-deglutição-respiração e hospitalização prolongada, além de todo o sentimento de incapacidade e estresse emocional materno que podem diminuir a lactação⁽¹⁶⁾. Observa-se que a confiança construída durante toda a internação com a mãe sobre seu papel no cuidado e amamentação é muitas vezes desafiada quando passa a ser a responsável por todo o cuidado após a alta hospitalar. Por isso, a importância do seguimento para que as dúvidas e inseguranças que voltam a preocupar a mãe e família sejam atendidas e novas estratégias sejam estabelecidas para o enfrentamento dos problemas encontrados.

Apesar do decréscimo na taxa de AME na primeira consulta do seguimento (39,9%) em relação à alta hospitalar, percebeu-se que a maioria dos bebês (77,1%) era alimentada por leite materno. Um estudo⁽¹⁷⁾ de quase 10 mil crianças e mães em Gana, Índia e Peru, mostrou que bebês predominantemente amamentados foram também protegidos quanto à mortalidade, apresentando riscos de morte similares aos exclusivamente amamentados, no entanto bebês não amamentados tiveram um alto risco de morte quando comparados aos predominantemente amamentados, ou mesmo parcialmente amamentados.

Acredita-se que o índice encontrado para o aleitamento materno, neste estudo, possa ter sido atingido devido ao relacionamento desenvolvido entre as enfermeiras e a mãe desde a internação, fornecendo informações, valorização e encorajamento para esta importante prática. As enfermeiras da unidade neonatal incluem a mãe nos cuidados do recém-nascido o mais precocemente possível, inicialmente com pequenos cuidados (higiene ocular, oral, depois troca de fraldas, alimentação por gavagem, banho, medicação). Em relação ao aleitamento materno, as mães são orientadas quanto à ordenha precoce desde o primeiro dia de vida do bebê, ainda na maternidade, e são estimuladas durante toda a internação a ordenharem e trazerem o leite aos seus filhos, inclusive na oferta de leite fresco retirado ao lado da incubadora e imediatamente oferecido ao bebê.

A interrupção do AME, neste estudo, esteve associada à gestação múltipla e ao extremo baixo peso e baixo peso ao nascer. Observou-se que características maternas como escolaridade e idade não estiveram associadas à interrupção do AME, bem como a idade gestacional que não permaneceu associada após regressão. Resultado semelhante foi encontrado em pesquisa⁽¹⁸⁾ com 170 bebês com baixo peso ao nascer, atendidos na atenção básica. Difere no fato de ter havido associação com idade materna, não encontrada no presente estudo. Acredita-se que a não associação a fatores maternos possa ser atribuída ao cuidado integral e individualizado oferecido à mãe durante a internação por meio do apoio constante ao aleitamento materno, o que pode ter auxiliado na superação dos obstáculos que a pouca idade ou falta de escolaridade poderiam oferecer.

Outros temas também foram abordados nas consultas de enfermagem, como os cuidados que as mães realizavam com seus filhos, mostrando que as mães, em sua grande maioria estão realizando cuidados que foram ensinados e realizados por elas durante a internação como higiene, banho de sol e medicações. A ocorrência de 30,9% dos bebês não apresentarem o esquema vacinal completo na primeira consulta do seguimento é preocupante, já que os prematuros têm imunidade diminuída para doenças infecto-contagiosas quando comparada com os bebês a termo⁽¹⁹⁾. Em estudo⁽²⁰⁾ realizado na Suíça, os autores concluíram que as razões principais para o atraso no esquema vacinal incluíam informação insuficiente aos pais, bem como tempo prolongado de internação. Observa-se, porém, no contexto de saúde da atenção básica, que os profissionais se sentem inseguros na indicação e administração de vacinas em prematuros, decidindo erroneamente que o adiamento da vacinação do prematuro é necessário devido a sua imunidade, enquanto é

exatamente o contrário que deve ocorrer. A resposta imune às vacinas pode ser menor, mas em geral atinge níveis satisfatórios de proteção⁽²¹⁾.

No esquema vacinal proposto para o prematuro, a única restrição é o peso menor de 2000g para a realização da vacina BCG. Para as demais, deve-se seguir o calendário infantil indicado para os bebês a termo, de acordo com a idade cronológica dos prematuros. Algumas vacinas são acrescentadas ao calendário específico do prematuro como Palivizumabe, que é uma imunização passiva com o anticorpo monoclonal contra o Vírus Sincicial Respiratório, durante os meses de maior circulação do mesmo (maio a setembro)⁽²¹⁾.

Apesar da frequência de vacinação na primeira consulta não ter sido satisfatória, observou-se que no decorrer do seguimento, este cuidado materno foi melhorando, podendo isto ser resultado do reforço de sua importância e redirecionamento das orientações para a atualização do esquema vacinal realizado nas consultas pelo enfermeiro.

No tocante às orientações realizadas nas consultas, o tema prevenção de acidentes, foi frequentemente abordado, destacando que os acidentes representam uma das principais causas de mortalidade infantil⁽²²⁾. Conforme a idade ou detecção na anamnese e histórico situacional abordados na consulta, são contempladas orientações em relação à prevenção de queimaduras, engasgo, sufocamento, intoxicação, queda, ferimentos, choque elétrico e outras que se fizerem necessárias. Estudo⁽⁷⁾ demonstrou a diversidade da atuação do enfermeiro nas consultas, sempre corroborando a sua principal função como educador em saúde.

Assim como a prevenção de acidentes, os sinais de alerta foram também orientados, indicando às mães quando buscarem imediatamente o atendimento profissional para seus filhos. Os sinais orientados são: mudança de coloração da pele (cianose, pele marmórea, palidez intensa, icterícia); mudança do padrão respiratório ou apnéia; Hipoatividade/prostração; evacuação com sangue; vômitos em jato ou com presença de sangue; recusa do peito/dieta; irritação intensa e convulsão, conforme preconizados em programas de assistência à criança⁽²³⁻²⁴⁾.

Nas consultas, as mães demonstram esse conhecimento de forma sedimentada e segura, relatando cada um dos sinais quando questionada. Os indicadores de mortalidade infantil demonstram uma triste realidade de que a grande maioria das mortes são por causas evitáveis, o que reforça que quanto mais precoce a procura da família pelo serviço de saúde,

reconhecendo o momento necessário para fazê-lo, maiores serão as chances da criança sobreviver⁽²⁵⁾. Em se tratando de prematuros, isto se faz ainda mais urgente.

Neste estudo, os encaminhamentos realizados vêm ao encontro ao relatado na literatura quanto à prevenção ou tratamento das consequências do nascimento prematuro. O acompanhamento com as especialidades de oftalmologia, fisioterapia e neuropediatria, podem ser justificados pela grande incidência de patologias como retinopatia da prematuridade, displasia broncopulmonar, leucomalácia periventricular e a necessidade de reabilitação motora. Revisão integrativa⁽³⁾ demonstrou que a vida após a alta hospitalar da criança nascida pré-termo e de baixo peso ao nascer e de sua família é vulnerável a muitas alterações, e essas devem ser acompanhadas sistematicamente e encaminhadas pela equipe de saúde para que maiores alterações e prejuízos sejam evitados.

Vale destacar que em todos os atendimentos, mesmo durante a internação e o processo de alta, é enfatizada a importância do acompanhamento não somente no serviço ambulatorial especializado, mas também na unidade básica de saúde (UBS) da área de abrangência onde a família do prematuro reside. No momento da visita após a alta, os enfermeiros do hospital comparecem à UBS próxima à residência da família e fazem a referência para a enfermeira da unidade, fornecem uma ficha com um resumo de todos os dados de internação do bebê e as condições de alta. Essa ênfase pode ser observada no fato de que mais da metade das famílias relatam o acompanhamento dos bebês na UBS. Estudos⁽²⁻³⁾ apontam que a não existência de referência e contrarreferência efetiva dificulta a integralidade do cuidado à saúde das famílias e de seus filhos prematuros e recomendam que sejam realizados esforços para a articulação entre os serviços nos diferentes níveis de atenção à saúde.

Em relação aos diagnósticos de enfermagem descritos nos atendimentos, verificou-se o predomínio dos DE de promoção de saúde (75,7%), que consistem no julgamento clínico da motivação e do desejo de um indivíduo, família, grupo ou comunidade de aumentar o bem-estar e concretizar o potencial de saúde humana, conforme manifestado em sua disposição, para melhorar comportamentos específicos de saúde e que podem ser utilizados em qualquer condição de saúde⁽⁹⁾. Foram estabelecidos os diagnósticos de enfermagem “cuidado corporal adequado”; “adequado ganho ponderal”; “amamentação eficaz”; “segurança materna quanto aos cuidados prestados”; “estratégias de resolução de estresse” e “bons cuidados de saúde”.

Acredita-se que esta alta frequência de diagnóstico de promoção de saúde se deva à assistência prestada pelo enfermeiro, juntamente com a equipe multiprofissional, que acompanhou os prematuros e suas famílias desde o nascimento até o seguimento, reconhecendo a família como uma constante na vida da criança, e facilitando a colaboração entre pais e profissionais em todos os níveis de cuidado em saúde.

Como dito anteriormente, a inserção precoce da mãe nos cuidados do bebê durante a internação e todo o planejamento de preparo da mesma e da família para os cuidados domiciliares são etapas sistematizadas do projeto. O processo de alta realizado ao longo da internação, iniciado precocemente, constatada a viabilidade do bebê, que inclui orientações e realização pela mãe de cuidados como banho, cuidados com a pele, olhos, boca, administração de medicação e os específicos que as condições da criança exijam (dieta por sonda, aspiração, oxigênio inalatório, entre outros), esses cuidados podem ter contribuído para que esses resultados satisfatórios tenham sido alcançados. Isto foi demonstrado no presente estudo pela maior ocorrência de diagnósticos de promoção de saúde em relação aos chamados de diagnósticos de problemas⁽⁹⁾, ou seja, os de risco (52,7%) e principalmente, os diagnósticos reais (27,7%). A continuidade da assistência ambulatorial pela mesma equipe hospitalar traz como benefícios famílias que atendem com mais segurança as demandas de crescimento e desenvolvimento de seus filhos prematuros.

Considerando os diagnósticos de risco realizados pelas enfermeiras deste estudo, observa-se que a maioria deles são inerentes à própria prematuridade ou aos riscos habituais de recém-nascidos e lactentes, tais como risco de infecção, sufocação, aspiração, doenças preveníveis, quedas, hipertermia, risco de comportamento desorganizado, desmame precoce e amamentação ineficaz, já discutidos anteriormente.

Em relação aos diagnósticos reais, encontrou-se problemas mais relacionados à prematuridade propriamente dita e suas morbidades relacionados à pele e mucosas, padrão respiratório, amamentação/alimentação, comportamento do lactente e processos familiares alterados. O enfermeiro subsidiado com informações embasadas nas etapas da CE⁽²⁶⁾ foi capaz de, a cada atendimento, planejar um cuidado em saúde que fosse flexível, culturalmente competente e responsivo às necessidades de cada família assistida, tendo em vista a próxima consulta.

Considerando que cada família é um conjunto com seus significados e é identificada como uma unidade que cuida de seus membros e, apesar das mudanças ocorridas

em sua estrutura e organização, continua sendo o principal agente socializador da criança⁽²⁷⁾, as CE no seguimento do prematuro aconteceram apoiando esta premissa.

Autores⁽³⁾ enfatizam que o seguimento precisa iniciar antes da alta hospitalar e que

“o papel do enfermeiro envolvido no cuidado dessas famílias e de suas crianças deve focar a atuação no sentido de minimizar as conseqüências do convívio com a experiência da prematuridade e baixo peso ao nascer, propiciando uma atenção voltada às necessidades emanadas desse contexto e estimulando os mecanismos de enfrentamento de cada unidade familiar e da própria criança durante seu seguimento [...]”.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O seguimento do prematuro realizado por enfermeiro possibilita a avaliação da saúde do bebê nas fases de crescimento e desenvolvimento, e oferece o apoio e incentivo que a família necessita para a manutenção dos cuidados no domicílio com qualidade. Por meio das etapas que compõem a consulta de enfermagem, o enfermeiro pode fortalecer as potencialidades da família e evidenciar dificuldades que necessitam de intervenções específicas.

Acredita-se que o fortalecimento da família observado nessa abordagem individualizada e integral, torna-la-á um multiplicador de práticas de saúde que contribuem para melhorar as possibilidades de um desenvolvimento mais saudável da criança nascida prematura.

Estudos com abordagem qualitativa devem ser realizados com o objetivo de compreender com mais profundidade as dificuldades das mães na manutenção do aleitamento materno do prematuro após a alta hospitalar e no enfrentamento das situações de riscos potenciais advindos da prematuridade e os problemas decorrentes da mesma.

Sugere-se, também, mais estudos sobre a atuação do enfermeiro no seguimento do prematuro, demonstrando a presença indispensável desse profissional como o interlocutor entre família e a equipe multiprofissional no atendimento mais abrangente de suas necessidades. Espera-se que a presente pesquisa possa contribuir com subsídios de que a consulta de enfermagem no seguimento do prematuro seja estabelecida em todos os níveis de atenção.

REFERÊNCIA

1. World Health Organization. Born too soon: the global action report on preterm birth [internet]. Geneva: WHO; 2012. [cited 2014 out 31]. Available from: http://whqlibdoc.who.int/publications/2012/9789241503433_eng.pdf.
2. Vieira CS, Mello DF. O seguimento da saúde da criança pré-termo e de muito baixo peso egressa da terapia intensiva neonatal. *Texto Contexto Enferm*. 2009;18(1):74-82.
3. Vieira CS, Mello DF, Oliveira RG. O seguimento do prematuro e baixo peso ao nascer egresso da terapia intensiva neonatal na família: uma revisão de literatura. *Online Braz J Nur (Online)*. 2008 [citado 2015 jan 10];7(3):74-82. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v18n1/v18n1a09.pdf>
4. Silveira RC, organizador. Manual seguimento ambulatorial do prematuro de risco [Internet]. Sociedade Brasileira de Pediatria: São Paulo; 2012. [citado 2014 out 31]. Disponível em: http://www.sbp.com.br/pdfs/Seguimento_prematuro_ok.pdf.
5. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Área de Saúde da Criança. Atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso: método canguru. Manual técnico. 2ª ed. Brasília; 2011.
6. Brasil. Ministério da Saúde. Lei n. 7.498, de 25 de junho de 1986. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da Enfermagem e dá outras providências. *Diário Oficial da União, Brasília, 26 jun. 1986. Seção 1, p.1.*
7. Oliveira SKP, Queiroz APO, Matos DPM, Moura AFM, Lima FET. Temas abordados na consulta de enfermagem: revisão integrativa da literatura. *Rev Bras Enferm*. 2012; 65(1):155-61.
8. Bengozi TM, Rosseto EG, Radigonda B, Hayakawa LM, Ramalho DP. Uma rede de apoio à família do prematuro. *Ciênc Cuid Saúde*. 2010;9(1):155-60.
9. North American Nursing Association International. Diagnósticos de enfermagem da NANDA-I: definições e classificação (2009/2011). Porto Alegre: Artmed; 2009.
10. Ralph SS, Taylor CM. Manual de diagnósticos de enfermagem. 2ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2007.
11. Sparks SM, Taylor CM, Dyer JG. Diagnóstico em enfermagem. Rio de Janeiro: Reichmann & Affonso; 2000.
12. Ribeiro AP. O seguimento ambulatorial do prematuro realizado por enfermeiros [dissertação]. Londrina: Universidade Estadual de Londrina; 2015. No prelo.

13. Czechowski AE, Fujinaga CI. Seguimento ambulatorial de um grupo de prematuros e a prevalência do aleitamento na alta hospitalar e ao sexto mês de vida: contribuições da Fonoaudiologia. *Rev Soc Bras Fonoaudiol*. 2010;15(4):572-7.
14. Bicalho-Mancini PG, Velásquez-Meléndez G. Aleitamento materno exclusivo na alta de recém-nascidos internados em berçário de alto risco e os fatores associados a essa prática. *J Pediatr (Rio J)*. 2004;80(3):241-8.
15. Gomes JLGC, Rossetto EG, Souza SNDH, Scochi CGS. The prevalence of breastfeeding in prematures with very low birth weight – a systematic review. *Online Braz J Nurs [Internet]*. 2009 [cited 2015 Jan 10];8(2):1-8. Available from: <http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/j.1676-4285.2009.2159/483>.
16. Scochi CGS, Ferreira FY, Góes FSN, Fujinaga C, Ferecini GM, Leite AM. Alimentação láctea e prevalência do aleitamento materno em prematuros durante internação em um hospital amigo da criança de Ribeirão Preto-SP, Brasil. *Ciênc Cuid Saúde*. 2008;7(2):145-54.
17. Bahl R, Frost C, Kirkwood BR, Edmond K, Martines J, Bhandari N, et al. Infant feeding patterns and risks of death and hospitalization in the first half of infancy: multicentre cohort study. *Bull World Health Organ*. 2005; 83(6):418-26.
18. Sanches MTC, Buccini GS, Gimeno SGA, Rosa TEC, Bonamigo AW. Fatores associados à interrupção do aleitamento materno exclusivo de lactentes nascidos com baixo peso assistidos na atenção básica. *Cad Saúde Pública*. 2011;27(5):953-65.
19. Czajka H, Tarczon I, Lauterbach R. Immunization in preterm infants-current knowledge. *Med Wieku Rozwoj [Internet]*. 2008 [citad 2015 jan 20];12(2 Pt 2):643-52. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19418939>.
20. Tillmann BU, Tillmann HC, Nars PW, Weber P. Vaccination rate and age of premature infants weighing < 1500 g: a pilot study in north-western Switzerland. *Acta Paediatr*. 2001;90(12):1421-6.
21. Sociedade Brasileira de Imunizações. Vacinação de prematuros. Informe Prematuros [Internet]. 2007 [citado 2015 jan 10]; II(7). Disponível em: <http://semsa.manaus.am.gov.br/wp-content/uploads/2013/06/INFORME-VACINA%C3%87%C3%83O-DE-PREMATUROS-DA-SBIM.pdf>.
22. Loureiro FM, Silva JANF, Quitério MMSL, Charepe ZB. Participated observation of nursing child health consultation. *Rev Esc Enferm USP [Internet]*. 2012 [cited 2015 jan 20]; 46(6):1294-9. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v46n6/02.pdf>.

23. Organização Pan-Americana da Saúde. Manual para vigilância do desenvolvimento infantil no contexto da atenção integrada às doenças prevalentes na infância (AIDPI). Washington: OPAS; 2005.
24. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e estratégicas. Manual AIDPI neonatal: quadro de procedimentos. 5ª ed. OPAS: Brasília; 2014.
25. Malta DC, Duarte EC, Almeida MF, Dias MAS, Morais Neto OL, et al. Lista de causas de mortes evitáveis por intervenções do sistema único de saúde do Brasil. Epidemiol Serv Saúde. 2007;16(4):233-44.
26. Conselho Federal de Enfermagem. Resolução Cofen nº 159/1993 [Internet]. Rio de Janeiro; 1993. [citado 2014 nov 5]. Dispõe sobre a consulta de enfermagem. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/resoluo-cofen-1591993_4241.html.
27. Elsen I, Marcon SS, Santos MR. O viver em família e sua interface com a saúde e a doença. Maringá (PR): EdUEM; 2002.

6 Conclusão

A partir dos dados pode-se concluir que:

- ▶ Dos 694 prematuros atendidos pelo projeto “Uma rede de apoio à família prematura”, 94% procediam do estado do Paraná, e 57,9% residiam em Londrina.
- ▶ A idade das mães situou-se entre 20 e 35 anos (71,0%), entretanto 18,2% eram adolescentes.
- ▶ O nascimento de 65,4% dos prematuros foi por parto cesárea, e ocorreu entre a 28^a e 31^a semana de gestação (42,5%), 73,7% nasceram com menos de 1500g. O óbito ocorreu em 21,2%, predominantemente no período neonatal precoce (42,9%).
- ▶ No seguimento ambulatorial do prematuro, 65,9% dos atendimentos foram com bebês com idade gestacional corrigida menor ou igual a quatro meses.
- ▶ Na primeira consulta de enfermagem 39,9% dos prematuros estavam em aleitamento materno exclusivo, e 30,9% deles apresentaram esquema vacinal incompleto.
- ▶ Observou-se que a não manutenção do aleitamento materno exclusivo teve maior prevalência em gestação dupla, extrema prematuridade e muito baixo peso;
- ▶ Os diagnósticos de enfermagem mais descritos nas consultas foram de segurança/proteção, nutrição e papéis e relacionamentos.

Esses dados demonstram que o perfil dos prematuros continua apresentando poucas alterações em relação a pesquisas anteriores, o que nos remete à reflexão de que as medidas recomendadas nas diversas políticas públicas de assistência ao pré-natal e recém-nascido ainda necessitam de aprimoramento, visando oferecer uma assistência efetiva ao binômio mãe-filho, priorizando as ações de promoção e prevenção, contribuindo para a redução da ocorrência de prematuridade e, conseqüentemente, dos indicadores de mortalidade neonatal.

6 Conclusão

Considera-se necessários estudos com abordagem qualitativa com o objetivo de compreender com mais profundidade as dificuldades das mães na manutenção do aleitamento materno do prematuro após a alta hospitalar e no enfrentamento das situações de riscos potenciais advindos da prematuridade e os problemas decorrentes da mesma. Também sugere-se maior aprofundamento sobre a atuação do enfermeiro no seguimento, demonstrando a presença indispensável desse profissional como o interlocutor entre família e a equipe multiprofissional no atendimento mais abrangente de seus necessidades.

Acredita-se que o seguimento do prematuro realizado por enfermeiros possibilita a avaliação da saúde do bebê nas fases de crescimento e desenvolvimento, e oferece o apoio e incentivo que a família necessita para a manutenção dos cuidados no domicílio com qualidade. Por meio das etapas que compõe a consulta de enfermagem, o enfermeiro pode fortalecer as potencialidades da família e evidenciar dificuldades que necessitam de intervenções específicas.

Referências

- ALBERMAN, E.; EVANS, S. J. W. A epidemiologia da prematuridade: etiologia, frequência e prognóstico. **Anais Nestlé**, São Paulo, v. 44, p. 5-22, 1992.
- ALBERTINE, K. et al. Chronic lung injury in preterm lambs. disordered respiratory tract development. **American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine**, New York, v. 159, n. 3, p. 945-958, 1999.
- ALS, H.; DUFFY, F. H.; MCANULTY, G. B. Effectiveness of individualized neurodevelopmental care in the NICU. **Acta Paediatrica Supplement**, Oslo, n. 416, p. 23-30, 1996.
- ANANTH, C. V.; VINTZILEOS, A. M. Epidemiology of preterm birth and its clinical subtypes. **Journal of Maternal-Fetal and Neonatal Medicine**, London, v. 19, n. 12, p. 773-782, 2006.
- BENGOZI, T. M. et al. Uma rede de apoio à família do prematuro. **Ciência, Cuidado e Saúde**, Maringá, v. 9, n. 1, p. 155-160, 2010.
- BLONDEL, B. et al. Preterm birth and multiple pregnancy in European countries participating in the PERISTAT project. **BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology**, Oxford, v. 113, n. 5, p. 528-535, 2006.
- BOWLBY, J. **Cuidados maternos e saúde mental**. 2 ed. São Paulo: Martins Fontes, 1988.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Lei n. 7.498, de 25 de junho de 1986. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da Enfermagem e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, 26 jun. 1986. Seção 1, p.1.
- BRASIL. Ministério da saúde. **RIPSA: Indicadores e dados básicos**. 2012. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/defthtm.exe?sinasc/cnv/nvuf.def>. Acesso em: 24 jun. 2014
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Área de saúde da criança. Atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso: método canguru. **Manual técnico**. 2. ed. Brasília: Ministério da saúde, 2007. Disponível em: <http://www.brasil.gov.br/sobre/saude/maternidade/gestacao/rede-cegonha>. Acesso em: 02 nov. 2014.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Manual de vigilância do óbito infantil e fetal e do Comitê de Prevenção do Óbito Infantil e Fetal**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.
- CALDEIRA A. P. Evolução da mortalidade infantil por causas evitáveis, Belo Horizonte, 1984-1998. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 39, n. 1, p. 67-74, 2005.

- CARPENITTO, L. J. **Diagnósticos de enfermagem**: aplicação à prática clínica. 8 ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 2002.
- CHRISTENSEN, J. P. Assessment overview of data collection. In: CHRISTENSEN, J. P.; KENNEY-GRIFFITH, J. W. **Nursing process-application of theories, frameworks and models**. 2 ed. Saint Louis: Mosby, 1986.
- CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (COFEN). **Resolução n. 159/1993**, de 19 de abril de 1993. Dispõe sobre a consulta de enfermagem. Rio de Janeiro: COFEN; 1993. Disponível em: <http://www.portalcofen.com.br>
- COSTA, H. P. F.; MARBA, S. T. (Coord.). **O recém-nascido de muito baixo peso**. São Paulo: Atheneu, 2004.
- CUNHA, M. L. C. Recém-nascidos hospitalizados: a vivência de pais e mães. **Revista Gaucha de Enfermagem**, v. 21(nº esp), p. 70-83, 2000.
- DOERING, L.; MOSER, D.; DRACUP, K. Correlates of anxiety, hostility, depression, and psychosocial adjustment in parents of NICU infants. **Neonatal Network**, San Francisco, v. 19, n. 5, p. 15-23, 2000.
- FEGRAM, L.; FAGERMOEN, M. S.; HELSETH, S. Development of parent-nurse relationships in neonatal intensive care units - from closeness to detachment. **Journal of Advanced Nursing**, Oxford, v. 64, n. 4, p. 363-371, 2008.
- FEGRAM, L.; HELSETH, S. The parent-nurse relationship in the neonatal intensive care unit context-closeness and emotional involvement. **Scandinavian Journal of Caring Sciences**, Stokcolm, v. 23, n. 4, p. 667-673, 2009.
- FELBERBAUM, R. E. Multiple pregnancies after assisted reproduction International comparison. **Reproductive BioMedicine Online**, Amsterdam, v. 15, p. 53-60, 2007. Suplemento 3. Disponível em: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1472648310622523#>>. Acesso em: 20 jan. 2015
- FIELDER, A. R. et al. Natural history of retinopathy of prematurity: a prospective study. **Eye** (London), v. 6, n. 3, Pt 3, p. 233-242, 1992.
- FRIAS, P. G. et al. Avaliação da adequação das informações de mortalidade e nascidos vivos no estado de Pernambuco, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 26, p. 671-681, 2010.
- GIGLIO, M. P. D. et al. Baixo peso ao nascer em coorte de recém-nascidos em Goiânia-Brasil no ano de 2000. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, v. 27, n. 3, p. 130-136, 2005.

- GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4 ed. São Paulo: Atlas, 2007.
- GOLDENBERG, R. L. et al. Epidemiology and causes of preterm birth. **The Lancet**, London, v. 371, n. 9606, p. 75-84, 2008.
- GOLDENBERG, R. L. et al. The preterm birth syndrome: issues to consider in creating a classification system. **American Journal of Obstetrics and Gynecology**, New York, v. 206, n. 2, p. 113-118, 2012.
- GORDIN, P.; JOHSON, B. H. Technology and family-centered perinatal care: conflict or synergy? **Journal of Obstetric Gynecologic and Neonatal Nursing**, Philadelphia, v. 28, n. 4, p. 401-408, 1999.
- GRAVETT, M. G.; RUBENS, C. E.; NUNES, T. M.. Global report on preterm birth and stillbirth (2 of 7): discovery science. **BMC Pregnancy Childbirth**, London, v. 10, p. 2, 2010. Suplemento 1.
- HACK, M.; TAYLOR, G. Perinatal brain injury in preterm infants and later neurobehavioral function. **Journal of the American Medical Association**, Chicago, v. 284, n. 15, p. 1973-1974, 2000.
- INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). Diretoria de pesquisas. **Coordenação de população e indicadores sociais, 2014**. Disponível em: <http://cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?codmun=411370>. Acesso em: 19 jan. 2015.
- INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA (IPEA). **Objetivos de desenvolvimento do milênio**: relatório nacional de acompanhamento. Brasília, 2014.
- IP, S. et al. Hyperbilirubinemia and kernicterus: 50 years later. **Pediatrics**, Evanston, v. 114, n. 1, p. 263-264, 2004.
- JAVORSKI, M. **Os significados do aleitamento materno para mães de prematuros em cuidado canguru**. Dissertação (Mestrado) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo Ribeirão Preto, 1997.
- KENNEL, J. H.; KLAUS, M. H. Atendimento para os pais de bebês prematuros ou doentes. In: _____. (ED.). **Pais bebês**: a formação do apego. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993. p. 170-244.
- KILSZTAJN, S. et al. Assistência pré-natal, baixo peso e prematuridade no estado de São Paulo. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 37, n. 3, p. 303-310, 2000.

- KLAUS, M. H.; KENNEL, J. H. **Pais bebês**: a formação do apego. 2. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993.
- LAMY, Z. C. **Estudo das situações vivenciadas por pais de recém-nascidos internados em unidades de terapia intensiva neonatal**. Dissertação (Mestrado) - Instituto Fernandes Figueira da Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 1995.
- LIAW, F.; BROOKS-GUNN, J. Patterns of low birth weight children's cognitive development. **Developmental Psychology**, Washington, v. 29, n. 6, p. 1024-1035, 1993.
- LINHARES, M. B. M. et al. Suporte psicológico ao desenvolvimento de bebês pré-termo com peso de nascimento < 1500g: na UTI-neonatal e no segmento longitudinal. **Temas em Psicologia (Online)**, Ribeirão Preto, v. 7, n. 3, p. 245-262, 1999. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/tp/v7n3/v7n3a06.pdf>. Acesso em: 15 jan. 2015.
- LONDRINA. Secretaria Municipal de Saúde de Londrina. Conselho Municipal de Saúde. **Relatório Anual de Gestão de saúde – 2012**: perfil epidemiológico de morbimortalidade, 2012. Disponível em: http://www.londrina.pr.gov.br/dados/images/stories/Storage/sec_saude/relatorios_estao/relatorio_gestao_2012.pdf. Acesso em: 02 nov. 2014.
- MELLO, D. F. et al. Brazilian mother's experiences of home care for their low weight infants birth. **Neonatal Network**, San Francisco, v. 21, n. 1, p. 30-34, 2002.
- MELNYK, B. M. et al. Improving cognitive development of low-birth-weight premature infants with the COPE program: a pilot study of the benefit of early NICU intervention with mothers. **Research in Nursing and Health**, New York, v. 24, n. 5, p. 373-389, 2001.
- MENON, R. Spontaneous preterm birth, a clinical dilemma: etiologic, pathophysiologic and genetic heterogeneities and racial disparity. **Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica**, Copenhagen, v. 87, n. 6, p. 590-600, 2008.
- MEW, A. et al. Correlates of depressive symptoms in mothers of preterm infants. **Neonatal Network**, San Francisco, v. 22, n. 5, p. 51-60, 2003.
- MUGLIA, L. J.; KATZ, M. The enigma of spontaneous preterm birth. **The New England Journal of Medicine**, Boston, v. 362, n. 6, p. 529-535, 2010.
- NORTH AMERICAN NURSING ASSOCIATION INTERNATIONAL (NANDA). **Diagnósticos de enfermagem da NANDA-I**: definições e classificação (2009/2011). Porto Alegre: Artmed, 2009.
- OLIVEIRA, A. G.; SIQUEIRA, P. P.; ABREU, L. C. Cuidados nutricionais no recém-nascido de muito baixo peso. **Revista Brasileira Crescimento Desenvolvimento Humano**, São Paulo, v. 18, n. 2, p. 148-154, 2008.

- ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS (ONU). Nações Unidas declarações do milênio – 2000. Lisbon: United Nations Information Centre, 2001. Disponível em: http://www.pnud.org.br/Docs/declaracao_do_milenio.pdf . Acesso em: 19 jan. 2015.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Classificação estatística internacional de doenças e problemas relacionados à saúde (CID 10)**. 10^a revisão . Classificação de doenças em português. São Paulo: EDUSP, 1993. v. 1.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Classificação estatística internacional de doenças e problemas relacionados à saúde (CID 10)**. 10^a revisão. Manual de instrução. São Paulo: EDUSP, 1994. v. 2.
- PATTON, G. et al. Prematurity at birth and adolescent depressive disorder. **British Journal of Psychiatry**, London.,184, p. 446-447, 2004.
- PLUNKETT, J.; MUGLIA, L. J. Genetic contributions to preterm birth: implications from epidemiological and genetic association studies. **Annals of Medicine**, Helsinki, v. 40, n. 3, p. 167-195, 2008.
- RAMOS, H. A. C.; CUMAN, R. K. N. Fatores de risco para prematuridade: pesquisa documental. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 2, p. 297-304, 2009.
- RITCHIE, S. K. Primary care of the premature infant discharged from the neonatal intensive care unit. **MCN American Journal of Maternal Child Nursing**, New York, v. 27, n. 2, p. 76-85, 2002.
- RUTTENBERG, W. B.; FINELLO, K. N.; CORDEIRO, A. K. Interactions between depressed and no depressed latino mothers and their premature infants. **Infant Mental Health Journal**, New York, v. 18, n. 4, p. 364-377, 1997.
- SAYRES, W. G. R. Preterm labor. **American Family Physician**, Kansas City, v. 81, n. 4, p. 477-84, 2010.
- SCHOEPS, D. et al. Fatores de risco para mortalidade neonatal precoce. **Revista de Saúde Pública**, v. 41, n. 6, p. 1013-1022, 2007.
- SCOCHI, C. G. et al. Encouraging mother-child attachment in premature situations: nursing interventions at the Ribeirão Preto clinical hospital. **Revista Latino Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 11, n. 4, p. 539-543, 2003.
- SEGRE, C. A. M. **Perinatologia fundamentos e prática**. São Paulo: Sarvier, 2002.
- SILVA, C. F. et al. Fatores de risco para mortalidade infantil em município do nordeste do Brasil: linkage de dados de nascidos vivos e óbitos infantis – 2000 a 2002. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, São Paulo, v. 9 p. 69-80, 2006.

- SILVA, O. P. V. A importância da família no desenvolvimento do bebê prematuro. **Psicologia: Teoria e Prática**, São Paulo, v. 4, n. 2, p. 15-24, 2002.
- SILVA, R. N. M. Cuidados voltados para o desenvolvimento do pré-termo na UTI neonatal. In: CARVALHO, M.; LOPES, J M. A. **Avanços em Perinatologia**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005, p. 35-50.
- SILVEIRA, R. C. (Coord. e Org.). **Manual Seguimento ambulatorial do prematuro de risco**. Sociedade Brasileira de Pediatria, São Paulo, 2012. Disponível em: http://www.sbp.com.br/pdfs/Seguimento_prematuro_ok.pdf. Acesso em: 02 nov. 2014.
- SOUSA, J. C.; SILVA, L. M. S.; GUIMARÃES, T. A. Preparo para a alta hospitalar de recém-nascido em unidade de tratamento intensivo neonatal: uma visão da família. **Pediatria** (São Paulo), v. 30, n. 4, p. 217-227, 2008.
- STEER, P. The epidemiology of preterm labour. **BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology**, Oxford, v. 112, p. 1-3, 2005. Suplemento 1.
- TAMEZ, R. N.; SILVA, M. J. **Enfermagem na UTI neonatal: assistência ao recém-nascido de alto risco**. 4. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2009.
- TOMA, T. S. Método Mãe Canguru: o papel dos serviços e das redes familiares no sucesso do programa. **Caderno de Saúde Pública**, v.19, p. 233-42, 2003. Suplemento 2.
- VIDELA, M. O bebê de alto risco: intervenções multidisciplinares. In: CONGRESSO NACIONAL DA ABENEPI, 8., 1987, Belo Horizonte. **Anais...** Belo Horizonte: ABENEPI, 1987. P.106.
- VIEIRA, C. S.; MELLO, D. F. O seguimento da saúde da criança pré-termo e de muito baixo peso egressa da terapia intensiva neonatal. **Texto Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 18, n. 1, p. 74-82, 2009.
- VOLPE, J. J. Intracranial hemorrhage: germinal matrix-intraventricular hemorrhage of the premature infant. In: _____. **Neurology of the newborn**. 5th ed. Philadelphia: Saunders Elsevier, 2008. p. 517-88.
- WEISGLAS-KUPERUS, N, et al. Effects of biological and social factors on the cognitive development of very low birth weight children. **Pediatrics**, Evanston, v. 92, n. 5, p. 658-165, 1993.
- WIJNROKS, L. Maternal recollected anxiety and mother infant interaction in preterm infants. **Infant Mental Health Journal**, New York, v. 20, p. 393-409, 1999.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Born too soon: the global action report on preterm birth. Geneva: WHO, 2012. Disponível em: http://www.who.int/pmnch/media/news/2012/preterm_birth_report/en/. Acesso em: 20 nov. 2014.


WORLD HEALTH ORGANIZATION. WHO: recommended definitions, terminology and format for statistical tables related to the perinatal period and use of a new certificate for cause of perinatal deaths. Modifications recommended by FIGO as amended October 14, 1976. **Acta Obstetriciaet Gynecologica Scandinavica**, Copenhagen, v. 56, n. 3, p. 247-253, 1977.

ZANARDO, V.; FREATO, F. Home oxygen therapy in infants with bronchopulmonary dysplasia: Assessment of parental anxiety. **Early Hum Development**, Amsterdam, v. 6, n. 1, p. 39-46, 2001.

Anexos

ANEXO A

INSTRUMENTO DE ACOMPANHAMENTO DE ENFERMAGEM AOS PREMATUROS E À FAMÍLIA

Ficha nº _____	Etiqueta _____
	UNIVERSIDADE ESTADUAL DE LONDRINA CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE LONDRINA
INSTRUMENTO DE ACOMPANHAMENTO DE ENFERMAGEM AOS PREMATUROS E À FAMÍLIA - PROJETO: UMA REDE DE APOIO À FAMÍLIA PREMATURA -	
ENTREVISTA Data: ___/___/___ Hora: ___:___	
I. Dados de Identificação	
Nome do RN: _____	Peso: _____ g IG: _____ DN: ___/___/___ às ___:___
Nome da mãe: _____ Idade: _____	
Estado Civil <input type="checkbox"/> Casada <input type="checkbox"/> Solteira <input type="checkbox"/> Amasiada <input type="checkbox"/> Divorciada	Trabalho Remunerado: <input type="checkbox"/> Não exerce <input type="checkbox"/> Sim, em casa <input type="checkbox"/> Sim, fora de casa Qual? _____
Escolaridade: <input type="checkbox"/> Nenhuma <input type="checkbox"/> Médio Completo <input type="checkbox"/> Fundam. Incompleto <input type="checkbox"/> Superior Incompleto <input type="checkbox"/> Fundam. Completo <input type="checkbox"/> Superior Completo <input type="checkbox"/> Médio Incompleto	
Hábitos: <input type="checkbox"/> Tabagista <input type="checkbox"/> Nega <input type="checkbox"/> Etilismo <input type="checkbox"/> Nega <input type="checkbox"/> Drogas <input type="checkbox"/> Nega Fumou durante a gestação? Tipo: _____ Tipo: _____ <input type="checkbox"/> Sim _____ cigarros por dia Freqüência/quantia: _____ Freqüência/quantia: _____ <input type="checkbox"/> Não	
Nome do pai: _____ Idade: _____	
Hábitos: <input type="checkbox"/> Tabagista <input type="checkbox"/> Nega <input type="checkbox"/> Etilismo <input type="checkbox"/> Nega <input type="checkbox"/> Drogas <input type="checkbox"/> Nega _____ cigarros por dia Tipo: _____ Tipo: _____ Freqüência/quantia: _____ Freqüência/quantia: _____	
Ocupação: _____	Escolaridade: <input type="checkbox"/> Nenhuma <input type="checkbox"/> Médio Incompleto <input type="checkbox"/> Superior Completo <input type="checkbox"/> Fundam. Incompleto <input type="checkbox"/> Médio Completo <input type="checkbox"/> Fundam. Completo <input type="checkbox"/> Superior Incompleto
Renda familiar: _____	
Quem mora na casa: _____	
Tem outros filhos: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Idade dos filhos: _____
Endereço: _____ <input type="checkbox"/> zona rural <input type="checkbox"/> zona urbana Av./Rua: Bairro: Referência: Cidade: Fone: () _____ Celular: () _____ Recado: () _____ Falar com _____	
UBS de Referência: _____	Enfermeira/ACS: _____
Fone: () _____	
II. História Obstétrica	
Gesta: Para: Cesária: Abortos: _____	A gravidez foi planejada: <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não. O que aconteceu?
Realizou Pré-natal: <input type="checkbox"/> <14 semanas <input type="checkbox"/> ≥14 semanas	Usava algum método: <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> sim. Qual?
Nº de consultas: _____	Onde: <input type="checkbox"/> UBS _____ <input type="checkbox"/> AHC <input type="checkbox"/> Clínica particular <input type="checkbox"/> Outro _____
Intercorrências na gestação atual: _____	

I. Dados do Nascimento						
História do trabalho de parto até o nascimento:						
Tipo de parto: () Normal () Fórceps () Cesárea					Local:	
Idade Gestacional	DUM:	USG:	Data da USG: __/__/__		Exame:	
APGAR 1º min.:	5º min.:	Peso: g	Est.: cm	PC: cm	PT: cm	
Diagnósticos de Internação do RN:						
II. Percepção da Família						
O que você sabe sobre a internação do seu filho?						
Já foi visitar seu bebê? () sim () não Como foi a visita para você (quem acompanhou, atendeu, conversou)?						
Primeira Visita:		Data: __/__/__		Horas de vida do RN:		
Percepção do profissional durante o contato:						
História da Amamentação:						
O que você acha de amamentar?						
Dúvidas:						
Orientações:			DATA	ASSINATURA		
1. () Importância do AM para o prematuro						
2. () Apojadura						
3. () Técnica da Ordenha						
4. () Banco de Leite						
5. () Rotinas do Serviço/ Direitos dos Pais e criança						
6. () Entrega do Manual						
7. () Serviço Social						
8. () Outros						
Óbito: () Não () Sim IG: _____ DV: _____ Peso: _____ g Data: __/__/__ <u>*Causa:</u>						

Evolução de Enfermagem ___ Semana	Peso:	IG corrigida:	DV:	Data:
Visita (frequência/ duração/ pai/ mãe):				Vínculo:
Ordenha	Frequência:		Volume:	
	() Está trazendo para o RN		Ingesta hídrica:	
Sucção:		Galactogogo:		
Cuidados: <input type="checkbox"/> Trazer o leite ___x <input type="checkbox"/> Olhar <input type="checkbox"/> Tocar <input type="checkbox"/> Conversar <input type="checkbox"/> Acariciar <input type="checkbox"/> Hig. oral ___x <input type="checkbox"/> Hig. ocular ___x <input type="checkbox"/> Trocar fralda ___x <input type="checkbox"/> Leite - SOG ___x <input type="checkbox"/> Leite no copinho ___x <input type="checkbox"/> Mãe-canguru ___x <input type="checkbox"/> Colo ___x <input type="checkbox"/> Banho ___x <input type="checkbox"/> Medicação ___x				
Condições do Bebê:				<input type="checkbox"/> Incubadora <input type="checkbox"/> Berço
OBS.:				
Encaminhamentos da semana:				

Evolução de Enfermagem ___ Semana	Peso:	IG corrigida:	DV:	Data:
Visita (frequência/ duração/ pai/ mãe):				Vínculo:
Ordenha	Frequência:		Volume:	
	() Está trazendo para o RN		Ingesta hídrica:	
Sucção:		Galactogogo:		
Cuidados: <input type="checkbox"/> Trazer o leite ___x <input type="checkbox"/> Olhar <input type="checkbox"/> Tocar <input type="checkbox"/> Conversar <input type="checkbox"/> Acariciar <input type="checkbox"/> Hig. oral ___x <input type="checkbox"/> Hig. ocular ___x <input type="checkbox"/> Trocar fralda ___x <input type="checkbox"/> Leite - SOG ___x <input type="checkbox"/> Leite no copinho ___x <input type="checkbox"/> Mãe-canguru ___x <input type="checkbox"/> Colo ___x <input type="checkbox"/> Banho ___x <input type="checkbox"/> Medicação ___x				
Condições do Bebê:				<input type="checkbox"/> Incubadora <input type="checkbox"/> Berço
OBS.:				
Encaminhamentos da semana:				

Etiqueta

PROCESSO DE PREPARAÇÃO PARA A ALTA DE ENFERMAGEM DO RN PREMATURO			
RN _____ DN ____/____/____ Alta ____/____/____ DV _____ IGC _____ Peso _____ g			
Retornos UCI ____/____/____ AHC ____/____/____ Teste da Orelhinha ____/____/____ Oftalmo ____/____/____			
Critério para Alta do Prematuro Doente			Apto
Manter temperatura no berço comum.			
Tolerância alimentar adequada por via oral, com ausência de cianose, dificuldade de deglutição e dificuldade respiratória.			
Ausência de apnéia ou bradicardia no mínimo 5 dias antes da alta.			
Ganho ponderal superior a 15g/dia por no mínimo 3 dias consecutivos.			
Peso de 1700g a 1800g para alta segura.			
Família treinada para realizar os cuidados com o prematuro, sentindo-se segura e motivada.			
Cuidados Realizados Pela Mãe		Orientada	Auxiliado
Higiene ocular com fralda umedecida em água fervida 3X/dia (limpo para o sujo)			
Higiene oral com fralda umidificada com água fervida 3X/dia			
Higiene em coto umbilical com água e sabão neutro, mantendo seco por 3X/dia			
Troca de fralda com higienização do períneo com água morna			
Banho de imersão com água morna e sabonete neutro			
Preparo e administração da medicação por via oral			
Ordenha manual cada 3h, estocagem do leite no domicílio e transporte do leite até o HU			
Oferta do leite por copo ou translactação			
Orientações Sobre o Cuidado com o Prematuro			Orientado
Orientações gerais sobre aleitamento materno			
Lavar as mãos antes de tocar no bebê e após a manipulação			
Evitar ambiente aglomerado de pessoas			
Evitar exposição à fumaça de cigarro, não fumar dentro de casa ou próximo ao bebê			
Lavar as roupas com sabão de côco, separada da família, secar ao sol e passar no ferro, evitar amaciantes e enxaguar bem para retirar todo o resíduo de sabão da roupa			
Realizar banho de sol, antes das 10h ou após as 16h, diariamente por no mínimo 10 minutos			
Evitar lenços umedecidos e cosméticos em geral			
Colocar bebê para dormir em berço próprio, com cabeceira elevada a 30° e lateralizado e dentro do ninho			
Colocar sempre o bebê para eructa após a mamada e mantê-lo em posição vertical por 15min antes de colocá-lo no berço			
Auxiliar na adaptação do ciclo circadiano, dormindo com as luzes apagadas e com menor manipulação e ruídos pela noite			
Manter imunização em dia e atentar-se para o calendário de prematuros			
Prevenção de acidentes e manobras de desengasgo			
Uso de complemento: diluição do leite, higiene da mamadeira, confusão de bicos e sinais de satisfação após a dieta			
Sinais de alerta: cianose, palidez, dificuldade respiratória, recusa alimentar, hipoatividade, hipotermia, hipertermia, tremores ou convulsões, choro fraco ou gemência, vômitos frequentes, surgimento ou piora de icterícia, sinais de desidratação e choro inconsolável			
Rotinas de Procedimentos para a Alta			
Teste do Pezinho			
Teste da Orelhinha			
Teste do Olhinho			
Imunização			
Avaliação da mamada: () AME eficaz caracterizado por _____ () AME ineficaz relacionado à _____ () Risco para desmame precoce relacionado à _____ () Desmame precoce caracterizado por _____			
Cuidados ou Situações Especiais			
Medicações			

Enfermeira/Coren

ALTA DO BEBÊ

DATA: ___/___/___

Nome do bebê:

Nome da mãe:

Nascimento:

Idade Gestacional:

Alta:

Idade Gestacional:

Idade cronológica:

Peso: gr

Estatura: cm

Peso: gr

Estatura: cm

Pc: cm

Pt: cm

Pc: cm

Pt: cm

Tempo de internação:

* 40 Semanas: ___/___/___

Peso: g Est.: cm Pc: cm Pt: cm

1º Retorno UCI:

1º Retorno AHC:

Alimentação na alta:

 AME AM complemento _____ Alimentação artificial _____ copinho/seringa chucha SNG

Medicação na alta:

Cuidados na Alta:

Diagnósticos de Enfermagem:

Contato com a UBS:

Data:



Universidade
Estadual de Londrina

CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE LONDRINA

VISITA PÓS-ALTA

Data: ___/___/___

I. Dados Gerais do RN

<u>Id. Gest. Corrigida:</u>	<u>40 semanas em:</u> / /	<u>DV:</u>
<u>Peso na Alta:</u> g (/ /)	<u>Peso atual:</u> g (/ /)	<u>Ganho/Perda:</u> g/dia

II. Alimentação:

<input type="checkbox"/> Aleitamento Materno Exclusivo <input type="checkbox"/> Aleitamento Materno Predominante Tipo de Complemento: _____ Nº de complementações/dia: _____ <input type="checkbox"/> copinho <input type="checkbox"/> seringa <input type="checkbox"/> chucha - Diluição correta: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Alimentação Artificial Tipo de leite: _____ Diluição correta: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> copinho/seringa <input type="checkbox"/> chucha <input type="checkbox"/> SNG
-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

III. Exame Físico

IV. Cuidados com o Bebê

<u>Medicações:</u>	<u>Banho de Sol:</u> Realizou? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não. Por quê?
--------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------

<u>Sono e repouso:</u> Local: _____ Rotina de sono: _____ <u>Higiene Oral:</u> <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<u>Banho:</u> <input type="checkbox"/> Realiza sozinha com segurança <input type="checkbox"/> Realiza com auxílio. Quem? _____ Local: <input type="checkbox"/> Adequado <input type="checkbox"/> Inadequado
------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Problemas Levantados:

Orientações:

AME Diluição do leite Medidas de alívio de cólicas Medidas de conforto posição anti-refluxo
 Banho Cuidados com dermatites Higiene Oral Preparo e administração das medicações
 Banho de Sol Ciclo circadiano Sinais de perigo Vacinação
 Puericultura na UBS Retornos no HU e AHC

Diagnósticos de Enfermagem (Fator Relacionado e Característica Definidora):

Contato com a UBS:

Quem estava na casa durante a visita: _____

Visita domiciliar realizada por: _____



UNIVERSIDADE
ESTADUAL DE LONDRINA

CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
HOSPITAL UNIVESTITÁRIO DE LONDRINA

____ **Consulta no AHC**

Data: ____/____/____

Idade Gestacional:	Peso: gr	Percentil:
Idade cronológica:	Estatura: cm	Percentil:
	Pc: cm	Percentil:
	Pt: cm	
Ganho ponderal: _____ g/dia		
* 40 Semanas: ____/____/____		
Peso: g	Est.: cm	Pc: cm Pt: cm
Foi reinternado:		
<input type="checkbox"/> não		
<input type="checkbox"/> sim	qtos dias:	Diagnóstico: Local:
Queixas:		
Alimentação: <input type="checkbox"/> AME <input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> AA		
Diluição: pó _____ medidas água _____ mls Tipo de água: _____ Sobra: _____		
Uso de: <input type="checkbox"/> copinho <input type="checkbox"/> chupa/mamadeira Cuidados: _____		
Alimentação a partir do 6º mês:		
1º horário:	2º horário:	
→ Almoço:		
3º horário:	4º horário:	
→ Jantar:		
5º horário:	6º horário:	7º horário:
*Outros alimentos:		
Higiene oral: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não :		
Eliminações: - Micção: - Evacuação:		
Sono: - Local:	Diurno:	Noturno:
Medicações:		
Banho de sol: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não :		
Vacinas:		Prevenir:
<input type="checkbox"/> Completo		<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
<input type="checkbox"/> Incompleto:		
Puericultura/ especial/ peso:	Local: _____	
Oftalmologia:	Fisioterapia:	
Neuropediatria:	Fonoaudiologia:	
Outros:		

Crescimento e desenvolvimento:	<input type="checkbox"/> Adequado <input type="checkbox"/> Inadequado
Exame físico:	
Diagnósticos de Enfermagem:	
Orientações:	
Higiene oral:	<input type="checkbox"/> após todas as mamadas com fralda umedecida e água fervida/filtrada <input type="checkbox"/>
Banho de sol:	<input type="checkbox"/> diário: antes das 09:00hs ou após as 16:00hs, por ____ minutos.
Prevenção de acidentes:	<input type="checkbox"/> queda <input type="checkbox"/> engasgamento <input type="checkbox"/> sufocamento <input type="checkbox"/> queimaduras <input type="checkbox"/> intoxicação <input type="checkbox"/> choque elétrico <input type="checkbox"/> ferimentos
Puericultura/ especial:	
Sinais gerais de perigo:	<input type="checkbox"/> hipotonia <input type="checkbox"/> vômitos em jato <input type="checkbox"/> não se alimenta <input type="checkbox"/> fezes com sangue <input type="checkbox"/> cianose
Acompanhantes da criança:	
Observações:	
Retorno:	
Responsável pelo atendimento:	

ANEXO B

CARTA DE APROVAÇÃO CEP



COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA ENVOLVENDO SERES HUMANOS

Universidade Estadual de Londrina/ Hospital Universitário Regional Norte do Paraná
Registro CONEP 268

PARECER CEP/UEL Nº 136/07 CAAE Nº 0130.0.268.000-07 FOLHA DE ROSTO Nº 133863	Londrina, 05 de junho de 2007.
PESQUISADOR(A): EDILAINE GIOVANNI ROSSETTO	
<p>Ilmo(a) Sr(a),</p> <p style="text-align: center;">O "Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da Universidade Estadual de Londrina/ Hospital Universitário Regional Norte do Paraná" (Registro CONEP 268) – de acordo com as orientações da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde/MS, APROVA a realização do projeto:</p> <p style="text-align: center;">“UMA REDE DE APOIO À FAMÍLIA PREMATURA”.</p> <p>Informamos que o senhor deverá comunicar, por escrito, qualquer modificação que ocorra no desenvolvimento do projeto e deverá apresentar ao CEP/UEL relatório final da pesquisa.</p>	
Situação do Projeto: APROVADO	
<p>Atenciosamente,</p> <p>Prof.ª Dra. Nilza Maria Diniz Coordenadora Comitê de Ética em Pesquisa-CEP/UEL</p>	

ANEXO C

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Esta pesquisa faz parte de um Projeto Integrado e tem como título Rede de Apoio de Famílias Prematuras nascidas no HU.

Eu,

aluna do Curso de Enfermagem, preciso de sua colaboração para a realização de minha atividade de pesquisa.

(fazer um breve resumo do trabalho para o sujeito de pesquisa em linguagem adequada)

O objetivo deste estudo é apoiar e acompanhar as famílias de prematuros nascidos no HU, bem como estudar o desenvolvimento do bebê no seu primeiro ano de vida.

Sendo assim eu solicito o seu consentimento para incluí-lo em meu trabalho e asseguro manter sigilo, fazendo uso de sua participação somente para a avaliação científica deste trabalho, dentro dos princípios éticos que devem nortear a pesquisa e nossa profissão.

Gostaria também de esclarecer que, caso não deseje participar, tem a liberdade de fazê-lo, tanto no início do trabalho como no decorrer dele, sem nenhum prejuízo para sua pessoa.

Em caso de dúvida pode esclarecer com o(s) próprio(s) pesquisador(es): Edilaine Giovanini Rossetto, fone: 33712249/99591833.

Agradeço-lhe a valiosa colaboração.

Declaro que fui informado sobre a pesquisa e concordo participar.

Londrina _____

Nome: _____

RG: _____

Assinatura: _____

ANEXO D

NORMAS DE PUBLICAÇÃO DA REVISTA DE SAÚDE MATERNO INFANTIL



INSTRUÇÕES AOS AUTORES

- [Escopo e política](#)
- [Forma e preparação de manuscritos](#)
- [Envio de manuscritos](#)

ISSN 1519-3829 versão
impressa
ISSN 1806-9304 versão online

Escopo e política

A **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil** é uma publicação trimestral (março, junho, setembro e dezembro) cuja missão é a divulgação de artigos científicos englobando o campo da saúde materno-infantil. As contribuições devem abordar os diferentes aspectos da saúde materna, saúde da mulher e saúde da criança, contemplando seus múltiplos determinantes biomédicos, socioculturais e epidemiológicos. São aceitos trabalhos nas seguintes línguas: português, espanhol e inglês. A seleção baseia-se no princípio da avaliação pelos pares - especialistas nas diferentes áreas da saúde da mulher e da criança.

Direitos autorais

Os artigos publicados são propriedade da Revista, vedada a reprodução total ou parcial e a tradução para outros idiomas, sem a autorização da mesma. Os manuscritos submetidos deverão ser acompanhados da Declaração de Transferência dos Direitos Autorais, assinada pelos autores. Os conceitos emitidos nos artigos são de responsabilidade exclusiva dos autores.

Aspectos Éticos

1. Ética

A Declaração de Helsinki de 1975, revisada em 2000 deve ser respeitada. Serão exigidos, para os artigos brasileiros, a Declaração de Aprovação do Comitê de Ética conforme as diretrizes da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP) e, para os artigos do exterior, a Declaração de Aprovação do Comitê de Ética do local onde a pesquisa tiver sido realizada.

2. Conflitos de interesse

Ao submeter o manuscrito os autores devem informar sobre

a existência de conflitos de interesse que potencialmente poderiam influenciar o trabalho.

Critérios para aprovação e publicação de artigo

Além da observação das condições éticas da pesquisa, a seleção de um manuscrito levará em consideração a sua originalidade, prioridade e oportunidade. O rationale deve ser exposto com clareza exigindo-se conhecimento da literatura relevante e adequada definição do problema estudado. O manuscrito deve ser escrito de modo compreensível mesmo ao leitor não especialista na área coberta pelo escopo da Revista.

A primeira etapa de avaliação é realizada pelos Editores Técnico-Científicos em articulação com os Editores Associados. Dois revisores externos serão consultados para avaliação do mérito científico no manuscrito. No caso de discordância entre eles, será solicitada a opinião de um terceiro revisor. A partir de seus pareceres e do julgamento dos Editores Técnico-Científicos e Editor Executivo, o manuscrito receberá uma das seguintes classificações: 1) aceite; 2) recomendado, mas com alterações; 3) não recomendado para publicação. Na classificação 2 os pareceres serão enviados aos(s) autor(es), que terão oportunidades de revisão e reenvio à Revista acompanhados de carta-resposta discriminando os itens que tenham sido sugeridos pelos revisores e a modificação realizada; na condição 3, o manuscrito será devolvido ao(s) autor(es); no caso de aceite, o artigo será publicado de acordo com o fluxo dos manuscritos e o cronograma editorial da Revista. Após aceite o trabalho, caso existam pequenas inadequações, ambigüidades ou falta de clareza, pontuais do texto, os Editores Técnico-Científicos e Executivo se reservam o direito de corrigi-los para uniformidade do estilo da Revista. Revisores de idiomas corrigirão erros eventuais de linguagem. Antes da publicação do artigo a prova do manuscrito será submetida ao(s) autor(es) para conferência e aprovação final.

Seções da Revista

Editorial escrito a convite do editor

Revisão avaliação descritiva e analítica de um tema, tendo como suporte a literatura relevante, devendo-se levar em conta as relações, a interpretação e a crítica dos estudos analisados. Pode ser do tipo: narrativa ou sistemática, podendo esta última, incluir meta-análise. As revisões narrativas só serão aceitas a convite dos Editores. As revisões devem se limitar a 6.000 palavras e até 60 referências.

Artigos Originais divulgam os resultados de pesquisas inéditas e permitem a reprodução destes resultados dentro das condições citadas no mesmo. Para os artigos originais recomenda-se seguir a estrutura convencional, conforme as

seguintes seções: *Introdução*: onde se apresenta a relevância do tema, as hipóteses iniciais, a questão da pesquisa e sua justificativa quanto ao objetivo, que deve ser claro e breve; *Métodos*: descrevem a população estudada, os critérios de seleção inclusão e exclusão da amostra, definem as variáveis utilizadas e informam a maneira que permite a reprodutibilidade do estudo, em relação a procedimentos técnicos e instrumentos utilizados. Os trabalhos quantitativos devem informar a análise estatística utilizada. *Resultados*: devem ser apresentados de forma concisa, clara e objetiva, em sequência lógica e apoiados nas ilustrações como: tabelas e figuras (gráficos, desenhos, fotografias); *Discussão*: interpreta os resultados obtidos verificando a sua compatibilidade com os citados na literatura, ressaltando aspectos novos e importantes e vinculando as conclusões aos objetivos do estudo. Aceitam-se outros formatos de artigos originais, quando pertinente, de acordo com a natureza do trabalho.

Os manuscritos deverão ter no máximo 5.000 palavras, e as tabelas e figuras devem ser no máximo cinco no total; recomenda-se citar até 30 referências bibliográficas.

No caso de ensaio clínico controlado e randomizado os autores devem indicar o número de registro do mesmo.

Notas de Pesquisa relatos concisos sobre resultados preliminares de pesquisa, com 1.500 palavras, no máximo duas tabelas e figuras no total, e até 10 referências.

Relato de Caso/Série de Casos casos raros e inusitados. A estrutura deve seguir: *Introdução, Descrição e Discussão*. O limite de palavras é 2.000 e até 10 referências. Podem incluir até duas figuras.

Informes Técnico-Institucionais deverão ter estrutura similar a uma Revisão. Por outro lado podem ser feitas, a critério do autor, citações no texto e suas respectivas referências ao final. O limite de palavras é de 5.000 e até 30 referências.

Ponto de Vista opinião qualificada sobre saúde materno-infantil (a convite dos editores).

Resenhas crítica de livro publicado e impresso nos últimos dois anos ou em redes de comunicação *on line* (máximo 1.500 palavras).

Cartas crítica a trabalhos publicados recentemente na Revista, com o máximo de 600 palavras.

Artigos Especiais textos cuja temática seja considerada de relevância pelos Editores e que não se enquadrem nas categorias acima mencionadas. O limite de palavras é de 7.000 e até 30 referências.

Notas

1. Em todos os tipos de arquivo a contagem do número de páginas exclui resumos, tabelas, figuras e referências;
2. Por ocasião da submissão os autores devem informar o número de palavras do manuscrito.

Forma e preparação de manuscritos

Apresentação e submissão dos manuscritos

Os manuscritos devem ser submetidos *on-line*, através de link próprio na homepage da Revista: <http://www.imip.org.br/rbsmi>. Deverão ser digitados no programa Microsoft Word for Windows, em fonte Times New Roman, tamanho 12, espaço duplo. Por ocasião da submissão do manuscrito os autores devem encaminhar a aprovação do Comitê de Ética da Instituição, a Declaração de Transferência dos Direitos Autorais, assinada por todos os autores. Os autores devem também informar que o manuscrito não está sendo submetido a outro periódico.

Estrutura do manuscrito

Página de identificação título do trabalho: em português ou no idioma do texto e em inglês, nome e endereço completo dos autores e respectivas instituições; indicação do autor responsável pela troca de correspondência; fontes de auxílio: citar o nome da agência financiadora e o tipo de auxílio recebido.

Página de Resumos deverão ser elaborados dois resumos para os Artigos Originais, Notas de Pesquisa, Relato de Caso/Série de Casos, Informe Técnico-Institucionais, Artigos Especiais e Artigos de Revisão, sendo um em português ou no idioma do texto e outro em inglês, o abstract. Os resumos dos Artigos Originais, Notas de Pesquisa, Informe Técnico-Institucionais e Artigos Especiais deverão ter no máximo 210 palavras e devem ser estruturados: Objetivos, Métodos, Resultados, Conclusões. No Relato de Caso/Série de Casos devem ser estruturados em: Introdução, Descrição e Discussão. Nos artigos de Revisão os resumos deverão ser estruturados: Objetivos, Métodos (fonte de dados, período, descritores, seleção dos estudos), Resultados (síntese dos dados) e Conclusões.

Palavras-chave para identificar o conteúdo dos trabalhos os resumos deverão ser acompanhados de três a seis palavras-chave em português e inglês. A Revista utiliza os Descritores em Ciências da Saúde (DECS) da Metodologia LILACS, e o seu correspondente em inglês o Medical Subject Headings (MESH) do MEDLINE, adequando os termos designados pelos autores a estes vocabulários.

Página das Ilustrações as tabelas e figuras somente em branco e preto ou em dégradé (gráficos, desenhos, mapas,

fotografias) deverão ser inseridas em páginas à parte. O gráfico deverá ser bidimensional.

Página da Legenda as legendas das ilustrações deverão seguir a numeração designada pelas tabelas e figuras, e inseridas em folha à parte.

Agradecimentos à colaboração de pessoas, ao auxílio técnico e ao apoio econômico e material, especificando a natureza do apoio.

Referências devem ser organizadas na ordem em que são citadas no texto e numeradas consecutivamente; não devem ultrapassar o número estipulado em cada seção. A Revista adota as normas do Committee of Medical Journals Editors (Grupo de Vancouver), com algumas alterações; siga o formato dos exemplos:

Artigo de revista

Ogden CL, Yanovski SZ, Carroll MD, Flegal KM. The epidemiology of obesity. *Obes Gastroenterol.* 2007; 132: 2087-102.

Livro

Sherlock S, Dooley J. *Diseases of the liver and biliary system.* 9 ed. Oxford: Blackwell Scientific Publications; 1993.

Editor, Organizador, Compilador

Norman IJ, Redfern SJ, editors. *Mental health care for elderly people.* New York: Churchill Livingstone; 1996.

Capítulo de livro

Timmermans PBM. Centrally acting hipotensive drugs. In: Van Zwieten PA, editor. *Pharmacology of anti hypertensive drugs.* Amsterdam: Elsevier; 1984. p. 102-53.

Congresso considerado no todo

Proceedings of the 7th World Congress on Medical Informatics; 1992 Sep 6-10; Geneva, Switzerland. Amsterdam: North Holland; 1992.

Trabalho apresentado em eventos

Bengtson S, Solheim BG. Enforcement of data protection, privacy and security in medical informatics. In: Lun KC, Degoulet P, Piemme TE, Rienhoff O, editors. *MEDINFO 92. Proceedings of the 7th World Congress on Medical Informatics; 1992 Sep 6-10; Geneva, Switzerland.* Amsterdam: North Holland; 1992. p. 1561-5.

Dissertação e Tese

Pedrosa JIS. Ação dos autores institucionais na organização da saúde pública no Piauí: espaço e movimento [dissertação]. Campinas: Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas; 1997.

Diniz AS. Aspectos clínicos, subclínicos e epidemiológicos da hipovitaminose A no Estado da Paraíba [tese]. Recife: Departamento de Nutrição, Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco; 1997.

Documento em formato eletrônico - Artigo de revista

Neuman NA. Multimistura de farelos não combate a anemia. J Pastoral Criança [periódico online]. 2005 [acesso em: 26 jun. 2006]. 104: 14p. Disponível em: **Erro! A referência de hiperlink não é válida.**

Envio de manuscritos

Os trabalhos deverão ser encaminhados para:

Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil

Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira - IMIP
Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil - Secretaria Executiva

Rua dos Coelhos, 300 Boa Vista
Recife, PE, Brasil CEP: 50.070-550

Tel / Fax: +55 +81 2122.4141

E-mail: revista@imip.org.br

Site: www.imip.org.br/rbsmi

[[Home](#)] [[Sobre esta revista](#)] [[Corpo editorial](#)] [[Assinaturas](#)]



Todo o conteúdo do periódico, exceto onde está identificado, está licenciado sob uma [Licença Creative Commons](#)

**Rua dos Coelhos 300
50070-550 Recife PE Brasil
Tel./Fax: +55 81 2122-4141**



revista@i

ANEXO E

NORMAS DE PUBLICAÇÃO DA REVISTA DA ESCOLA DE ENFERMAGEM DA USP



ISSN 0080-6234 versão
impressa

ISSN 1980-220x versão on-line

INSTRUÇÕES AOS AUTORES

- [Escopo e política](#)
- [Forma e preparação de manuscritos](#)
- [Modelo de referências](#)
- [Envio de manuscritos](#)
- [Declaração de responsabilidade e de cessão de direitos autorais](#)

Escopo e política

Os artigos podem ser redigidos em português, inglês e espanhol e devem ser inéditos e destinar-se exclusivamente à Revista da Escola de Enfermagem da USP, não sendo permitida sua apresentação simultânea a outro periódico, na íntegra ou parcialmente, tanto no que se refere ao texto, como às figuras ou tabelas. Artigos que apresentarem semelhanças com outros já publicados serão excluídos do processo de avaliação em qualquer fase.

Nos casos dos artigos redigidos em inglês ou espanhol será solicitada uma cópia em português da versão final.

Nas pesquisas envolvendo seres humanos, os autores deverão enviar uma cópia da aprovação emitida por um Comitê de Ética reconhecido pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP), segundo as normas da Resolução 196/ 96 do Conselho Nacional de Saúde - CNS ou órgão equivalente no país de origem da pesquisa.

A REEUSP apoia as políticas para registro de ensaios clínicos da Organização Mundial da Saúde (OMS) e do International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE), reconhecendo a importância dessas iniciativas para o registro e a divulgação internacional de informação sobre estudos clínicos, em acesso aberto. Sendo assim, somente serão aceitos para publicação os artigos derivados de pesquisas clínicas que tenham recebido um número de identificação em um dos Registros de Ensaios Clínicos validados pelos critérios estabelecidos pela OMS e pelo ICMJE, cujos endereços estão disponíveis no site do ICMJE (www.icmje.org). O número de identificação deve ser registrado no final do resumo.

Os autores dos textos são por eles inteiramente responsáveis, devendo assinar e encaminhar a Declaração de

Responsabilidade e de Cessão de Direitos Autorais, conforme modelo anexo. A Revista condena vigorosamente o plágio e o autoplágio. Os autores devem se certificar de que o conteúdo é inédito e original. Ideias já publicadas devem ser citadas corretamente, em conformidade com as normas.

A REEUSP possui uma edição on line no idioma inglês. Quando o trabalho for aprovado para publicação, a tradução deverá ser providenciada de acordo com as orientações da Revista, sendo o custo financeiro de responsabilidade dos autores

Categorias de artigos aceitos pela Revista

Artigo original: trabalho de pesquisa com resultados inéditos, com metodologia rigorosa, resultados claramente expostos, discussão adensada e que agregue valor à ciência de Enfermagem. Limitado a 15 páginas.

Estudo teórico: análise de construtos teóricos da ciência de enfermagem ou áreas correlatas, levando ao questionamento de modelos existentes e à elaboração de hipóteses para futuras pesquisas. Limitado a 15 páginas.

Artigo de revisão

Revisão integrativa: método de pesquisa que apresenta a síntese de múltiplos estudos publicados e possibilita conclusões gerais a respeito de uma área ou tema específicos, contribuindo para o aprofundamento do conhecimento. São necessários padrões elevados de rigor metodológico e clareza na apresentação dos resultados, de forma que o leitor consiga identificar as características dos estudos incluídos na revisão. Etapas da revisão integrativa: elaboração da pergunta norteadora, busca na literatura, coleta de dados, análise crítica dos estudos incluídos, discussão dos resultados e apresentação da revisão integrativa. Limitada a 20 páginas.

Revisão sistemática: método de pesquisa amplo, conduzido por meio da síntese rigorosa de resultados de estudos originais, quantitativos ou qualitativos, com o objetivo de responder claramente a uma questão específica e de relevância para a enfermagem ou para a saúde. Descreve com pormenores o processo de busca dos estudos originais, os critérios utilizados para seleção daqueles que foram incluídos na revisão e os procedimentos empregados na síntese dos resultados obtidos pelos estudos revisados, que poderão ou não incluir metanálise ou metassíntese. Limitada a 20 páginas.

Relato de experiência profissional: estudo de caso contendo análise de implicações conceituais, descrição de procedimentos com estratégias de intervenção ou evidência metodológica apropriada de avaliação de eficácia, de interesse para a atuação de enfermeiros em diferentes áreas.

Limitado a 10 páginas.

Carta ao editor: destinada a comentários de leitores sobre os trabalhos publicados na Revista, expressando ou não concordância sobre o assunto abordado. Limitada a meia página.

Descrição dos procedimentos

Cada artigo submetido à Revista é inicialmente analisado pela Secretaria quanto ao cumprimento das normas estabelecidas nas Instruções aos Autores, sendo devolvido para adequação, em caso de não atendimento às normas. Se aprovado nessa fase, o artigo é encaminhado para a Editora Científica que, com a colaboração das Editoras Associadas, dará início à avaliação do conteúdo do ponto de vista científico e da contribuição ao desenvolvimento da ciência de Enfermagem. O artigo é então encaminhado para dois relatores, que o analisam com base no Instrumento de Análise e Parecer elaborado especificamente para tal finalidade e opinam sobre o rigor metodológico da abordagem utilizada. Havendo discordância nos pareceres, o artigo é encaminhado a um terceiro relator. O anonimato é garantido durante todo o processo de julgamento. Os pareceres dos relatores são analisados pelo Conselho Editorial que, se necessário, indica as alterações a serem efetuadas. Os trabalhos seguem para publicação somente após a aprovação final dos pareceristas e do Conselho Editorial.

Eventuais **conflitos de interesse** devem ser esclarecidos.

Forma e preparação de manuscritos

O texto deve ser digitado na ortografia oficial em folhas de papel tamanho A4, com espaço entrelinhas de 1,5, fonte Times New Roman, tamanho 12, e margens superior, inferior e laterais de 2,5 cm.

- **A Página de título deve conter:**

título do artigo (máximo de 16 palavras) em português, inglês e espanhol, sem abreviaturas e siglas;

nomes completos e sem abreviações dos autores, numerados em algarismos arábicos, com a titulação universitária máxima de cada autor e as Instituições às quais pertencem;

indicação do nome do autor responsável, seu endereço para correspondência, telefone para contato e e-mail. O uso de endereço residencial deve ser evitado, pois ficará disponível na Internet;

quando o artigo for extraído de tese ou dissertação, indicar por asterisco, em nota de rodapé o título, o

ano e a instituição onde foi apresentada;

- **Resumo:** deve ser apresentado em português (resumo), inglês (abstract) e espanhol (resumen), com até 150 palavras (máximo de 900 caracteres), explicitando o objetivo da pesquisa, o método, os resultados e a conclusão.
- **Descritores:** devem ser indicados de três a seis descritores que permitam identificar o assunto do trabalho, acompanhando o idioma dos resumos: português (descritores), inglês (descriptor) e espanhol (descriptor), extraídos do vocabulário DeCS (Descritores em Ciências da Saúde), elaborado pela BIREME, ou MeSH (Medical Subject Headings), elaborado pela NLM (National Library of Medicine).

- **Texto**

O corpo do texto do artigo deverá conter parágrafos distintos com: **Introdução, Método, Resultados, Discussão, Conclusão e Referências.**

Introdução: deve ser breve, definir o problema estudado, destacando a sua importância, e as lacunas do conhecimento.

Método: os métodos empregados, a população estudada, a fonte de dados e os critérios de seleção devem ser descritos de forma objetiva e completa. É necessário inserir o número do protocolo de aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa e informar que a pesquisa foi conduzida de acordo com os padrões éticos exigidos.

Resultados: devem ser apresentados de forma clara e objetiva, descrevendo somente os dados encontrados, sem interpretações ou comentários. Podem ser acompanhados por tabelas, quadros e figuras, para facilitar a compreensão. O texto deve complementar e não repetir o que está descrito nas ilustrações.

Discussão: deve restringir-se aos dados obtidos e aos resultados alcançados, enfatizando aspectos novos e relevantes observados no estudo e discutindo as concordâncias e as divergências com outras pesquisas já publicadas.

Conclusão: deve corresponder aos objetivos ou às hipóteses do estudo, fundamentada nos resultados e na discussão, coerente com o título, a proposição e o método adotados. As limitações do estudo também devem ser destacadas.

Referências:

No texto, as citações devem ser numeradas consecutivamente, em algarismos arábicos, sobrescritos e entre parênteses, sem menção do nome dos autores. Se forem sequenciais, deverão ser indicados o primeiro e o último número, separados por hífen, ex.: (1-4) ; quando intercalados, deverão ser separados por vírgula, ex.: (1-2,4).

As referências dos documentos impressos e eletrônicos devem ser apresentadas de acordo com o Estilo "Vancouver", elaborado pelo ICMJE, disponível no endereço eletrônico (<http://www.icmje.org>) e os títulos dos periódicos abreviados de acordo com a List of Journals Indexed for MEDLINE (<http://www.nlm.gov/tsd/serials/lji.html>). Incluir as referências estritamente pertinentes ao assunto abordado, atualizadas (5 anos), de abrangência nacional e internacional. Evitar a inclusão de número excessivo de referências na mesma citação. A lista apresentada no final do artigo deve ser numerada de acordo com a sequência em que os autores foram citados no texto. O número de referências não deve ultrapassar a 30. A exatidão das referências é de responsabilidade dos autores.

Os artigos publicados na Revista da Escola de Enfermagem da USP devem ser citados preferencialmente no idioma inglês, na versão on line, a partir de 2009.

Depoimentos: frases ou parágrafos ditos pelos sujeitos da pesquisa devem ser citados entre aspas, em itálico, com sua identificação codificada a critério do autor e entre parênteses.

Ilustrações: tabelas, quadros e figuras, no máximo de cinco, obrigatoriamente, devem estar inseridas no corpo do texto do artigo.

Fotos e Imagens – serão publicadas exclusivamente em P&B, com resolução final de 300 dpi.

Agradecimentos: a pessoas que prestaram colaboração intelectual ao trabalho, desde que haja permissão expressa dos nomeados; fontes de financiamento de instituições públicas ou privadas que deram apoio, assistência técnica e outros auxílios.

Errata: após a publicação do artigo, se os autores identificarem a necessidade de uma errata deverão enviá-la à Secretaria da Revista por e-mail.

Modelo de referências

Periódicos

Artigo padrão

Allen G. Evidence for practice. AORN J. 2010;92(2):236-41.

Artigo com mais de três autores

MacNeela P, Clinton G, Place C, et al. Psychosocial care in mental health nursing: a think aloud study. J Adv Nurs. 2010;66(6):1297-307.

Artigo cujo autor é uma organização

American Diabetes Association. Diabetes update. Nursing. 2003;Suppl:19-20,24.

Artigo com múltiplas organizações como autores

American Dietetic Association; Dietitians of Canada. Position of the American Dietetic Association and Dietitians of Canada: nutrition and women's health. J Am Diet Assoc. 2004;104(6):984-1001.

Artigo de autoria pessoal e organizacional

Orchard TJ, Temprosa M, Goldberg R, et al.; Diabetes Prevention Program Research Group. The effect of metformin and intensive lifestyle intervention on the metabolic syndrome: the Diabetes Prevention Program randomized trial. Ann Intern Med. 2005;142(8):611-9.

Artigo no qual o nome do autor possui designação familiar

King JT Jr, Horowitz MB, Kassam AB, et al. The short form-12 and the measurement of health status in patients with cerebral aneurysms: performance, validity, and reliability. J Neurosurg. 2005;102(3):489-94.

Oliveira MF, Arcêncio RA, Ruffino-Netto A, et al. The front door of the Ribeirão Preto Health System for diagnosing tuberculosis. Rev Esc Enferm USP. 2011;45(4):898-904.

Artigo sem indicação de autoria

Understanding and treating cancer-related fatigue. J Support Oncol. 2006;4(2):72.

Artigo publicado em um volume com suplemento

Nascimento AF, Galvanese ATC. Avaliação da estrutura dos Centros de Atenção Psicossocial do município de São Paulo, SP. Rev Saúde Pública. 2009;43 Supl 1:8-15.

Artigo publicado em um fascículo com suplemento

Crawford M, Mullan J, Vanderveen T. Technology and safe medication administration. J Infus Nurs. 2005;28(2 Suppl):37-41.

Artigo em um volume publicado em partes

Abend SM, Kulish N. The psychoanalytic method from an epistemological viewpoint. Int J Psychoanal. 2002;83 Pt 2:491-5.

Artigo em um fascículo publicado em partes

Rilling WS, Drooz A. Multidisciplinary management of hepatocellular carcinoma. *J Vasc Interv Radiol*. 2002;13(9 Pt 2):S259-63.

Artigo publicado em fascículo sem volume

Tom Dwyer AMC. A pesquisa da sociabilidade on-line: três gerações de estudos. *Rev USP*. 2012;(92):100-13.

Artigo publicado em um número especial

Silva MS, Kimura M, Stelmach R, et al. Quality of life and spiritual well-being in chronic obstructive pulmonary disease patients. *Rev Esc Enferm USP*. 2009;43(n.esp):1187-92.

Artigo sem indicação de fascículo e volume

Outreach: bringing HIV-positive individuals into care. *HRSA Careaction*. 2002 Jun:1-6.

Artigo com paginação em algarismos romanos

Chadwick R, Schuklenk U. The politics of ethical consensus finding. *Bioethics*. 2002;16(2):iii-v.

Artigo com publicação de errata

Altizer L. Strains and sprains. *Orthop Nurs*. 2003;22(6):404-11. Erratum in: *Orthop Nurs*. 2004;23(1):38.

Artigo publicado eletronicamente antes da versão impressa (ahead of print)

Wangenstein S, Johansson IS, Björkström ME, et al. Critical thinking dispositions among newly graduated nurses. *J Adv Nurs*. 2010 Apr 1. [Epub ahead of print]

Artigo no prelo (in press)

Guedes RN, Fonseca RMGS, Egry EY. Limits and possibilities for evaluating the family health strategy to gender violence. *Rev Esc Enferm USP*. 2012;47(2). In press

Artigo provido de DOI

Eduardo LP, Egry EY. Brazilian Child and Adolescent Statute: workers' views about their practice. *Rev Esc Enferm USP*. 2010;44(1):18-24. DOI: 10.1590/S0080-62342010000100003.

Livros

Livro padrão com autor pessoal

Marquis BL, Huston CJ. *Administração e liderança em enfermagem: teoria e prática*. Porto Alegre: Artmed; 2010.

Eyre HJ, Lange DP, Morris LB. *Informed decisions: the complete book of cancer diagnosis, treatment, and recovery*. 2nd ed. Atlanta: American Cancer Society; c2005.

Organizador, editor, coordenador como autor

Kurcgant P, coordenadora. Gerenciamento em enfermagem. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2005.

Instituição como autor

Brasil. Ministério da Saúde; Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Acolhimento nas práticas de produção de saúde. 2ª ed. Brasília; 2009.

Capítulo de livro cujo autor é o mesmo da obra

Moreira A, Oguisso T. Profissionalização da enfermagem brasileira. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2005. Gênese da profissionalização da enfermagem; p. 23-31.

Capítulo de livro cujo autor é um colaborador

Kimura M, Ferreira KASL. Avaliação da qualidade de vida em indivíduos com dor. In: Chaves LD, Leão ER, editoras. Dor: 5º sinal vital: reflexões e intervenções de enfermagem. Curitiba: Ed. Maio; 2004. p. 59-73.

Documentos legais (adaptados)

Brasil. Lei n. 7.498, de 25 de junho de 1986. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da Enfermagem e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, 26 jun. 1986. Seção 1, p. 1.

São Paulo (Estado). Lei n. 10.241, de 17 de março de 1999. Dispõe sobre os direitos dos usuários dos serviços e das ações de saúde no Estado e dá outras providências. Diário Oficial do Estado de São Paulo, São Paulo, 18 mar. 1999. Seção 1, p. 1.

Brasil. Constituição, 1988. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília: Senado; 1988.

Documentos eletrônicos

Artigo de periódico

Costa FA, Silva DLA, Rocha VM. The neurological state and cognition of patients after a stroke. Rev Esc Enferm USP [Internet]. 2011 [cited 2011 Nov 28];45(5):1083-8. Available from: http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v45n5/en_v45n5a08.pdf

Artigo de periódico provido de DOI

Leonello VM, Oliveira MAC. Integralidade do cuidado à saúde como competência educativa do enfermeiro. Rev Bras Enferm [Internet]. 2010 [citado 2010 jul. 10]; 63(3):366-70. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v63n3.pdf> DOI 10.1590/S0034-71672010000300003.

Livro na íntegra

Kasper DL, Braunwald E, Fauci AS. Harrison's online [Internet]. 16th ed. Columbus (OH): McGraw-Hill; c2006 [cited 2006 Nov 20]. Available from: <http://www.accessmedicine.com/resourceTOC.aspx?resourceID=4>

Capítulo de livro

Loizzo F, Menthonnex E, Menthonnex P, et al. A regulação das saídas das unidades móveis de cuidados intensivos na França (SMUR) e no Brasil (UTIM). In: Martinez-Almoyna M, Nitschke CAS, organizadores. Manual de regulação médica

dos serviços de atendimento médico de urgência: SAMU [Internet]. Florianópolis; c1999 [citado 2008 nov. 7]. Disponível em: neu.saude.sc.gov.br/arquivos/manual_de_regulacao_medica_de_urgencia.pdf

Documentos legais (adaptados)

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n. 204, de 27 de janeiro de 2007. Regulamenta o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde, na forma de blocos de financiamento, com o respectivo monitoramento e controle [Internet]. Brasília; 2007 [citado 2009 mar. 25]. Disponível em:

http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2007/prt0204_29_01_2007.html

Para outros exemplos recomendamos consultar o documento Citing Medicine, adaptado pela NLM para as suas bases de dados e atualmente utilizado pelo Uniform Requirements (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK7256/?depth=2>).

Observação: Devem ser evitadas citações de documentos não indexados na literatura científica mundial e de difícil acesso, em geral de divulgação circunscrita a uma instituição ou a um evento. Da mesma forma, informações citadas no texto, extraídas de documentos eletrônicos que não sejam mantidos permanentemente em sites, não devem fazer parte da lista de referências.

A partir de 1º de outubro de 2012, a REEUSP instituiu taxa de submissão e de publicação (http://www.ee.usp.br/reeusp/index.php?p=area&are_id=52).

Envio de manuscritos

O artigo deve ser encaminhado on line (<http://mc04.manuscriptcentral.com/reeusp-scielo>), acompanhado de carta ao Editor informando os motivos pelos quais a REEUSP foi selecionada para submissão. Adicionalmente, devem ser destacados os avanços e as contribuições do texto frente as publicações recentes já veiculadas sobre a temática.

Declaração de responsabilidade e de cessão de direitos autorais

Vimos submeter à aprovação da REEUSP o manuscrito _____

e informamos que todos os procedimentos éticos devidos foram observados. Declaramos que o trabalho é inédito, está sendo enviado com exclusividade à Revista.

Estamos cientes que poderá ocorrer a exclusão do manuscrito do processo de avaliação caso seja encontrado algum trabalho/texto semelhante ao já publicado em qualquer fase do

processo.

Concordamos que em caso de aceitação do artigo, os direitos autorais a ele referente passarão a ser propriedade exclusiva da REEUSP.

Categoria do artigo * _____

Assinaturas dos autores

Data: ___/___/___

Verifique nas normas os tipos de colaborações aceitos pela Revista.

[\[Home\]](#) [\[Sobre a revista\]](#) [\[Corpo editorial\]](#) [\[Assinaturas\]](#)



Todo o conteúdo do periódico, exceto onde está identificado, está licenciado sob uma [Licença Creative Commons](#)

Revista da Escola de Enfermagem da USP
Av. Dr. Enéas de Carvalho Aguiar, 419
CEP 05403-000 ♦ São Paulo - SP ♦ Brasil
Tel. /Fax: +55 11 3061-7553

e-Mail

[nursingscholar@usp.](mailto:nursingscholar@usp)