

UNIVERSIDADE FEDERAL FLUMINENSE  
CURSO DE ENFERMAGEM BACHARELADO E LICENCIATURA  
ESCOLA DE ENFERMAGEM AURORA DE AFONSO COSTA

ANA CAROLINA FRATANE SIQUEIRA

PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DA UNIDADE NEONATAL: REVISÃO INTEGRATIVA

Niterói

2016

ANA CAROLINA FRATANE SIQUEIRA

PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DA UNIDADE NEONATAL: REVISÃO INTEGRATIVA

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Graduação em Enfermagem e Licenciatura da Universidade Federal Fluminense, como requisito parcial para aprovação do curso.

Orientadora: Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> LUCIANA RODRIGUES DA SILVA

Niterói

2016

S 618 Siqueira, Ana Carolina Fratane.  
O perfil epidemiológico de uma unidade neonatal :  
revisão integrativa. / Ana Carolina Fratane Siqueira. –  
Niterói: [s.n.], 2016.  
40 f.

Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em  
Enfermagem) - Universidade Federal Fluminense, 2016.

Orientador: Prof<sup>a</sup>. Luciana Rodrigues.

1. Perfil de Saúde. 2. Unidades de Terapia Intensiva  
Neonatal. 3. Enfermagem. I.Título.

CDD 610.7362

ANA CAROLINA FRATANE SIQUEIRA

PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DA UNIDADE NEONATAL: REVISÃO INTEGRATIVA

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Graduação em Enfermagem e Licenciatura da Universidade Federal Fluminense, como requisito parcial para aprovação do curso.

BANCA EXAMINADORA

---

Prof. Dr.<sup>a</sup> Luciana Rodrigues da Silva (Orientadora)  
UNIVERSIDADE FEDERAL FLUMINENSE – UFF

---

Prof.<sup>ª</sup>. Dr.<sup>a</sup>. Maria Estela Diniz Machado (1<sup>a</sup> Examinadora)  
UNIVERSIDADE FEDERAL FLUMINENSE – UFF

---

Prof.<sup>ª</sup>. Dr.<sup>a</sup>. Eny Dórea Paiva. (2<sup>a</sup> Examinadora)  
UNIVERSIDADE FEDERAL FLUMINENSE – UFF

Niterói

2016

## **AGRADECIMENTOS**

Nenhuma vitória é conquistada sozinha. No decorrer desta trajetória muitas pessoas fizeram parte disto, me incentivaram e me deram forças para que este sonho se tornasse realidade.

Primeiramente gostaria de agradecer a Deus que deu ouvidos as minhas orações e me fez determinada para chegar até aqui.

Agradeço também aos meus queridos pais, Adelaide Fratane e Aurélio Siqueira, pelo amor incondicional que recebi durante toda a minha vida e pelo apoio em todos os momentos.

A minha família, que sempre se fez presente, me motivou e apoiou em todos os momentos difíceis dessa caminhada.

As amigas, Géssica Casagrande, Mara Helena Barbato e Luciana Ferrazzani que dividiram comigo as dificuldades de morar em uma república em Niterói, por serem sempre parceiras nos momentos difíceis e vibrarem com as nossas vitórias.

Aos amigos que sempre estiveram comigo desde o início dessa trajetória, que ajudaram com os estudos, sempre foram parceiras nos momentos difíceis e são presentes da UFF, Karoline Duffrayer, Amanda Giroto, Beatriz Folly e Bruna Lima.

Especialmente agradeço a minha orientadora, professora Luciana Rodrigues da Silva pela intensa dedicação, paciência e por estar sempre pronta a tirar minhas dúvidas para realização desse trabalho.

Meus sinceros agradecimentos!

## **RESUMO:**

A elaboração do perfil epidemiológico é importante para conhecer a sua população, reconhecendo suas necessidades e carências que podem desencadear um processo de doença. Com o conhecimento das necessidades da população é possível planejar ações para prevenção, controle ou até erradicação de doenças. O presente estudo tem como objeto de pesquisa o perfil epidemiológico e as principais patologias que acometem as crianças internadas em uma unidade de terapia intensiva neonatal nas publicações científicas de enfermagem na última década (2006 a 2016). Os objetivos são descrever o perfil epidemiológico das crianças internadas da Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN) e listar as principais patologias que acometem as crianças internadas da Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN). Trata-se de um estudo de abordagem qualitativa. Foi realizada uma revisão integrativa da literatura, através da busca no portal da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), nas bases de dados Lilacs (Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde) e BDENF (Base de Dados de Enfermagem), visando à compreensão do tema, a partir de outros estudos independentes. Foram utilizados os seguintes descritores/palavras chaves “Perfil de saúde”, “UTI neonatal” e “Enfermagem”. Aplicando os critérios de exclusão e inclusão, permaneceram seis artigos, porém apenas quatro se adequavam aos objetivos desse estudo. Estes foram separados e categorizados nos seguintes eixos: O acompanhamento da gestante no pré-natal e os fatores que influenciam a internação do recém-nascido (RN) na unidade neonatal; Caracterização do recém-nascido (RN) internado na UTI neonatal; Caracterização da criança na alta da Unidade Neonatal. Notabilizado que o número de consultas de pré-natal abaixo do preconizado é um fator de risco para o neonato podendo levá-lo a internação na UTI neonatal. Ficou evidenciada a prevalência de internações de recém-nascidos prematuros, com baixo peso com uma razão de 1:1 quanto ao sexo. Os diagnósticos de internação mais comuns na UTI neonatal foram a Síndrome do desconforto respiratório, displasia broncopulmonar, convulsões, refluxo gastroesofágico e comunicação interatrial. Percebe-se a importância do acompanhamento da gestante no pré-natal e a necessidade de que este seja de qualidade, contemplando as necessidades de saúde da mulher e do bebê, visto que a saúde do neonato sofre influência da família e da comunidade em que vive. A enfermagem oferece uma contribuição na caracterização do perfil do recém-nascido admitido na unidade neonatal, através da realização educação em saúde, promoção em saúde (através da atuação no pré-natal) e nos cuidados realizados, pois, a assistência de enfermagem na UTIN é contínua e complexa. Entender o perfil epidemiológico do RN colabora com assistência de enfermagem, pois proporciona um cuidado diferenciado e específico para esta criança. A implementação do cuidado individualizado acontece por estratégias no serviço hospitalar através da educação permanente dos enfermeiros e sua equipe. Ressalta-se a importância de estudos que permitam a identificação deste perfil para possibilitar o adequado planejamento de serviços para seu acompanhamento, bem como para a elaboração e aprimoramento de políticas públicas que contemplem essa população.

**Palavras-Chaves:** UTI Neonatal; Perfil epidemiológico; Enfermagem.

## **ABSTRACT:**

The development of the epidemiological profile is important to know its people, recognizing their needs and wants that can trigger a disease process. With the knowledge of the population's needs can plan actions to prevent, control or even eradicate diseases. This study is a research subject the epidemiological profile and the main pathologies that affect children admitted to a neonatal intensive care in the nursing scientific publications in the last decade (2006-2016). The objectives are to describe the epidemiological profile of children hospitalized in the Neonatal Intensive Care Unit (NICU) and list the main pathologies that affect children hospitalized in the Neonatal Intensive Care Unit (NICU). This is a qualitative study. an integrative literature review was performed by searching the website of the Virtual Health Library (VHL), in the databases Lilacs (Latin American and Caribbean Health Sciences) and BDNF (Nursing Database) aimed at understanding of the subject, from other independent studies. The following descriptors were used / keywords "health profile", "NICU" and "Nursing". Applying the criteria of inclusion and exclusion, remained six articles, but only four are suited to the objectives of this study. These were separated and categorized into the following areas: Monitoring of pregnant women in prenatal care and the factors that influence the admission of the newborn (NB) in the neonatal unit; Newborn characterization (RN) interned in the NICU; Child characterization at discharge from the neonatal unit. Distinguished themselves that the number of prenatal consultations below recommended is a risk factor for the neonate can lead you to admission to the NICU. It highlighted the prevalence of premature admissions of newborns with low weight with a ratio of 1: 1 for sex. The most common admission diagnoses in the neonatal ICU were respiratory distress syndrome, bronchopulmonary dysplasia, seizures, gastroesophageal reflux disease and atrial septal defect. We realize the importance of pregnant woman accompanying the prenatal and the need for this to be of quality, considering the health needs of women and the baby, as the health of the newborn suffers influences of family and community in which he lives . Nursing offers a contribution to the characterization of the newborn profile admitted to the neonatal unit, by conducting health education, health promotion (through performing prenatal) and made care, for nursing care in the NICU it is continuous and complicated. Understanding RN epidemiological profile collaborates with nursing care as it provides a differentiated and specific care for this child. The implementation of individualized care happens strategies in the hospital service through the continuing education of nurses and their team. It emphasizes the importance of studies to identify this profile to enable proper planning services for monitoring, as well as for the development and improvement of public policies that address this population. Key Words: Neonatal ICU; epidemiological profile; Nursing

## **LISTA DE QUADROS**

QUADRO 1: Descrição da seleção dos artigos encontrados somente através de um descritor

QUADRO 2: Artigos selecionados após associações em dupla, com os filtros de inclusão e exclusão.

QUADRO 3: Artigos selecionados após associação em trio, com o filtro de inclusão e exclusão

QUADRO 4: Artigos selecionados após associação em trio e leitura e exclusão seletiva.

QUADRO 5: Descrição da bibliografia potencial após leitura seletiva.



## **LISTA DE SIGLAS**

ETP: Ensino Teórico Prático

HUAP: Hospital Universitário Antônio Pedro

RCIU: Restrição do Crescimento Intra-Uterino

RN: Recém-nascido

UTIN: Unidade de Terapia Intensa Neonatal

## SUMÁRIO:

<b>1. INTRODUÇÃO</b> .....	11
1.1. <u>QUESTÃO NORTEADORA</u> .....	13
1.2. <u>JUSTIFICATIVA</u> .....	13
1.3. <u>OBJETO</u> .....	14
1.4. <u>OBJETIVO</u> .....	14
1.5. <u>OBJETIVO ESPECÍFICO</u> .....	14
<b>2. REVISÃO DE LITERATURA</b> .....	15
2.1. <u>UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA NEONATAL (UTIN)</u> .....	15
2.2. <u>PERFIL EPIDEMIOLÓGICO</u> .....	18
<b>3. METODOLOGIA</b> .....	22
<b>4. RESULTADOS</b> .....	27
<b>5. DISCUSSÃO</b> .....	28
5.1. <u>O ACOMPANHAMENTO DA GESTANTE NO PRÉ NATAL E OS FATORES QUE INFLUENCIAM A INTERNAÇÃO DO RN NA UNIDADE NEONATAL</u> .....	28
5.2. <u>CARACTERIZAÇÃO DO RECÉM-NASCIDO(RN) INTERNADO NA UTI NEONATAL</u> .....	30
5.3. <u>CARACTERIZAÇÃO DA CRIANÇA NA ALTA DA UNIDADE NEONATAL</u> .....	33
<b>6. CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	35
<b>7. REFERÊNCIAS</b> .....	37

## 1. INTRODUÇÃO

Durante a minha jornada acadêmica, foi me despertando o interesse pela área de saúde da criança. A aproximação com essa temática foi se tornando mais evidente e estimulante durante as aulas teóricas e principalmente no ensino teórico prático (ETP). Assim tive a oportunidade de vivenciar a saúde da criança em dois níveis diferentes: a criança na atenção básica e no hospital, me interessando mais pela criança hospitalizada.

No Ensino Teórico e Prático realizado no Hospital Universitário Antônio Pedro (HUAP), tive a oportunidade de me aproximar mais ainda dessa área, podendo vivenciar as ações de enfermagem em diferentes setores, como: na puericultura realizada no ambulatório, na enfermaria de pediatria, na unidade intermediária (UI) e na unidade de terapia intensiva neonatal (UTIN), sendo o último, o setor que despertou mais interesse.

A Unidade Neonatal aguçou meu interesse devido à complexidade das ações que o enfermeiro realiza na assistência ao recém-nascido (RN) e como gerente do setor. Durante o período de estágio curricular 2 na unidade neonatal, foi possível observar e aprender sobre a importância do cuidado realizado pelo enfermeiro na assistência ao neonato e na gestão da equipe de enfermagem.

Neste setor verificamos a rotatividade dos neonatos e lactentes e observei que a maioria eram prematuros. A partir dessa observação passei a ter questionamentos sobre: as patologias mais frequentes que acometiam os RNs internados na UTIN além da prematuridade, o perfil epidemiológico e o prognóstico desses pacientes.

A UTIN é um setor de assistência aos RNs graves, que estão vulneráveis e precisam de cuidados específicos e contínuos. A Unidade Neonatal é um serviço de internação responsável pelo cuidado integral ao recém-nascido grave ou potencialmente grave, dotado de estruturas assistenciais que possuam condições técnicas adequadas à prestação de assistência especializada, incluindo instalações físicas, equipamentos e recursos humanos (BRASIL, 2012).

Para a habilitação do setor como UTIN, o hospital deverá proporcionar para este setor uma equipe multiprofissional especializada, equipamentos específicos, tecnologia adequada, diagnóstico e tratamento terapêutico dos recém-nascidos graves ou com risco de morte (BRASIL, 2012).

Como todos os outros setores hospitalares, a UTIN, tem normas estruturais, de equipamentos, materiais e serviços a serem seguidas e cumpridas. Isto se faz necessário para que o cliente tenha um ambiente seguro, adequado as suas necessidades e para que os

profissionais da saúde também possuam um ambiente de trabalho ideal. Sendo assim, capazes de promover uma assistência de qualidade.

A enfermagem está diretamente relacionada à assistência, pois são esses os profissionais que estão envolvidos com os cuidados do paciente a maior parte do tempo. O enfermeiro e sua equipe realizam os cuidados integrais durante vinte e quatro horas.

O enfermeiro, coordena, ensina, orienta e supervisiona a sua equipe. Na divisão do trabalho de enfermagem, o enfermeiro é responsável pelos cuidados de maior complexidade, assumindo assim os recém-nascidos e lactentes mais críticos.

Segundo Gaíva e Scochi (2004, p. 471), “o enfermeiro é o detentor do saber e controlador do processo de trabalho de sua área de responsabilidade e os membros da sua equipe são executores das tarefas”.

Nesse ambiente é necessária a presença de profissionais com alto nível de conhecimento científico, habilidade técnica e capacidade de proceder a uma avaliação criteriosa do paciente, sabendo perceber e intervir nas particularidades de cada um, pois há a necessidade de uma assistência direta e humanizada. De acordo com Rolim et al, (2012, p. 108) “realizar o cuidado do RN de forma humana e particularizada compreende mais do que conhecimentos e habilidades técnicas”.

A UTIN de uma forma geral possui muitos RNs prematuros. O RN é classificado como prematuro ou pré-termo quando nasce com menos de 37 semanas de gestação.

O RN que fica sob os cuidados na UTIN é considerado de alto risco. Hockenberry e Wilson (2008, p. 256) dizem que, “o RN de alto risco é aquele que independente da sua idade gestacional ou peso ao nascer possui riscos de mortalidade e morbidade superior à média, devido a condições do nascimento ou a adaptação à vida extrauterina”.

Os RNs de alto risco não são classificados apenas como pré-termo ou a termo. De acordo com Hockenberry e Wilson (2008, p. 256), “geralmente são classificados de acordo com o seu peso no nascimento, idade gestacional e seus problemas fisiopatológicos”.

A morbidade e a mortalidade são indicadores de uma ciência chamada epidemiologia, que de acordo com MELO (2008, p. 3):

Ciência que estuda o processo saúde-doença em coletividades humanas, analisando a distribuição e os fatores determinantes das enfermidades, danos à saúde e eventos associados à saúde coletiva, propondo medidas específicas de prevenção, controle, ou erradicação de doenças, e fornecendo indicadores que sirvam de suporte ao planejamento, administração e avaliação das ações de saúde.

A epidemiologia possui vários indicadores de análise, entre um desses encontra-se o perfil epidemiológico, de acordo com Oliveira et al, (2008, p. 389) “pode ser considerado um

indicador relativamente sensível das condições de vida, do processo saúde-doença e do modelo de desenvolvimento da população”.

Para a construção do perfil epidemiológico é necessário atentar para as variáveis: pessoa, tempo e lugar. Com essas variáveis são feitas as seguintes perguntas: Quem, quando e onde.

A elaboração do perfil epidemiológico é importante para conhecer a sua população, reconhecendo suas necessidades e carências que podem desencadear um processo de doença. Com o conhecimento das necessidades da população é possível planejar ações para prevenção, controle ou até erradicação de doenças.

O SUS realiza a investigação do perfil epidemiológico da população brasileira através da vigilância epidemiológica. (Lei nº8.080/90, Art.6), a vigilância epidemiológica atua como “um conjunto de ações que proporciona o conhecimento, a detecção ou prevenção de qualquer mudança nos fatores determinantes e condicionantes de saúde individual ou coletiva”.

Os dados fornecidos pela vigilância irão evidenciar as patologias que mais estão acometendo a população. Com isso os profissionais de saúde podem elaborar medidas de intervenção para as novas patologias que está acometendo a população. Nas patologias que já possuem intervenções, realizar aprimoramentos e intensificação dessas intervenções. De acordo com Brasil (2009, p. 20):

Vigilância epidemiológica compreende um ciclo de funções específicas e intercomplementares, desenvolvidas de modo contínuo, permitindo conhecer, a cada momento, o comportamento da doença ou agravo selecionado como alvo das ações, para que as medidas de intervenção pertinentes possam ser desencadeadas com oportunidade e eficácia.

### 1.1 QUESTÃO NORTEADORA:

Qual é o perfil epidemiológico e as patologias que mais acometem as crianças internadas na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN), ao longo da última década, nas publicações científicas de enfermagem?

### 1.2 JUSTIFICATIVA:

O interesse pelo tema justifica-se pela complexidade da Unidade de Terapia Intensiva Neonatal, sua rotatividade, as ações realizadas pelo enfermeiro e a possibilidade de identificar as patologias e o perfil epidemiológico das crianças internadas.

De acordo com Duarte e Ellensohn, (2007, p. 521) “A Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN) caracteriza-se como uma área de assistência a recém-nascidos criticamente

enfermos, altamente vulneráveis, que necessitam de cuidados de enfermagem especiais e contínuos”.

A assistência de enfermagem na UTIN é contínua e complexa. Entender o perfil epidemiológico do RN colabora com assistência de enfermagem, pois proporciona um cuidado diferenciado e específico para o paciente. De acordo com Grazzoto et al (2012, p. 305):

A disponibilidade de informação epidemiológica adequada permite uma mudança no perfil de ações, intervindo diretamente junto aos processos assistenciais e atendendo às necessidades atuais dos serviços de saúde e, em particular, as unidades de tratamento intensivo neonatal.

### 1.3 OBJETO:

O perfil epidemiológico e as principais patologias que acometem as crianças internadas na unidade de terapia intensiva neonatal nas publicações científicas de enfermagem na última década (2006 a 2016).

### 1.4 OBJETIVO:

Descrever o perfil epidemiológico das crianças internadas na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN).

### 1.5 OBJETIVO ESPECÍFICO:

Listar as principais patologias que acometem as crianças internadas na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN).

## **2. REVISÃO DE LITERATURA**

## 2.1 UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA NEONATAL (UTIN):

A Unidade Neonatal é um serviço de internação responsável pelo cuidado integral ao recém-nascido grave ou potencialmente grave, dotado de estruturas assistenciais que possuam condições técnicas adequadas à prestação de assistência especializada (BRASIL, 2012).

A unidade neonatal é subdividida em dois setores, essa divisão é feita de acordo com as necessidades do cuidado. Os setores são: Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN) e Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal, esta pode possuir subdivisões como: Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal Convencional e Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal Canguru.

A UTIN deve atender aos padrões quanto a infraestrutura, aos materiais e ao quantitativo de funcionários no setor para poder promover um ambiente adequado, com suprimentos e número correto de funcionários para a melhor assistência ao paciente e para que os funcionários desse setor tenham um ambiente ideal de trabalho, com insumos e o contingente adequado para não haver sobrecarga de trabalho.

Quanto a sua estrutura a RDC n° 50, institui que a UTIN tenha no mínimo 5 leitos, sendo 1 berço a cada 80 RN/ano de baixo peso (<2500 g) e cada berço esteja a pelo menos 1 metro de distância do outro. Deve dispor de saída de oxigênio, ar comprimido e vácuo em cada berço (BRASIL, 2002 p.33).

Na RDC n° 7 diz que, a UTIN deve possuir no mínimo de 10% dos leitos aquecidos para terapia intensiva, equipamento para fototerapia: 01 (um) para cada 03 (três) leitos; capacetes e tendas para oxigenoterapia: 1 (um) equipamento para cada 03 (três) leitos e ventilador pulmonar mecânico: 01 (um) para cada 02 (dois) leitos (BRASIL, 2010).

Os recursos materiais da UTIN devem estar disponíveis, para uso exclusivo da UTI Neonatal. Materiais e equipamentos de acordo com a faixa etária e biotipo do paciente e para a monitoração contínua do mesmo. Segundo Brasil (2010, p. 58):

Cada leito de UTI Neonatal deve possuir, no mínimo, os seguintes equipamentos e materiais: incubadora com parede dupla; equipamento para ressuscitação manual do tipo balão auto inflável com reservatório e máscara facial: 01(um) por leito, com reserva operacional de 01 (um) para cada 02 (dois) leitos; III - estetoscópio; conjunto para nebulização; Dois (02) equipamentos tipo seringa para infusão contínua e controlada de fluidos ("bomba de infusão"), com reserva operacional de 01 (um) para cada 03 (três) leitos

Para a habilitação do setor como UTIN, o hospital deverá proporcionar para este setor uma equipe multiprofissional, composta por médicos, enfermeiros, fisioterapeutas e fonoaudiólogo (BRASIL, 2012).

Os profissionais médicos para atuar neste setor devem possuir formação em UTI pediátrica e título de especialista em pediatria com área de atuação em neonatologia, para responder por UTIN. Os coordenadores de enfermagem e de fisioterapia devem ser especialistas em terapia intensiva neonatal (BRASIL, 2010).

A equipe de enfermagem é composta por 1 (um) enfermeiro coordenador com jornada horizontal diária de 8 horas com habilitação em neonatologia e 1 (um) enfermeiro assistencial para cada 10 (dez) leitos ou fração, em cada turno e técnicos de enfermagem, no mínimo, 1 (um) para cada 2 (dois) leitos em cada turno (BRASIL, 2012).

A equipe de enfermagem é a que está mais presente na assistência do paciente. O enfermeiro assume os cuidados dos pacientes mais graves e designa os técnicos e/ou auxiliares de enfermagem para realizar os cuidados nos pacientes de menor complexidade, porém o enfermeiro pode executar tarefas menos complexas como controle de sinais vitais e a realização do banho dos pacientes.

Ao enfermeiro não cabe somente à competência da assistência ao paciente. É preciso saber gerenciar o setor, seus materiais e a sua equipe. Isso é realizado através da sistematização da assistência de enfermagem (SAE). Para organizar e definir as ações da enfermagem na UTIN, os enfermeiros utilizam o processo de enfermagem para sistematizar a assistência aos RNs.

Através da SAE o enfermeiro coordena sua equipe, orientando o que o seu técnico e/ou auxiliar de enfermagem deve fazer, como vai fazer e quando. Priorizando e atendendo as necessidades de cada paciente e coordenando o cuidado, promovendo uma assistência de qualidade. De acordo Duarte e Ellensohn (2007, p. 522) “a SAE define as ações de enfermagem e constitui as funções intelectuais de resolução de problemas do setor que o enfermeiro está atuando.”

Conforme regulamenta a RDC nº7, a UTIN é destinada à assistência a pacientes admitidos com idade entre zero e 28 dias de vida, que estão vulneráveis e precisam de cuidados específicos e contínuos, “Recém-nascidos de qualquer idade gestacional que necessitem de ventilação mecânica ou em fase aguda de insuficiência respiratória com FiO<sub>2</sub> maior que 30% (BRASIL, 2012).

Os recém-nascidos que tem indicação para internação na UTIN, são estes: Recém-nascidos menores de 30 semanas de idade gestacional ou com peso de nascimento menor de 1.000 gramas; Recém-nascidos que necessitem de cirurgias de grande porte ou pós-operatório



imediate de cirurgias de pequeno e médio porte; Recém-nascidos que necessitem de nutrição parenteral.

De acordo com Hockenberry, Wilson (2008, p. 256), “o RN de alta complexidade é classificado quanto ao seu peso do nascimento, sua idade gestacional e problemas fisiopatológicos dominantes”.

Essas classificações possuem subdivisões listadas por Hockenberry, Wilson (2008, p. 257), são elas, de acordo com o tamanho e de acordo com a idade gestacional.

Na classificação de acordo com o tamanho, encontramos RNs nas seguintes condições, Recém-nascido baixo peso ao nascer: nasce com menos 2500g independente da idade gestacional; Recém-nascido muito baixo peso ao nascer: nasce com menos de 1500g Recém-nascido com extremo baixo peso ao nascer: nasce com menos de 1000g Recém-nascido adequado para idade gestacional; Recém-nascido pequeno para idade gestacional: reduzido o crescimento intrauterino e peso esta abaixo do 10º percentil; Restrição do Crescimento Intra Uterino (RCIU) simétrico: retardo no crescimento intrauterino, onde o peso, comprimento e perímetro cefálico são afetados. RCIU assimétrico: retardo no crescimento intrauterino, onde o perímetro cefálico se mantem em parâmetros normais; Recém-nascido grande para idade gestacional: nasce com peso superior a 90º percentil Hockenberry, Wilson (2008, p. 257).

Hockenberry, Wilson (2008, p. 257) descreve a Classificação de acordo com a idade gestacional, nessa classificação encontramos os RNs nas seguintes condições, Recém-nascido pré-termo: menos de 37 semanas de gestação, independente do peso ao nascer; Recém-nascido a termo: entre 38 e 42 semanas de gestação, independente do peso ao nascer. Recém-nascido pós-termo: com mais de 42 semanas de idade gestacional, independente do peso ao nascer. Recém-nascido pré-termo tardio: Recém-nascido entre 34 e 36 semanas de gestação, independente do seu peso ao nascer.

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), o recém-nascido de muito baixo peso ao nascer, inferior a 1,500g, constitui a prevalência de internações nas unidades de terapia intensivas neonatais (UTIN). Completando essa afirmativa, REGEV et al (2003) diz que, quanto a adaptação do prematuro à vida extrauterina, a necessidade de suporte respiratório e nutricional é a maior causa de permanência dos prematuros na UTIN.

Algumas patologias encontradas na UTIN estão associadas com o baixo peso e prematuridade ao nascer e evidenciam que além da prematuridade e o baixo peso, os diagnósticos mais comuns na UTIN são o distúrbio da membrana hialina e a síndrome do desconforto respiratório (MARTINS et al, 2013).

A síndrome do desconforto respiratório ou doença da membrana hialina é uma patologia frequente e fundamentalmente relacionada à deficiência de surfactante. Ocorre principalmente em RNs prematuros, sendo sua frequência inversamente proporcional à idade gestacional (DINIZ; VAZ, 2001).

A saúde do neonato e da sua família é fortemente influenciada pela comunidade em que vive. A enfermagem trabalhando na comunidade pode oferecer uma grande contribuição, realizando educação em saúde, promoção em saúde e a análise do perfil epidemiológico. Dessa maneira pode conhecer melhor a sua população e os riscos eminentes.

## 2.2 PERFIL EPIDEMIOLÓGICO:

A epidemiologia é a ciência da população aplicada à detecção da morbidade e mortalidade em uma população específica. O processo epidemiológico identifica a distribuição e as causas de doenças e lesões da população (CASHAW, 2008).

A epidemiologia é dividida em epidemiologia analítica e descritiva em ambas serão elucidadas a determinação da doença, porém isso é feito através de pesquisas diferentes. De acordo com Melo (2008, p.11), “a epidemiologia descritiva estuda dados que são sistematicamente analisados. Os questionamentos são, quem, quando e onde”.

Na epidemiologia analítica, são feitos esses mesmos questionamentos, quem, quando e onde, porém também se pergunta como e por que isso ocorreu. A epidemiologia analítica comprova as associações causais (MELO, 2008).

Demografia é o estudo das características da população. As características demográficas incluem: idade, sexo, raça, condições socioeconômicas e de escolaridade. De acordo com Cashaw (2008 p. 15), “indivíduos, família e comunidade podem ter características demográficas que habilitem seu risco em saúde”. Segundo Hockenberry, Wilson (2008, p. 23), “risco é uma probabilidade maior de desenvolver uma doença, lesão ou afecção”.

Através da epidemiologia e da demografia é possível elaborar o perfil epidemiológico de uma população que será estudada. No perfil epidemiológico estão inclusos: condições socioeconômicas, socioambientais e fatores biopsicossociais. Segundo Hockenberry e Wilson (2008, p. 23), “são três fatores que formam o triângulo epidemiológico, são eles: agente, hospedeiro e ambiente”.

De acordo com Brasil (2009, p. 21) afirma que:

A disponibilidade de indicadores demográficos e socioeconômicos é primordial para a caracterização da dinâmica populacional e das condições gerais de vida, as quais se vinculam os fatores condicionantes da doença ou agravo sob vigilância. Dados sobre

aspectos climáticos e ecológicos, também, podem ser necessários para a compreensão do fenômeno analisado.

O perfil epidemiológico pode ser definido, de acordo com Oliveira et al, (2008, p. 389) como “um indicador relativamente sensível das condições de vida, do processo saúde-doença e do modelo de desenvolvimento da população”.

Na elaboração do perfil epidemiológico é possível analisar o risco que aquela população está exposta, qual a doença de maior incidência e prevalência, a mortalidade e morbidade da população. É elaborado para que assim seja possível conhecer a referida população.

A incidência pode ser entendida, segundo Medronho et al (2011, p. 14) “como o número de casos novos de uma patologia na população. A mortalidade pode ser entendida como um caso particular de incidência onde a questão de interesse é a morte”.

Medronho et al (2011, p. 25) diz que: “a prevalência é o número de casos existentes de uma determinada doença e a morbidade é a necessidade da população”.

Segundo Brasil (2009, p. 22):

A morbidade é o mais utilizado em vigilância epidemiológica, por permitir a detecção imediata ou precoce de problemas sanitários. Correspondem à distribuição de casos segundo a condição de portadores de infecções ou de patologias específicas, como também de sequelas. Tratam-se, em geral, de dados oriundos da notificação de casos e surtos, da produção de serviços ambulatoriais e hospitalares, de investigações epidemiológicas, da busca ativa de casos, de estudos amostrais e de inquéritos, entre outras fontes.

A mortalidade pode ser entendida, de acordo com Pereira (2004, p.11) “a variável característica das comunidades de seres vivos; refere-se ao conjunto dos indivíduos que morreram num dado intervalo do tempo”.

Na elaboração do perfil epidemiológico as variáveis quem, quando e onde são respondidas. As questões inclusas nessas variáveis são: Onde: País, estado, cidade, município, região, ambientes fechados (hospitais, clínicas, escolas e creches); Quando: Relativo ao tempo (Quantos anos que acompanha a patologia da população?) e Quem: Sexo, etnia, idade, ocupação, renda, escolaridade, estado civil, religião, hábitos alimentares, tabagismo, etilismo e atividade física (MELO, 2008).

Segundo Medronho et al (2011, p. 515):

A epidemiologia dispõe de instrumental apropriado para determinação dos resultados e do impacto das medidas de intervenção de saúde. Também pode colaborar na elaboração de indicadores e parâmetros de avaliação de qualidade de serviços em saúde. Permite orientação mais adequada dos serviços às necessidades da população.

O SUS realiza a investigação do perfil epidemiológico da população brasileira através da vigilância epidemiológica. (Lei nº8.080/90 art.6), a vigilância epidemiológica como “um

conjunto de ações que proporciona o conhecimento, a detecção ou prevenção de qualquer mudança nos fatores determinantes e condicionantes de saúde individual ou coletiva”.

De acordo com Brasil (2009, p. 24):

O Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica (SNVE) compreende o conjunto articulado de instituições do setor público e privado, componente do Sistema Único de Saúde (SUS) que, direta ou indiretamente, notifica doenças e agravos, prestam serviços a grupos populacionais ou orienta a conduta a ser tomada para o controle dos mesmos.

Após a elaboração do perfil epidemiológico da população são evidenciados os problemas e as necessidades desta população. A enfermagem deve atuar nessa população através de visitas domiciliares, promoção e educação em saúde.

Para a enfermagem e os demais profissionais da saúde, o conhecimento do perfil epidemiológico do seu paciente favorece o entendimento do processo de doença do mesmo, seguindo esse pensamento Menezes (2014, p. 4) afirma que, “a grande maioria das doenças advém de uma combinação de fatores que interagem entre si e acabam desempenhando importante papel na determinação das mesmas.”.

O processo de enfermagem na comunidade é realizado através de 4 (quatro) etapas: Histórico e diagnóstico: a enfermeira coleta informações objetivas e subjetivas na comunidade; Planejamento: A enfermeira desenvolve metas centradas na comunidade; Implementação: A enfermeira estabelece um programa que permite que os membros da comunidade atinjam suas metas; Evolução ou avaliação final: A enfermeira conduz uma avaliação para determinar se as metas e os objetivos foram atingidos (HOCKENBERRY, WILSON, 2008).

A enfermagem atua na vigilância epidemiológica da sua unidade, sendo em uma unidade básica ou hospital, com isso se faz um fluxo da vigilância. A unidade básica ou hospital corresponde ao nível regional/município. Esses dados irão se juntar com os dados da cidade, posteriormente do estado para assim montar o perfil epidemiológico nacional.

Após a análise dos dados estes são enviados para um sistema de informação de saúde. Este sistema pode ser definido de acordo com Medronho et al (2011, p. 525), como “um conjunto integrado de partes que se articulam com uma finalidade em comum. Nos sistemas de informação estas partes são vários elementos ligados à coleta, armazenamento e processamento de dados e difusão da informação”.

A vigilância epidemiológica deve notificar ao SINAN (Sistema de Informações de Agravos de Notificação) os agravos e doenças de notificação compulsórias.

Os agravos são notificados de acordo com critérios, são eles, Magnitude: elevada frequência; Potencial de disseminação: elevado poder de transmissão; Transcendência:

severidade, relevância social e econômica; Vulnerabilidade: disponibilidade de instrumentos específicos de prevenção e controle; Compromissos Internacionais: controle, eliminação ou erradicação de doença e Ocorrência de epidemias, surtos e agravos inusitados à saúde: situações emergenciais (MELO, 2008).

Os sistemas nacionais de informação são: SIM: Sistema de Informações sobre Mortalidade; SIH-SUS: Sistema de Informações Hospitalares do SUS; SINASC: Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos; SINAN: Sistema de Informações de Agravos de Notificação; SI-PNI: Sistema de Informações do Programa Nacional de Imunização; SAI-SUS: Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS; SIAB: Sistema de Informações da Atenção Básica (HOCKENBERRY e WILSON, 2008).

De tudo que foi exposto pode-se inferir a complexidade das questões que envolvem a determinação do perfil epidemiológico de uma população, no caso específico de uma unidade neonatal. Sendo assim, é imprescindível que, a partir da compreensão destes determinantes o apoio as políticas públicas que promovam a qualidade de vida destas crianças.

### **3. METODOLOGIA**

Trata-se de um estudo de abordagem qualitativa, para identificação de produções científicas sobre o tema: perfil epidemiológico da unidade neonatal no período de 2006 a 2016.

A abordagem qualitativa é aquela que não se preocupa com a representatividade numérica, mas com o aprofundamento da compreensão de um grupo social ou de uma organização. Na pesquisa qualitativa, busca-se compreender, descrever e explicar as relações entre o global e o fenômeno (NEIS; ABREU; RODRIGUES, 2009)

Foi realizada uma revisão integrativa da literatura, uma vez que ela contribui para o processo de sistematização e análise dos resultados, visando à compreensão de tema determinado, a partir de outros estudos independentes (LANZONI; MEIRELLES, 2011).

Revisão integrativa é uma análise sistemática de estudos anteriores sobre determinado assunto que irão formular resultados. Este método de pesquisa baseado em evidências propicia suportes para a escolha da melhor prática, sua vantagem é uma maior segurança durante os cuidados para o profissional proporcionando um cuidado mais efetivo e de melhor custo/benefício e também na obtenção do conhecimento (MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008).

A revisão integrativa da literatura propõe o estabelecimento de critérios bem definidos sobre a coleta de dados, análise e apresentação dos resultados. Foram adotadas as seis etapas indicadas para a construção da revisão integrativa da literatura: 1) seleção da pergunta de pesquisa; 2) definição dos critérios de inclusão e exclusão de estudos e seleção da amostra; 3) representação dos estudos em formato de tabelas, considerando todas as características em comum; 4) análise crítica dos achados, identificando diferenças e conflitos; 5) interpretação dos resultados e 6) reportar, de forma clara, a evidência encontrada (GANONG, 1987).

Para o levantamento dos artigos na literatura, realizou-se uma busca nas seguintes bases de dados: BDEF (Base de Dados de Enfermagem), LILACS (Literatura Latino-Americana e do Caribe da Saúde), no mês de Junho de 2016

Foram utilizados, para a busca dos artigos, os seguintes descritores e suas combinações na língua portuguesa do DeCS (Descritores em Ciência da Saúde): “Perfil de saúde”, “UTI neonatal” e “Enfermagem”, acompanhados da expressão booleana AND entre a associação de dois e três descritores.

A expressão perfil epidemiológico não é encontrada como descritor na plataforma da BVS, por esse motivo se utilizou o descritor perfil de saúde, que é um sinônimo de perfil epidemiológico e é encontrado como descritor neste portal.

Os critérios de inclusão definidos são: artigos publicados em português; artigos na íntegra que retratassem a temática referente à revisão integrativa, artigos de enfermagem publicados e indexados nas referidas bases de dados nos últimos dez anos (2006 a 2016).

Como critério de exclusão, foi optado não considerar artigos em editoriais, artigos não publicados na íntegra e publicações em que as pesquisas não foram realizadas no Brasil, independente de estar ou não em um periódico internacional. Este critério foi adotado para um melhor entendimento do perfil de saúde nacional, visto que a localidade e condições biopsicossociais são diferentes e interferem no perfil epidemiológico da população.

O Quadro 1 apresenta a síntese das buscas realizadas nas bases de dados e analisa separadamente cada um dos descritores citados no parágrafo anterior, os quais estão listados no quadro abaixo:

Quadro 1: Descrição da seleção dos artigos encontrados somente através de um descritor.

<b>Descritores</b>	<b>BDENF</b>	<b>LILACS</b>
Perfil de saúde	873	6.703
UTI Neonatal	278	1.002
Enfermagem	30.069	19.692

(SILVA, SIQUEIRA, 2016)

Na segunda etapa da pesquisa, foi realizado a associação dos descritores, caracterizados nos quadros 2 e 3, com a finalidade de aproximar as referidas produções da questão norteadora e dos objetivos do presente trabalho.

Foram usados critérios de refinamento para melhor delineamento da pesquisa: atendendo aos critérios de inclusão e exclusão para a elucidação dos objetivos da referida revisão foi realizada a associação dos DeCS do estudo em dupla e em trio respectivamente apresentados nos quadros 2 e 3.

Quadro 2: Artigos selecionados após associações em dupla, com os filtros de inclusão e exclusão

<b>Descritores</b>	<b>BDENF</b>	<b>LILACS</b>
Perfil de saúde AND UTI neonatal	2	5
UTI neonatal AND Enfermagem	57	68
Perfil de Saúde AND Enfermagem	128	169

(SILVA, SIQUEIRA, 2016)

A associação em dupla dos descritores “perfil de saúde” e “UTI Neonatal” foram os que melhor atenderam aos critérios pré-estabelecidos. Para atender a questão norteadora, foi acrescentado o descritor “enfermagem” resultando na associação em trio, evidenciada no quadro 3.

Quadro 3: Artigos selecionados após associação em trio, com o filtro de inclusão e exclusão

<b>Descritores</b>	<b>BDENF</b>	<b>LILACS</b>
Perfil de Saúde AND UTI Neonatal AND Enfermagem	2	4

(SILVA, SIQUEIRA, 2016)

Após ler os artigos encontrados, foram selecionados aqueles que mais se adequavam a questão norteadora e aos objetivos do presente trabalho. Foram selecionados 4 artigos, dentre eles apenas um se repetia nas duas bases de dados, explicitado no quadro 4.

Quadro 4: Artigos selecionados após associação em trio e leitura e exclusão seletiva.

<b>Descritores</b>	<b>BDENF</b>	<b>LILACS</b>
Perfil de Saúde AND UTI Neonatal AND Enfermagem	1	3

(SILVA, SIQUEIRA, 2016)

A terceira etapa consistiu na leitura minuciosa dos artigos selecionados, o que deu origem à antepenúltima fase, na qual foi possível localizar o material para a formação da bibliografia potencial.

O penúltimo passo foi realizada a interpretação e discussão dos resultados, através da comparação entre as produções científicas selecionadas, totalizando 4 (quatro), apresentadas no quadro 5. Onde se encerra com a última etapa ao apresentar a síntese e conclusão das pesquisas realizadas.

Quadro 5: Descrição da bibliografia potencial após leitura seletiva.

<b>PRODUÇÃO CIENTÍFICA</b>	<b>ANO</b>	<b>AUTORES</b>	<b>BASE DE DADOS-REVISTA COM VOLUME E NÚMERO</b>	<b>OBJETIVOS</b>	<b>RESULTADOS</b>
<b>CARACTERIZAÇÃO DO PERFIL DAS CRIANÇAS EGRESSAS DE UNIDADE NEONATAL COM CONDIÇÃO CRÔNICA</b>	2014	Tatiana Silva Tavares, Elysângela Dittz Duarte, Bárbara Christina Noelly e Silva, Clarissa Moura de Paula, Marcela Pacífico Mendes Queiroz Roseni	LILACS R. Enferm. Cent. O. Min.; 3(4):1322-1335	O objetivo do estudo foi identificar e caracterizar as crianças com condição crônica egressas de unidade neonatal	Os dados deste estudo reforçam as evidências científicas sobre o maior risco para déficits no crescimento e no desenvolvimento de recém-nascidos prematuros e com baixo peso, assim como o



		Rosângela de Sena.			aumento da morbidade neonatal, à medida que diminui a idade gestacional
<b>CARACTERIZAÇÃO DE RECÉM-NASCIDOS DE BAIXO PESO INTERNADOS EM UMA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA NEONATAL</b>	2013	Elaine Lutz Martins Stela Maris de Mello Padoin, Andressa Peripolli, Rodrigues Samuel, Spiegelberg Zuge Cristiane Cardoso de Paula , Tatiane Correa Trojahn, Marília Alessandra Bick	BDENF Rev Enferm UFSM (2013):155-163	Caracterizar os recém-nascidos de baixo peso (RNBP) internados na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN) de um Hospital Universitário da região central do Rio Grande do Sul.	Foi possível identificar que pouco mais da metade dos RNBP eram do sexo masculino, a maioria nasceu de parto cesárea, com baixo peso e pré-termo. O motivo de internação mais prevalente foi a prematuridade. Com isso, aponta-se a necessidade de conhecer os RNBP que internam na UTIN, pois assim pode-se estabelecer uma assistência individualizada.
<b>PESQUISA NASCER NO BRASIL: PERFIL DA MORTALIDADE E NEONATAL E AVALIAÇÃO DA ASSISTÊNCIA À GESTANTE E AO RECÉM-NASCIDO</b>	2014	Sônia Lansky Amélia, Augusta de Lima Friche Antônio Augusto Moura da Silva Deise Campos Sonia Duarte de Azevedo Bittencourt Márcia Lazaro de Carvalho Paulo Germano de Frias Rejane Silva Cavalcante Antonio José Ledo Alves da Cunha	LILACS Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 30 Sup:S192-S207, 2014	O objetivo deste estudo foi analisar o perfil dos óbitos neonatais identificados na pesquisa nacional Nascer no Brasil e os fatores associados, considerando-se os aspectos contextuais socioeconômicos e demográficos, as características da gestante e do recém-nascido e o processo assistencial no pré-natal, no parto e nascimento.	As variáveis que se mantiveram associadas ao óbito neonatal foram, em ordem decrescente segundo a magnitude da associação: muito baixo peso ao nascer; ventilação mecânica; malformação congênita; asfíxia ao nascer; intercorrências maternas na gestação; apresentação pélvica; gemelaridade; baixa escolaridade materna.

<b>PERFIL DE RECÉM-NASCIDOS PRÉ-TERMO INTERNADOS NA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA DE HOSPITAL DE ALTA COMPLEXIDADE</b>	2015	Caroline de Sousa Oliveira, Gabriela Ay Casagrande, Luanda Collange Grecco, Marina Ortega Golin	LILACS <i>ABCS Health Sci.</i> 2015; 40(1):28-32	Caracterizar RNPT atendidos na Unidade de Terapia Intensiva (UTI) Neonatal do Hospital Estadual Mário Covas de Santo André (SP) pelo delineamento gestacional, perinatal e período de Internação	As intercorrências gestacionais foram observadas em 37,3% (as infecções do trato urinário foram as mais comuns, em 28%). A média do peso ao nascimento foi 1.478,6 g, e a idade gestacional, de 30,8 semanas.
---	------	---	--	--	---

(SILVA, SIQUEIRA, 2016)

#### 4. RESULTADOS

Após a seleção da produção científica, foi realizada uma revisão exploratória identificando o tipo e o período das publicações, os títulos dos periódicos científicos, as bases de dados, o estado do país em que o estudo foi realizado e os tipos de estudo.

Dos 4 (quatro) trabalhos científicos selecionados, todos são classificados como artigos originais e na íntegra. Em relação ao ano de publicação, 25% são do ano de 2015, 50% do ano de 2014 e 25% do ano de 2013.

Em relação aos tipos de estudos, 75% são estudos descritivos transversais e 25% um estudo coorte com duração de um ano.

Durante a análise, os artigos científicos foram publicados nos seguintes periódicos, com a respectiva porcentagem: 25% foi publicado Revista de Enfermagem do Centro Oeste Mineiro, 25% foi publicado na Revista de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria, 25% foi publicado no Caderno de Saúde Pública do Rio de Janeiro e 25% na ABCS Health Science. Apenas um artigo que foi encontrado na LILACS, também foi encontrado na BDENF, com a respectiva porcentagem de 25%.

Quanto à base de dados em que os periódicos foram encontrados, 75% encontrados na Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (Lilacs), 25% foram localizados na Base de Dados de Enfermagem (BDENF).

Nesta pesquisa foram encontradas algumas unidades temáticas, descritas, analisadas e em seguida categorizadas de forma a dar uma melhor compreensão para o estudo. Foram descritas 3 tipos de categorias que são elas:

- ✚ O acompanhamento da gestante no pré natal e os fatores que influenciam a internação do recém nascido na UTI neonatal.
- ✚ Caracterização dos recém-nascidos internados na Unidade Neonatal
- ✚ Caracterização das crianças na alta da Unidade Neonatal

## **5. DISCUSSÃO:**

### **5.1 - O ACOMPANHAMENTO DA GESTANTE NO PRÉ NATAL E OS FATORES QUE INFLUENCIAM A INTERNAÇÃO DO RN NA UNIDADE NEONATAL.**

O acompanhamento do pré-natal é um momento importante tanto para a gestante quanto para o bebê. É nesse acompanhamento que a mulher recebe informações sobre os tipos de parto, os riscos da gravidez e as consequências desses riscos, que podem afetar o bebê, como por exemplo, a prematuridade e o baixo peso do recém-nascido.

A caderneta da gestante é um instrumento de grande auxílio para os profissionais e para a mulher. Através dela podemos identificar as patologias pregressas da mulher e as que estão acometendo na gestação atual. Com essas informações no pré-natal o enfermeiro pode orientar sobre os riscos da gravidez e como essas patologias podem influenciar o crescimento e desenvolvimento de seu filho.

As intercorrências gestacionais mais comuns são estas, listadas em ordem decrescente, infecções do trato urinário (ITU) 28%, seguidas pela doença hipertensiva específica da gravidez (DHEG) 17% e hipertensão arterial sistêmica (HAS) 4% (OLIVEIRA et al 2015).

No período do pré-natal é possível identificar se o bebê possui alguma patologia. Desse modo a mulher se mantém informada sobre a condição de saúde do seu bebê e a possibilidade de uma possível internação após o parto.

Elucidando as consequências do risco gestacional, tanto para a mulher quanto para o recém-nascido, Oliveira et al (2015, p.31), diz que,

A infecção do trato urinário é um grande fator de risco para a prematuridade, podendo gerar complicações maternas, como obstrução urinária, corioamniorrexe prematura, anemia, corioamnionite, endometrite, pré-eclâmpsia e choque séptico, assim como perinatais, sendo prematuridade, infecção, leucomalácia periventricular, falência de múltiplos órgãos e óbito.

A prematuridade está diretamente relacionada a causas gestacionais maternas e condições socioeconômicas desfavoráveis, uma vez que a falta de informação sobre os cuidados adequados durante a gestação, as condições precárias de assistência à saúde e o acompanhamento pré-natal insatisfatório são potencialmente prejudiciais ao desenvolvimento embrionário (OLIVEIRA et al, 2015)

É necessário realizar ações para a prevenção da prematuridade, como uma melhor assistência no pré natal, enfatizando e realizando o controle das infecções recorrentes e alertando sobre a prevenção da prematuridade iatrogênica, relacionada à interrupção indevida da gravidez, como as cesarianas sem indicação técnica, problema sério no nosso país e que contribui para a alta prevalência de cesariana (LANSKY et al, 2014).

Evidenciando a importância da assistência pré natal de qualidade, Oliveira et al (2015 p 31), ressalta que,

O acompanhamento pré-natal é essencial para monitorar o desenvolvimento intrauterino e a saúde materna. Sendo assim, o número de consultas presentes no período deveria ser diretamente relacionado à idade gestacional, mostrando que tal período foi acompanhado e se a gestação foi interrompida por alguma complicação.

Percebe-se que o acompanhamento adequado no pré-natal influencia na tomada de decisão quanto ao tipo de parto e podemos relacioná-lo ao parto prematuro.

O nascimento prematuro é um notável problema de saúde perinatal no mundo todo e a maior causa de mortalidade infantil no Brasil, sendo que as condições perinatais acabam associando-se à prematuridade (OLIVEIRA et al, 2015).

A persistência na utilização de procedimentos não recomendados pelas evidências científicas, como por exemplo, o uso abusivo de ocitocina, compromete a oxigenação intraútero, prolonga o trabalho de parto e o período expulsivo podendo repercutir de forma negativa nos resultados perinatais (LANSKY et al, 2014).

De acordo com Oliveira et al (2015, p. 30), “estudo analisou mulheres que deram à luz a recém-nascidos vivos e verificou-se que o trabalho de parto era prematuro em 40% dos casos, evidenciando alta prevalência e a necessidade de atenção especial no que se refere ao período gestacional”.

Mesmo com a disponibilização de informação sobre a importância do acompanhamento pré-natal, ainda há mulheres que não fazem o acompanhamento completo; o preconizado pelo Ministério da saúde são no mínimo 6 (seis) consultas. A diferença de escolaridade, idade, local de moradia, emprego e a presença de um companheiro interfere na assistência do pré-natal. A falta desse acompanhamento pode levar a internação, complicações e até mesmo ao óbito do recém-nascido.

Oliveira et al (2015), ressalta que as condições precárias de assistência à saúde e o acompanhamento pré-natal insatisfatório, não atendendo o mínimo de consultas, são potencialmente prejudiciais ao desenvolvimento embrionário. Mães que tiveram pré-natal inadequado possuem um risco de morte neonatal quatro vezes maior. (LANSKY et al 2014).

O estudo de Oliveira et al (2015), das 81 gestantes analisadas, 69,1% realizaram pré-natal e o número médio de consultas foi 4,6. Assim, é possível relacionar que o acompanhamento pré-natal pode ser decisivo para o parto prematuro.

O acompanhamento pré-natal é muito importante para monitorar o desenvolvimento intrauterino e a saúde materna. O número de consultas presentes neste período deveria ser diretamente relacionado à idade gestacional, mostrando que tal período foi acompanhado e se a gestação foi interrompida devido a alguma complicação (OLIVEIRA et al, 2015).

A prematuridade é uma das principais causas de internação na UTI Neonatal, Oliveira et al (2015) elucida que o recém-nascido prematuro pode sofrer complicações, visto que a prematuridade aumenta o risco de dificuldades de adaptação à vida extrauterina, principalmente devido à imaturidade anatômica e fisiológica. Complementando essa afirmativa, Lansky et al (2014), ressalta que há um crescente aumento da internação de RNs prematuros na UTI Neonatal.

Entende-se por prematuro o recém-nascido com menos de 37 semanas. Prematuro extremo é o recém-nascido com menos de 32 semanas (LANSKY et al, 2014).

A prematuridade favorece a internação na UTIN devido à imaturidade fisiológica, principalmente a imaturidade pulmonar, pois com essa idade gestacional se dá a formação de surfactante pelos pneumócitos tipo II, responsável por impedir o colapso dos alvéolos quando em contato com o ar (OLIVEIRA et al, 2015).

Percebe-se a importância do acompanhamento da gestante no pré-natal e necessidade de que este seja de qualidade, contemplando as necessidades de saúde da mulher e do bebê. Desse modo os riscos gestacionais diminuem e por seguimento, diminuem as consequências de possíveis complicações ao bebê.

## 5.2 - CARACTERIZAÇÃO DOS RECÉM-NASCIDOS INTERNADOS NA UTI NEONATAL

A gestação tranquila e a chegada de um bebê saudável muitas vezes não se concretizam quando ocorre a internação do recém-nascido em uma unidade neonatal, se tornando um momento de tensão e medo para a família do RN.

As necessidades e motivos de internação variam de acordo com cada recém-nascido, entretanto observa-se a prevalência de algumas condições fisiológicas e patológicas. A prematuridade encontra-se entre os motivos mais comuns para internação (MARTINS et al, 2013).

As características do recém-nascido influenciam a sua internação na UTIN. As variáveis que são analisadas são as seguintes, sexo, idade gestacional, peso e tempo de internação (TAVARES et al, 2014). Complementando essa afirmativa, MARTINS et al (2013); OLIVEIRA et al (2015), ressaltam que o Apgar da criança no primeiro e no quinto minuto de vida é uma variável relevante, pois este analisa a vitalidade do recém nascido.

O índice de Apgar é o indicador das condições de vitalidade da criança logo após o nascimento e no quinto minuto de vida, sua avaliação é realizada por pontuação em escala de

zero a dez, no qual informa que quanto maiores os valores, melhores são as condições de vitalidade do RN (MARTINS et al, 2013).

Em relação ao sexo do recém-nascido, os estudos de Martins et al (2013) e Oliveira et al (2015) fazem uma relação de 1:1. Entretanto o de Tavares et al (2014), evidencia que a internação de recém-nascidos do sexo masculino é mais frequente.

A variável da idade gestacional de acordo Martins et al (2013); Oliveira et al (2015); Tavares et al (2014) evidenciam que em torno de 70% a 80% dos recém-nascidos internados eram prematuros, com idades gestacionais variando entre 24 e 35 semanas.

A prematuridade é um fator pré disponente para algumas patologias. A presença de complicação neurológica é um importante fator de risco, principalmente quando a idade gestacional for inferior a 30 semanas (OLIVEIRA et al, 2015).

Evidenciou-se baixo peso ao nascimento em torno de 70% dos recém-nascidos internados. Sabe-se que o peso ao nascer está diretamente relacionado às condições de nutrição da gestante e do RN, sendo o principal fator determinante no aspecto do crescimento e desenvolvimento da criança. (OLIVEIRA et al, 2015; TAVARES et al, 2014; MARTINS et al, 2013).

De acordo com Martins et al (2013, p.158)

O baixo peso ao nascer também expressa o retardo do crescimento intrauterino ou a prematuridade, que representa um importante fator de risco para a morbimortalidade neonatal e infantil. Na literatura, há indícios de que existe uma forte relação entre o baixo peso ao nascer e a morbidade e mortalidade infantil, incluindo comprometimento neuromotor, problemas respiratórios crônicos e infecções.

A imunidade do recém-nascido prematuro é deficiente pela imaturidade dos sistemas. O baixo peso e a prematuridade são fatores de risco de destaque para quadros de sepse devido ao fato de que os principais sítios de infecção encontram-se no trato respiratório (OLIVEIRA et al, 2015).

O tempo médio de internação varia de acordo com as patologias apresentadas pelo RN e pela a presença ou não das variáveis citadas. O peso ao nascimento e a idade gestacional são considerados fatores de risco determinantes da evolução do recém-nascido, associadas a outros diagnósticos fazem com que o RN tenha um maior tempo de internação (OLIVEIRA et al 2015).

No estudo de Tavares et al (2014), 43,5% das crianças permaneceram por pelo menos 30 dias internadas, verificando-se um tempo mínimo de um dia e máximo de 382 dias. No estudo de Oliveira et al (2015), as crianças permaneceram internadas em média 36 dias, diante disso grande parte dos quadros infecciosos possivelmente foram evitados, já que quando a internação é prolongada tornam-se mais propensas a riscos infecciosos. Contudo, é necessário

considerar que a sepse tardia pode ser decorrente das condições hospitalares e da qualidade do atendimento.

O estudo de Martins et al (2013), identificou também períodos prolongados de internação na UTI neonatal devido aos motivos que levaram o RN a internar. Verificou-se que 50% dos RNs permaneceram internados de 16 a 39 dias e 97,5% utilizaram alguma tecnologia dura durante a assistência na unidade neonatal.

O tempo de internação está relacionado com o diagnóstico clínico da criança. Esse período, especialmente quando prolongado, torna-se um obstáculo para a formação de vínculo e apego entre mãe e bebê, dificultando o aleitamento materno (MARTINS et al, 2013).

Os principais diagnósticos, de acordo com os artigos selecionados, que mais acometem os recém-nascidos, e levam a internação na UTIN são estas, listadas em ordem decrescente: prematuridade, baixo peso, síndrome do desconforto respiratório, também conhecido como doença da membrana hialina, displasia broncopulmonar, convulsões, refluxo gastroesofágico e comunicação interatrial (OLIVEIRA et al, 2015; TAVARES et al, 2014; MARTINS et al, 2013).

Na prematuridade associada ao baixo peso ao nascer, há um maior risco para déficits no crescimento e no desenvolvimento, assim como o aumento da morbidade neonatal e mortalidade neonatal, à medida que diminui a idade gestacional (TAVARES et al, 2014; MARTINS et al, 2013).

O perfil predominante de óbitos neonatais no Brasil é de recém-nascidos prematuros com baixo peso, seguido por recém-nascidos que apresentam malformações congênitas. (LANSKY et al, 2014)

A síndrome do desconforto respiratório é uma das complicações mais frequentes entre os neonatos com peso igual ou inferior a 1.500g. A baixa frequência do uso de corticoesteroides no pré parto e imediatamente após, associa-se à maior incidência da síndrome do desconforto respiratório, fato que se tornou evidente na população deste estudo e pode estar associado ao elevado índice de necessidade ventilação mecânica em 90,1% (OLIVEIRA et al, 2015).

No estudo de Oliveira et al (2015), dos 81 prematuros analisados, a média da idade gestacional ao nascimento foi de 30,8 semanas, 53% necessitaram de surfactante, que pode estar relacionado com a idade gestacional, pois no momento que iriam produzir surfactante a gestação houve uma interrupção na gestação e também contribuiu para o desenvolvimento de complicações respiratórias em 93,8% desses casos.



As patologias do trato respiratório dificultam a alimentação do RN. O RN prematuro tem dificuldade de coordenar a respiração, deglutição e a sucção, prejudicando assim sua alimentação, devido a esses motivos o uso de sondas é comum.

Martins et al (2013, p.160), ressalta que, “A sondagem orogástrica foi o método mais utilizado para início da alimentação láctea, empregada até o momento que os RNs tenham habilidade para coordenar a sucção, a deglutição e a respiração”.

No momento da internação na UTI neonatal, em geral os RNs não recebem nenhum tipo de alimentação. O início da dieta, inclusive com leite materno, depende da evolução clínica. O recomendado é iniciar com o leite materno mais precocemente possível, via sonda orogástrica ou via oral da forma que atenda as necessidades de aporte protéico, energético e imunológico do RN.

Apenas Tavares et al (2014) esclarece que a doença da membrana hialina, a doença do refluxo gastroesofágico, o refluxo e a persistência do canal arterial foram diagnósticos associados à prematuridade e a displasia broncopulmonar tem relação com condições crônicas, acometendo o desenvolvimento neuropsicomotor.

A saúde do neonato sofre influencia da família e da comunidade em que vive. A enfermagem trabalhando na caracterização do neonato oferece uma grande contribuição, através da realização da educação em saúde, promoção em saúde (através da atuação no pré-natal) e na assistência direta na unidade neonatal, promovendo um cuidado individualizado e integral ao RN e sua família.

### 5.3 - CARACTERIZAÇÃO DA CRIANÇA NA ALTA DA UNIDADE NEONATAL

No momento da alta hospitalar, a criança ainda requer cuidados e orientações. A alta hospitalar pode ter como destino o domicilio do neonato ou outro setor do hospital.

Visto que na alta para o domicilio, a família precisar receber várias orientações quanto ao cuidado da criança, como: alimentação, cuidados com a higiene, medicações e esquema vacinal. É importante ressaltar as orientações sobre o acompanhamento ambulatorial (follow up) e sobre o acompanhamento com especialistas, caso haja necessidade e de acordo com cada caso.

Na alta hospitalar para o domicilio, o estudo de Tavares et al (2014), evidenciou que 64,9% apresentavam necessidade de uso contínuo de medicamentos como: procinéticos (35,1%), anticonvulsivantes (18,9%) e broncodilatadores (6,3%). É um cuidado de enfermagem, orientar sobre como administrar esses medicamentos em doses e horário correto.

TAVARES et al (2014), ressalta que as crianças com condições crônicas apresentam um maior percentual de acompanhamento do desenvolvimento diferenciado. O estudo evidenciou 59,5% tinham necessidade de acompanhamento do desenvolvimento diferenciado em relação às crianças da mesma idade, como acompanhamento regular com profissionais de saúde, dependência de tecnologias e, sobretudo, uso contínuo de medicamentos.

A orientação nutricional sobre a dieta no momento da alta para o domicílio é outro cuidado que deve ser enfatizado. Durante a internação do neonato existem combinações de diferentes fontes de alimentação, conforme as necessidades fisiológicas e o estado clínico do bebê (MARTINS et al, 2013).

A dieta na alta hospitalar, assim como ocorria durante a internação na unidade neonatal, deve suprir as necessidades fisiológicas do neonato. Apenas um estudo ressalta sobre aleitamento do neonato na alta hospitalar. No estudo de Martins et al (2013, p. 161) explicita que, “no momento da alta hospitalar, os resultados da presente pesquisa indicaram o predomínio do aleitamento materno misto (69%), seguido pelo Aleitamento artificial e por último o aleitamento materno exclusivo”.

O momento da alta da Unidade Neonatal para o domicílio é algo muito aguardado pela família. Identificar as necessidades nesse momento e orientar a família como proceder estimula o vínculo enfermagem-família-bebê promovendo uma assistência integral e de qualidade.

## **6. CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Essa pesquisa possibilitou compreender como a enfermagem pode agir na caracterização dos recém-nascidos e o quanto isso favorece a sua atuação no cuidado integral.

Essa caracterização deve ser realizada antes da chegada do recém-nascido na unidade neonatal. Iniciando com a assistência adequada e de qualidade no pré-natal para a partir daí identificar as possíveis demandas dessa criança.

O Ministério da Saúde vem ao longo dos anos propondo adequações no modelo de atenção ao parto e nascimento incluindo a enfermagem e com resultados perinatais expressivos na redução da óbitos e complicações no nascimento. O sucesso deste esforço em qualificar a atenção ao recém nascido que demanda o trabalho em equipe de atenção perinatal, desde a admissão da gestante, atenção ao parto e puerpério e incluindo os profissionais que se responsabilizam pela criança apenas após o seu nascimento, como os enfermeiros das unidades neonatais, assegurando junto a equipe multiprofissional de forma corresponsável a utilização da tecnologia apropriada desde o pré natal, a internação da gestante e no cuidado hospitalar ao recém nascido na unidade neonatal.

A presente revisão integrativa apresentou limitações que podem ter prejudicado a delimitação do real perfil epidemiológico. Um fator em destaque foi a pouca produção sobre o tema e a necessidade de aprofundar o conhecimento sobre o mesmo. Com o entendimento do perfil da sua população é possível traçar metas e realizar ações de implementação para promoção e prevenção da saúde.

Cabe ressaltar que a implementação do cuidado individualizado acontece por estratégias no serviço hospitalar através da educação permanente dos enfermeiros e sua equipe. Obtendo o conhecimento do perfil epidemiológico tornam as ações da equipe de enfermagem bem sucedidas nos cuidados das crianças internadas na UTIN.

O reconhecimento da inserção e da necessidade de aprendizado acerca da sistematização nas instituições pelos enfermeiros que atuam no campo da epidemiologia, se torna um fator positivo para o processo de implantação da mesma.

Investir através da capacitação da equipe de enfermagem e ao incorporar mudanças necessárias para uma melhor qualificação da assistência para garantir melhores estratégias de conforto, bem-estar, comunicação, apoio biopsicossocial a criança e sua família.

A enfermagem oferece uma grande contribuição na caracterização do perfil do recém nascido admitido na unidade neonatal, através da realização educação em saúde, promoção em saúde e nos cuidados realizados, pois, a assistência de enfermagem na UTIN é continua e complexa. Entender o perfil epidemiológico do RN colabora com assistência de enfermagem, pois proporciona um cuidado diferenciado e específico para esta criança. Ressalta-se a importância de estudos que permitam a identificação deste perfil para possibilitar o adequado planejamento de serviços para seu acompanhamento, bem como para a elaboração e

aprimoramento de políticas públicas que contemplem essa população assistida nas unidades neonatais.

.

## **7. REFERÊNCIAS**

BRASIL, RDC Nº. 50, de 21 de fevereiro de 2002. Disponível em: <http://portal.anvisa.gov.br/wps/wcm/connect/ca36b200474597459fc8df3fbc4c6735/RDC+N>

%C2%BA.+50,+DE+21+DE+FEVEREIRO+DE+2002. pdf?MOD=AJPERES. Acessado em 20/04/2015

\_\_\_\_\_, Guia de vigilância epidemiológica, 7 edição. Brasília/DF. 2009. Disponível em: [http://portal.anvisa.gov.br/wps/wcm/connect/3463ca004745920f9a61de3fbc4c6735/Guia\\_Vig\\_Epid\\_novo2.pdf?MOD=AJPERES](http://portal.anvisa.gov.br/wps/wcm/connect/3463ca004745920f9a61de3fbc4c6735/Guia_Vig_Epid_novo2.pdf?MOD=AJPERES). Acessado em: 18/04/2015

\_\_\_\_\_, RDC N° 7, de 24 de fevereiro de 2010. Disponível em <http://www20.anvisa.gov.br/segurancadopaciente/index.php/legislacao/item/rdc-7-de-24-de-fevereiro-de-2010>. Acessado em: 15/04/2015

\_\_\_\_\_, PORTARIA N° 930, de 10 de maio de 2012. Disponível em: [http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:1F78\\_N-3X2QJ:bvms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0930\\_10\\_05\\_2012.html+&cd=2&hl=pt-BR&ct=clnk&gl=br](http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:1F78_N-3X2QJ:bvms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0930_10_05_2012.html+&cd=2&hl=pt-BR&ct=clnk&gl=br). Obra não paginada. Acessado em: 20/05/2015.

\_\_\_\_\_, Caderneta da gestante, 2015. Disponível em: [http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/caderneta\\_gestante.pdf](http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/caderneta_gestante.pdf). Acessado em: 22/10/2015

CASHAW Sandra. *Epidemiology, demographyandcommunity*.2008. Disponível em: <http://www.ufrgs.br/cursopgdr/downloadserie/derad005.pdf>Acessado em: 22/04/2015.

COSTA Maria Fernanda Lima e BARRETO Sandhi Maria, *Tipos de estudos epidemiológicos: conceitos básicos e aplicações na área do envelhecimento*, 2003. Disponível em:[http://scielo.iec.pa.gov.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1679-49742003000400003](http://scielo.iec.pa.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-49742003000400003). Acessado em: 15/06/2015.

DINIZ Edna Maria de Albuquerque e VAZ Flavio Adolfo Costa. *Doença da Membrana Hialina*, 2001. Acessado em 12/06/2015. Disponível em: [http://www.moreirajr.com.br/revistas.asp?fase=r003&id\\_materia=216](http://www.moreirajr.com.br/revistas.asp?fase=r003&id_materia=216).

DUARTE Alexandra Paz Pereira e ELLENSOHN Lisara, *A operacionalização do processo de Enfermagem em terapia intensiva neonatal*,2007. Acessado em 26/10/15.

EDUARDO Maria Bernadete de Paula *Tipos de estudos epidemiológicos*, 2006. Disponível em: [https://www.google.com.br/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=5&cad=rja&uact=8&ved=0CEAQFjAEahUKEwiy8f7wvMfIAhVDxpAKHb97DEc&url=ftp%3A%2F%2Fftp.cve.saude.sp.gov.br%2Fdoc\\_tec%2Fhidrica%2FAulas%2FAula\\_desenhosEpid.ppt&usg=AFQjCNGA27NxF-\\_MDHjTZ1OoGPZg3XuVQA&bvm=bv.105039540,bs.1,d.Y2I](https://www.google.com.br/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=5&cad=rja&uact=8&ved=0CEAQFjAEahUKEwiy8f7wvMfIAhVDxpAKHb97DEc&url=ftp%3A%2F%2Fftp.cve.saude.sp.gov.br%2Fdoc_tec%2Fhidrica%2FAulas%2FAula_desenhosEpid.ppt&usg=AFQjCNGA27NxF-_MDHjTZ1OoGPZg3XuVQA&bvm=bv.105039540,bs.1,d.Y2I). Acessado em: 20/10/2015

FONSECA, João. Jose. Saraiva. Metodologia da pesquisa científica. Fortaleza: UEC, 2002. Apostila. Disponível em <http://www.ia.ufrj.br/ppgea/conteúdo/conteúdo-2012-1/1SF/SandraapostilaMetodologia.pdf>. Acessado em 27/7/2016.

GAÍVA. Maria Aparecida Munhoz, SCOCHI Carmen Gracinda Silvan. *Processo de trabalho em saúde e enfermagem em UTI neonatal*. 2004.

GANONG, L. H. Integrative Reviews of Nursing. *Rev. Nurs Health*. 1987; 10 (1): 1-11.

GAZOTTO José, MOTA Denise, REAL Raul, DIAS Caroline, TEIXEIRA Renato, FILHO João Menta, TIECHER Gabriele, PILECCO Arnaldo Junior de Lima, GONÇALVES Eduardo Rodrigues. *Análise do perfil epidemiológico das internações em uma unidade de terapia intensiva neonatal*, 2012. Disponível em: [www.amrigs.org.br/revista](http://www.amrigs.org.br/revista). Acessado em 26/10/15.

HOCKENBERRY, Marilyn J; WILSON, David; INKELSTEIN, Marilyn ,2006. - Wong fundamentos de enfermagem pediátrica. 8ª ed. Rio de Janeiro. Editora Elsevier.

LANSKY, Sônia et al . Pesquisa Nascer no Brasil: perfil da mortalidade neonatal e avaliação da assistência à gestante e ao recém-nascido. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro , v. 30, supl. 1, p. S192-S207, 2014 . Available from <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102311X2014001300024&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102311X2014001300024&lng=en&nrm=iso)>. access on 18 July 2016. <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00133213>

LANZONI GMM, MEIRELLES BHS. Liderança do enfermeiro: uma revisão integrativa da literatura. *Rev. Latino-Am. Enfermagem (INTERNET)*. maio-jun 2011. Acesso em 02 jul. 2016; 19(3):(08 telas). Disponível em: [www.eerp.br/rlae](http://www.eerp.br/rlae)

LEI n°8.080/90, Artigo 6, de 19 de Setembro de 1990. Disponível em: [www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/18080.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18080.htm). Acessado em 22/05/2015

MARTINS Elaine Lutz; PADOIN Stela Maris de Mello, RODRIGUES Andressa Peripolli, ZUGE Samuel Spiegelberg, PAULA Cristiane Cardoso , TROJAHN Tatiane Correa, BICK Marília Alessandra. *CARACTERIZAÇÃO DE RECÉM-NASCIDOS DE BAIXO PESO INTERNADOS EM UMA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA NEONATAL*. 2013. Disponível em: <http://periodicos.ufsm.br/reufsm/article/view/7412>. Acessado em 30 de junho de 2016.

MEDRONHO Roberto, BLOCH Katia Vergetti, LUIZ Ronir Raggio, WERNECK Guilherme Loureiro. *Epidemiologia*, 2 edição. Rio de Janeiro. Editora Atheneu. 2011.

MELO Nara. *Epidemiologia, vigilância epidemiológica conceitos básicos*. 2008. Disponível em: [http://www.aids.gov.br/sites/default/files/Epidemiologia\\_VE\\_NaraMelo\\_0.pdf](http://www.aids.gov.br/sites/default/files/Epidemiologia_VE_NaraMelo_0.pdf). Acessado em: 15/04/2015

MENDES, Karina Dal Sasso; SILVEIRA, Renata Cristina de Campo Pereira; GALVÃO, Cristina Maria. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na enfermagem. *Texto Contexto Enfermagem*, Florianópolis, v.17, n.4, outubro/dezembro, 2008. Disponível em: [www.scielo.br/pdf/tce/v17n4/18.pdf](http://www.scielo.br/pdf/tce/v17n4/18.pdf). Acesso em 20 de dezembro de 2015.

MENEZES Ana. *Noções básica de epidemiologia*, 2014. Disponível em: <https://www.mpto.mp.br/static/caops/patrimonio-publico/files/files/nocoos-de-epidemiologia.pdf>. Acessado em: 23/10/2015.

MORALES, Cesar. *Climatologia e estatística*, 2010. Disponível em: [http://www.dca.iag.usp.br/www/material/morales/Climatologia1/Aula\\_1\\_20-05-2010.pdf](http://www.dca.iag.usp.br/www/material/morales/Climatologia1/Aula_1_20-05-2010.pdf). Acessado em: 16/10/15

NEIS Ignacio Antonio, ABREU Sabrina Pereira, RODRIGUES Rosany Schwarz. Métodos de pesquisa. Apostila, Editora SEAD, 1 edição, Rio Grande do Sul, 2009.

OLIVEIRA Aminna Kelly Almeida. et al. *Perfil epidemiológico do bairro nova cidade no município de Natal/ RN*. 2008. Disponível em: [http://www.abeneventos.com.br/2senabs/cd\\_anais/pdf/id49r0.pdf](http://www.abeneventos.com.br/2senabs/cd_anais/pdf/id49r0.pdf). Acessado em 18/04/2015.

OLIVEIRA Caroline de Sousa, CASAGRANDE Gabriela Ay, GRECCO Luanda Collange, GOLIN Marina Ortega *PERFIL DE RECÉM-NASCIDOS PRÉ-TERMO INTERNADOS NA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA DE HOSPITAL DE ALTA COMPLEXIDADE*. 2015. Disponível em <https://www.portalnepas.org.br/abcshs/article/view/700>

PEREIRA Sheila.Duarte. *Conceitos e definições da saúde e epidemiologia usado na vigilância sanitária*, 2004. Disponível em: [http://www.cvs.saude.sp.gov.br/pdf/epid\\_visu.pdf](http://www.cvs.saude.sp.gov.br/pdf/epid_visu.pdf). Acessado em: 21/10/2015

REGEV R.H et al, *Excess mortality and morbidity among small-for-gestational-age premature infants: a population-based study*. *Jornal de pediatria*, 2003. Disponível em: <http://www.sciencedirect.com.ez24.periodicos.capes.gov.br/science/article/pii/S0022347603001811>. Acessado em: 18/10/2015.

RIBEIRO Claudia. Lopes, REZENDE Karla Regina Filgueiras, LIMA Glaucio Macedo, JUNIOR Israel Figueira, *Perfil nosológico de recém-nascido de muito baixo peso: revisão em maternidade universitária*. 2010. Disponível em: [http://www.moreirajr.com.br/revistas.asp?fase=r003&id\\_materia=4314](http://www.moreirajr.com.br/revistas.asp?fase=r003&id_materia=4314). Acessado em: 22/04/2015

ROLIM Karla Maria Carneiro et al, *Cuidados do Recém-Nascido pré-termo em uma Unidade de Terapia Intensiva neonatal: conhecimentos da enfermeira*. 2012. Disponível em: [http://www.repositorio.ufc.br/ri/bitstream/riufc/4178/1/2008\\_art\\_eppgurgel.pdf](http://www.repositorio.ufc.br/ri/bitstream/riufc/4178/1/2008_art_eppgurgel.pdf). Acessado em 19/04/2015

TAVARES Tatiana Silva, DUARTE Elysângela Dittz, SILVA Bárbara Christina Noelly, PAULA Clarissa Moura, QUEIROZ Marcela Pacífico Mendes Queiroz, SENA Roseni Rosângela. *CARACTERIZAÇÃO DO PERFIL DAS CRIANÇAS EGRESSAS DE UNIDADE NEONATAL COM CONDIÇÃO CRÔNICA*. 2014. Disponível em: <http://www.seer.ufsj.edu.br/index.php/recom/article/view/802>. Acessado em 30 de junho de 2016.



