

ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM AO RECÉM-NASCIDO PRÉ-TERMO FRENTE ÀS POSSÍVEIS INTERCORRÊNCIAS**NURSING CARE TO THE PRE-TERM NEWLY BORN IN RELATION TO THE POSSIBLE COMPLICATIONS****ASISTENCIA DE ENFERMERÍA AL RECIÉN NACIDO PREMATURO ANTE POSIBLES COMPLICACIONES**

Vagner Ferreira do Nascimento¹
Rômulo Cezar Ribeiro da Silva²

Doi: 10.5902/2179769210252

RESUMO: **Objetivo:** conhecer a assistência de enfermagem oferecida a recém-nascidos pré-termo frente às possíveis intercorrências. **Método:** estudo qualitativo, com profissionais de enfermagem em Unidades de Terapia Intensiva Neonatal, no período de fevereiro a março de 2010. Foi utilizado questionário semi-estruturado, com perguntas abertas e fechadas sobre atividades e conhecimentos básicos do cotidiano desses profissionais, analisando os dados por meio da análise de conteúdo. **Resultados:** As falas dos entrevistados revelaram a dificuldade em descrever corretamente os cuidados realizados diariamente no ambiente intensivo e a fragilidade na assistência prestada, mesmo reconhecendo a importância do conhecimento científico para a prática assistencial. **Considerações Finais:** há necessidade de implementar programas de educação permanente junto a essa equipe, compreendendo que os profissionais atuantes em unidades de neonatologia, como em outras unidades especializadas, assistem uma clientela com características muito peculiares, o que exige habilidades e conhecimentos específicos.

Descritores: Cuidados de enfermagem; Enfermagem pediátrica; Criança; Prematuro; Fatores de risco.

ABSTRACT: **Aims:** to identify the nursing care provided to preterm infants in relation to possible complications. **Method:** qualitative study with nurses in Neonatal Intensive Care Units in the period of February to March 2010. A semi-structured questionnaire was used, with open and closed questions about activities and basic knowledge of the daily life of these professionals, analyzing the data through content analysis. **Results:** the statements of the interviewees revealed difficulty to accurately describe the care provided on a daily basis in the intensive environment and weakness in the assistance provided, even though the importance of scientific knowledge for the nursing practice is recognized. **Final Considerations:** it is necessary to implement programs of continuing education for this team, comprehending that professionals working in neonatal units, such as in other specialized units, assist clients with very peculiar characteristics, what requires specific skills and knowledge.

Descriptors: Nursing care; Pediatric nursing; Child; Infant, premature; Risk factors.

¹ Mestre. Docente Assistente da Universidade do Estado de Mato Grosso - UNEMAT. Departamento de Enfermagem de Tangará da Serra. Membro dos Grupos de Pesquisa: NESPROM (UnB); Cultura, Política e Sociedade (UNEMAT). E-mail: vagnerschon@hotmail.com

² Especialista. Docente Auxiliar da Universidade do Estado de Mato Grosso - UNEMAT. Departamento de Enfermagem de Tangará da Serra. Enfermeiro da Prefeitura Municipal de Tangará da Serra. Membro do Grupo de Pesquisa: Cultura, Política e Sociedade (UNEMAT). E-mail: romulocezarr@hotmail.com

RESUMEN: *Objetivo:* conocer la asistencia de enfermería de los recién nacidos prematuros ante posibles complicaciones. *Método:* estudio cualitativo con enfermeras en las Unidades de Cuidados Intensivos Neonatales, en el periodo de febrero a marzo de 2010, utilizando cuestionario semi-estructurado con preguntas abiertas y cerradas sobre las actividades de la vida diaria y conocimientos básicos de estos profesionales, analizando los datos por análisis de contenido. *Resultados:* las declaraciones de los entrevistados revelaron dificultades para describir con precisión la atención proporcionada en el entorno de intensivos, y debilidad en la asistencia prestada, aún reconociendo la importancia del conocimiento científico para la práctica de enfermería. *Consideraciones finales:* hay necesidad de poner en práctica programas de educación permanente junto a este equipo, que incluye a los profesionales activos en las unidades neonatales, como en otras unidades especializadas en la asistencia a pacientes con características muy peculiares, que requiere habilidades y conocimientos específicos.

Descriptor: Atención de enfermería; Enfermería pediátrica; Niño; Prematuro; Factores de riesgo.

INTRODUÇÃO

A taxa de mortalidade neonatal é um indicador de saúde que pode influenciar os índices de morbi-mortalidade de uma população. Essa taxa quando elevada, pode representar más condições de vida e dificuldade para acesso aos serviços de saúde, tanto no período pré-natal como no atendimento hospitalar.¹ O óbito neonatal corresponde a um dos principais componentes que induz o declínio da mortalidade infantil.²⁻³

Assim sendo, o declínio da mortalidade neonatal é imprescindível, pois, conforme o Pacto Nacional Pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal morrem no Brasil mais de trinta e oito mil recém-nascidos (RN) anualmente e quase todas essas mortes poderiam ser evitadas.⁴

Apesar da redução da mortalidade pós-neonatal (28 dias a um ano de vida) os índices da mortalidade infantil ainda são crescentes desde a década de 90, pois há uma estagnação da mortalidade neonatal (0 a 27 dias de vida) no país.⁵ Com isso destaca-se que a redução da mortalidade infantil no Brasil é ainda um desafio para os serviços de saúde e a sociedade como um todo.⁴

Os principais determinantes do risco de morrer no período neonatal são: o baixo peso de nascimento e a idade gestacional menor do que 37 semanas.⁶ Para o Ministério da Saúde, são considerados RN de baixo peso (RNBP), recém-nascido com peso ao nascer menor que 2.500 gramas apesar da idade gestacional e RN prematuros com idade gestacional menor que 37 semanas de gestação, ou seja, até 36 semanas e seis dias.⁴

Os óbitos neonatais precoces estão relacionados com os problemas de acesso à assistência de qualidade desde o momento pré-natal ao parto.⁷ Recomenda-se enfatizar a qualidade dos programas pré-natais, incentivando o acompanhamento da gestação o mais precoce possível. Isto poderia minimizar os riscos de complicações durante o parto, ou pelo menos prevenir que este aconteça em caráter emergencial. Sugerem-se, também, investimentos na qualificação da equipe multidisciplinar considerando que a recepção do RN é um momento crucial e que pode ter repercussões na vida futura da criança.⁸

O RN que interna na Unidade de Terapia Intensiva (UTI) por prematuridade ou complicações do parto pode evoluir rapidamente ao óbito ou necessitar de longo período de internação. Os longos períodos de internação, o uso de técnicas e procedimentos invasivos inadequados favorecem o aparecimento de morbidades, principalmente, os distúrbios respiratórios, hematológicos e as infecções neonatais.⁹

A equipe de enfermagem é o núcleo profissional mais próximo dessa clientela hospitalizada, estabelecendo os fluxos de cuidado, desde a admissão, relacionando e

fortalecendo o vínculo terapêutico com os pais e/ou familiares até a alta. São 17,9 horas de dedicação intensiva da enfermagem para a boa evolução diária e prognóstico favorável do neonato, exigindo dos profissionais comprometimento, responsabilidade, habilidades técnico-científicas e bom estado físico e psicoemocional.

O enfermeiro assume papel importante na determinação da qualidade do serviço. Normalmente, na condição de gerente ou coordenador da equipe, ele supervisiona todas as atividades de enfermagem desenvolvidas, o que facilita a identificação de falhas e possíveis intervenções. O cenário do tratamento intensivo possui grande densidade tecnológica que fornece suporte para equilíbrio e manutenção das funções vitais. Os profissionais inseridos nesse ambiente trabalham buscando a harmonia do ser humano e de máquinas, e para que o cuidado permaneça humanizado e seguro, todos participantes devem conscientizar que suas carências técnicas-profissionais surgidas ao longo da trajetória assistencial podem trazer danos aos clientes.

O desgaste profissional por essa dedicação intensiva e prolongada é verificada por aumento de absenteísmo², com várias licenças não previstas e sobrecarga de trabalho para os demais profissionais⁶, trazendo prejuízos administrativos e assistenciais, e retroalimentação de enfermidades ocupacionais.

Esta constatação possibilita refletir sobre a qualidade da assistência intensiva ofertada. E a partir disso, considerando a possível insegurança dos profissionais em garantir assistência de qualidade ao RN diante do risco eminente de complicações, o estudo objetivou conhecer a assistência de enfermagem oferecida a recém-nascidos pré-termo frente às possíveis intercorrências.

MÉTODO

Trata-se de um estudo qualitativo do tipo descritivo realizado em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN), de dois hospitais privados do município de Cuiabá/MT.

Os critérios de inclusão foram enfermeiros e técnicos de enfermagem, atuantes na equipe de enfermagem da UTIN das instituições participantes, devidamente registrados como funcionários da instituição, com idade superior a 21 anos e que aceitaram participar desta pesquisa mediante assinatura de Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Foram excluídos da pesquisa, àqueles com idade inferior a 21 anos, que não possuíam vínculo empregatício com a unidade hospitalar e que se recusaram assinar o TCLE, deduzindo uma amostra de 39 sujeitos.

Os dados foram coletados no período de fevereiro a março de 2010, nos plantões diurnos e noturnos, após o consentimento pré-informados. Sendo utilizado um questionário semi-estruturado, com leitura e esclarecimento das dúvidas antes do seu preenchimento. O questionário contemplava questões abertas e fechadas, sobre atividades desenvolvidas no cotidiano da UTIN e sobre alguns conceitos básicos necessários para atuar nesse setor. Os questionamentos envolviam a descrição de complicações mais frequentes na unidade; relação entre prematuridade e baixo peso; conceituação de desequilíbrios homeostático e metabólicos (hipóxia, anóxia, hipotermia, hipertermia, hipoglicemia, hiperglicemia, icterícia); cuidados realizados; definições de tipos e variações de choque e infecção adquirida.

As expressões de linguagem apresentadas pelos sujeitos foram mantidas na íntegra e os mesmos foram identificados com a letra Q que corresponde ao questionário seguido pelo número de ordem da efetivação da pesquisa, como segue: Q1, Q2, Q3, (...).

Após o preenchimento do questionário, efetuou-se a leitura do material e posterior análise, ou seja, partiu-se para a categorização, orientada por meio da Análise de Conteúdo, que consiste na organização dos dados de forma que o pesquisador consiga tomar decisões e tirar conclusões a partir deles. Isso requer a construção de um conjunto

de categorias descritivas. Para se chegar a elas é preciso ler e reler o material obtido até que se tenha o domínio de seu conteúdo para, em seguida, contrastá-lo com o referencial teórico, possibilitando a divisão do material em seus elementos, sem perder de vista sua relação com os demais componentes.¹⁰

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade de Cuiabá - UNIC sob parecer favorável nº 207 CEP/UNIC/2009.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Durante o processo de análise, foi estabelecido duas categorias, o conhecimento teórico a respeito das complicações em UTI neonatal e a dicotomia na assistência de enfermagem.

O conhecimento teórico a respeito das complicações em UTI neonatal

Durante a análise das respostas recebidas dos sujeitos a respeito das complicações constantes no questionário aplicado, percebeu-se a dificuldade dos mesmos em estabelecer conceitos simples e, até mesmo, em citar os parâmetros de normalidade que indicariam a ausência de determinadas complicações. Dessa forma, percebe-se a confusão entre os valores de normalidade, o que ficou claro conforme alguns relatos sobre hipotermia e hipoglicemia:

Temperatura corporal < 36°C. (Q2)

Temperatura corporal < 35,0°C. (Q5)

Glicemia <30mg/dl. (Q2)

Glicose circulante < 50mg/dl. (Q13)

A respeito das complicações na regulação térmica, os neonatos apresentam problemas principalmente durante as primeiras horas após o parto. Há necessidade de avaliar a temperatura corporal com frequência durante o período neonatal imediato, sendo recomendado que a temperatura seja medida a cada 30 minutos nas primeiras duas horas ou até que a estabilização seja alcançada e, a seguir, a cada oito horas até a alta. A temperatura de um neonato mantém-se entre 36,5°C e 37,5°C.¹¹

Em um neonato prematuro a hipoglicemia é diagnosticada quando dois valores de glicemia estão a baixo de 25 mg/dl durante as primeiras 72 horas.¹²

Verificou-se que diversos sujeitos conceituaram de forma frágil ou ainda apresentaram uma definição incorreta a respeito de outras complicações, como se evidencia nas falas:

Icterícia é o amarelão do RN, baixos níveis plasmáticos de bilirrubina na corrente sanguínea. (Q34)

Infecção adquirida é a falta e a imunidade baixa, em que nosso organismo fica sem defesa; assim as bactérias se instalando causam algum tipo de infecção. (Q36)

Infecção adquirida [...] quando não é causa principal de internação. (Q37)

Choque hipovolêmico é a queda dos sinais vitais. (Q39)

Os posicionamentos destacados nos revelam o distanciamento entre o conhecimento dos sujeitos pesquisados e a fundamentação científica, já que é considerada como icterícia patológica aquela que se manifesta nas primeiras 24h de vida quando os níveis de bilirrubina aumentam até patamares superiores a 5mg/dl/dia e o nível sérico total de bilirrubina encontra-se superior a 17 mg/dl em um neonato a termo. Os distúrbios que alteram a produção, o transporte, a captação, o metabolismo, a excreção ou a reabsorção de bilirrubina podem causar icterícia patológica no neonato.¹¹

O choque é uma condição fisiopatológica complexa e aguda, na qual há disfunção grave, com comprometimento da perfusão tecidual, alterações no metabolismo celular com prejuízo dos mecanismos produtores de energia, diminuição do consumo de oxigênio e morte celular.¹³

A apnéia é definida como a cessação do fluxo aéreo. A apnéia é patológica (um episódio de apnéia), quando a ausência de fluxo aéreo é prolongada (comumente 20 segundos ou mais), ou acompanhada de bradicardia (frequência cardíaca < 100 batimentos/minuto), ou cianose. A bradicardia e a cianose estão habitualmente presentes após 20 segundos de apnéia, embora possam ocorrer mais rapidamente em prematuros pequenos.¹⁴

Em meio a esse comportamento profissional, de inconsistência teórica à luz do conhecimento científico, com possibilidade de prejuízos na qualidade da assistência e resultados negativos para o neonato e seus familiares, surge a necessidade de estratégias, na perspectiva de melhorar os indicadores em saúde. Essas estratégias devem valorizar os executores da assistência, entendendo aqui, todos aqueles que prestam cuidados no setor, canalizando as necessidades dos profissionais à promoção da educação e formação continuada.¹⁵

A sobrevivência das instituições de saúde pressupõe um conjunto coeso de recursos materiais e humanos, na qual esse elenco deve estar contido em uma lógica desenvolvimentista, articulando, estimulando e sendo motivados à qualificação e produção de saberes, já que em função da alta tecnologia e cuidados de maior complexidade técnica, os envolvidos no cuidado podem tornar-se elementos potenciais de risco para clientela.^{9,15}

O desafio da educação continuada é excitar a consciência crítica, favorecendo espaços para que os indivíduos questionem, argumentem e continuem aprendendo a desenvolver habilidades que levem a execução adequada do trabalho permeando a maneira de agir, de compreender e de organizar as condutas no cotidiano.⁹

O enfermeiro é o profissional citado como responsável pela satisfação das necessidades do paciente criticamente enfermo e de seus familiares, mas para tal, a equipe em sua totalidade deve estar instrumentalizada para desenvolver o trabalho de forma integrada e contínua, incluindo planejamento e ações intersetoriais.¹⁶

O paciente tem direito a uma assistência de qualidade, como prevê a missão do próprio hospital em seu ato de criação. Muito sofrimento pode ser amenizado, mortes podem ser evitadas pelo cuidado atencioso, sério e competente do profissional de Enfermagem o que supõe constante atualização para conhecer o que melhor e mais eficaz a Medicina e a prática da Enfermagem podem, hoje, oferecer.¹⁷

Portanto, cabe aos enfermeiros, reconhecer a importância de procurar formas de articulação entre diferentes áreas do conhecimento, o diálogo com os envolvidos e com os que decidem para reorientar a prática das ações educativas da equipe de enfermagem nas instituições de saúde.¹⁷

O processo educativo estabelecido através desse processo de ensino-aprendizagem deverá contribuir para a construção de um modelo de assistência à saúde, no qual as adaptações

do conhecimento possam ser incorporadas como uma nova visão e prática no trabalho em saúde. A educação continuada tem que provocar nos sujeitos e no seu cotidiano de produção do cuidado em saúde, transformação de sua prática, o que implicaria força de produzir a reflexão sobre si mesmo no agir, pela geração de problematização.¹⁸

A dicotomia na assistência de enfermagem

O conhecimento científico surge da necessidade do homem não assumir uma posição meramente passiva, de testemunha dos fenômenos, sem poder de ação ou controle dos mesmos. Cabe ao homem, otimizando o uso da sua racionalidade, propor uma forma sistemática, metódica e crítica da sua função de desvelar o mundo, compreendê-lo, explicá-lo e dominá-lo.¹⁹

O homem usa o conhecimento para reagir ao meio e, se possível, para transformar esse meio, através de gnosese ele constitui uma espécie biológica cujo nicho ecológico está sempre se expandindo, se deslocando para novas fronteiras.¹⁰

No estudo, a importância do conhecimento teórico e prático associado, foi considerado como sendo necessário para a assistência de Enfermagem, de forma que as justificativas mais presentes foram:

Um completa o outro. (Q27)

Há necessidade da teoria para aplicar a prática. (Q28)

Associação dos conhecimentos melhora a qualidade da assistência. (Q37)

Entretanto, alguns profissionais não justificaram após responderem serem ambos importantes. Um número menor de sujeitos justificou:

Necessidade de saber o que fazer e porque fazer. (Q22)

Evitar erros no planejamento da assistência e evitar danos aos clientes. (Q17)

Porque para se prestar uma assistência adequada e conseguir identificar tais complicações o profissional precisa ter fundamentos científicos e certa prática para poder lidar com um RN em UTI Neo. (Q15)

Os sujeitos afirmaram ser imprescindível a associação do conhecimento teórico ao conhecimento prático para se realizar a assistência de enfermagem, porém, verifica-se dicotomia entre a opinião demonstrada e a realidade da associação correta dos cuidados, como se percebe nas falas:

Na assistência à instabilidade térmica, normalmente comunico ao enfermeiro que dará orientações cabíveis. Caso ausente, sigo orientação médica, porque nem todo plantão vai existir o mesmo médico ou enfermeiro e cada um tem sua opinião e estudos aprofundados. (Q9)

Na assistência de forma a prevenir o choque hipovolêmico [...] não podemos deixar sangrar muito, controlar a pressão arterial. (Q18)

Na assistência para prevenir infecção adquirida [...] deve ter bons hábitos de higiene, lavar as mãos, usar sempre calçados, tomar água potável, uma alimentação saudável. (Q36)

A preocupação com a qualidade da prestação de cuidados aos pacientes, presente na saúde desde Florence Nightingale em 1954 na Guerra da Criméia, torna-se cada vez mais intensa, porém algumas instituições ainda permanecem aquém dessas perspectivas.²⁰

Embora muitas vezes o profissional de saúde relate dispor de conteúdos teóricos, ele ainda apresenta atitudes incompatíveis com o mencionado. Normalmente, isso é reflexo de falhas no processo de formação dos profissionais, que se agravam com as limitações de ordem estrutural e logística das instituições de saúde às quais pertencem.²¹

Muitos profissionais ainda conservam hábitos associados ao senso comum, comprometendo a qualidade da atenção dispensada, além de aumentar as chances de acidentes ocupacionais.²¹

A utilização e entendimento de protocolos por parte da equipe, centrados no cliente e embasados nos conceitos de humanização, é uma importante estratégia na obtenção de um cuidado adequado e livre de danos.²²

A padronização é necessária para que ocorra a gestão de processos, tarefas e atividades, porém mal utilizada pode tornar-se meio para mecanização do cuidado e retrocesso de todo trabalho. Esse processo deve ser gradual, na medida em que ofereça reflexão aos profissionais de suas carências e ao mesmo tempo forneça subsídios para continuar prestando a assistência harmoniosamente.

Entretanto, o descompasso entre o processo de formação e a prática do enfermeiro impede a implantação de novas metodologias de trabalho, resultando em tensões e conflitos dos demais membros da equipe. As escolas de enfermagem têm privilegiado a formação de enfermeiros altamente preparados para prestar o cuidado individualizado com bases científicas. No entanto, na prática, a função esperada desse profissional, na maioria das vezes, é a gerência dos serviços que, não raro, se limita ao controle de material e de pessoal em detrimento do gerenciamento do cuidado.²³

Assim, destaca-se a necessidade de despertar novas abordagens gerenciais do cuidado de enfermagem que estejam associadas à ideia de avançar para novos espaços profissionais e superar práticas assistencialistas. Podendo também, ultrapassar normas, rotinas inflexíveis e implementar modelos mais horizontalizados de tomada de decisões; ir além do cuidado pontual e unidimensional, adotando novas abordagens de intervenção na saúde, por meio da educação e promoção da saúde.²³

Outra estratégia para benefício da assistência de enfermagem é o incentivo da instituição em negociar a participação de seus profissionais em eventos científicos, na tentativa de proporcionar meios interativos para aquisição de conhecimentos, permitindo vivências com outros profissionais, com a possibilidade de lucrar entusiasmo e maior empenho.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo revelou um cenário de profissionais que assistem seus clientes, com fragmentação de conhecimentos científicos, tornando pouco sensíveis as reais necessidades da clientela. Alguns demonstraram distanciamento dos conceitos básicos em terapia intensiva e imprecisão nas atividades assistenciais diante de possíveis intercorrências.

Muitos profissionais não conseguiram apresentar de forma fiel, sequer referências de medidas rotineiras, como temperatura e glicemia, sendo que tais parâmetros são primordiais para determinação do estado de saúde dos neonatos. Isso faz refletir sobre a formação desses profissionais e a forma de recrutamento desses para atuação.

As equipes de enfermagem estudadas, afirmaram a importância de associar os conteúdos teóricos com os práticos, mas acabam não aplicando no seu contexto diário, às vezes por falta de iniciativa própria, outras vezes por sentirem inseguros ao demonstrar o diferente e inovador.

Fica claro a necessidade de implementar programas de educação permanente, na medida que esses programas não sejam interpretados como atividades obrigatórias a ser cumpridas, e sim como oportunidade para crescimento profissional, mudança de comportamentos e renovação de princípios bioéticos.

A falta de entendimento ou percepção da equipe em reconhecer que a construção do conhecimento teórico se dá de forma contínua, em que o ponto de partida seria as necessidades percebidas pelos entes envolvidos no processo, compromete todas as atividades desenvolvidas pelos demais profissionais.

Em algumas situações, os enfermeiros estão cientes dessa realidade de risco, não encontrando alternativas para mudança, por esbarrarem em modelos de gestão impróprios ou ultrapassados, quantitativo de recursos humanos reduzidos, resistência de profissionais tradicionais no setor e falta de motivação dos colaboradores, principalmente pela monotonia do serviço e atmosfera claustrofóbica.

É fundamental que o enfermeiro utilize todos seus recursos disponíveis para liderar esse grupo de trabalho, com comunicação na mesma direção das necessidades encontradas, sendo democrático, imparcial e justo na tomada de decisão em prol da formação e constituição de uma equipe coesa.

Vale destacar que os profissionais atuantes em unidades de neonatologia, como em outras unidades especializadas, assistem um público com características muito peculiares, o que exige habilidades e conhecimentos específicos.

REFERÊNCIAS

1. Carneiro JA, Vieira MM, Reis TC, Caldeira AP. Fatores de risco para a mortalidade de recém-nascidos de muito baixo peso em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal. Rev Paul Pediatr [Internet]. 2012 [acesso em 2013 nov 22];30(3):369-76. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-05822012000300010&lng=en.
2. Risso SP, Nascimento LFC. Fatores de risco para óbito neonatal obtidos pelo modelo de regressão multivariado de Cox. Rev Paul Pediatr [Internet]. 2011 [acesso em 2013 jan 20];29(2):208-13. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-05822011000200012&lng=en.
3. Ferran K, Paiva IA, Garcia LS, Gama MP, Guimarães MM. Isolated premature pubarche: report of anthropometric and metabolic profile of a Brazilian cohort of girls. Horm Res Pædiatr [Internet]. 2011 [acesso em 2013 jan 20];75(5):367-73. Disponível em: <http://www.karger.com/Article/FullText/324107>.
4. Brasil. Ministério da Saúde. Pacto nacional pela redução da mortalidade materna e neonatal. Brasil; 2004.
5. Brasil. Ministério da Saúde. Agenda de compromissos para a saúde integral da criança e redução da mortalidade infantil. Brasil; 2005. (Série A. Normas e Manuais Técnicos).



6. Rodríguez Domínguez PL, Hernández Cabrera J, García León LT. Propuesta de acción para reducción de factores maternos en el bajo peso al nacer. Rev Cubana Obstet Ginecol [Internet]. 2012 [acesso em 2013 nov 20];38(4):488-98. Disponível em: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2012000400006&lng=es.
7. Morais CAM, Takano OA, Souza JSF. Mortalidade infantil em Cuiabá, Mato Grosso, Brasil, 2005: comparação entre o cálculo direto e após o linkage entre bancos de dados de nascidos vivos e óbitos infantis. Cad Saúde Pública [Internet]. 2011 [acesso em 2013 jul 5];27(2):287-94. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2011000200010&lng=en.
8. Arrué AM, Neves ET, Silveira A, Pieszak GM. Caracterização da morbimortalidade de recém nascidos internados em unidade de terapia intensiva neonatal. Rev Enferm UFSM [Internet]. 2013 [acesso em 2013 jul 1];3(1):86-92. Disponível em: <http://cascavel.ufsm.br/revistas/ojs-2.2.2/index.php/reufsm/article/view/5947>.
9. Lazzari DD, Schmidt N, Jung W. Educação continuada em unidade de terapia intensiva na percepção de enfermeiras. Rev Enferm UFSM [Internet]. 2012 [acesso em 2013 jul 1];2(1):88-96. Disponível em: <http://cascavel.ufsm.br/revistas/ojs-2.2.2/index.php/reufsm/article/view/4592/3130>.
10. Gil AC. Como elaborar projetos de pesquisa. 4ª ed. São Paulo: Atlas; 2008.
11. Ricci SS. Enfermagem materno - neonatal e saúde da mulher. 1ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2008.
12. Granzotto JA, Mendes RM, Oliveira MB. Sepsis neonatal precoce e mortalidade em uma Unidade de Terapia Intensiva Neonatal. Rev AMRIGS [Internet]. 2013 [acesso em 2013 nov 22];57(2):133-5. Disponível em: <http://www.amrigs.com.br/revista/57-02/1200.pdf>.
13. Lanetzki CS, Oliveira CAC, Bass LM, Abramovici S, Troster EJ. O perfil epidemiológico do Centro de Terapia Intensiva Pediátrica do Hospital Israelita Albert Einstein. Einstein (São Paulo) [Internet]. 2012 [acesso em 2013 nov 22];10(1):16-21. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-45082012000100005&lng=en.
14. Cloherty JP, Eichenwald EC, Stark AR. Manual de neonatologia. 5ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2005.
15. Nascimento VF. Indivíduos frequentadores de UTI em um município no interior do Brasil. Rev Eletrônica Gestão & Saúde [Internet]. 2013 [acesso em 2013 set 22];4(1):1725-40. Disponível em: <http://www.gestoesaude.unb.br/index.php/gestoesaude/article/view/244>.
16. Martins EF, Rezende EM, Lana FCF, Souza KV. Óbitos perinatais investigados e falhas na assistência hospitalar ao parto. Esc Anna Nery [Internet]. 2013 [acesso em 2013 set 22];17(1):38-45. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452013000100006&lng=en.
17. Silva GM, Seiffert OMLB. Educação continuada em enfermagem: uma proposta metodológica. Rev Bras Enferm [Internet]. 2009 jun [acesso em 2014 fev 19];62(3):362-6. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672009000300005&lng=en.



18. Oliveira FMCN, Ferreira FC, Rufino NA, Santos MSS. Educação permanente e qualidade da assistência à saúde: aprendizagem significativa no trabalho da enfermagem. Aquichán [Internet]. 2011 [acesso em 2014 fev 19];11(1):48-65. Disponível em: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-59972011000100005&lng=en.
19. Koche JC. Fundamentos de metodologia científica: teoria da ciência e iniciação à pesquisa. Rio de Janeiro: Vozes; 2007.
20. Figueiredo BM, Couto HCTR, Menezes MJB, Alves M, Bauer LF. As implicações do processo de acreditação para os pacientes na perspectiva de profissionais de enfermagem. Enfermería Global [Internet]. 2012 [acesso em 2013 jul 1];25:272-81. Disponível em: <http://revistas.um.es/eglobal/article/download/eglobal.11.1.132681/128501>.
21. Souza ELV, Nascimento JC, Caetano JA, Ribeiro RCV. Uso dos equipamentos de proteção individual em unidade de terapia intensiva. Referência (Coimbra) [Internet]. 2011 [acesso em 2013 set 22];serIII(4):125-33. Disponível em: http://www.scielo.gpeari.mctes.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0874-02832011000200013&lng=pt.
22. Bonato VL. Gestão de qualidade em saúde: melhorando assistência ao cliente. Mundo saúde [Internet]. 2011 [acesso em 2013 jul 1];35(5):319-31. Disponível em: http://www.saocamilo-sp.br/pdf/mundo_saude/86/319a331.pdf.
23. Santos JLG, Pestana AL, Guerrero P, Meirelles BSH, Erdmann AL. Práticas de enfermeiros na gerência do cuidado em enfermagem e saúde: revisão integrativa. Rev Bras Enferm [Internet]. 2013 [acesso em 2014 fev 20];66(2):257-63. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672013000200016&lng=en.

Data de recebimento: 02/08/2013

Data de aceite: 24/06/2014

Contato com autor responsável: Vagner Ferreira do Nascimento. Rua Moreira Cabral n. 475, Bairro Campinas, Barra do Garças-MT, CEP 78600-000.
E-mail: vagnerschon@hotmail.com