



Escola Anna Nery Revista de Enfermagem
ISSN: 1414-8145
annaneryrevista@gmail.com
Universidade Federal do Rio de Janeiro
Brasil

Mayumi Hayakawa, Letícia; Trombini Schmidt, Kayna; Rossetto, Edilaine Giovanini; Deggau Hegeto de Souza, Sarah Nancy; Bengozi, Talita Maria
INCIDÊNCIA DE REINTERNAÇÃO DE PREMATUROS COM MUITO BAIXO PESO NASCIDOS EM UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO
Escola Anna Nery Revista de Enfermagem, vol. 14, núm. 2, abril-junio, 2010, pp. 324-329
Universidade Federal do Rio de Janeiro
Rio de Janeiro, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=127713099016>

- Como citar este artigo
- Número completo
- Mais artigos
- Home da revista no Redalyc

INCIDÊNCIA DE REINTERNAÇÃO DE PREMATUROS COM MUITO BAIXO PESO NASCIDOS EM UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO

Incidence of re-admissions of newborns with very low weight born in a university hospital

Incidencia de rehospitalización de prematuros con muy bajo peso nacidos en un hospital universitario

Letícia Mayumi Hayakawa¹

Kayna Trombini Schmidt²

Edilaine Giovanini Rossetto³

Sarah Nancy Deggau Hegeto de Souza⁴

Talita Maria Bengozi⁵

RESUMO

Este estudo investigou a incidência de reinternação e os fatores associados em prematuros nascidos com muito baixo peso em um hospital universitário. Trata-se de um estudo descritivo, quantitativo com os neonatos menores de 1.500 g que nasceram em 2006 e receberam alta até dezembro do mesmo ano e foram seguidos até os 6 meses de vida. Os dados foram obtidos de fichas de atendimento no seguimento ambulatorial dos prematuros e contato telefônico com as mães. Dos 53 bebês estudados, 30,2% foram reinternados, 7,5% foram a óbito e 56,3% das reinternações foram por afecções respiratórias. Dos reinternados, 68,7% haviam permanecido mais de 60 dias na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal; 68,7% estavam desmamados na reinternação; 37,5% dos reinternados não estavam em acompanhamento ambulatorial, enquanto apenas 19,8% dos que seguiam em acompanhamento foram reinternados. A incidência de reinternação apresentou associação estatística com o município de origem ($p=0,007$).

Palavras-chave: Readmissão do Paciente. Prematuro. Fatores de Risco.

Abstract

This study investigated the incidence and factors related to premature readmission of very low weight in a neonatal unit in a university hospital. This is a descriptive quantitative study of newborns with low weight babies who were discharged until December 2006 and were up to 6 months of life. Data were obtained from sheets of care of premature infants and telephone contact with mothers. Of the 53 babies studied, 30.2% were readmitted, 7.5% were to death, 56.3% of readmissions were for respiratory disorders. From the readmitted, 68.8% stayed more than 60 days in the Neonatal Intensive Care Unit, 62.5% were weaned on readmission, 37.5% From the readmitted were not in ambulatory monitoring while only 19.8% of those who followed were monitoring readmitted. The incidence of readmission may be related to the city borned.

Resumen

Este estudio investigó la incidencia de rehospitalización y los factores asociados a prematuros nacidos con muy bajo peso en un hospital universitario. Es un estudio descriptivo-quantitativo con los neonatos menores de 1500g nacidos en 2006 y que recibieron alta hasta diciembre de ese año. Todos fueron acompañados hasta los seis meses de vida. Se colectaron los datos en fichas de atención ambulatorio de los prematuros y contacto telefónico con las madres. De los 53 bebés estudiados, un 30,2% fue reinternado, un 7,5% murió y un 56,3% de las readmisiones ocurrió debido a afecciones respiratorias. De los reinternados, un 68,7% permaneció más de 60 días en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatal; un 68,7% estaba desmamado en la readmisión; un 37,5% no estaba en acompañamiento ambulatorio. Sólo un 19,8% de los que seguían en acompañamiento fue readmitido. La incidencia de readmisión presentó una asociación estadística con el municipio de origen ($p=0,007$).

Keywords: Patient Readmission. Premature. Risk factors.

Palabras Clave: Readmisión del Paciente. Prematuro. Factores de Riesgo

¹Enfermeira Neonatologista. Enfermeira do Hospital Universitário de Maringá- PR. Brasil. E-mail: leticiamariha@yahoo.com.br;²Enfermeira. Residente em Enfermagem Neonatal da Universidade Estadual de Londrina – PR (UEL). Brasil. E-mail: kayna411@yahoo.com.br;³Enfermeira. Mestre em Enfermagem Fundamental pela USP de São Paulo e docente assistente do Departamento de Enfermagem da UEL. Brasil. E-mail: ediluiz@sercomtel.com.br;⁴Enfermeira. Mestre em Enfermagem Fundamental pela USP de São Paulo e docente assistente do Departamento de Enfermagem da UEL. Brasil. E-mail: sarahuel@sercomtel.com.br;⁵Enfermeira Neonatologista. Enfermeira do Hospital Araucária de Londrina- PR. Brasil. E-mail: talitabengozi@yahoo.com.br

INTRODUÇÃO

Os grandes avanços científicos e tecnológicos das últimas duas décadas associados às grandes mudanças na assistência obstétrica e neonatal aumentaram significativamente a sobrevida dos recém-nascidos de muito e extremo baixo peso (RNMBP), com idade gestacional muitas vezes no limite da viabilidade. O advento das Unidades de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN), o uso de corticoide antenatal e a terapia com surfactante no recém-nascido prematuro são avanços que muito contribuíram nesse sentido.^{1,2}

O aumento da sobrevida de prematuros extremos parece ter contribuído para o aumento da morbidade durante a infância, sendo as patologias respiratórias as causas mais frequentes de internação desses bebês após a alta da Unidade de Cuidados Intermediários Neonatal (UCIN).² A partir deste cenário, algumas das questões que causam preocupação são a frequência de reinternações, as complicações decorrentes destas e a qualidade de vida dos bebês diante da imaturidade dos sistemas como um todo.³

A sobrevida do prematuro extremo até a alta é apenas uma das etapas da assistência neonatal. Diante do risco aumentado para reinternação neste grupo, há maior necessidade de acompanhamento interdisciplinar que atenda às necessidades específicas dos RNMBP. No entanto, isso ainda é um grande desafio, pois o conhecimento sobre a evolução destes bebês ainda é pouco conhecida em nosso meio.⁴

O Hospital Universitário Regional do Norte do Paraná (HURNP), como hospital de referência regional para gestação de risco, atende, na UTIN, uma grande porcentagem de RNs prematuros e de muito baixo peso ao nascer. Em 2003, dos 932 nascimentos, 90 bebês (26,2%) tinham menos de 1.500 gramas, ou seja, quase 10% do total de nascimentos.³

Docentes da Área da Saúde da Criança do Departamento de Enfermagem da Universidade Estadual de Londrina (UEL) e residentes de Enfermagem Neonatal, juntamente com a equipe multiprofissional que atua na UTIN do HURNP, participam de um projeto de acompanhamento às famílias e bebês nascidos com peso inferior a 1.500 g. Este projeto tem como objetivo oferecer suporte à família no enfrentamento das situações advindas durante a internação, preparar a família nos cuidados com o filho prematuro para a alta hospitalar e acompanhá-los durante o primeiro ano de vida do bebê no Ambulatório do Hospital das Clínicas (AHC).

Neste seguimento ambulatorial, observou-se a ocorrência frequente de reinternação pouco tempo após a alta hospitalar, apesar dos esforços da equipe que presta a assistência e da atenção dispensada ao preparo da família para os cuidados com o bebê.

A partir da observação dessa realidade compatível com a literatura científica, que classifica os recém-nascidos de muito baixo peso (RNMBP) como a população infantil de maior risco para morbimortalidade, sentiu-se necessidade de investigar a incidência e os fatores relacionados com a reinternação desses bebês atendidos na UTIN do HURNP. A realização deste estudo pode subsidiar o redirecionamento da assistência prestada a estes bebês e suas famílias.

METÓDO

Trata-se de um estudo descritivo, retrospectivo e de natureza quantitativa. A pesquisa foi realizada no HURNP. Foram estudados prematuros de muito baixo peso, nascidos no ano de 2006 no HURNP, que receberam alta hospitalar até o mês de dezembro de 2006 e foram acompanhados pelo projeto “Uma rede de apoio à família do prematuro”. Dos 61 bebês procurados, 8 (13,1%) não foram incluídos no estudo devido à mudança de telefone ou endereço, compondo uma amostra de estudo de 53 bebês.

As variáveis estudadas foram: idade da mãe; idade cronológica atual do bebê; tempo de internação na UTIN após o nascimento; cidade de origem; situação de acompanhamento no ambulatório de seguimento do prematuro; local, motivo e duração da reinternação; situação de aleitamento materno na hospitalização, aos 6 meses de idade cronológica e idade do desmame.

Os dados de alimentação na alta foram coletados por meio de consulta ao prontuário, enquanto os dados de alimentação na reinternação e aos seis meses de vida foram os referidos pelas mães. Neste trabalho, considerou-se em aleitamento materno na alta as crianças que estavam sendo amamentadas, independente de estarem em aleitamento materno exclusivo ou não. Para a coleta de dados foi realizada entrevista pessoal com a mãe no ambulatório de seguimento do prematuro ou via telefônica. Esses dados foram coletados no período de junho a agosto de 2007.

A pesquisa foi realizada após aprovação no Comitê de Ética do HURNP, e os casos foram estudados após consentimento livre e esclarecido, assinado pela mãe ou responsável legal, para participação no Projeto Uma Rede de Apoio à Família Prematura. Os dados foram digitados em Banco de Dados EPI INFO e analisados por meio de teste estatístico SPSS. Para análise descritiva, utilizaram-se frequência simples e proporções. Para verificar associação estatística, foram aplicados os teste Exato de Fischer, cujos níveis de significância foram considerados valor de $p < 0,05$ e intervalo de confiança 95%.

RESULTADO

Dos 53 bebês estudados, 16 (30,2%) foram reinternados nos primeiros 6 meses de idade cronológica, 75,5% saíram de alta da UTIN em aleitamento materno, 68,8% haviam permanecido mais de 60 dias internados na UTIN e 4 (7,5%) foram a óbito. Os limites mínimo e máximo de tempo de internação nas Unidades de Cuidados Neonatais foram, respectivamente, 21 e 126 dias, e o tempo médio de internação foi de 59 dias.

Em relação às mães dos reinternados, 75,0% residiam em Londrina e 81,2% das mães tinham idade maior que 20 anos, enquanto entre as mães adolescentes, apenas 18,8% tiveram o filho reinternado nesse período (Tabela 1).

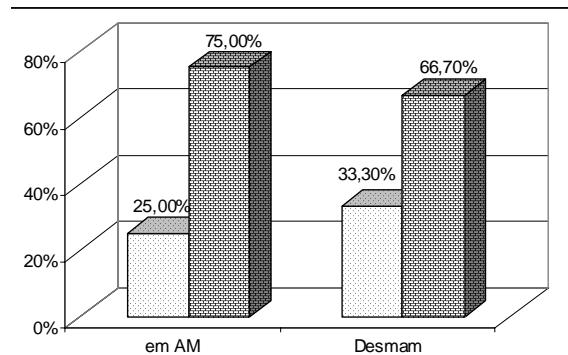
Tabela 1. Distribuição da situação de reinternação dos RNMBP de acordo com a idade materna, tempo de internação da UTIN, situação de AM aos 6 meses, cidade de origem e acompanhamento ambulatorial. Londrina, 2006.

VARIÁVEL	Reinternação				VALOR P
	Sim	N	Não	%	
Idade Materna					
= 19 anos	03	18,8	12	32,4	0,508
= 20 anos	13	81,2	25	67,6	
Tempo Inter UTI Neo					
= 60 dias	05	31,3	19	51,4	0,235
> 60 dias	11	68,7	18	48,6	
Sit AM 6m					
Em AM	05	31,3	15	40,5	0,758
Desmame	11	68,7	22	59,5	
Cidade de Origem					
Londrina	12	75,0	12	32,4	0,007
Outros Municípios	04	25,0	25	67,6	
Acompanhamento					
AHC					
Sim	10	62,5	31	83,8	0,150
Não	06	37,5	06	16,2	

Quanto aos bebês que não estavam em acompanhamento ambulatorial, 37,5% foram reinternados, enquanto, entre aqueles que seguiam em acompanhamento, apenas 18,9% reinternaram. Em relação ao aleitamento materno, 75% das crianças que estavam em aleitamento materno não foram reinternadas, enquanto 33,3% das crianças que já

tinham sido desmamadas foram reinternadas (Gráfico 1).

Gráfico 1 – Distribuição dos RNMBP de acordo com a situação de AM e reinternação. Londrina, 2006.



Dos motivos de reinternação referidos pelas mães, os que mais se destacaram foram afecções do trato respiratório, representando 56,3% dos casos, seguidas de: intoxicação medicamentosa; conjuntivite com celulite palpebral; síndrome *pertussis*; correção de hérnia inguinal; derivação ventriculoperitoneal; infecção urinária, que indicaram 6,3% em cada motivo. Em um caso, houve dois episódios de hospitalização por motivos diferentes, sendo um por pneumonia e outro por convulsão.

Houve uma reinternação com menos de sete dias após a primeira alta hospitalar ocorrida por intoxicação medicamentosa. Os quatro óbitos ocorridos após a alta da UCIN ocorreram devido à pneumonia aspirativa, insuficiência respiratória aguda, síndrome convulsiva e salmonelose.

DISCUSÃO

Neste estudo foi observada uma incidência de reinternação de 30,2% nos primeiros seis meses de idade cronológica nos RNMBP nascidos no HURNP em 2006. Em um estudo realizado com 538 prematuros nascidos com menos de 33 semanas, encontrou-se uma incidência de hospitalização de 42% após a alta hospitalar.⁵

A relação do tempo da internação ao nascer também foi estudada em pesquisa anterior e encontrou que as crianças que permaneceram hospitalizadas por mais de 60 dias apresentaram, no decorrer do primeiro ano, maiores taxas de pneumonia (53% *versus* 24%), sibilos (39% *versus* 19%) e internação (39% *versus* 17%) do que as crianças que não tiveram tempo de hospitalização prolongado no período neonatal.²

As principais causas de reinternação descritas na literatura são por afecções respiratórias. A prematuridade por si só pode ser um fator de risco independente para a alteração de função pulmonar posterior. Essa alteração já em idade precoce estaria relacionada à alta morbimortalidade por doenças respiratórias nesta população durante o primeiro ano de vida. A redução da função pulmonar do prematuro pode estar relacionada às alterações de desenvolvimento, independentemente da severidade da doença inicial e dos efeitos das terapias ventilatórias utilizadas.⁶

Neste estudo, 56,3% das causas de reinternação foram por afecções respiratórias, o que significava 18,8% do total da amostra estudada. Estudo realizado no Rio de Janeiro corrobora estes dados; 25,8% dos 97 RNMP acompanhados no primeiro ano de vida foram internados nesse período e 53% sofreram morbidade respiratória.⁷ Em outro estudo realizado com 238 bebês com displasia broncopulmonar (DBP), 49% foram reinternados mais que duas vezes, enquanto a taxa de hospitalização da população sem displasia foi de 23% (309 de 1.359).⁸

Com relação ao seguimento do prematuro de alto risco, embora o valor de *p* encontrado no teste Fischer não tenha sido significativo, dos 16 bebês reinternados, 37,5% não estavam em acompanhamento no AHC, enquanto apenas 18,9% dos acompanhados ambulatorialmente foram hospitalizados. Estes achados demonstram que o objetivo primordial do seguimento ambulatorial de diminuir a possibilidade de reinternação com intervenção precoce é uma importante estratégia quando mantida a periodicidade das consultas individualizadas.⁹

Dos bebês reinternados, 62,5% estavam desmamados na reinternação, incluindo três dos quatro bebês que foram a óbito. Quanto ao AM, estudo realizado com uma população de 48 RNMBP, numericamente semelhante à nossa, encontrou uma prevalência menor que aquela encontrada no presente estudo (60% *versus* 75,5%) no momento da alta hospitalar.¹⁰

Diante da imaturidade fisiológica e neurológica, hipotonía muscular e hiper-reactividade aos estímulos do meio ambiente, os períodos de alerta no prematuro são curtos e a amamentação torna-se um grande desafio. O tempo reduzido de aleitamento materno exclusivo entre os prematuros de baixo peso pode estar justificado pela crença em que o grande benefício para esses bebês seja o ganho ponderal acelerado, utilizando-se, assim, fórmulas infantis, farinhas, leite de vaca e açúcar.¹¹

Pesquisa realizada com 15.890 bebês saudáveis, únicos e a termo, até os oito meses de idade, mostrou que o aleitamento materno exclusivo (AME), comparado com ausência de aleitamento, protege de internações por diarreia

e diminui as infecções do trato respiratório. Este estudo sugere ainda que aproximadamente 53% das hospitalizações por diarreia poderiam ser evitadas a cada mês quando em AME, enquanto 27% das hospitalizações por infecção do trato respiratório inferior seriam evitáveis a cada mês pelo AME.¹²

No entanto, anterior à atenção dispensada ao bebê pré-termo, é imprescindível evitar o nascimento prematuro ou de bebês de baixo peso, por meio da prevenção e acompanhamento de fatores que possam levar à restrição de crescimento intrauterino e trabalho de parto prematuro, assim como investir na melhora do atendimento pré-natal e conscientizar as gestantes da necessidade de redução do tabagismo durante a gravidez devido às possíveis consequências para o bebê em desenvolvimento. O método mãe-canguru também foi destacado como uma prática de impacto positivo sobre a amamentação de recém-nascidos de baixo peso, já que favorece maior tempo de contato físico e o vínculo entre mãe e filho. Este autor ressalta ainda a necessidade do incentivo à manutenção do aleitamento materno exclusivo e prolongado inclusive durante o acompanhamento de puericultura.¹¹

Quanto aos óbitos, houve dois por pneumonia, um por convulsão e um por salmonelose. Em estudo realizado com 448 crianças menores de um ano de idade cuja causa básica do óbito foi diarreia ou pneumonia, investigaram-se fatores prognósticos de letalidade hospitalar. Como resultado, o autor encontrou relação entre maior letalidade das crianças prematuras, assim como das crianças com o baixo peso ao nascer, e problemas relativos à imaturidade pulmonar. Observou ainda que a maior parte das crianças estudadas tinha menos de seis meses de vida, e que possivelmente esse tempo não tenha sido suficiente para superar estas desvantagens para sua sobrevivência.¹³

Discute-se muito a respeito da evitabilidade dos óbitos infantis, e, ao abordar os óbitos pós-neonatais que ocorrem pelo complexo diarreia-pneumonia-desnutrição, a evitabilidade de tais óbitos deve ser uma corresponsabilidade da assistência médico-hospitalar, pois indicam alguma falha do sistema de saúde.¹⁴ Quando consideramos a mortalidade neonatal percebem-se determinantes de mais difícil intervenção que os relacionados com a mortalidade pós-neonatal.

No presente estudo ocorreu uma reinternação com menos de sete dias após a alta hospitalar, devido à intoxicação medicamentosa causada por erro no preparo (dose e diluição) e administração realizados pela mãe em casa, a qual havia sido orientada no momento da alta hospitalar. Tal fato evidencia a importância do preparo da família para a alta. Na Unidade Neonatal, o preparo para a alta do recém-nascido deve ser um processo baseado no planejamento construído e trabalhado

desde o momento da internação do recém-nascido na UTIN ou tão logo a sobrevivência deste bebê seja provável.¹⁵

As orientações fornecidas no preparo para a saída do bebê devem ser claras, concisas e simples, para facilitar a compreensão.¹⁶ A equipe deve estabelecer uma relação de confiança com a família, assumindo a postura de educadores e proporcionando meios para a inserção no processo de cuidado do bebê.¹⁷ O momento ideal para o aprendizado é quando a mãe demonstra motivação e disponibilidade para aprender. A ansiedade e o estresse podem interferir na aprendizagem. O preparo deve se estender ao ambiente domiciliar e incluir a demanda de cuidado pós-alta, respeitando as diversas formações socioeconômicas e culturais.

A equipe interdisciplinar deve prever e trabalhar o preparo para cuidados específicos, como o preparo de medicamentos, durante o período de internação. A transição bem-sucedida do hospital para casa ocorre quando a ansiedade e os medos são minimizados com a previsão de situações e o aprendizado de características destes prematuros vulneráveis.¹⁵

Atualmente, um dos critérios incluídos no serviço estudado para o processo de capacitação da família para levar o seu prematuro para casa é o reconhecimento dos sinais que podem indicar perigo de vida ou problema de saúde, que é um dos fatores possíveis para explicar porque muitas vezes a família leva a criança para reinternação já em estado geral bem comprometido. Segundo estudo com crianças menores de um ano internadas com diarreia e pneumonia, os autores referiram que o “estado geral grave à internação” apresentou-se como fator prognóstico para maior letalidade. Outros motivos também apontados para a internação da criança já em estado grave foram a dificuldade de acesso aos serviços de saúde, a incompetência dos profissionais de saúde para avaliar a gravidade do quadro da criança e fazer os devidos encaminhamentos e o fato de a criança ser portadora de fatores de risco que agravam mais facilmente a situação.¹⁸

CONCLUSÃO

As afecções do trato respiratório foram os motivos mais citados para reinternação, mesmo sendo causas evitáveis. Portanto, além da prevenção do nascimento prematuro, o devido preparo para a alta da UCIN, o incentivo ao AM e o acompanhamento ambulatorial de qualidade após a alta mostram-se importantes focos de atenção para a prevenção das reinternações dos RNMBP. Nesse estudo, a reinternação dos RNMBP apresentou associação apenas com a cidade de origem, mas os achados continuam demonstrando frequências que demonstram um importante valor clínico para análise.

Provavelmente este fato seja justificado pelo pequeno número amostral estudado.

O estudo possui algumas limitações quanto ao tamanho da amostra de RNMBP nascidos no HURNP no ano de 2006. Trata-se de um estudo retrospectivo, fator que pode prejudicar a coleta de dados e que permite viés de memória. A informação coletada era a referida pela mãe ou enfermeira da USF da área de abrangência da família, enquanto os dados, quando coletados de fontes diretas da assistência prestada, são mais fidedignos. A avaliação da reinternação se limitou aos seis meses de idade cronológica, o que poderia ser ampliado para um ano de vida, quando essa população ainda é vulnerável para a reinternação. Assim, recomenda-se um delineamento prospectivo para um melhor estudo da temática.

REFERÊNCIA

1. Rugolo LMSS. Crescimento e desenvolvimento a longo prazo do prematuro extremo. *J. Ped.* 2005;81(1 suppl): 101-10.
2. Mello RR, Dutra MVP, Lopes JMA. Respiratory morbidity in the first year of life of preterm infants discharged from a neonatal intensive care unit. *J Pediatr* 2004; 80(6): 503-10.
3. Souza SNDH, Bengozi TM, Rossetto EG, Hayakawa LM. Assistência integral à famílias de prematuros nascidos em um hospital universitário. *Expressa Extensão* 2006; 11(2): 1-10.
4. Escobar GI, Steven J, Gardner MN, Armstrong MA, Folck BF, Carpenter DM. Rehospitalization in the first two weeks after discharge from the neonatal intensive care unit. *Pediatr* 1999; 104(1):e2.
5. Elder DE, Hagan R, Evans SF, Benninger HR, French NP. Hospital admissions in the first year of life in very preterm infants. *J Paediald Health* 1999; 35(2):145-50.
6. Friedrich L, Corso AL, Jones MH.. Prognóstico pulmonar em prematuros. *J Pediatr* 2005; 81(supl 1): 77-88.
7. Mello RR, Dutra MVP, Ramos JR, Daltro P, Boechat M, Lopes JMA. Fatores de risco neonatais para morbidade respiratória no primeiro ano de vida em prematuros. *J. Med, São Paulo*, 2006; 124(2): 77-84.
8. Smith VC, Zupancic JA, McCormick MC, Croen LA, Greene J, Escobar GI, Richardson DK. Rehospitalization in the first year of life among infants with bronchopulmonary dysplasia. *J Pediatr* 2004; 144(6): 799-803.
9. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Políticas de Saúde. Área da Saúde da Criança. Atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso: método mãe-canguru: manual do curso. Brasília (DF); 2002.
10. Delgado SE, Halpern R. Amamentação de prematuros com menos de 1500 gramas: funcionamento motor-oral e apego. *Pró-Fono Rev. Atual Cient* 2005; 17(2): 141-52.

11. Chaves RG, Lamounier JA, César CC. Fatores associados com a duração do aleitamento materno. *J Pediatr* 2007; 83(3): 241-46.
12. Quigley MA, Kelly YJ, Sacker A. Breastfeeding and hospitalization for diarrheal and respiratory infection in the United Kingdom Millennium Cohort Study. *Pediatr* 2007; 119(4): 837-42.
13. Post CLA, Victora CG, Valente JG, Leal MC, Niobey FML, Sabroza PC. Fatores prognósticos de letalidade hospitalar por diarréia ou pneumonia em menores de um ano de idade: estudo de caso e controle. *Rev Saude Publica* 1992; 26(6): 369-78.
14. Caldeira AP, França E, Goulart EMA. Mortalidade infantil pós-neonatal e qualidade da assistência médica: um estudo caso-controle. *J Pediatr* 2001; 77(6): 461-68.
15. Comité de Estudios Fetonatales. Recomendación para el alta del prematuros. *Arch Argent Pediatr* 2006; 104(6): 560-562.
16. Rabelo MZS, Chaves EMC, Cardoso MVLML, Sherlock MSM. Sentimentos e expectativas das mães na alta hospitalar do recém-nascido prematuro. *Acta Paul Enferm* 2007; 20(3): 333-37.
17. Molina RCM, Varela PLR, Castilho SA, Bercini LO, Marcon SS. Presença da família nas Unidades de Terapia Intensiva Pediátrica e Neonatal: visão da equipe multiprofissional. *Esc Anna Nery Rev Enferm* 2007; 11(3): 437-44.
18. Scherf RF, Reid KW. Going home: what NICU nurses need to know about home care. *Neonatal Netw* 2006; 25(6): 421-25.