

CURSO DE ENFERMAGEM

Paola Scotta Ludtke

**INFECÇÃO DO TRATO URINÁRIO EM GESTANTES E O PARTO PREMATURO:
UMA REVISÃO INTEGRATIVA**

Santa Cruz do Sul

2019

Paola Scotta Ludtke

**INFECÇÃO DO TRATO URINÁRIO EM GESTANTES E O PARTO PREMATURO:
UMA REVISÃO INTEGRATIVA**

Trabalho de conclusão apresentado ao Curso de Enfermagem da Universidade de Santa Cruz do Sul para obtenção do título de Bacharel em Enfermagem.

Orientadora: Prof^ª. Dr^ª. Enf^ª. Vera Elenei da Costa Somavilla

Santa Cruz do Sul

2019

Santa Cruz do Sul, 28 de junho de 2019.

**INFECÇÃO DO TRATO URINÁRIO EM GESTANTES E O PARTO PREMATURO:
UMA REVISÃO INTEGRATIVA**

PAOLA SCOTTA LÜDTKE

Esta monografia foi submetida ao processo de avaliação pela Banca Examinadora.

Foi aprovada em sua versão final, em_____.

BANCA EXAMINADORA:

Prof^ª. Dr^a. Enf^ª. Vera Elenei Costa Somavilla
Orientadora

Prof^ª. Ms. Enf^º. Nestor Pedro Roos
Integrante da banca

Prof^ª. Dr^a. Enf^ª. Aline Fernanda Fishborn
Integrante da banca

AGRADECIMENTOS

Cinco anos se passaram e o sonho de cursar enfermagem é realizado. Quanto aprendizado, quantas mudanças e amadurecimento. Hoje, encerro a minha jornada acadêmica realizada e muito feliz com a minha escolha, porém essa conquista não seria possível se eu não contasse com o apoio de pessoas especiais.

Primeiramente agradeço à Deus por cada minuto desta fase maravilhosa. Por ter guardado o meu caminho e iluminado os meus passos. Por ter me dado paciência nos momentos de inquietação e frustração, por ter me abençoado com uma personalidade cheia de garra e força de vontade para desenvolver os meus trabalhos e nunca desistir quando surgia algum obstáculo, e principalmente, por ter colocado tantas pessoas especiais em minha vida.

Aos meus pais Giovane e Carmen, obrigada por terem acreditado em mim e incentivado a dar o meu melhor em meus estudos. Amo muito vocês.

Ao meu esposo Gilson, sempre tão paciente, carinhoso, prestativo, obrigada por estar sempre ao meu lado, pela força, confiança e amor dedicado a mim e por iluminar a minha vida. Te amo muito.

Ao meu filho Pedro, que mesmo tão pequenino soube entender a minha ausência. Desculpas se por muitos momentos não pude estar ao seu lado, mas sabes que fiz tudo isso por ti. Mamãe te ama muito.

A minha grande amiga e irmã de coração Maitê Magdalena, por ter estado comigo durante estes cinco anos. Anos de muitas alegrias, onde dividimos sentimentos, emoções, confidências e esperanças. Obrigada pela sua parceria tanto nos momentos de estudo quanto de amizade. Tenho um carinho enorme por ti e te levarei em meu coração.

A minha professora orientadora Vera Somavilla, agradeço pela paciência, disponibilidade, tranquilidade e por ter com sua sabedoria, contribuído para o nosso trabalho e acreditado no meu potencial.

A todos os demais professores, colegas e amigos, vocês fazem parte do meu crescimento e são responsáveis também por esta minha conquista. Amo muito vocês e sou grata por tê-los em minha vida!

“Sonhos determinam o que você quer. Ação determina o que você conquista.”

(Aldo Novak)

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 -	Descrição dos estudos incluídos na revisão integrativa, segundo título, periódico, ano de publicação, estado onde se desenvolveu o estudo e tipo de estudo	13
------------	--	----

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

BA	Bacteriúria assintomática
BIREME	Centro Latino Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde
CAPES	Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior
CEP-UNISC	Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade de Santa Cruz do Sul
CNPq	Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico
EQU	Exame qualitativo de urina
FAPESP	Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo
IG	Idade gestacional
ITU	Infecção do Trato Urinário
OMS	Organização Mundial da Saúde
PNA	Pielonefrite aguda
PHPN	Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento
RCF	Restrição de crescimento fetal
SciELO	Scientific Electronic Library Online
SUS	Sistema Único de Saúde
TSA	Teste de sensibilidade ao antimicrobiano
TPP	Trabalho de parto prematuro

SUMÁRIO

1	ARTIGO CIENTIFICO	8
1.1	Introdução	9
1.2	Metodologia	11
1.3	Resultados	13
1.4	Discussão	16
1.5	Conclusão	21
1.6	Referências	22
	APÊNDICE A – Projeto de pesquisa	23
	ANEXO A – Parecer Consubstanciado CEP/UNISC	50
	ANEXO B – Normas da revista	53

1 ARTIGO CIENTÍFICO

INFECÇÃO DO TRATO URINÁRIO EM GESTANTES E O PARTO PREMATURO: UMA REVISÃO INTEGRATIVA

Resumo

Objetivo: Promover discussões em relação à gestação, Infecção do Trato Urinário (ITU) e prematuridade. **Método:** Revisão integrativa com pesquisa em bases de dados nacionais, contemplando estudos publicados entre os anos de 2013 a 2018. **Principais resultados:** Prevaleceram artigos publicados no ano de 2013, com o estado do Paraná como o local mais frequente nas produções dos estudos. Quanto ao perfil de suscetibilidade das gestantes a ITU, 66,6% dos artigos apontam gestantes com média de idade entre 20-35 anos, 33,3% não brancas, 33,3% citam situação conjugal como fator de risco, 66,6% apontam que as gestantes possuem baixo nível de escolaridade e 66,6% referem a paridade da mulher como fator de risco para a ITU. **Conclusão:** Ressalta-se a importância do atendimento de pré-natal qualificado, com o número e tempo de consultas adequados, a realização dos exames de urina e urocultura, bem como, a identificação precoce de alterações pelos profissionais de saúde.

Descritores: Gravidez. Recém-Nascido Prematuro. Infecções do Sistema Genital.

Abstract

Purpose: Promoting discussions about gestation, Urinary Tract Infection (UTI) and prematurity. **Method:** Integrative review with research in national databases, contemplating studies published between the years of 2013 to 2018. **Main results:** Articles published in 2013 prevailed, with the state of Paraná being the most frequent place in the productions of the studies. About the profile of UTI susceptibility in pregnant women, 66,6% of the articles indicate pregnant women with ages about 20-35 years, 33,3% were non-white, 33,3% reported a marital status as a risk factor, 66,6% % indicate that pregnant women have low school and 66,6% refer to women's parity as a risk factor for UTI. **Conclusion:** The importance of qualified prenatal care, with the number and time of adequate consultations, urine and uroculture exams, as well as the early identification of changes by health professionals are emphasized.

Introdução

Os nascimentos prematuros são marcados por uma série de contextos que envolvem causas múltiplas, deste modo constitui-se como uma temática de extrema relevância nas discussões no âmbito da saúde. Define-se nascimento pré-termo aquele que ocorre antes do tempo previsto, ou seja, entre a 20^a e a 37^a semanas de gestação, ou com menos de 259 dias contando do primeiro dia do último ciclo menstrual¹.

Atualmente, a prematuridade é responsável por cerca de 75% da mortalidade neonatal no mundo. No Brasil, ocorrem cerca de 280 mil nascimentos pré-termo, o que corresponde à uma taxa de 12,3%, levando o país a ocupar o 10^o lugar entre os países que mais apresentam partos pré-termo¹.

A prematuridade está relacionada à vários fatores de risco, muitos deles imprevisíveis, e está cada vez mais presente em todas as classes sociais. Destacam-se os fatores sociais, maternos e de saúde os que representam maior risco para parto prematuro. Atualmente, estudos evidenciaram que houve um aumento na procura dos serviços de reprodução assistida por mulheres com problemas de fertilidade, e que esta prática pode estar relacionada ao aumento das taxas de partos prematuros.

O parto prematuro ainda compreende uma fisiologia pouco esclarecida e é decorrente de causas multifatoriais, o que torna a prevenção e o diagnóstico mais complexos para os profissionais envolvidos no cuidado à gestante durante a realização do pré-natal¹. O diagnóstico precoce do parto prematuro possibilita a intervenção do profissional da saúde em tempo hábil, aumentando assim as possibilidades de preveni-lo e, conseqüentemente, diminuir a morbimortalidade neonatal².

Atualmente, estudos vem mostrando um aumento na incidência de partos prematuros, e muitos deles ocorrem devido a Infecção do Trato Urinário (ITU) durante a gestação. A ITU acomete cerca de 10 a 12% das gestantes, sendo a terceira intercorrência clínica mais comum durante a gravidez, podendo ocasionar o trabalho de parto prematuro, conseqüentemente, contribuir para a mortalidade materno-infantil³.

As alterações físicas, emocionais e fisiológicas que ocorrem durante a gestação, tornam as mulheres mais vulneráveis às ITU. O trabalho de parto prematuro (TPP) e o parto prematuro (PP) são complicações da ITU na gestação⁴, assim como baixo peso ao nascer, rotura prematura de membranas, restrição de crescimento intraútero, paralisia cerebral ou retardo mental na infância, além do óbito perinatal¹.

Como a ITU agrava tanto o prognóstico materno quanto o perinatal, é necessário que os profissionais responsáveis pela assistência destas mulheres durante o pré-natal estejam atentos aos sinais e sintomas que elas possam vir apresentar. Se a ITU for diagnosticada e tratada precocemente, as chances de ocorrerem complicações diminuí consideravelmente.

Portanto, é durante o acompanhamento do pré-natal que busca-se prevenir, identificar e/ou corrigir anormalidades maternas ou fetais que possam afetar negativamente a gestação, incluindo fatores de risco obstétricos, socioeconômicos e emocionais, entre estes a ITU. A paciente é instruída no que diz respeito à gravidez, ao trabalho de parto, ao parto e o atendimento ao recém-nascido⁵.

Outrossim, a motivação para a confecção deste estudo surgiu a partir de observações empíricas decorrentes das atividades das disciplinas práticas, onde foi possível observar um índice significativo de prematuridade. Ao observar os prontuários médicos e dialogar com as mães, percebeu-se que algumas referiam ter apresentado ITU durante a gestação, e que muitas não foram orientadas quanto à medidas de prevenção. Porém, esta informação não constava associada como a causa do nascimento prematuro. Tal observação conduziu ao seguinte questionamento: “Os estudos científicos que servem como referencial teórico para os profissionais, evidenciam a relação entre gestação, prematuridade e infecção do trato urinário (ITU)?”

Em se tratando da relevância da pesquisa, na atualidade muitos estudantes e profissionais da saúde acessam as bases de dados como fonte de busca de informações e atualização para fundamentar suas condutas, e a adoção destas, na maioria dos casos, são tomadas a partir de evidências científicas. Deste modo, analisar a partir de um olhar mais apurado os artigos disponibilizados nas bases de dados é um importante mecanismo para promover a reflexão e a problematização em relação à gestação, ITU e a prematuridade.

Como objetivo geral, este trabalho concentra-se em promover discussões em relação à gestação, Infecção do Trato Urinário (ITU) e prematuridade, e como objetivos específicos, em investigar publicações que se referem à gestação, infecção do trato urinário (ITU) e prematuridade; averiguar que abordagens em relação à esta temática estão sendo publicadas em periódicos indexados e identificar o volume de publicações sobre o assunto.

Metodologia

Com o objetivo de sistematizar esta revisão integrativa, seguiu-se os seguintes passos: estabelecimento de critérios para inclusão e exclusão de estudos, amostragens e busca na literatura; definição das informações a serem extraídas dos estudos selecionados e categorização dos estudos; avaliação dos estudos incluídos na revisão integrativa; interpretação dos resultados; apresentação da revisão e síntese do conhecimento⁶.

Realizou-se uma busca na literatura científica disponível através de bases de dados nacionais, consultados no período de 15 de janeiro a 28 de fevereiro de 2019, contemplando estudos publicados entre os anos de 2013 a 2018. Este período foi determinado com o objetivo de investigar as publicações que se referem à gestação, infecção do trato urinário (ITU) e prematuridade; averiguando quais as abordagens em relação à esta temática estão sendo publicadas em periódicos indexados, identificando o volume de publicações sobre o assunto. As fontes de pesquisa utilizadas foram a Biblioteca Virtual da Cochrane e SciELO (Scientific Electronic Library Online) e Portal de Periódicos da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (Capes).

Foi realizada a pesquisa nas bases de dados da Cochrane, SciELO e Capes através do preenchimento do formulário avançado. No SciELO utilizou-se “Infecção do Trato Urinário” and “Gestação” or “Prematuridade” como palavras-chave e no Cochrane foram utilizados os termos: “Infecção do Trato Urinário” and “Prematuridade” or “Gestação” and “Infecção Urinária” and “Gestação” or “Parto Prematuro”. No Capes utilizou-se “Infecção Urinária na Gestação” and “Prematuridade” and “Infecção do Trato Urinário na Gestação” and “Parto Prematuro”. Foram utilizados apenas os artigos publicados em idioma português.

Utilizando estes termos foram encontrados artigos científicos apenas na base de dados do Capes. Nas bases de dados do Cochrane e SciELO não há artigos disponíveis para o acesso. Realizou-se uma nova busca na literatura científica utilizando-se o Google Acadêmico com os seguintes descritores: “Infecção do Trato Urinário na Gestação e o Parto Prematuro”. O recurso utilizado na pesquisa foi a expressão do termo exato associada aos descritores específicos. Foram selecionados apenas os artigos científicos da SciELO, pois as bases Cochrane e Capes não disponibilizaram artigos nesta sistemática de busca.

Foram encontrados 51 artigos científicos para a análise, destes, 42 foram excluídos através da leitura do resumo, pois para a revisão, elencamos como critério de inclusão: artigos publicados em idioma português, com textos completos para acesso nas bases de dados atualizados, estarem disponíveis *online* e gratuitamente. Como critérios de exclusão, elencamos

os artigos publicados em período anterior ao ano de 2013, publicações em outros idiomas, artigos que não contemplem a temática proposta no trabalho, textos que não apareçam na íntegra.

Procedeu-se leitura dos artigos na íntegra afim de responder aos objetivos propostos para este estudo. Para a organização e tabulação dos dados, utilizou-se um instrumento com os seguintes itens: título, periódico, ano de publicação, país ou estado do estudo, tipo de estudo. Seguindo estes critérios, foram selecionados para análise 9 artigos que são referenciados na discussão a seguir.

No que se refere aos pontos de convergência dos artigos que compuseram a revisão integrativa, elencou-se três categorias temáticas: orientação na prevenção da infecção urinária na gestação, perfil das gestantes e a qualidade da assistência no pré-natal.

Este estudo, mesmo que não envolvendo seres humanos diretamente, foi submetido à apreciação pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade de Santa Cruz do Sul (CEP-UNISC). Obtendo aprovação com CAAE 02467218.0.0000.5343.

Resultados

Pôde-se constatar que dos 9 artigos selecionados para o estudo, 55,55% (5 artigos) foram publicados em periódicos indexados nas bases de dados da Biblioteca Virtual SciELO (Scientific Electronic Library Online) e 44,44% (4 artigos) no Portal de Periódicos da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (Capes).

Tabela 1 - Descrição dos estudos incluídos na revisão integrativa, segundo título, periódico, ano de publicação, estado onde se desenvolveu o estudo e tipo de estudo

Cód.	Título	Periódico	Ano de publicação	Estado onde se desenvolveu o estudo	Tipo de estudo
A 1	Prevalência e fatores associados à internação hospitalar para tratamento da infecção do trato urinário durante a gestação.	Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia	2013	Rio Grande do Sul	Estudo retrospectivo
A 2	Preditores clínicos de bacteriúria assintomática na gestação.	Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia	2013	Bahia	Estudo descritivo, prospectivo de corte transversal
A 3	Avaliação do manejo da infecção urinária no pré-natal em gestantes do Sistema Único de Saúde no município do Rio de Janeiro.	Revista Brasileira de Epidemiologia	2013	Rio de Janeiro	Estudo seccional
A 4	Infecção urinária na gestação e sua correlação com a dor lombar versus intervenções de enfermagem.	Revista Dor. De São Paulo	2013	Pernambuco	Estudo transversal exploratório
A 5	Litíase urinária e gestação	Jornal Brasileiro Nefrologia	2014		Artigo de revisão
A 6	Infecção do trato urinário em gestantes: incidência e perfil de suscetibilidade.	Acta Biomedica Brasiliensia	2016	Paraná	Estudo descritivo, prospectivo e transversal

(continua)

(conclusão)

A 7	Perfil de suscetibilidade de uropatógenos em gestantes atendidas em um hospital no sudeste do estado do Pará, Brasil.	Revista Pan-Amaz. de Saúde	2016	Pará	Estudo descritivo, prospectivo e transversal
A 8	Orientações de enfermagem na prevenção de infecção urinária na gestação	Revista Saber Científico	2016	Porto Velho	Estudo de revisão bibliográfica descritiva
A 9	Incidência de infecções do trato urinário em gestantes e correlação com o tempo de duração da gestação	Acta Biomedica Brasiliensia	2017	Paraná	Estudo descritivo quantitativo

Fonte: Elaboração própria.

Os estudos foram promovidos entre os anos de 2013 e 2018, sendo quatro no ano de 2013 (45%), três no ano de 2016 (33%) e um estudo no anos de 2014 e 2017 (11%), respectivamente.

No que diz respeito ao local de origem das produções científicas, os estados estavam distribuídos da seguinte forma: Rio Grande do Sul 11,11% (1), Bahia 11,11% (1), Rio de Janeiro 11,11% (1), Pernambuco 11,11% (1), Pará 11,11% (1), Rondônia 11,11% (1), Paraná 22,22% (2) e 11,11 % (1) não especificou o estado de origem do estudo por tratar-se de um artigo de revisão.

Os estudos selecionados foram classificados quanto à sua categoria de publicação: 33,33% (3) estudos descritivos prospectivos de corte transversal, 11,11% (1) estudo retrospectivo, 11,11% (1) estudo seccional, 11,11% (1) estudo transversal exploratório, 11,11% (1) artigo de revisão, 11,11% (1) estudo de revisão bibliográfica descritiva e 11,11% (1) estudo descritivo quantitativo.

Quanto ao ambiente em que se realizaram os estudos, a atenção básica contou com três (33,33%), maternidade com um (11,11%), ambiente hospitalar um (11,11%), hospital, atenção básica e maternidade de forma concomitante com um (11,11%) e não especificaram o local do estudo com três (33,33%).

Dentre os nove artigos colhidos para esta revisão, verificou-se que em seis artigos (66,66%) as gestantes tinham idade entre 20-35 anos, três artigos (33,33%) as gestantes foram identificadas como não brancas, três (33,33%) citam a situação conjugal da gestante como fator de risco para ITU, seis (66,66%) descrevem a paridade das gestantes, destes, 33,3% apontam que as primigestas tem menor risco para ITU. O nível de escolaridade aparece em seis artigos

(66,66%) com uma média de ≥ 8 anos de estudo. No que se refere aos principais causadores de ITU em gestantes, cinco artigos (55,55%) apontam a *E.coli* como o principal microorganismo causador, e quatro artigos (44,44%) não especificaram o microorganismo causador da ITU.

Discussão

Após a classificação dos dados acima realizou-se uma leitura minuciosa dos 9 artigos, onde foram observados os seguintes eixos temáticos: Perfil das gestantes e a Qualidade da assistência no pré-natal e Orientação e prevenção da infecção urinária na gestação. Sendo que estes dois aspectos se fizeram presente em todos os artigos. Ou seja, esta foi a discussão comum entre os autores.

Como aspectos distintos em relação as temáticas discutidas nos artigos analisados, observou-se no estudo (A4) discute que das 124 gestantes participantes, 67% encontravam-se na faixa etária de 20 - 29 anos, 42% não possuíam nenhum grau de formação, 75% já possuíam filhos e a prevalência de ITU na gestação foi de 42%. Este estudo demonstrou que 83% das gestantes não realizavam a higiene da genital antes das relações sexuais e desconheciam a necessidade desta prática. Sabe-se que a prática sexual apresenta um risco 40% maior de desenvolver ITU e é um dos mais comuns meios de transporte mecânico de bactérias da região anal para a vagina e uretra. Essas orientações devem ser passadas pelo profissional de saúde no decorrer da assistência pré-natal, sendo que o déficit de orientações estão associados à elevada prevalência de ITU na gestação. Neste estudo evidenciou-se que as gestantes realizaram o pré-natal conforme recomendado pelo Ministério da Saúde, mas afirmaram que não recebiam orientações básicas. O estudo (A1) apresenta que das 2.288 mulheres incluídas na análise, 29,1% tinham mais de 30 anos, 80,9% tinham até 8 anos de estudo, 84,8% moravam com o companheiro e 23,6% não haviam feito pelo menos 2 exames de urina na gestação. Neste estudo, os autores apontam que ocorre uma inadequação na qualidade do pré-natal às mulheres com menor escolaridade, menor renda familiar e que não moram com seus companheiros, aumentando os riscos de ITU na gestação. O estudo (A3) afirma que o profissional pouco conversa com a paciente, talvez pelo excessivo número de atendimentos, com uma prática médica mais voltada para solicitar exames e prescrever medicamentos. Que se faz necessário uma adequação das unidades de saúde, para possibilitar um melhor atendimento às gestantes durante o pré-natal, pois este estudo avaliou 501 gestantes, 65,4% encontrava-se na faixa etária de 20 - 34 anos, 47,3% não possuíam nenhum grau de formação, 60,5% já possuíam filhos, 63,5% não exerciam nenhuma atividade remunerada, 55,7% eram pardas, 62% das gestantes afirmaram que não foram orientadas sobre os riscos da ITU na gestação e prevenção, e a prevalência de ITU na gestação foi de 46%.

Perfil das gestantes e a qualidade da assistência no pré-natal

Os artigos analisados indicam que é através do conhecimento científico que o profissional enfermeiro tem capacidade para identificar previamente quaisquer alterações no desenvolvimento da gestação. Para isso, é necessário que o enfermeiro tenha conhecimento do histórico familiar e pessoal da gestante, de suas condições socioeconômicas, afim de identificar fatores de risco que possam levar à possíveis complicações e adotar medidas de prevenções.

A equipe deve ter o compromisso de promover a saúde, levando em conta o contexto biopsicossocial de cada mulher, prestando uma assistência integral, afetiva, contínua e de qualidade. Para isso, é necessário que os profissionais de saúde tenham conhecimentos dos problemas mais prevalentes, para que sejam tomadas medidas necessárias para amenizar as repercussões indesejáveis na gestação, e que haja o planejamento de ações preventivas eficazes à esse grupo de gestantes.

Dessa forma, o enfermeiro é responsável pela capacitação de toda a equipe da atenção básica, pois todos os profissionais estão envolvidos no processo de captação precoce, na busca ativa das gestantes para dar início ao pré-natal e também pelas ações de prevenção à saúde da mãe e da criança⁷. Essa busca ativa muitas vezes é necessária devido a gestante possuir baixa escolaridade, conseqüentemente, o acesso a informação e o entendimento da importância dos cuidados com a sua saúde são limitados.

As gestantes com menor escolaridade, menor renda familiar e que não possuem companheiro são apontadas como as mulheres que têm menos chances de acesso aos serviços de saúde e menor grau de informação sobre a importância do pré-natal⁸. Isso reforça a importância da busca ativa por gestantes que estão em risco de vulnerabilidade social. A cor da pele é uma condição determinante para um melhor ou pior acompanhamento do pré-natal. Mulheres não brancas tendem a ter um pior acompanhamento durante o pré-natal, pois em um estudo realizado pelos autores, verificou-se que a prevalência da não realização do exame de urina foi de 10% entre as gestantes pobres, negras e de baixa escolaridade, e de 0,4% em gestantes brancas, ricas e escolarizadas⁹.

Em um estudo, a prevalência da ITU em gestantes primigestas foi menor em comparação com as mulheres que pelo menos já têm filhos. Os autores referem que as primigestas demonstram mais preocupação e zelo com a gravidez e recebem uma maior atenção por parte dos profissionais de saúde do que gestantes que já têm filhos⁹. Porém, em outro estudo houve um aumento da prevalência de ITU em mulheres primigestas, na faixa etária dos 21 a 30 anos de idade¹⁰.

Em um estudo realizado com 124 gestantes no município de Tupanatinga/PE, que deram entrada no pré-natal em uma Unidade de Saúde da Família, entre junho de 2009 e junho de 2010 mostrou que 42% não possuíam nenhum grau de formação escolar e 58% declarou trabalhar na agricultura¹¹.

Em um outro estudo realizado com 2.218 gestantes atendidas nos estabelecimentos do Sistema Único de Saúde do município do Rio de Janeiro no período de outubro de 2007 a maio de 2008, mostrou que 62% das gestantes consideraram como inadequado as orientações dos profissionais de saúde sobre os riscos da infecção do trato urinário na gestação. As autores referem que esta avaliação pode ter sido influenciada pelo grau de escolaridade das gestantes, e a dificuldade do profissional de saúde em estabelecer um diálogo e entendimento com as gestantes com baixa escolaridade¹².

A idade das gestantes também foi apontada como agravante para a infecção do trato urinário, onde a proporção de gestantes com menos de 19 anos foi 1,4 vezes maior em comparação aquelas sem infecção do trato urinário. Nesse sentido, o exame de urina de rotina no pré-natal e urocultura foram solicitados para 75% das gestantes, e 96% das gestantes com infecção do trato urinário receberam prescrição para tratamento, e que apenas 1/3 dos casos não foi pedido um novo exame de urina para controle da infecção conforme é recomendado pelo Ministério da Saúde¹². Esse resultado sugere que os profissionais pouco conversam com as pacientes, talvez pela grande demanda de atendimentos, com uma prática ainda voltada para solicitação de exames e tratamento médico.

Orientação e prevenção da infecção urinária na gestação

Nas equipes de saúde, o enfermeiro exerce um papel fundamental no desenvolvimento de ações educativas durante todo o período do pré-natal, visando a promoção e prevenção da saúde materno-infantil, assegurando uma diminuição dos riscos de complicações durante a gestação e puerpério, além de esclarecer as dúvidas das futuras mães. As gestantes que recebem uma assistência de qualidade durante o pré-natal apresentam uma redução nos riscos de morbidades que podem persistir mesmo após o parto, além das dificuldades que possam surgir durante o processo de amamentação.

Nestes sentido, é muito importante que o enfermeiro esteja atento durante a realização da anamnese nas consultas de pré-natal, pois é possível identificar gestantes com maior risco para o desenvolvimento da infecção do trato urinário (ITU), bem como, situações de risco que requerem cuidados clínicos de ação imediata.

É durante a realização da consulta de enfermagem que a mulher deve receber orientações sobre os cuidados acerca da sua gestação, prevenindo possíveis complicações que possam surgir durante o ciclo gravídico e puerpério. É neste momento que o enfermeiro deve educa-la sobre o surgimento de sinais e sintomas decorrentes da ITU, orientado a buscar os serviços de saúde imediatamente⁴.

Algumas orientações são imprescindíveis para prevenir ITU, devendo ser fornecidas à gestante pelo profissional enfermeiro, são elas: limpar a genitália de frente para trás após a micção e evacuação (contaminação da uretra com bactérias do trato intestinal); usar roupas íntimas com forro de algodão (proporciona transpiração da genitália e evita o aparecimento de bactérias); evitar roupas apertadas, principalmente jeans; evitar permanecer com roupas de banho úmidas (como maiôs, biquínis); evitar sais e espumas de banho (aditivos químicos adicionados a água alteram o pH vaginal); evitar papel higiênico colorido e perfumado; não utilizar desodorantes femininos íntimos (podem causar irritações e formação de feridas, favorecendo a contaminação por bactérias); não ignorar a necessidade de urinar (no mínimo a cada 2 horas) pois isso ajuda na limpeza da bexiga e da uretra, dificultando a infecção; urinar antes e após as relações sexuais (diminui a entrada de bactérias na bexiga); realizar a higiene íntima e do períneo 2 vezes ao dia; beber ao menos 2 litros de água por dia, isso aumenta a quantidade de urina e impede que as bactérias se fixem na parede da bexiga, causando a infecção⁴.

O enfermeiro deve orientar que a gestante evite o consumo de irritantes urinários como chás, bebidas alcoólicas, café e refrigerantes do tipo cola. Outra orientação muito importante é o total esvaziamento da bexiga, onde se faz necessário o forçamento da saída de toda a urina, evitando assim a estase urinária. Orientar a gestante quanto a importância de realizar caminhadas leves, pois a prática estimula a drenagem dos rins e auxiliam no metabolismo⁴.

A urocultura é considerada o padrão-ouro para o diagnóstico de ITU, sendo recomendado a realização do exame de urina juntamente com uma urocultura no primeiro e no terceiro trimestre gestacional. Os autores realizaram um estudo com 86 gestantes do município de Redenção/PA, entre os meses de setembro e outubro de 2015. Foram coletadas uma amostra de urina de cada participante e encaminhadas para o laboratório para serem analisadas em no máximo 2 horas. Das 86 amostras, 33 (38,4%) apresentaram crescimento $\geq 10^5$ UFC/mL, sendo assim consideradas positivas, e destes, 76% tinham apenas solicitação de exame simples de urina. Cabe ressaltar que o Ministério da Saúde recomenda a realização da urocultura juntamente com o exame simples de urina para o rastreamento da infecção do trato urinário na

gestação. Destaca-se a necessidade de um acompanhamento adequado e de qualidade devido a frequência de uroculturas positivas observadas neste estudo¹².

Por isso, enfermeiro deve instruir a gestante sobre como coletar a amostra limpa da urina para exames laboratoriais. A gestante deve realizar a limpeza e secagem da área perineal, após afastar os lábios vaginais e coletar a amostra do jato médio, sem tocar a pele. Esses passos são importantes para garantir que não haja a contaminação do frasco e conseqüentemente, alterações dos resultados¹². Um estudo apontou um déficit de 92% com relação à orientação dos profissionais quanto à técnica correta de coleta da urina para exames e 75% não tiveram conhecimento sobre o resultado do exame¹³.

A mulher deve ser instruída a concluir todo o esquema terapêutico, mesmo que os sintomas desapareçam logo após o início do tratamento, pois o uso incorreto do antibiótico pode levar a criação de novos organismos resistentes ao fármaco. Orientar sobre a importância de tomar o antibiótico nos horários certos para que os níveis do fármaco permaneçam constantes no organismo¹².

Conclusão

Esta revisão integrativa oportunizou reconhecer os estudos científicos acerca da ITU durante a gestação e seus possíveis agravos, bem como, a importância do papel do profissional enfermeiro no desenvolvimento de ações preventivas durante a assistência no pré-natal. Também foi possível perceber as questões que influenciam no surgimento de complicações às gestantes, muitas vezes ignoradas durante a assistência ao pré-natal como condições de moradia, renda familiar, nível de escolaridade, cor da pele, idade.

Evidenciou-se, que dentro do período temporal estabelecido para o estudo, 45% dos artigos foram publicados no ano de 2013 e o estado do Paraná foi o local que predominou nas produções dos estudos, com 22,2%. Quanto ao perfil de suscetibilidade das gestantes a ITU, 66,6% dos artigos apontam gestantes com média de idade entre 20-35 anos, 33,3% não brancas, 33,3% citam que morar ou não com o companheiro é um fator de risco, 66,6% apontam que as gestantes possuem baixo nível de escolaridade e 66,6% referem a paridade da mulher como fator de risco para a ITU.

O manejo inadequado do profissional enfermeiro acerca dos cuidados com as gestantes durante a assistência no pré-natal foram identificados em 66,6% dos artigos utilizados para esta revisão integrativa. A ITU está diretamente relacionada a qualidade do atendimento prestado às gestantes durante o pré-natal, principalmente as com menor nível socioeconômico. Para isso, é necessário que o enfermeiro desempenhe o seu papel de educador em saúde, promovendo ações que visam a prevenção de possíveis agravos durante a gestação, prestando uma assistência humanizada, mantendo uma postura acolhedora e escuta qualificada, assegurando assim, a adesão da gestante ao pré-natal.

Destaca-se a importância para um atendimento de pré-natal qualificado, com o número e tempo de consultas adequados, a realização dos exames de urina e urocultura conforme preconizado pelo MS, para que assim, o enfermeiro possa identificar previamente qualquer alteração no desenvolvimento da gestação.

Em suma, presume-se que esta revisão integrativa possa sensibilizar os enfermeiros que prestam assistência às gestantes durante o pré-natal. A ITU na gestação e a sua prevenção através das orientações do profissional enfermeiro abrangem um assunto extremamente importante e que precisa ser debatido amplamente. Por fim, novos estudos na área devem ser realizados para que haja uma melhoria na assistência e com isso, uma redução no número de casos de ITU na gestação, conseqüentemente, a diminuição nos riscos de morbimortalidade materna-infantil.

Referências

1. Costa SHM. et al. Rotinas em Obstetrícia. 7 ed. Porto Alegre: Artmed, 2017.
2. Andrade RS. Trabalho de Parto Prematuro: revisão integrativa da literatura. Porto Alegre, 2016.
3. Montenegro CAB, Rezende Filho J. Obstetrícia fundamental. 12 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011.
4. Meira JS, Costa LCL, Lima GAR. Orientações de enfermagem na prevenção de infecção urinária na gestação. Rev Saber Científico. Porto Velho, 2016:1-12.
5. Borbolato BM, Cardoso MP. O impacto do pré-natal na prevenção do parto prematuro. Revista Thêma et Scientia. 2015;5(1):147-159.
6. Ercole FF, Melo LS, AlcofOrado CLGC. Revisão Integrativa *versus* Revisão Sistemática. Rev Min Enferm, 2014.18(1).
7. Veiga SP, Boeira VL, Silva CM, Peder LD. Incidência de infecções do trato urinário em gestantes e correlação com o tempo de duração da gestação. Acta Biomédica Brasileira. 2017;8(1):95-105.
8. Hacknhaar AA, Albernaz EP. Prevalência e fatores associados à internação hospitalar para tratamento da infecção do trato urinário durante a gestação. Rev Bras Ginecol Obstet. 2013;35(5):199-204.
9. Vettore MV, Dias M, Vettore, MV, Leal, MC. Avaliação do manejo da infecção urinária no pré-natal em gestantes do Sistema Único de Saúde no município do Rio de Janeiro. Rev Bras Epidemiol. 2013;16(2):338-351.
10. Pigosso YG, Silva CM, Peder LD. Infecção do trato urinário em gestantes: incidência e perfil de suscetibilidade. Acta Biomédica Brasileira. 2016;7(1):64-73.
11. Barros SRAF. Infecção urinária na gestação e sua correlação com a dor lombar versus intervenções de enfermagem. Rev Dor São Paulo. 2013;14(2):88-93.
12. Oliveira RA, Ribeiro EA, Gomes MC, Coelho DD, Tomich GM. Perfil de suscetibilidade de uropatógenos em gestantes atendidas em um hospital no sudeste do Estado do Pará, Brasil. Rev Pan-Amaz Saude. 2016;7(3):43-50.
13. Darze OISP, Barroso U, Lordelo M. Preditores clínicos de bacteriúria assintomática na gestação. Rev Bras Ginecol Obstet, 2013;33(8):196-200.
14. Korpes F, Rauen EC, Heilberg IP. Litíase urinária na gestação. J Bras Nefrol. 2014;36(3):389-95.

APÊNDICE A – Projeto de pesquisa

CURSO DE ENFERMAGEM

Paola Scotta Ludtke

**INFECÇÃO DO TRATO URINÁRIO EM GESTANTES E O PARTO PREMATURO:
UMA REVISÃO INTEGRATIVA**

Santa Cruz do Sul

2018

Paola Scotta Ludtke

**INFECÇÃO DO TRATO URINÁRIO EM GESTANTES E O PARTO PREMATURO:
UMA REVISÃO INTEGRATIVA**

Projeto de Pesquisa apresentado à disciplina de Trabalho de Conclusão de Curso I, como requisito parcial para aprovação na disciplina.

Orientadora: Prof^ª. Dr^ª. Enf^ª. Vera Eleni da Costa Somavilla

Santa Cruz do Sul

2018

1 INTRODUÇÃO

Os nascimentos prematuros são marcados por uma série de contextos que envolvem causas múltiplas, deste modo constitui-se como uma temática de extrema relevância nas discussões no âmbito da saúde. Define-se nascimento pré-termo aquele que ocorre antes do tempo previsto, ou seja, entre a 20^a e a 37^a semanas de gestação, ou com menos de 259 dias contando do primeiro dia do último ciclo menstrual (COSTA et al., 2017).

Atualmente, a prematuridade é responsável por cerca de 75% da mortalidade neonatal no mundo. No Brasil, ocorrem cerca de 280 mil nascimentos pré-termo, o que corresponde à uma taxa de 12,3%, levando o país a ocupar o 10^o lugar entre os países que mais apresentam partos pré-termo (COSTA et al., 2017).

A prematuridade está relacionada à vários fatores de risco, muitos deles imprevisíveis, e está cada vez mais presente em todas as classes sociais. Destacam-se os fatores sociais, maternos e de saúde os que representam maior risco para parto prematuro. Atualmente, estudos evidenciaram que houve um aumento na procura dos serviços de reprodução assistida por mulheres com problemas de fertilidade, e que esta prática pode estar relacionada ao aumento das taxas de partos prematuros.

Costa et al. (2017) referem que o parto prematuro ainda compreende uma fisiologia pouco esclarecida e é decorrente de causas multifatoriais, o que torna a prevenção e o diagnóstico mais complexos para os profissionais envolvidos no cuidado à gestante durante a realização do pré-natal. O diagnóstico precoce do parto prematuro possibilita a intervenção do profissional da saúde em tempo hábil, aumentando assim as possibilidades de preveni-lo e, conseqüentemente, diminuir a morbimortalidade neonatal (ANDRADE, 2016).

A prematuridade causa um grande impacto emocional e financeiro às famílias, já que as expectativas em torno do nascimento do bebê sofrem modificações devido ao complicado processo do nascimento prematuro e, posteriormente, o tratamento das sequelas que o neonato pode vir a desenvolver em decorrência do parto pré-termo. Essas sequelas podem ser imediatas ao nascimento ou tardias, como agravos físicos e mentais permanentes. Estima-se que 50% das sequelas neurológicas estão relacionadas com a prematuridade (ANDRADE, 2016). Também implica em custos elevados para os serviços de saúde, já que a prematuridade traz consigo graves complicações para o neonato, exigindo assim cuidados especializados e de alta complexidade.

Atualmente, estudos vem mostrando um aumento na incidência de partos prematuros, e muitos deles ocorrem devido a Infecção do Trato Urinário (ITU) durante a gestação. De acordo

com Montenegro e Rezende Filho (2011), a ITU acomete cerca de 10 a 12% das gestantes, sendo a terceira intercorrência clínica mais comum durante a gravidez, podendo ocasionar o trabalho de parto prematuro, conseqüentemente, contribuir para a mortalidade materno-infantil.

As alterações físicas, emocionais e fisiológicas que ocorrem durante a gestação, tornam as mulheres mais vulneráveis às ITU. O trabalho de parto prematuro (TPP) e o parto prematuro (PP) são complicações da ITU na gestação (MEIRA; COSTA; LIMA, 2016). COSTA, et al. (2017) elencam como as principais complicações da ITU durante a gestação: parto prematuro, baixo peso ao nascer, rotura prematura de membranas, restrição de crescimento intraútero, paralisia cerebral ou retardo mental na infância, além do óbito perinatal.

Como a ITU agrava tanto o prognóstico materno quanto o perinatal, é necessário que os profissionais responsáveis pela assistência destas mulheres durante o pré-natal estejam atentos aos sinais e sintomas que elas possam vir apresentar. Se a ITU for diagnosticada e tratada precocemente, as chances de ocorrerem complicações diminuí consideravelmente.

Portanto, é durante o acompanhamento do pré-natal que busca-se prevenir, identificar e/ou corrigir anormalidades maternas ou fetais que possam afetar negativamente a gestação, incluindo fatores de risco obstétricos, socioeconômicos e emocionais, entre estes a ITU. A paciente é instruída no que se diz respeito à gravidez, ao trabalho de parto, ao parto e o atendimento ao recém-nascido (BORBOLATO; CARDOSO, 2015).

2 PROBLEMA DE PESQUISA

A partir de observações empíricas decorrentes das atividades das disciplinas práticas, foi possível observar um índice significativo de prematuridade. Ao observar os prontuários médicos e dialogar com as mães, percebeu-se que algumas referiam ter apresentado infecção do trato urinário (ITU) durante a gestação. Porém, esta informação não constava associada como a causa do nascimento prematuro. Tal observação conduz ao seguinte questionamento: “Os estudos científicos que servem como referencial teórico para os profissionais, evidenciam a relação entre gestação, prematuridade e infecção do trato urinário (ITU)?”

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo geral

Promover discussões em relação à gestação, Infecção do Trato Urinário (ITU) e prematuridade.

3.2 Objetivos específicos

- Investigar publicações que se referem à gestação, infecção do trato urinário (ITU) e prematuridade;
- Averiguar que abordagens em relação à esta temática estão sendo publicadas em periódicos indexados;
- Identificar o volume de publicações publicadas sobre o assunto.

4 JUSTIFICATIVA

Na atualidade, muitos estudantes e profissionais da saúde acessam as bases de dados como fonte de busca de informações e atualização para fundamentar suas condutas. E a adoção destas, na maioria dos casos, são tomadas a partir de evidências científicas. Deste modo, analisar a partir de um olhar mais apurado artigos disponibilizados nas bases de dados é um importante mecanismo para promover a reflexão e a problematização em relação à gestação, ITU e a prematuridade.

5 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

5.1 Conceitos e epidemiologia do parto prematuro

Conceitua-se como Parto Prematuro ou Pré-termo aquele em que o nascimento ocorre entre a 22^a (ou 154 dias) e a 37^a (ou 259) semanas de gestação, onde o trabalho de parto é caracterizado pela presença de contrações uterina frequentes (uma a cada 5 a 8 minutos), seguidas de modificações cervicais (dilatação maior que 2,0 cm e/ou esvaecimento maior que 50%) (BRASIL, 2012). A prematuridade é dividida de acordo com a idade gestacional (IG): extrema (abaixo de 28 semanas), grave ou moderada (de 28 a < 32 semanas) e tardia (de 32 a < 37 semanas) (MONTENEGRO; REZENDE FILHO, 2011).

Montenegro, Rezende e Filho (2011) definem o nascimento pré-termo como aquele ocorrido entre a 20^a e a 37^a semanas de gestação a partir da data da última menstruação, sendo que as consequências mais graves são observadas antes da 34^a semanas de gestação.

Enkin et al. (2005), apontam que menos de um quarto dos partos pré-termo ocorrem antes da 32^a semanas de gestação, e que o nascimento de um lactente com idade gestacional menor que 32 semanas completas, ou extremamente prematuros (menor que 28 semanas completas de gestação), tornam-se um enorme desafio para os profissionais de saúde, pois diminui a probabilidade de sobrevivência quanto a qualidade de vida do lactente. Quanto menor a IG do nascimento, maior será a morbimortalidade neonatal, portanto, se o nascimento ocorrer acima das 28 semanas (prematuridade extrema), há uma redução nas complicações neonatais (COSTA et al., 2017).

O número de partos pré-termo vem aumentando significativamente a cada ano, com variação de 5 a 18% em diferentes regiões e países, chegando a 15 milhões de prematuros no mundo. De acordo com Paganoti et al. (2015), o Brasil apresentou uma taxa de prematuridade de 11,8% no ano de 2011, e esses números estão intimamente relacionados com à alta morbimortalidade em neonatos, o custo elevado nos cuidados a esses recém-nascidos e à dificuldade em se estabelecer medidas preventivas para tal evento, o que constitui um importante problema de saúde pública em nosso país.

Costa et al. (2017) conferem à cesariana eletiva por conveniência como a principal responsável pela epidemia da prematuridade tardia (especialmente entre 34 e 37 semanas), já que esse tipo de procedimento só é indicado quando há algum tipo de risco para mãe e/ou bebê.

O manual técnico de Gestação de Alto Risco do Ministério da Saúde recomenda que a cesárea eletiva seja uma opção em situações de interatividade, ou seja, duas ou mais cicatrizes anteriores e em casos de contraindicação absoluta ao parto vaginal, excetuando-se as situações de urgência e sofrimento fetal (BRASIL, 2012).

Em 2013, a taxa de cesarianas realizadas no Brasil chegou a 56,6%, sendo que a recomendação da Organização Mundial da Saúde (OMS) é de 10 a 15%. Em 2016, foram registrados em

Porto Alegre/RS, 18.504 nascimentos, destes, 9.339 nasceram de parto cesáreo, o que corresponde a uma taxa de 50,47% (DATASUS). Essa incidência de cesáreas vem aumentando constantemente devido ao surgimento cada vez maior de gestantes com hipertensão arterial, distúrbio considerado grave durante a gestação (COLEGARI; GOUVEIA; GONÇALVES, 2016).

Atualmente, no Brasil, nascem cerca de 280 mil bebês prematuros (nascimento antes da trigésima sétima semana de gestação) o que corresponde a uma taxa de 12,3% dos nascimentos, levando o Brasil a ocupar a 10ª posição entre os países que mais apresentam partos prematuros (COSTA et al., 2017).

Os bebês prematuros apresentam alto risco de complicações respiratórias, gastrintestinais, neurológicas e imunológicas, necessitando de um maior período de internação, exigindo cuidados complexos e de altos custos (COSTA et al., 2017).

O parto pré-termo é responsável por 1:5 crianças com retardamento mental, 1:3 com defeito visual, e quase metade dos infantes com paralisia cerebral. O prognóstico tardio dos recém-nascidos com baixo-peso está onerado pelo risco de doença cardiovascular, diabetes tipo 2 e possivelmente câncer (MONTENEGRO; REZENDE FILHO, 2011, p. 362).

A prematuridade é responsável por 75% da mortalidade neonatal no mundo, onde anualmente morrem cerca de 1,1 milhão de bebês acometidos por complicações da prematuridade, e um número significativo sobrevivem com sequelas graves por toda a vida. Essas sequelas representam a principal causa de morte entre as crianças menores de cinco anos (COSTA et al., 2017; MONTENEGRO; REZENDE FILHO, 2011).

Costa et al. (2017) destacam que as taxas de mortalidade neonatal perduram em alta, porém apresentaram uma discreta diminuição nos últimos anos, embora a incidência de nascimentos pré-termo vem aumentando, o que pode estar relacionado com o aumento de gestações múltiplas e a reprodução assistida.

Mesmo que os cuidados com o pré-natal tenham melhorado desde a década de 60, com o uso de medicações tocolíticas e o aperfeiçoamento dos centros neonatais, Costa et al. (2017) apontam que o número de nascimentos prematuros não diminuiu significativamente. A realização do pré-natal é essencial para garantir às mulheres uma gestação segura e/ou saudável, pois a assistência quando prestada com qualidade, eficiência e eficácia, asseguram às gestantes o acesso à informações importantes sobre os cuidados com a sua saúde e a do bebê.

No Brasil, nos últimos anos houveram algumas iniciativas públicas com o intuito de qualificar a assistência e reduzir os índices de prematuridade, entre elas destacam-se o Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento (PHPN), implantado no ano 2000, incentiva as gestantes a buscarem o Sistema Único de Saúde (SUS) e estabelece que sejam realizadas, no mínimo, seis consultas: uma no primeiro trimestre de gravidez, duas no segundo e três no terceiro (BRASIL, 2014). O PHPN tem como principal objetivo, a progressiva difusão dos conhecimentos em saúde e educação durante o pré-natal. Em 2011, foi lançado o Programa Rede Cegonha, do Governo Federal, que visa melhorar o atendimento em todo o país desde a gestação até o pós-parto (BRASIL, 2014).

Esse crescimento no número de partos prematuros contraria as expectativas esperadas para o país, já que a maioria dos indicadores de saúde materno-infantil vem apresentando significativas melhorias (UNICEF, 2015).

5.2 Fatores de risco associados à prematuridade

O trabalho de parto prematuro (TPP) configura-se como um grande desafio para a obstetrícia, pois possui etiologia desconhecida ou multifatorial, dificultando as implementações de ações preventivas durante o pré-natal (LEIFER, 2013).

O diagnóstico de TPP é principalmente clínico, porém em muitas vezes, incerto. O TPP ocorre após o aparecimento de contrações uterinas regulares (2/10” com duração de 20” a 30”), acompanhadas de modificações no colo uterino (dilatação \geq a 2 cm e apagamento \geq 80%). A presença de contrações uterinas regulares é o marcador mais evidente para o TPP, porém apenas 26% das gestantes conseguem perceber as contrações uterinas (COSTA et al., 2017). Embora, mesmo que a gestante apresente contrações uterinas regulares e rítmicas e modificação cervical ausentes, é bem provável que a mesma esteja em falso trabalho de parto. Essas contrações uterinas tendem a ceder com o repouso, e principalmente se a causa de base for imediatamente identificada para tratamento (BORBOLATO; CARDOSO, 2015).

Os partos pré-termos podem ser classificados como espontâneos ou eletivos. Nas situações eletivas, se faz necessário o nascimento prematuro com a finalidade de prevenir ou tratar alguma condição de morbimortalidade materna ou fetal, como pré-eclâmpsia grave, descolamento de placenta, insuficiência placentária com sofrimento fetal crônico ocasionando a restrição de crescimento fetal (RCF), patologias da gemelaridade, infecções uterinas, oligodrâmnio, óbito fetal, entre outras (COSTA et al., 2017). Nessas situações, a gestante deve ser acompanhada por serviços especializados e com os recursos adequados para a assistência neonatal em prematuridade, bem como receber aconselhamento sobre a morbimortalidade associada ao TPP (BRASIL, 2012).

O parto prematuro espontâneo têm suas causas desconhecidas em 50% dos casos. No restante, está relacionado à fatores epidemiológicos, obstétricos e ginecológicos. A categoria epidemiológica abrange as gestantes de baixo nível socioeconômico, ausência de higiene corporal, estado nutricional comprometido, índice de massa corporal abaixo < 20 , tabagismo, consumo de bebidas alcoólicas, drogadição, depressão, violência física, não morar com o parceiro, poluentes (ex: dióxido de enxofre), baixa escolaridade, deficiência de vitaminas B₁₂ e B₆, enfermidades sexualmente transmissíveis (COSTA et al., 2017; LEIFER, 2013; MONTENEGRO; REZENDE FILHO, 2011).

Os fatores de risco obstétrico estão relacionados com história prévia de nascimento prematuro com trabalho de parto espontâneo, história de ruptura prematura de membranas pré-termo, história de perda gestacional precoce induzida ou aborto, insuficiência istmocervical, amniocentese, abortamento de repetição, gestação múltipla (risco de 50 a 70%), sangramento uterino, pielonefrite, bacteriúria assintomática, doenças crônicas, cirurgia abdominal na gestação, hipertermia materna, polidrâmnio. Quanto aos fatores ginecológicos, presença de vaginose bacteriana, cirurgias no colo uterino (conização a frio, LEEP, dilatações cervicais), fertilização assistida, extremos de idade materna (< 15 e > 35 anos), anomalias uterinas, miomas cervicais ou submucosos, polimorfismo dos fatores VII e XIII, etnia afrodescendente, nuliparidade, multiparidade (> 5), intervalo de gestação curto (< 12 meses), pai mais velho (COSTA et al., 2017; LEIFER, 2013; MONTENEGRO; REZENDE FILHO, 2011).

Mulheres com história prévia de parto prematuro tem suas chances aumentadas para um novo episódio de parto pré-termo. Após um parto pré-termo, as oportunidades de repeti-lo chegam a 20%, após dois partos pré-termo anteriores o risco é de 35 a 40%. Nos dias de hoje, são utilizados três grandes marcadores de parto pré-termo para mulheres com histórico de TPP: vaginose bacteriana (rastreada pelo Gram na gestação de 16 semanas), ultrassom (utilizada para medir o comprimento cervical - < 25 mm define risco aumentado para TPP - em gestantes

assintomáticas e naquelas que apresentam contrações) e fibronectina fetal (marcador bioquímico de TPP que está presente na secreção cervicovaginal) (LEIFER, 2013; MONTENEGRO; REZENDE FILHO, 2011). Bittar (2018), aponta que maioria das mulheres que têm partos prematuros não apresentam riscos aparentes.

Wachholz et al. (2016), mencionam que atualmente a prematuridade tornou-se um grande problema de saúde pública e esse aumento no número de partos pré-termo advém dos cuidados inadequados durante o pré-natal. Quando a assistência no pré-natal é realizada com qualidade, é possível prevenir, diagnosticar e tratar eventos indesejáveis que possam ocasionar danos para a gestante e o bebê, agindo em tempo hábil para evitar o parto prematuro.

Toda mulher que está em período gestacional necessita e tem o direito a uma assistência pré-natal de qualidade, importante tanto para a saúde materna quanto para a saúde do feto. Essa assistência de qualidade e diferenciada, de acordo com o risco gestacional, promove uma melhoria na saúde de ambos e mostra-se como uma prevenção para possíveis agravos (COLEGARI; GOUVEIA; GONÇALVES, 2016, p. 2).

Lowdermilk et al. (2012) referem que a enfermagem tem um papel fundamental na identificação e prevenção do TPP através da realização de uma assistência qualificada e de um olhar humanizado durante o pré-natal. São inúmeras as causas que podem levar à um TPP, grande parte delas são evitadas quando detectadas e tratadas precocemente (ex: infecções do trato urinário, vulvovaginites, pré-eclâmpsia). Dentre os cuidados de enfermagem, as gestantes devem ser orientadas quanto à prevenção e tratamento dessas doenças, e principalmente, sobre os sintomas do TPP e o que fazer caso eles ocorram. Outro ponto importante é o desenvolvimento de programas voltados à promoção da saúde e prevenção de doenças para a população feminina em idade de procriação, em especial aquelas com histórico de parto prematuro, onde é possível identificar os fatores de risco e corrigi-los a tempo de uma nova gestação (WACHHOLZ et al., 2016).

5.3 A infecção do trato urinário na gestação

A infecção do trato urinário (ITU) é uma patologia comumente encontrada em todas as faixas etárias, sendo o sexo feminino o mais acometido. Isso se deve à uretra mais curta que a masculina, a proximidade da região anal com a vagina e a contaminação da uretra feminina durante a relação sexual. Estima-se que 48% das mulheres apresentam ao menos um episódio de ITU na vida adulta (MEIRA; COSTA; LIMA, 2016).

O trato urinário é dividido em porção superior, constituído pelos rins, pelve renal e ureteres, e porção inferior, constituída pela bexiga urinária e uretra. As infecções das vias urinárias superiores são mais ascendentes, originando-se na bexiga urinária, ascendendo pelos ureteres até os rins. As infecções podem ser agudas ou recorrentes com dano inflamatório crônico (MEIRA; COSTA; LIMA, 2016).

A ITU corresponde ao crescimento e multiplicação de bactérias nos órgãos do sistema urinário, provocando lesões de graus variáveis. Essas infecções são classificadas como: bacteriúria assintomática (BA), uretrite, cistite e pielonefrite. A BA é a mais frequente entre os casos de ITU (2 a 10%), seguida da cistite aguda (1 a 1,5%) e da pielonefrite aguda (0,5 a 2%) (PIGOSSO; SILVA; PEDER, 2016).

A ITU pode ser classificada como baixa, acometendo a bexiga e uretra (cistite e bacteriúria assintomática – BA) ou alta, acometendo os rins e as cavidades pielocaliciais ou simultaneamente, os rins, cavidades pielocaliciais, bexiga e uretra, também chamadas de pielonefrite. A BA é a presença significativa de bactérias no trato urinário ($\geq 100.000/\mu\text{L}$ em duas amostras consecutivas de urina), e ausência de sintomas. A cistite ou ITU sintomática é caracterizada pela presença de bactérias associadas a sintomas baixos como disúria, urgência miccional, polaciúria, dor suprapúbica, hematúria e urina fétida. Está presente em 1 a 2% das gestantes (COSTA et al., 2017).

Já a pielonefrite aguda (PNA) é apontada por Costa et al. (2017) como um dos eventos mais graves que podem ocorrer durante a gestação, pois está associada aos riscos maternos e fetais, e é uma das maiores causas de hospitalização na gestação. A PNA é a infecção urinária que acomete o sistema coletor e a medula renal. Os sintomas da PNA são hipertermia, calafrios, náuseas/vômitos, dor lombar, dor à percussão lombar, disúria, polaciúria, urgência miccional e urina fétida/turva (COSTA et al., 2017).

A infecção urinária ocorre pelo acesso das bactérias à bexiga, onde fixam-se e colonizam o epitélio do trato urinário, evitando a depuração através da micção, dando início à um processo inflamatório. Muitas ITU resultam de organismos fecais que ascendem a partir do períneo até a uretra e bexiga (NETTINA, 2014).

A virulência bacteriana é apontada por Costa et al. (2017) como um importante componente na patogênese da ITU na gestante. Durante a gestação o pH da urina torna-se mais alcalino, favorecendo o crescimento bacteriano, na grande maioria cepas de *Escherichia coli*. Ela é considerada o uropatógeno mais comum, sendo responsável por 80% dos casos de ITU na gestação (FERNANDES, et al., 2015). Hein, Bortoli e Massafera (2016) apontam em seus estudos que 90% dos casos de ITU são causadas por *Escherichia coli*, os demais

microorganismos encontrados foram *Staphylococcus saprophyticus*, *Streptococcus agalactiae* e *Klebsiella pneumoniae*.

Durante a gestação, o trato urinário e os rins apresentam inúmeras alterações funcionais, anatômicas e fisiológicas. O tamanho dos rins e a filtração glomerular aumentam significativamente, principalmente na primeira metade da gestação, onde o fluxo renal aumenta em 50 a 85%. O aumento da frequência miccional no início da gestação é resultado das alterações hormonais, e, ao final da gestação, é a consequência de fatores mecânicos (COSTA et al., 2017).

A estase urinária e o refluxo vesicoureteral, favorecidos pela ação miorelaxante da progesterona e pela compressão mecânica do útero sobre os ureteres; as alterações físico-químicas da urina, como o aumento da glicose, aminoácidos e vitaminas na urina, favorecendo um meio propício ao crescimento bacteriano; a imunidade celular diminuída na gravidez; todos esses são fatores que tornam a gestante mais suscetível às infecções urinárias (COSTA, et al., 2017, p. 557).

Meira Costa e Lima (2016) apontam que além das modificações físicas e fisiológicas que ocorrem no corpo durante a gestação, as alterações emocionais tornam as gestantes mais vulneráveis às ITU. As alterações funcionais e anatômicas dos rins e das vias urinárias que ocorrem durante o ciclo gravídico, predispõe o surgimento de ITU às gestantes. A partir da sétima semana gestacional, as pelvis renais e ureteres já apresentam dilatação, e esta progride até o momento do parto, normalizando-se até o segundo mês após o parto. Os autores apontam que a ITU acomete cerca de 10 a 12% das gestantes, sendo a terceira intercorrência médica mais comum na gestação.

Hein, Bortoli e Massafra (2016) atribuem às complicações maternas como diabetes mellitus, hipotireoidismo, corioamnionite, anemia, hipertensão arterial e pré-eclâmpsia como contribuição no aparecimento da infecção urinária na gestação.

De acordo com Meira, Costa e Lima (2016), problemas mecânicos associados ao útero gravídico, o esvaziamento incompleto da bexiga, presença de refluxo vesicouretral e a ação da progesterona aumentam o risco para ITU durante a gestação.

Montenegro, Rezende e Filho (2011) apontam que a ITU é a complicação médica mais comum durante a gestação, acometendo 20% das gestantes e sendo responsável por 10% das hospitalizações anteparto. COSTA et al., (2017) referem que 10% das gestantes são acometidas por ao menos um episódio de ITU durante a gestação.

Montenegro, Rezende e Filho (2011) referem que a bacteriúria assintomática está presente em 6% das mulheres grávidas e que, se não forem tratadas, 40% evoluirão para

pielonefrite. A BA na gravidez aumenta 20-30 vezes o risco de pielonefrite aguda na gestação. Entre as gestantes com BA não tratadas, Costa et al. (2017) aponta que 30 a 40% desenvolverão ITU sintomática, e de 25 a 50% poderão apresentar pielonefrite. Meira Costa e Lima (2016) apontam que dentre os casos de pielonefrite durante a gravidez, cerca de 60 a 75% ocorrem durante o terceiro trimestre gestacional e está relacionada com a estase urinária e a hidronefrose.

Barros (2013) aponta que alguns sintomas da infecção urinária são difíceis de caracterizar por estarem presentes durante a gestação, como polaciúria e disúria, e que, a urgência miccional ocorre em percentuais mais baixos, de 1 a 1,5%. Isso retardaria o diagnóstico clínico de ITU, aumentando o risco para o TPP e internação da gestante.

Gestantes não alfabetizadas, com menor nível socioeconômico, múltiparas e mais jovens apresentam maiores chances de desenvolver BA. Já mulheres primigestas e mais jovens, apresentam maior chance de desenvolver pielonefrite (HACKENHAAR; ALBERNAZ, 2013). Conforme Hein, Bortoli e Massafra (2016), gestantes com baixa escolaridade, jovens, baixas condições socioeconômicas e sem uma relação conjugal estável, apresentam risco aumentado para BA.

Hachenhaar e Albernaz (2013) realizaram um estudo envolvendo 2.288 gestantes do município de Rio Grande (RS) no período de 1º de janeiro e 31 de dezembro de 2010, onde verificaram o histórico da internação hospitalar e a frequência da realização do exame de urina durante o pré-natal. Destas, 18,4% eram adolescentes, 29,1% tinham mais de 30 anos, 80,9% tinham 8 anos ou mais de estudo, 84,8% viviam com os companheiros e 19,1% eram tabagistas no primeiro trimestre da gestação. As gestantes que apresentaram maior risco de internação por ITU foram aquelas com menor nível econômico (3,5%), mais jovens (4,0%), com menor escolaridade (3,2%) e que não viviam com o companheiro (4,3%). Entre as gestantes que realizavam o pré-natal, 23,6% não haviam realizado pelo menos dois exames de urina durante a gestação. A taxa de internação para tratamento de ITU foi indicada em 2,9%, sendo considerada elevada se comparada com dados da literatura que trazem uma taxa de 1,4%. Os fatores relacionados com a não realização de dois exames de urina é apontado pelos autores como uma falha na qualidade à assistência ao pré-natal, pois são justamente as gestantes que estão no grupo de risco para internação hospitalar.

Grande parte dos casos de BA são detectadas durante a 1ª consulta de pré-natal. O diagnóstico e tratamento da BA no início da gestação diminui de 10 a 20% dos partos prematuros (MONTENEGRO; REZENDE FILHO, 2011). Para isso, O Ministério da Saúde do Brasil, preconiza que o exame de urina tipo I e a urucultura devem ser solicitados

rotineiramente na primeira consulta de pré-natal e repetido o sumário de urina no terceiro trimestre de gestação (BRASIL, 2012).

Hein, Bortoli e Massafera (2016) evidenciaram em seus estudos, que a maioria das gestantes não apresentaram sintomas de ITU antes da realização do exame de urina solicitado na 1ª consulta de pré-natal. Isso reforça a importância do rastreamento de BA para que seja realizado o tratamento precoce, evitando as complicações maternas e fetais. Estima-se que o tratamento da BA logo que diagnosticada, reduz em até 80% a incidência de pielonefrite, razão para que seja realizado o rastreamento das gestantes para posterior tratamento (COSTA, et al., 2017).

O exame qualitativo de urina (EQU) é citado por Costa et al. (2017) como um método não eficaz no rastreamento da BA durante a gestação, pois possui baixa sensibilidade e especificidade na detecção de microorganismos. Portanto é preconizada a realização de urocultura na primeira consulta de pré-natal. A urocultura é apontada por Fernandes et al. (2015) como padrão ouro para o diagnóstico de ITU, principalmente em casos de BA, pois a falta de sintomas pode dificultar o diagnóstico médico.

Alguns estudos apontam que apenas uma pequena porcentagem dos casos de BA são detectadas no primeiro trimestre da gestação, perdendo-se a oportunidade de realizar o tratamento precoce (FERNANDES et al., 2015). Esses autores apontam questões socioeconômicas como a cor da pele, baixa escolaridade, multiparidade, estado civil, dificuldades ao acesso físico e agendamento de exames nos serviços de saúde como as principais causas das pacientes não receberem atenção médica durante o primeiro trimestre da gestação.

Em um estudo realizado por Costa et al. (2016) em 61 prontuários de gestantes de alto risco atendidas no Instituto da Mulher do município de Francisco Beltrão, estado do Paraná, no período de janeiro a junho de 2015, verificou-se que a maioria das gestantes tinham idade entre 15 e 35 anos (n=50), 36,1% (n=22) eram trabalhadoras do lar, 47,5% (n=29) possuíam 2º grau completo, 52,5% (n=32) eram casadas e 62,3% (n=38) de cor branca. Dentre as gestantes analisadas, 54 mulheres (88,5%) possuíam antecedentes familiares, prevalecendo a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) (63,9%) presente em 39 mulheres. Verificou-se que 82% (n=50) das mulheres possuíam antecedentes pessoais e a Infecção do Trato Urinário (ITU) foi estimada em 52,5% (n=32) das gestantes, seguida pela HAS (21,3%) (n=13). O principal motivo pelo qual a gestante participou do pré-natal de alto risco foi a HAS, presente em 24,6% (n=15) das gestantes, seguido de 18% (n=11) por obesidade e 14,8% (n=9) por ITU. O risco da ITU na

gestação foi relatado nesse estudo como um fator relevante para complicação do período gestacional, visto que agrava o prognóstico materno e perinatal.

Pigosso, Silva e Peder (2016) apontam através de um estudo realizado em 50 gestantes da cidade de Missal, no estado do Paraná, que a amostra da urina de 9 mulheres apresentaram-se positivas no teste de urocultura, representando 18% dos casos de ITU. Dessas, 10% (5) das gestantes eram assintomáticas, isto é, não apresentavam nenhum sintoma característico da doença. Além disso, observou-se que conforme o avanço da idade gestacional, há um crescimento no número de ITU, ou seja, há uma maior incidência de infecções urinárias durante o terceiro trimestre da gestação (44,44%) quando comparadas ao segundo trimestre (33,33%), e ao primeiro (22,22%). Esse estudo possibilitou mostrar que o número de casos de ITU no grupo estudado, 18% dos casos, mostrou-se acima dos dados encontrados na literatura, no qual relata que a ITU acomete de 10 a 12% das gestantes, conforme MEIRA; COSTA; LIMA (2016).

Barros (2013) traz dados de uma pesquisa realizada nacionalmente sobre os hábitos de higiene genital entre um grupo de gestantes e constatou-se que 50,5% dessas realizavam a higiene genital após as evacuações, utilizando papel higiênico ou lenço umedecido, com movimentos da frente para trás, 7,7% realizavam a sua higiene genital no sentido contrário e 0,9% não faziam nenhum tipo de higiene genital. Esses últimos hábitos favorecem a colonização da vagina e da região uretral por microorganismos próprios da flora enteral, fatores de risco para a ITU e vulvovaginites. Também destaca-se a higiene da genitália antes e após as relações sexuais, pois aumenta cerca de 40% as chances de desenvolver ITU através de transporte mecânico das bactérias presentes na região do períneo para a vagina e uretra.

Diante do exposto, as gestantes que apresentarem alterações no sistema urinário devem ter um acompanhamento constante durante o pré-natal, pois além de desencadear o parto prematuro, a ITU resulta em complicações perinatais como restrição de crescimento intrauterino, baixo peso ao nascer, paralisia cerebral/retardo mental, leucomalácia periventricular, óbito perinatal e mortalidade fetal (FERNANDES, et al., 2015).

5.4 O papel da enfermagem na prevenção da infecção do trato urinário na gestação

Em razão da precariedade que a assistência médica vem enfrentando no Brasil durante os últimos anos, Barros (2013) refere que a enfermagem exerce um importante papel nas ações educativas e preventivas durante a assistência ao pré-natal e puerperal.

O profissional enfermeiro desempenha um papel fundamental durante o acompanhamento pré-natal, pois possui um papel educativo com a finalidade de promover saúde e qualidade de vida para a gestante e seu bebê. É através de uma escuta qualificada, postura acolhedora e de um olhar humanizado que este profissional realizará intervenções de enfermagem com qualidade, responsabilidade e conhecimento científico (HEIN; BORTOLI; MASSAFERA, 2016). É através do conhecimento científico que o profissional enfermeiro tem capacidade para identificar previamente quaisquer alterações no desenvolvimento da gestação (COSTA et al., 2017). O enfermeiro é responsável pela capacitação de toda a equipe da atenção básica, pois todos os profissionais estão envolvidos no processo de captação precoce e a busca ativa das gestantes para dar início ao pré-natal (VEIGA et al., 2017).

É durante a realização da consulta de enfermagem que a mulher deve receber orientações sobre os cuidados acerca da sua gestação, prevenindo possíveis complicações que possam surgir durante o ciclo gravídico e puerpério. É neste momento que o enfermeiro deve educa-la sobre o surgimento de sinais e sintomas decorrentes da ITU, orientado a buscar os serviços de saúde imediatamente (MEIRA; COSTA; LIMA, 2016).

Conforme Lowdermilk et al. (2012), as principais orientações que o profissional enfermeiro deve informar à gestante para prevenir a ITU são: limpar a genitália de frente para trás após a micção e evacuação (contaminação da uretra com bactérias do trato intestinal); usar roupas íntimas com forro de algodão (proporciona transpiração da genitália e evita o aparecimento de bactérias); evitar roupas apertadas, principalmente jeans; evitar permanecer com roupas de banho úmidas (como maiôs, biquínis); evitar sais e espumas de banho (aditivos químicos adicionados a água alteram o pH vaginal); evitar papel higiênico colorido e perfumado; não utilizar desodorantes femininos íntimos (podem causar irritações e formação de feridas, favorecendo a contaminação por bactérias); não ignorar a necessidade de urinar (no mínimo a cada 2 horas) pois isso ajuda na limpeza da bexiga e da uretra, dificultando a infecção; urinar antes e após as relações sexuais (diminui a entrada de bactérias na bexiga); realizar a higiene íntima e do períneo 2 vezes ao dia; beber ao menos 2 litros de água por dia, isso aumenta a quantidade de urina e impede que as bactérias se fixem na parede da bexiga, causando a infecção.

O enfermeiro deve orientar que a gestante evite o consumo de irritantes urinários como chás, bebidas alcoólicas, café e refrigerantes do tipo cola. Outra orientação muito importante é o total esvaziamento da bexiga, onde se faz necessário o forçamento da saída de toda a urina, evitando assim a estase urinária. Orientar a gestante quanto a importância de realizar

caminhadas leves, pois a prática estimula a drenagem dos rins e auxiliam no metabolismo (MEIRA; COSTA; LIMA, 2016).

Os enfermeiros devem instruir a gestante sobre como coletar a amostra limpa da urina para exames laboratoriais. A gestante deve realizar a limpeza e secagem da área perineal, após afastar os lábios vaginais e coletar a amostra do jato médio, sem tocar a pele. Esses passos são importantes para garantir que não haja a contaminação do frasco e conseqüentemente, alterações dos resultados (LEIFER, 2013).

Se o diagnóstico for positivo para ITU, a gestante deve iniciar o tratamento com antibióticos prescritos pelo médico. O tratamento para BA e sintomática deve ser feito com antibióticos aos quais a bactéria seja sensível, já que, junto com o EQU, é realizado a urocultura e o teste de sensibilidade ao antimicrobiano (TSA). O tratamento dura em média de 4-7 dias (COSTA et al., 2017).

A mulher deve ser instruída a concluir todo o esquema terapêutico, mesmo que os sintomas desapareçam logo após o início do tratamento, pois o uso incorreto do antibiótico pode levar a criação de novos organismos resistentes ao fármaco. Orientar sobre a importância de tomar o antibiótico nos horários certos para que os níveis do fármaco permaneçam constantes no organismo (LOWDERMILK et al., 2012). Após uma semana do término do tratamento, deve-se realizar uma nova urocultura para controle. Se for negativa, a urocultura deve ser repetida mensalmente até o final da gestação. Em caso de dois episódios de ITU na gestação, o médico deve avaliar a necessidade de profilaxia antimicrobiana, independente da presença de fatores predisponentes (COSTA et al., 2017).

O enfermeiro deve estar atento quanto ao surgimento de infecções por fungos durante o tratamento com antibióticos para a ITU. Esse tipo de medicação acaba matando a flora normal do trato geniturinário, bem como os organismos patológicos. A gestante deve ser orientada a aumentar o consumo de iogurtes, queijo ou leite que possuam em sua composição culturas ativadas *Lactobacillus acidophilus* em sua dieta, enquanto estiverem em uso de antibióticos (LOWDERMILK et al., 2012).

6 METODOLOGIA

6.1 Tipo de estudo

O presente trabalho trata-se de um estudo de revisão integrativa, que segundo Mendes; Silveira e Galvão (2008), esse método tem como propósito, reunir e sintetizar resultados de pesquisas sobre um determinado tema, contribuindo para o aprofundamento do conhecimento do tema estudado.

Marconi e Lakatos (2012), apontam a revisão integrativa como a forma de pesquisa que mais aprofunda o conhecimento da realidade, pois tem como preocupação central a identificação de fatores que determinam ou contribuam para o ocorrência dos fenômenos.

Ercole, Melo e Alcoforado (2014) referem-se à revisão integrativa como um estudo que tem a finalidade de sintetizar resultados obtidos em pesquisas realizadas sobre um determinado tema ou questão, de forma sistemática e abrangente. É denominada integrativa porque fornece informações mais amplas sobre o assunto/problema, constituindo um corpo de conhecimento.

6.2 Instrumento para coleta de dados da pesquisa

Para a realização deste trabalho, será realizada uma busca na literatura científica disponível através de artigos pesquisados em bases de dados da biblioteca virtual SciELO (Scientific Eletronic Library Online) e Cochrane, Portal de Periódicos da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (Capes), que contemplem o tema abordado e os objetivos pretendidos.

A pesquisa nas bases de dados será realizada através do preenchimento do campo de buscas com as palavras chaves: gestação, infecção do trato urinário (ITU), prematuridade. Para a realização desse estudo, será necessário à utilização de critérios de inclusão e critérios de exclusão. Como critérios de inclusão, será utilizado apenas artigos publicados em idioma português, com textos completos para acesso nas bases de dados atualizados, estarem disponíveis *online* e gratuitamente. Serão excluídos os artigos publicados em período anterior ao ano de 2013, publicações em outros idiomas, artigos que não contemplem a temática proposta no trabalho, textos que não apareçam na íntegra.

Em relação as bases de dados onde os artigos serão coletados - A SciELO é uma biblioteca eletrônica que abrange uma coleção selecionada de periódicos científicos brasileiros. Ela é o resultado de um projeto de pesquisa da FAPESP (Fundação de Amparo à Pesquisa do

Estado de São Paulo) em parceria com a BIREME (Centro Latino Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde), e desde 2002 conta com o apoio do CNPq (Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico). Tem como objetivo o acesso à coleções de periódicos, aos fascículos de cada título de periódico, assim como aos textos completos dos artigos e a busca se dá através do preenchimento de índices e formulários.

Inaugurado em 1996, o Cochrane Brazil é uma organização não governamental, sem fins lucrativos e sem fontes de financiamento internacionais, e tem como objetivo contribuir para o aprimoramento da tomada de decisões em Saúde, com base nas melhores informações científicas disponíveis. Essa biblioteca possui a maior base de dados de ensaios clínicos publicados, conhecida como CENTRAL. A busca nesta base pelos revisores é de suma importância para a obtenção dos ensaios clínicos randomizados que serão incluídos nas revisões sistemáticas.

O Portal de Periódicos, da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (Capes), é uma biblioteca virtual que reúne e disponibiliza a instituições de ensino e pesquisa no Brasil o melhor da produção científica internacional. Oficialmente lançado em 11 de novembro de 2000, o Capes conta com um acervo de mais de 53 mil títulos com texto completo, 129 bases referenciais, 11 bases dedicadas exclusivamente a patentes, além de livros, enciclopédias e obras de referência, normas técnicas, estatísticas e conteúdo audiovisual. É considerado um modelo de consórcio de bibliotecas único no mundo, pois é inteiramente financiado pelo governo brasileiro.

Possuem acesso livre e gratuito ao conteúdo do Portal de periódicos professores, pesquisadores, alunos e funcionários vinculados às instituições participantes. O Portal é acessado por meio de computadores ligados à internet e localizados nessas instituições ou por elas autorizados.

6.3 Procedimentos éticos

Este estudo, mesmo que não envolvendo seres humanos diretamente, irá ser submetido à apreciação pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade de Santa Cruz do Sul (CEP-UNISC), com o intuito de facilitar o processo de submissão de artigos oriundos dos resultados em revistas indexadas que solicitam a aprovação deste órgão para serem publicados.

6.4 Análise dos dados

Para analisar os dados da pesquisa utiliza-se o método de análise de conteúdo que conforme Bardin (2011), apresenta três fases fundamentais: pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados, a inferência e a interpretação, ou seja: a pré-análise, a análise e a pós-análise.

A análise de dados é descrita como:

Um conjunto de técnicas de análise das comunicações visando a obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção (variáveis inferidas) destas mensagens (BARDIN, 2011, p. 47).

Os documentos analisados serão artigos científicos, e para este processo, seguiremos um roteiro que irá possibilitar uma maior coerência no tratamento dos dados. Após, os resultados serão discutidos de acordo com os referencias teóricos que fundamentam o tema e a análise integrativa.

8 ORÇAMENTO

TÍTULO DA PESQUISA: “Infecção do Trato Urinário em Gestantes e o Parto Prematuro: uma revisão integrativa.”

GESTOR FINANCEIRO (Orientador): Prof^ª. Dr^ª. Enf^ª. Vera Elenei da Costa Somavilla.

Materiais	Quantidade	Valor unitário do item (R\$)	Valor total do item (R\$)
Papel sulfite 75g tamanho A4	100 folhas (1 pacote)	R\$ 25,00	R\$ 25,00
Impressões (3 vias TCC)	100 folhas	R\$ 0,25	R\$ 25,00
Encadernação (TCC)	03	R\$ 4,00	R\$ 12,00
Capa Unisc	03	R\$ 0,50	R\$ 1,50
Pen Drive	01	R\$ 45,00	R\$ 45,00
VALOR TOTAL DO ORÇAMENTO (R\$)			R\$ 108,50

Vera Elenei da Costa Somavilla

REFERÊNCIAS

- ANDRADE, Rafaella Souza. *Trabalho de Parto Prematuro: revisão integrativa da literatura*. Porto Alegre, 2016.
- BARDIN, Laurence. *Análise do conteúdo*. Lisboa: Edições 70, 2011. Disponível em: <<http://pt.slideshare.net/alasiasantos/analise-de-conteudo-laurence-bardin>> Acesso em: 20 set. 2018
- BARROS, Simone Regina Alves Freitas. Infecção urinária na gestação e sua correlação com a dor lombar versus intervenções de enfermagem. *Revista Dor São Paulo*, v. 14, n. 2, p. 88-93, 2013.
- BITTAR, Roberto Eduardo. Parto pré-termo. *Revista de Medicina*, v. 97, n. 2, p. 195-207, 2018.
- BORBOLATO, B. M.; CARDOSO, M. P. O impacto do pré-natal na prevenção do parto prematuro. *Revista Thêma et Scientia*, v. 5, n. 1, p. 147-159, 2015.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *Gestação de alto risco: manual técnico*. 5 ed. Brasília (DF): Editora do Ministério da Saúde, 2012. (Série A. Normas e Manuais Técnicos).
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Humanização do Parto e do Nascimento*. Ministério da Saúde: Brasília, 2014. 465 p. (Caderno Humaniza SUS; v. 4).
- CALEGARI, R. S.; GOUVEIA, H. G.; GONÇALVES, A. C. Intercorrências clínicas e obstétricas vivenciadas por mulheres no pré-natal. *Revista Cogitare Enferm*, v. 21, n. 2, p. 01-08, 2016.
- COSTA, L. D. et al. Perfil epidemiológico de gestantes de alto risco. *Revista Cogitare Enferm*, v. 21, n. 2, p. 01-08, 2016.
- COSTA, S. H. M. et al. *Rotinas em Obstetrícia*. 7 ed. Porto Alegre: Artmed, 2017.
- DATASUS. Ministério da Saúde. *SINASC-Sistema de Informações de Nascidos Vivos*, 2018. Disponível em: www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=02. Acesso em 22 de agosto de 2018.
- ENKIN, M. et al. *Guia para atenção efetiva na gravidez e no parto*. 3 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005.
- ERCOLE, F. F.; MELO, L. S.; ALCOFORADO, C. L. G. C. Revisão integrativa versus revisão sistemática. *Revista Mineira de Enfermagem*, v. 18, n. 1, 2014.
- FERNANDES, F. A. et al. Relevância do diagnóstico e tratamento da infecção do trato urinário em gestantes: uma revisão da literatura. *C&D-Revista Eletrônica da Fainor*, Vitória da Conquista, v.8, n.1, p. 54-70, jan./jun.2015.

HACKENHAAR, A. A.; ALBERNAZ, E. P. Prevalência e fatores associados à internação hospitalar para tratamento da infecção do trato urinário durante a gestação. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, v. 35, n. 5, p. 199-204, 2013.

HEIN, S.; BORTOLI, C. F. C.; MASSAFERA, G. L. Fatores relacionados à infecção de trato urinário na gestação: revisão integrativa. *Journal of Nurse Health*, v. 1, n. 1, p: 83-91, 2016.

LEIFER, Glória. *Enfermagem obstétrica*. 11 ed. Rio de Janeiro: Elsevier: 2013.

LOWDERMILK, L. L. et al. *Obstetrícia e saúde da mulher*. 10 ed. Rio de Janeiro: Elsevier: 2012.

MARCONI, M. A.; LAKATOS, E. M. *Fundamentos de metodologia científica*. 5 ed. São Paulo: Atlas, 2012.

MEIRA, J. S.; COSTA, L. C. L.; LIMA, G. A. R. Orientações de enfermagem na prevenção de infecção urinária na gestação. *Revista Saber Científico*, Porto Velho, v., n., p: 1-12, 2016.

MENDES, K. D. S.; SILVEIRA, R. C. C. P.; GALVÃO, C. M. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. *Texto & Contexto Enfermagem*, Florianópolis, v. 17, n. 4, p: 758-764, 2008.

MONTENEGRO, C. A. B.; REZENDE FILHO, J. *Obstetrícia fundamental*. 12 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011.

NETTINA, Sandra M. *Prática de Enfermagem*. 9 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2014.

PAGANOTI, C. et al. As infecções genitais podem alterar os resultados dos testes preditivos do parto prematuro? *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, v. 37, n. 1, p: 10-15, 2015.

PIGOSSO, Y. G.; SILVA, C. M.; PEDER, L. D. Infecção do trato urinário em gestantes: incidência e perfil de suscetibilidade. *Acta Biomédica Brasileira*, v. 7, n. 1, p: 64-73, 2016.

UNICEF BRASIL [homepage na Internet]. *Consultoria: pesquisa para estimar a prevalência de nascimentos pré-termo no Brasil e explorar possíveis causas*. 2015. Disponível em: <http://www.unicef.org/brazil/pt/br_prematuridade_possiveis_causas.pdf>. Acesso em 18 ago. 2018.

VEIGA, S. P. et al. Incidência de infecções do trato urinário em gestantes e correlação com o tempo de duração da gestação. *Acta Biomédica Brasileira*, v. 8, n. 1, p: 95-105, 2017.

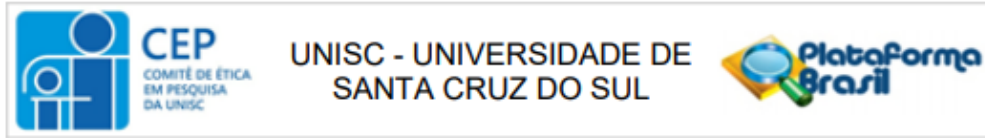
WACHHOLZ, V. A. et al. Relação entre a qualidade da assistência pré-natal e a prematuridade: uma revisão integrativa. *Revista Brasileira de Educação e Saúde*, v. 6, n. 2, p: 01-07, 2016.

ANEXO - Roteiro para a estruturação da pesquisa

Para oportunizar as respostas ao objetivo do estudo, serão utilizadas as seguintes questões de pesquisa:

1. Pesquisar nas bases de dados indexadas (bases de dados descritas na metodologia), com os seguintes descritores: gestação, infecção do trato urinário (ITU) e prematuridade;
2. Identificação do ano de publicação (2013 a 2018) e quais são os objetivos da pesquisa;
3. Identificação do número de estudos desenvolvidos;
4. Área de desenvolvimento da pesquisa - a pesquisa foi desenvolvida por profissionais de qual área;
5. Identificação dos temas abordados nos artigos selecionados.

ANEXO A – Parecer Consubstanciado CEP/UNISC



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: INFECÇÃO DO TRATO URINÁRIO EM GESTANTES E O PARTO PREMATURO: UMA REVISÃO INTEGRATIVA

Pesquisador: Vera Elenei da Costa Somavilla

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 02467218.0.0000.5343

Instituição Proponente: Universidade de Santa Cruz do Sul - UNISC

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.017.508

Apresentação do Projeto:

Trata-se de projeto de TC, da aluna Paola Scotta, do curso de Enfermagem, orientado pela profa. Vera Elenei da Costa Somavilla.

O estudo será realizado através de artigos pesquisados em bases de dados da biblioteca virtual SciELO (Scientific Electronic Library Online) e Cochrane, Portal de Periódicos da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (Capes), que contemplem o tema abordado e os objetivos pretendidos.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo geral

Promover discussões em relação à gestação, infecção do Trato Urinário (ITU) e prematuridade.

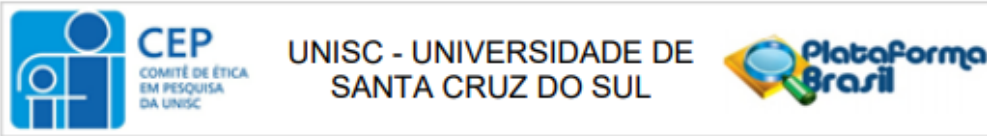
Objetivos específicos

- Investigar publicações que se referem à gestação, infecção do trato urinário (ITU) e prematuridade;
- Averiguar que abordagens em relação à esta temática estão sendo publicadas em periódicos indexados;
- Identificar o volume de publicações publicadas sobre o assunto.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Endereço: Av. Independência, nº 2293 -Bloco 6, sala 603
Bairro: Universitário **CEP:** 96.815-900
UF: RS **Município:** SANTA CRUZ DO SUL
Telefone: (51)3717-7680 **E-mail:** cep@unisc.br



Continuação do Parecer: 3.017.508

O estudo não oferece nenhum tipo de riscos pois utilizará fonte secundária de dados, constituída por artigos disponíveis em base de dados pública.

Benefícios:

Problematizar e promover reflexões a cerca da Infecção urinária na gestação como fator de risco para prematuridade.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O presente trabalho trata-se de um estudo de revisão integrativa, que segundo Mendes; Silveira e Galvão (2008), esse método tem como propósito, reunir e sintetizar resultados de pesquisas sobre um determinado tema, contribuindo para o aprofundamento do conhecimento do tema estudado.

Marconi e Lakatos (2012), apontam a revisão integrativa como a forma de pesquisa que mais aprofunda o conhecimento da realidade, pois tem como preocupação central a identificação de fatores que determinam ou contribuam para o ocorrência dos fenômenos. Ercole, Melo e Alcoforado (2014) referem-se à revisão integrativa como um estudo que tem a finalidade de sintetizar resultados obtidos em pesquisas realizadas sobre um determinado tema ou questão, de forma sistemática e abrangente. É denominada integrativa porque fornece informações mais amplas sobre o assunto/problema, constituindo um corpo de conhecimento. Para a realização deste trabalho, será realizada uma busca na literatura científica disponível através de artigos pesquisados em bases de dados da biblioteca virtual SciELO

(Scientific Electronic Library Online) e Cochrane, Portal de Periódicos da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (Capes), que contemplem o tema abordado e os objetivos pretendidos.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Termos presentes e adequados.

Recomendações:

Não há

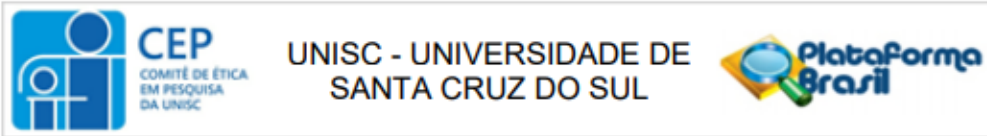
Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Projeto aprovado

Considerações Finais a critério do CEP:

Projeto aprovado e em condições de ser executado conforme documentos apresentados e anexados à PB.

Endereço: Av. Independência, nº 2293 -Bloco 6, sala 603
Bairro: Universitário **CEP:** 96.815-900
UF: RS **Município:** SANTA CRUZ DO SUL
Telefone: (51)3717-7680 **E-mail:** cep@unisc.br



Continuação do Parecer: 3.017.508

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1245454.pdf	06/11/2018 09:13:21		Aceito
Folha de Rosto	FRP.pdf	06/11/2018 09:12:48	Vera Elenei da Costa Somavilla	Aceito
Declaração de Pesquisadores	CA.pdf	25/10/2018 18:36:40	Vera Elenei da Costa Somavilla	Aceito
Cronograma	CR.pdf	25/10/2018 18:36:09	Vera Elenei da Costa Somavilla	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	TCI.pdf	25/10/2018 18:35:50	Vera Elenei da Costa Somavilla	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	CJ.pdf	25/10/2018 18:35:21	Vera Elenei da Costa Somavilla	Aceito
Orçamento	or.pdf	25/10/2018 18:27:26	Vera Elenei da Costa Somavilla	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

SANTA CRUZ DO SUL, 13 de Novembro de 2018

**Assinado por:
Renato Nunes
(Coordenador(a))**

Endereço: Av. Independência, nº 2293 -Bloco 6, sala 603
Bairro: Universitário **CEP:** 96.815-900
UF: RS **Município:** SANTA CRUZ DO SUL
Telefone: (51)3717-7680 **E-mail:** cep@unisc.br

ANEXO B – Normas da revista



CAPA SOBRE ACESSO CADASTRO PESQUISA ATUAL ANTERIORES NOTÍCIAS SUBMISSÕES DE ARTIGOS
 INDEXADORES TUTORIAL SEER AVALIADORES AD HOC

Capa > Sobre a revista > **Submissões**

Submissões

- [Submissões Online](#)
- [Diretrizes para Autores](#)
- [Declaração de Direito Autoral](#)
- [Política de Privacidade](#)

Submissões Online

Já possui um login/senha de acesso à revista Revista Baiana de Enfermagem?
[ACESSO](#)

Não tem login/senha?
[ACESSE A PÁGINA DE CADASTRO](#)

O cadastro no sistema e posterior acesso, por meio de login e senha, são obrigatórios para a submissão de trabalhos, bem como para acompanhar o processo editorial em curso.

Diretrizes para Autores

INSTRUÇÕES PARA PREPARAÇÃO E SUBMISSÃO DOS MANUSCRITOS

Envio de manuscritos

A submissão de manuscritos poderá ser realizada nos idiomas português, inglês e espanhol, e, contemplar as categorias Artigos Originais, Revisão de literatura, Relato de experiência, Reflexão teórica/crítica ou Ensaio, Resenhas e Cartas ao Editor, sendo prioridade para publicação os Artigos Originais.

O manuscrito deve ser submetido pelo site <http://www.portalseer.ufba.br/index.php/enfermagem>. E devem ser enviados exclusivamente à RBE, não sendo permitida sua submissão simultânea a outro periódico, parcial ou integralmente.

CÓDIGO DE BOAS PRÁTICAS CIENTÍFICAS PARA PUBLICAÇÃO

A RBE aceita a submissão de manuscritos de caráter inédito e original, condenando fortemente o plágio e o autoplágio.

O manuscrito que apresentar semelhanças com artigos ou outros trabalhos científicos já publicados serão excluídos do processo de avaliação.

Serão seguidas as diretrizes do *Code of Conduct and Best Practice Guidelines for Journal Editors do Committee on Publication Ethics (COPE)* (<http://publicationethics.org/>).

Após a publicação, os artigos passarão a ser de propriedade da RBE, sendo vedada a sua reprodução parcial ou total, em qualquer meio de divulgação, sem a autorização prévia do Conselho Editorial da RBE. Sendo permitida sua reprodução em outras publicações mediante autorização do Conselho Editorial, deverá constar a citação da publicação original.

Vale ressaltar que os conceitos, ideias e opiniões emitidos nos manuscritos, bem como a exatidão, adequação e procedência das citações bibliográficas são de inteira responsabilidade da(o)s autora(s), não refletindo a posição da RBE. A RBE não assume a responsabilidade por equívocos gramaticais, e se dá, portanto, o direito de decidir quanto a alterações e correções.

A RBE adota as políticas de registro prévio de ensaios clínicos (estudos experimentais randomizados) exigidas pela Organização Mundial da Saúde (OMS) e pelo *International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE)*. Deste modo, o registro dos ensaios clínicos deverá ser realizado em plataforma que atenda aos critérios estabelecidos por essas organizações. O número/protocolo de registro do ensaio clínico deverá estar claramente especificado na Página de Identificação do manuscrito e em parágrafo do Método concernente aos aspectos éticos e legais.

A Revista Baiana de Enfermagem desencoraja o envio de submissões de artigos originais cujos dados foram coletados há mais de quatro anos e de revisões de literatura e relatos de experiências que foram realizados há mais de um ano.

CUSTOS DE PUBLICAÇÃO

A(o)s autora(e)s são responsáveis pelos custos referentes às taxas de submissão e de publicação, assim como, pelos custos de revisão/normalização e tradução do artigo para o idioma em inglês, após o aceite para publicação.

O comprovante de pagamento da taxa de submissão e publicação não aparecem automaticamente. A(o)s autora(e)s têm que gerar a Guia de Recolhimento da União (GRU) no site da Universidade Federal da Bahia:

https://sggru.ufba.br/sggru/publico/escolha_cadastro_externo.jsf?auth=hNWWvNWHvOg=

Orientações: Ao acessar o link, clicar na opção gerar nova GRU, clicar na opção REVISTA BAIANA DE ENFERMAGEM e, a seguir, preencher os dados pessoais, escolher uma data de vencimento e clicar na opção "Gerar GRU". Utilizar o navegador *Google Chrome*.

A cópia do comprovante pago da taxa de submissão deve ser anexada como documento suplementar, na submissão do manuscrito para avaliação. E a de publicação, logo após o recebimento da carta de aceite para a publicação do artigo.

Destaca-se que, em nenhuma hipótese, a RBE realiza ressarcimento das taxas paga por meio da GRU.

SUBMISSÃO DO ARTIGO

O número de autores está limitado a seis, exceto em casos de estudo multicêntrico ou similar.

O preenchimento dos metadados é obrigatório, sem o qual o manuscrito não poderá seguir para a etapa de avaliação. Preencher de forma correta e detalhada todas as informações solicitadas:

- Título: em caixa alta, no idioma original.
- Autor(es): Devem ser apresentados os nomes completos, titulação acadêmica, instituição (cidade, estado e país), sem abreviações e/ou siglas e e-mail.
- Resumo da Biografia sem abreviaturas: formação acadêmica, maior titulação, atividade principal (professor assistente, adjunto, titular; estudante de graduação, pós-graduação e especialização), afiliação (instituição de origem, departamento, cidade, estado e país) e contato telefônico.

Sinalizar o Autor para correspondência: nome, e-mail e telefone.

- Conflito de interesses: caso exista alguma relação entre os autores e qualquer entidade pública ou privada que possa gerar conflito de interesses, esta possibilidade deve ser informada.

Durante o processo de Submissão, anexar como **Documentos Suplementares**:

- Cópia do comprovante de pagamento da taxa de submissão.
- Carta de anuência assinada por toda(o)s a(o)s autora(e)s.
- Para as pesquisas que envolvem seres humanos deverá ser anexada cópia do documento de aprovação por um Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) reconhecido pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP), conforme a Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde (CNS), ou normas equivalentes ao país de origem da pesquisa.
- Folha de rosto (não deve constar qualquer tipo de identificação no corpo do texto): título em português, inglês e espanhol (máximo de 15 palavras); sugestão de título curto (máximo de 10 palavras); autores (nomes completos); instituições às quais os autores mantêm vínculo acadêmico; nome, endereço institucional completo, telefone e endereço eletrônico do autor responsável pela correspondência; critérios de autoria; fontes de financiamentos; conflitos de interesse e agradecimentos, quando existirem.

Tutorial para submissão de artigos no Sistema Eletrônico de Editoração de Revista - SEER:

http://www.fundace.org.br/artigos_racef/tutorial_submissao_artigos.pdf

CRITÉRIOS DE AUTORIA

A RBE adota os critérios de autoria deliberados pelo *Uniform Disclosure Form for Potential Conflicts of Interest* (ICMJE). Deste modo, devem ser especificadas as contribuições individuais de cada autor(a) na elaboração do manuscrito. As condições a seguir devem ser integralmente atendidas:

1. Concepção e projeto ou análise e interpretação dos dados.
2. Redação do artigo ou revisão crítica relevante do conteúdo intelectual.
3. Aprovação final da versão a ser publicada.

A quantidade de autora(e)s limita-se a 6 e, excepcionalmente, quando se tratar de estudo multicêntrico, será avaliada a possibilidade de inclusão de mais autora(e)s, considerando as justificativas apresentadas para cada autor(a) excedente.

Caso a contribuição da(o)s autora(e)s não se enquadre nos critérios do ICMJE especificados acima, seus nomes podem ser citados na seção Agradecimentos.

CONDIÇÕES PARA SUBMISSÃO

Como parte do processo de submissão, os autores são obrigados a verificar a conformidade da submissão em relação a todos os itens listados no *Check List*. As submissões que não estiverem de acordo com as normas serão devolvidas aos autores.

Os autores deverão realizar a *checklist* antes da submissão do artigo no portal, com o objetivo de verificar a adequação às normas de Revista Baiana de Enfermagem (RBE) contidas nas Diretrizes para Autores. O(a) autor(a) responsável pela submissão deve assinar e anexá-lo no sistema como documento suplementar.

CHECKLIST DOS AUTORES

1. A área da temática do manuscrito é relevante e pertinente ao escopo da Revista.
2. O título reflete o objeto do estudo, sendo conciso e compreensível.
3. O resumo tem no máximo 150 palavras. Está estruturado e especifica o(s) objetivo(s), método, principais resultados e conclusão, de maneira pertinente.
4. A introdução apresenta a relevância científica e social da temática. Contém problemática do estudo, objeto de estudo, justificativa, explicitação dos conceitos utilizados e objetivo(s).
5. O método utilizado é adequado ao objeto de estudo.
6. Descreve o tipo e a natureza da pesquisa, campo/lócus, população/amostra/participantes, critérios de inclusão e exclusão, período e procedimentos/materiais adotados na coleta de dados, instrumento(s) utilizado(s), análise de dados e aspectos éticos.
7. Foram observados os Guias internacionais para preparo de manuscritos, de acordo com método elegido: estudos qualitativos – COREQ; revisões sistemáticas e metanálises – PRISMA; estudos observacionais em epidemiologia – STROBE; e ensaio clínico randomizado – CONSORT.
8. Os resultados estão descritos adequadamente e coerentes com o(s) objetivo(s) do estudo.
9. A discussão está apresentada de forma coerente com os resultados e objetivos.
10. A conclusão está coerente com os resultados e discussão.
11. Tem coerência e sequência lógica entre e dentro as seções do artigo. Observa as normas da língua de origem.
12. A contribuição é original e inédita. Em caso negativo está justificado em "Comentários ao Editor".
13. Os arquivos para submissão estão em formato *Microsoft Word*, *OpenOffice* ou *RTF*.
14. Todas as informações dos autores e do manuscrito estão devidamente preenchidas no metadados do sistema/portal RBE.
15. Foram anexados todos os Documentos Suplementares (Comprovante de pagamento; Carta de anuência assinada por todos autores; Autorização do CEP; Folha de rosto e *checklist* assinado).
16. Existem, no máximo, seis autores (exceto em estudo multicêntrico).
17. Foram retiradas do corpo do trabalho quaisquer informações que identifiquem a autoria (nomes, financiamento, título de origem do recorte, agradecimentos).
18. O título tem no máximo 15 palavras e está escrito em caixa alta.
19. O texto está com espaço 1,5 entre as linhas e usa fonte de 12-Times New Roman.
20. Os parágrafos estão com recuo de 1,25 cm. As margens estão com 2 cm em todos os lados.
21. Emprega itálico em vez de sublinhado (exceto em endereços URL).
22. Os descritores estão localizados após o resumo e em número de três a seis.
23. Os descritores estão de acordo com os Descritores em Ciências da Saúde (DeCS - <http://decs.bvs.br>) ou *Medical Subject Headings* (MeSH). São adequados ao objeto do estudo.
24. As ilustrações (gráfico, quadro, esquema, mapa, imagem, fluxograma, foto, etc.) e tabelas estão inseridas no corpo do texto e logo após a primeira menção no texto.
25. As ilustrações estão citadas com letra inicial maiúscula e em sequência numérica, utilizando algarismos arábicos.
26. As tabelas foram elaboradas conforme as normas do IBGE - Normas de Apresentação Tabular (<http://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv23907.pdf>): título informativo, conciso e claro contendo "o que", "de quem", cidade, sigla do Estado, país, ano da coleta de dados, seguido de ponto, localizado acima da tabela, com informação sobre o tamanho da amostra estudada entre parênteses precedido da letra N.
27. As ilustrações possuem resolução mínima de 900dpi. Estão plenamente legíveis e nítidas.
28. As ilustrações estão em conformidade com a norma ABNT NBR 14724:2011 – Trabalhos Acadêmicos – Apresentação.
29. As fotos referentes a pessoas foram tratadas para impedir identificação.
30. As ilustrações possuem títulos informativos, concisos e claros, expressando o conteúdo e localizados na parte superior. Estão precedidas da palavra designativa, seguida do número de ordem de ocorrência no texto, em algarismos arábicos.
31. As ilustrações e tabelas possuem referência às fontes.
32. O texto segue os padrões de estilo e requisitos bibliográficos de Vancouver descritos em *Diretrizes para Autores*.
33. A quantidade de páginas do manuscrito está de acordo com o tipo. Artigos de revisão: 17 páginas; Artigos originais: 15 páginas; Relato de experiência: 10 páginas; Reflexão e ensaio: 10 páginas; Carta à editora e Resenha: 2 páginas.
34. As páginas estão numeradas na parte inferior direita, consecutivamente, até as Referências.
35. O alinhamento do texto, incluindo as referências, está justificado, de modo que o texto seja distribuído uniformemente entre as margens.
36. O artigo original tem no máximo 25 referências.
37. Os URLs para as referências foram informados corretamente quando necessário.

38. Cinquenta por cento das referências estão atualizadas de acordo com a publicação científica nacional e internacional dos últimos 5 anos.
39. Os títulos dos periódicos internacionais estão abreviados de acordo com a *List of Journals Indexed for MEDLINE*, publicada anualmente pela *National Library of Medicine* (<https://www.nlm.nih.gov/archive/20130415/tsd/serials/lji.html>).
40. Os títulos de periódicos nacionais e latino-americanos estão de acordo com o Portal de Revistas Científicas em Ciências da Saúde da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) (<http://portal.revistas.bvs.br>).

[Modelo do documento para download](#)

FORMA E PREPARAÇÃO DE MANUSCRITOS

SEÇÕES PUBLICADAS:

Editorial

Texto de responsabilidade da Comissão Editorial a RBE, que poderá convidar autoridades para redigi-lo.

Artigos originais

Pesquisa original e inédita de natureza empírica, experimental, conceitual, com metodologia (qualitativa ou quantitativa), discussão e interface com a literatura científica nacional e internacional. Limitado a 15 páginas (incluindo resumos, tabelas, ilustrações e referências).

Artigos de revisão

Análise de estudos quantitativos ou qualitativos que tenham por finalidade a busca de evidências. Trata-se de estudos avaliativos críticos, abrangentes e sistematizados, resultantes de pesquisa original, realizados exclusivamente em fontes secundárias. Devem possuir caráter relevante, inovador e expor minuciosamente o método de revisão, descrever o processo de busca e os critérios de inclusão para seleção dos estudos analisados. Devem apresentar uma questão norteadora e responder a esta pergunta de relevância para o campo da enfermagem, saúde, educação e áreas afins. Dentre os métodos utilizados, serão aceitos: metanálise, revisão sistemática e revisão integrativa. Limitado a 17 páginas (incluindo resumos, tabelas, figuras e referências).

Revisão Integrativa: "É um método que tem como finalidade sintetizar resultados obtidos em pesquisas sobre um tema ou questão, de maneira sistemática, ordenada e abrangente. É denominada integrativa porque fornece informações mais amplas sobre um assunto/problema, constituindo, assim, um corpo de conhecimento. Deste modo, o revisor/pesquisador pode elaborar uma revisão integrativa com diferentes finalidades, podendo ser direcionada para a definição de conceitos, revisão de teorias ou análise metodológica dos estudos incluídos de um tópico particular."**

Revisão Sistemática: "É um método utilizado para responder a uma pergunta específica sobre um problema específico da área da saúde. É uma síntese rigorosa de todas as pesquisas relacionadas a uma questão/ pergunta específica sobre causa, diagnóstico e prognóstico de um problema de saúde, mas frequentemente envolve a eficácia de uma intervenção para a solução desse problema".3 "Geralmente, os estudos incluídos nessas revisões têm o delineamento de pesquisa experimental e são considerados trabalhos originais, por possuírem rigor metodológico."**

** Ercole FF, Melo LS, Alcoforado CLGC. Revisão integrativa versus revisão sistemática. REME Rev Min Enferm. 2014 jan/mar [citado 2017 mar 18];18(1):1. DOI: <http://www.dx.doi.org/10.5935/1415-2762.20140001>. Disponível em: <http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/904>

Independente da categoria, os manuscritos para submissão à RBE devem ser preparados da seguinte forma:

- Arquivo do Microsoft® Office Word (*.doc ou *.docx).
- Papel A4 (210x297 mm) e margens de 2 cm em todos os lados.
- Fonte Times New Roman, tamanho 12 (em todo o texto, inclusive nas tabelas), espaçamento de 1,5 entre as linhas em todo o texto (exceto para os resumos, ilustrações e referências, que devem ter espaçamento simples), parágrafos com recuo de 1,25 cm.
- As páginas devem ser numeradas na parte inferior direita, consecutivamente, até as Referências.
- O uso de negrito deve restringir-se ao título do artigo e das seções primárias (Introdução, Material e métodos, Resultados, Discussão, Conclusão) e as Referências do manuscrito.
- Itálico deve ser aplicado somente para destacar termos ou expressões escritas em idiomas diferentes do português, quando esta for a língua de origem.
- Os títulos das seções textuais – Introdução, Método, Resultados, Discussão e Conclusão – devem ter caixa alta somente na primeira letra, negrito, sem numeração e sem recuo à esquerda.
- Se necessário, é permitida a inclusão de subtítulos em algumas seções textuais, mantendo o mesmo formato do título da seção. Não é permitido o uso de excessivas subseções, palavras de grande extensão e em itálico, e marcadores do Microsoft® Office Word.
- Em caso de abreviações e siglas, na primeira menção, apresentar a descrição por extenso seguida da abreviatura entre parênteses. As abreviações somente deverão ser utilizadas no corpo do texto. Nas notas de rodapé não serão aceitas.
- O alinhamento do texto, incluindo as referências, deve ser justificado, de modo que o texto seja distribuído uniformemente entre as margens.
- As falas de participantes de pesquisas, com recortes das entrevistas, não devem constar entre aspas. Observar a seguinte estrutura: recuo de todo o parágrafo (1,25 cm), fonte tamanho 11, em itálico, espaçamento simples. As falas devem ser identificadas com codificação a critério da(o)s autora(s), com sua identificação apresentada no final de cada uma, entre parênteses e sem itálico e separadas entre si por um espaço simples. Supressões devem ser indicadas pelo uso de reticências entre colchetes. As interpolações devem constar dentro de colchetes (NBR 10520), em fonte normal, não usar itálico.

Exemplos:

Porque eu sei que, no momento que eu fizer o transplante, eu vou ficar de um a dois anos tomando remédio sem poder tomar nada [bebida alcoólica], sem poder fazer a metade do que eu faço agora. Eu prefiro ficar na máquina, vir aqui quatro horas, três vezes por semana, sai da máquina, chego em casa e tomo uma cerveja [risos]. (P2).

- A numeração das citações deve ser consecutiva, de acordo com o sistema numérico, com algarismos arábicos, sobrescritos e entre parênteses, sem menção do nome dos autores (exceto os que constituem referencial teórico). Quando forem sequenciais, indicar o primeiro e o último número separados por hífen, sem espaço entre a palavra e o número da citação e precedendo o ponto final, ex.: (1-4). Quando intercaladas, os números deverão ser separados por vírgula, sem espaço entre eles, ex.: (1-2,4). Nas citações não deve ser mencionado o nome dos autores, excluindo-se expressões como "segundo ...", "de acordo com ...", entre outras.
- Nas citações de autores *ipsis litteris* (citação direta), com até três linhas, usar aspas iniciais e finais, sem itálico e inseri-las na sequência normal do texto. Nestes casos, o número da página deverá ser informado após o número da citação e dele separado por dois pontos, ex.: (1:35). Recomenda-se a utilização criteriosa desse recurso, de acordo com a norma da ABNT NBR 10520/2002 (Informação e Documentação – Citações em documentos – Apresentação).
- Não devem ser utilizadas citações diretas com mais de três linhas.
- Quando a citação estiver inserida no final do parágrafo ou da frase, o número que lhe corresponde deve ser colocado antes do ponto final; quando inserida ao lado de uma vírgula, deve constar antes dela. Não deve haver espaço entre o número da referência e a palavra ou pontuação que a antecede.
- Não inserir citações na seção Conclusão.
- Deve ser usado o mínimo de siglas e somente após terem sido citadas por extenso no texto; não usar siglas em títulos de artigo e de seção, no resumo, nas ilustrações e nas tabelas.

ESTRUTURA

A estrutura do manuscrito deve seguir a seguinte ordem:

Título

Deve refletir o objeto do estudo, ser conciso e compreensível. Possuir no máximo 15 palavras, no idioma de origem, em negrito e caixa alta. Não devem ser usadas abreviaturas e siglas.

Resumo

Redigido em parágrafo único, no idioma de origem do manuscrito (português, inglês e espanhol) com espaçamento simples entre linhas, contendo até 150 palavras no idioma do manuscrito. Estruturado em Objetivo(s), Método, Resultados e Conclusão, sem destacar essas expressões com negrito. Descrever a conclusão para responder ao(s) objetivo(s) do estudo. Não deve conter siglas ou abreviaturas não padronizadas internacionalmente.

As informações apresentadas devem assegurar a clareza do texto e a fidedignidade dos dados; jamais apresentar dados divergentes.

Para os artigos em português, os resumos em inglês (Abstract) e espanhol (Resumen) serão exigidos apenas para os artigos que forem aceitos para a publicação na tradução do texto na íntegra. E para os artigos em outros idiomas após aceitos para a publicação serão exigidos o resumo e o texto na íntegra em português.

Descritores

Usar três a seis descritores que identifiquem a temática do estudo, localizados logo após os resumos. Usar a terminologia descritores para os textos em português, descriptors em inglês e descriptores em espanhol. Devem ser extraídos do vocabulário Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) elaborado pelo Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde (BIREME) ou Medical Subject Headings (MeSH) elaborado pela National Library of Medicine (NLM).

Devem ser separados entre si por ponto e ter as primeiras letras de cada palavra do descritor em caixa-alta, exceto artigos e preposições.

Introdução

Deve situar o tema da pesquisa enquanto objeto de relevância científica e social. Conter a problemática do estudo, objeto de estudo, justificativa, explicitação dos conceitos utilizados, justificar a importância e as lacunas do conhecimento, com base em referências nacionais e internacionais atualizadas.

O texto deve apresentar nexos, sequência lógica e designação completa das siglas e abreviaturas de forma a preceder a primeira ocorrência destas no texto (a menos que se trate de uma unidade de medida padrão). O(s) Objetivo(s) deve(m) ser inserido(s) no final da Introdução e corresponder ao(s) do resumo.

Objetivo(s)

Deve(m) estabelecer a questão principal, hipóteses e/ou pressupostos e iniciar com o verbo no infinitivo.

Método

Deve ser adequado ao tipo e objeto de estudo proposto e descrever de forma clara, concisa e completa o tipo e a natureza da pesquisa, campo/lócus, população/amostra/participantes, critérios de inclusão e exclusão, período e procedimentos/materiais adotados na coleta de dados, instrumento(s) utilizado(s), análise e tratamento dos dados e aspectos éticos.

É necessário apresentar, em documento anexo, o protocolo de aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa, o número do CAEE obtido na plataforma Brasil e informar, no texto, sua condução de acordo com os padrões éticos exigidos. Em caso de pesquisas realizadas em outros países, deverá ser enviado, em anexo, um documento comprobatório de obediência às normas equivalentes ao país de origem da pesquisa. Em se tratando de ensaio clínico, deve ser apresentado o número de identificação do estudo num dos sistemas de Registro de Ensaios Clínicos validados pela World Health Organization (WHO) e pelo ICMJE, e estar de acordo com as recomendações da BIREME, Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) e WHO sobre o Registro de Ensaios Clínicos a serem publicados.

Resultados

Descrever os resultados sem discuti-los e sem citação de autores. Os resultados devem ser coerentes com o(s) objetivo(s) do estudo, apresentar nexos e sequência lógica. Caso sejam utilizadas ilustrações, devem ser inseridas no corpo do texto (máximo de cinco). Deste modo, deve ser exposta a descrição sumária dos principais resultados, sem repetir o inteiro teor do conteúdo das ilustrações e tabelas.

Discussão

A discussão deve ser apresentada separadamente dos resultados, admitindo-se exceção para estudos qualitativos, coerente com os resultados, ter argumentação pertinente e consistente, estar fundamentada nos conceitos/teoria/referencial adotados. O texto deve apresentar nexos e sequência lógica. Deve destacar os resultados e sua relação com a literatura nacional e internacional, ressaltando os aspectos novos e/ou fundamentais, as limitações do estudo e a indicação de novas pesquisas.

Não repetir em detalhes informações inseridas nas seções Introdução ou Resultados. Nos estudos experimentais, deve-se começar a discussão com um breve resumo dos principais achados e, na sequência, explorar as possíveis relações/explicações para esses resultados, comparando-os e contrastando-os com outros estudos relevantes nacionais e internacionais.

Ao final da Discussão, apresentar as limitações e contribuições do estudo.

Conclusão

Deve estar coerente com o objeto/questão norteadora, objetivo(s) e resultados do estudo, e limitar-se às evidências descritas no manuscrito. O texto deve apresentar nexos e sequência lógica.

Tabelas

As tabelas devem ser apresentadas conforme as Normas de Apresentação Tabular do IBGE, disponível em: <http://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv23907.pdf>.

- Devem ter título informativo, conciso e claro, contendo "o que", "de quem", cidade, sigla do Estado, país, ano da coleta de dados, seguido de ponto, localizado acima da tabela. Na sequência, informar o tamanho da amostra estudada entre parênteses precedido da letra N. Não deve ter ponto final.

Exemplo: Tabela 1 – Distribuição das mulheres vítimas de violência doméstica, segundo idade, cor, estado civil e escolaridade. Salvador, Bahia, Brasil, 2014. (N=209)

- Os dados devem estar separados corretamente por linhas e colunas de forma que esteja, cada dado, numa casela.
- Devem possuir traços internos somente abaixo e acima do cabeçalho e no fechamento na parte inferior. Devem ser abertas lateralmente.
- Usar a mesma fonte do texto (Times New Roman, tamanho 12), com espaçamento simples entre linhas, negrito apenas no cabeçalho, caixa alta apenas nas iniciais da variável e nas abreviaturas e siglas padronizadas.
- Não são permitidos: quebras de linhas utilizando a tecla Enter, recuos utilizando a tecla Tab, espaços para separar os dados, sublinhado, marcadores do Microsoft® Office Word e cores nas células.
- Evitar tabelas extensas.
- Tabelas muito curtas devem ser convertidas em texto.
- A legenda deve estar localizada após a linha inferior da tabela, restrita ao mínimo necessário, sem negrito, apresentando os termos em caixa alta separados da descrição por dois pontos (ex.: VCM: volume corpuscular médio). Entre as legendas, deve-se usar ponto e vírgula. Usar fonte Times New Roman, tamanho 10. O teste estatístico utilizado deve ser mencionado na legenda.
- Os conteúdos das colunas, complementar ao título, deve estar indicado no cabeçalho da tabela, sob a forma de %, n, média, mediana, p-valor, entre outros; citar a fonte abaixo da linha inferior da tabela ou abaixo da legenda (se existir). Ex.: Fonte: Elaboração própria.; Fonte: Datasus (2014); Fonte: Tuomi et al. (2011).

Referências

Utiliza-se nessa seção o título "Referências" e não "Referências bibliográficas". Devem ser digitadas em espaço simples e separadas por um espaço simples. Devem ser numeradas de acordo com a ordem numérica de citação do corpo do texto. Recuar as demais linhas da mesma referência, quando for o caso, de modo que fiquem alinhadas com a primeira letra da primeira linha.

As fontes citadas devem estar coerentes com o objeto do estudo e estritamente pertinentes ao assunto abordado. Em sua maioria, devem estar atualizadas (no mínimo 50% publicadas nos últimos 5 anos), de acordo com a literatura científica nacional e internacional. Sugere-se a citação de pelo menos 5 artigos referentes a estudos internacionais, os quais não incluem estudos brasileiros publicados na língua inglesa ou outro idioma diferente do português.

A RBE adota o estilo Vancouver para citação e elaboração de referências, disponível no endereço eletrônico (<http://www.nlm.nih.gov/citingmedicine>).

Os títulos dos periódicos internacionais devem ser abreviados de acordo com a List of Journals Indexed for MEDLINE, publicada anualmente, pela National Library of Medicine (<https://www.nlm.nih.gov/archive/20130415/tsd/serials/lji.html>).

Para abreviatura dos títulos de periódicos nacionais e latino- americanos, consultar o Portal de Revistas Científicas em Ciências da Saúde da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) (<http://portal.revistas.bvs.br>). Deve-se eliminar os pontos das abreviaturas, com exceção do último ponto para separar do ano.

Para os Artigos Originais, devem ser utilizadas no máximo 25 referências. Nos Artigos de Revisão não há limite máximo de referências; deve-se observar o número de páginas para esta modalidade de artigo segundo as normas da RBE.

No caso de usar algum software de gerenciamento de referências (p. ex.: EndNote), deve-se convertê-las para texto.

Modelos de Referências

Artigo padrão

Vega KJ, Pina I, Krevsky B. Heart transplantation is associated with an increased risk for pancreatobiliary disease. *Ann Intern Med.* 1996 Jun 1;124(11):980-3.

Artigo com mais de seis autores

Parkin DM, Clayton D, Black RJ, Masuyer E, Friedl HP, Ivanov E, et al. Childhood Leukaemia in Europe after Chernobyl: 5 year follow-up. *Br J Cancer.* 1996 Apr;73(8):1006-12.

Artigo com Organização como Autor

The Cardiac Society of Australia and New Zealand. Clinical exercise stress testing. Safety and performance guidelines. *Med J Aust*. 1996 Mar 4;164(5):282-4.

Artigo de autoria pessoal e organizacional

Vallancien G, Emberton M, Harving N, van Moorselaar RJ, Alf-One Study Group. Sexual dysfunction in 1,274 European men suffering from lower urinary tract symptoms. *J Urol*. 2003 Jun;169(6):2257-61.

Artigo com múltiplas organizações como autor

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

Artigo sem indicação de autoria

Cancer in South Africa [editorial]. *S Afr Med J*. 1994;84:15.

Artigo em outro idioma

[Obs.: a National Library of Medicine traduz o título para o idioma inglês, encerra a tradução entre colchetes e acrescenta uma designação abreviada do idioma]

Paginação em algarismos romanos

Fisher GA, Sikic BI. Drug resistance in clinical oncology and hematology. Introduction. *Hematol Oncol Clin North Am*. 1995 Apr;9(2):xi-xii.

Artigo provido de DOI

Oliveira BS, Silva ACO, Azevedo PR, Silva LDC. Impacto da doença coronariana no cotidiano das mulheres. *Rev baiana enferm*. 2016;30(1):305-15. DOI: 10.18471/rbe.v1i1.14591

Artigo publicado em revista comercial e jornal

O capítulo final de uma paixão. *Veja* (São Paulo). 2017 fev 15; 50(7):78-85.

Tynan T. Medical improvements lower homicide rate: study sees drop in assault rate. *The Washington Post*. 2002 Aug 12; Sect. A:2 (col. 4).

Livro com indivíduo como autor

Ringsven MK, Bond D. Gerontology and leadership skills for nurses. 2nd ed. Albany (NY): Delmar Publishers; 1996.

Livro com Organizador, Editor, Coordenador como Autor

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

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

Livro com Organização como autor e editora

Institute of Medicine (US). Looking at the future of the Medicaid program. Washington: The Institute; 1992.

Livro com Organização como autor

Brasil. Ministério da Saúde. Fundação Oswaldo Cruz. Programa Farmácia Popular do Brasil: manual básico. Brasília; 2005. (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

Capítulo de livro

Phillips SJ, Whisnant JP. Hypertension and stroke. In: Laragh JH, Brenner BM, editors. Hypertension: pathophysiology, diagnosis, and management. 2nd ed. New York: Raven Press; 1995. p. 465-78.

Dissertação e Tese

Kaplan SJ. Post-hospital home health care: the elderly's access and utilization [dissertation]. St. Louis (MO): Washington University; 1995.

Resumo, editorial e resenha

Garcia LP, Duarte E. A Revista Epidemiologia e Serviços de Saúde ingressa na Coleção SciELO Brasil [editorial]. *Epidemiol Serv Saúde*. 2014 jul-set;23(3):387-8.

Anais de congresso

Oliveira IL Apresentação. In: Congresso Brasileiro de Pesquisadores em Comunicação Organizacional e Relações Públicas, 6, 2012, São Luis, MA. Anais (on-line) São Paulo: Abrapcorp, 2012. [citado 2016 nov 12]. Disponível em: <http://www.abrapcorp.org.br/anais2012/apresentacao.htm>