

Perfil epidemiológico de mães e recém-nascidos prematuros Epidemiological profile of mothers and preterm newborns

Antonio Rodrigues Ferreira Junior¹, Rosalice Araújo de Sousa Albuquerque², Sabrina Rodrigues Aragão², Maria Eunice Nogueira Galeno Rodrigues³

¹Autor para correspondência. Departamento de Enfermagem, Universidade Estadual do Ceará. Fortaleza, Ceará, Brasil. arodrigues.junior@uece.br

²Departamento de Enfermagem, Instituto Superior de Teologia Aplicada. Sobral, Ceará, Brasil. rosaliceas@hotmail.com, bininha_ra@yahoo.com.br

³Departamento de Enfermagem, Universidade Estadual do Ceará. Fortaleza, Ceará, Brasil. eunicegaleno@hotmail.com

RESUMO | OBJETIVO: Objetivou-se caracterizar o perfil epidemiológico de mães e recém-nascidos prematuros. **MÉTODO:** Estudo documental, do tipo exploratório-descritivo, com abordagem quantitativa, realizado em hospital de referência para obstetrícia e neonatologia de alto risco, da região norte do Ceará, Brasil, com prontuários do ano 2012. **RESULTADOS:** A média de idade das gestantes com Trabalho de Parto Prematuro foi de 24 anos, com maior percentual de: adolescentes, com alta escolaridade, em união estável e trabalhadoras domésticas. Acerca das informações obstétricas, houve maior quantitativo de primíparas, que realizaram mais de três consultas no pré-natal e parto de feto único por via vaginal com Idade Gestacional de 26 semanas. O Trabalho de Parto Prematuro foi considerado idiopático na maioria dos casos. Observou-se sobre o recém-nascido predominância do sexo masculino, sem presença de malformações e com menos de 1000g no nascimento. **CONCLUSÃO:** Os dados encontrados refletem a alta incidência de prematuridade extrema na região norte do Ceará e exige novos estudos sobre o tema, pois o conhecimento do perfil dos envolvidos possibilita o planejamento de ações que minorem as dificuldades que envolvem a temática.

DESCRIPTORIOS: Trabalho de parto prematuro. Prematuro. Epidemiologia descritiva.

ABSTRACT | OBJECTIVE: This study aimed to characterize the epidemiological profile of mothers and preterm newborns in the northern region of Ceará, Brazil. **METHOD:** This is a descriptive-exploratory documentary study, with a quantitative approach, performed in a high risk obstetrics and neonatology referral hospital, with records from 2012. **RESULTS:** The average age of women with preterm labor was 24 years-old, however with higher percentage being: adolescents, higher education, in a stable relationship and stay-at-home mothers. According to obstetrical information, there was a greater number of primigravida, which came to more than three prenatal visits and singleton gestations, by vaginal birth within 26 gestational weeks. Preterm labor was considered idiopathic in the majority of cases. It was observed that the newborns were predominantly male, without the presence of defects and less than 1000g at birth. **CONCLUSION:** The high incidence of extreme prematurity in northern Ceará requires further studies on the subject, knowing the profile of those involved allows for the planning of actions to lessen the rate of PTL.

KEYWORDS: Premature obstetric labor. Premature infant. Descriptive epidemiology.

Introdução

A gestação é um período de intensas mudanças na estrutura familiar devido a chegada de um novo membro, além das modificações fisiológicas e psicológicas na grávida. Há grande expectativa e alegria, mas também ansiedade e incertezas, pois a gestação evolui de forma diferente em cada mulher, com a possibilidade de intercorrências durante o processo.

O período de uma gravidez normal situa-se entre 37 e 42 semanas. O parto ocorrido antes de 37 semanas, ou 259 dias, é considerado pré-termo e o limite para esta classificação é 22 semanas¹. As circunstâncias que desencadeiam o trabalho de parto prematuro (TPP) podem estar associadas a fatores epidemiológicos, obstétricos e ginecológicos, além dos fatores clínico-cirúrgicos, como as doenças maternas, infecções geniturinárias e procedimentos cirúrgicos na gravidez²⁻³.

A prematuridade pode ser classificada de acordo com a idade gestacional (IG). Partos ocorridos com IG < 28 semanas configuram-se como prematuridade extrema, entre 28 e 30 semanas indica prematuridade grave, durante 31 a 33 semanas caracteriza prematuridade moderada e no período de 34 a 36 semanas é considerado prematuridade quase termo ou tardia¹.

Existem variadas circunstâncias associadas à prevalência e crescimento dos partos prematuros, entre elas estão: o aumento de gestações gemelares devido a tratamentos de esterilidade; a escolha da mulher pelo adiamento da gestação; interrupção eletiva da gestação por motivos maternos ou fetais⁴.

A prematuridade é um importante problema de saúde pública, pois acarreta uma elevada mortalidade e morbidade, além de um oneroso tempo de internação e estresse emocional para a família do recém-nascido pré-termo (RNPT). Os avanços tecnológicos permitiram uma grande chance de sobrevivência ao RNPT, porém as sequelas são comuns, principalmente o comprometimento no desenvolvimento neuropsicomotor, doenças respiratórias crônicas, predisposição para doenças infecciosas e distúrbios oftalmológicos⁵.

Quase 70% das mortes no primeiro ano de vida estão relacionadas ao período neonatal e o cuida-

do adequado ao recém-nascido tem sido um dos desafios para reduzir os índices de mortalidade infantil no país⁶. A prevenção do TPP busca reduzir as causas epidemiológicas, bem como identificar precocemente as gestantes mais propensas, permitindo escolher a melhor forma de intervenção para evita-lo⁷.

Neste cenário de ampliação do número de partos prematuros surge a necessidade de conhecer o que envolve esta situação, para a implementação de políticas de prevenção e acompanhamento mais efetivas. O presente artigo objetiva caracterizar o perfil epidemiológico de mães e recém-nascidos prematuros.

Por meio das informações coletadas sobre o perfil epidemiológico de mães e recém-nascidos prematuros pode-se desenvolver estratégias de enfrentamento que considerem as especificidades locais para a diminuição dos riscos associados à prematuridade extrema.

Materiais e métodos

Trata-se de um estudo de caso documental, do tipo exploratório-descritivo, com abordagem quantitativa⁸, realizado no único hospital de referência para alto risco em obstetrícia e neonatologia na região norte do Estado do Ceará, Brasil. Localizado em polo regional referência para 55 municípios, possui atendimento a demanda espontânea e referenciada, com um total de 465 leitos, sendo 15 destinados a Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal Convencional (UCINCo), 15 para Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN) e sete leitos de Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal Canguru (UCINCa).

A coleta dos dados foi realizada nos prontuários de gestantes internadas no hospital com TPP, abaixo de 30 semanas de gestação, caracterizando-se prematuridade extrema, no período de janeiro a dezembro de 2012, perfazendo uma amostra de 42 prontuários. Foi construído um formulário com check list para facilitar a coleta.

Os critérios de inclusão compreenderam os prontuários das gestantes residentes na região atendida

pelo hospital pesquisado; que realizaram pré-natal na rede pública de saúde; RNPT nascidos vivos que foram encaminhados para UTIN ou UCINCo do mesmo hospital. Foram excluídos os prontuários de RNPT natimortos.

O ano de 2012 foi escolhido por ser o último atual com todos os prontuários disponíveis já avaliados e liberados pelo Serviço de Arquivo Médico e Estatístico da instituição.

As variáveis analisadas foram divididas de acordo com as informações do instrumento de coleta, classificadas em: caracterização das gestantes (idade, estado civil, escolaridade e profissão). História e fatores obstétricos e da gestação atual (número de gestações, partos e abortos, quantidade de consultas de pré-natal, Idade Gestacional - IG no momento do parto, diagnóstico que motivou o parto pré-termo, tipo de parto, número de fetos) e a caracterização e seguimento do RNPT (sexo, peso, presença de malformação e internação).

Os resultados obtidos passaram por análise estatística descritiva, utilizando-se o programa SPSS 18.0, IBM Corporation. Organizados em tabelas com mé-

dias \pm desvio padrão (DP), frequências relativas e frequências absolutas.

Foram seguidas as recomendações sobre pesquisa com seres humanos, com aprovação pelo Comitê de ética da Universidade Estadual Vale do Acaraú, com parecer nº 869.098 e Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAAE) 36817514.3.0000.5053.

Resultados

Evidenciou-se que a média de idade entre as gestantes foi de 24 anos ($\pm 9,5$), variando entre 13 e 39 anos. Acerca do estado civil percebeu-se um maior quantitativo de mulheres com companheiros, seja em união estável (52,4%) ou casada (21,4%). Entre as gestantes há grande quantidade com ensino fundamental completo (47,6%) e ensino médio completo (47,6%). Ocorreu predomínio de mulheres que declaram realizar somente tarefas domésticas (61,9%), seguido de auxiliares de produção em fábricas (14,2%) e agricultoras (11,9%). Esses dados estão detalhados na tabela 1.

Tabela 1. Caracterização das gestantes com TPP (n=42), Região norte do Ceará, Brasil.

Idade materna	
10-14	02 (5,0%)
15-19	13 (31%)
20-29	20 (47,6%)
30-39	07 (16,4%)
40-54	0 (0%)
Estado civil	
Solteira	11 (26,2%)
Casada	09 (21,4%)
União estável	22 (52,4%)
Escolaridade	
Ensino fundamental	20 (47,6%)
Ensino médio	20 (47,6%)
Ensino superior	02 (4,8%)
Profissão/ocupação	
Agricultora	05 (11,9%)
Agente de saúde	01 (2,4%)
Auxiliar de produção	06 (14,2%)
Empregada doméstica	01 (2,4%)
Dona de casa	26 (61,9%)
Manicure	01 (2,4%)
Professora	01 (2,4%)
Zeladora	01 (2,4%)

Ao analisar a história obstétrica das mulheres com TPP, verificou-se que havia quantidade maior de primíparas (64,3%), com predomínio de parto por via vaginal (69%), de feto único (90,5%), com IG de 26 semanas (28,6%).

A maioria das mulheres realizou mais que três consultas no pré-natal (73,9%) e o diagnóstico que mais motivou o TPP foi Doença Hipertensiva Específica da Gravidez - DHEG (19%), seguido de amniorrexe prematura (12%). Porém a maioria foi considerado idiopático (54,6%), como apresentado na tabela a seguir.

Tabela 2. Informações obstétricas das gestantes com TPP (n=42), Região norte do Ceará, Brasil, 2012.

História obstétrica	
Primípara	27 (64,3%)
Multípara	15 (35,7%)
Tipo de parto quanto ao tipo de via	
Via vaginal	29 (69%)
Via abdominal	13 (31%)
Tipo de parto quanto ao número de fetos	
Único	38 (90,5%)
Gemelar	04 (9,5%)
Consultas de pré-natal	
Maior ou igual a 3	31 (73,9%)
Menor que 3	09 (21,4%)
Não informado	02 (4,7%)
IG no momento do parto	
22 semanas	03 (7,0%)
23 semanas	03 (7,0%)
24 semanas	03 (7,0%)
25 semanas	04 (9,6%)
26 semanas	12 (28,6%)
27 semanas	06 (14,4%)
28 semanas	10 (24%)
Diagnóstico que motivou o parto pré-termo	
Aminiorrexe prematura	05 (12%)
Descolamento prematuro da placenta	02 (4,8%)
DHEG	08 (19%)
Oligoâmnio	01 (2,4%)
Placenta prévia	02 (4,8%)
Sufrimento fetal	01 (2,4%)
TPP idiopático	23 (54,6%)

Com relação ao RNTP, foi observada predominância do sexo masculino (53,3%), sem presença de malformações (100%), com menos de 1000g no nascimento (73,3%). Atentou-se também que o seguimento de cuidados dos recém-nascidos ocorreu na UTIN (100%).

Tabela 3. Caracterização do RNTP e seguimento (n=45)*, Região norte do Ceará, Brasil, 2012.

Sexo	
Masculino	24 (53,3%)
Feminino	21 (46,7%)
Presença de malformações no RNTP	
Sim	0 (0,0%)
Não	45 (100%)
Peso do RNTP ao nascer	
Menor que 1000g	33 (73,3%)
Maior ou igual a 1000g	12 (26,7%)
Internação do RNTP	
UTIN	45 (100%)
UCINCo	0 (0,0%)

* Total de nascidos vivos 45, devido a quatro gestações gemelares. Um feto foi considerado aborto.

Discussão

Estudos relacionam prematuridade a adolescentes e mulheres acima de 35 anos⁹⁻¹⁰, embora nas adultas haja relação com risco mais elevado de desenvolver pré-eclâmpsia, ruptura prematura das membranas e diabetes. Nesta pesquisa verificou-se que a adolescência concentrou a maioria dos TPP, embora apenas duas mulheres com mais de 35 anos participem da amostra.

O fator idade não indica, isoladamente, condição para o parto pré-termo, porém em conjunto com outras variáveis como doenças obstétricas, amplie consideravelmente o risco¹¹.

Em relação à situação conjugal, a presença de um companheiro pode influir positivamente na duração do parto. O apoio emocional, a segurança de ter alguém para dividir as angústias e obrigações vindouras, condicionam a mulher a menores níveis de preocupação e tensão.

A gestante solteira tem mais chances de ter um TPP, devido ao estresse causado pela responsabilidade e ansiedade causadas pela chegada do filho¹². O casamento funciona como fator protetor contra o desenvolvimento de um parto pré-termo¹³. Esta afirmação vai de encontro aos resultados obtidos nesta pesquisa, cujo número de partos prematuros foi superior nas gestantes que possuíam união estável.

Ao analisar a relação entre escolaridade e o parto pré-termo observou-se que todas as mulheres possuíam, no mínimo, oito anos de estudo formal, não sendo verificada presença de gestantes analfabetas.

Esta variável só tem significância quando agregada ao número de consultas de pré-natal realizadas. Gestantes que tiveram mais acesso aos estudos procuram por serviços de saúde e aderem ao pré-natal precocemente, conseqüentemente tem mais chances de prevenir ou tratar distúrbios que poderiam ocasionar a prematuridade¹¹.

A relação entre ocupação e TPP entre as gestantes estudadas revelou que a maioria realizava alguma atividade. A função de dona de casa, que se verificou em 26 mulheres, auxiliares de produção em seis e agricultoras em cinco, configuram-se como empregos que exigem esforço físico, permanecendo a gestante por longo período na posição ortostática ou sentada. Estas características vêm sendo vinculadas a prevalência de partos prematuros¹.

No ano de 2012, o hospital estudado realizou 808 partos prematuros, sendo 42 relacionados ao parto prematuro extremo que corresponde a 5,2% dos partos pré-termo. Este índice é elevado se comparado a outros estudos¹⁴⁻¹⁵, pois o TPP extremo geralmente corresponde de 1 a 2% dos nascimentos.

Notou-se a prevalência de prematuridade na primeira gestação na população estudada. Ressalta-se que houve ocorrência de aborto anterior em quatro mulheres analisadas, todas com mais de uma gestação.

Atenta-se que os principais fatores que indicam a probabilidade de um nascimento pré-termo nas gestantes em geral são: gravidez múltipla, encurtamento do colo, má formação fetal, sangramento vaginal, menos que seis consultas de pré-natal realizadas e infecções urinárias. Já nas múltiparas, além

dos riscos supracitados, adiciona-se parto prematuro anterior, aumento do volume de líquido amniótico e aborto prévio¹⁶.

Os riscos de acontecer um parto pré-termo aumentam significativamente na vigência de um parto prematuro anterior. E as primíparas frequentemente apresentam recém-nascidos com peso abaixo em relação aos filhos de multiparas¹⁷.

No concernente às consultas de pré-natal, notou-se que a maioria das mulheres (31) realizou no mínimo três consultas. Aumentar a abrangência das consultas de pré-natal e qualificar profissionais, poderiam resultar na redução dos partos prematuros¹⁸.

Quanto menor a IG mais imaturos serão os órgãos do RNPT, dessa forma a necessidade por internamento é fundamental para a manutenção da vida¹⁴.

No âmbito do tipo de parto pode-se analisar que a escolha da via pode estar relacionada a posição fetal (cefálica ou pélvica). Fetos prematuros em posição cefálica, sem intercorrências obstétricas ou clínicas, não é indicativo cesárea. Do contrário, na presença de alguma morbidade opta-se pela via alta¹⁹.

Há associação entre gravidez múltipla e maior possibilidade de TPP, devido a problemas no decorrer da gestação como hipertensão arterial, amniorrexe prematura e cesariana, chegando a ter seis vezes mais chances de RNPT em relação a gravidezes com fetos únicos¹⁵. A análise do gênero do RN parece não ser relevante na determinação de parto prematuro²⁰.

Embora não tenham sido verificadas presença de malformações neste estudo, elas compõem uma importante causa de mortalidade infantil no Brasil. A avaliação pré-concepcional e as consultas de pré-natal constituem-se como maneiras de diminuir os riscos de fetos com malformação²¹.

Outra causa importante a se considerar é o peso do RN, que está relacionado a maior chance de morbimortalidade. Seus determinantes são associados a fatores biológicos e socioeconômicos da mãe²².

A fragilidade do pré-termo extremo, impõe que seja acompanhado em ambiente de UTIN, com profissionais e tecnologia capacitados e qualificados para realizar seus cuidados.

Os RNPT são responsáveis por número considerável de internações na UTIN devido sua imaturidade fisiológica e anatômica, que lhes confere maior suscetibilidade a dificuldades de adaptação a vida fora do útero²³.

Conclusões

Os dados encontrados refletem a alta incidência de prematuridade extrema na região norte do Ceará, Brasil. Isso denota que a problemática requer atenção por parte dos gestores e profissionais responsáveis pelo acompanhamento da gestante, bem como dos pesquisadores atuantes na área.

A prematuridade acarreta inúmeros transtornos, afeta o âmbito familiar que aguarda a chegada de um filho saudável e gera gastos imensuráveis para o sistema de saúde, por desencadear necessidade de internação em UTIN por longos períodos. Deve-se atentar que o prematuro extremo precisa de acompanhamento após a alta hospitalar, visto que a maioria apresentará déficit no crescimento e desenvolvimento e necessitará de intervenção de uma equipe multidisciplinar.

Este estudo possui limitações por acompanhar um recorte temporal de cenário específico, não permitindo generalizações, embora os dados tenham potência por representar uma grande região em território e população. São necessárias outras pesquisas para ampliar o conhecimento sobre os prematuros extremos no Ceará, com o intuito de subsidiar planejamento de ações para acompanhamento dos envolvidos com a temática.

Salienta-se que o estudo contribuiu para melhor conhecimento do perfil objetivado, o que pode fornecer subsídios para otimizar o planejamento das políticas de saúde voltadas a este público específico. Também poderá subsidiar discussões profissionais acerca da necessidade de qualificação das práticas no âmbito materno infantil, com o intuito de aprimorar a assistência desenvolvida no sistema de saúde.

Conflitos de interesses

Nenhum conflito financeiro, legal ou político envolvendo terceiros (governo, empresas e fundações privadas, etc.) foi declarado para nenhum aspecto do trabalho submetido (incluindo mas não limitando-se a subvenções e financiamentos, conselho consultivo, desenho de estudo, preparação de manuscrito, análise estatística, etc).

Referências

1. Montenegro CAB, Rezende Filho J. *Obstetrícia Fundamental*. 13.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2014.
2. Roos C, Schuit E, Scheepers HC, Bloemenkamp KW, Bolte AC, Duvekot HJ et al. Predictive Factors for Delivery within 7 Days after Successful 48-Hour Treatment of Threatened Preterm Labor. *AJP Rep*. 2015;5(2):e141-9. doi: [10.1055/s-0035-1552930](https://doi.org/10.1055/s-0035-1552930)
3. Liong S, Di Quinzio MK, Fleming G, Permezel M, Rice GE, Georgiou HM. New biomarkers for the prediction of spontaneous preterm labour in symptomatic pregnant women: a comparison with fetal fibronectin. *BJOG*. 2015;122(3):370-9. doi: [10.1111/1471-0528.12993](https://doi.org/10.1111/1471-0528.12993)
4. Bittar RE, Francisco RPV, Zugaib M. Prematuridade: quando é possível evitar? *Rev Bras Ginecol Obstet*. 2013;35(10):433-5.
5. Rolnik DL, Bittar RE, Zugaib FM. Prematuridade: aspectos atuais na prevenção secundária. *Rev Med Materno-Fetal*. 2010;1(1):4-6.
6. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *Atenção à Saúde do Recém-Nascido: guia para os profissionais de saúde*. 2.ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2012.
7. Lamont RF. Advances in the Prevention of Infection-Related Preterm Birth. *Front Immunol*. 2015;6:566-78. doi: [10.3389/fimmu.2015.00566](https://doi.org/10.3389/fimmu.2015.00566)
8. Prodanov CC, Freitas EC. *Metodologia do trabalho científico: Métodos e Técnicas da Pesquisa e do Trabalho Acadêmico*. 2ª edição. Novo Hamburgo: Feevale; 2013.
9. Tsimis ME, Al-Hamayel NA, Germaine H, Burd I. Prematurity: present and future. *Minerva Ginecol*. 2015;67(1):35-46.
10. Romero R, Dey SK, Fisher SJ. Preterm Labor: One Syndrome, Many Causes. *Science*. 2014;345(6198):760-765. doi: [10.1126/science.1251816](https://doi.org/10.1126/science.1251816)
11. Souza LF, Botelho NM. Fatores de risco para o parto prematuro em puérperas que tiveram parto pré-termo. *Rev Para Med*. 2012;25(4):1-6.
12. Kershenbaum AD, Langston MA, Levine RS, Saxton AM, Oyana TJ, Kilbourne BJ et al. Exploration of Preterm Birth Rates Using the Public Health Exposome Database and Computational Analysis Methods. *Int J Environ Res Public Health*. 2014;11(12):12346-12366. doi: [10.3390/ijerph111212346](https://doi.org/10.3390/ijerph111212346)
13. El-Sayed AM, Tracy M, Galea S. Life course variation in the relation between maternal marital status and preterm birth. *Ann Epidemiol*. 2012;22(3):168-74. doi: [10.1016/j.annepidem.2012.01.002](https://doi.org/10.1016/j.annepidem.2012.01.002)
15. Melo WA, Carvalho MDB. Análise multivariada dos fatores de riscos para prematuridade no Sul do Brasil. *Rev Elet Gest & Saúde*. 2014;5(2):398-409. doi: [10.18673/v5i2.22773](https://doi.org/10.18673/v5i2.22773)
16. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *Gestação de alto risco: manual técnico*. Brasília: Ministério da Saúde; 2012.
17. Macdonald-Wallis C, Silverwood RJ, Stavola BL, Inskip H, Cooper C, Godfrey KM et al. Antenatal blood pressure for prediction of pre-eclampsia, preterm birth, and small for gestational age babies: development and validation in two general population cohorts. *BMJ*. 2015;351:h5948. doi: [10.1136/bmj.h5948](https://doi.org/10.1136/bmj.h5948)
18. Guimarães EC, Melo ECP. Características do apoio social associados à prematuridade em uma população de puérperas de baixa renda. *Esc Anna Nery*. 2011;15(1):54-61. doi: [10.1590/S1414-81452011000100008](https://doi.org/10.1590/S1414-81452011000100008)
19. Alfirevic Z, Milan SJ, Livio S. Caesarean section versus vaginal delivery for preterm birth in singletons. *Cochrane Database Syst Rev*. 2013;9:CD000078. doi: [10.1002/14651858.CD000078.pub3](https://doi.org/10.1002/14651858.CD000078.pub3)
20. Silva RP, Caires BR, Nogueira DA, Moreira DS, Gradim CVC, Leite EPRC. Prematuridade: características maternas e neonatais segundo dados do sistema de informações sobre nascidos vivos. *Rev enferm UFPE on line*. 2013;7(5):1349-55. doi: [10.5205/revol.3960-31424-1-SM.0705201313](https://doi.org/10.5205/revol.3960-31424-1-SM.0705201313)
21. Brito VRS, de Sousa FS, Gadelha FH, Souto RQ, Rego ARF, França ISX. Malformações congênitas e fatores de risco materno em Campina Grande - Paraíba. *Rev Rene*. 2010;11(2): 27-36.
22. Piccoli A, Soares CRS, Costa G, Silveira JL, Fiatt MP, da Cunha RS. Perfil clínico de neonatos de muito baixo peso internados em uma Unidade de Tratamento Intensivo Neonatal. *Rev HCPA*. 2012;32(4):412-9.
23. Dellaqua DC, Cardoso FS. Assistência de enfermagem ao recém-nascido prematuro extremo. *Rev Elet FEP*. 2012;2(4):2-18.