



ARTIGO ORIGINAL

CARACTERIZAÇÃO DE RECÉM-NASCIDOS DE BAIXO PESO INTERNADOS EM UMA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA NEONATAL

CHARACTERIZATION OF LOW WEIGHT NEWBORNS ADMITTED IN A NEONATAL INTENSIVE CARE UNIT

CARACTERIZACIÓN DE RECIÉN NACIDOS CON BAJO PESO INTERNADOS EN UNA UNIDAD DE TERAPIA INTENSIVA NEONATAL

Elaine Lutz Martins¹
Stela Maris de Mello Padoin²
Andressa Peripolli Rodrigues³
Samuel Spiegelberg Zuge⁴
Cristiane Cardoso de Paula⁵
Tatiane Correa Trojahn⁶
Marília Alessandra Bick⁷

RESUMO: **Objetivo:** caracterizar os recém-nascidos de baixo peso (RNBP) internados na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN) de um Hospital Universitário da região central do Rio Grande do Sul. **Método:** pesquisa quantitativa, transversal e descritiva, desenvolvida com uma população de 162 RNBPs. Os dados foram submetidos à análise estatística. **Resultados:** evidenciou-se que, em relação ao sexo, a razão foi de 1:1 e a maioria dos recém-nascidos era pré-termo. Foi identificado alto índice de cesáreas, e como principais motivos de internação na UTIN a prematuridade, seguida do desconforto respiratório. Constatou-se que a alimentação durante internação foi o aleitamento artificial e na alta hospitalar o aleitamento materno misto foi o indicado. **Conclusão:** conhecer o perfil dos RNBPs permite planejar a assistência em saúde desta população, contribuindo para a redução da mortalidade neonatal e para uma assistência que atenda à singularidade do recém-nascido.

Descritores: Recém-nascido de baixo peso; Unidades de terapia intensiva neonatal; Nutrição do lactente; Terapia intensiva neonatal; Enfermagem.

ABSTRACT: **Aim:** characterize low weight newborns (LWNB) admitted in a Neonatal Intensive Care Unit (NICU) of a University Hospital in the central region of Rio Grande do Sul. **Methods:** quantitative descriptive and cross-sectional research developed with a population of 162 LWNB. Data were submitted through statistical analysis. **Results:** demonstrated that in relation to sex ratio was 1:1 and most newborns were preterm. We identified a high index of cesarean, and as main reasons for NICU hospitalization

¹Enfermeira. Mestranda em Enfermagem, Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Email: elainelutzmartins@yahoo.com.br

²Enfermeira. Doutora em Enfermagem, Professora Adjunta no Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria. Email: stelamaris_padoin@hotmail.com

³Enfermeira. Doutoranda em Enfermagem, Universidade Federal do Ceará. Email: andressaufsm@hotmail.com

⁴Enfermeiro. Mestre em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Maria. Email: samuelzuge@gmail.com

⁵Enfermeira. Doutora em Enfermagem, Professora Adjunta no Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria. Email: cris_depaula1@hotmail.com

⁶Enfermeira. Mestranda em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Maria. Email: tatitrojahn@yahoo.com.br

⁷Graduação em Nutrição, Centro Universitário Franciscano. Email: mariliabick@gmail.com

prematurity, followed by respiratory discomfort. We found that feeding was the artificial milk and partial breast feeding was the most at the discharge. **Conclusion:** to know LWNB profile enables assistance to this population, contributing for reducing neonatal mortality and for an assistance that meets the newborns singularity.

Descriptors: Infant, low birth weight; Intensive care units, neonatal; Infant nutrition; Intensive care, neonatal; Nursing.

RESUMEN: Objetivo: caracterizar los recién nacidos de bajo peso (RNBP) internados en Unidad de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN) de un Hospital Universitario en una región central del RS. **Método:** estudio cuantitativo, transversal y descriptivo, desarrollado con una población de 162 RNBP. Los datos fueron sometidos al análisis estadístico. **Resultados:** evidenció que en relación al sexo la proporción fue de 1:1 y la mayoría de los RNBP eran prematuros. Fue identificado alto índice de cesáreas, y como principales motivos de internación en la UTIN, la prematuridad, seguida de la sensación de incomodidad respiratoria. Se constató que la alimentación durante la internación fue lactancia artificial y en el alta hospitalaria la lactancia materna mista, fue lo indicado. **Conclusión:** conocer el perfil de los RNBP permite planear la asistencia en salud de esta población, contribuyendo para la reducción de la mortalidad neonatal y para una asistencia que atienda la singularidad de los RNBP.

Descriptor: Recién nacido de bajo peso; Unidades de cuidado intensivo neonatal; Nutrición del lactante; Cuidado intensivo neonatal; Enfermería.

INTRODUÇÃO

O número elevado de neonatos de baixo peso constitui um importante problema de saúde, uma vez que as taxas de prevalência no Brasil estão muito além das encontradas nos países desenvolvidos, representadas pelos altos índices de morbidade e mortalidade neonatal.¹ Assim, o atendimento perinatal tem sido foco das ações do Ministério da Saúde, uma vez que neste componente reside o maior desafio para redução da mortalidade infantil.²

O recém-nascido de baixo peso (RNBP) compreende o recém-nascido (RN) com peso menor que 2.500 gramas no momento do nascimento, subclassificado em baixo peso ao nascer (1.501 a 2.500g), muito baixo peso ao nascer (1.001 a 1.500g) e extremo baixo peso ao nascer (menos de 1.000g).³ Dessa maneira, os RNBP representam grupos vulneráveis ao impacto de condições ambientais e sociais, estando relacionados ao aumento da morbidade fetal e neonatal, a inibição do crescimento e desenvolvimento cognitivo e ao surgimento de doenças crônicas durante seu crescimento.⁴ O baixo peso do bebê ao nascimento está associado ao risco de morte no primeiro ano de vida e, em grau menor, com problemas de desenvolvimento na infância, além da maior possibilidade de problemas clínicos na vida adulta.⁵

Com o objetivo de minimizar tais problemas clínicos é que se destaca a assistência neonatal oferecida a esses RNs durante o período de internação hospitalar, especialmente nas Unidades de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN). Entre os fatores que concorrem para a redução da taxa de morbidade e de mortalidade infantil, pode-se citar a melhoria tecnológica das UTINs. Esse avanço tem proporcionado um ambiente extrauterino favorável para a sua sobrevivência.⁶

Assim, apresenta-se como questão norteadora: Qual o perfil dos RNBP internados na UTIN de um Hospital Universitário na região central do Rio Grande do Sul (RS)? Diante disso, justifica-se a necessidade de caracterizar os RNBP internados nas UTINs para o planejamento de uma assistência de saúde adequada a essa população, com vistas a conhecer a realidade local.

Dessa forma, o objetivo deste estudo é caracterizar os RNBP internados na UTIN de um Hospital Universitário da região central do RS.

MÉTODO

Pesquisa de abordagem quantitativa, de delineamento transversal descritivo, realizada na UTIN de um Hospital Universitário, localizado na região centro-oeste do estado do RS/Brasil. A UTIN deste hospital possui 18 leitos (juntamente com a unidade intermediária) e são realizadas, em média, 300 internações por ano.

A população do estudo foi composta por 162 RNBP que internaram na UTIN, entre o período de 01 de agosto de 2009 à 31 de agosto de 2010. Os critérios de inclusão foram RNs que apresentaram baixo peso ao nascer, ou seja, com peso menor que 2.500 gramas³ e que internaram durante o período pré-estabelecido. A identificação desta população foi realizada por meio de livro de registro da unidade e, posteriormente, o acesso as informações para caracterização destes RNBP foi por meio do prontuário do RN.

A coleta de dados foi desenvolvida de agosto a outubro de 2011, no Serviço de Arquivo Médico e Estatístico, por meio de um instrumento estruturado composto pelas variáveis: hospital de nascimento; procedência materna; sexo do RN; peso ao nascer; idade gestacional; tipo de parto; Apgar no 1º e 5º minuto de vida; motivo de internação na UTIN; tipo de alimentação do RNBP durante a internação; período de internação; uso de alguma tecnologia dura; e tipo de alimentação indicada no momento da alta da UTIN.

Para compor o banco de dados foi realizada a dupla digitação independente, a fim de garantir a exatidão dos dados, no *Software Epi Info* versão 3.5. A análise descritiva das variáveis foi efetuada por meio *Software Statistical Package for Social Science* (SPSS, versão 17.0).

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFSM em agosto de 2011 (CAAE: 0170.0.243.000-11).

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Dos 162 RNBP que internaram na UTIN, 88,3% (143) nasceram no HUSM e 11,7% (19) nasceram em outros hospitais de Santa Maria e da região, porém foram transferidos para a UTIN, do estudo, devido à necessidade de alta densidade tecnológica de cuidados para sua sobrevivência.

Essa prevalência de nascimentos justifica-se, uma vez que este hospital é referência na região central do RS, além de referência terciária na atenção perinatal e neonatal, atendendo gestantes de alto risco e RNs com complicações que demandam cuidados específicos e longos períodos de internação. Além disso, o RS possui 380 leitos disponíveis para atender RN com graves problemas de saúde, porém praticamente todos ficam ocupados.

Quanto à procedência das mães dos RNBP, 66,7% (n=108) residiam no município de Santa Maria e as demais em algum dos 45 municípios da região centro-oeste do RS.

Por meio da caracterização dos RNBP, apresentam-se na Tabela 1 os resultados quanto ao sexo, peso ao nascer, idade gestacional, tipo de parto e Apgar no primeiro e quinto minuto de vida.

Tabela 1 - Caracterização dos Recém-Nascidos de Baixo Peso. Santa Maria (RS), 2011. N = 162.

Variável	N	%
Sexo		
Feminino	80	49,4
Masculino	82	50,6
Peso ao nascer		
Baixo peso (1.501 a 2.500g)	114	70,4
Muito baixo peso (1.001 a 1.500g)	45	27,8
Extremo baixo peso (< de 1.000g)	3	1,8
Idade Gestacional		
Pré - termo (< 36 semanas e 6 dias)	143	88,3
A termo (37 a 41 semanas)	14	8,6
Não identificado no prontuário	5	3,1
Tipo de parto		
Vaginal	46	28,4
Cesárea	116	71,6
Apgar 1º minuto		
8 - 10 (ótimas condições)	92	56,8
7 (dificuldades leves)	17	10,5
4 - 6 (dificuldades de grau moderado)	36	22,2
0 - 3 (dificuldades de ordem grave)	13	8,0
Não identificado no prontuário	4	2,5
Apgar 5º minuto		
8 - 10 (ótimas condições)	146	90,1
7 (dificuldades leves)	5	3,1
4 - 6 (dificuldades de grau moderado)	8	4,9
0 - 3 (dificuldades de ordem grave)	-	-
Não identificado no prontuário	3	1,9

Em relação ao sexo da população identificou-se a razão de 1:1. Estudo realizado no RS, que objetivou caracterizar a morbimortalidade de RNs internados em uma UTIN, o sexo masculino predominou com 52%.⁷ Outro estudo, desenvolvido no Paraná, que objetivou conhecer o perfil epidemiológico dos nascimentos em uma das cidades do Estado, esta variável esteve entre 50,6% e 52,5%.⁸ Resultado semelhante foi encontrado no Piauí, em estudo de caracterização dos partos e nascidos vivos de mães residentes em uma cidade do interior do Estado, em que predominou o masculino com 51,1%.⁹

No que se refere a variável peso ao nascer, o resultado foi que 70,4 % (N=114) apresentavam baixo peso ao nascer. Sabe-se que o peso ao nascer está diretamente relacionado às condições de nutrição da gestante e do RN, sendo o principal fator determinante no aspecto do crescimento e desenvolvimento da criança.¹⁰ Além disso, o baixo peso ao nascer também expressa o retardo do crescimento intrauterino ou a prematuridade, que representa um importante fator de risco para a morbimortalidade neonatal e infantil.^{8,11}

Na literatura, há indícios de que existe uma forte relação entre o baixo peso ao nascer e a morbidade e mortalidade infantil, incluindo comprometimento neuromotor, problemas respiratórios crônicos e infecções. O baixo peso é um preditor da sobrevivência infantil, ou seja, quanto menor o peso ao nascimento, maior a possibilidade de morte precoce.⁸⁻⁹

Identificou-se que 88,3% (n=143) da população deste estudo eram pré-termos. A morbidade e mortalidade neonatal tendem a acentuar-se com o baixo peso ao nascer dos RNs e se torna mais significativa, quando relacionado à baixa idade gestacional ao nascer.⁷ Nesse sentido, o recém-nascido pré-termo e de baixo peso ao nascer apresenta

características singulares que requerem uma adaptação complexa ao meio extrauterino, frente aos aspectos biológicos, sociais e psicológicos.¹²

Em relação à idade gestacional ao nascer, estudo semelhante demonstrou predominância de 65% neonatos pré-termos, seguido de 34% a termo.⁷ Diante deste contexto, o elevado número de nascimentos de RNBP e prematuros pode gerar um custo elevado de despesas médicas hospitalares, devido as internações prolongadas dos RNs nas UTINs em decorrência de cuidados complexos, específicos e contínuos.

Quanto ao tipo de parto 71,6% (n=116) dos neonatos nasceram por parto do tipo cesáreo. Esse elevado índice de cesarianas discorda das recomendações da Organização Mundial de Saúde (OMS), que preconiza até 15% de cesarianas para todos os partos realizados. O parto cesáreo é considerado como fator de risco para saúde materna e, também, pode interferir na saúde neonatal.¹³

O aumento nas taxas de parto cesáreo é um fenômeno que vem acontecendo em todo o mundo, infelizmente, há anos o Brasil tem mantido suas taxas acima da recomendação da OMS e vem se destacando como campeão mundial de cesáreas,¹³ variando de 33,84% a 49,94% do total de nascimentos.⁸ Essa média de partos cesáreos confirma-se por outros resultados semelhantes, como por exemplo, no estado do Rio Grande do Norte, no período de 2000 a 2009, em que houve um aumento na ocorrência do parto cesáreo, variando de 20,56% a 36,70%.¹⁴ Também, no Paraná ocorreu aumento nas taxas de cesariana, com variação de 49,3% a 56,6%, no período de 2004 a 2005, respectivamente.¹⁵

Além disso, sabe-se que indicações de partos operatórios desnecessários causam consequências tanto na saúde materna quanto na saúde neonatal. As consequências para os RNs incluem prematuridade, baixo peso e maior probabilidade de permanência em UTIN.¹⁶ Diante disso, vale ressaltar que o parto cesáreo é, preferencialmente, reservado aos nascimentos com intercorrências obstétricas, ou seja, que resultem em risco materno ou fetal, a exemplo da prematuridade.⁸

No que se refere ao índice de Apgar no primeiro e quinto minutos de vida, os RNBP da presente pesquisa apresentaram índices maiores ou iguais a oito, 56,8% (n=92) e 90,1% (n=146) respectivamente, significando boa vitalidade ao nascer. O índice de Apgar é o indicador das condições de vitalidade da criança logo após o nascimento, sua avaliação é realizada por pontuação em escala de zero a dez, no qual informa que quanto maiores os valores, melhores as condições de vitalidade do RN.¹⁵

Relacionado aos dados da internação dos RNBP foi identificado que o principal motivo de internação na UTIN foi a prematuridade, com 80,8% de prevalência, destacando que estes neonatos poderiam apresentar mais de uma indicação de internação em UTIN (Gráfico 1).

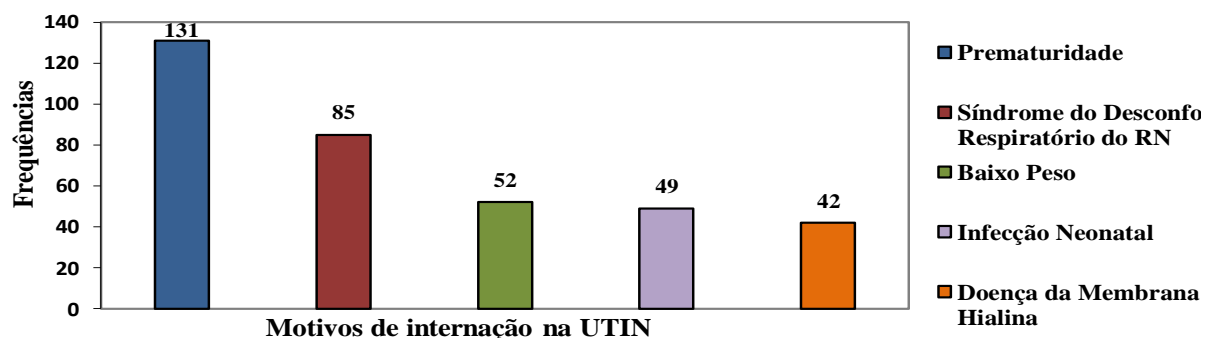
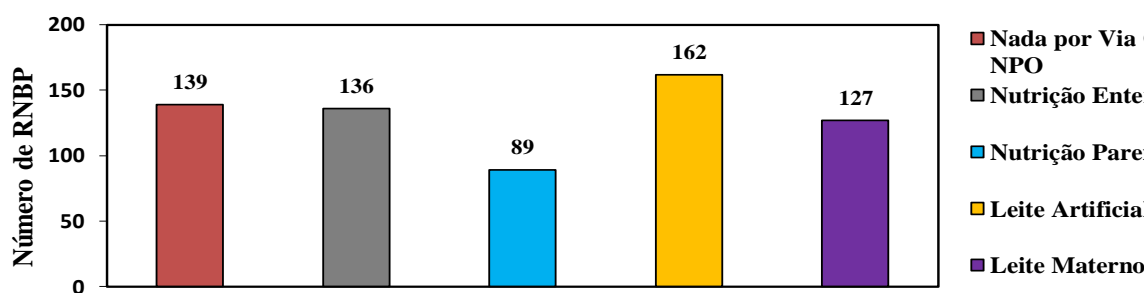


Gráfico 1 - Motivos de internação dos Recém-Nascidos de Baixo Peso na UTIN. Santa Maria (RS), 2011.

Quanto ao motivo de internação, os achados deste estudo corroboram com um

estudo semelhante desenvolvido no mesmo campo de pesquisa, no ano de 2003. O estudo apontou a prematuridade, seguida da Síndrome do Desconforto Respiratório do RN como os principais motivos de internação em UTIN.¹⁷

Além disso, foi investigado o tipo de alimentação que os RNBP receberam durante a internação e na alta da UTIN, sendo que o leite artificial esteve presente em todas as dietas dos RNs (Gráfico 2).



Tipo de alimentação durante internação na UTIN

Gráfico 2 - Tipo de alimentação dos Recém-Nascidos de Baixo Peso durante internação na UTIN. Santa Maria (RS), 2011.

Os resultados da nutrição dos RNBP durante a internação na UTIN evidenciam associações das diferentes fontes de alimentação, conforme a necessidade fisiológica e o estado clínico do bebê. Assim, todos os RNBP receberam aleitamento artificial (AA) (100%), 83,9% da população recebeu alimentação por meio de nutrição enteral e 78,4% leite materno.

No momento da internação na UTIN, é comum que os RNs não recebam nenhum tipo de alimentação, incluindo o leite materno. O início da dieta depende da evolução clínica do RN, sendo recomendável que os bebês recebam leite materno o mais precocemente possível. O oferecimento do leite pode ser via sonda orogástrica ou via oral, pois ambas as formas atendem as necessidades de aporte proteico-energético e imunológico do RN.¹⁸

Diante disso, percebe-se que as rotinas alimentares instituídas na UTIN, campo desta pesquisa, estão de acordo com a literatura pesquisada. A sondagem orogástrica e nasogástrica foi o método mais utilizado para início da alimentação láctea, empregada até o momento que os RNs tenham habilidade para coordenar a sucção, a deglutição e a respiração.¹⁹

Em estudo com recém-nascidos prematuros em uma UTIN integrante de um Hospital Amigo da Criança, o leite materno tem sido a escolha para o início da alimentação láctea. Ainda, todos os RNs iniciaram a alimentação láctea nos primeiros sete dias de vida, sendo que 98,3% receberam exclusivamente leite humano e 1,7%, leite humano associado à fórmula láctea.¹⁹

O início tardio do aleitamento materno (AM) pode comprometer o sucesso da amamentação e aumentar o risco de morte infantil.² Destaca-se que o campo desta pesquisa não possui Banco de Leite Humano (BLH), fator importante para oferta de leite humano durante a internação na UTIN, interferindo negativamente no início e manutenção do AM.

Também foi identificado períodos prolongados de internação na UTIN devido aos motivos que levaram o RN internar, tendo em vista que alguns deles requerem cuidados mais específicos. Verificou-se que 50,0% dos RNBP permaneceram internados de 16 a 39 dias e 97,5% dos RNBP utilizaram alguma tecnologia dura na sua assistência. Além disso, na alta hospitalar 69,1% dos RNBP receberam indicação do aleitamento materno misto (AMM), por meio da prescrição médica (Tabela 2).

Tabela 2 - Caracterização do período de internação na UTIN e do tipo de alimentação que Recém-Nascidos de Baixo Peso receberam durante a internação e na alta da UITN. Santa Maria (RS), 2011. N = 162.

Variável	N	%
Uso de tecnologia durante internação		
Sim	158	97,5
Não	4	2,5
Período de internação		
≤ 15 dias	58	35,8
16 a 39 dias	81	50,0
≥ que 40 dias	23	14,2
Tipo de alimentação na alta da UTIN		
Aleitamento Materno Exclusivo	11	6,8
Aleitamento Materno Misto	112	69,1
Aleitamento Artificial	39	24,1

Sabe-se que o tempo de internação está relacionado com o diagnóstico clínico do bebê. Esse período, especialmente quando prolongado, torna-se um obstáculo para a formação de vínculo e apego entre mãe e bebê, dificultando o AM.¹⁸⁻¹⁹

A baixa oferta de aleitamento materno exclusivo (AME) pode estar relacionada ao peso ao nascer e a idade gestacional, que, por sua vez, determinam um tempo maior de internação, prejudicando a amamentação. No momento da alta hospitalar, os resultados da presente pesquisa indicaram o predomínio do AMM (69,1%, N=112), seguido pelo AA e AME. Em estudo semelhante, o AME encontra-se como segundo tipo de alimentação indicado, seguido pelo AA.²⁰

O leite humano proporciona uma combinação única de proteínas, lipídios, carboidratos, minerais, vitaminas, enzimas e células vivas, assim como benefícios nutricionais, imunológicos, psicológicos e econômicos reconhecidos e inquestionáveis. Tendo em vista estes benefícios, os BLHs foram criados, para garantir a qualidade do leite humano destinado a crianças internadas em UTINs.²¹

Assim, percebe-se a importância e a necessidade dos BLHs para a nutrição do RNBP, dando suporte adequado para a efetivação do AM. Uma vez que o hospital em que a pesquisa foi desenvolvida não possui BLH em sua estrutura, isso pode ter dificultado o início e a manutenção do AM durante a internação e na alta hospitalar.

CONCLUSÃO

De acordo com os dados, foi possível identificar que pouco mais da metade dos RNBP eram do sexo masculino, a maioria nasceu de parto cesárea, com baixo peso e pré-termo. O motivo de internação mais prevalente foi a prematuridade, sendo que todos os RNBP do estudo receberam AA durante a internação e receberam alta em AMM.

Com isso, aponta-se a necessidade de conhecer os RNBP que internam na UTIN, pois assim pode-se estabelecer uma assistência individualizada, visando minimizar as taxas de morbidade e mortalidade infantil em seu componente neonatal. Acredita-se que tais achados sejam relevantes para o estabelecimento de prioridades e formulação de estratégias no que diz respeito à saúde dos RNBP e a qualidade do seu desenvolvimento e crescimento saudável.

Além disso, deve-se atentar para melhorias na assistência à saúde materna, uma vez que está diretamente implicada com a saúde do RN. Por meio da promoção da saúde, os profissionais podem possibilitar o acolhimento e o acesso da gestante ao

acompanhamento pré-natal de qualidade, que contemple as necessidades de saúde da mulher e do bebê.

Indica-se também a importância de estimular a prática do AM como um fator que possa vir a interferir na evolução clínica deste RN, tendo em vista que o leite materno é o alimento completo para todos os RNs e que pode contribuir para a saúde deste que está internado na UTIN. Identifica-se a necessidade de um BLH no serviço em questão para que os RNs internados possam ser alimentados com leite humano.

A limitação do estudo foi com relação aos prontuários, pois alguns apresentavam preenchimentos incorretos das informações. Por fim, indica-se o desenvolvimento de outros estudos para que se possa conhecer o perfil destes RNs que internam nas UTINs, contribuindo para a melhoria da assistência prestada a essa população, com vistas à redução do período de internação e manutenção de uma alimentação adequada após a alta.

REFERÊNCIAS

1. Pacheco STA, Cabral IE. O saber local das famílias no manejo da alimentação do bebê de baixo peso: implicações para a prática social da enfermagem. *Rev Pesqui Cuid Fundam (Internet)* [acesso em 2012 nov 24]. 2010;2 Supl:18-21. Disponível em: <http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/771>.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Área de Saúde da Criança. Atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso: Método Canguru. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2011.
3. Cloherty JP, Eichenwald EC, Stark AR. Manual de neonatologia. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2009.
4. Moraes AB, Zanini RR, Giugliane ERJ, Riboldi J. Tendência da proporção de baixo peso ao nascer, no período de 1994-2004, por microrregião do Rio Grande do Sul, Brasil: uma análise multinível. *Cad Saúde Pública*. 2011;27(2):229-40.
5. Andrade CLT, Szwarcwald CL, Castilhos EA. Baixo peso ao nascer no Brasil de acordo com as informações sobre nascidos vivos do Ministério da Saúde; 2005. *Cad Saúde Pública*. 2008;24(11):2564-72.
6. Sá Neto JA, Rodrigues BMRD. Tecnologia como fundamento do cuidar em neonatologia. *Texto & Contexto Enferm*. 2010;19(2):372-7.
7. Basso CG, Neves ET, Silveira A. Associação entre realização de pré-natal e morbidade neonatal. *Texto & Contexto Enferm*. 2012;21(2):269-76.
8. Rodrigues KSF, Zagonel IPS. Perfil epidemiológico de nascimentos em Foz do Iguaçu/ PR: indicador para planejamento do cuidado do enfermeiro. *Esc Anna Nery Ver Enferm*. 2010;14(3):534-42
9. Mascarenhas MDM, Rodrigues MTP, Monte NF. Caracterização dos partos e dos nascidos vivos em Piripiri, Piauí, Brasil. *Rev Bras Saúde Matern Infant*. 2006;6(2):175-81.
10. Costa EL, Sena MCF, Dias A. Gravidez na adolescência - determinante para prematuridade e baixo peso. *Comun Ciênc Saúde*. 2011;22 Supl 1:183-8.
11. Pailaquilén RM, Maldonado YM, Toro YU, Mora CC, Manríquez GS. Trends in Infant mortality rate and mortality for neonates born at less than 32 weeks and with very low birth weight. *Rev Latinoam Enferm*. 2011;19(4):977-84.



12. Vieira CS, Mello DF. O seguimento da saúde da criança pré-termo e de baixo peso egressa da Terapia Intensiva Neonatal. *Texto & Contexto Enferm*. 2009;18(1):74-82.
13. Reis SLS, Penteadó CEM, Chatkin MN, Estrela MS, Porto PG, Munaretto MM. Parto normal X parto cesáreo: análise epidemiológica em duas maternidades no sul do Brasil. *Revista AMRIGS*. 2009;53(1):7-10.
14. Oliveira AG, Araújo AM, Amorim IG, Medeiros WR, Cavalcante EO, Wingerter DG. Characterization of pregnancies and births of teenage. *Rev Enferm UFPE*. 2012;6(9):2154-60.
15. Gabani FL, Sant'anna FHM, Andrade SM. Caracterização dos nascimentos vivos no município de Londrina (PR) a partir de dados do SINASC, 1994 a 2007. *Ciênc Cuid Saúde*. 2010;9(2):205-13.
16. Uchimura TT, Pelissarii DM, Soares DFPP, Uchimura NS, Santana RG, Moraes CMS. Fatores de risco para o baixo peso ao nascer, segundo as variáveis da mãe e do recém-nascido, em Maringá - PR, no período de 1996 a 2002. *Ciênc Cuid Saúde*. 2007;6(1):51-8.
17. Tadielo BZ, Neves ET. A caracterização da morbimortalidade dos recém-nascidos internados na UTI Neonatal do HUSM no ano de 2003 [relatório]. Santa Maria: Universidade Federal de Santa Maria; 2008.
18. Raad AJ, Cruz AMC, Nascimento MA. A realidade das mães numa unidade de terapia intensiva neonatal. *Psic Rev Psicol Vetor Ed*. 2006;7(2):85-92.
19. Silva EF, Muniz F, Cecchetto FH. Aleitamento materno na prematuridade: uma revisão integrativa. *Rev Enferm UFSM*. 2012;2(2):434-41.
20. Scochi CGS, Ferreira FY, Góes FSN, Fujinaga CI, Ferecini GM, Leite AM. Alimentação láctea e prevalência do aleitamento materno em prematuros durante internação em um Hospital Amigo da Criança de Ribeirão Preto-SP, Brasil. *Ciênc Cuid Saúde*. 2008;7(2):145-54.
21. Neves LS, Mattar MJG, Sá MVM, Galisa MS. Doação de leite humano: dificuldades e fatores limitantes. *Mundo Saúde*. 2011;35(2):156-61.

Data de recebimento: 04/12/2012

Data de aceite: 13/06/2013

Contato com autor responsável: Andressa Peripolli Rodrigues

Endereço: Avenida Roraima nº 1000, Cidade Universitária, Centro de Ciências da Saúde (CCS), prédio 26, sala 1336. Bairro Camobi. Santa Maria/Rio Grande do Sul. CEP: 97105-900.

E-mail: andressaufsm@hotmail.com