



Perfil epidemiológico de mães de recém-nascidos admitidos em uma unidade neonatal pública*

Epidemiological profile of newborns' mothers admitted to a public neonatal unit

Mariana Fanstone Ferraresi¹, Alessandra da Rocha Arrais¹

Objetivo: identificar o perfil epidemiológico de mães de recém-nascidos internados em uma unidade neonatal pública. **Métodos:** estudo descritivo e transversal, realizado com 57 mães e 58 bebês que ficaram internados na unidade neonatal. **Resultados:** observou-se que a maioria das mulheres tinha condições sociodemográficas desfavoráveis, apresentou intercorrências na gestação e, apesar da maior parte ter realizado o número preconizado de consultas de pré-natal, o internamento do recém-nascido em Unidade especializada leva ao questionamento da qualidade dessa assistência. **Conclusão:** identificou-se perfil de risco para admissão de recém-nascidos em Unidade especializada, pois a maioria das mulheres tinha condições sociodemográficas desfavoráveis e apresentou intercorrências na gestação.

Descritores: Unidades de Terapia Intensiva Neonatal; Saúde Materno-Infantil; Perfil de Saúde.

Objective: to identify the epidemiological profile newborns' mothers hospitalized in a public neonatal unit. **Methods:** this is a descriptive and cross-sectional study of 57 mothers and 58 infants who were admitted to the neonatal unit. **Results:** it was observed that most of the women had unfavorable sociodemographic conditions, had intercurrents during pregnancy and although most of them had performed the recommended number of prenatal consultations, the hospitalization of the newborn in a specialized unit leads to questioning the quality of this care. **Conclusion:** a risk profile for admission of newborns in a specialized unit was identified, since most of the women had unfavorable sociodemographic conditions and presented intercurrents during pregnancy. **Descriptors:** Intensive Care Units, Neonatal; Maternal and Child Health; Health Profile.

*Extraído da dissertação "Avaliação da assistência multiprofissional em uma unidade neonatal pública do Distrito Federal na perspectiva das mães", Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde, 2016.

¹Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde. Brasília, DF, Brasil.

Autor correspondente: Mariana Fanstone Ferraresi
SMHN Quadra 03, Conjunto A, Bloco 1 - CEP: 70710-907. Brasília, DF, Brasil. E-mail: marianafferraresi@gmail.com

Introdução

A diminuição do número de mortes de recém-nascidos no mundo, por meio dos rápidos avanços tecnológicos e científicos, possibilitou maior sobrevivência de neonatos antes considerados inviáveis, constituindo, assim, um dos maiores sucessos no campo da saúde pública⁽¹⁾. O Brasil conseguiu alcançar o Objetivo de Desenvolvimento do Milênio de reduzir em dois terços a taxa de mortalidade infantil. Entretanto, ainda se observa elevada taxa de óbitos neonatais. Na atualidade, a maior parte destes óbitos pode ser associada a causas preveníveis, evidenciando, assim, a necessidade da melhoria do acesso e da qualidade da atenção materno-infantil⁽²⁻³⁾.

O período neonatal é vulnerável e constitui o principal componente da mortalidade infantil. Estima-se que cerca de 25,0% das mortes acontecem nas primeiras vinte e quatro horas de vida. A maioria das mortes neonatais está relacionada à prematuridade, asfixia e infecções, fatores potencialmente controláveis. O componente neonatal possui relação estreita com as condições de atenção à saúde da mulher durante a gestação e de acesso aos serviços de atenção ao parto e ao nascimento⁽²⁾.

A literatura mostra vários fatores de risco gestacionais, como idade materna avançada, gravidez na adolescência, condições socioeconômicas desfavoráveis, baixa escolaridade, alta paridade, doença obstétrica na gestação, assistência pré-natal de má qualidade e/ou insuficiente, intercorrências clínicas na gestação, entre outros. Esses podem contribuir para desfechos neonatais desfavoráveis, como a internação do recém-nascido em uma unidade neonatal⁽⁴⁻⁶⁾.

Em relação às características dos recém-nascidos internados em uma unidade neonatal, a prematuridade e o baixo peso ao nascer representam os principais motivos das internações. Esses recém-nascidos, em grande maioria, demandam cuidados especiais e contínuos, pois possuem maior probabilidade de infecções, atraso no desenvolvimento e morte⁽⁷⁻⁸⁾.

Diante desse contexto, fazem-se necessárias

pesquisas que possam evidenciar as principais características epidemiológicas das mães dos bebês internados em unidade neonatal, pois este conhecimento constitui importante ferramenta para realizar melhoria na assistência pré-natal, parto e nascimento, de modo a prevenir afecções perinatais e óbitos neonatais⁽³⁾.

O conhecimento das características dessas mães é relevante, pois pode contribuir para promoção e melhoria da saúde materno-infantil, auxiliando na elaboração de políticas de saúde pública direcionadas ao grupo da população estudada e na prevenção das afecções perinatais que podem levar à necessidade de tratamento intensivo em unidade especializada.

Neste cenário, considerando que o perfil das mães pode influenciar no nascimento de recém-nascidos com necessidade de internação em uma unidade neonatal, este estudo teve como objetivo identificar o perfil epidemiológico de mães de recém-nascidos internados em uma unidade neonatal pública.

Métodos

Estudo descritivo e transversal, realizado em uma unidade neonatal pública de um hospital de alta complexidade vinculado ao Sistema Único de Saúde, localizado no Distrito Federal, Brasil.

Este estudo teve como critérios de inclusão: período mínimo de sete dias de internação do bebê na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal e dois dias de internação na Unidade de Cuidados Intermediários Neonatal. Esses critérios foram estabelecidos, considerando-se a necessidade de um tempo de convivência das mães com a equipe para responder ao questionário e às características inerentes de cada unidade, devido à Unidade de Terapia Intensiva Neonatal possuir menor rotatividade e maior tempo de internação dos bebês.

A amostra deu-se por conveniência e foi composta por 57 mães e 58 bebês que ficaram internados na unidade neonatal onde foi realizado o estudo. O período de coleta de dados foi entre abril e setembro

de 2015. Os dados foram coletados dos prontuários e também por meio de um questionário estruturado, elaborado e pré-testado pelas pesquisadoras. O pré-teste foi realizado com cinco mulheres antes da aplicação dos questionários para coleta definitiva de dados da pesquisa. Após o pré-teste, o questionário foi ajustado com objetivo de adequá-lo à realidade do serviço. Diariamente, foi obtida a relação de pacientes aptas a ingressarem no estudo e, posteriormente, foi realizado um convite às mães que se enquadravam nos critérios de inclusão para participarem da pesquisa. A abordagem das mães foi iniciada com uma apresentação da pesquisa, seus riscos, benefícios, custos e liberdade para participar ou não. Os questionários foram aplicados às mães na unidade neonatal, por meio de entrevistas realizadas por um auxiliar de pesquisa adequadamente treinado.

As variáveis foram coletadas em relação à mulher, ao recém-nascido e sobre a assistência prestada, a saber: Parturiente - idade em anos, renda familiar, escolaridade, estado civil, profissão, procedência, tipo de gestação, gravidez desejada/planejada, intercorrências na gravidez, filhos internados em unidade neonatal anteriormente, conhecimento sobre o motivo pelo qual o bebê internou na unidade; recém-nascido - sexo, idade gestacional, peso ao nascer, indicação de internação do recém-nascido na Unidade, local de internação; Assistência - número de consultas de pré-natal, tipo de parto.

Os dados coletados foram computados em um arquivo de dados no software Excel 2013 e, em seguida, processados com a utilização do programa estatístico *Software R*, versão 3.1.2. Para caracterização da população, foi utilizada estatística descritiva, utilizando frequências absolutas e relativas para as variáveis estudadas, cuja análise foi feita por um profissional estatístico contratado para esse fim. Foi estabelecido intervalo de confiança de 95,0% para as proporções.

O estudo respeitou as exigências formais contidas nas normas nacionais e internacionais regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos.

Resultados

Quanto à renda, observou-se que um número significativo das mães (50,9%) vivia com a renda *per capita* de até um salário mínimo. A maior parte das mães era procedente do Distrito Federal (29,8%) e de Goiás (29,8%) e cerca de 70,0% não possuía trabalho extra domiciliar. Em relação ao grau de instrução, 89,4% não possuía ensino superior completo. Observou-se que 42,1% cursou ensino médio completo, seguida de fundamental incompleto (21,0%) e médio incompleto (12,3%). Quanto ao estado civil, os resultados demonstraram que a maioria das mães era casada (57,9%), seguida de solteira (31,5%). Em relação à idade, foi observada maior frequência na faixa etária de 26 a 30 anos (28,0%) e de 21 a 25 anos (22,9%), sendo que os extremos de idade (< que 17 anos e > de 35 anos - 8,8%) foram pouco prevalentes (Tabela 1).

Tabela 1 - Caracterização sociodemográfica das mães dos recém-nascidos internados em unidade neonatal pública

Dados sociodemográficos	n (%)	IC 95%*
Renda (Salário mínimo)		
≤ 1	29 (50,9)	37,44 - 64,2
1,0 - 1,5	8 (14,0)	6,68 - 26,35
1,5 - 2,0	9 (15,8)	7,91 - 28,37
> 2	6 (10,5)	4,35 - 22,2
Sem resposta	5 (8,8)	3,27 - 20,04
Procedência		
Distrito Federal	17 (29,8)	18,8 - 43,57
Goiás	17 (29,8)	18,8 - 43,57
Bahia	7 (12,3)	5,49 - 24,29
Piauí	4 (7,0)	2,27 - 17,83
Outros	7 (12,3)	5,49 - 24,29
Sem resposta	5 (8,8)	3,27 - 20,04
Trabalho extra domiciliar		
Não	40 (70,2)	56,43 - 81,12
Sim	17 (29,8)	18,80 - 43,57
Escolaridade		
Fundamental incompleto	12 (21,0)	11,80 - 34,25
Fundamental completo	1 (1,7)	0,09 - 10,63
Médio incompleto	7 (12,3)	5,49 - 24,29
Médio completo	24 (42,1)	29,40 - 55,88
Superior incompleto	7 (12,3)	5,49 - 24,29
Superior completo	5 (8,8)	3,27 - 20,04
Sem resposta	1 (1,8)	0,09 - 10,63
Estado civil		
Casada	33 (57,9)	44,12 - 70,60
Solteira	18 (31,5)	20,27 - 45,38
União estável	4 (7,0)	2,27 - 17,83
Divorciada	1 (1,8)	0,09 - 10,63
Sem resposta	1 (1,8)	0,09 - 10,63
Idade da mãe (anos)		
≤ 17	5 (8,8)	3,27 - 20,04
18 - 20	12 (21,0)	11,80 - 34,25
21 - 25	13 (22,9)	13,16 - 36,16
26 - 30	16 (28,0)	17,36 - 41,75
31 - 35	6 (10,5)	4,35 - 22,20
> 35	5 (8,8)	3,27 - 20,04

*Intervalo de Confiança

Segundo os relatos das mães, a gravidez foi indesejada em 38,6% e não foi planejada em cerca de 43,0%. Os resultados também demonstraram que 47,0% estavam na primeira gestação, 86,0% nunca haviam sofrido um aborto, 89,5% nunca tinham tido um filho internado em uma unidade neonatal anteriormente e 10,5% das mães não sabiam o motivo pelo qual o filho estava internado. Em 59,6% dos casos, as mães realizaram seis ou mais consultas durante o pré-natal. Em relação ao tipo de parto, 72,0% das mães tiveram parto cesáreo.

A Tabela 2 informa as intercorrências gestacionais mais comuns. A maioria das mães (68,5%) teve alguma intercorrência, sendo as mais prevalentes a Doença Hipertensiva Específica da Gestação que ocorreu em 26,3% dos casos, seguida de Infecção do trato urinário, em 22,8%. Descolamento prematuro da placenta e crescimento intrauterino ocorreram em 3,5% das mães. As demais intercorrências que apareceram uma única vez foram: vaginose, bolsa rota (12 dias), eclampsia, doença inflamatória pélvica, sífilis, placenta prévia, diabetes gestacional, edema agudo de pulmão, furunculose e monólase vaginal. O percentual não totalizou 100,0% (n=57), visto que mais de uma intercorrência pode ser relatada para uma única mãe. Vale destacar que 15,0% das mulheres que tiveram parto cesariana, nesta pesquisa, não apresentaram intercorrência de acordo com registros nos prontuários e que 66,6% dos bebês dessas mulheres nasceram prematuros.

Quanto aos recém-nascidos, a amostra totalizou 58, devido à presença de gêmeos. De acordo com a Organização Mundial de Saúde, os recém-nascidos podem ser classificados pela idade gestacional, sendo considerados prematuros os bebês nascidos com me-

nos de 37 semanas. Estes podem ainda serem classificados conforme o peso ao nascer, sendo considerados baixo peso aqueles nascidos com menos de 2.500g.

Tabela 2 - Caracterização das intercorrências gestacionais das mães de recém-nascidos internados em unidade neonatal pública

Intercorrências gestacional	n (%)	IC 95%*
Sem intercorrências	18 (31,5)	20,27 – 45,38
Intercorrências		
Doença hipertensiva específica da gestação	15 (26,3)	15,94 – 39,91
Infecção do trato urinário	13 (22,8)	13,16 – 36,16
Descolamento prematuro de placenta	2 (3,5)	0,61 – 13,16
Crescimento intrauterino restrito	2 (3,5)	0,61 – 13,16
Vaginose	1 (1,7)	0,09 – 10,63
Eclâmpsia	1 (1,7)	0,09 – 10,63
Doença inflamatória pélvica	1 (1,7)	0,09 – 10,63
Sífilis	1 (1,7)	0,09 – 10,63
Placenta prévia	1 (1,7)	0,09 – 10,63
Edema agudo de pulmão	1 (1,7)	0,09 – 10,63
Furunculose	1 (1,7)	0,09 – 10,63
Monólase vaginal	1 (1,7)	0,09 – 10,63

*Intervalo de Confiança

Na Tabela 3, observa-se que 82,4% dos recém-nascidos eram prematuros e 77,5% nasceram com baixo peso. Os prematuros também foram classificados conforme grau de prematuridade. Os resultados desse estudo demonstraram que 12,1% eram prematuros extremos (idade gestacional <que 28 semanas), 36,2% muito prematuros (28 a 32 semanas) e 34,5% prematuros moderados a prematuros tardios (32 a 37 semanas). Em relação aos recém-nascidos de baixo peso, destaca-se que 15,6% eram de extremo baixo peso (<1.000g) e 29,3% muito baixo peso (1.000-1.500g).

Tabela 3 - Caracterização dos dados dos recém-nascidos internados em unidade neonatal pública

Caracterização dos recém-nascidos	n (%)	IC 95%*
Idade gestacional (semanas completas)		
< 28	7 (12,1)	5,39 – 23,91
28 – 32	21 (36,2)	24,34 – 49,94
32 – 37	20 (34,5)	22,82 – 48,12
> 37	10 (17,2)	9,01 – 29,88
Peso ao nascer (kg)		
< 1	9 (15,6)	7,77 – 27,30
1,0 – 1,5	17 (29,3)	18,46 – 42,91
1,5 – 2,0	13 (22,4)	12,92 – 35,59
2,0 – 2,5	6 (10,3)	4,27 – 21,83
2,5 – 4,0	13 (22,4)	12,92 – 42,91
Sexo		
Masculino	33 (56,9)	43,29 – 69,6
Feminino	24 (41,4)	28,86 – 55,04
Sem resposta	1 (1,7)	0,09 – 10,46
Diagnóstico/indicação da internação		
Prematuridade	46 (79,3)	66,28 – 88,41
Baixo peso	44 (75,9)	62,54 – 85,72
Desconforto respiratório	33 (56,9)	43,29 – 69,60
Infecção neonatal	13 (22,4)	12,92 – 35,59
Local da internação		
Unidade de Cuidados Intermediários	23 (39,7)	27,33 – 53,36
Unidade de Terapia Intensiva Neonatal	35 (60,3)	46,64 – 72,67

*Intervalo de Confiança

Observa-se ainda na Tabela 3 que a maioria dos recém-nascidos era do gênero masculino (56,9%). O local de internação com o maior número de bebês no período estudado foi a Unidade de Terapia Intensiva, correspondendo a 60,3% das internações. Em relação aos diagnósticos/indicações de internação do recém-nascido na unidade neonatal, observa-se que prematuridade (79,3%), baixo peso (75,9%), desconforto respiratório (56,9%) e infecção neonatal (22,4%) foram os mais prevalentes. O percentual não totalizou 100,0% (n=58), visto que mais de um diagnóstico pode ser relatado para uma única mãe/bebê.

Discussão

Os dados obtidos neste estudo não podem ser extrapolados para a população em geral, não permitindo, desta maneira, a generalização dos resultados. Apesar disso, os resultados encontrados podem contribuir para elaboração de políticas de saúde pública direcionadas ao grupo da população estudada, uma vez que o conhecimento do perfil dessas mães pelos profissionais de saúde é essencial para desenvolver e priorizar uma assistência materno-infantil de qualidade.

Neste estudo, as mulheres tenderam a ter filhos em idade mais avançada. O adiamento da maternidade na nova constituição familiar tornou-se fator comum na atualidade, visto que anteriormente a adolescência era considerada a faixa etária ideal para ter filhos⁽⁶⁾. Em relação à escolaridade, os resultados da presente investigação registraram que a maioria das mulheres não tinha ensino superior completo. Há evidências que a baixa escolaridade pode estar associada com a mortalidade neonatal. Mães que possuem essa condição são mais vulneráveis a situações de risco, as quais podem afetar de maneira negativa a saúde do recém-nascido^(4,9).

A regionalização é uma das diretrizes do Sistema Único de Saúde, e orienta a descentralização das ações e serviços de saúde, possibilitando, assim, melhor assistência obstétrica, de modo a atender às necessidades das gestantes em um determinado território⁽¹⁰⁾. Desta maneira, observa-se que os resultados desse estudo corroboram com a ideia de que essa regionalização enfrenta grandes desafios, sendo que, muitas vezes, a mesma não é cumprida, de modo que muitas mulheres procuram serviços de saúde em outras regiões, aumentando, desta forma, a demanda da assistência nesses locais.

Em relação à renda, sabe-se que, no Brasil, o sistema público de saúde é mais procurado pela população de baixa renda e de menor poder aquisitivo, diferentemente do que acontece nos países desenvolvidos, em que os usuários da rede pública nem sempre

possuem esse perfil⁽¹¹⁾. Com relação ao mercado de trabalho, os resultados deste estudo vão ao encontro dos achados de outra pesquisa realizada em um hospital escola localizado na Turquia, em que 87,0% das mães dos bebês internados na Unidade de Terapia Intensiva não trabalhavam⁽¹²⁾.

De acordo com os resultados da presente investigação, houve número significativo de gravidezes indesejadas e não planejadas. Uma gravidez não planejada/indesejada pode estar relacionada a inúmeros agravos ligados à saúde reprodutiva materna e perinatal, gerando grande impacto na vida da mulher. A ocorrência desses fenômenos também faz com que essas mulheres sejam mais vulneráveis a fatores de riscos gestacionais. Estudo realizado no extremo Sul do Brasil demonstrou que cor da pele negra/parda, adolescência e não ter companheiro mostraram associação com gravidez não planejada. Gravidez indesejada foi mais frequente em mulheres que fumavam regularmente e mulheres com mais filhos⁽¹³⁾.

É importante destacar que o desconhecimento de algumas mães sobre o motivo pelo qual o filho estava internado pode estar interligado com a falha na comunicação de alguns dos profissionais de saúde da Unidade. Esse estudo também demonstra que para a maioria das mães a experiência de ter um filho internado em uma unidade neonatal era nova, o que pode gerar ainda mais insegurança devido ao ambiente estranho, estressante e confuso inerente à unidade neonatal, acarretando ainda mais consequências negativas na relação mãe/filho⁽¹⁴⁾.

Os resultados deste estudo em relação às intercorrências gestacionais vão ao encontro de outra pesquisa⁽¹⁵⁾ realizada no estado de São Paulo, Brasil. Na pesquisa, foi demonstrado que a maioria das mães teve intercorrências gestacionais, com a Doença Hipertensiva Específica da Gestação e a Infecção do Trato Urinário como as mais prevalentes. Essas intercorrências podem gerar diversas repercussões clínicas e estão relacionadas com altas taxas de morbimortalidade materna e neonatal⁽⁵⁾. A infecção do trato urinário também se destaca por estar associada à pre-

maturidade, podendo gerar grandes impactos para o binômio mãe-filho⁽¹⁶⁾.

Apesar da maioria das mulheres ter tido intercorrências gestacionais, tal fato não justifica o alto percentual de cesarianas observado neste estudo (71,9%), pois este resultado aproxima-se de outros estudos também realizados em Unidades Neonatais, os quais demonstraram percentual de cesarianas em torno de 55 a 60,0%^(8,17).

O alto índice de prematuridade, observado em bebês nascidos de parto cesariana, cujas mães não apresentaram intercorrência gestacional, pode estar interligado ao aumento de cesarianas eletivas, gerando, também, como consequência, o aumento da prematuridade⁽¹⁸⁾. Esse procedimento cirúrgico, quando realizado sem indicação adequada, pode gerar complicações graves que podem levar a necessidade de tratamento intensivo do recém-nascido em unidade especializada. O Brasil vive uma epidemia de operações cesarianas, sendo que nos últimos anos o aumento do índice de cesarianas tem aumentado progressivamente, tornando-se um grande problema de saúde pública^(8,18).

A assistência pré-natal é de extrema importância na gestação e pode contribuir para o diagnóstico e tratamento oportuno de afecções, além de diminuir complicações neonatais e maternas. Apesar da literatura demonstrar que o aumento do número de consultas no pré-natal pode ser um indicador de qualidade e se correlacionar com desfechos mais favoráveis, este estudo apresentou dados contraditórios, pois apesar da maioria das mulheres ter realizado o número de consultas preconizado (seis ou mais), a maioria dos bebês teve desfechos desfavoráveis, como prematuridade e baixo peso, dois fatores importantes do alto percentual na morbimortalidade neonatal, o que pode gerar uma indagação se o pré-natal está sendo realizado com a qualidade que deveria^(3,19).

Salienta-se que a maioria dos bebês deste estudo era do sexo masculino, assim como se observou em estudos realizados em outras unidades neonatais^(8,15). Quanto aos diagnósticos/indicações de internação

do recém-nascido na unidade neonatal, os resultados deste estudo vão ao encontro de outra pesquisa realizada em uma Unidade de Terapia Intensiva Neonatal do Sul do Brasil, a qual também demonstrou que os principais motivos de internação dos recém-nascidos foram prematuridade, baixo peso e desconforto respiratório⁽⁷⁾.

Conclusão

Os resultados apontaram que o perfil das mães encontrado neste estudo era de risco para admissão de recém-nascidos em unidade especializada, pois se observou que a maioria das mulheres tinha condições sociodemográficas desfavoráveis e apresentou intercorrências na gestação.

Colaborações

Ferraresi MF e Arrais AR contribuíram na concepção, no planejamento, análise e interpretação dos dados, revisão crítica relevante do conteúdo e aprovação da versão final a ser publicada.

Referências

- Xavier SO, Nascimento MAL, Badolati MEM, Paiva MB, Camargo FCM. Estratégias de posicionamento do recém-nascido prematuro: reflexões para o cuidado de enfermagem neonatal. *Rev Enferm UERJ*. 2012; 20(n.esp.2):814-8.
- Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde. Mortalidade infantil no Brasil: tendências, componentes e causas de morte no período de 2000 a 2010. Brasília: Ministério da Saúde; 2012.
- Corrêa MD, Tsunechiro MA, Lima MOP, Bonadio IC. Evaluation of prenatal care in unit with Family health strategy. *Rev Esc Enferm USP*. 2014; 48(n.esp):24-32.
- Costa AL, Araujo Júnior E, Lima JW, Costa FS. Fatores de risco materno associados à necessidade de unidade de terapia intensiva neonatal. *Rev Bras Ginecol Obstet*. 2014; 36(1):29-34.
- Rolim KMC, Costa RD, Thé RF, Abreu FRH. Agravos à saúde do recém-nascido relacionados à doença hipertensiva da gravidez: conhecimento da enfermeira. *Rev Enferm Atenção Saúde*. 2014; 3(2):19-28.
- Patias ND, Gabriel MR, Weber BT, Dias ACG. Considerações sobre a gestação e a maternidade na adolescência. *Mudanças Psicol Saúde*. 2011; 19(1-2):19-26.
- Arruê AM, Neves ET, Silveira A, Pieszak GM. Caracterização da morbimortalidade de recém-nascidos internados em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal. *Rev Enferm UFSM*. 2013; 3(1):86-92.
- Lages CDR, Sousa JCO, Cunha KJB, Silva NC, Santos TMMG. Predictive factors for the admission of a newborn in an intensive care unit. *Rev Rene*. 2014; 15(1):3-11.
- Martins EF, Rezende EM, Almeida MCM, Lana FCF. Perinatal mortality and socio-spatial inequalities. *Rev Latino-Am Enfermagem*. 2013; 21(5):1062-70.
- Gryschek ALFPL, Nichiata LYI, Fracolli LA, Oliveira MAF, Pinho PH. Tecendo a rede de atenção à saúde da mulher em direção à construção da linha de cuidado da gestante e puérpera, no Colegiado de Gestão Regional do Alto Capivari – São Paulo. *Saúde Soc*. 2014; 23(2):689-700.
- Gurgel CS, Lira LQ, Azevedo GM, Costa PN, Araújo JO, Dimenstein R. Comparação entre a concentração sérica de alfa-tocoferol de puérperas assistidas em maternidades públicas e privadas no Nordeste do Brasil. *Rev Bras Ginecol Obstet*. 2014; 36(8):372-6.
- Mizrak B, Deniz AO, Acikgoz A. Anxiety levels of mothers with newborns in a Neonatal Intensive Care Unit in Turkey. *Pak J Med Sci*. 2015; 31(5):1176-81.
- Prietsch SOM, González-Chica DA, Cesar JA, Mendoza-Sassi RA. Gravidez não planejada no extremo Sul do Brasil: prevalência e fatores associados. *Cad Saúde Pública*. 2011; 27(10):1906-16.
- Costa R, Klock P, Locks MOH. Acolhimento na Unidade Neonatal: percepção da equipe de enfermagem. *Rev Enferm UERJ*. 2012; 20(3):349-53.

15. Oliveira CS, Casagrande GA, Grecco LC, Golin MO. Perfil de recém-nascidos pré-termo internados na unidade de terapia intensiva de hospital de alta complexidade. *ABCS Health Sci.* 2015; 40(1):28-32.
16. Gilbert NM, O'Brien VP, Hultgren S, Macones G, Lewis WG, Lewis AL. Urinary tract infection as a preventable cause of pregnancy complications: opportunities, challenges, and a global call to action. *Glob Adv Health Med.* 2013; 2(5):59-69.
17. Russell G, Sawyer A, Rabe H, Abbott J, Gyte G, Duley L et.al. Parents' views on care of their very premature babies in neonatal intensive care units: a qualitative study. *BMC Pediatr* [Internet]. 2014 [cited 2016 Mar 13]; 14(230): Available from:<http://bmcpediatr.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2431-14-230>
18. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Diretrizes de Atenção à Gestante: a Operação Cesariana. Brasília: Ministério da Saúde; 2015.
19. Domingues RMSM, Hartz ZMA, Dias MAB, Leal MC. Avaliação da adequação da assistência pré-natal na rede SUS do Município do Rio de Janeiro, Brasil. *Cad Saúde Pública.* 2012; 28 (3):425-37.