



**PERFIL DE INTERNAÇÃO DE RECÉM-NASCIDOS DE ALTO RISCO EM UMA
UNIDADE DE CUIDADO INTERMEDIÁRIO NEONATAL**
**PROFILE OF HIGH-RISK NEWBORNS HOSPITALIZATION AT A NEONATAL INTERMEDIATE
CARE UNIT**
**PERFIL DE INTERNACIÓN DE RECIÉN NACIDOS DE ALTO RIESGO EN UNA UNIDAD DE CUIDADO
INTERMEDIO NEONATAL**

Eduardo Motta Vasconcelos¹, Aldrya Ketly Pedrosa², Milva Figueiredo De Martino³

RESUMO

Objetivo: traçar o perfil dos neonatos de alto-risco. **Método:** estudo documental, retrospectivo e transversal, com abordagem quantitativa, no qual foram utilizados 211 prontuários de neonatos internados em uma unidade de cuidado intermediário neonatal. As variáveis estudadas foram: gênero; peso; doença de base; e motivo da alta. Os dados coletados foram analisados no *Statistical Package for the Social Sciences*, versão 20, com base em frequências simples e absoluta e por meio de análise comparativa. **Resultados:** quanto ao gênero, o sexo masculino foi o mais prevalente com 55,45%; sobre o tipo de afecção, predominou a taquipneia transitória do recém-nascido com 26,06%; a respeito do peso, 78,67% dos recém-nascidos estavam dentro da normalidade; já em relação ao tipo de alta, a maioria apresentou alta com melhora clínica (93,36%); e os casos de óbitos corresponderam a 3,32%. **Conclusão:** conhecer o perfil desses neonatos colabora para o planejamento de políticas públicas que reduzam os óbitos neonatais. **Descritores:** Perfil de Saúde; Enfermagem Neonatal; Mortalidade Neonatal.

ABSTRACT

Objective: to describe the profile of high-risk neonates. **Method:** transversal, retrospective and documentary study with quantitative approach, in which 211 medical records of newborns admitted to a neonatal intermediate care unit were used. The variables studied were: gender; weight; underlying disease; and discharge reason. The data collected were analyzed using the *Statistical Package for the Social Sciences*, version 20, based on simple and absolute frequencies, and through comparative analysis. **Results:** as for gender, males were the most prevalent with 55.45%; regarding the type of disease, transient tachypnea of the newborn predominated with 26.06%; with respect to weight, 78.67% of the newborns were within the normal range; in relation to the type of discharge, most of the newborns had been discharged with clinical improvement (93.36%); and cases of deaths corresponded to 3.32%. **Conclusion:** knowing the profile of these newborns collaborates for the planning of public policies aimed at reducing neonatal deaths. **Descriptors:** Health profile; Neonatal Nursing; Neonatal Mortality.

RESUMEN

Objetivo: describir el perfil de neonatos de alto riesgo. **Método:** estudio documental, retrospectivo y transversal con enfoque cuantitativo en el cual se utilizaron 211 registros médicos de recién nacidos internados en una unidad de cuidado intermedio neonatal. Las variables estudiadas fueron: género; peso; enfermedad de base; y motivo del alta. Los datos obtenidos se analizaron en el *Statistical Package for the Social Sciences*, versión 20, con base en las frecuencias simple y absoluta y por medio de análisis comparativa. **Resultados:** en cuanto al género, el sexo masculino fue el más frecuente con 55,45%; al respecto del tipo de enfermedad, predominó la taquipnea transitoria del recién nacido con 26,06%; en relación con el peso, el 78,67% de recién nacidos estaba dentro de la normalidad; en cuanto al tipo de alta, la mayoría fue dada alta con mejoría clínica (93,36%); y los casos de muertes correspondieron a 3,32%. **Conclusión:** conocer el perfil de estos recién nacidos colabora para la planificación de políticas públicas que reduzcan la mortalidad neonatal. **Descriptores:** Perfil de la Salud; Enfermería Neonatal; Mortalidad Neonatal.

¹Enfermeiro, Mestrando, Pós-Graduação em Ciências, Escola Paulista de Enfermagem, Universidade Federal de São Paulo/UNIFESP. Bolsista do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico/CNPq. São Paulo (SP), Brasil. E-mail: edu.motta_vqt@hotmail.com; ²Enfermeira, Mestranda, Pós-Graduação em Ensino na Saúde, Universidade Federal de Alagoas/UFAL. Maceió (AL), Brasil. Email: aldryaketly@hotmail.com; ³Enfermeira, Professora Pós-doutora, Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade de Lisboa/UL. São Paulo (SP), Brasil. E-mail: martino.milva@unifesp.br

INTRODUÇÃO

A taxa de mortalidade infantil é considerada um dos mais importantes indicadores epidemiológicos, uma vez que ele reflete o desenvolvimento socioeconômico, a desigualdade social, os níveis de saúde e as condições de vida de uma região.¹ Corresponde ao número de óbitos de crianças menores de um ano e ao número de nascidos vivos, em determinado local e período, calculado com base em cada mil nascidos vivos.² Tal coeficiente pode ser classificado em mortalidade perinatal (óbitos fetais com 28 ou mais semanas de gestação, ou nascidos vivos com menos de sete dias de idade) e neonatal (óbitos de crianças com menos que 28 dias de idade).³

A mortalidade neonatal pode ser classificada como: precoce (entre 0 e 6 dias de vida); tardia (entre 7 e 27 dias de vida); ou pós-neonatal (entre 28 e 364 dias de vida).³ A taxa de mortalidade infantil do ano de 2004 no País foi de 22,59 óbitos por mil nascidos vivos, enquanto que em 2008 foi estimada em 19,38 com redução em todas as regiões do País.⁴ Seguindo essa logística, a taxa de mortalidade infantil teve redução de 50% entre 1990 e 2008.⁵ Apesar da diminuição observada ao longo dos anos em Alagoas, a mortalidade infantil permanece como problema de saúde pública, uma vez que seu nível continua elevado e incompatível quando comparada com a dos estados das regiões Sul e Sudeste.⁶

A mortalidade neonatal é responsável por quase 70% das mortes no primeiro ano de vida.⁴ Entretanto, ficou evidenciado em outros estudos realizados que a maior parte desses óbitos ocorre nos primeiros dias de vida, em especial no primeiro dia (representando 25%). Dessa forma, a mortalidade neonatal passou a ser o principal componente dos óbitos nesse período.^{4,7-8}

Conforme mostra o Núcleo Hospitalar de Epidemiologia (NHEP) da Maternidade Escola Santa Mônica (MESM), localizada na cidade de Maceió, AL, que é o centro de referência estadual, especializado em assistência de média e alta complexidade às gestantes e recém-nascidos de alto risco, ocorreram em 2011 na instituição 168 óbitos, o que representa um número significativamente alto.⁹

A justificativa para a realização deste estudo está respaldada na relevância da problemática, uma vez que Maceió ostentou por muitos anos elevadas taxas de mortalidade infantil, uma das maiores do País,

especialmente no período neonatal correspondendo à taxa de mortalidade de 11,4/mil nascidos vivos em 2011.¹⁰ Já o Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (SUS) registrou na capital Alagoana 210 casos de óbitos neonatais em 2011 e 156 em 2012, nesse último ano 70% foram óbitos neonatais precoces.¹¹

Embora a taxa de óbitos neonatais permaneça elevada, é importante ressaltar que a assistência neonatal avançou muito nas últimas décadas com a introdução de recursos terapêuticos e tecnológicos mais eficazes e recursos humanos especializados.¹² No entanto, para que a assistência adequada de enfermagem seja proporcionada, não bastam apenas conhecimentos técnicos quanto às doenças, exames complementares e tratamento, mas também conhecer efetivamente a população a ser atendida diante de suas características relevantes que podem agravar o quadro clínico e hemodinâmico dos pacientes.

Nessa perspectiva infere-se a necessidade de caracterizar o que é um recém-nascido (RN) de baixo risco e de alto risco. Antes se torna necessário conceituar o termo “risco”, sendo este a probabilidade que tem um indivíduo ou grupo de pessoas de apresentar no futuro um dano em sua saúde.¹³

É considerado RN de baixo risco aquele que nasce com idade gestacional entre 37 e 42 semanas, boa vitalidade, crescimento intrauterino adequado e ausência de patologias ou malformações.¹³ Enquanto que recém-nascido de alto risco é apenas considerado aquele com peso ao nascer menor ou igual a 2000 gramas e/ou Escala de Apgar menor que sete no quinto minuto de vida. Esta população de crianças apresenta um risco aumentado para alterações no crescimento e desenvolvimento.¹³ A partir do contexto exposto, esse estudo tem como objetivo traçar o perfil dos neonatos de alto-risco.

MÉTODO

Trata-se de um estudo documental, retrospectivo, transversal, com abordagem quantitativa, em que foram utilizados no total 211 prontuários, incluindo todos os recém-nascidos com idade entre 0 e 27 dias, admitidos por demanda espontânea na Unidade de Cuidado Intermediário neonatal (UCIN) da Clínica Infantil Santa Maria Sociedade Simples Ltda., referência na assistência de média complexidade aos recém-nascidos de alto risco em Maceió-AL, no período de janeiro a junho de 2011 e 2012.

As variáveis estudadas foram: gênero; peso; patologia de base por meio do

diagnóstico médico; e motivo da alta. As doenças foram identificadas pela Classificação Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde, também conhecida como Classificação Internacional de Doenças - CID 10, que tem a finalidade de padronizar a codificação das doenças e outros agravos à saúde.

Em relação à estatística, todos os dados foram expressos em total bruto e percentuais. Os dados coletados foram analisados no SPSS (*Statistical Package for the Social Sciences*) na versão 20, com base em frequência simples, frequência absoluta e análise comparativa entre os resultados, levando-se em consideração a natureza das distribuições dos valores das variáveis, sendo em seguida expostos por meio de tabelas e figuras.

Antes da realização desse estudo, o projeto foi aprovado pela direção da clínica após a apresentação do termo de aceitação da pesquisa. Não foram realizadas entrevistas e

nem foram aplicados questionários com seres humanos, Esta pesquisa de campo consiste no levantamento dos documentos da instituição através do seu banco de dados informatizado. O projeto não foi encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa por tratar-se de um estudo documental sem registros diretos com os sujeitos da pesquisa.

RESULTADOS

Foram registrados 98 internamentos no primeiro semestre de 2011; entre eles, 54 eram do sexo masculino e 44 do sexo feminino. Enquanto que no mesmo semestre de 2012 deram entrada 113 RNs, sendo 63 do sexo masculino e 50 do sexo feminino, totalizando 211 internações. Quanto ao gênero, de acordo com a população estudada referente aos anos de 2011 e 2012, 55,45% era do sexo masculino e 44,55% eram do sexo feminino.

Tabela 1. Características sociodemográficas dos RNs da UCIN, registrados no primeiro semestre de 2011 e 2012.

Sexo dos Rns	2011	2012	Total
	RNs=98	RNs=113	RNs=211
	RNs(%)	RNs(%)	RNs(%)
Masculino	54 (55,10%)	63 (55,75%)	117 (55,45%)
Feminino	44 (44,89%)	50 (44,24%)	94 (44,55%)

Fonte: Banco de Dados Informatizado da Clínica Infantil Santa Maria Sociedade Simples Ltda., 2012.

De acordo com os dados revelados pela pesquisa o número de internamentos no período de maio e junho de 2012 foi o mais elevado. Na distribuição quanto aos tipos de afecções que predominaram nos neonatos no primeiro semestre de 2011, as principais foram: taquipneia transitória do RN (TTRN)

(23,47% / 23 casos); infecção neonatal (15,31% / 15 casos); sífilis congênita (15,31% / 15 casos); prematuridade (12,24% / 12 casos); septicemia (12,24% / 12 casos); icterícia neonatal (12,24% / 12 casos); pneumonia (5,10% / 5 casos); e anóxia (4,08% / 4 casos).

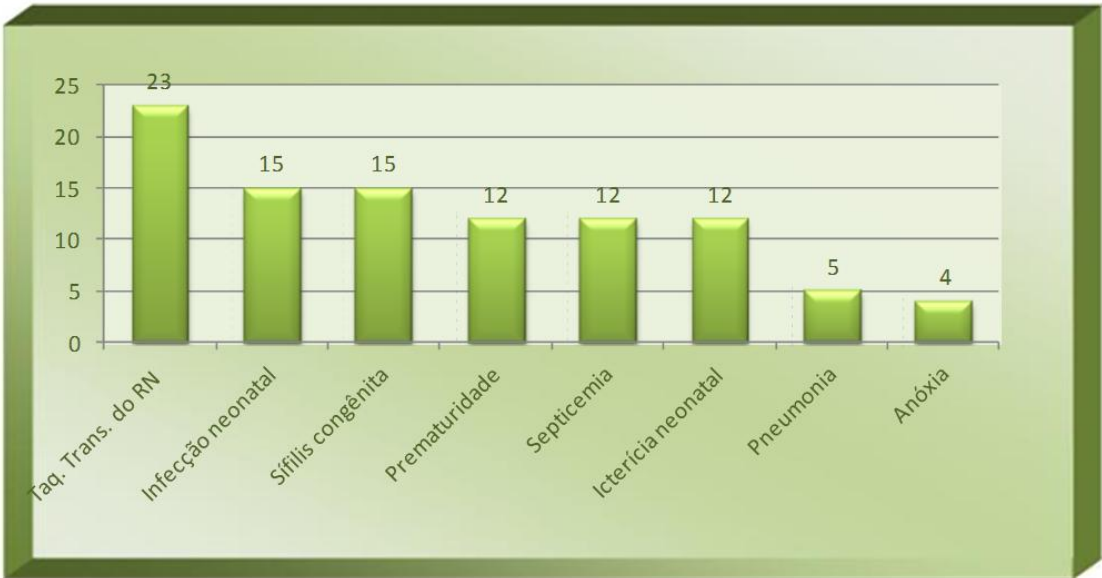


Figura 1. Distribuição quanto às doenças dos RNs da UCIN, registrados no primeiro semestre de 2011.

Fonte: Banco de Dados Informatizado da Clínica Infantil Santa Maria Sociedade Simples Ltda., 2012.

No primeiro semestre de 2012 não ocorreram grandes mudanças. A afecção com maior prevalência continuou sendo a TTRN (28,32% / 32 casos), seguida pela infecção neonatal (17,70% / 20 casos), pneumonia (13,27% / 15 casos), prematuridade (10,62% /

12 casos), septicemia (10,62% / 12 casos), icterícia neonatal (10,62% / 12 casos), sífilis congênita (7,08% / 8 casos), infecção intestinal (0,88% / 1 caso) e por fim a anóxia (0,88% / 1 caso). Essas doenças foram as mais prevalentes nos neonatos de alto risco, uma

vez que estes sobreviveram a um parto traumático ou prematuro, especialmente pelo

fato que as genitoras em sua grande parte passaram por uma gestação de alto risco.



Figura 2. Distribuição quanto às doenças dos RNs da UCIN, registrados no primeiro semestre de 2012.
Fonte: Banco de Dados Informatizado da Clínica Infantil Santa Maria Sociedade Simples Ltda., 2012.

Em relação ao peso, no primeiro semestre de 2011, os RNs com peso adequado (>2.500g) obtiveram uma maior prevalência correspondendo a 82,65% (81 RNs),

acompanhados por 16,32% (16 RNs) que estavam com baixo peso ($\leq$ 2.500g) e apenas 1,02% (01 RN) com muito baixo peso ($\leq$ 1.500g).



Figura 3. Distribuição quanto ao peso dos RNs da UCIN, registrados no primeiro semestre de 2011.
Fonte: Banco de Dados Informatizado da Clínica Infantil Santa Maria Sociedade Simples Ltda., 2012.

Em 2012 foram registrados 85 RNs com o peso adequado correspondendo a 75,22% dos neonatos que deram entrada nesse período e 28 RNs com baixo peso (24,77%). Apresenta-se na Figura 4 a distribuição dos sujeitos quanto ao tipo de alta. Sinaliza-se que na maioria dos prontuários os neonatos apresentaram maior

prevalência de alta com melhora (93,36%). Os casos de transferência devido à necessidade de suporte mais avançado corresponderam a 3,32% (7 casos), coincidindo com a quantidade de óbitos (3,32% / 7 casos). Vale ressaltar que em 2012 ocorreram mais internamentos com menos óbitos e transferências que em 2011.

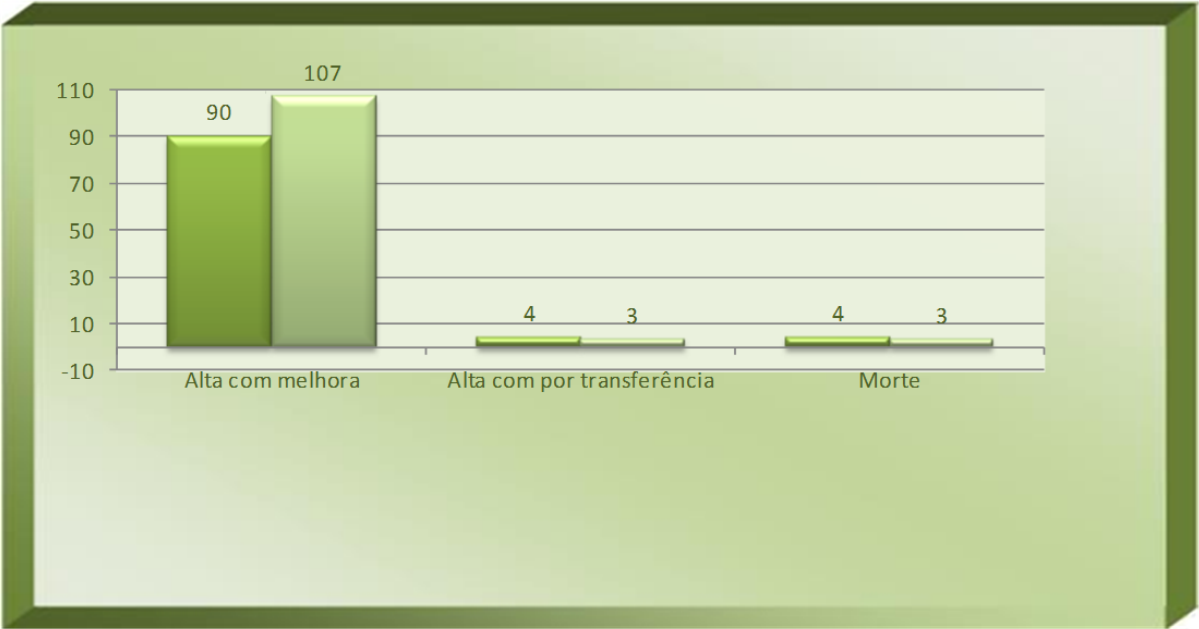


Figura 4. Distribuição quanto ao tipo de alta dos RNs da UCIN, registrados no primeiro semestre de 2011 e 2012. **Fonte:** Banco de Dados Informatizado da Clínica Infantil Santa Maria Sociedade Simples Ltda., 2012.

Quanto à distribuição dos óbitos que ocorreram no primeiro semestre de 2011 e 2012, dentre os 211 pacientes participantes, os resultados mostram que todos os casos (7 óbitos) se enquadram em mortalidade neonatal precoce variando entre um cinco dias de vida e a maioria era do sexo masculino.

DISCUSSÃO

Quanto ao gênero, o sexo masculino foi o mais prevalente com 55,45% da população estudada. A demanda foi maior em ambos os semestres, atingindo os maiores indicadores nos meses de maio e junho de 2012. Uma pesquisa realizada com 760 participantes, no Hospital Universitário de Maringá (HUM) localizado no Paraná em 2006, revelou que 391 (51,5%) desses RNs eram do sexo masculino. No entanto é notável que os RNs do sexo masculino tenham uma maior probabilidade de adquirir alguma afecção principalmente nos primeiros 28 dias de vida.¹⁴ Resultado este que também foi encontrado em outro estudo da literatura nacional.¹⁵ Com relação às internações por faixa etária em Alagoas, verifica-se que as internações de crianças menores de um ano são em sua maioria do sexo masculino.¹⁶ Dado importante pontuado nesse estudo.

Na distribuição quanto ao tipo de afecção que acomete os neonatos, predominaram: TTRN (55 casos); infecção neonatal (35 casos); prematuridade (24 casos); septicemia (24 casos); icterícia neonatal (24 casos); sífilis congênita (23 casos); e pneumonia (20 casos). Ao comparar o primeiro semestre de 2011 e 2012 observa-se que houve redução do número de casos de sífilis congênita em 2012 e a afecção mais prevalente foi a TTRN. Este resultado é um reflexo da demanda que a instituição atende, uma vez que grande parte

das gestações desses neonatos foi de alto risco e estes nasceram de partos cesáreos.

A literatura nacional corrobora com os resultados apresentados, uma vez que as principais causas de mortalidade neonatal são as infecções agudas intrauterinas, problemas respiratórios, malformações, prematuridade e infecção pós-natal, possuem uma importância que varia conforme as condições operacionais da maternidade e do berçário.¹⁷

Com relação à TTRN, esta que foi a afecção mais prevalente no estudo. Evidências científicas sugerem que a TTRN tem sido atribuída a um retardo na reabsorção do líquido pulmonar fetal. Dessa forma, a imaturidade pulmonar causada pela produção inadequada de surfactante compromete a vida do neonato e exige suportes respiratório e circulatório imediatos para a estabilização do quadro clínico.¹⁸ Ratifica-se que o parto cesáreo é considerado como um importante fator de risco para causar a TTRN.

Em relação ao peso, este é considerado como indicador de saúde relevante para os RNs segundo a Organização Mundial de Saúde, já que reflete as condições de vida dos indivíduos que os geraram.¹⁹ Em este estudo, os RNs que tiveram maior prevalência foram os que tinham peso adequado. No primeiro semestre de 2011 a taxa foi de 82,65% e em 2012 foi de 75,22%.

Relacionando o sexo com o peso, em 2011, 30,61% dos neonatos do sexo feminino tinham peso adequado, 11,22% estavam com baixo peso e 1,02% estavam com muito baixo peso. Em relação ao sexo masculino, 46,94% dos neonatos tinham peso adequado e 11,22% estavam com baixo peso. Já no primeiro semestre de 2012, 29% dos neonatos do sexo feminino tinham peso adequado e 13,89% estavam com baixo peso, enquanto que nos de sexo masculino,

49,07% dos neonatos tinham peso adequado e 7,42% estavam com baixo peso.

Comparando os semestres, chamou a atenção à redução da demanda de RNs com baixo peso do sexo masculino que em 2011 foi de 11,22% (11 casos) e em 2012 foi apenas de 7,40% (8 casos). Levando em consideração os casos de baixo peso, os neonatos do sexo feminino apresentaram uma maior prevalência em todo o período estudado. Conforme mostram outros estudos nacionais com RNs, grande parte dos neonatos que apresentou baixo peso nasceu pré-termo, ambos são importantes fatores de risco associados à mortalidade neonatal, uma vez que estes apresentam um risco maior de mortalidade.^{6, 8, 20}

A distribuição dos sujeitos quanto ao tipo de alta mostra que na maioria dos prontuários os neonatos apresentaram maior prevalência de alta com melhora (93,36%). Os casos de transferência ocorreram devido à necessidade de suporte mais avançado e corresponderam a 3,32%, coincidindo com a quantidade de óbitos (3,32%).

Vale ressaltar que em 2012 ocorreram mais internamentos com menos óbitos e transferências que em 2011, revelando melhora na assistência prestada pela instituição. Os resultados desse estudo são pontuados na literatura, evidenciando que a distribuição dos óbitos apresentou maior prevalência de mortalidade neonatal precoce.^{8,21-5}

CONCLUSÃO

O perfil dos neonatos de alto-risco admitidos na UCIN foi constituído em sua maior parte por RNs do sexo masculino, acometidos por TTRN, com peso adequado e receberam alta com melhora. Ressalta-se que o número de óbitos neonatais precoces encontrado foi elevado.

Conhecer o perfil desses neonatos contribui para o entendimento dos desfechos negativos da vulnerabilidade social e de fatores de risco associados como: baixo peso; prematuridade; e parto cesáreo. Os resultados apontados em este estudo são de grande importância, pois podem colaborar para criar novas estratégias de prevenção à gestação de alto risco e do parto prematuro. Ao mesmo tempo, colaborarão para melhorar a assistência prestada, favorecendo a redução da mortalidade neonatal, proporcionando aumento da expectativa de vida dos neonatos e de suas mães. No entanto, estas informações podem ser utilizadas em outros estudos, servindo como subsídios para

formulação de políticas públicas para redução dos óbitos neonatais no município.

AGRADECIMENTOS

Os autores agradecem em particular ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico - CNPq.

REFERÊNCIAS

1. Victora CG, Barros FC, Vaughan JP. Epidemiologia da desigualdade. 3th ed. São Paulo: Hucitec, 2006.
2. Silva SLC, Fachel JMG, Kato SK, Bassanesi SL. Visualização dos padrões de variação da taxa de mortalidade infantil no Rio Grande do Sul, Brasil: comparação entre as abordagens Bayesiana Empírica e Totalmente Bayesiana. Cad saúde pública [Internet]. 2011 [cited 2013 June 3];27(7): 1423-32. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v27n7/17.pdf>
3. Brasil. Ministério da Saúde. Manual de Vigilância do Óbito Infantil e Fetal e do Comitê de Prevenção do Óbito Infantil e Fetal. Brasília: Ministério da Saúde; 2009.
4. Brasil. Ministério da Saúde. Atenção à saúde do recém-nascido: guia para os profissionais de saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2011.
5. Zanini RR, Moraes AB, Giugliani ERJ, Riboldi J. Tendência da mortalidade infantil no Rio Grande do Sul, Brasil, 1994-2004: uma análise multinível de fatores de risco individuais e contextuais. Cad saúde pública [Internet]. 2009 [cited 2013 June 1];25(5):1035-45. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v25n5/10.pdf>
6. Fundo das Nações Unidas para a Infância. Situação Mundial da Infância 2008: Sobrevivência infantil. Brasília: UNICEF; 2007.
7. Martinez J, Paul VK, Bhutta ZA, Koblinsky M, Soucat A, Walker N, et al. Neonatal survival: a call for action published online. Lancet [Internet]. 2005 [cited 2013 June 3];365:1189-97. Available from: [http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(05\)71882-1/fulltext](http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(05)71882-1/fulltext)
8. Almeida MF; Alencar GP; Schoeps D; Novaes HMD; Campbell O; Rodrigues LC. Sobrevida e fatores de risco para mortalidade neonatal em uma coorte de nascidos vivos de muito baixo peso ao nascer, na Região Sul do Município de São Paulo, Brasil. Cad saúde pública [Internet]. 2011 [cited 2013 June 2]; 27(6):1088-98. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v27n6/06.pdf>
9. Universidade Estadual de Ciências da Saúde em Alagoas. Maternidade Escola Santa

Mônica. Núcleo Hospitalar de Epidemiologia da Maternidade Escola Santa Mônica Informe Epidemiológico Semestral. Maceió: PrintStop Gráfica e Editora Ltda.; 2012.

10. Secretaria de Estado da Saúde de Alagoas. Indicadores e Dados Selecionados de Saúde em Alagoas. Maceió: SESAU; 2012.

11. Indicadores de Saúde. Painel de Monitoramento da Mortalidade Infantil e Fetal [Internet]. 2012 [cited 2013 June 4]. Available from: <http://svs.aids.gov.br/dashboard/mortalidade/infantil.show.mtw>

12. Neves ET, Silveira A. Desafios para os cuidadores familiares de crianças com necessidades especiais de saúde: contribuições da enfermagem. J Nurs UFPE on line [Internet]. 2013 [cited 2013 June 4];7(5):1458-62. Available from: <http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/3229/pdf/2564>

13. Secretaria Municipal de Saúde de Volta Redonda. Saúde da Criança Linha de Cuidado Integral [Internet]. 2008 [cited 2013 June 1]. Available from: <http://www.voltaredonda.rj.gov.br/saude/cuidados/Protocolos%20de%20acompanhamentos%20da%20linha%20de%20cuidados%20da%20crianca%20Volta%20Redonda.pdf>

14. Silva GF, Pelloso SM. Perfil das parturientes e seus recém-nascidos atendidos em um hospital-escola do Noroeste do Estado do Paraná. Rev Esc Enferm USP [Internet]. 2009 [cited 2013 June 1]; 43(1): 95-102. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v43n1/12.pdf>

15. Benites PT, Brandt Nunes C. Conhecendo o perfil do recém-nascido em uma unidade de terapia intensiva. Ensaios e ci [Internet]. 2006 [cited 2013 June 1];10(3): 33-40. Available from: <http://www.redalyc.org/pdf/260/26012809003.pdf>

16. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Alagoas - Caderno de Informações para a Gestão Estadual do SUS. Brasília: CONASS; 2011.

17. Vaz FAC. Mortalidade perinatal e neonatal. AMB rev. Assoc Med Bras [Internet]. 1997 [cited 2013 June 1];43(1):3. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_pdf&pid=S0104-42301997000100002&lng=en&nrm=iso&tlng=pt

18. Nomura RMY, Miyadahira S, Francisco RPV, Okatani D, Zugaib M. Avaliação da maturidade fetal em gestação de alto risco: análise dos resultados de acordo com a idade gestacional. AMB rev. Assoc Med Bras

[Internet]. 2001 [cited 2013 June 1];48(4):346-51. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/ramb/v47n4/7402.pdf>

19. Silva TRSR, Barros SMO. Influence of low birth weight on child mortality in Latin America: literature review. J Nurs UFPE on line [Internet]. 2012 [cited 2013 June 1];6(10): 2514-20. Available from: http://www.revista.ufpe.br/revista/enfermagem/index.php/revista/article/view/3122/pdf_1570

20. Martins DC, Mello DF, Scohi CGS. Crianças prematuras e de baixo peso ao nascer em famílias de baixo nível socioeconômico: uma revisão da literatura. Pediatr mod [Internet]. 2001 [cited 2013 June 1];37(9):452-9. Available from: http://www.moreirajr.com.br/revistas.asp?id_materia=1640&fase=imprime

21. Lawn JE, Cousens S, Zupan J. 4 million neonatal deaths: when? where? why? Lancet. [Internet]. 2004 [cited 2013 June 04];365(9462):891-900. Available from: http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/pdfs/lancet_neonatal_survival_paper1.pdf

22. Barros FC, Victora CG, Barros AJ, Santos IS, Albernaz E, Matijasevich A, et al. The challenge of reducing neonatal mortality in middle-income countries: findings from three Brazilian birth cohorts in 1982, 1993, and 2004. Lancet. 2005;365(9462): 847-54.

23. Ferrari Lígia Silvana Lopes, Brito Ângela Sara Jamusse de, Carvalho Ana Berenice Ribeiro de, Gonzáles Maria Rafaela Conde. Mortalidade neonatal no Município de Londrina, Paraná, Brasil, nos anos 1994, 1999 e 2002. Cad saúde pública [Internet]. 2006 [cited 2013 June 4];22(5):1063-71. Available from: http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2006000500019&lng=en

24. Pedrosa LDCO, Sarinho SW, Ordonha MR. Análise da qualidade da informação sobre causa básica de óbitos neonatais registrados no Sistema de Informações sobre Mortalidade: um estudo para Maceió, Alagoas, Brasil, 2001-2002. Cad saúde pública [Internet]. 2007 [cited 2013 June 13]; 23(10): 2385-2395. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2007001000013&lng=en

25. Ribeiro AM, Guimarães MJ, Lima MC, Sarinho SW, Coutinho SB. Fatores de risco para mortalidade neonatal em crianças com baixo peso ao nascer. Cad saúde pública [Internet]. 2009 [cited 2013 June

Vasconcelos EM, Pedrosa AK, De Martino MF.

Perfil de internação de recém-nascidos de alto risco...

13];43(2):246-55. Available from:
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-891020090002_00005&lng=en

Submissão: 15/06/2013

Aceito: 26/07/2013

Publicado: 01/11/2013

Correspondência

Eduardo Motta de Vasconcelos
Rua Frei Caneca, 130
Bairro Consolação
CEP: 01307-000 – São Paulo (SP), Brasil