REVISTA TÓPICOS
ISSN 2965-6672 | Qualis A2

NASCIMENTO PREMATURO: FATORES ASSOCIADOS E DESFECHOS NEONATAIS EM UMA UTIN DE ALAGOAS

PRETERM BIRTH: ASSOCIATED FACTORS AND NEONATAL OUTCOMES IN A NEONATAL INTENSIVE CARE UNIT IN ALAGOAS

Ciências da Saúde • 11/11/2026

REGISTRO DOI: 10.70773/revistatopicos/794296502

Maria Clara Mendes Cavalcante[1]

Gabrielly Vitória Cavalcante de Melo[2]

Paula Cristina Paulino dos Santo[3]

Alexandra Cristina Silva de Araujo[4]

Eloisa Almeida Santos[5]

Cinthia Maria Xavier Costa[6]

Thays Cristine Ferro Wanderley[7]

Raphaela Farias Teixeira[8]

RESUMO

Introdução: A prematuridade constitui importante problema de saúde pública, associado à elevada morbimortalidade neonatal. **Objetivo:** Caracterizar os fatores maternos, as condições clínicas e os desfechos neonatais de recém-nascidos prematuros assistidos em uma Unidade de Terapia Intensiva Neonatal de referência de Alagoas. **Metodologia:** Estudo observacional, longitudinal e prospectivo, realizado entre setembro de 2025 e março de 2026, com 79 RN distribuídos em três grupos: extremos, muito pré-termo e moderados. Os dados foram analisados por estatística descritiva e pelos testes de Kruskal–Wallis e exato de Fisher, com análises pós-hoc e significância de 5%. **Resultados:** Predominaram prematuros moderados (60,8%), seguidos pelos muito pré-termo (29,1%) e extremos (10,1%). Foram identificadas diferenças significantes entre os grupos quanto à idade gestacional, peso ao nascer, motivo da internação, modalidade ventilatória inicial, HPIV, administração de surfactante, desfecho e permanência hospitalar ($p<0,05$). Entre os extremos, destacaram-se a síndrome do desconforto respiratório (100%), a utilização de VMI (100%), a HPIV (37,5%) e a mortalidade (87,5%). As características maternas não apresentaram diferenças significantes entre os grupos. **Conclusão:** A maior imaturidade neonatal esteve associada a condições clínicas mais graves e maior mortalidade, especialmente entre os prematuros extremos. Os achados reforçam a importância da qualificação da assistência materno-infantil, do pré-natal e do cuidado neonatal especializado para planejar estratégias de redução da morbimortalidade neonatal locorregional.

Palavras-chave: Prematuridade; Recém-nascido pré-termo; Unidade de Terapia Intensiva Neonatal; Fatores maternos; Mortalidade neonatal.

ABSTRACT

Introduction: Prematurity constitutes a major public health problem, associated with high neonatal morbidity and mortality. **Objective:** To characterize maternal factors, clinical conditions, and neonatal outcomes of preterm newborns assisted in a reference Neonatal Intensive Care Unit in Alagoas. **Methodology:** An observational, longitudinal, and prospective study was conducted between September 2025 and March 2026, comprising 79 newborns distributed into three groups: extremely preterm, very preterm, and moderate preterm. Data were analyzed using descriptive statistics, the Kruskal–Wallis test, and Fisher's exact test, with post-hoc analyses and a significance level of 5%. **Results:** Moderate preterm infants predominated (60.8%), followed by very preterm (29.1%) and extremely preterm infants (10.1%). Significant differences among the groups were identified regarding gestational age, birth weight, reason for admission, initial ventilatory modality, intraventricular hemorrhage (IVH), surfactant administration, outcome, and length of hospital stay ($p<0.05$). Among the extreme preterm group, respiratory distress syndrome (100%), mechanical ventilation use (100%), IVH (37.5%), and mortality (87.5%) stood out. Maternal characteristics showed no significant differences among the groups. **Conclusion:** Greater neonatal immaturity was associated with more severe clinical conditions and higher mortality, especially among extremely preterm infants. These findings reinforce the importance of qualifying maternal and child healthcare, prenatal care, and specialized neonatal care to plan strategies for reducing locoregional neonatal morbidity and mortality.

Keywords: Prematurity; Preterm newborn; Neonatal Intensive Care Unit; Maternal factors; Neonatal mortality.

1. INTRODUÇÃO

O nascimento prematuro, definido como aquele que ocorre antes de 37 semanas completas de gestação, constitui um importante problema de saúde pública devido à sua contribuição para a morbimortalidade neonatal e às repercussões sobre o desenvolvimento infantil (World Health Organization, 2023a).

Estima-se que 13,4 milhões de crianças tenham nascido prematuramente no mundo em 2020, correspondendo a 9,9% dos nascidos vivos, aproximadamente uma em cada dez crianças (Ohuma *et al.*, 2023). Além do risco de morte, a prematuridade pode estar relacionada a incapacidades e à necessidade de acompanhamento ao longo da vida, exigindo ações que integrem prevenção, assistência ao nascimento e continuidade do cuidado (World Health Organization, 2023a; Morniroli *et al.*, 2023).

A classificação segundo a idade gestacional distingue os prematuros em extremos, nascidos antes de 28 semanas; muito pré-termo, de 28 a menos de 32 semanas; e moderados e tardios, de 32 a menos de 37 semanas. Essa diferenciação permite reconhecer necessidades assistenciais distintas, pois a imaturidade influencia a vulnerabilidade clínica e a demanda por suporte especializado. Mesmo os prematuros de maior idade gestacional necessitam de avaliação e acompanhamento específicos (World Health Organization, 2023b; Ohuma *et al.*, 2023).

A interpretação desses indicadores exige considerar as condições socioeconômicas em que ocorrem a gestação, o parto e a assistência neonatal. Victor *et al.* (2025), em análise dos dados do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos de 2014 a 2023, identificaram aumento da prevalência nacional de prematuridade de 11,3% para 11,9%. O estudo também descreveu desigualdades segundo região,

escolaridade e idade materna, reforçando a importância de compreender os nascimentos prematuros no contexto local.

As desigualdades sociais e regionais permanecem relevantes para a compreensão da saúde materno-infantil no Brasil. Dados do Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM), referentes a 2024 e divulgados em 2026, apontam a persistência dessas desigualdades, apesar do avanço do indicador nacional (Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento, 2024). Em Alagoas, a prevalência de prematuridade em 2023 foi de 11,7%, com tendência considerada estável no período analisado por Victor *et al.* (2025). A manutenção dessa frequência evidencia a relevância do tema para a organização da assistência no estado.

Nesse contexto, a descrição das características maternas, das condições clínicas e dos desfechos dos prematuros atendidos em serviços de referência pode subsidiar o planejamento assistencial. A interpretação desses dados deve considerar as particularidades da população atendida e a organização dos serviços de saúde (Vaz *et al.*, 2023).

O objetivo deste estudo foi caracterizar as condições maternas, o perfil clínico e os desfechos hospitalares de recém-nascidos prematuros assistidos em uma unidade de terapia intensiva neonatal (UTIN) de referência de Alagoas, comparando os grupos de idade gestacional.

2. METODOLOGIA

Foi realizado um estudo observacional longitudinal prospectivo entre setembro de 2025 e março de 2026 em uma UTIN de uma maternidade de referência para gestantes de alto risco no estado de

Alagoas, Brasil. Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro Universitário CESMAC, sob o parecer nº 7.734.924, de 30 de julho de 2025, CAAE 88831025.5.3001.0039, e as genitoras incluídas assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, conforme as diretrizes da Resolução CNS/MS nº 466/2012.

Foram incluídos no estudo os prontuários de recém-nascidos prematuros assistidos na UTIN durante o período de coleta estabelecido, de ambos os sexos, filhos de mães com 18 anos ou mais. Foram excluídos os prontuários com preenchimento incompleto ou ilegível que impossibilitasse a coleta das variáveis de interesse, e cujos RN apresentavam mal formações congênitas associadas.

A coleta de dados foi realizada por meio de questionário estruturado elaborado pelos pesquisadores para fins desta pesquisa, contemplando as seguintes variáveis: sexo, idade gestacional ao nascimento (semanas), peso ao nascer (gramas), gemelaridade, Apgar no 5º minuto, tipo de parto, idade materna (anos), escolaridade (anos completos), estado civil, número de consultas de pré-natal, complicações maternas, uso de corticoide antenatal e pós-natal, uso de surfactante, uso de antibiótico, diagnóstico clínico neonatal na admissão, complicações neonatais, modalidade ventilatória inicial, desfecho, tempo de permanência hospitalar (dias).

Os dados foram inicialmente tabulados e organizados em planilhas do Microsoft Excel 2023 e, posteriormente, analisados por meio do software Jamovi, versão 2.7.39.0. Realizou-se análise estatística descritiva, sendo as variáveis contínuas apresentadas por mediana e

intervalo interquartil (percentis 25 e 75), considerando a distribuição não normal dos dados, e as variáveis categóricas expressas em frequências absolutas e relativas (n e %).

Para a análise comparativa, os recém-nascidos foram distribuídos em três grupos conforme a idade gestacional ao nascimento: prematuridade extrema, muito pré-termo e prematuridade moderada. Foram considerados os 9 registros válidos de cada variável, respeitando-se a presença de dados ausentes.

Para a comparação entre os três grupos, utilizou-se o teste não paramétrico de Kruskal–Wallis para as variáveis contínuas e o teste exato de Fisher para as variáveis categóricas. Nas variáveis contínuas que apresentaram significância estatística, foram realizadas comparações múltiplas post-hoc pelo teste de Dwass–Steel–Critchlow–Fligner (DSCF). Para as variáveis categóricas, foram analisados os resíduos padronizados ajustados das tabelas de contingência, com o objetivo de identificar as categorias que mais contribuíram para as associações observadas. Adotou-se nível de significância de 5% ($p<0,05$) para todas as análises.

3. RESULTADOS

A amostra foi composta por 79 recém-nascidos prematuros, distribuídos em três grupos conforme a idade gestacional ao nascimento: prematuridade extrema (10,1%), muito pré-termo (29,1%) e prematuridade moderada (60,8%), cujas características demográficas e clínicas estão apresentadas na Tabela 1.

Observou-se predomínio do sexo masculino nos grupos extremo (62,5%) e moderado (77,3%), enquanto no grupo muito pré-termo a distribuição entre os sexos foi mais equilibrada (52,2% do sexo

masculino). A ocorrência de gemelaridade foi mais frequente no grupo muito pré-termo (21,7%), e o parto cesáreo predominou entre os prematuros moderados (66,0%). As medianas de idade gestacional e peso ao nascimento apresentaram redução progressiva conforme a maior gravidade da prematuridade, alcançando 26 semanas e 685g entre os recém-nascidos extremos (Tabela 1).

Quanto às condições clínicas que motivaram a internação neonatal, a Síndrome do Desconforto Respiratório do Recém-nascido (SDR/RN) foi predominante nos três grupos, acometendo 100% dos prematuros extremos, 95,7% dos muito pré-termo e 57,4% dos moderados. Em contrapartida, a Taquipneia Transitória do Recém-Nascido (TTRN) foi mais frequente no grupo moderado (34,0%) (Tabela 1).

A necessidade de ventilação mecânica invasiva (VMI) na admissão foi observada em todos os recém-nascidos extremos, reduzindo-se para 30, 4%no grupo muito pré-termo e 16,7% no moderado. Entre os prematuros moderados, predominou o uso inicial de CPAP nasal (54,2%). A administração de surfactante também apresentou maior frequência entre os recém-nascidos extremos (50,0%), seguida pelos muito pré-termo (30,4%) e moderados (6,2%) (Tabela 1).

Em relação às complicações neonatais, a hemorragia peri/intraventricular apresentou maior frequência entre os prematuros extremos (37,5%), em comparação aos muito pré-termo (4,3%) e moderados (8,3%). As demais complicações apresentaram frequências relativamente baixas, com destaque para a infecção tardia, registrada em 18,8% dos prematuros moderados, e a

persistência do canal arterial, mais frequente entre os extremos (25,0%).

Quanto aos desfechos, observou-se maior mortalidade no grupo extremo (87,5%), seguida pelos grupos muito pré-termo (8,7%) e moderado (2,1%). A mediana do tempo de permanência hospitalar foi de 3,5 dias nos extremos, 22 dias nos muito pré-termo e 15 dias nos moderados (Tabela 1).

Tabela 1. Variáveis demográficas e clínicas dos recém-nascidos, 2026.

Variável	**Extremo (n=8)**	**Muito pré-termo (n=23)**	**Moderado (n=48)**	p*
Idade gestacional ao nascer (semanas), mediana (P25–P75)[1]	26,0 (24,0–26,3)	31,0 (30,0–31,0)	33,5 (33,0–35,0)	<0,001
Peso ao nascer (g), mediana (P25–P75)	685 (624–875)	1.393 (1.245–1.590)	1.985 (1.719–2.300)	<0,001
Sexo masculino, n (%)	5 (62,5%)	12 (52,2%)	34 (77,3%)	0,087
Gemelaridade, n (%)	0 (0,0%)	5 (21,73%)	3 (6,25%)	0,111
Parto cesáreo, n (%)[2]	4 (50,0%)	10 (43,5%)	31 (66,0%)	0,207
Corticosteroide antenatal, n(%)	2 (25,0%)	11 (50,0%)	15 (35,7%)	0,435
Motivo inicial da internação, n(%)[2]				0,014

SDR	8 (100,0%)	22 (95,7%)	27 (57,4%)	
TTRN	0 (0,0%)	1 (4,3%)	16 (34,0%)	
SAM	0 (0,0%)	0 (0,0%)	2 (4,3%)	
HPPN	0 (0,0%)	0 (0,0%)	1 (2,1%)	
Icterícia	0 (0,0%)	0 (0,0%)	1 (2,1%)	
Modalidade ventilatória inicial, n (%)				<0,001
VMI	8 (100,0%)	7 (30,4%)	8 (16,7%)	
nCPAP	0 (0,0%)	8 (34,8%)	26 (54,2%)	
nIPPV	0 (0,0%)	7(30,4%)	10 (20,8%)	
Arambiente	0 (0,0%)	1 (4,3%)	4 (8,3%)	
Complicações neonatais				
DBP, n (%)	1 (12,5%)	0 (0,0%)	2 (4,2%)	0,300
ECN, n (%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	1 (2,1%)	1,000
Infecção tardia, n (%)[3]	0 (0,0%)	0 (0,0%)	9 (18,8%)	0,070
ROP, n (%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	1 (2,1%)	1,000
PCA, n (%)[4]	2 (25,0%)	3 (14,3%)	3 (6,2%)	0,166
HPIV, n (%)	3 (37,5%)	1 (4,3%)	4 (8,3%)	0,039
Surfactante, n (%)	4 (50,0%)	7(30,4%)	3(6,2%)	0,001
Antibioticoterapia, n (%)	4 (50,0%)	19 (82,6%)	28 (58,3%)	0,087
Corticosteroide pós-natal, n (%)[5]	1 (12,5%)	1 (4,3%)	0 (0,0%)	0,089

Desfecho, n (%)				<0,001
Alta	1(12,5%)	21 (91,3%)	47 (97,9%)	
Óbito	7 (87,5%)	2 (8,7%)	1 (2,1%)	
Permanência hospitalar (dias), mediana (P25–P75)	3,50 (2,75–15,0)	22(11,5–34,5)	15,0 (8,0–22,5)	0,025

Legenda: RN, recém-nascido; SDR, síndrome do desconforto respiratório; TTRN, taquipneia transitória do recém-nascido; SAM, síndrome de aspiração meconial; HPPN, hipertensão pulmonar persistente do recém-nascido; VMI, ventilação mecânica invasiva; nCPAP, pressão positiva contínua nas vias aéreas por via nasal; nIPPV, ventilação nasal com pressão positiva intermitente; DBP, displasia broncopulmonar; ECN, enterocolite necrosante; ROP, retinopatia da prematuridade; PCA, persistência do canal arterial; HPIV, hemorragia peri/intraventricular. *Teste de Kruskal–Wallis para variáveis contínuas e teste exato de Fisher para categóricas; significância de 5% (p<0,05). 1 n = 44 para grupo moderado, com ausência de dado para 4 RN. 2 n = 47 para grupo moderado, com ausência de dados para 1 RN. 3 n = 7 para grupo extremo e n = 21 para grupo muito pré-termo, com ausência de dados para 3 RN. 4 n = 21 para grupo muito pré-termo, com ausência de dados para 2 RN. 5 n = 22 para grupo muito pré-termo e n = 42 para grupo moderado, com ausência de dados para 7 RN. Fonte: dados da pesquisa, 2026.

Na análise inferencial, foram identificadas diferenças estatisticamente significante entre os grupos para idade gestacional e peso ao nascimento (Kruskal–Wallis, p<0,001 para ambas), motivo inicial da internação (Fisher, p=0,014), modalidade ventilatória inicial (Fisher, p<0,001), hemorragia peri/intraventricular (Fisher, p=0,039),

administração de surfactante (Fisher, p=0,001), desfecho neonatal (Fisher, p<0,001) e tempo de permanência hospitalar (Kruskal–Wallis, p=0,025).

Nas comparações pós-hoc pelo teste de DSCF, idade gestacional e peso ao nascimento apresentaram diferenças significante entre todos os pares de grupos (p<0,001), enquanto o tempo de permanência hospitalar não apresentou diferenças significante nas comparações pareadas (p>0,05).

A análise exploratória dos resíduos padronizados ajustados das variáveis categóricas evidenciou maior representação da SDR no grupo muito pré-termo e da TTRN no moderado. A VMI, a administração de surfactante, a hemorragia peri/intraventricular e o óbito apresentaram frequências superiores às esperadas no grupo extremo, enquanto o CPAP nasal e a alta hospitalar foram mais representativos do grupo moderado. Esses resultados indicam diferenças relevantes no perfil clínico, na necessidade de suporte respiratório e nos desfechos neonatais conforme o grau de prematuridade.

Em relação às características maternas, as medianas de idade variaram entre 25 e 29 anos, sem diferenças estatisticamente significante entre os grupos. Predominaram mães solteiras e com escolaridade entre 9 e 11 anos, especialmente entre os prematuros extremos (62,5%). Quanto à assistência pré-natal, a realização de quatro a seis consultas foi mais frequente nos grupos extremo (62,5%) e muito pré-termo (36,4%), enquanto metade das mães dos prematuros moderados realizou sete ou mais consultas (Tabela 2).

Entre as intercorrências gestacionais, destacaram-se as síndromes hipertensivas, particularmente no grupo pré-termo moderado (37,5%), e as infecções do trato urinário, cujas frequências variaram de 27,1% a 37,5%. O diabetes materno apresentou maior frequência no grupo moderado (20,8%), enquanto a corioamnionite foi mais frequente no grupo muito pré-termo (13,0%). Não foram identificadas associações estatisticamente significantes entre as características maternas analisadas e os grupos de prematuridade (Tabela 2).

Tabela 2. Variáveis maternas dos RN prematuros, 2026.

Variável	**Extremo (n=8)**	**Muito pré-termo (n=23)**	**Moderado (n=48)**	p*
Idade materna (anos), mediana (P25–P75)	28 (23,5–30,0)	29 (21,0–30,5)	25 (21,0–31,5)	0,991
Escolaridade materna, n (%)[1]				0,547
<8 anos	2 (25,0%)	2 (13,3%)	5 (14,7%)	
8 anos	1 (12,5%)	1 (6,7%)	6 (17,6%)	
9–11 anos	5 (62,5%)	8 (53,3%)	13 (38,2%)	
>12 anos	0 (0,0%)	4 (26,7%)	10 (29,4%)	
Estado civil materno, n(%)[2]				0,549
Solteira	4 (50,0%)	12 (66,7%)	18 (54,5%)	
Casada	1 (12,5%)	2 (11,1%)	9 (27,3%)	
União estável	3 (37,5%)	4 (22,2%)	6 (18,2%)	

Consultas pré-natais, n(%)[3]				0,294
Nenhuma	0 (0,0%)	2 (9,1%)	2 (4,5%)	
1 a 3	1 (12,5%)	6 (27,3%)	5 (11,4%)	
4 a 6	5 (62,5%)	8 (36,4%)	15 (34,1%)	
7 ou mais	2 (25,0%)	6 (27,3%)	22 (50,0%)	
Complicações maternas				
ITU, n(%)	3 (37,5%)	8 (34,8%)	13 (27,1%)	0,707
SHEG, n(%)	1 (12,5%)	7 (30,4%)	18 (37,5%)	0,401
DM, n(%)	0 (0,0%)	2 (8,7%)	10 (20,8%)	0,308
Corioamnionite, n (%)	0 (0,0%)	3 (13,0%)	1 (2,1%)	0,121
TORCHS, n(%)	1 (12,5%)	2 (8,7%)	2 (4,2%)	0,466

Legenda: RN, recém-nascido; ITU, infecção do trato urinário; SHEG, síndrome hipertensiva específica da gestação; DM, diabetes mellitus; TORCHS, toxoplasmose, rubéola, citomegalovírus, herpes simples e sífilis. *Teste de Kruskal–Wallis para variáveis contínuas e teste exato de Fisher para categóricas; significância de 5% ($p<0,05$). 1 n = 15 para grupo muito pré-termo e n = 34 para grupo moderado, com ausência de dados para 29 RN. 2 n = 18 para grupo muito pré-termo e n = 33 para grupo moderado, com ausência de dados para 20 RN. 3 n = 22 para grupo muito pré-termo e n = 44 para grupo moderado, com ausência de dados para 5 RN. Fonte: Dados da pesquisa, 2026.

4. DISCUSSÃO

Neste estudo, foram acompanhados 79 recém-nascidos prematuros em uma UTIN de referência de Alagoas, cujo perfil clínico e

desfechos foram comparados entre três grupos de idade gestacional. Foram identificadas diferenças estatisticamente significantes entre os grupos para idade gestacional, peso ao nascimento, motivo de internação, modalidade ventilatória inicial, uso de surfactante, hemorragia peri/intraventricular, desfecho neonatal e tempo de permanência hospitalar. As características maternas analisadas, por sua vez, não apresentam diferenças significantes entre os grupos.

A distribuição das categorias de prematuridade apresentou semelhança com a descrita em outras unidades neonatais brasileiras. Os prematuros moderados foram a maioria (60,8%), seguidos pelos muito pré-termo (29,1%) e pelos extremos (10,1%). Lima, Vieira e Medeiros (2020), em três UTIN do interior do Nordeste, encontraram 62,4% de moderados ou tardios, 25,4% de muito pré-termo e 12,2% de extremos, proporções próximas às observadas no presente estudo. Menezes et al. (2025), no norte de Minas Gerais, também identificaram maior participação dos prematuros moderados (50,5%), embora com mais extremos (25,3%), em uma população de sobreviventes acompanhados em serviço de seguimento de alto risco. A predominância dos nascimentos a partir de 32 semanas também aparece nas estimativas globais de Ohuma et al. (2023), segundo as quais aproximadamente 15% dos prematuros nascem antes dessa idade gestacional. Nesta amostra, extremos e muito pré-termo corresponderam, juntos, a 39,2%.

Quanto às características dos recém-nascidos, houve predomínio do sexo masculino na amostra estudada (cerca de 68%), principalmente entre os moderados (77,3%). Esse achado se aproxima dos resultados de Lima, Vieira e Medeiros (2020), com 59,7% de meninos, de Vaz et al. (2023), com 59,5% entre os recém-nascidos internados na UTIN, e

de Afonso e Van-Dúnem (2025), com 55%. Esses estudos descreveram predomínio do sexo masculino nas populações neonatais avaliadas, evidenciando uma maior vulnerabilidade biológica do sexo masculino (Kraemer, 2000).

A gemelaridade foi registrada em 8 dos 79 recém-nascidos (10,1%), sobretudo no grupo muito pré-termo, e Vaz et al. (2023) mostraram que a gestação gemelar esteve associada ao nascimento prematuro. O parto cesáreo foi mais frequente entre os moderados (66,0%) e correspondeu a aproximadamente 58% no total, aproximando-se dos 65% de Afonso e Van-Dúnem (2025) e dos 75,3% de Vaz et al. (2023), no contexto da elevada frequência de cesarianas no Brasil.

O uso de corticoide antenatal ocorreu em cerca de 39% das mães com informação disponível, sem diferença entre os grupos. Essa frequência se aproxima da descrita por Lima, Vieira e Medeiros (2020), que registraram 35,4%, e por Vaz et al. (2023), de 38,5%, e foi inferior aos 77% descritos por Afonso e Van-Dúnem (2025) em uma clínica de referência com pré-natal quase universal. A exposição ao corticoide antenatal reduz a gravidade da Síndrome do Desconforto Respiratório do RN (SDR/RN) e está associada a menor chance de óbito ou sobrevivência com morbidades importantes (Guinsburg et al., 2016). Essa evidência reforça a importância da articulação entre o atendimento obstétrico e o neonatal para que as medidas de preparação para o nascimento prematuro sejam realizadas em tempo oportuno.

Neste estudo, considerando-se que a interrupção mais precoce da gestação reduz o tempo disponível para a realização das consultas pré-natais, aproxidamente 37% das gestantes realizaram menos que quatro consultas de pré-natal, o que pode impactar diretamente na

assistência e no cuidado ofertado ao RN. Vaz et al. (2023) mostraram que o menor número de consultas está associado ao nascimento prematuro. Melo et al. (2022) também observaram associação entre maior número de consultas pré-natais e menores custos da assistência ao prematuro.

Conforme esperado, a idade gestacional e o peso ao nascer diferiram entre os grupos, evidenciando uma redução progressiva do peso ao nascimento com a diminuição da idade gestacional. Esse padrão reforça a relação entre a maior imaturidade neonatal e a necessidade de suporte assistencial mais intensivo nos mais prematuros.

A SDR/RN foi o principal motivo de internação nos três grupos, presente em 100% dos extremos, 95,7% dos muito pré-termo e 57,4% dos moderados. Esse resultado é coerente com a relação entre imaturidade pulmonar, deficiência de surfactante e ocorrência de SDR/RN, particularmente entre recém-nascidos de menor idade gestacional, conforme descrito por Sweet et al. (2026) e corroborado por Hibbard et al. (2010), que observaram redução progressiva da ocorrência de SDR/RN a cada semana adicional de gestação, entre 34 e 36 semanas, nos Estados Unidos.

No conjunto da amostra, a SDR correspondeu a 73,1% das internações, um valor intermediário entre os 32,0% de Lima, Vieira e Medeiros (2020) e os 93,9% de Menezes et al. (2025). Vaz et al. (2023) também encontraram a disfunção respiratória como principal causa de internação (66,8%).

A modalidade ventilatória inicial também apresentou diferenças significantes entre os grupos, com uso de Ventilação Mecânica

Invasiva (VMI) em todos os prematuros extremos (100%), em comparação com 30,4% dos muito pré-termo e 16,7% dos moderados, entre os quais predominou o CPAP nasal (54,2%). No total, aproximadamente 30% receberam VMI e 65% Ventilação Não-Invasiva (VNI) como suporte inicial, proporção semelhante à de Afonso e Van-Dúnem (2025), em que 40% receberam ventilação invasiva e 54% não invasiva.

A necessidade de suporte ventilatório invasivo permaneceu elevada entre os prematuros extremos; um achado que merece atenção diante das tendências internacionais de redução da utilização de estratégias invasivas. Stoll et al. (2015), em uma coorte multicêntrica norte-americana de prematuros entre 22 e 28 semanas, identificaram redução da intubação traqueal na sala de parto de 80% para 65% entre 1993 e 2012. No contexto regional, Teixeira et al. (2021) investigaram RN de muito baixo peso com SDR/RN em Alagoas e identificaram que apenas 32% dos RN avaliados não haviam sido intubados em sala de parto, evidenciando a expressiva utilização de suporte invasivo nessa população. Embora as diferenças nos critérios de inclusão e nos indicadores avaliados limitem comparações diretas, os resultados do presente estudo reforçam a necessidade de investigar as condições clínicas e as práticas assistenciais relacionadas à elevada frequência de intubação entre os prematuros extremos.

Por outro lado, a utilização de VNI em aproximadamente 65% dos recém-nascidos muito prematuros e moderados representa um achado favorável, compatível com as tendências internacionais de ampliação das estratégias respiratórias menos invasivas (Sweet et al., 2026). D'Apremont et al. (2020), em estudo multicêntrico sul-americano, observaram redução da utilização de VMI convencional

de 67,7% para 63,9%, acompanhada de aumento do uso de CPAP de 41,3% para 64,3% entre 2001 e 2016. De forma semelhante, Beltempo et al. (2018) identificaram maior utilização de estratégias não invasivas com o aumento da idade gestacional em unidades neonatais de diferentes países. Esses resultados sugerem que a maior utilização de VNI nos prematuros de maior idade gestacional acompanha as mudanças observadas na assistência respiratória neonatal internacional.

O uso de VMI em RNPT vem sendo associado a pior morbimortalidade, principalmente displasia broncopulmonar (DBP) e alterações no desenvolvimento neuropsicomotor (Sweet et al., 2026; Jeon et al, 2025), implicando em esforços cada vez maiores para limitar sua duração. Lima, Vieira e Medeiros (2020) evidenciaram que o risco de morte nos prematuros aumentou conforme os dias de ventilação mecânica.

Essa diferença também se reflete na utilização de surfactante. No presente estudo, houve diferença significante no uso de surfactante: 50% nos extremos, 30,4% nos muito pré-termo e 6,2% nos moderados. Lima, Vieira e Medeiros (2020) registraram 34,2% de uso na população geral de prematuros, e Afonso e Van-Dúnem (2025) 57% em bebês com menos de 1.500 g.

A utilização de surfactante exógeno apresenta variações relacionadas à idade gestacional, à gravidade do comprometimento respiratório e às condições de acesso à assistência neonatal (Challis et al., 2021; Ramaswamy et al., 2022; Van Dyk et al., 2026). Entre os prematuros extremos, a frequência de administração é particularmente elevada, com percentuais historicamente situados entre 70% e 86% em centros neonatais de países de alta renda

(Challis et al., 2021; Coshal et al., 2020). Challis et al. (2021) identificaram utilização de surfactante em 78,8% dos recém-nascidos com idade gestacional inferior a 28 semanas, percentual que diminuiu para 27% entre aqueles nascidos de 28 a 31 semanas, evidenciando maior necessidade dessa intervenção nas menores idades gestacionais.

Entretanto, a utilização do surfactante também apresenta diferenças conforme o contexto socioeconômico e a organização dos serviços de saúde. Van Dyk et al. (2026), em estudo realizado em país de renda média, relataram frequências de administração de 64,1% em instituições privadas e 43,5% em hospitais públicos, indicando possíveis desigualdades no acesso ao tratamento.

A hemorragia peri/intraventricular (HPIV) foi a complicação que apresentou diferença estatisticamente significativa entre os grupos, com maior frequência entre os prematuros extremos (37,5%), em comparação aos muito prematuros (4,3%) e moderados (8,3%). Esse resultado aproxima-se da frequência de 30,4% relatada por Vinagre et al. (2022) em estudo multicêntrico brasileiro com RN de muito baixo peso e de 36,4% descrita por Variane et al. (2026) em prematuros de quatro unidades neonatais brasileiras. Já Poryo et al. (2018), em uma coorte multicêntrica alemã com 765 prematuros menores de 32 semanas, relataram frequência de 23,1% de HPIV.

A maior suscetibilidade dos prematuros mais imaturos à HPIV está relacionada, principalmente, à fragilidade vascular da matriz germinativa e à imaturidade dos mecanismos de autorregulação do fluxo sanguíneo cerebral, tornando-os mais vulneráveis às instabilidades hemodinâmicas (You, 2023; Poryo et al., 2018). A associação entre maior utilização de ventilação mecânica entre os

RN com HPIV grave ou óbito precoce, reforça a importância de considerar as intervenções respiratórias invasivas e a instabilidade clínica na avaliação do risco de complicações neurológicas.

A mortalidade neonatal apresentou expressiva diferença entre os grupos, com maior frequência entre os prematuros extremos (87,5%), em comparação aos muito pré-termos (8,7%) e moderados (2,1%), evidenciando uma relação inversa entre a idade gestacional e a ocorrência de óbito. Esse padrão é consistente com os achados de Lima, Vieira e Medeiros (2020), que identificaram taxas de mortalidade de 59,1%, 34,8% e 4,4% entre prematuros extremos, muito prematuros e moderados, respectivamente, com mortalidade global de 18,8%. Resultados semelhantes foram descritos por Afonso e Van-Dúnem (2025), que observaram mortalidade de 53,1% nos recém-nascidos com idade gestacional inferior a 28 semanas, 6,9% entre 28 e 32 semanas e 6,3% acima de 32 semanas, com taxa global de 26%. No contexto brasileiro, Guinsburg et al. (2016) relataram mortalidade hospitalar de 30% entre recém-nascidos de 23 a 33 semanas de gestação.

No cenário internacional, Stoll et al. (2015), em uma coorte multicêntrica norte-americana, identificaram importante variação da mortalidade conforme a idade gestacional, com percentuais de 91% e 6% entre recém-nascidos de 22 e 28 semanas, respectivamente, em 2012. Na América do Sul, D'Apremont et al. (2020), ao analisarem 13.987 recém-nascidos de muito baixo peso, relataram mortalidade global de 26,8%, com maior frequência de óbitos nas menores idades gestacionais, alcançando aproximadamente 71% entre os nascidos de 23 a 25 semanas. Esses resultados corroboram a associação entre imaturidade neonatal e mortalidade, embora a frequência de óbitos observada entre os

prematuros extremos do presente estudo tenha sido superior à relatada na coorte sul-americana. Essa diferença deve ser interpretada considerando as particularidades clínicas e assistenciais das populações avaliadas, bem como o reduzido número de prematuros extremos incluídos na presente amostra, que limita a precisão da estimativa.

O tempo de permanência hospitalar apresentou mediana de 3,5 dias nos extremos, 22 nos muito pré-termo e 15 nos moderados, com diferença no teste global. A menor permanência dos extremos pode estar relacionada à elevada proporção de óbitos nesse grupo, uma vez que o falecimento pode interromper precocemente a internação. Apesar da diferença global, não foram identificadas diferenças significante nas comparações pareadas. Lima, Vieira e Medeiros (2020) também observaram que mais da metade dos óbitos ocorreu na primeira semana de internação. Entre os sobreviventes, a permanência tende a ser longa: Afonso e Van-Dúnem (2025) relataram média de 39 dias em bebês com menos de 1.500 g. Menezes et al. (2025), ao analisarem prematuros sobreviventes acompanhados após a alta, identificaram associação da longa permanência com menor idade gestacional, menor peso ao nascimento, sepse tardia e enterocolite necrosante.

As características maternas não apresentaram diferenças estatisticamente significantes entre os grupos e muitos dados estavam ausentes nos prontuários, o que limita a análise dos dados. A mediana de idade variou entre 25 e 29 anos, a maioria era solteira, com 9 a 11 anos de estudo, e realizou acompanhamento pré-natal. As idades observadas se aproximam da média de 27 anos descrita por Vaz et al. (2023) e da faixa de 20 a 34 anos, que correspondeu a 66,3% das mães no estudo de Lima, Vieira e Medeiros (2020).

Entre as intercorrências, Infecção do Trato Urinário (ITU), Síndromes Hipertensivas e Diabetes foram as mais frequentes, em consonância com os achados de Vaz et al. (2023), que descreveram Trabalho de Parto Prematuro, Doença Hipertensiva e Diabetes Gestacional como as principais intercorrências em mães de prematuros.

Estudos apontam os distúrbios hipertensivos como importantes causas de morbidade obstétrica grave, frequentemente associada à necessidade de antecipação do parto e a desfechos neonatais desfavoráveis. Lawrence et al. (2022) identificaram repercussões neonatais relevantes em gestações complicadas por pré-eclâmpsia e eclâmpsia, enquanto Umer et al. (2025) destacaram a associação dessas condições e do diabetes gestacional com maior frequência de cesarianas e internações neonatais.

As intercorrências infecciosas maternas também merecem destaque. Ling e Wan (2025), em revisão sistemática com metanálise, identificaram associação entre febre materna intraparto e desfechos neonatais adversos, enquanto Khurana e Khurana (2026) destacaram a importância dos fatores maternos na ocorrência de sepse neonatal precoce. Esses achados reforçam a necessidade de vigilância das condições infecciosas durante a gestação e o parto.

A principal contribuição deste trabalho consiste na caracterização integrada do perfil clínico e dos desfechos de prematuros de diferentes idades gestacionais em uma UTIN de referência de Alagoas, ampliando o conhecimento sobre a população atendida no contexto local. Os resultados apontam para o suporte respiratório, a vigilância neurológica e o seguimento depois da alta como pontos de atenção, e podem ajudar no planejamento do cuidado multiprofissional.

Entre as limitações deste estudo, destaca-se a realização da pesquisa em um único serviço e o número reduzido de prematuros extremos, que delimitam o alcance dos resultados. Além disso, a utilização de prontuários físicos como fonte de dados representou uma dificuldade metodológica, especialmente em razão da ausência de registros informatizados, da incompletude de informações clínicas e da dificuldade de localização de determinados prontuários.

Apesar dessas limitações, a pesquisa contribui para a caracterização do perfil clínico-epidemiológico dos recém-nascidos prematuros assistidos em Alagoas, fornecendo informações relevantes sobre as condições neonatais, as demandas assistenciais e as principais intercorrências maternas. Os resultados podem subsidiar o planejamento de estratégias voltadas à qualificação da assistência materno-infantil, especialmente no acompanhamento de gestações de risco e no cuidado neonatal especializado.

Estudos multicêntricos, com amostras maiores, poderão aprofundar a investigação desses achados, da assistência pré-natal e do desenvolvimento das crianças após a alta. Essa perspectiva se aproxima da proposta da Organização Mundial da Saúde de integrar a prevenção da prematuridade à oferta de cuidados de qualidade para mulheres e recém-nascidos, considerando também os fatores sociais que atravessam esse percurso (World Health Organization, 2023a). Os dados locais podem contribuir para reconhecer as necessidades do serviço e orientar essa continuidade do cuidado.

5. CONCLUSÃO

O presente estudo evidenciou diferenças significativas nas condições clínicas e nos desfechos neonatais conforme o grau de prematuridade, com predomínio de RN prematuros moderados na amostra. A menor idade gestacional e o menor peso ao nascimento estiveram associados a maior complexidade assistencial, com diferenças estatisticamente significantes entre os grupos quanto ao motivo inicial da internação, à modalidade ventilatória, à administração de surfactante, à ocorrência de HPIV, ao desfecho neonatal e ao tempo de permanência hospitalar.

Destacaram-se os prematuros extremos, que apresentaram elevada frequência de SDR/RN, utilização de VMI, maior ocorrência de HPIV e mortalidade expressiva, evidenciando a maior vulnerabilidade clínica desse grupo.

Quanto às características maternas, predominaram mulheres adultas jovens, solteiras e com escolaridade entre 9 e 11 anos, sendo as síndromes hipertensivas e as infecções do trato urinário as principais intercorrências gestacionais identificadas. Não foram observadas diferenças estatisticamente significativas entre os grupos quanto às variáveis maternas analisadas.

Os achados contribuem para a caracterização do perfil clínico-epidemiológico dos prematuros assistidos em uma UTIN de referência de Alagoas, fornecendo subsídios para o planejamento e a qualificação da assistência materno-infantil, subsidiando a revisão de protocolos institucionais, o aprimoramento dos registros clínicos e o desenvolvimento de ações de educação permanente, contribuindo para uma assistência neonatal mais integrada e direcionada às necessidades da população local.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AFONSO, B.; VAN-DÚNEM, A. Perfil clínico dos recém-nascidos de peso inferior a 1500g, internados na Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais da Clínica Sagrada Esperança. **Anais do Instituto de Higiene e Medicina Tropical,** v. 24, n. 1, p. 55-63, 2025. DOI: https://doi.org/10.25761/anaisihmt.527.

BELTEMPO, M. et al. Respiratory management of extremely preterm infants: an international survey. **Neonatology,** v. 114, p. 28-36, 2018. DOI: https://doi.org/10.1159/000487987.

CHALLIS, P.; NYDERT, P.; HÅKANSSON, S.; NORMAN, M. Association of adherence to surfactant best practice uses with clinical outcomes among neonates in Sweden. **JAMA Network Open,** v. 4, n. 5, e217269, 2021. DOI: https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2021.7269.

COSHAL, H. et al. Characteristics and outcomes of preterm neonates according to number of doses of surfactant received. **Journal of Perinatology,** 2020. DOI: https://doi.org/10.1038/s41372-020-00779-9.

D'APREMONT, I. et al. Trends in perinatal practices and neonatal outcomes of VLBW infants during a 16-year period at NEOCOSUR centers. **The Journal of Pediatrics,** 2020. DOI: https://doi.org/10.1016/j.jpeds.2020.05.040.

GUINSBURG, R. et al. Death or survival with major morbidity in VLBW infants born at Brazilian neonatal research network centers. **The Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine,** v. 29, n. 6, p. 1005-1009, 2016. DOI: https://doi.org/10.3109/14767058.2015.1031740.

HIBBARD, J. U. et al. Respiratory morbidity in late preterm births. **JAMA,** v. 304, n. 4, p. 419-425, 2010. DOI: https://doi.org/10.1001/jama.2010.1015. Disponível em: https://doi.org/10.1001/jama.2010.1015. Acesso em: 26 out. 2026.

JEON, G. W.; OH, M.; CHANG, Y. S. Increased bronchopulmonary dysplasia along with decreased mortality in extremely preterm infants. **Scientific Reports,** v. 15, art. 8720, 2025. DOI: https://doi.org/10.1038/s41598-025-93466-8.

KHURANA, H. B.; KHURANA, R. Prevalence, maternal risk factors, and neonatal outcomes of early-onset neonatal septicemia: a retrospective study. **Cureus,** v. 18, 2026. DOI: https://doi.org/10.7759/cureus.110821.

KRAEMER, S. The fragile male. **BMJ,** v. 321, p. 1609-1612, 2000.

LAWRENCE, E. et al. A comparative analysis of neonatal outcomes in pregnancies complicated by preeclampsia and eclampsia in Ghana. **AJOG Global Reports,** v. 2, 2022. DOI: https://doi.org/10.1016/j.xagr.2022.100061.

LIMA, R. G.; VIEIRA, V. C.; MEDEIROS, D. S. de. Determinants of preterm infants' deaths at the Neonatal Intensive Care Units in the Northeast Countryside in Brazil. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil,** v. 20, n. 2, 2020. DOI: https://doi.org/10.1590/1806-93042020000200012. Disponível em: https://doi.org/10.1590/1806-93042020000200012. Acesso em: 26 out. 2026.

LING, Q.; WAN, H.-X. The effect of intrapartum maternal fever on neonatal outcomes: a systematic review and meta-analysis.

Frontiers in Pediatrics, v. 13, 2025. DOI: https://doi.org/10.3389/fped.2025.1571732.

MELO, T. F. M. de et al. Custos diretos da prematuridade e fatores associados ao nascimento e condições maternas. **Revista de Saúde Pública,** v. 56, art. 49, p. 1-9, 2022. DOI: https://doi.org/10.11606/s1518-8787.2022056003657.

MENEZES, M. S. D. et al. Fatores associados à longa permanência hospitalar para recém-nascidos prematuros. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil,** v. 25, e20240243, 2025. DOI: https://doi.org/10.1590/1806-9304202500000243. Disponível em: https://doi.org/10.1590/1806-9304202500000243. Acesso em: 26 out. 2026.

MORNIROLI, D. et al. Beyond survival: the lasting effects of premature birth. **Frontiers in Pediatrics,** v. 11, art. 1213243, 2023. DOI: https://doi.org/10.3389/fped.2023.1213243.

OHUMA, E. O. et al. National, regional, and global estimates of preterm birth in 2020, with trends from 2010: a systematic analysis. **The Lancet,** v. 402, n. 10409, p. 1261-1271, 2023. DOI: https://doi.org/10.1016/S0140-6736(23)00878-4.

PORYO, M. et al. Ante-, peri- and postnatal factors associated with intraventricular hemorrhage in very premature infants. **Early Human Development,** v. 116, p. 1-8, 2018.

PROGRAMA DAS NAÇÕES UNIDAS PARA O DESENVOLVIMENTO; INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA; FUNDAÇÃO JOÃO PINHEIRO. Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil.

Brasília, DF: PNUD: IPEA: FJP, 2024. Disponível em: https://atlasbrasil.org.br/. Acesso em: 31 out. 2026.

RAMASWAMY, V. V.; ABIRAMALATHA, T.; BANDYOPADHYAY, T.; BOYLE, E. M.; ROEHR, C. C. Surfactant therapy in late preterm and term neonates with respiratory distress syndrome: a systematic review and meta-analysis. **Archives of Disease in Childhood Fetal and Neonatal Edition,** v. 107, n. 4, p. 393-397, 2022. DOI: https://doi.org/10.1136/archdischild-2021-322890.

SAUER, C. W. et al. Intubation attempts increase the risk for severe intraventricular hemorrhage in preterm infants: a retrospective cohort study. **The Journal of Pediatrics,** v. 177, p. 108-113, 2016. DOI: https://doi.org/10.1016/j.jpeds.2016.06.051.

STOLL, B. J. et al. Trends in care practices, morbidity, and mortality of extremely preterm neonates, 1993-2012. **JAMA,** v. 314, n. 10, p. 1039-1051, 2015. DOI: https://doi.org/10.1001/jama.2015.10244.

SWEET, D. G. et al. European consensus guidelines on the management of respiratory distress syndrome: 2025. **Neonatology,** v. 123, n. 4, p. 514-539, 2026. DOI: https://doi.org/10.1159/000551062.

TEIXEIRA, R. F. et al. Factors associated with extubation failure in very low birth weight infants: a cohort study in the northeast Brazil. **Journal of Perinatal Medicine,** v. 49, n. 4, p. 506-513, 2021. DOI: https://doi.org/10.1515/jpm-2020-0313.

UMER, A. et al. Maternal and neonatal outcomes associated with preeclampsia and gestational diabetes mellitus: a retrospective cohort study. **Cureus,** v. 17, 2025. DOI: https://doi.org/10.7759/cureus.86120.

VAN DYK, J.; HARRISON, M. C.; EDWARDS, E. M.; EHRET, D. E. Y.; TOOKE, L. Surfactant use and outcomes in middle-income versus high-income countries. **Journal of Tropical Pediatrics,** v. 72, n. 3, fmag031, 2026. DOI: https://doi.org/10.1093/tropej/fmag031.

VARIANE, G. F. T. et al. Intraventricular hemorrhage in preterm newborns: a multicenter study in four Brazilian hospitals. **Jornal de Pediatria,** v. 102, n. 5, art. 101574, 2026. DOI: https://doi.org/10.1016/j.jped.2026.101574.

VAZ, S. M. C. et al. Fatores obstétricos e neonatais associados ao nascimento prematuro: um estudo de coorte de cinco anos. **O Mundo da Saúde,** São Paulo, v. 47, e14732023, 2023. DOI: https://doi.org/10.15343/0104-7809.202347e14732023P. Disponível em: https://doi.org/10.15343/0104-7809.202347e14732023P. Acesso em: 21 out. 2026.

VICTOR, A. et al. National and regional temporal trends and forecasting of preterm birth in Brazil: evidence from national birth data (2014-2023) with projections to 2030. **BMC Pregnancy and Childbirth,** v. 25, art. 1339, 2025. DOI: https://doi.org/10.1186/s12884-025-08536-6. Disponível em: https://doi.org/10.1186/s12884-025-08536-6. Acesso em: 21 out. 2026.

VINAGRE, L. E. de F. et al. Temporal trends in intraventricular hemorrhage in preterm infants: a Brazilian multicenter cohort. **European Journal of Paediatric Neurology,** v. 39, p. 65-73, 2022. DOI: https://doi.org/10.1016/j.ejpn.2022.05.003.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Born too soon: decade of action on preterm birth. Geneva: World Health Organization, 2023a. Disponível em:

https://www.who.int/publications/i/item/9789240073890. Acesso em: 21 out. 2026.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Preterm birth. Geneva: World Health Organization, 2023b. Disponível em: https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/preterm-birth. Acesso em: 26 out. 2026.

YOU, S. K. Neuroimaging of germinal matrix and intraventricular hemorrhage in premature infants. **Journal of Korean Neurosurgical Society,** v. 66, n. 3, p. 239-246, 2023. DOI: https://doi.org/10.3340/jkns.2022.0277.

AGRADECIMENTOS

O presente trabalho foi realizado com apoio do Programa Semente de Iniciação Científica do Centro Universitário Cesmac (PSIC/CESMAC) e da Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de Alagoas (FAPEAL).

[1] Discentes do curso de graduação em Fisioterapia do Centro Universitário CESMAC. E-mail: acesse o artigo original para visualizar o e-mail.

[2] Discentes do curso de graduação em Fisioterapia do Centro Universitário CESMAC. E-mail: acesse o artigo original para visualizar o e-mail.

[3] Discentes do curso de graduação em Fisioterapia do Centro Universitário CESMAC. E-mail: acesse o artigo original para visualizar o e-mail.

[4] Discentes do curso de graduação em Fisioterapia do Centro Universitário CESMAC. E-mail: acesse o artigo original para visualizar o e-mail.

[5] Discentes do curso de graduação em Fisioterapia do Centro Universitário CESMAC. E-mail: acesse o artigo original para visualizar o e-mail.

[6] Mestra em Ciências Aplicadas à Pediatria pela Universidade Federal de São Paulo. Fisioterapeuta da Maternidade Escola Santa Mônica (UNCISAL). Fisioterapeuta da Universidade Estadual de Ciências da Saúde de Alagoas (UNCISAL). Coorientadora. E-mail: acesse o artigo original para visualizar o e-mail.

[7] Mestra em Nutrição e Desenvolvimento Fisiológico. Docente do curso de Fisioterapia do Centro Universitário CESMAC. Coorientadora. E-mail: acesse o artigo original para visualizar o e-mail.

[8] Doutora em Ciências da Saúde pela Universidade Federal de Sergipe. Docente do curso de Fisioterapia do Centro Universitário CESMAC. Orientadora. E-mail: acesse o artigo original para visualizar o e-mail.