



Condutas de Enfermagem no Acompanhamento de Recém-Nascidos Prematuros

Bruno César Fernandes¹; Alan Márcio de Brito Araújo²; Nédson Lechner da Silva³; Mariella Rodrigues da Silva⁴

Resumo: O nascimento prematuro traz, além das morbidades e risco de morte, prejuízos que vão além da saúde física, sendo um dos maiores desafios para a Saúde Pública atual. Por isso, o monitoramento do crescimento de recém-nascidos prematuros, é tão importante, pois permite uma intervenção multiprofissional quando um déficit de crescimento é identificado. O objetivo foi o de identificar quais as principais condutas de enfermagem no acompanhamento desses bebês. Trata-se de uma pesquisa bibliográfica, sobre o tema através de artigos científicos disponíveis na Biblioteca Virtual em Saúde e PubMed. Identificou-se que, apesar de toda a evolução dos últimos anos em saúde e medicina, ainda é difícil vencer o retardo de crescimento extrauterino em neonatos, em especial os de muito baixo peso, sendo fundamental que a equipe de enfermagem faça o monitoramento do desenvolvimento e crescimento dessas crianças, além de ter uma preocupação especial com os cuidados nutricionais dessa população.

Descritores: Recém-nascido prematuro. Recém-nascido de baixo peso. Crescimento. Cuidados de enfermagem.

Nursing Conduct in the Monitoring of Premature Newborns

Abstract: Premature birth brings, in addition to morbidities and risk of death, losses that go beyond physical health, being one of the greatest challenges for public health today. For this reason, monitoring the growth of premature newborns is so important, as it allows a multidisciplinary intervention when a growth deficit is identified. The objective was to identify which are the main nursing behaviors in monitoring these babies. This is a bibliographic research on the subject through scientific articles available at the Virtual Health Library and PubMed. It was identified that, despite all the developments in recent years in health and medicine, it is still difficult to overcome the delay in extrauterine growth in newborns, especially those of very low weight, and it is essential that the nursing team monitor development and growth of these children, in addition to having a special concern with the nutritional care of this population.

Keywords: Premature newborn. Low birth weight newborn. Growth. Nursing care.

¹ Enfermeiro. Especialista em Unidade de Terapia Intensiva. Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares – Hospital Universitário da Grande Dourados, Mato Grosso do Sul, Brasil.

E-mail: brunoanaisafernandes@gmail.com;

² Enfermeiro. Especialista em Saúde da Família. Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares – Hospital Universitário da Grande Dourados, Mato Grosso do Sul, Brasil;

³ Enfermeiro. Especialista em Saúde da Família. Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares – Hospital Universitário da Grande Dourados, Mato Grosso do Sul, Brasil;

⁴ Enfermeira. Especialista em Gestão de Enfermagem em UTI. Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares – Hospital Universitário da Grande Dourados, Mato Grosso do Sul, Brasil.

Introdução

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), todos os anos, cerca de 15 milhões de bebês nascem prematuros (antes de 37 semanas completas de gestação), o que equivale a mais do que 1 em 10 bebês, e esse número está aumentando. As complicações de parto prematuro são a principal causa de morte entre crianças menores de 5 anos de idade, tendo sido responsáveis por aproximadamente 1 milhão de mortes em 2015. Três quartos dessas mortes poderiam ser evitadas com intervenções atuais e custo-efetivas. Em 184 países, a taxa de nascimento prematuro varia de 5% a 18% dos bebês nascidos (WHO, 2018).

A prematuridade é considerada o maior fator de risco para um recém-nascido adoecer e morrer, não apenas imediatamente após o nascimento, mas também durante sua infância e até em sua vida adulta. Sabe-se que os prejuízos da prematuridade vão além do campo da saúde física, atingindo também as dimensões cognitivas e comportamentais, o que faz deste problema um dos maiores desafios para a Saúde Pública contemporânea (FIOCRUZ, 2016). Trata-se de um fator que aumenta a probabilidade de um longo período de internação. Prematuros extremos, por exemplo, costumam ficar hospitalizados por no mínimo três meses, no qual seu sistema nervoso, órgãos e funções terão de continuar se desenvolvendo fora das condições ideais do útero materno, estando sujeitos a maiores riscos e agressões. Sendo assim, a assistência a esse recém-nascido exige vigilância constante por pessoal competente e bem treinado (COSTA et al., 2018).

De acordo com a pesquisa “Nascer no Brasil: inquérito nacional sobre parto e nascimento”, a taxa de prematuridade brasileira (11,5%) é quase duas vezes superior à verificada em países europeus. Destes, 74% são tardios (34 a 36 semanas gestacionais). Ainda conforme o estudo, a prematuridade espontânea (com ou sem ruptura de membranas) no Brasil equivale a 59% dos casos, enquanto a prematuridade terapêutica (provocada por intervenção médica por indução do parto ou cesariana anteparto) é de 41%, sendo que quase sua totalidade (90%) ocorre por cesariana sem trabalho de parto. Em países desenvolvidos, essa taxa é de 30%. Acredita-se que muitos destes casos são decorrentes de uma prematuridade iatrogênica, ou seja, crianças nascidas de cesarianas sem indicação, ou por avaliação incorreta da idade gestacional (FIOCRUZ, 2016).

Contudo, devido aos avanços que ocorreram na terapia intensiva neonatal nos últimos, tem havido uma menor mortalidade, com aumento da sobrevida de recém-nascidos com idades gestacionais cada vez menores e pesos de nascimento cada vez mais baixos, principalmente no grupo de recém-nascidos de muito baixo peso (peso de nascimento inferior a 1.500g). Deve-se

considerar que os recém-nascidos prematuros apresentam características singulares que requerem uma adaptação complexa ao meio extrauterino, no que se refere aos aspectos biológicos, sociais e psicológicos (ROVER et al., 2015).

Por outro lado, a incidência de morbidades crônicas que envolvem déficit de crescimento e atraso no neurodesenvolvimento, com alterações na aquisição de habilidades motoras, cognitivas e psicossociais entre os sobreviventes, tem aumentado. Existem evidências de que quanto mais precoce for o diagnóstico de atraso e ocorrer a intervenção, menor será o impacto desses agravos na vida da criança. Estudos têm mostrado, também, a relevância do crescimento no primeiro ano de vida, a fim de evitar no futuro, o desenvolvimento de doenças crônicas, como a hipertensão, diabete *melittus* tipo 2, doença cardiovascular e obesidade (ROVER et al., 2015).

Diante desta premissa, justifica-se a escolha desse tema, pois é fundamental que a equipe de enfermagem tenha um cuidado especial com os recém-nascidos prematuros, monitorando seu crescimento e desenvolvimento, oferecendo aos pais uma adequada orientação alimentar, além de promover constante avaliação neuropsicomotora no intuito de detectar precocemente possíveis desvios para intervir, prevenir ou minimizar sequelas futuras. A pesquisa tem como objetivo identificar quais as principais condutas de enfermagem no acompanhamento de recém-nascidos prematuros.

Material e Métodos

Este estudo foi realizado através de uma pesquisa bibliográfica, no intuito de reunir informações sobre o tema através de artigos científicos pesquisados através da Biblioteca Virtual em Saúde e do PubMed. Para encontrar os artigos foram utilizados os seguintes descritores: recém-nascido prematuro; recém-nascido de baixo peso; crescimento; cuidados de enfermagem. Os critérios de inclusão utilizados foram: serem artigos ou publicações publicados entre 2000 e 2020; nos idiomas português, espanhol ou inglês; disponíveis na íntegra online. Além dos artigos também foram consultados órgãos oficiais de saúde, como a OMS, o Ministério da Saúde, a Fiocruz e a Sociedade Brasileira de Pediatria.

Foram selecionadas 17 publicações, sendo 12 artigos e 5 publicações de organizações ligadas à saúde. Do total, 8 foram publicadas no idioma português, 8 em inglês e uma em espanhol. Os conteúdos dessas publicações são agora debatidos na seção de discussão a seguir.

Discussão

Aproximadamente 1 milhão de crianças morrem a cada ano devido a complicações de parto prematuro, enquanto muitos sobreviventes enfrentam uma vida inteira de incapacidades, incluindo dificuldades de aprendizado e problemas visuais e auditivos. Globalmente, a prematuridade é a principal causa de morte em crianças menores de 5 anos. E em quase todos os países, com dados confiáveis, as taxas de nascimento prematuro estão aumentando (WHO, 2018).

Além da prematuridade, há também a questão do peso ao nascer. Segundo o Ministério da Saúde, define-se peso ao nascer como a primeira medida de peso do feto ou recém-nascido obtida após o nascimento; baixo peso ao nascer é considerado quando o recém-nascido apresenta menos de 2.500g (até 2.499g, inclusive); peso muito baixo ao nascer é quando o bebê apresenta menos de 1.500g (até 1.499g, inclusive); e peso extremamente baixo ao nascer é quando apresenta menos de 1.000g, até 999g, inclusive (BRASIL, 1994).

Nas últimas décadas, a sobrevivência de prematuros melhorou essencialmente devido ao uso de corticosteroides pré-natais, surfactante e melhores recursos tecnológicos. No entanto, isso não foi acompanhado por um declínio tão significativo nas sequelas a longo prazo destas crianças, uma vez que o nascimento prematuro interrompe o desenvolvimento do sistema nervoso central (SNC) em um momento de crescimento rápido e vulnerável. Há, portanto, uma alta frequência de morbidade em crianças muito imaturas, o que pode causar sérias incapacidades futuras. É cada vez maior a convicção de que algumas dessas alterações se relacionam, entre muitos outros fatores, aos cuidados prestados após o nascimento (ACEVEDO; BECERRA; MARTÍNEZ, 2017).

No caso da restrição do crescimento extrauterino em prematuros, apesar dos avanços da medicina ela continua a ser prevalente, ocorrendo principalmente com a maioria dos prematuros extremos. Pode-se definir a restrição do crescimento extrauterino como tendo uma medida de crescimento (peso, comprimento ou perímetro cefálico) $\leq 10^{\circ}$ percentil do crescimento intrauterino esperado para a idade gestacional (IG) no momento da alta. A IG de 36 semanas ou a de 40 semanas (idade equivalente de nascimento a termo) são geralmente utilizadas para comparar a incidência da restrição do crescimento extrauterino entre unidades de terapia intensiva neonatais (EHRENKRANZ, 2014).

A nutrição neonatal é essencial para o crescimento adequado e desenvolvimento de recém-nascidos prematuros. De acordo com recomendações recentes, a nutrição neonatal pode

ser iniciada nas primeiras horas de vida e é segura e eficaz mesmo em bebês muito prematuros. A infusão de glicose com aminoácidos no primeiro dia de vida diminui o catabolismo proteico, aumenta as taxas de incorporação de proteínas, e mantém as concentrações de glicose plasmática. As dificuldades em fornecer suporte nutricional adequado na fase de internação de recém-nascidos (especialmente os com muito baixo peso) é uma das principais razões para o déficit de crescimento pós-natal. A adequação de um protocolo nutricional é capaz de promover a redução do número de dias para iniciar a nutrição enteral, um tempo mais curto para atingir nutrição enteral plena, tempo de internação reduzido e menor porcentagem de crianças com peso abaixo do percentil 10 na alta (LIMA et al, 2015).

Mas, atualmente, mesmo com as melhorias no suporte nutricional do prematuro, em especial nos casos de muito baixo peso, através da nutrição parenteral e enteral (agressiva e precoce), ainda se observa, com frequência, uma restrição de crescimento no período pós-natal, onde estes bebês apresentam taxas significativamente inferiores às intrauterinas de fetos da mesma idade gestacional (LIMA et al., 2014).

É fundamental que a equipe de enfermagem promova um monitoramento do crescimento e desenvolvimento dessas crianças. De acordo com a Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP, 2017), as medidas antropométricas mais utilizadas na avaliação do crescimento do recém-nascido são: o peso (P), o comprimento (C) e o perímetro cefálico (PC). São de fácil obtenção e não invasivas. Com base nestas medidas foram desenvolvidas curvas de monitoramento do crescimento pós-natal de prematuros, que usam diferentes metodologias. Existem as curvas de crescimento intrauterino, que são baseadas nas estimativas ultrassonográficas de peso fetal ao longo da gestação; as curvas de crescimento intrauterino, de peso, comprimento e perímetro cefálico, ao nascer, para cada idade gestacional; e as curvas de acompanhamento do peso, comprimento e perímetro cefálico, no período pós-natal por metodologias combinadas (SBP, 2017).

O peso, comprimento e perímetro cefálico devem ser plotados semanalmente em curva de crescimento até atingir 50 a 64 semanas de idade gestacional corrigida (IGc), de acordo com a curva selecionada. O aferimento das medidas antropométricas de peso, comprimento e perímetro cefálico é feito da seguinte forma: 1) Peso: a criança prematura deve ser pesada em balanças com sensibilidade de 5 gramas. Seu peso deve ser obtido diariamente até a recuperação do peso do nascimento e, a partir de então, ser aferido duas vezes por semana, até a alta hospitalar. 2) Comprimento: deve ser aferido através de uma régua que possa ser usada preferencialmente dentro da incubadora, graduada em centímetros, tendo uma das extremidades

fixa e a outra móvel, ajustando-se a extremidade fixa à cabeça do recém-nascido e a parte móvel nos pés com uma leve extensão dos joelhos. 3) Perímetro cefálico: deve ser aferido por meio de uma fita métrica não extensível e graduada em centímetros. Os pontos de medida devem ser logo acima das sobrancelhas (sulco supraorbitário), e posteriormente, na proeminência occipital com o ponto zero no lado da cabeça do recém-nascido mais próximo de quem fizer a medida (SBP, 2017).

A avaliação do crescimento dos recém-nascidos é feita logo após o nascimento, sendo um procedimento rotineiro e que envolve a obtenção de medidas antropométricas (as citadas: peso, comprimento e perímetro cefálico) que deverão ser comparadas com os dados fornecidos por gráficos ou tabelas padronizados (dependendo da curva de crescimento utilizada), de acordo com a idade gestacional e o sexo e apresentados na forma de percentil ou escore Z. Por fim, a avaliação é obtida através da comparação da medida individual (do prematuro), por meio do gráfico respectivo, com a população de referência, o que permite estabelecer uma avaliação do estado nutricional desse prematuro, fornecendo informações em relação a quantidade e qualidade do crescimento intrauterino (SADECK, 2012).

Percentil e escore Z são escalas utilizadas para se estabelecer uma comparação de um conjunto de medidas antropométricas com um padrão de referência. Os percentis são derivados da distribuição em ordem crescente dos valores de um parâmetro, observados para uma determinada idade ou sexo. Assim, a classificação de uma criança em um determinado percentil permite estimar quantas crianças, de mesma idade e sexo, são maiores ou menores em relação ao parâmetro avaliado (SIGULEM; DEVINCENZI; LESSA, 2000). O escore Z significa o número de desvios-padrão que o dado obtido está afastado de sua mediana de referência. Desse modo, através do acompanhamento do crescimento de uma criança, com a utilização de uma curva-gráfico de crescimento, em pelo menos três mensurações sucessivas de peso e estatura, utilizando intervalos compatíveis com sua velocidade de crescimento em função da idade, permite constatar se esta criança está em processo de desnutrição com tendência de afastamento de seu canal de crescimento, caminhando para percentis inferiores. No caso da avaliação do crescimento de recém-nascidos prematuros e/ou com baixo peso ao nascer, são utilizadas tabelas e curvas de crescimento próprios, pelo menos até completarem 24 meses (SIGULEM; DEVINCENZI; LESSA, 2000).

Entre as várias curvas de crescimento que podem ser adotadas, a mais recente é a desenvolvida pelo Projeto *Intergrowth* (PROJETO INTERGROWTH, 2009) e parece ser a mais fidedigna, sendo inclusive recomendada pela Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP,

2017), por trazer curvas longitudinais prescritivas de crescimento, a partir de 27 semanas e por ter utilizado também gestantes e prematuros brasileiros, portanto se aproximando mais da realidade nacional.

Infelizmente, a falha de crescimento pós-natal em prematuros, em especial os de muito baixo peso, é um fenômeno praticamente universal. Consequentemente, o impacto desta restrição de crescimento e agravos nutricionais nesta fase tão precoce da vida também acaba influenciando a qualidade de vida futura, visto que pode, inclusive, afetar o desenvolvimento cerebral e contribuir para o surgimento de doenças crônicas do adulto, como hipertensão, diabetes, hipercolesterolemia e obesidade (LIMA et al., 2014).

Apesar da atenção que é dada à nutrição logo após o nascimento dos recém-nascidos de muito baixo peso ao nascer, especialmente aos mais prematuros e de extremo baixo peso, a literatura demonstra que, principalmente em países em desenvolvimento, se observa que a falha de crescimento nas primeiras semanas de vida e no momento da alta hospitalar ainda é muito frequente (SADECK, 2012). Isso porque nascer prematuramente coloca a criança em uma condição de grande risco nutricional, pois interrompe seu crescimento (que seria intrauterino) na fase de maior velocidade. Além disso, muitos desses recém-nascidos apresentam doenças crônicas justamente no período inicial de suas vidas, em que se espera um crescimento rápido, onde ele apresenta necessidades calóricas elevadas.

De acordo com a literatura consultada, a nutrição pós-natal é fundamental para o desenvolvimento do prematuro, e deve receber atenção especial da equipe de enfermagem, com início precoce de alimentação via enteral ou parenteral, para estimular o crescimento e o desenvolvimento neuropsicomotor da criança. Para esta alimentação, diversos estudos consultados (LIMA et al., 2015; FREITAS et al., 2016; VARGAS et al., 2015; NASCIMENTO; ISSLER, 2003) declaram que o leite materno é o alimento ideal para o prematuro, e que o aleitamento materno deve ser estimulado e iniciado o quanto antes.

E, como visto, é fundamental realizar uma avaliação antropométrica periódica, a qual evita prejuízos futuros, uma vez que identifica alterações de crescimento precocemente (ROVER et al., 2015). No acompanhamento deste crescimento até os dois anos de idade, que é a fase de recuperação acelerada, caso se perceba que este crescimento está sendo insuficiente, uma das indicações médicas que se pode recomendar é o tratamento com hormônio de crescimento recombinante (TRAVÉ, 2014).

Conclusão

Com essa pesquisa se identificou que, apesar de toda a evolução dos últimos anos em saúde e medicina, ainda é difícil vencer o retardo de crescimento extrauterino em recém-nascidos prematuros, em especial os de muito baixo peso, pois estes dificilmente conseguem manter uma velocidade adequada de crescimento no pós-natal, em comparação com crianças nascidas à termo. Este retardo no crescimento geralmente está associado com perda de peso e morbidades associadas. Constata-se que este retardo no crescimento é o principal sinal de alerta para problemas futuros, o que reforça a importância de um monitoramento rotineiro deste crescimento, para que a equipe de enfermagem neonatal possa intervir e corrigir este déficit.

Entre as curvas de crescimento mais utilizadas destaca-se a o Projeto *Intergrowth-21st*, que tem se apresentado como a melhor opção, por que também utilizou em seu desenvolvimento curvas longitudinais de crescimento além de ter incluído gestantes e prematuros brasileiros, o que a torna mais próxima da realidade nacional.

É preciso enfatizar a importância dos cuidados nutricionais para essas crianças, que devem se iniciar ainda nas primeiras horas de vida, tendo em vista que seu retardo no crescimento apresenta um severo déficit proteico e energético logo nas primeiras semanas, o que irá afetar o peso, a estatura e o perímetro cefálico, na época da alta hospitalar.

Portanto, é de fundamental importância que uma nutrição adequada às suas necessidades seja fornecida logo em suas primeiras horas de vida, o que muitas vezes precisa se iniciar por via parenteral, e progressivamente, conforme estabilidade clínica do recém-nascido, a introdução precoce da nutrição enteral e conforme aquisição de habilidades motoras e coordenação entre sucção, deglutição e respiração a nutrição oral. A literatura também comprova que o alimento ideal para o prematuro é sempre o leite materno, e que a amamentação deve ser preconizada e estimulada.

Referências

ACEVEDO DH, BECERRA JIR, MARTÍNEZ ÁL. The philosophy of the developmental centred care of the premature infant (NIDCAP): a literature review. *Enferm. glob.* 2017; 16(48):577-589.

BRASIL. Ministério da Saúde. Manual de assistência ao recém-nascido. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/0104manual_assistencia.pdf. Acesso: 6 dez. 2020.

COSTA GS, SILVA WG, RODRIGUES AFA, BEERRA MGC, SABINO KCV, ARAÚJO RC, et al. Cuidado de enfermagem individualizado ao prematuro em unidade de terapia intensiva neonatal. *Braz. J. Surg. Clin. Res.* 2018; 22(2):132-136.

EHRENKRANZ RA. Extrauterine growth restriction: is it preventable? *J. Pediatr. (Rio J.)*. 2014; 90(1):1-3.

FREITAS BAC, LIMA LM, CARLOS CFLV, PRIORE SE, FRANCESCHINI SCC. Duração do aleitamento materno em prematuros acompanhados em serviço de referência secundário. *Rev Paul Pediatr.* 2016; 34(2):189-196.

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. Taxa de bebês prematuros no país é quase o dobro do que em países da Europa. Disponível em: <https://portal.fiocruz.br/noticia/taxa-de-bebes-prematuros-no-pais-e-quase-o-dobro-do-que-em-paises-da-europa>. Acesso: 6 dez. 2020.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Preterm birth. 19 fev. 2018. Disponível em: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/preterm-birth>. Acesso: 6 dez. 2020.

ROVER MMS, VIERA CS, TOSO BRGO, GRASSIOLLI S, BUGS BM. Growth of very low birth weight preterm until 12 months of corrected age. *Journal of Human Growth and Development.* 2015; 25(3):351-356.

LIMA PAT, CARVALHO M, COSTA ACC, MOREIRA MEL. Variables associated with extra uterine growth restriction in very low birth weight infants. *J. Pediatr. (Rio J.)*. 2014; 90(1):22-27

LIMA AM, GOULART AL, BORTOLUZZO AB, KOPELMAN BI. Nutritional practices and postnatal growth restriction in preterm newborns. *Rev. Assoc. Med. Bras.* 2015; 61(6):500-506.

NASCIMENTO MBR, ISSLER H. Breastfeeding: making the difference in the development, health and nutrition of term and preterm newborns. *Rev. Hosp. Clín. Fac. Med. S. Paulo.* 2003; 58(1):49-60.

PROJETO INTERGROWTH-21st. Sobre o Projeto Intergrowth-21st. Disponível em: <http://intergrowth21.ndog.ox.ac.uk/pt>. Acesso: 6 dez. 2020.

SADECK LSR. Crescimento de recém-nascidos pré-termo de muito baixo peso nos primeiros anos de vida. In\; Silveira RC. *Manual seguimento ambulatorial do prematuro de risco*. Porto Alegre: Sociedade Brasileira de Pediatria-Departamento Científico de Neonatologia, 2012. p.22-25.

SIGULEM DM, DEVINCENZI MU, LESSA AC. Diagnóstico do estado nutricional da criança e do adolescente. *J Pediatr (Rio J)*. 2000; 76(Supl.3):s275-s84.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA. Monitoramento do crescimento de RN pré-terms. Documento Científico do Departamento Científico de Neonatologia. 2017; 1:1-7.

Disponível em: https://www.sbp.com.br/fileadmin/user_upload/2017/03/Neonatologia-Monitoramento-do-cresc-do-RN-pt-270117.pdf. Acesso em: 06 dez. 2020.

TRAVÉ TD, GARCÍA ISM, GUINDELAIN MJG, ZUBIRI SB. Estudio evolutivo longitudinal (desde el nacimiento hasta los 8 años) de las variables antropométricas en una cohorte de recién nacidos de muy bajo peso. *Nutr. Hosp.* 2014; 30(5):1063-1070.

VARGAS CL, BERWIG LC, STEIDL EMS, PRADE LS, BOLZAN G, KESKE-SOARES M, WEINMANN ARM. Premature: growth and its relation to oral skills. *CoDAS.* 2015; 27(4):378-383.

Como citar este artigo (Formato ABNT):

FERNANDES, Bruno César; ARAÚJO, Alan Márcio de Brito; SILVA, Nédson Lechner da; SILVA, Mariella Rodrigues da. Condutas de Enfermagem no Acompanhamento de Recém-Nascidos Prematuros. **Id on Line Rev.Mult. Psic.**, Dezembro/2020, vol.14, n.53, p. 1034-1043. ISSN: 1981-1179.

Recebido: 08/12/2020;
Aceito: 21/12/2020.