

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

Natana Pereira da Rosa

**AGRAVOS AGUDOS DE SAÚDE DE PREMATUROS MODERADOS E  
TARDIOS NO PRIMEIRO MÊS DE VIDA**

Santa Maria, RS  
2018

**Natana Pereira da Rosa**

**AGRAVOS AGUDOS DE SAÚDE DE PREMATUROS MODERADOS E TARDIOS  
NO PRIMEIRO MÊS DE VIDA**

Dissertação apresentada ao Curso de Pós Graduação em Enfermagem, Área de Concentração: Cuidado e Educação em Enfermagem e Saúde, da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM, RS), como requisito parcial para a obtenção do título de **Mestre em Enfermagem**.

Orientadora: Prof<sup>ª</sup>. Dra. Eliane Tatsch Neves

Santa Maria, RS  
2018

**Natana Pereira da Rosa**

**AGRAVOS AGUDOS DE SAÚDE DE PREMATUROS MODERADOS E TARDIOS  
NO PRIMEIRO MÊS DE VIDA**

Dissertação apresentada ao Curso de Pós Graduação em Enfermagem, Área de Concentração: Cuidado e Educação em Enfermagem e Saúde, da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM, RS), como requisito parcial para a obtenção do título de **Mestre em Enfermagem**.

**Aprovado em 19 de setembro de 2018:**

---

Eliane Tatsch Neves, Dra. (UFSM)  
(Presidente/Orientadora)

---

Hilda Maria Barbosa de Freitas, Dra (FISMA)

---

Aline Cammarano Ribeiro, Dra (UFSM)

---

Graciela Dutra Sehnem, Dra (UFSM)  
(Suplente)

Santa Maria, RS  
2018

## AGRADECIMENTOS

*Àquele que me guia, me protege e me abençoa. Por me dar forças nos momentos de dificuldades, além de colocar pessoas tão especiais durante esta trajetória.*

*A **minha família**, por todo incentivo, compreensão e amor. Ao meu pai **Edmar**, que ao passar cinco meses no hospital no ano 2016 (primeiro ano de Mestrado), me mostrou o quão forte eu posso ser, que hoje, da sua forma, é símbolo de superação e vontade de viver. A minha mãe **Maria Vanda**, por sempre encontrar as palavras certas para me confortar, e me mostrar que tudo que acontece na nossa vida é pela vontade de Deus. As minhas irmãs, **Fabi e Daia**, por todo incentivo, torcida e por sempre colocarem meu nome em suas orações. Aos meus cunhados, **Rô e Tiago**, por “quebrarem” tantos galhos em todos esses anos. Aos **sobrinhos** por me provarem tanto amor e me fazerem ter um coração melhor a cada dia. A minha querida avó **Maria**, por toda torcida e orações. Amo muito vocês!*

*Ao meu amor, **Dênis**, por me olhar com olhos de admiração, por me dizer o quanto se sente orgulhoso, por todo incentivo e apoio incondicional, por ser presente, e ainda por dizer todos os dias, deste último ano: “vamos nega, acorda, você tem que estudar!”.*

*À minha orientadora Professora **Eliane Tatsch Neves**, por ter me aberto as portas para participar do seu grupo de pesquisa, e sobretudo, pela paciência, compreensão, estímulo e incentivo, para que este trabalho fosse realizado com êxito. Por me conduzir da melhor forma, ser exemplo de transparência, seriedade e sabedoria. Obrigada, obrigada, obrigada!*

*Ao colega de profissão e Doutorando **Leonardo**, por se mostrar sempre disponível em ajudar, por todos seus ensinamentos, por ter sido a haste forte desta pesquisa.*

*Aos **auxiliares de pesquisa e bolsistas**, pela disponibilidade e persistência na realização da coleta dos dados deste estudo.*

*Ao **Grupo de Pesquisa Saúde do Neonato, Criança, Adolescente e Família – CRIANDO**, pelos ensinamentos, aprendizagem e discussões.*

*A colega e amiga **Natália**, por cada momento que passamos juntas: de trabalho, de conversas, de apoio, de conselhos e de muitos risos.*

*A amiga e companheira de apartamento, **Ju**, por ser minha psicóloga particular, por se preocupar sempre comigo, por dizer que tudo ia dar certo, por seus conselhos e por ser amparo.*

*A amiga do coração, **Luana**, por toda torcida, orações, por escutar eu falar da minha pesquisa e ter sido uma das principais incentivadora da realização desse mestrado.*

*A **Universidade Federal de Santa Maria** por todas as oportunidades de aprendizado. Ao **Programa de Pós - Graduação em Enfermagem** e seus **professores** pela contribuição na minha formação.*

*Ao **Hospital Universitário de Santa Maria** pela oportunidade e realização deste trabalho.*

*Aos **familiares** por terem consentido a participação dos **prematuros moderados e tardios**, para a realização desta pesquisa.*

*Aos **demais familiares, amigos e conhecidos**, que compreenderam a minha ausência, que torceram por mim e contribuíram para a concretização desta dissertação.*

*“É maravilhoso, Senhor, sobretudo, ter tão pouco a pedir, e tanto a **agradecer**”.*

## APRESENTAÇÃO

Tudo em nossa vida tem um propósito, uma razão e um motivo para acontecer, porém somos tão suscetíveis à correria do dia-a-dia que às vezes nos esquecemos do mais importante: o amor ao próximo!

Por sempre querer fazer a diferença na vida das pessoas, amigos e familiares, identifiquei-me com o curso Graduação em Enfermagem, em estudar o corpo humano, a mente, o cuidar e o promover saúde. Desde o quarto semestre do curso, tomei a decisão de que em meu Trabalho de Conclusão estudaria o recém-nascido (RN). Para mim, esses pequenos seres representam inspiração e sinônimo de vida, alegria e sensibilidade. Porém, muitas vezes, a realidade é dura e cruel, muitas deles nascem prematuros, enfrentando sérios problemas de saúde. Para tanto realizei o meu trabalho de conclusão intitulado como: **“A prematuridade em recém-nascidos em uma instituição hospitalar”**.

Em 2014, fiz aproximação com grupo de pesquisa da Universidade Federal de Santa Maria me identifiquei com o Grupo de Pesquisa: Saúde do Neonato, Criança, Adolescente e Família – CRIANDO/UFSM, coordenado pela professora Dr Eliane Tatsch Neves.

Em 2016, ao ingressar no Programa de Pós Graduação em Enfermagem pela UFSM surgiu a oportunidade de participar de um projeto matricial intitulado: “Condições de saúde de prematuros moderados e tardios no primeiro ano de vida”. Este que abriu caminhos para elaboração desta pesquisa.

## RESUMO

### AGRAVOS AGUDOS DE SAÚDE DE PREMATUROS MODERADOS E TARDIOS NO PRIMEIRO MÊS DE VIDA

AUTORA: Natana Pereira da Rosa

ORIENTADORA: Eliane Tatsch Neves

A Idade Gestacional ao nascer é fator interveniente no desenvolvimento de agravos a saúde, principalmente no período neonatal. O nascimento de um Prematuro com idade gestacional de 32 a 37 semanas incompletas, pode não implicar em complicações de saúde imediatas, contudo, pouco se sabe sobre o desenvolvimento de agravos a saúde durante os primeiros 28 dias de vida dessa população. Dessa maneira, o objetivo do estudo foi analisar o desenvolvimento de agravos agudos de saúde em prematuros moderados (IG de 32 semanas completas a 33 semanas e 6 dias) e tardios (IG de 34 semanas até 36 semanas e 6 dias) no primeiro mês de vida. Para tanto, desenvolveu-se estudo transversal/epidemiológico com abordagem quantitativa. Participaram 151 prematuros moderados e tardios selecionados em um hospital referência para gestação de risco na região sul do Brasil. Os dados obstétricos, neonatais e socioeconômicos foram coletados por meio de instrumento próprio no momento da internação hospitalar. Os dados de desenvolvimento de agravo agudo de saúde foram coletados ao final do primeiro mês de vida via contato telefônico. A análise foi realizada por meio do programa SPSS, versão 20.0, com comparação de frequência entre as variáveis, utilizou-se valor de  $p < 5\%$  para significância estatística da análise. Os preceitos éticos foram respeitados com aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da instituição sob número de Parecer 1.511.201. Os resultados apontaram que, aproximadamente, 96,7% dos prematuros desenvolveram no mínimo um agravo agudo de saúde, sendo o vômito o que obteve maior frequência. O desenvolvimento de agravos agudos a saúde, principalmente respiratórios, no período neonatal apresentou associação significativa com: peso ao nascer, Apgar 1º min  $< 7$  e Apgar 5º min  $< 7$ , necessidade de reanimação neonatal, local de internação, tipo de dieta, além de associações com as características socioeconômicas dos pacientes. Concluiu-se que os agravos vômito, tosse e enjoado foram os mais frequentes nos Prematuros Moderados e Tardios no período neonatal. Além disso, constatou-se associações significativas entre os fatores obstétricos, neonatais e socioeconômicos associados a um maior risco respiratório. Os resultados encontrados apontam para um olhar atento ao grupo estudado, bem como a necessidade de acompanhamento destes RN no pós-alta hospitalar de forma sistematizada.

**PALAVRAS-CHAVE:** Enfermagem. Prematuro. Primeiro mês de vida. Período Neonatal. Condição de Saúde. Doença Aguda.

## **ABSTRACT**

### **ACUTE EVENTS OF HEALTH OF MODERATE AND LATE PREMATURES IN THE FIRST MONTH OF LIFE**

**AUTHOR:** Natana Pereira da Rosa

**ADVISOR:** Eliane Tatsch Neves

Gestational age at birth is an intervening factor in the development of health problems, especially in the neonatal period. The birth of a premature infant with gestational age of 32 to 37 incomplete weeks may not imply immediate health complications, however, little is known about the development of health problems during the first 28 days of life of this population. Thus, the objective of the study was to analyze the development of acute health problems in moderate (GA 32 weeks of age completed at 33 weeks and 6 days) and late (GA 34 weeks up to 36 weeks and 6 days) in the first month of life. For that, a cross-sectional / epidemiological study was developed with a quantitative approach. Participants were 151 moderated and late preterm infants selected at a referral hospital for risk gestation in southern Brazil. The obstetric, neonatal, and socioeconomic data were collected through an instrument at the time of hospital admission. Data on the development of acute health problems were collected at the end of the first month of life via telephone contact. The analysis was performed using the SPSS program, version 20.0, with frequency comparison between the variables, using  $p < 5\%$  for statistical significance of the analysis. The ethical precepts were respected with the approval of the Ethics Committee in Research of the institution under number 1.511.201. The results showed that approximately 96.7% of premature infants developed at least one acute health condition, with vomiting being the most frequent. The development of acute respiratory health problems in the neonatal period showed a significant association with birth weight, Apgar 1 min  $< 7$  and Apgar 5 min  $< 7$ , neonatal resuscitation need, place of hospitalization, type of diet, besides associations with the socioeconomic characteristics of the patients. It was concluded that the vomiting, cough and nauseated conditions were the most frequent in the Moderate and Late Prematurity in the neonatal period. In addition, there were significant associations between obstetric, neonatal and socioeconomic factors associated with a higher respiratory risk. The results found point to an attentive look at the group studied, as well as the need for follow-up of these newborns in the post-hospital discharge in a systematized manner.

**KEYWORDS:** Nursing. Premature. First month of life. Neonatal Period. Health Condition. Acute Disease.



## LISTA DE ABREVIATURAS

AIDPI	Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância
CPAP	<i>Continuous Positive Airway Pressure</i>
ECA	Estatuto da Criança e do Adolescente
IG	Idade Gestacional
MS	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial de Saúde
PAISC	Programa de Atenção Integral à Saúde da Criança
PNAISC	Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança
RN	Recém-nascido
RNPT-T	Recém-nascido pré-termo tardio
RN	Recém-nascidos
RNT	Recém-nascido a termo
SNC	Sistema Nervoso Central
UTI	Unidade de Tratamento Intensivo
UTIN	Unidade de Tratamento Intensivo Neonatal

## LISTA DE APÊNDICES

APÊNDICE A – INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS- ETAPA QUANTITATIVA (Variáveis Obstétricas e Neonatais).....	44
APÊNDICE B – INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS- ETAPA QUANTITATIVA (Perfil Socioeconômico).....	48
APÊNDICE C – INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS- ETAPA QUANTITATIVA (Condição Aguda de Saúde).....	50
APÊNDICE D- TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.....	51
APÊNDICE E- TERMO DE ASSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.....	53
APÊNDICE F- TERMO DE CONFIDENCIALIDADE DOS DADOS.....	54

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO</b> .....	11
<b>2 OBJETIVOS</b> .....	14
2.1 Objetivo geral.....	14
2.2 Objetivos específicos.....	14
<b>3 REVISÃO DE LITERATURA</b> .....	15
3.1 ASPECTOS HISTÓRICOS E POLÍTICOS DA SAÚDE DO NEONATO.....	15
3.2 PERÍODO NEONATAL.....	16
<b>3.2.1 Prematuridade moderada e tardia no período neonatal</b> .....	17
<b>3.2.2 Agravos agudos de saúde dos prematuros moderados e tardios no período neonatal</b> .....	19
<b>4 MANUSCRITO CIENTÍFICO</b> .....	21
Resumo.....	22
Abstract.....	23
Introdução.....	24
Métodos.....	25
Resultados.....	27
Discussão.....	31
Conclusão.....	35
Referências.....	36
<b>CONCLUSÃO</b> .....	39
<b>REFERÊNCIAS</b> .....	40
<b>APÊNDICES</b> .....	44
APÊNDICE A – INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS- ETAPA QUANTITATIVA (Variáveis Obstétricas e Neonatais) .....	44
APÊNDICE B – INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS- ETAPA QUANTITATIVA (Perfil Socioeconômico) .....	48
APÊNDICE C – INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS- ETAPA QUANTITATIVA (Condição Aguda de Saúde) .....	50
APÊNDICE D - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.....	51
APÊNDICE E- TERMO DE ASSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.....	53
APÊNDICE F- TERMO DE CONFIDENCIALIDADE DOS DADOS.....	54
ANEXOS.....	55
ANEXO A – AUTORIZAÇÃO DE USO DE INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO.....	55

## 1 INTRODUÇÃO

Com os avanços técnico-científicos a pediatria desenvolveu um novo ramo de conhecimentos específicos, a qual denominou-se Neonatologia, definido como o conhecimento dos recém-nascidos (RN). A neonatologia tem por finalidade à assistência ao RN, com conseqüente redução da mortalidade e morbidades perinatais na procura da sobrevivência destes pacientes (RAMOS, 1991). Dentre os principais avanços no manejo clínico de RN inclui-se as unidades de terapia intensiva neonatal (UTIN), ventiladores pediátricos e uso de surfactante e esteroides pré-natais (SHAPIRO-MENDOZA; LACKRITZ, 2012).

Os RN ou também definidos como neonatos são as crianças de 0 a 28 dias de nascimento. Denomina-se período neonatal precoce a primeira semana completa ou os sete primeiros dias de vida, e período neonatal tardio, as três semanas seguintes (SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA, 2018). Podendo ser classificados pela Idade Gestacional (IG): como a termo, pré-termo e pós-termo. O RN a termo (RNT) compreende a idade gestacional entre 37 semanas e 41 semanas e 6 dias, o RN pré-termo é aquele com idade gestacional menor que 37 semanas (36 semanas e 6 dias) e o RN pós-termo é igual ou maior que 42 semanas (WONG, 2014). De acordo com a organização Mundial da Saúde (OMS, 2015), os RN nascidos com menos de 37 semanas de IG são classificados em subcategorias: Extremamente prematuro (<28 semanas); Muito prematuros (28 a <32 semanas) e Moderados a Tardios prematuros (32 a <37 semanas). Neste estudo seguiu-se a classificação descrita por Engle (2006) que considera Prematuro Moderado, aquele indivíduo com IG no intervalo de 32 semanas completas até 33 semanas e 6 dias e Prematuro Tardio, aquele com IG no intervalo de 34 semanas até 36 semanas e 6 dias completos.

De acordo com o Departamento de Informação e Análise Epidemiológica da Secretaria de Vigilância em Saúde, apenas no ano de 2016 houve cerca de 16.507 nascimentos de prematuros (IG<37 semanas) nascidos vivos no Estado do Rio Grande do Sul. Deste total, a cidade de Santa Maria foi responsável pelo número de 513 nascimentos prematuros. Ainda, 460 nascimentos ocorreram com IG entre 32 e 36 semanas. Assim, observa-se nesta região uma prevalência de aproximadamente 89,6% de prematuros tardios e moderados do total de prematuros (BRASIL, 2018).

Segundo Demartini et al. (2011) logo após o nascimento, as crianças nascidas prematuras podem passar por um período de restrição do crescimento, sendo que a normalização do mesmo pode ocorrer de forma lenta e progressiva nos primeiros meses de vida. Os RN prematuros que sobrevivem podem sofrer com algum tipo de seqüela: neurológica, auditiva, visual, de déficit de aprendizagem, entre outras, as quais poderão levar

para o resto de suas vidas (OMS, 2015). Os RN pré-termos caracterizam-se pela vulnerabilidade e agravos futuros advindos da própria condição da prematuridade, como consequência da pouca maturidade de órgãos e danos advindos do baixo peso ao nascer (COELLI, 2011).

Prematuros moderados e tardios além de apresentarem a maior parte dos nascimentos prematuros, possuem uma maior probabilidade de desenvolverem distúrbios psiquiátricos, crescimento fetal deficiente e de possuírem atraso mental e físico no desenvolvimento quando comparados aos RNTs. Os RN moderados são caracterizados por apresentarem maior risco de readmissão hospitalar, bem como, por possuírem taxas semelhantes de internação por infecção viral grave em relação aos prematuros extremos. O risco neonatal apresentado pelos RN prematuros moderados pode ser resultado da IG e da condição obstétrica do parto. Dessa maneira, RN prematuros moderados nascidos no contexto de ruptura prematura de membrana apresentam taxas mais altas de mortalidade neonatal quando comparados aos nascidos após parto pré-termo com membranas intactas (ANANTH; FRIEDMAN; GYAMFI-BANNERMAN, 2013). Ainda, prematuros moderados são também caracterizados por se apresentarem altamente suscetíveis as morbidades neonatais. Enquanto nascidos com IG de 37 semanas podem apresentar uma suscetibilidade de 5,9% para morbidades, os RN prematuros moderados possuem uma porcentagem de 51,7% com 34 semanas de gestação. (SHAPIRO-MENDOZA; LACKRITZ, 2012).

Para Maldonado, Muños e López (2013) e Stecher et al. (2015), os RN tardios são considerados “quase a termo”, mas embora estejam próximos das 37 semanas de IG, são imaturos em diferentes aspectos, apresentando maior necessidade de hospitalização associada à imaturidade respiratória e consequentes dificuldades, enfrentando ainda diversos problemas metabólicos. Alguns estudos demonstram um aumento considerável no número de nascimentos prematuros tardios, podendo estes representarem a maior parte das prematuridades. Observa-se neste período de IG uma forte associação com os maiores índices de mortalidade e morbidade neonatal. Além disso, crianças prematuras tardias podem apresentar desordens em longo prazo, com maiores riscos de mortalidade na infância e na juventude. Destaca-se nesta IG as associações de tais distúrbios e sequelas com problemas de amamentação, paralisia cerebral, asma na infância, baixo desempenho escolar, esquizofrenia e diabetes (MACHADO JÚNIOR; PASSINI JÚNIOR; RODRIGUES, 2014).

De maneira geral, a prematuridade de RN torna-se altamente associada à alguns agravos de saúde (INSTITUTE OF MEDICINE US, 2007). Uma condição aguda de saúde caracteriza-se por possuir uma curta duração, e, tendem a se autolimitar (VON KORFF et al., 1997), são condições que iniciam-se repentinamente, apresentam uma causa simples e

facilmente diagnosticada e respondem bem a tratamentos específicos. Com tratamentos medicamentosos ou cirurgias espera-se uma recuperação adequada (MENDES, 2011). Segundo Mendes (2011), quando ocorre alguma alteração nas circunstâncias de saúde das pessoas, e essa se apresenta de forma curta, inferior a três meses, ocorre então uma condição aguda de saúde. As condições de saúde são geralmente manifestações de doenças transmissíveis de curto prazo, como a gripe ou doenças infecciosas/inflamatórias, como apendicectomias e amigdalites, por exemplo, ou mesmo por causas externas e não transmissíveis, como os traumas. Devido à alta vulnerabilidade de saúde, crianças prematuras tornam-se suscetíveis a diversos agravos de saúde, podendo-se incluir a síndrome do desconforto respiratório, doença pulmonar crônica, lesão dos intestinos, comprometimento do sistema imunológico, distúrbios cardiovasculares, problemas de audição e visão e insulto neurológico (INSTITUTE OF MEDICINE US, 2007).

A busca pelo conhecimento na assistência de enfermagem, aliado às tecnologias e às políticas governamentais, requer a atualização constante dos profissionais para atender as necessidades que surgem na assistência aos recém-nascidos prematuros. O crescimento e desenvolvimento dessa população demanda acompanhamento assistencial da equipe de enfermagem para demonstrar e orientar o cuidado, de maneira contínua, planejada e gradativa para que assegure aos pais e familiares na adaptação da condição de saúde do RN prematuro no decorrer de seu período de internação e após a alta hospitalar (COUTO; PRAÇA, 2012).

Diante do exposto torna-se relevante elucidar quais os principais agravos após o nascimento de RN prematuros, visto que tais pacientes podem possuir maiores suscetibilidades a algumas condições e morbidades. Além disso, a prematuridade tem sido considerada um problema global. Apenas em 2012 demonstrou-se haver em torno de 15 milhões de bebês nascidos prematuros (RYAN; DOGBEY, 2015). Sendo que, as mortes de bebês em seus primeiros 28 dias de vida podem representar mais de 40% da mortalidade infantil com menos de 5 anos (SMITH; SHIFFMAN; KAZEMBE, 2014). A triagem de fatores de risco, assim como o compartilhamento das informações e habilidades na área da enfermagem podem contribuir para ações globais em andamento com o intuito de melhorar as condições de saúde dos RN prematuros e, conseqüentemente, diminuir o número de óbitos destes pacientes (RYAN; DOGBEY, 2015). Neste contexto, tendo como objeto de estudo os agravos agudos de saúde em prematuros moderados e tardios no primeiro mês de vida, tem-se como questão de pesquisa: Como se caracterizam os agravos agudos de saúde de recém-nascidos moderados e tardios no primeiro mês de vida?

## **2 OBJETIVOS**

### **2.1 Objetivo geral**

Analisar o desenvolvimento de agravos agudos de saúde em prematuros moderados e tardios no primeiro mês de vida.

### **2.2 Objetivos específicos**

Caracterizar os agravos agudos de saúde de recém-nascidos prematuros moderados e tardios no primeiro mês de vida.

Estimar a prevalência de agravos agudos de saúde de recém-nascidos prematuros moderados e tardios no primeiro mês de vida.

Relacionar fatores obstétricos, neonatais e socioeconômicos com o desenvolvimento de agravos agudos de saúde de recém-nascidos prematuros moderados e tardios no primeiro mês de vida.

## 2 REVISÃO DE LITERATURA

### 2.1 ASPECTOS HISTÓRICOS E POLÍTICOS DA SAÚDE DO NEONATO

Ainda com o avanço na atenção à saúde da criança, o índice de nascimento de bebês prematuros no Brasil vem aumentando a cada ano. Tal fato faz com que a prematuridade seja o maior determinante da morbidade e da mortalidade do recém-nascido, resultando na elaboração de políticas públicas que culminaram na consolidação de diversas leis e programas de saúde voltados à atenção materno-infantil. Dessa maneira, essa medida demonstrou-se de fundamental papel na organização dos sistemas e serviços de saúde (COSTA et al., 2010; VICTORIA et al., 2011).

Em 1984, o Ministério da Saúde (MS) teve como iniciativa a de melhorar as condições de saúde da população infantil brasileira, e criou o PAISC – Programa de Atenção Integral à Saúde da Criança, o qual possuía como eixos o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento, o incentivo ao aleitamento materno, a prevenção e o tratamento das doenças diarreicas e respiratórias agudas e a imunização (MACÊDO, 2016).

Após a criação do PAISC e o significativo avanço na atenção infantil, foi em 1990, com a aprovação do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), que o recém-nascido passou a integrar as preocupações no âmbito das políticas, especialmente por se beneficiar da atenção em saúde voltada à sua genitora, assegurando atendimento antes e após o parto. Além de, proporcionar condições adequadas ao aleitamento materno, e, também, a implantação de alojamentos conjuntos durante o período de internação da gestante e do recém-nascido nas instituições de saúde (BRASIL, 2014).

Em 1996, surgiu a Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância (AIDPI), como estratégia para o seguimento da atenção à saúde da criança na perspectiva de uma avaliação dos desencadeantes que afetam a saúde infantil, almejando a qualidade da assistência (BRASIL, 2014; PINA et al., 2009).

No ano de 2000, o MS lançou, pela Portaria Ministerial nº 693/2000, a Norma de Atenção Humanizada do Recém-Nascido de Baixo Peso – o Método Canguru, em virtude do grande número de nascimentos prematuros e nascimentos com baixo peso anualmente em todo mundo. Tal fato se deu ainda pela soma aos fatos de que as principais causas de mortes infantis sejam originárias do período perinatal e prematuridade (BRASIL, 2011a). Ainda no início dos anos 2000, foi criado e implantado o Programa Nacional de Humanização do Pré-Natal e Nascimento, por meio da Portaria nº 569/2000, com o objetivo de reduzir as altas taxas de morbimortalidade materna, perinatal e neonatal no país, tendo como base ao acesso,



por parte das gestantes e dos recém-nascidos, à assistência à saúde nos períodos pré-natal, parto, puerpério e neonatal, tanto na gestação de baixo como de alto risco, assegurando a integralidade da assistência (COSTA et al., 2010).

Em 2004, o MS lançou a Agenda de Compromissos para a Saúde Integral da Criança e Redução da Mortalidade Infantil, com o intuito de fortalecer a promoção da saúde materna, e infantil. Foi dividido em 24 subagendas, destas, existe uma linha de cuidado que compõem, reafirmam e integram as questões da atenção integral da saúde da criança, a redução da mortalidade infantil, ações de saúde da mulher com atenção humanizada e qualificada à gestante e ao recém-nascido e o incentivo ao aleitamento materno desde a gestação até o puerpério. Nesta mesma perspectiva, através da Portaria 399/2006 o MS divulga e aprova o Pacto pela Saúde que estabelece como prioridades o Pacto de pela vida e a redução da mortalidade materna, neonatal e infantil (BRASIL, 2004).

Em 2011 foi implantada, pelo MS, a Rede Cegonha, a qual envolve uma rede de cuidados com vistas a garantir segurança e qualidade assistencial à mulher em todo seu ciclo reprodutivo. Além disso, este projeto tem por objetivo garantir à criança a segurança e o cuidado integral ao nascimento, crescimento e desenvolvimento (BRASIL, 2011b).

Além disso, levando em consideração a necessidade de políticas voltadas para a saúde o recém-nascido prematuro, em 2012 foi aprovado a Portaria Nº 930, de 10 de maio de 2012, a qual define as diretrizes e objetivos para a organização da atenção integral e humanizada ao recém-nascido grave ou potencialmente grave, assim como, os critérios de classificação e habilitação de leitos de Unidade Neonatal (BRASIL, 2012). Finalmente, no ano de 2015, foi instituída a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC). A política considera aspectos relacionados à atenção à saúde da criança e do recém-nascido, desde o pré-natal a assistência na puericultura (BRASIL, 2015).

## **2.2 Período neonatal**

O período neonatal compreende os primeiros 28 dias após o nascimento da criança e é considerado como período criterioso na neonatologia. Pois, neste período pode-se observar grande vulnerabilidade à saúde infantil por riscos biológicos, ambientais, sociais e culturais (BRASIL, 2014). Desta maneira, esse período requer uma maior vigilância e acompanhamento por parte dos profissionais da saúde, pois, o período neonatal tem seu significado no diagnóstico dos sinais, sintomas e riscos de várias doenças no RN. Além do mais, neste período deve-se também ser realizada a análise das condições de nascimento a fim de garantir um melhor crescimento e desenvolvimento da criança (BRASIL, 2015).

Da mesma forma, a boa qualidade da atenção nos serviços de saúde é fundamental para o planejamento e a adequação da assistência. São essenciais o conhecimento e a análise, entre outros, do perfil dos nascimentos e das mortes, assim como de indicadores assistenciais como as frequências de: cesarianas, prematuridade, baixo peso ao nascer, asfixia ao nascer, mortalidade entre outros (DA FONSECA et al., 2012).

Dentre estes fatores mencionados, a prematuridade é um das condições categóricas mais importantes da mortalidade infantil (LANSKY et al., 2014). Segundo o estudo de França et al. (2017), no Brasil, a prematuridade enquadrrou-se como a principal causa de óbito pela ordenação segundo as taxas das principais razões de mortalidade em menores de 5 anos por 1.000 nascidos vivos, nos anos de 1990 e 2015. Essa evidência demonstra, portanto, que com o passar do tempo a prematuridade ainda lidera o ranking da principal causa de óbito em RN no Brasil, e permanece sendo fonte de grande preocupação na saúde pública.

Assim, é demonstrado que as ações de promoção, prevenção e assistência à saúde direcionadas à gestante e ao RN têm grande dimensão pois são capazes de influenciar a condição de saúde dos indivíduos, desde o nascimento até a vida adulta. Portanto, nota-se que cada vez mais vem sendo salientada a relação determinante entre a vida intrauterina e as condições de saúde no nascimento e no período neonatal, assim como, com os problemas de saúde na vida adulta no indivíduo (BRASIL, 2014).

### **2.2.1 Prematuridade moderada e tardia no período neonatal**

O termo neonatologia foi definido por Alexandre Schaffer (1960), como a arte e a ciência do diagnóstico dos distúrbios do recém-nascido (SCHAFFER, 1977). A implementação da assistência aos RN ocorreu muito lentamente dentro da assistência médica. No final do século XIX, em decorrência da diminuição da taxa de natalidade na Europa, ocorreu o surgimento do movimento chamado “Movimento para Saúde da Criança” entre 1870 a 1920, cujo objetivo era preservar à saúde da criança. O cuidado com a sobrevivência dos RN também surge nesse contexto, e no início do século XX, na França, passam a existir as primeiras especialidades médicas pediátricas, a criação de um equipamento para a assistência ao RN, como incubadoras (LUSSKY, 1999).

Assim, com o surgimento das tecnologias de suporte de vida aos RN prematuros, reconhece-se que estes, considerados até então, seres menos “adaptados” à sobrevivência, se tornaram uma nova gama de clientes nos serviços de saúde, tendo em vista uma maior perspectiva de sobrevivência (AVERY, 1999). Primeiramente, se adequaram nessa clientela, os prematuros tardios, ou seja, os que necessitavam de um menor aporte tecnológico, sendo estes

considerados prematuros com chance de sobrevivência. Adiante, com o domínio da sobrevivência desses prematuros, surge o grupo de prematuros moderados e suas exigências clínicas dentro da assistência ao RN, estes, por sua vez, com uma maior necessidade de subsídio tecnológico e conhecimento teórico/prático para serem assistidos. Em adição, o grupo dos prematuros extremos surgem como um desafio para a assistência, devido a sua fragilidade e complexidade. Contudo, com o avanços atuais, a sobrevivência destes RN pode ser considerada significativa (LUSSKY, 1999).

Desta maneira, o RN é classificado pela maturidade, ou seja, IG e pelo peso ao nascer. No que se refere à IG, os RN são classificados como: a termo, pré-termo e pós-termo. O RN a termo compreende a idade gestacional entre 37 semanas a 41 semanas e 6 dias. O RN pré-termo é aquele com idade gestacional menor que 37 semanas (36 semanas a 6 dias) e o RN pós-termo é igual ou maior que 42 semanas (WONG, 2014).

De acordo com a organização Mundial da Saúde (OMS, 2015), os RN nascidos com menos de 37 semanas de IG são classificados em subcategorias: Extremamente prematuro (<28 semanas); Muito prematuros (28 a <32 semanas) e Moderados a Tardios prematuros (32 a <37 semanas). Ainda, a classificação descrita por Engle (2006) é considerada prematuro moderado aquele com IG no intervalo de 32 semanas completas até 33 semanas e 6 dias e prematuro tardio aquele com IG no intervalo de 34 semanas até 36 semanas e 6 dias completos.

Todavia, para aqueles RN “próximos ao termo”, é relevante que haja uma clara percepção, em razão do ligeiro aumento de nascimentos neste dado grupo e da necessidade de enfatizar sua imaturidade, não requerendo, desta forma, receber um igualitário nível de cuidados dos RN de termo. Por esta razão, origina-se assim, um grupo com riscos intermediários de morbidade e mortalidade, com diferentes características e necessidades específicas quando comparados aos outros RN (ENGLE; KOMINIAREK, 2008).

Desta maneira, os prematuros tardios passaram a ser foco de atenção, pois tem ocorrido diminuição dos nascimentos após 40 semanas de gestação e significativo aumento nas taxas de prematuridade, sendo os prematuros tardios responsáveis por mais que 70% dos nascimentos prematuros (ENGLE; KOMINIAREK, 2008; KOMINIAREK, 2009). Os RN pré-termo tardios geralmente pesam mais que 2500g e se assemelham aos RN de termo. Porém, como mencionado anteriormente, estes RN possuem suas particularidades específicas, sendo imaturos em vários aspectos fisiológicos e metabólicos, possuindo assim, riscos de morbidade e mortalidade. Portanto, torna-se evidente que estes pacientes não devam obter os mesmos cuidados oferecidos ao RN de termo (ENGLE, 2006).

Portanto, se reafirma que o conhecimento teórico/científico e a habilidade técnica são essenciais para o cuidado minucioso dos RN de risco. Além disso, vale ressaltar que os cuidados da prática cotidiana por parte dos profissionais devem proporcionar uma atenção individualizada para com o RN prematuro e sua família.

### **2.2.2 Agravos agudos de saúde dos prematuros moderados e tardios no período neonatal**

A incidência de Recém-Nascido Pré-termo tardio (RNPT-T) tem aumentado consideravelmente na última década, associada com aumento da morbidade e mortalidade neonatal. Nesse sentido, é necessário reconhecer os agravos que envolvem esse grupo de prematuros. Além do mais, indica-se que os serviços de assistência neonatal discutam e elaborem protocolos específicos para seu atendimento visando minimizar os efeitos da imaturidade de seus sistemas (CARVALHO, 2011).

A morbidade neonatal é 4-7 vezes mais frequente nos RNPT-T do que nos RN de termo (RNT). Na faixa de 34-38 semanas de gestação, cada semana a menos na idade gestacional ao nascer aumenta em torno de 2-3 vezes o risco de morbidade (DIMITRIOU et al., 2010; ENGLE; KOMINIAREK, 2008). É também demonstrado que nas primeiras semanas de vida os RNPT-T estão mais susceptíveis a rehospitalização, apresentando maior risco de problemas alimentares, desidratação, instabilidade térmica/hipotermia, icterícia e hipoglicemia (CARVALHO, 2011).

Dentre os vários problemas do RNPT-T destaca-se os agravos respiratórios, que além de frequentes podem ser considerados graves (ESCOBAR; CLARK; GREENE, 2006). Segundo Mally, Bailey e Hendricks (2010) a necessidade de internação em uma Unidade de Tratamento Intensivo (UTI) neonatal ocorre em mais de 1/3 dos RNPT-T (<10% nos RNT), e os distúrbios respiratórios constituem a principal indicação. Dentre os RN internados em UTI neonatal, nos RNPT-T o risco de síndrome do desconforto respiratório é 8 vezes maior, há maior necessidade de CPAP (*Continuous Positive Airway Pressure*) nasal (9 vezes), de ventilação mecânica (5 vezes) e de surfactante (42 vezes), em comparação aos RNT.

Os RNPT-T apresentam risco aumentado de morbidade nos primeiros anos de vida. Cerca de 5% dos RNPT-T “saudáveis” são re-internados e 1,3% permanecem algum período em observação no serviço de saúde. Os RNPT-T que recebem alta em 48 horas, bem como, aqueles que têm alta em aleitamento materno exclusivo apresentam risco 2 vezes maior de re-internação no período neonatal em comparação com os RNT (TOMASHEK et al., 2006). As principais causas de re-internação no primeiro mês de vida são: icterícia (em cerca de 1/3 dos casos) e problemas alimentares (26%). Outras causas incluem: infecção, apneia, problemas

respiratórios e hipotermia (ENGLE; KOMINIAREK, 2008; MALLY; BAILEY; HENDRICKS, 2010; SHAPIRO-MENDOZA et al., 2006).

Um estudo de Krey et al. (2016) destaca que as alterações respiratórias que prevalecem nos bebês classificados como prematuros moderados são a disfunção respiratória precoce (96,8%), membrana hialina (46,8 %) e apneia (30,8 %). Além disso, no presente estudo demonstrou-se que a pneumonia foi menos frequente (12,8%) na prematuridade moderada. Na prematuridade moderada e extrema, a disfunção respiratória precoce tem início súbito, geralmente são RN que necessitam de oxigênio inalatório em sala de parto, evoluem para insuficiência respiratória levando à Doença de Membrana Hialina (RUSCHEL; NADER, 2014).

Em comparação, o pré-termo extremo é exposto a experiências estressantes mais elevadas do que os prematuros moderados e tardios. Para tanto, os RN prematuros moderados apresentaram maior vulnerabilidade a nível motor e vigor, evidenciando a necessidade de maior atenção e acompanhamento no desenvolvimento em relação ao prematuros tardios (GORZILIO et al., 2015).

### **3 MANUSCRITO CIENTÍFICO**

A metodologia, os resultados, a discussão e referências desta dissertação apresentam-se sob a forma de um manuscrito científico. O manuscrito encontra-se nas normas da revista Acta Paulista de Enfermagem.

As referências citadas ao final da dissertação referem-se somente às citações que aparecem nos itens INTRODUÇÃO e REVISÃO DE LITERATURA desta dissertação.

## AGRAVOS AGUDOS DE SAÚDE DE PREMATUROS MODERADOS E TARDIOS NO PERÍODO NEONATAL

### ACUTE EVENTS OF HEALTH OF MODERATE AND LATE PREMATURES IN THE NEONATAL PERIOD

Natana Pereira da Rosa<sup>a</sup>; Leonardo Bigolin Jantsch<sup>a</sup>; Eliane Tatsch Neves<sup>a</sup>;

<sup>a</sup>Programa de Pós Graduação em Enfermagem, Área de Concentração: Cuidado e Educação em Enfermagem e Saúde, Universidade Federal de Santa Maria, Santa Maria, RS.

#### **Resumo**

**Objetivo:** Analisar o desenvolvimento de agravos agudos de saúde em prematuros moderados e tardios no primeiro mês de vida.

**Métodos:** Estudo transversal/epidemiológico com abordagem quantitativa, que selecionou 151 prematuros moderados e tardios em um hospital na região sul do Brasil. As variáveis obstétricas, neonatais e socioeconômicas foram coletadas no momentos da internação hospitalar, já o instrumento sobre os agravos agudos de saúde foi aplicado ao final do primeiro mês de vida, por contato telefônico. Para a análise foram utilizados testes de comparação de frequência entre as variáveis dependentes e o desfecho (Qui-Quadrado e Fisher). Considerou-se associação estatística significativa valor  $p$  menor ou igual a 5% ( $p \leq 0,05$ ).

**Resultados:** A partir das análises dos dados de 151 RN foi possível observar a prevalência de no mínimo um agravo de saúde em 96,7% dos prematuros. O vômito se apresentou com o agravo de saúde mais frequente. O desenvolvimento de agravos agudos a saúde, principalmente respiratórios, ao final do período neonatal apresentou associação com: peso ao nascer, Apgar 1º min <7 e Apgar 5º min <7, necessidade de reanimação neonatal, local de internação, tipo de dieta, além de associações com as características socioeconômicas dos pacientes.

**Conclusão:** A presente pesquisa mostrou que os prematuros moderados e tardios estão associados a maiores riscos de agravos agudos respiratórios, o que deve suscitar uma maior atenção ao acompanhamento do grupo estudado.

**Descritores:** Neonato Pré-Termo. Prematuridade. Recém-Nascidos Prematuros. Enfermagem.

**Abstract**

**Objective:** To analyze the development of acute health problems in preterm infants (NB), moderate and late (gestational age (GI) from 32 to 36 weeks and 6 days) in the neonatal period.

**Methods:** A cross-sectional / epidemiological study with a quantitative approach, which selected 151 moderate and late preterm infants in a hospital in southern Brazil. The obstetric, neonatal and socioeconomic variables were collected at hospital admission, and the instrument on acute health problems was applied at the end of the first month of life, by telephone contact. For the analysis we used frequency comparison tests between the dependent variables and the outcome (Chi-Square and Fisher). Significant statistical association was considered as p value less than or equal to 5% ( $p \leq 0.05$ ).

**Results:** Data analysis of 151 newborns showed the prevalence of at least one health condition in 96.7% of the patients. Vomiting occurred with the most frequent health problem. The development of acute health problems, mainly respiratory, at the end of the neonatal period, was associated with: birth weight, Apgar 1 min  $<7$  and Apgar 5 min  $<7$ , neonatal resuscitation, place of hospitalization, type of diet, association with the socioeconomic characteristics of the patients.

**Conclusion:** The present study showed that moderate and late preterm infants are associated with greater risks of acute respiratory distress, which should lead to greater attention during the follow - up of the group studied.

**Keywords:** Neonatal Preterm. Prematurity. Premature Newborns. Nursing.



## Introdução

O avanço científico e tecnológico na área dos cuidados médicos obstétricos, perinatais e neonatais, proporcionou um aumento da taxa de sobrevivência de bebês de risco, entre eles, os recém-nascidos (RN) prematuros – abaixo de 37 semanas de idade gestacional (IG)<sup>(1)</sup>. Estes podem ser subclassificados em prematuros extremos (até 28 semanas), muito prematuros (de 28 a menos de 33 semanas) e prematuros moderados a tardios (de 34 a 37 semanas)<sup>(2)</sup>. Ainda, segundo a classificação descrita por Engle<sup>(3)</sup>, considera-se prematuro moderado os RN com IG no intervalo de 32 semanas completas até 33 semanas e 6 dias e prematuro tardio, aquele com IG no intervalo de 34 semanas até 36 semanas e 6 dias completos.

A prematuridade tem sido considerada o maior determinante da morbidade e mortalidade do RN. No mundo atual, observa-se um aumento percentual importante de nascimentos prematuros, sobretudo moderados e tardios<sup>(4)</sup>. Em 2012 o número de nascimentos prematuros foi estimado em 15 milhões de crianças nascidas pré-termo, sendo assim considerado como um problema de saúde global<sup>(4)</sup>. Além disso, as mortes neonatais nos primeiros 28 dias de vida podem representar mais de 40% da mortalidade infantil em menores de 5 anos<sup>(5)</sup>. Preocupantemente, o Brasil tem sido listado entre os 10 países com maiores índices de nascimentos prematuros<sup>(6)</sup>.

As intervenções obstétricas são consideradas responsáveis por grande parte dos nascimentos prematuros<sup>(7)</sup>. Alguns estudos estimam que mais da metade de todos os recém-nascidos realizados por intervenção obstétrica são considerados prematuros iatrogênicos não baseados em evidências. Ainda, em comparação com partos prematuros espontâneos, os prematuros tardios e moderados iatrogênicos podem apresentar o dobro do risco de morte neonatal<sup>(8)</sup>.

Na última década, os prematuros moderados e tardios se tornaram o subgrupo de recém-nascidos prematuros com crescimento acentuado e, atualmente, representam 84% de todos os nascimentos prematuros. Apesar disso, a orientação para os cuidados com essa população ainda é incipiente e há poucas informações disponíveis para orientar os cuidados desses bebês especificamente, diante disso, tem-se voltado a atenção ao melhor entendimento das razões da alta taxa de prematuridade tardia e moderada, suas causas, sequelas que podem ocorrer a curto e longo prazo, bem como, a prevenção<sup>(8)</sup>.

Os RN Pré-termo Tardio (RNPT-T) muitas vezes são vistos como RN de termo (RNT), por terem peso de nascimento semelhante, porém a imaturidade fisiológica e metabólica dos RNPT-T leva a riscos maiores de morbidades no período neonatal, comparado

aos RNT, que mesmo com a pequena diferença de idade gestacional, é significativa em termos de maiores números de complicações<sup>(9, 10)</sup>.

Devido à alta vulnerabilidade de saúde, e a imaturidade dos órgãos, os RN prematuros se caracterizam por possuir uma alta suscetibilidade a diversos agravos de saúde. Dentre as condições agudas de saúde que mais acometem os RN pode-se citar os problemas respiratórios, agravos intestinais, distúrbios cardiovasculares e comprometimento do sistema imunológico<sup>(11-13)</sup>. Consequentemente, os distúrbios que ocorrem no período neonatal de RN prematuros podem estar diretamente relacionados a outras condições a longo prazo, podendo apresentar sequelas visuais<sup>(14)</sup> morbidades respiratórias crônicas<sup>(15)</sup>, além de sequelas neurológicas<sup>(16)</sup>.

Dado o fato dos nascimentos prematuros representarem a maior causa de mortalidade infantil, e, ainda, levando em consideração o aumento expressivo de crianças nascidas antes do período de 37 semanas (cerca de 33% nos últimos 25 anos)<sup>(8)</sup>, torna-se indispensável ao profissional da enfermagem dispor de conhecimentos e técnicas capazes de assegurar a estes pacientes uma melhor qualidade de vida. Para tanto, o reconhecimento dos agravos agudos de saúde apresentados durante esse período é de grande importância para este profissional. Além disso, tal investigação e apuração pode também auxiliar a equipe de enfermagem a prevenirem que os agravos agudos apresentados durante esse período de vida se tornem mais severos nestes pacientes com a posterior idade, visto que, muitas das vezes os agravos agudos apresentados no nascimento prematuro podem diretamente influenciar na vida adulta<sup>(14-16)</sup>.

Esse estudo objetivou analisar o desenvolvimento de agravos agudos de saúde em prematuros moderados e tardios no período neonatal.

## **Métodos**

Trata-se de um estudo transversal/epidemiológico com abordagem quantitativa, oriundo do banco de dados do projeto intitulado: “Condições de saúde de prematuros moderados e tardios no primeiro ano de vida”, o qual foi desenvolvido no município de Santa Maria-RS, aprovado pelo Parecer Consubstanciado do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Santa Maria, nº1.511.201, CAAE: 53898916.9.0000.5346.

A seleção dos participantes foi realizada durante um ano de coleta de dados (maio/2017 a maio/2018), com objetivo de reduzir viés de sazonalidade, no Centro Obstétrico de um hospital de referência para gestação de alto risco para a região central do Rio Grande do Sul.

Após a seleção dos participantes, ocorreu a busca ativa destes nos serviços de

Alojamento Conjunto (Unidade Toco-ginecológica) e Unidade de Terapia Intensiva Neonatal. O acompanhamento e coleta dos dados se deram por meio de contato telefônico dos pesquisadores, no primeiro mês de vida.

Os participantes do estudo foram 151 RN prematuros, que nasceram com IG no período de 32 a 36 semanas e 6 dias. O grupo foi classificado em prematuro Tardio, aqueles que nascerem com 34 a 36 semanas e 6 dias de IG, e prematuro Moderado aquele que tiver de 32 a 33 e 6 dias<sup>(3)</sup>. Para seleção inicial dos participantes, a idade gestacional foi considerada aquela apresentada no livro de registro de nascimentos do hospital e no prontuário do paciente, determinada pelo método de Capurro.

Como critérios de seleção, foram incluídos no estudo todos os RN considerados prematuros Moderados ou Tardios nascidos na instituição que foi realizado o estudo e residentes em Santa Maria no momento da alta hospitalar.

Foi utilizado um formulário próprio, devidamente testado, contemplando variáveis obstétricas, neonatais e características socioeconômicas. As variáveis obstétricas foram gestação de risco e tipo de parto (vaginal ou cesárea). Enquanto as variáveis neonatais consistiram em idade gestacional, peso ao nascer (PIG= Pequeno para Idade Gestacional, AIG= Adequado para Idade Gestacional, GIG= Grande para Idade Gestacional), sexo, Apgar 1º e 5º minuto (<7 e >7), necessidade de reanimação neonatal (RNN), necessidade de internação em Unidade Terapia Intensiva Neonatal (UTIN) ou alojamento conjunto e tipo de alimentação. Quanto a classe socioeconômica, se agrupou em classes do tipo A-B, C e D-E.

O contato referente ao primeiro mês de vida, para viabilidade do estudo, e diminuição dos gastos com transporte, foi realizado pelo telefone. As condições de saúde, avaliadas no primeiro mês de vida, foram balizadas pelo instrumento de condição Aguda como recorte do instrumento: “Avaliação da Qualidade de Vida em Crianças de 8 meses a 5 anos de idade”<sup>(17)</sup>. O instrumento recortado da escala supracitada caracteriza-se como instrumento do tipo Likert, em que as condições de saúde, são avaliadas e classificadas conforme os escores. As respostas variavam de nunca=0, quase nunca=1, quase sempre=2 e sempre=3. Foi utilizado o escore 0 para nunca e o não desenvolvimento desse agravo no primeiro mês, para os demais escores, foi considerado agravo presente no primeiro mês.

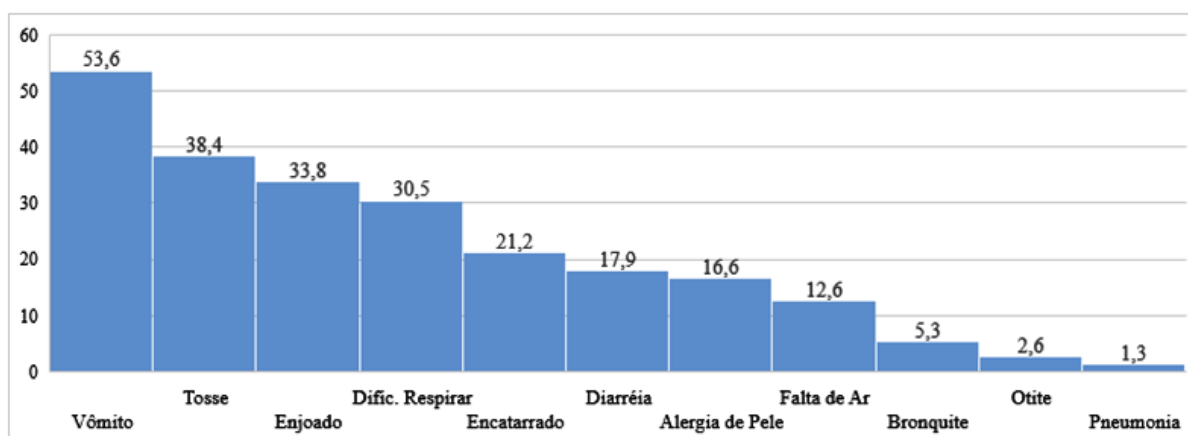
No que se refere à análise das variáveis associadas a frequência dos agravos agudos, foram utilizados testes de comparação de frequência (Qui-Quadrado e Fisher) Para esse tipo de análise foi utilizado o programa estatístico *software SPSS for Windows*, versão 20.0, com os testes estatísticos *a priori* citados. Concedeu-se, com associação estatística significativa ao desfecho, as variáveis cujo valor p foi menor ou igual a 5% ( $p \leq 0,05$ ).

## Resultados

Durante o período estudado ocorreram 151 nascimentos de RN prematuros moderados e tardios, dos quais 28 (18,3%) eram moderados e 123 (81,7%) tardios. Dos 151 participantes iniciais, dois foram a óbito antes de completar o primeiro mês de vida, e assim não participaram da avaliação do primeiro mês. Também para avaliação inicial, foi realizado o contato com 123 participantes no primeiro mês, visto que 26 (17,4%) foram considerados perdas de acompanhamento. Dos 123 prematuros avaliados ao final do primeiro mês de vida, 119 (96,7%) desenvolveram no mínimo um agravo agudo de saúde.

A prevalência, de no mínimo um episódio do agravo agudo a saúde no primeiro mês de avaliação é apresentada no gráfico 1.

**Gráfico 1.** Prevalência dos agravos agudos de saúde em Prematuros Moderados e Tardios no primeiro mês de vida. Brasil, 2018.



A partir do Gráfico 1, é possível destacar que o evento agudo mais frequente foi o Vômito, que acometeu quase 54% dos prematuros no primeiro mês de vida, seguida da Tosse com 38,4% e da condição Enjoado, com 33,8%. Vale destacar que agravos mais graves, como a pneumonia, foi o evento menos frequente no primeiro mês de vida. Os fatores associados para o desenvolvimento dos agravos agudos no primeiro mês estão apresentados na Tabela 1 (Agravos Gastrointestinais e Alergia de Pele) e Tabela 2 (Agravos Respiratórios).

**Tabela 1.** Fatores Obstétricos, neonatais e socioeconômicos associados ao desenvolvimento de agravos Gastrointestinais e Alergia de Pele em Prematuros Moderados e Tardios no primeiro mês de vida. Brasil, 2018.

	Apresentou Condição Aguda	p	Diarreia	p	Cólica	p	Enjoado	P	Vômito	p	Alergia de Pele	p
Moderado n(%)	23(95,8)		4(16,7)		15(62,5)		10(41,7)		16(66,7)		5(20,8)	
Tardio n(%)	96(97,0)	0,585**	23(23,2)	0,591**	61(61,6)	0,936*	41(41,4)	0,982*	65(65,7)	0,925*	20(20,2)	0,945*
PIG	24(92,3)	0,196**	5(19,2)		15(57,7)	0,628*	10(38,5)	0,726*	15(57,7)		4(15,4)	
AIG/GIG	95(97,9)		22(22,7)	0,706*	61(62,9)		41(42,3)		66(68,0)	0,323*	21(21,6)	0,344**
Masculino	57(100,0)	0,079**	11(19,3)		35(61,4)		22(38,6)	0,549*	41(71,9)		13(22,8)	
Feminino	62(93,9)		16(24,2)	0,509	41(62,1)	0,935*	29(43,9)		40(60,6)	0,187*	12(18,2)	0,525*
Vaginal	35(94,6)	0,349**	8(21,6)		22(59,5)		13(35,1)	0,350*	22(59,5)		7(18,9)	
Cesárea	84(97,7)		19(22,1)	0,954	54(62,8)	0,727*	38(44,2)		59(68,6)	0,327*	18(20,9)	0,799*
Apgar 1° min > 7	95(96,5)	0,602**	20(20,4)		63(64,3)	0,259*	40(40,8)	0,773*	63(64,3)		21(21,4)	
Apgar 1° min < 7	24(96,0)		7(28,0)	0,413*	13(52,0)		11(44,0)		18(72,0)	0,468*	4(16,0)	0,385**
Apgar 5° min > 7	114(96,6)		26(22,0)		72(61,0)		48(40,7)	0,340**	77(65,3)		25(21,2)	
Apgar 5° min < 7	5(100,0)	0,845**	1(20,0)	0,698**	4(80,0)	0,365**	3(60,0)		4(80,0)	0,442**	0	0,314**
Necessitou RNN	31(96,9)		7(21,9%)		16(50,0)	0,111*	15(46,9)		22(68,8)		8(25,0)	
Não necessitou RNN	88(96,7)	0,723**	20(22,0)	0,990*	60(65,9)		36(39,6)	0,470*	59(64,8)	0,688*	17(18,7)	0,445*
Gestação de Risco	72(97,3)	0,526**	19(25,7%)		46(62,2)		33(44,6)		49(66,2)		19(25,7)	
Gestação não de Risco	47(95,6)		8(16,3)	0,220*	30(61,2)	0,917*	18(36,7)	0,386*	32(65,3)	0,917*	6(12,2)	0,07*
Internou em UTIN	52(98,1)	0,421**	12(22,6)		34(64,2)		28(52,8)		36(67,9)		11(20,8)	
Alojamento Conjunto	67(95,7)		15(21,4)	0,872*	42(60,0)	0,639*	23(32,9)	0,026*	45(64,3)	0,673*	14(20,0)	0,918*
Aleitamento Materno Exclusivo	104(96,3)	0,590**	25(23,1)		67(62,0)		44(40,7)		70(64,8)		18(16,7)	
Alimentação Complementar	15(100,0)		2(13,3)	0,313**	9(60,0)	0,879*	7(46,7)	0,662*	11(73,3)	0,367**	7(46,7)	0,007*
Classe Socioeconômica												
A-B	23(100,0)		5(21,7)		14(60,9)		7(30,4)		15(65,2)		6(17,6)	
C	63(95,5)		15(22,7)		43(65,2)		29(43,9)		45(68,2)		16(24,2)	
D-E	33(97,1)	0,567*	8(23,5)	0,839*	19(55,9)	0,661	15(44,1)	0,492*	21(61,8)	0,812*	5(21,7)	0,566*

Observa-se através da tabela 1 em relação as variáveis neonatais que 93,9% de pacientes do sexo feminino e 100% do sexo masculino apresentaram ao menos um dos agravos agudos de saúde analisados no estudo.

No primeiro mês de vida, observou-se uma associação estatisticamente significativa entre as variáveis Local de Internação em alojamento conjunto e agravo Enjoadado, ou seja, os pacientes que não foram para UTI apresentaram-se mais enjoados quando comparados aos que internaram em terapia intensiva. Ainda, houve diferença significativa, no que tange a alimentação complementar e o desenvolvimento de Alergias de Pele. Não se observou nenhuma associação significativa entre as demais variáveis ( $p>0,05$ ).

A seguir, na tabela 2 apresentar-se-á os Fatores Obstétricos, neonatais e socioeconômicos associados ao desenvolvimento de agravos Respiratórios conforme segue:

**Tabela 2.** Fatores Obstétricos, neonatais e socioeconômicos associados ao desenvolvimento de agravos Respiratórios em Prematuros Moderados e Tardios no primeiro mês de vida. Brasil, 2018.

	Bronquite	p	Dificuldade Respiratória	P	Encatarrado	p	Falta de Ar	p	Tosse	p	Pneumonia	p	Otite	p
Moderado n(%)	2(8,3)		8(33,3)		5(20,8)		5(20,8)		9(37,5)		0		0	
Tardio n(%)	6(6,1)	0,653**	38(38,4)	0,464*	27(27,3)	0,519*	14(14,1)	0,416*	49(49,5)	0,291*	2 (2,0)	0,647**	4(4,0)	0,415**
PIG	2(7,7)		8(30,8)		7(26,9)		4(15,4)		11(42,3)		2(7,7)		0	
AIG/GIG	6(6,2)	0,535**	38(39,2)	0,291*	25(25,8)	0,906*	15(15,5)	0,630**	47(48,5)	0,577*	0	0,043**	4(4,1)	0,382**
Masculino	4(7,0)		19(33,3)		10(17,5)		8(14,0)		27(47,4)		1(1,8)		1(1,5)	
Feminino	4(6,1)	0,557**	27(40,9)	0,387*	22(33,3)	0,047*	11(16,7)	0,687*	31(47,0)	0,965*	1(1,5)	0,714**	3(5,3)	0,256**
Vaginal	3(8,1)		14(37,8)		7(18,9)		5(13,5)		20(54,1)		0		2(5,4)	
Cesárea	5(5,8)	0,451**	32(37,2)	0,552*	25(29,1)	0,239*	14(16,3)	0,697*	38(44,2)	0,315*	2(2,3)	0,487**	2(2,3)	0,349**
Apgar 1º min > 7	5(5,1)		37(37,8)		23(23,5)		11(11,2)		46(46,9)		0		4(4,1)	
Apgar 1º min < 7	3(12,0)	0,205**	9(36,0)	0,532*	9(36,0)	0,202*	8(32,0)	0,010*	12(48,0)	0,924*	2(8,0)	0,04**	0	0,398**
Apgar 5º min > 7	7(5,9)		43(36,4)		28(23,7)		16(13,6)		55(46,6)		1(0,8)		4(3,4)	
Apgar 5º min < 7	1(20,0)	0,290**	3(60,0)	0,270**	4(80,0)	0,016**	3(60,0)	0,026**	3(60,0)	0,446**	1(20,0)	0,08**	0	0,845**
Necessitou RNN	5(15,6)	0,028**	11(34,4)	0,681*	12(37,5)		9(28,1)		16(50,0)		2(6,3)		0	
Não necessitou RNN	3(3,3)		35(38,5)		20(22,0)	0,085*	10(11,0)	0,021*	42(46,2)	0,708*	0	0,066**	4(4,4)	0,294**
Gestação de Risco	4(5,4)	0,400**	28(37,8)		20(27,0)		14(18,9)		31(41,9)		1(1,4)		1(1,4)	
Gestação não de Risco	4(8,2)		18(36,7)	0,901*	12(24,5)	0,835*	5(10,2)	0,190*	27(55,1)	0,151*	1(2,0)	0,640**	3(6,1)	0,174**
Internou em UTIN	7(13,2)		19(35,8)		14(26,4)		13(24,5)		25(47,2)		2(3,8)		0	
Alojamento Conjunto	1(1,4)	0,011**	27(38,6)	0,757*	18(25,7)	0,930*	6(8,6)	0,015*	33(47,1)	0,998*	0	0,184**	4(5,7)	0,101**
Seio Materno Exclusivo	4(3,7)		42(38,9)		26(24,1)		14(13,0)		51(47,2)		0		4(3,7)	
Alimentação Complementar	4(26,7)	0,008**	4(26,7)	0,286**	6(40,0)	0,188*	5(33,3)	0,041*	7(46,7)	0,968*	2(13,3)	0,014**	0	0,590**
Classe A-B	1(4,3)		6(26,1)		5(17,8)		5(17,8)		14(60,9)		1(4,3)		0	
Classe C	4(6,1)		22(33,3)		18(27,3)		7(10,6)		29(43,9)		1(1,5)		2(3,0)	
Classe D-E	3(8,8)		18(52,9)	0,043*	12(35,3)	0,076*	9(26,5)	0,208*	15(44,1)	0,344*	0		2(5,9)	

Os resultados da tabela 2 apontaram uma associação estatisticamente significativa entre as variáveis Sexo feminino e Encatarrado. O fator neonatal Apgar 1º min <7 com o desenvolvimento de agravo respiratório Falta de ar. Associação também, entre a variável não necessitou de RNN e o agravo Falta de ar. Assim como, entre a variável daqueles que estiveram em alojamento conjunto associado à Falta de ar, Alimentação complementar e Falta de ar, além da associação entre Classe socioeconômica D-E e dificuldade para respirar.

Observou-se uma associação estatisticamente significativa da variável Peso AIG/GIG com Pneumonia e Apgar 1º min < 7 e Pneumonia. Notando-se também a variável Apgar 5º min <7 com as variáveis Encatarrado e Falta de Ar. Observou-se ainda a associação entre Necessitou RNN e o agravo agudo Bronquite, Local de Internação por alojamento conjunto e Bronquite e Tipo de Dieta Alimentação complementar e Bronquite e Pneumonia. Não se observou nenhuma associação significativa entre as demais variáveis ( $p>0,05$ ).

## **Discussão**

A atenção ao aumento das taxas de nascimentos prematuros nas últimas décadas tem sido temas de debates e campanhas realizadas com o objetivo de se reduzir o número de nascimentos prematuros sem devida indicação médica<sup>(8)</sup>. Diante disso, torna-se indispensável os relatos e documentações a respeito de tais nascimentos para que sejam assim estimados os impactos sanitários e econômicos desses nascimentos. Além do mais, tais registros são de importância fundamental no sentido de guiar as iniciativas da equipe de enfermagem nos cuidados aos pacientes nascidos prematuros. Observa-se nesse contexto, o destaque dos estudos prospectivos no sentido de fortalecerem o conhecimento sobre as decisões relativas à intervenção obstétrica.

Neste estudo, dentre os agravos que acometeram a maior parte dos RN prematuros moderados e tardios, o de maior proporção foi o vômito 54%. Têm-se reconhecido que uma das manifestações gastrointestinais mais comuns na infância, independente da idade gestacional, é o Refluxo Gastroesofágico (RGE). Nos primeiros meses de vida são comuns vômitos e regurgitações, que tendem a resolver-se com a idade e com a maturação do mecanismo de funcionamento do esfíncter esofágico inferior<sup>(18)</sup>.

Em um estudo realizado em um hospital infantil do Texas, que teve como objetivo descrever as características clínicas de neonatos internados mais de uma vez em um período de 5 dias para determinar a frequência de doenças graves e admissão na segunda visita, destacou que 55% dos atendimentos iniciais foram por vômitos e/ou RGE, que em algumas



situações tiveram relação com estenoses do trato gastrointestinal<sup>(19)</sup>. A prevalência assemelha-se com os dados deste estudo. A literatura tem demonstrado uma alta prevalência do RGE em RN prematuros, sendo considerada uma das principais complicações da prematuridade nos primeiros meses de vida<sup>(18)</sup>. Além do mais, disfunções do sistema gastrointestinal, estão entre as principais causas de retorno dos RN as emergências pediátricas. Observa-se que a intolerância alimentar é comum entre os prematuros devido a vários aspectos, tais como a incoordenação por sucção e deglutição, motilidade e maturação do esvaziamento gástrico, função peristáltica e esfíncter no esôfago, estômago e intestinos imaturos, dentre outros fatores que podem resultar em um período de tempo significativamente mais longo para atingir os padrões normais de alimentação e uma internação hospitalar prolongada<sup>(16)</sup>.

No que diz respeito aos agravos respiratórios, neste estudo, houve predominância de Tosse (38,4%). As morbidades respiratórias têm sido consideradas significativamente maiores em recém-nascidos pré-termo tardios do que em neonatos a termo<sup>(8,16)</sup>. Acredita-se que o aumento das morbidades respiratórias nos neonatos com IG de 34 a 37 semanas de gestação, estão relacionados com a imaturidade do sistema respiratório, o que predispõem atraso na absorção de líquidos, insuficiência de surfactante e troca de gases ineficientes<sup>(16)</sup>.

A maturação anatômica e funcional dos pulmões requer, pelo menos, 35 semanas de gestação. O desenvolvimento funcional do pulmão fetal e a produção de surfactante são necessários para a função respiratória normal. Tal importância se deve ao fato do complexo surfactante, possuir diversas ações, tais como a diminuição da tensão superficial e atividade antimicrobiana. A síntese do surfactante, que pode ter início a partir da 21ª semana de gestação é considerada por desempenhar um papel fundamental na sobrevivência dos RN e se tornar indispensável para a diminuição do risco de síndrome do desconforto respiratório<sup>(20)</sup>. Além disso, nascimentos prematuros têm sido reconhecidos por representarem uma parte significativa dos motivos pelos quais esses pacientes são admitidos na UTIN, requerendo, muitas das vezes, o uso de ventilação mecânica. Neste sentido, o reconhecimento do risco aumentado de comprometimento respiratório em prematuros torna-se um fator importante no planejamento tanto do local de admissão desses pacientes, bem como, dos recursos adequados de equipamentos e pessoal disponíveis na hospitalização<sup>(21)</sup>.

Embora não tenha sido significativo e tenha ocorrido como o evento menos frequente no período neonatal de prematuros moderados e tardios, a pneumonia corresponde a 1,3% dos agravos agudos. Este fato corrobora com os dados de um estudo que demonstrou a incidência

de pneumonia em crianças nascidas prematuras é maior nos nascimentos tardios em comparação aos bebês nascidos à termo<sup>(21)</sup>.

Em um estudo transversal, envolvendo recém-nascidos pré-termos tardios (casos) e um grupo de recém-nascidos a termo (controles), em relação às doenças neonatais, notou-se, no grupo de casos, uma maior incidência de Taquipneia Transitória do RN (25,9%), Pneumonia (4,2%), apneia da prematuridade (6,3%), Doença da Membrana Hialina (2,9%), e quase 25% dos RN prematuros necessitaram utilizar antibióticos durante a sua permanência na maternidade, em comparação com 3% dos RNT<sup>(21)</sup>.

Neste estudo, quanto as variáveis neonatais, prevaleceram o desenvolvimento de condição aguda em RN que nasceram com peso AIG/GIG (97,9%). Um estudo conduzido por Celik e colaboradores<sup>(22)</sup> demonstrou que RNPT-T que apresentavam peso médio em torno 2.352g também foram suscetíveis a diversos agravos agudos de saúde. Esses dados reafirmam, portanto, que embora mesmo próximos a IG e o peso de RNT, os nascidos prematuros moderados e tardios ainda possuem um organismo fisiologicamente e metabolicamente ainda imaturo e assim, se tornam suscetíveis aos agravos de saúde. Um estudo<sup>(21)</sup> sobre prematuridade demonstrou que um quarto dos RNPT-T da pesquisa foram classificados como FIG. Têm-se demonstrado que o risco de morte no período neonatal é 44 vezes maior em RNPT-T classificados como FIG em relação aos RNPT-T AIG<sup>(23)</sup>.

Dentre as variáveis obstétricas, neste estudo o tipo de parto, a cesárea está associada a um maior desenvolvimento de condição aguda (97,7%) quando comparada ao parto por via vaginal. Uma revisão comparando a cesárea a pedido sem indicação médica e o parto vaginal mostrou que o parto cesárea aumenta o risco de complicações respiratórias no RN<sup>(24)</sup>.

Para o aumento nos nascimentos prematuros se dispõe com uma crescente tendência ao nascimento eletivo em idade gestacional mais precoce, bem como o aumento nas taxas de cesarianas primárias com consequente maior chance de cesariana de repetição. Os partos cesáreos estão relacionados à prematuridade iatrogênica, isso é, quando uma cesariana é marcada para um dia por se supor que o bebê estará pronto nessa data, mas a criança nasce prematura, uma vez que a estimativa da idade gestacional pela regra de Naegele e pelo ultrassom no segundo trimestre apresenta margem de erro de 1- 2 semanas<sup>(25)</sup>. Assim, a cesariana eletiva é uma importante causa de prematuridade iatrogênica<sup>(7, 25)</sup>.

Partos cesáreos realizados sem indicação médica podem afetar adversamente a saúde e bem-estar das crianças por diminuir o tempo de gestação, o que pode resultar em prematuros tardios ou moderados (32 a 36 semanas de gestação) ou nascimentos a termo precoce, levando dessa maneira a um risco acentuado de morte<sup>(25)</sup>.

Os primeiros minutos de vida dos RN são decisivos para um atendimento seguro e eficaz, para isto, a correta avaliação do índice de Apgar é imprescindível. O 1º e 5º minuto é um indicador do estado de adaptação extrauterina bem como a oxigenação do RN no período ante e intraparto e serve como um avaliador da vitalidade fetal e o prognóstico inicial do recém-nascido<sup>(26)</sup>. Neste estudo, foi possível observar que os prematuros desenvolveram uma associação significativa entre o Apgar 1º min <7 e o agravo falta de ar, e pneumonia, bem como, o Apgar 5ºmin <7 desenvolveu uma associação significativa para os agravos encatarrado e falta de ar. Esses resultados sugerem que o método Apgar pode ser considerado uma ferramenta útil da avaliação de prognóstico de prematuros tardios e moderados, demonstrando uma previsão de risco para o desenvolvimento de agravos agudos de saúde nesses pacientes.

Quanto a RNN, pode-se observar que a maioria dos prematuros deste estudo que não necessitou RNN (96,7%) e não houve diferença significativa para o desenvolvimento de agravos agudos no primeiro mês entre aqueles que foram ou não reanimados em sala de parto. A necessidade de procedimentos de reanimação é maior quanto menor a idade gestacional e/ou peso ao nascer. Em um estudo de caso-controle que compara os RN tardios e a termos, evidenciou que os RNPT-T apresentaram maior necessidade de reanimação em sala de parto<sup>(21)</sup>.

Os dados deste estudo demonstraram uma associação significativa entre a alimentação complementar e o Aleitamento Materno Exclusivo com o desenvolvimento de agravos alergia de pele, bronquite, falta de ar e pneumonia. Sugerindo, portanto, uma maior vulnerabilidade de saúde destes pacientes a essas condições imunológicas e respiratórias. Crianças prematuras são conhecidas por possuírem o sistema imunológico, gastrointestinal e respiratório ainda imaturos. Os anticorpos recebidos da mãe através do aleitamento materno é uma das principais ferramentas para o fortalecimento da saúde destes pacientes. Além de proporcionar um menor estresse fisiológico para a criança, o leite materno é conhecido por ser mais facilmente absorvido e por ajudar na prevenção de infecções, dentro outras condições<sup>(27)</sup>.

Estudo realizado por Méio e colaboradores<sup>(28)</sup> evidenciou as dificuldades em se manter o aleitamento materno nas mães de recém-nascidos pré-termo de idade gestacional abaixo de 33 semanas. Sendo possível obter uma proporção de 81,3% de crianças recebendo leite materno, mesmo não sendo exclusivo. Conforme o avanço da idade do bebê, esta taxa foi diminuindo, com um mês de idade corrigida, 7,5% das crianças estavam recebendo seio materno exclusivo, esta proporção diminuiu para 6,2% aos 2 meses e 4,3% aos 3 meses. Aos 6 meses de idade corrigida, 2 crianças ainda estavam em seio materno exclusivo (1,2%).

Há evidências de que as mães que têm parto prematuro apresentam baixa produção de leite e, o que pode levar conseqüentemente a um aumento do risco de nutrição inadequada à criança<sup>(16)</sup>. A amamentação possui um papel importante no desenvolvimento neuropsicomotor e no crescimento saudável dos RNPT, o leite materno contém nutrientes de fácil digestão e absorção, estando o mesmo ajustado às necessidades do bebê e a sua idade gestacional e podem contribuir para a alta hospitalar mais rápida<sup>(27,28)</sup>.

A equipe de enfermagem pode desempenhar um papel indispensável no auxílio à amamentação correta às crianças prematuras, a fim de que as mães de recém-nascidos prematuros compreendam as dificuldades e as vantagens da amamentação. Dentre tais orientações, pode-se citar o esclarecimento de que quando o recém-nascido prematuro adormece no seio não significa necessariamente que ele ingeriu um volume adequado de leite e a ingestão calórica adequada, na realidade, a criança pode apenas ter excedido os estoques de energia e parado assim de se alimentar<sup>(16)</sup>. Além do mais, outra circunstância diz respeito à orientação indispensável sobre a importância do bombeamento do leite materno. É importante que os enfermeiros ensinem a mãe do recém-nascido a realizar tal procedimento e esclareça sobre a necessidade de que se ela não iniciar o bombeando logo após o nascimento, ela pode perder seu suprimento de leite, sendo dessa forma, incapaz de amamentar<sup>(27)</sup>.

Ainda que, não tenha sido significativa, a Classe socioeconômica C, desenvolveu mais condição aguda de saúde, comparada as demais. E a classe D-E foi significativa para o agravo dificuldade respiratória. As condições sociais da população estão associadas ao processo de adoecer ou de morrer, quanto mais baixo o status social do indivíduo mais chance ele terá de ficar doente<sup>(29)</sup>. Estudos têm demonstrado que as vias aéreas são consideradas as principais regiões acometidas em crianças com uma condição socioeconômica menos favorável, dentre os principais agravos que podem ser citados demonstra-se a o desenvolvimento de infecções respiratórias, dado esse que corrobora com o presente estudo<sup>(30, 31)</sup>.

## **Conclusão**

Dentre os prematuros moderados e tardios 97% deles desenvolveram no mínimo um agravo agudo de saúde no primeiro mês de vida. O Vômito foi o agravo mais frequente, presente em mais de 50 % dos prematuros. O desenvolvimento de agravos agudos de saúde, principalmente respiratórios, no período neonatal apresentou associação com: peso ao nascer, Apgar 1º min <7 e Apgar 5º min <7, necessidade de reanimação neonatal, local de internação,

tipo de dieta (alimentação complementar), além de associações com as características socioeconômicas dos prematuros.

Para tanto, fatores como vitalidade neonatal e características neonatais imediatas, podem ser consideradas preditores para o desenvolvimento de agravos agudos. Reconhecer essas demandas de saúde dessa população específica permite definir as orientações de alta hospitalar e a organização dos serviços de transferência/acolhimento pós alta hospitalar. Além disso, a equipe de enfermagem pode se tornar melhor preparada para realizar a vigilância do nascimento prematuro e assim, avaliar as práticas clínicas, pesquisas, programas e políticas a serem implementadas nesse tipo de cuidado neonatal.

Estudos com análises epidemiológicas e de vigilância, como o realizado neste estudo, permitem reconhecer as características dos nascimentos prematuros realizados no local, e dessa maneira, identificar populações de maior risco, detectar mudanças nas práticas obstétricas e orientar ao desenvolvimento de medidas efetivas para melhorar a qualidade de vida desses pacientes.

Tais ações para a equipe de enfermagem se tornam indispensáveis levando em conta as crescentes taxas de nascimentos de recém-nascidos prematuros. Diante dos dados apresentados e da pesquisa bibliográfica levantada, foi possível observar que bebês prematuros apresentam uma alta taxa de internação e requerem, portanto monitoramentos constantes. Dessa maneira, reconhecer os principais agravos agudos de saúde apresentados por esses pacientes facilita a prestação de cuidados e pode diminuir as complicações da prematuridade.

## **Referências**

1. Keelan JA, Newnham JP. Recent advances in the prevention of preterm birth. *F1000Research*. 2017;6.
2. Baisheva NS, Duglas NI, Pavlova TY, Yakovleva EB, Rad YG. Super Early Premature Birth in Terms of the New Standard of Live Birth in the Republic of Sakha (Yakutia). *Wiadomosci lekarskie*. 2015;68(4):520-2.
3. Engle WA. A recommendation for the definition of "late preterm" (near-term) and the birth weight-gestational age classification system. *Seminars in perinatology*. 2006;30(1):2-7.
4. Ryan JG, Dogbey E. Preterm Births: A Global Health Problem. *MCN The American journal of maternal child nursing*. 2015;40(5):278-83.

5. Smith SL, Shiffman J, Kazembe A. Generating political priority for newborn survival in three low-income countries. *Global public health*. 2014;9(5):538-54.
6. Oliveira RR, Melo EC, Falavina LP, Mathias TA. The Growing Trend of Moderate Preterm Births: An Ecological Study in One Region of Brazil. *PloS one*. 2015;10(11):e0141852.
7. Lucovnik M, Bregar AT, Steblovnik L, Verdenik I, Gersak K, Blickstein I, et al. Changes in incidence of iatrogenic and spontaneous preterm births over time: a population-based study. *Journal of perinatal medicine*. 2016;44(5):505-9.
8. Shapiro-Mendoza CK, Lackritz EM. Epidemiology of late and moderate preterm birth. *Seminars in fetal & neonatal medicine*. 2012;17(3):120-5.
9. Gill JV, Boyle EM. Outcomes of infants born near term. *Archives of disease in childhood*. 2017;102(2):194-8.
10. Boyle EM, Johnson S, Manktelow B, Seaton SE, Draper ES, Smith LK, et al. Neonatal outcomes and delivery of care for infants born late preterm or moderately preterm: a prospective population-based study. *Archives of disease in childhood Fetal and neonatal edition*. 2015;100(6):F479-85.
11. Reuter S, Moser C, Baack M. Respiratory distress in the newborn. *Pediatrics in review*. 2014;35(10):417-28; quiz 29.
12. Bentley JP, Simpson JM, Bowen JR, Morris JM, Roberts CL, Nassar N. Gestational age, mode of birth and breastmilk feeding all influence acute early childhood gastroenteritis: a record-linkage cohort study. *BMC pediatrics*. 2016;16:55.
13. Norman M. Premature birth: implications for cardiovascular health. *Future cardiology*. 2013;9(3):293-5.
14. Ecsedy M, Kovacs I, Mihaltz K, Recsan Z, Szigeti A, Juhasz E, et al. Scheimpflug imaging for long-term evaluation of optical components in Hungarian children with a history of preterm birth. *Journal of pediatric ophthalmology and strabismus*. 2014;51(4):235-41.
15. Greenough A. Long-term respiratory consequences of premature birth at less than 32 weeks of gestation. *Early human development*. 2013;89 Suppl 2:S25-7.
16. Horgan MJ. Management of the late preterm infant: not quite ready for prime time. *Pediatric clinics of North America*. 2015;62(2):439-51.
17. Tompsen, A. M. V. Adaptação e avaliação de um instrumento para medir qualidade de vida em crianças a partir de oito meses de idade até cinco anos. 2010. P. 83. Dissertação (Mestrado em Medicina) – Fac. de Medicina, PUCRS, Porto Alegre, 2010.
18. Iwanczak B, Iwanczak F. [Functional gastrointestinal disorders in neonate and toddler. The Rome IV criteria]. *Polski merkuriusz lekarski : organ Polskiego Towarzystwa Lekarskiego*. 2017;43(253):35-40.

19. Perry AM, Caviness AC, Allen JY. Characteristics and diagnoses of neonates who revisit a pediatric emergency center. *Pediatric emergency care*. 2013;29(1):58-62.
20. Cau F, Pisu E, Gerosa C, Senes G, Ronchi F, Botta C, et al. Interindividual variability in the expression of surfactant protein A and B in the human lung during development. *European journal of histochemistry : EJH*. 2016;60(3):2678.
21. Araújo BF et al., Análise da morbiletalidade neonatal em recém-nascidos pré-termo tardios. *Jornal de Pediatria*. 2012; 88 (3).
22. Celik IH, Demirel G, Canpolat FE, Dilmen U. A common problem for neonatal intensive care units: late preterm infants, a prospective study with term controls in a large perinatal center. *The journal of maternal-fetal & neonatal medicine : the official journal of the European Association of Perinatal Medicine, the Federation of Asia and Oceania Perinatal Societies, the International Society of Perinatal Obstet*. 2013;26(5):459-62.
23. Pulver LS, Guest-Warnick G, Stoddard GJ, Byington CL, Young PC. Weight for gestational age affects the mortality of late preterm infants. *Pediatrics*. 2009;123(6):e1072-7.
24. Bernardo LS, Simoes R, Bernardo WM, Toledo SF, Hazzan MA, Chan HF, et al. Mother-requested cesarean delivery compared to vaginal delivery: a systematic review. *Revista da Associacao Medica Brasileira*. 2014;60(4):302-4.
25. Thawani R, Dewan P, Faridi MM, Arora SK, Kumar R. Estimation of gestational age, using neonatal anthropometry: a cross-sectional study in India. *Journal of health, population, and nutrition*. 2013;31(4):523-30.
26. Simon LV, Bragg BN. APGAR Score. *StatPearls*. Treasure Island (FL)2018.
27. Black A. Breastfeeding the premature infant and nursing implications. *Advances in neonatal care : official journal of the National Association of Neonatal Nurses*. 2012;12(1):10-1.
28. Méio, M. D. B. B et al., Amamentação em lactentes nascidos pré-termo após alta hospitalar: acompanhamento durante o primeiro ano de vida. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2018;23(7):2403-2412.
29. Lindo JM. Aggregation and the estimated effects of economic conditions on health. *Journal of health economics*. 2015;40:83-96.
30. Prato, M. I. C. et al. Doenças respiratórias na infância: uma revisão integrativa. *Revista da Sociedade Brasileira de Enfermeiros Pediatras*. 2018; 14: (1): 33-9.
31. Frauches, D. O. et al. Doenças respiratórias em crianças e adolescentes: um perfil dos atendimentos na atenção primária em Vitória/ES. *Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade*. 2017; 12: (39).

## CONCLUSÃO

Assim como demonstrado pela literatura, a porcentagem de RN prematuros tardios é maior em relação aos RN prematuros moderados. O Vômito se apresentou como o principal agravo agudo de saúde dos RN avaliados. No que diz respeito aos agravos agudos respiratórios, observou-se a Tosse como o principal evento. A partir da análise dos dados foi possível observar que o desenvolvimento de condições aguda em RN prematuros foram maiores em nascidos com baixo peso. Além disso, o desenvolvimento dos agravos agudos respiratórios parece estar relacionado com a condição econômica mais baixa dos pacientes.

Este estudo apontou que recém-nascidos moderados e tardios apresentam alta prevalência para o desenvolvimento de agravos agudos de saúde. Uma maior preocupação e atenção são necessárias para o atendimento da referida população, reforçando a necessidade de um seguimento clínico apropriado. Considerando que um parto prematuro, mesmo sendo próximo do termo, está associado à prevalência de problemas clínicos causados pela imaturidade fisiológica e metabólica, e como consequência disto desenvolve-se os problemas associados a acompanhamento no primeiro mês de vida.

Ainda que este estudo tenha obtido uma quantidade de participantes expressiva e satisfatória, uma das limitações apresentadas pode ser decorrente do fato das coletas de dados terem sido realizadas por meio de contato telefônico, o que torna a aderência à participação reduzida devido às dificuldades de contato (o não atendimento do telefone, ligação incompleta).

Como contribuição deste estudo, os resultados podem auxiliar a equipe de saúde, com ênfase o enfermeiro para orientações de alta hospitalar, bem como o acolhimento e preparo dos profissionais para o atendimento pós-alta hospitalar, a fim, de reconhecer e diferenciar as demandas de recém-nascidos prematuros moderados e tardios. Diante do que foi apresentado nesta pesquisa, propõe-se que novos estudos sejam realizados acerca da temática, a fim de comparar com RN a termo, para assim realizar uma busca contínua de cuidados desta população no período neonatal.

Para fim de divulgação e retorno dos dados levantados pela presente pesquisa, será realizada uma palestra para os participantes e a comunidade onde a mesma foi realizada, com o intuito de expor os dados pesquisados e esclarecer sobre os principais achados desse estudo, bem como, a importância deste para a comunidade. Além disso, após a publicação do artigo científico redigido, o mesmo será encaminhado para os participantes (via e-mail ou correio).



## REFERÊNCIAS

ANANTH, C. V.; FRIEDMAN, A. M.; GYAMFI-BANNERMAN, C. Epidemiology of moderate preterm, late preterm and early term delivery. **Clinics in Perinatology**, v. 40, n. 4, p. 601-610, 2013.

AVERY, G.B. **Neonatologia: perspectivas na década de 1990**. In: Neonatologia: fisiopatologia e tratamento do recém-nascido. 4. ed. Rio de Janeiro: Medsi, 1999.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Informação e Análise Epidemiológica Secretaria de Vigilância em Saúde. **Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC)**. Brasília, DF, 2018. Disponível em: <<http://svs.aids.gov.br/dantps/centrais-de-conteudos/paineis-de-monitoramento/natalidade/nascidos-vivos/>>. Acesso em: 20 ago. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Área Técnica de Saúde da Criança e Aleitamento Materno. **Gestão e gestores de políticas públicas de atenção à saúde da criança: 70 anos de história**. Brasília, DF, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **Atenção à saúde do recém-nascido: guia para os profissionais de saúde**. 2. ed. Brasília, DF, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Agenda de Compromisso para a Saúde Integral da Criança e Redução da Mortalidade Infantil**. Brasília, DF, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Estado da Saúde. **Manual de neonatologia**. v.1, Brasília, DF, 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Área da Saúde da Criança **Atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso: método mãe-canguru: manual técnico**. 2. ed. Brasília, DF, 2011 a.

BRASIL. Portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2011. Institui no âmbito do Sistema Único de Saúde –SUS - a Rede Cegonha. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, 2011 b.

BRASIL. Portaria nº 930, de 10 de maio de 2012. Define as diretrizes e objetivos para a organização da atenção integral e humanizada ao recém-nascido grave ou potencialmente grave e os critérios de classificação e habilitação de leitos de Unidade Neonatal no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, 2012.

CARVALHO, H. M. B. O recém-nascido pré-termo tardio: Os desafios. **Revista Saúde Criança Adolescente**, v. 3, n.1, p. 14-18, 2011.

COELLI, A. P. et al. Prematuridade como fator de risco para pressão arterial elevada em crianças: uma revisão sistemática. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 2, p. 207-218, 2011.

COSTA, R. et al. Políticas Públicas de Saúde ao recém-nascido no Brasil: reflexos para a assistência neonatal. **História da enfermagem**, Revista eletrônica, v. 1, n. 1, p. 55-68, 2010. Disponível em: <[http://www.here.abennacional.org.br/here/n1vol1ano1\\_artigo4.pdf](http://www.here.abennacional.org.br/here/n1vol1ano1_artigo4.pdf)> Acesso em: 23 jul. 2018.

COUTO, F. F.; PRAÇA, N. S. Recém-nascido prematuro: suporte materno domiciliar para o cuidado. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 65, n. 1, 2012.

DA FONSECA, C.R.B et al. Risk factors for low birth weight in Botucatu city, SP state, Brazil: a study conducted in the public health system from 2004 to 2008. **BioMed Central Research Notes**, v. 5, n. 60, 2012.

DEMARTINI, A. A. C. et al. Crescimento de crianças nascidas prematuras. **Arquivo Brasileiro Endocrinologia Metabólica**, Curitiba, v. 55, n. 8, p. 534-540, 2011.

DIMITRIOU, G. et al. Determinants of morbidity in late preterm infants. **Early Human Development**, v. 86, n.9, p.587-591, 2010.

ENGLE, W. A. A recommendation for the definition of "late preterm" (near-term) and the birth weight-gestational age classification system. **Seminars in Perinatology**, v.30, n. 1, 2006.

ENGLE, W.A.; KOMINIAREK, M.A. Late preterm infants, early term infants, and timing of elective deliveries. **Clinics in Perinatology**, v. 35, n. 2, p.325-341, 2008.

ESCOBAR G. J; CLARK R. H; GREENE J. D. Short-term outcomes of infants born at 35 and 36 weeks gestation: We need to ask more questions. **Seminars in Perinatology**, v. 30, p. 28-33, 2006.

FRANÇA, E. B. et al. Principais causas da mortalidade na infância no Brasil, em 1990 e 2015: estimativas do estudo de Carga Global de Doença. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 20, p. 46-60, 2017.

GORZILIO, D. M. et al., Neurobehavioral development prior to term-age of preterm infants and acute stressful events during neonatal hospitalization. **Early Human Development**, v. 91, n. 12, p. 769-775, 2015.

INSTITUTE OF MEDICINE. **Preterm Birth: Causes, Consequences, and Prevention**, Washington: The National Academies Press, 2007.

KOMINIAREK, M. Infants born late preterm: Indications and recommendations for obstetric care. **Neoreviews**, v. 10, n. 6, p.295-302, 2009.

KREY, F. C. et al. Alterações respiratórias relacionadas à prematuridade em terapia intensiva neonatal. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**, v. 17, n. 6, p. 766-73, 2016.

LANSKY, S. et al. Pesquisa Nascer no Brasil: perfil da mortalidade neonatal e avaliação da assistência à gestante e ao recém-nascido. **Caderno de Saúde Pública**, n. 30, p. 192-207, 2014.

LUSSKY, R. C. A century of neonatal medicine. **Minnesota Medicine**, v. 82, n. p. 1-8. 1999.

MACÊDO, V. M. **Atenção integral à saúde da criança: políticas e indicadores de saúde**. Recife: Editora Universitária da Universidade Federal de Pernambuco, 2016. 43 p.

MACHADO JÚNIOR, L. C.; PASSINI JÚNIOR, R.; RODRIGUES; M. R. Late prematurity: a systematic review. **Jornal de Pediatria**, v. 90, n. 3, p. 221-231, 2014.

MALDONADO, S. R.; MUÑOS, S.C.; LÓPEZ, O.R. Morbilidad del recién nacido prematuro tardío durante su primer mes de vida comparado com el recién nacido de término. **Perinatología y reproducción humana**, v. 27, n. 3, p. 161-165, 2013.

MALLY, P. V.; BAILEY, S.; HENDRICKS-MUÑOZ, K. D. Clinical issues in the management of late preterm infants. **Current Problems in Pediatric and Adolescent Health Care**, v. 40, n. 9, p. 218-233, 2010.

MENDES, E. V. **As redes de atenção à saúde**. Organização Pan-Americana da Saúde, Brasília, DF, 2011.

O'SHEA, T. M. Magnetic resonance and ultrasound brains imaging on preterm infants. **Early Human Development**, v. 81, n. 2, p. 263-71, 2005.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Nascimentos prematuros. A ficha informativa n° 363**, 2015.

PINA, J. C. et al. Contribuições da estratégia Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância ao acolhimento de crianças menores de cinco anos. **Acta Paulista de Enfermagem**, v.22. n. 2, 2009.

RAMOS, J. L. A. **Âmbito e finalidades da pediatria neonatal**. In: Marcondes E. *Pediatria básica*. 8 ed. São Paulo: Sarvier, 1991.

RYAN, J. G.; DOGBEY, E. Preterm Births: A Global Health Problem. **MCN: The American Journal of Maternal/Child Nursing**, v. 40, n. 5, p. 278-283, 2015.

SCHAFFER, A. J. **Diseases of the newborn**. Philadelphia: Saunders, 1977.

SHAPIRO-MENDOZA, C. K. et al. Risk factors for neonatal morbidity and mortality among “healthy”, late preterm newborns. **Seminars in Perinatology**, v. 30,n.2, p. 54-60, 2006.

SHAPIRO-MENDOZA, C. K.; LACKRITZ, E. Epidemiology of late and moderate preterm birth. **Seminars in Fetal and Neonatal Medicine**, v. 17, n. 3, p. 120–125, 2012

SMITH, S. L.; SHIFFMAN, J.; KAZEMBE, A. Generating political priority for newborn survival in three low-income countries. **Global Public Health**, v. 9, n. 5, p. 538-554, 2014.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA. SBP. **Neonatologia**. Rio de Janeiro. 2018. Disponível em: <<http://www.sbp.com.br/departamentos-cientificos/neonatologia/>>. Acesso em: 20 jul. 2018.

STECHEER, J. F. et al. Prematuros tardíos: estudio clínico retrospectivo de sus causas y consecuencias. **Revista chilena de obstetricia y ginecologia**, v. 80, n. 3, p. 221- 228, 2015.

TOMASHEK, K.M. et al. Early discharge among late preterm and term newboRN and risk of neonatal morbidity. **Seminars in Perinatology**, v. 30, n. 2, p. 61-68, 2006.

VICTORIA, C. G. et al. Maternal and child health in Brazil: progress and challenges. **The Lancet**, v. 377, n. 9780, p. 1863-1876, 2011.

VON KORFF, M. et al. Collaborative management of chronic illness. **Annals of Internal Medicine**, v. 127, n. 12, p. 1097-1102, 199

WONG. **Fundamentos de Enfermagem Pediátrica**. Editado por Marilyn J. Hockenberry; coedição [David Wilson]; tradução Maria Inês Corrêa Nascimento. – 9 ed. – Rio de Janeiro: Elsevier, 2014.

## APÊNDICES

### APÊNDICE A – INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS- ETAPA QUANTITATIVA (Variáveis Obstétricas e Neonatais)

<b>INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS- ETAPA QUANTITATIVA</b> <b>(Variáveis Obstétricas e Neonatais)</b> <b>EnfºDdo. Leonardo Bigolin Jantsch</b> <b>Orientadora: Dra Eliane Tatsch Neves</b>		
DADOS DE COLETA EM PRONTUÁRIO (Variáveis Obstétricas e Neonatais) Nº Instrumento: _____		
1. Nome da Criança:		
2. Nome da Mãe:		
3. Nome do Pai:		
4. Dados de Nascimento		<b>Códigos</b>
<b>4.1 Data de Nascimento:</b> DD/MM/AA	___/___/___	
<b>4.2 Data de Internação na UTI:</b> DD/MM/AA	___/___/___	
<b>4.3 Data da Alta:</b> DD/MM/AA	___/___/___	
<b>4.4 Dias de Internação:</b>	_____	_____
<b>4.5 Idade Gestacional</b> (Semanas + dias)	_____	_____
<b>4.6 Peso</b> (gramas)	_____	_____
<b>4.7 Relação Peso/IG</b> (Percentil)	_____	_____
<b>4.8 Parto</b>	( ) Vaginal	_____
	( ) Cesárea	
4.9 Intercorrências no Parto:	( ) Sim ( ) Não. Se sim, qual: _____	
<b>4.10 Apgar</b>	___ 1º min	_____
	___ 5º min	_____
<b>4.11 Necessitou Reanimação:</b>	( ) Sim ( ) Não. Se sim, qual: _____	

5. Antecedentes Obstétricos <sup>1</sup> Código		
5.1 Pré-Natal:	<input type="checkbox"/> seis ou mais consultas	
	<input type="checkbox"/> Menos que seis consultas	
	<input type="checkbox"/> Não realizado	
5.2 Gestação de Risco?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não. Por qual motivo? _____	
5.3 Motivos que levaram ao parto PMT:	<input type="checkbox"/> Alterações hormonais	
	<input type="checkbox"/> Incompetência cervical	
	<input type="checkbox"/> Sangramentos de primeiro e segundo trimestres	
	<input type="checkbox"/> Placenta prévia	
	<input type="checkbox"/> Descolamento prematuro de placenta	
	<input type="checkbox"/> Amniorrexe prematura	
	<input type="checkbox"/> Polidrâmnio ou oligoidramnio	
	<input type="checkbox"/> Gemelaridade	
	<input type="checkbox"/> Doença hipertensiva específica da gestação	
	<input type="checkbox"/> Malformações fetais	
	<input type="checkbox"/> Restrição do crescimento fetal	
	<input type="checkbox"/> Partos prematuros anteriores	
	<input type="checkbox"/> Doenças maternas	
	<input type="checkbox"/> Procedimentos cirúrgicos na gravidez	
	<input type="checkbox"/> Outros Motivos: _____ _____	
5.4 Corticóideantenatal	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não. <b>Quantas doses:</b> _____	

<sup>1</sup> BITTAR e ZUGAIBER(2009)

7. Intercorrências na Internação (Aplicado a todos os RN)			
	7.1 Durante a Internação o RN apresentou alguma complicação?	( ) Sim ( ) Não. 7.1.1 Se sim, Qual:	
	7.2 Terapêutica respiratória utilizada:	( ) Sim ( ) Não	
	Cateter Nasal	( ) Sim ( ) Não. Quanto tempo:_____	
	CPAP	( ) Sim ( ) Não. Quanto tempo:_____	
	CPAP (VNI) Sim ( ) Não. Quanto tempo:_____	( )	
	Ventilação Mecânica	( ) Sim ( ) Não. Quanto tempo:_____	
	7.2.1A terapêutica utilizada, foi pelo motivo de internação?	( ) Sim ( ) Não. Se sim, qual:_____ -	
	7.2.2A terapêutica utilizada foi por complicações posteriores?	( ) Sim ( ) Não. Se sim, qual:_____ -	
	7.3 O RN utilizou terapêutica medicamentosa?	( ) Sim ( ) Não	
	7.3.1 Qual:		
	7.3.2 A terapêutica utilizada, foi pelo motivo de internação?	( ) Sim ( ) Não. 7.3.2.1Se sim, qual:_____ -	
	7.3.3.A terapêutica utilizada foi por	( ) Sim ( ) Não.	

	complicações posteriores?	7.3.2.2.Se sim, qual:_____	
		-	
	Terapêutica Nutricional:		
	Ausência de dieta	( ) Sim ( ) Não. Quanto tempo:_____	
	Utilização de dieta parenteral	( ) Sim ( ) Não. Quanto tempo:_____	
	Utilização de dieta enteral	( ) Sim . Iniciou quando:_____ dias	
	Oferta da Dieta:		
	Dieta SOG. Iniciou quando:_____ dias		
	Dieta parcial VO/SOG Iniciou quando:_____ dias		
	Dieta VO pleno: Iniciou quando:_____ dias		
	Suga Seio Materno ( ) Sim ( ) Não		
	Tipo de dieta		
	( ) Leite Materno Exclusivo		
	( ) Aleitamento materno misto		
	( ) Leite artificial		
Informações na alta:	Criança recebeu alta hospitalar com alguma demanda específica:( ) Sim ( ) Não		
	Qual:_____		
	Foi encaminhada para algum serviço de saúde? ( ) Sim ( ) Não		
	Qual:_____		



**APÊNDICE B – INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS- ETAPA  
QUANTITATIVA (Perfil Socioeconômico)**

**Projeto: CONDIÇÕES DE SAÚDE DE PREMATUROS TARDIOS E MODERADOS  
NO PRIMEIRO ANO DE VIDA  
INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS- ETAPA QUANTITATIVA  
(Perfil Socioeconômico)  
EnfºDdo. Leonardo BigolinJantsch  
Orientadora: Dra Eliane Tatsch Neves**

Instrumento para caracterização de dados socioeconômicos [Baseado pelos Critérios de Classificação Econômica Brasil, definidas para 2015, pela Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa (ABEP)].

Nome: \_\_\_\_\_ Nº Instrumento: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

<b>1. Condições de Saneamento Básico</b>		
	O local onde a criança mora apresenta:	Não.....0
	- 1.1 lixo a céu aberto;            ____	Sim.....1
	- 1.2 água sem tratamento;        ____	
	- 1.3 esgoto a céu aberto.          ____	

<b>2. Relação Morador/ Cômodo</b>		
	2.1 Quantos moradores há na casa da criança?	Nº <input type="text"/>
	2.2. Quantos cômodos há na casa da criança?	Nº <input type="text"/>

<b>3. ITENS DE CONFORTO</b>	<b>NÃO POSSUI</b>	Quantidade que possui			
		1	2	3	4+
Quantidade de automóveis de passeio exclusivamente para uso particular					
Quantidade de empregados mensalistas, considerando apenas os que trabalham pelo menos cinco dias por semana					
Quantidade de máquinas de lavar roupa, excluindo tanquinho					
Quantidade de banheiros					
DVD, incluindo qualquer dispositivo que leia DVD e desconsiderando DVD de automóvel					
Quantidade de geladeiras					
Quantidade de freezers independentes ou parte da geladeira duplex					
Quantidade de microcomputadores, considerando computadores de mesa, laptops, note e netbooks e desconsiderando tablets, palms ou smartphones					
Quantidade de lavadora de louças					
Quantidade de fornos de micro-ondas					

Quantidade de motocicletas, desconsiderando as usadas exclusivamente para uso profissional					
Quantidade de máquinas secadoras de roupas, considerando lava e seca					
<b>4. A água utilizada neste domicílio é proveniente de?</b>					
	Rede geral de distribuição				
	Poço ou nascente				
	Outro meio				
<b>5. Considerando o trecho da rua do seu domicílio, você diria que a rua é:</b>					
	Asfaltada/Pavimentada				
	Terra/Cascalho				
<b>6. Qual é o grau de instrução do chefe da família?</b>					
	Analfabeto / <b>Fundamental I incompleto</b>				
	<b>Fundamental completo</b>				
	<b>Médio incompleto</b>				
	<b>Médio completo/Superior incompleto</b>				

(Condição Aguda de Saúde)

**Projeto: CONDIÇÕES DE SAÚDE DE PREMATUROS TARDIOS E MODERADOS  
NO PRIMEIRO ANO DE VIDA  
INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS- ETAPA QUANTITATIVA  
(Condição Aguda de Saúde)  
EnfºDdo. Leonardo Bigolin Jantsch  
Orientadora: Dra Eliane Tatsch Neves**

**Instrumento para Coleta de Condição Aguda de Saúde**

**Nº**

**Instrumento:** \_\_\_\_\_

Nome da criança (para usar no momento da entrevista): \_\_\_\_\_ Período: \_\_\_\_/\_\_\_\_  
à \_\_\_\_/\_\_\_\_

( ) até 1º mês ( ) 2º até 3º mês ( ) 3º ao 6º mês ( ) 6º ao 9º mês ( ) 9º ao 12º mês

Nos últimos três meses seu filho apresentou (ler as opções):

<b>Nos últimos três meses seu filho (a) apresentou (ficou com)</b>					
Nº	QUESTÃO	Nunca	Q.Nunca	Q.Sempre	Sempre
1	Dor de barriga	0	1	2	3
2	Cólicas	0	1	2	3
3	Diarréia	0	1	2	3
4	Alergia de pele (eczema)	0	1	2	3
5	Bronquite	0	1	2	3
6	Dificuldade para respirar	0	1	2	3
7	Encatarrado	0	1	2	3
8	Falta de ar	0	1	2	3
9	Tosse	0	1	2	3
10	Pneumonia ( pontada)	0	1	2	3
11	Infecção no ouvido(otite)	0	1	2	3
12	Vômitos	0	1	2	3
13	Enjoado(ânsia de vômito)	0	1	2	3

Apresentou Condição Aguda de saúde (Variável dependente dicotômica): ( ) Sim ( ) Não

Na sua percepção, com que frequência seu filho apresenta alguma condição [complicação] aguda de saúde (Variável dependente multivariável):( ) Nunca ( ) Quase Nunca ( ) Quase Sempre ( ) Sempre

**APÊNDICE D - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM  
DOUTORADO EM ENFERMAGEM

**Termo de Consentimento Livre e Esclarecido\***

**Título do estudo:** Condições de Saúde de Prematuros Moderados e Tardios no primeiro ano de vida

**Pesquisadores responsável:** Profa. Dra. Eliane Tatsch Neves

Enf<sup>o</sup> Ddo. Leonardo Bigolin Jantsch

**Instituição/Departamento:** Universidade Federal de Santa Maria, Programa de Pós-graduação em Enfermagem, Doutorado em Enfermagem.

**Telefone para contato:** (55) 3220-8938/3220-8029

**Local da coleta de dados:** Centro Obstétrico, Unidade Toco-Ginecológica (2º Andar); Unidade de Terapia Intensiva Neonatal do Hospital Universitário de Santa Maria.

Prezado(a) Senhor(a):

Você está sendo convidado(a) a responder às perguntas desta entrevista de forma totalmente voluntária. Antes de concordar em participar desta pesquisa e responder esta entrevista, é muito importante que você compreenda as informações e instruções contidas neste documento.

A pesquisa destina-se à elaboração da Tese de Doutorado do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem que será apresentado à Universidade Federal de Santa Maria para obtenção do título de Doutor em Enfermagem pelo Enf<sup>o</sup> Leonardo Bigolin Jantsch.

O pesquisador deverá responder todas as suas dúvidas antes de você se decidir a participar. Você tem o direito de desistir de participar da pesquisa a qualquer momento, sem nenhuma interferência nos cuidados prestados à criança durante a internação e também nos serviços de saúde após alta hospitalar.

**Objetivo** deste estudo é analisar as condições de saúde de prematuros moderados e tardios no primeiro ano de vida.

**Forma de participação:** A sua participação acontecerá por meio de entrevistas para acompanhamento da saúde de seu filho no primeiro mês de vida, e a cada três meses após a alta hospitalar, em que o pesquisador entrará em contato via telefone ou por meio de visita em sua casa para coletar informações acerca da saúde da criança. Você receberá informações de como ocorrerão as ligações telefônicas ou as visitas e quais as informações referentes à saúde de seu filho serão necessárias. A cada três meses, o pesquisador entrará em contato para saber como se encontra a saúde do seu filho e se houve alguma intercorrência a saúde nos últimos meses. Esse acompanhamento acontecerá durante o primeiro ano de vida do seu filho. As perguntas serão realizadas pelo entrevistador e serão gravadas por meio de gravador presente no ambiente da entrevista.

**Riscos:** estão relacionados ao despertar de sentimentos e emoções que possam provocar constrangimentos ou tristeza durante as entrevistas. Em caso de mobilizar sentimentos indesejados, o participante tem o direito de interromper a entrevista a qualquer momento.

**Benefícios:** serão indiretos, contribuindo para o conhecimento científico sobre a saúde do prematuro no seu primeiro ano de vida bem como contribuir para a o atendimento das demandas de saúde da criança na rede de saúde. As informações fornecidas por você terão sua privacidade garantida pelo pesquisador responsável. Você não será identificado em nenhum momento, mesmo quando os resultados desta pesquisa forem divulgados para fins acadêmicos.

Estou ciente e concordo com o exposto acima e autorizo os pesquisadores do estudo a fazerem uso das produções geradas durante a aplicação deste projeto de pesquisa, bem como a publicar seus resultados em eventos, jornais e revistas.

---

\* Se você tiver alguma consideração ou dúvida sobre a pesquisa, entre em contato: Comitê de Ética em Pesquisa – UFSM - Cidade Universitária - Bairro Camobi, Av. Roraima, nº1000 - CEP: 97.105.900 Santa Maria – RS. Telefone: (55) 3220-9362 – Fax: (55)3220-8009 Email: comiteeticapesquisa@smail.ufsm.br. Web: [www.ufsm.br/cep](http://www.ufsm.br/cep)

Todas as informações fornecidas durante a pesquisa terão privacidade garantida pelos pesquisadores do estudo, mesmo quando os resultados desta pesquisa forem divulgados de qualquer forma. Todos os dados ficarão em um banco de dados e poderão ser usados em estudos futuros, sendo guardados em arquivo sob a responsabilidade da Profa. Eliane Tatsch Neves, na sala 1336, do Prédio 26 - Centro de Ciências da Saúde/UFSM, durante cinco anos, e posteriormente serão destruídos. O anonimato dos participantes do estudo será preservado por meio da adoção de códigos para identificação dos registros e do discurso da criança.

Os pesquisadores se comprometem a seguir, com rigor, as normas que constam na Resolução nº 466/2012 sobre pesquisas envolvendo seres humanos.

Ciente e de acordo com o que foi anteriormente exposto e esclarecido, declaro participar livremente desta pesquisa, assinando o Termo de Consentimento Livre e esclarecido em duas vias, ficando com a posse de uma delas e a outra com o pesquisador.

Fui igualmente informado de que tenho assegurado o direito de:

- Retirar meu consentimento, a qualquer momento, e deixar de participar do estudo sem constrangimento e sem sofrer nenhum tipo de represália;
- Receber respostas a todas as dúvidas e perguntas que desejar fazer sobre assuntos pertinentes ao desenvolvimento deste estudo;
- Não ter minha identidade revelada em nenhum momento da investigação;
- Não precisarei contribuir financeiramente com a pesquisa, não tendo nenhum custo para participar desta;
- Em casos de constrangimento, nervosismo, ansiedade ou qualquer outro sentimento despertado durante a coleta dos dados, em decorrência dos questionamentos ou outros fatores, tem assegurado o direito de não mais participar do estudo no momento em que desejar.
- Fui informado sobre a divulgação dos resultados com ética e responsabilidade.

Ciente e de acordo com o que foi anteriormente exposto, eu \_\_\_\_\_, estou de acordo em participar desta pesquisa, assinando este consentimento em duas vias, ficando com a posse de uma delas.

Santa Maria \_\_\_\_\_, de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Assinatura do pesquisador responsável  
Eliane Tatsch Neves

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Participante

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM  
DOUTORADO EM ENFERMAGEM

**Termo de Assentimento**

**Título do estudo:** Condições de Saúde de Prematuros Moderados e Tardios no primeiro ano de vida

**Pesquisadores responsável:** Profa. Dra. Eliane Tatsch Neves  
Enf<sup>o</sup>Ddo. Leonardo BigolinJantsch

**Instituição/Departamento:** Universidade Federal de Santa Maria, Programa de Pós-graduação em Enfermagem, Doutorado em Enfermagem.

**Telefone para contato:** (55) 3220-8473

**Local da coleta de dados:** Centro Obstétrico, Unidade Toco-Ginecológica (2º Andar); Unidade de Terapia Intensiva Neonatal do Hospital Universitário de Santa Maria.

Eu \_\_\_\_\_ aceito participar da pesquisa “Condições de Saúde de Prematuros Moderados e Tardios no primeiro ano de vida”. Declaro que o pesquisador Leonardo BigolinJantsch me explicou todas as questões sobre o estudo que vai acontecer. Compreendi que não sou obrigado(a) a participar da pesquisa, eu decido que quero participar ou não.

O pesquisador me explicou também que este estudo tem por objetivo analisar as condições de saúde de prematuros moderados e tardios no primeiro ano de vida. A sua participação nesta pesquisa será por meio de acompanhamento, no primeiro mês e depois disso a cada três meses após a alta hospitalar, em que o pesquisador entrará em contato via telefone ou em visita na sua casa. Sua participação consiste em autorizar o acesso às informações de saúde que contemplam desde o pré-natal até os dados de nascimento e da internação. Quanto ao acompanhamento, você receberá informações de como ocorrerá as visitas e quais os questionamentos que serão realizados referem à saúde de seu filho. A cada três meses, o pesquisador entrará em contato para saber como se encontra a saúde do seu filho e se algumas complicações aconteceram nos últimos meses. Esse acompanhamento acontecerá durante o primeiro ano de vida do seu filho. Também haverá a possibilidade de entrevista, que perguntará como foi o acesso aos serviços de saúde, que seu filho teve neste período, caso for necessário. Entendi também que os encontros serão gravados, para que a pesquisadora possa prestar mais atenção às minhas falas durante os encontros, e que o que for dito e gravado só poderá ser ouvido por ela e pela sua orientadora. Dessa forma, concordo livremente em participar da pesquisa com a pesquisadora, sabendo que posso desistir a qualquer momento, se assim desejar.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Nome do Participante da pesquisa

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Participante da pesquisa ou  
impressão dactiloscópica

\_\_\_\_\_  
Eliane Tatsch Neves

**Título do projeto:** CONDIÇÃO DE SAÚDE DE PREMATUROS MODERADOS E TARDIOS NO PRIMEIRO ANO DE VIDA

**Pesquisador responsável:** Profa. Dra. Eliane Tatsch Neves

Enfº Ddo. Leonardo Bigolin Jantsch

**Instituição/Departamento:** Universidade Federal de Santa Maria, Programa de Pós-graduação em Enfermagem, Doutorado em Enfermagem.

**Telefone para contato:** (55) 3220-8473

**Local da coleta de dados:** Unidade de Terapia Intensiva Neonatal do Hospital Universitário de Santa Maria.

Os pesquisadores do presente projeto se comprometem a preservar a privacidade dos pacientes e familiares cujos dados serão coletados através de prontuário, questionário e entrevistas. Concordam, igualmente, que estas informações serão utilizadas única e exclusivamente para execução do presente projeto. As informações somente poderão ser divulgadas de forma anônima e serão mantidas no (a) sala 1336 do Deptº Enfermagem da UFSM por um período de cinco anos sob a responsabilidade do Prof.(a) Pesquisador (a) Eliane Tatsch Neves. Após este período, os dados serão destruídos. Este projeto de pesquisa foi revisado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFSM em \_\_/\_\_/\_\_, com o número do CAAE \_\_\_\_\_

Santa Maria, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_

---

Eliane Tatsch Neves  
Pesquisador responsável  
RG: 1052691696

---

Leonardo Bigolin Jantsch  
Pesquisador  
RG: 2089504258

Autorização, enviada por e-mail, para utilização e recorte do instrumento “Avaliação da Qualidade de Vida em Crianças de 8 meses a 5 anos de idade”, pela autora que traduziu para o português.

Re: Utilização do Instrumento validado e traduzido



Andreia Machado Tompsen (andreiatompsen@yahoo.com.br) Adicionar aos contatos 26/10/2015  
Para: Leonardo Bigolin Jantsch ▾

Oi Leonardo

Podes utilizar a dissertação. Obrigado. Se precisares de algo estou a disposição.

Em Segunda-feira, 26 de Outubro de 2015 16:30, Leonardo Bigolin Jantsch <leo\_jantsch@hotmail.com> escreveu:

Ola En<sup>ª</sup> Andreia Tompsen

Sou Enf e doutorando em Enfermagem pela UFSM,

Pretendo realizar minha tese com condições de saúde de prematuros egressos da terapia intensiva.

Ao definir as condições agudas de saúde, percebi, ao ler sua dissertação, que teu instrumento de avaliação de qualidade de vida, possui um domínio, no início que me interessa, que compõem as variáveis das morbididades: