

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

Leonardo Bigolin Jantsch

CONDIÇÕES DE SAÚDE DE PREMATUROS
MODERADOS E TARDIOS NO PRIMEIRO ANO DE
VIDA

**Santa Maria, RS
2018**

Leonardo Bigolin Jantsch

CONDIÇÕES DE SAÚDE DE PREMATUROS MODERADOS E TARDIOS NO
PRIMEIRO ANO DE VIDA

Tese de Doutorado, apresentada ao curso de Pós-Graduação em Enfermagem - Doutorado - Área de concentração: Cuidado e Educação em Saúde e Enfermagem, da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM/RS), como requisito parcial par obtenção do título de **Doutor em Enfermagem**

Orientadora: Dra Eliane Tatsch Neves

Santa Maria, RS
2018

Jantsch, Leonardo Bigolin
Condições de Saúde de Prematuros Moderados e Tardios
no Primeiro ano de vida / Leonardo Bigolin Jantsch.-
2018.
194 p.; 30 cm

Orientadora: Eliane Tatsch Neves
Tese (doutorado) - Universidade Federal de Santa
Maria, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós
Graduação em Enfermagem, RS, 2018

1. Condições de Saúde 2. Lactente Prematuro 3. Doenças
Agudas 4. Fatores Epidemiológicos 5. Serviços de Saúde I.
Neves, Eliane Tatsch II. Título.

Leonardo Bigolin Jantsch

CONDIÇÕES DE SAÚDE DE PREMATUROS MODERADOS E TARDIOS NO
PRIMEIRO ANO DE VIDA

Tese de Doutorado, apresentada ao curso de Pós-Graduação em Enfermagem –Doutorado- Área de concentração: Cuidado e Educação em Saúde e Enfermagem, da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM/RS), como requisito parcial par obtenção do título de Doutor em Enfermagem

Aprovado em 10 de Agosto de 2018

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

Beatriz Rosana Gonçalves de Oliveira Toso, Dra (UNIOESTE)

Angela Regina Maciel Weinmann, Dra. (UFSM)

Cristiane Cardoso de Paula, Dra. (UFSM)

Andrea Moreira Arrué, Dra. (FIOCRUZ)

Neila Santini de Souza, Dra. (UFSM)

Aline Cammarano Ribeiro Dra. (UFSM)

**Santa Maria, RS
2018**

AGRADECIMENTOS

É tão pouco o que palavras possam representar nesse momento de agradecimento e tão clichê falar que é difícil escrever e agradecer. Talvez por que não seja implícito jogar os esforços de todos em um programa estatístico e ver a significância dessa análise, ou mesmo, utilizar a análise de conteúdo para entender o que cada esforço quis realmente contribuir para a construção dessa tese.

Sozinho ninguém alcança nada, e por isso tenho tanto a agradecer!

A Deus, pela presença constante em minha vida, guiando, fortalecendo, encorajando e apoiando nas decisões, sim eu sei que ele está junto de mim!

Aos meus pais, pelo apoio incansável e o reconhecimento da importância deles na minha vida! Ser exemplo é motivador e isso fez com que eu chegasse até aqui. Entender que o apoio deles, NÃO começou em 2015, mas sim, desde que me reconheço por gente!

Acho que o que define é: amor, gratidão e reconhecimento.

Agradeço a minha irmã, independente de distância ou mesmo na convivência diária, sempre esteve ao meu lado!

Um AGRADECIMENTO especial a minha eterna orientadora, segunda mãe, pesquisadora, referência, Eliane! Foi ela quem me incentivou e sempre dizia: Vai dar certo! Desde 2011, quando ingressei no Grupo de Pesquisa CRIANDO, até ontem, antes de colocar o ponto final nessa tese! Ela acreditou no sonho em me tornar um Pesquisador na Saúde da Criança!

Aos Colegas do grupo de pesquisa CRIANDO! Meus colegas, amigos e parceiros que sempre trabalharam comigo na amizade e parceria! Desde a Andrea que esteve lá no início, ajudando nos cálculos de prevalência à Jaque, que agora, de forma mais complicada, discutimos e aprendemos estatística!

Um AGRADECIMENTO especial para os BOLSISTAS: Raphael, Isadora, Amanda, Eduardo e a mestranda Natana, que foram incansáveis comigo, nesses dois anos de coleta de dados!

Aos participantes do estudo, que de forma voluntária e amigável, permitiam que entrássemos nas suas vidas e escutássemos as condições de saúde desses prematuros!

Aos meus amigos, que tão importante quanto qualquer processo de formação acadêmica, estiveram ao meu lado e sempre pude chamá-los realmente de amigos, em especial ao Mateus e a Dani!

Ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, professores e funcionários que contribuíram para formação, em especial às professoras: Elisabeta e Cristiane as quais sempre tiveram carinho e são, para mim, exemplos na docência e na formação enquanto pesquisador.

Às Professoras da Banca Examinadora por aceitarem o convite, pelo tempo dedicado e disposição em compartilhar este momento comigo. É um imenso prazer dividir esse momento com vocês. Com certeza foram fundamentais para o desenvolvimento e conclusão deste estudo.

À Universidade Federal de Santa Maria, na qual já faço parte como discente há 9 anos, e que sempre me acolheu muito bem!

Enfim, a todos que de alguma maneira colaboraram...

Meu muito obrigado!

Epígrafe

“Aqueles que se sentem satisfeitos sentam-se e nada fazem.
Os insatisfeitos são os únicos benfeitores do mundo.” (Walter S. Landor)

RESUMO

CONDIÇÕES DE SAÚDE DE PREMATUROS MODERADOS E TARDIOS NO PRIMEIRO ANO DE VIDA

AUTOR: Enf^o Ms. Leonardo Bigolin Jantsch
ORIENTADORA: Enf^a Dra. Eliane Tatsch Neves

Prematuros Moderados e Tardios (PMTMT), Idade Gestacional no intervalo de 32 semanas a 36 semanas e seis dias, representam altas taxas de sobrevivência nos serviços de saúde. Esses prematuros, considerando os Tardios “quase a termo”, e suas demandas da prematuridade permanecem invisíveis às especialidades pós-alta hospitalar. Assim, tem-se por objetivo: Analisar as condições de saúde de prematuros moderados e tardios no primeiro ano de vida. Utilizou-se como marco conceitual a Condição de Saúde e as Redes de Atenção à Saúde (RAS). Trata-se de um estudo misto, na abordagem quantitativa, caracteriza-se como um estudo epidemiológico, longitudinal e na etapa qualitativa, descritivo exploratório. Na etapa quantitativa, foram acompanhados 151 PMTMT, em análise inicial, com percentual de 28% de perdas ao final do primeiro ano de acompanhamento. Para coleta dos dados foram aplicados formulários, cuja finalidade era avaliar o desfecho para desenvolvimento de condições crônicas e agudas de saúde na população estudada. O instrumento de acompanhamento foi aplicado via telefone, a cada três meses, pelos pesquisadores, até que a criança completasse um ano de vida. Na etapa qualitativa, buscou-se conhecer a construção da rede de saúde desses prematuros por meio de entrevista semiestruturada com 15 cuidadores/familiares de prematuros que desenvolveram condições crônicas e agudas de saúde. Os dados quantitativos foram analisados por meio da estatística analítica e os dados qualitativos por meio da análise de conteúdo temática. O estudo foi aprovado pelo comitê de ética sob parecer número 2.167.071: e seguiu as recomendações da resolução nº 466/2012. Dos nascidos no hospital do estudo, 20% foram PMTMT, 14% destes possuíam Demanda Específica de Saúde no momento da alta hospitalar. Na alta, 99% deles foram encaminhados para algum serviço de saúde. O primeiro contato desses prematuros com a rede de saúde após a alta foi ausente e desarticulado, ocasionando vínculo frágil e ausência de acompanhamento em saúde dessa população. A prevalência de Condição Crônica em Saúde foi de 20% a 12% da população de PMTMT ao longo do primeiro ano de vida, sendo significativamente mais frequente nos moderados e com maior prevalência no terceiro mês de vida. Os agravos Agudos apresentaram tendência linear ao longo do primeiro ano de vida. As afecções gastrointestinais foram mais intensas nos primeiros meses e a alergia de pele e as afecções respiratórias mais frequentes ao final do primeiro ano de vida. A rede de seguimento em saúde desses prematuros se apresenta de forma fragmentada, sendo traduzida pelo atendimento das afecções agudas em serviços de urgência e emergência. O acesso precoce a Atenção Primária à Saúde (APS) é considerado fator decisivo para a organização dos serviços em RAS, em que a APS se torna coordenadora desse cuidado. Conclui-se que prematuros moderados e tardios apresentam demandas habituais e especializadas de saúde, especialmente nos primeiros meses de vida, que requerem resposta organizada e articulada dos serviços.

Descritores: Lactente Prematuro; Fatores Epidemiológicos; Doença Aguda; Doença Crônica; Serviços de Saúde; Saúde da Criança.

ABSTRACT

HEALTH CONDITIONS OF MODERATE AND LATE PREMATURES IN THE FIRST YEAR OF LIFE

AUTHOR: Enf^o Ms. Leonardo Bigolin Jantsch
ADVISOR: Dr. Eliane Tatsch Neves

Moderate and Late Prematurity (PMTMT), Gestational Age in the range of 32 weeks to 36 weeks and 6 days, represent high survival rates in health services. These preterm infants, considering the "near-term" late, and their demands for prematurity remain invisible to post-discharge hospital specialties. Thus, the objective is: To analyze the health conditions of moderate and late preterm infants in the first year of life. The Health Condition and Health Care Networks (RAS) were used as a conceptual framework. It is a mixed study, in the quantitative approach, characterized as an epidemiological study, longitudinal and in the qualitative, descriptive exploratory stage. In the quantitative stage, 151 PMTMT were followed in the initial analysis, with a percentage of 28% of losses at the end of the first year of follow-up. To collect the data, forms were applied, whose purpose was to evaluate the outcome for the development of chronic and acute health conditions in the study population. The monitoring instrument was applied by telephone, every three months, by the researchers, until the child completed one year of life. At the qualitative stage, we sought to know the construction of the health network of these premature infants through a semi-structured interview with 15 caregivers / relatives of premature infants who developed chronic and acute health conditions. Quantitative data were analyzed through analytical statistics and qualitative data through thematic content analysis. The study was approved by the ethics committee under opinion number 2.167.071: and followed the recommendations of resolution n^o 466/2012. Of those born in the study hospital, 20% were PMTMT, 14% of whom had a Specific Health Care at the time of hospital discharge. At discharge, 99% of them were referred to some health service. The first contact of these preterm infants with the post-discharge health network was absent and disarticulated, causing a weak link and lack of follow-up in the health of this population. The prevalence of Chronic Health Condition was 20% to 12% of the PMTMT population during the first year of life, being significantly more frequent in moderates and with a higher prevalence in the third month of life. Acute injuries presented a linear trend throughout the first year of life. Gastrointestinal conditions were more intense in the first months and skin allergy and respiratory conditions more frequent at the end of the first year of life. The health follow-up network of these preterm infants presents in a fragmented way, being translated by the attendance of the acute affections in emergency and emergency services. Early access to Primary Health Care (PHC) is considered to be a decisive factor in the organization of PHC services, where PHC becomes the coordinator of care. We conclude that moderate and late preterm infants present habitual and specialized health demands, especially in the first months of life, which require an organized and articulated response from services.

Keywords: Premature Infant; Epidemiological Factors; Acute Disease; Chronic disease; Health Services; Child Health.

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 - Frequência e tendência do desenvolvimento de condições crônicas e agravos agudos no primeiro ano de vida de prematuros moderados e tardios. Brasil, 2018.	91
Gráfico 2 - Tendência da frequência relativa dos eventos agudos gastrointestinais durante o primeiro ano de vida, estratificados trimestralmente. Santa Maria, 2018.	95
Gráfico 3 - Tendência da frequência relativa da alergia de pele durante o primeiro ano de vida, estratificados trimestralmente. Santa Maria, 2018.	97
Gráfico 4 - Tendência da frequência dos eventos agudos gastrointestinais durante o primeiro ano de vida, estratificados trimestralmente. Santa Maria, 2018.	99

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Distribuição dos participantes do estudo de acordo com critérios de seleção no período de 15 de maio de 2016 à 14 de maio de 2017. Brasil, 2018.....	63
Tabela 2 - Frequência da idade gestacional, classificada por semana gestacional, estratificadas por prematuridade tardia e moderada. Brasil, 2018.	65
Tabela 3 - Perdas de acompanhamento durante período de coleta dos dados. Brasil, 2018.	66
Tabela 4 - Associação das variáveis obstétricas associadas ao nascimento de prematuros moderados e tardios. Brasil, 2018.	67
Tabela 5 - Correlação dos fatores obstétricos associados a idade gestacional de prematuros moderados e tardios. Brasil, 2018.	69
Tabela 6 - Fatores neonatais associados ao nascimento de prematuros moderados e tardios. Brasil, 2018.....	70
Tabela 7 - Correlação dos fatores neonatais imediatos e de internação hospitalar associados à idade gestacional de prematuros moderados e tardios. Brasil, 2018.	71
Tabela 8 - Variáveis clínicas imediatas associadas à prematuros moderados e tardios. Brasil, 2018.....	72
Tabela 9 - Intercorrências clínicas associadas à prematuridade moderada e tardia durante a internação hospitalar. Brasil, 2018.	73
Tabela 10 - Fatores associados a alimentação e demanda na alta hospitalar de prematuros moderados e tardios. Brasil, 2018.	74
Tabela 11 - Caracterização socioeconômicas dos prematuros moderados e tardios, residentes no município de Santa Maria. Brasil, 2018.	78
Tabela 12 - Frequência e intensidade das condições agudas e crônicas de saúde de prematuros moderados e tardios, no terceiro mês de vida. Brasil, 2018.	92
Tabela 13 - Prevalência e intensidade das condições agudas e crônicas de saúde de prematuros moderados e tardios no sexto mês de vida. Brasil, 2018.....	92
Tabela 14 - Prevalência e intensidade das condições agudas e crônicas de saúde de prematuros moderados e tardios no nono mês de vida. Brasil, 2018.	93
Tabela 15 – Prevalência e intensidade das condições agudas e crônicas de saúde de prematuros moderados e tardios, no 12º mês de vida. Brasil, 2018.....	94
Tabela 16 - Correlação da idade com a intensidade de agravos agudos durante o primeiro ano de vida de prematuros moderados e tardios. Santa maria, rs.2018.....	103
Tabela 17 - Correlação dos fatores neonatais associados a intensidade dos agravos agudos no primeiro trimestre de vida de prematuros moderados e tardios. Santa maria, 2018.	105
Tabela 18 - Correlação dos fatores neonatais associados a intensidade dos agravos agudos no sexto mês de vida de prematuros moderados e tardios. Santa Maria, 2018. ...	106
Tabela 19 - Correlação dos fatores neonatais associados a intensidade dos agravos agudos no nono mês de vida de prematuros moderados e tardios. Santa Maria, 2018.....	107
Tabela 20 - Correlação dos fatores neonatais associados a intensidade dos agravos agudos no 12º mês de vida de prematuros moderados e tardios. Santa Maria, 2018.	108
Tabela 21 - Fatores neonatais e socioeconômicos associados ao desenvolvimento de condições crônicas no primeiro ano de vida de prematuros moderados e tardios. Santa Maria, RS.....	109

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Descrição dos símbolos utilizados na caracterização da rede de atenção dos prematuros. Brasil, 2018.....	124
Figura 2 - Caracterização e condições de saúde P2 no terceiro mês de vida. Brasil, 2018.	125
Figura 3 - Caracterização e condições de saúde P3 no terceiro mês de vida. Brasil, 2018.	126
Figura 4 - Caracterização e condições de saúde P4 no terceiro e sexto mês de vida. Brasil, 2018.	127
Figura 5 - Caracterização e condições de saúde P5 no terceiro mês de vida. Brasil, 2018.	128
Figura 6 - caracterização e condições de saúde P6 no terceiro e sexto mês de vida. Brasil, 2018.	130
Figura 7 - Caracterização e condições de saúde P7 no terceiro mês de vida. Brasil, 2018.	132
Figura 8 - Caracterização e condições de saúde P12 no terceiro, sexto e nono mês de vida. Brasil, 2018.....	133
Figura 9 - Caracterização e condições de saúde P8 no terceiro e sexto mês de vida. Brasil, 2018.	134
Figura 10 - Caracterização e condições de saúde dos gemelares de P11 no terceiro mês de vida. Brasil, 2018.....	136
Figura 11 - Caracterização e condições de saúde P9 no terceiro e sexto mês de vida. Brasil, 2018.	137
Figura 12 - Caracterização e condições de saúde P10 no terceiro e sexto mês de vida. Brasil, 2018.....	138
Figura 13 - Caracterização e condições de saúde P14 no terceiro e sexto mês de vida. Brasil, 2018.....	138
Figura 14 - Caracterização e condições de saúde P15 no terceiro, sexto e nono mês de vida. Santa Maria, 2018.....	139
Figura 15 - Característica crônica ou pela agudização da condição crônica de P13	141
Figura 16 - Síntese da organização e relações dos serviços na rede de atenção à saúde de prematuros moderados e tardios no primeiro ano de vida. Brasil, 2018.	142

LISTA DE QUADROS

Quadro 1- Atributos da aps e aspectos conceituais estabelecidos por starfield (2002). Santa maria, 2018.	40
Quadro 2 - Descrição das variáveis independentes utilizadas no estudo. Brasil, 2018..	49
Quadro 3 - Caracterização das variáveis dependentes, analisadas no estudo. Brasil, 2018.	56
Quadro 4 - Descrição dos símbolos utilizados na caracterização da rede de atenção dos prematuros. Brasil, 2018.....	123
Quadro 5 - Apresentação dos atributos da aps na rede de atenção dos prematuros moderados e tardios no primeiro ano de vida. Brasil, 2018.	147
Quadro 6 - Análise dos sistemas de saúde de prematuros moderados e tardios, durante seu primeiro ano de vida. Brasil, 2018.	154

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABEP	Associação Brasileira de Empresas de Pesquisas
APS	Atenção Primária a Saúde
AIDPI	Atenção Integral as Doenças Prevalentes na Infância
AIG	Adequado para Idade Gestacional
CAAE	Certificado de Apresentação para Apreciação Ética
CO	Centro Obstétrico
CRIANES	Crianças com Necessidades Especiais de Saúde
DCNT	Doenças Crônicas Não-Transmissíveis
DHEG	Doença Hipertensiva Específica da Gestação
DM	Diabete Mellitus
DMG	Diabete Mellitus Gestacional
DPP	Descolamento Prematuro da Placenta
GEP	Gerência de Ensino e Pesquisa
GIG	Grande para Idade Gestacional
HUSM	Hospital Universitário de Santa Maria
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IG	Idade gestacional
LILCAS	Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde
NES	Necessidades Especiais de Saúde
OMS	Organização Mundial da Saúde
PA	Pronto Atendimento
PAM	Pronto Atendimento Municipal
PAHUSM	Pronto Atendimento do Hospital Universitário de Santa Maria
PAISC	Programa de Assistência Integral à Saúde da Criança
PIG	Pequeno para Idade Gestacional
PMT	Prematuro
RAS	Rede de Atenção à Saúde
RCIU	Retardo de Crescimento Intrauterino
RN	Recém-Nascido

RNPMT	Recém-Nascido Prematuro
TMI	Taxa de Mortalidade Infantil
TPP	Trabalho de Parto Prematuro
UFSM	Universidade Federal de Santa Maria
UTIN	Unidade de Terapia Intensiva Neonatal

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	17
INTRODUÇÃO	19
2 OBJETIVOS	27
2.1 Objetivo Geral.....	27
2.2 Objetivos Específicos	27
3 MARCO CONCEITUAL	29
3.1 Condição de Saúde.....	28
3.1.1 Condição Crônica de Saúde	29
3.1.2 Condição Crônica na Infância	30
3.1.3 Condições Agudas de Saúde	33
3.1.3.1 Condição Agudas de Saúde na Infância	33
3.2 Redes de Atenção à Saúde (RAS).....	35
3.2.1 Organização das RAS	36
3.2.2 Atenção Primária à Saúde	37
4 MATERIAS E MÉTODO	40
4.1 Delineamento do Estudo	40
4.1.1 Etapa Quantitativa	41
4.1.2 Etapa Qualitativa	41
4.2 Cenário do Estudo.....	42
4.3 Período de Coleta de Dados e Participantes do Estudo	42
4.4 Técnica de Coleta e Análise de Dados.....	44
4.4.1 Procedimentos para coleta dos dados	44
4.4.2 Descrição das Variáveis e Análise dos Dados	48
4.5 Implicação Metodológica para Consolidação da Tese.....	58
4.6 Aspectos éticos	58
5 RESULTADOS E DISCUSSÕES	60
5.1 Caracterização dos Participantes	61
5.2 As Condições de Saúde Imediatas de Recém-Nascidos Prematuros Moderados e Tardios	66
5.2.1 Discutindo as características obstétricas e as condições de saúde imediatas de recém-nascidos prematuros moderados e tardios	78
5.3 As Condições Crônicas e Agudas de Recém-Nascidos Prematuros Moderados e Tardios	90
5.3.1 Discutindo as condições crônicas e agudas de recém-nascidos prematuros moderados e tardios	114
5.4 A (Des)Constituição da Rede de Atenção à Saúde de Recém-Nascidos Prematuros Moderados e Tardios	122
5.4.1 Discutindo a (Des)Constituição da Rede de Atenção à Saúde de Recém-Nascidos Prematuros Moderados e Tardios	143
CONSIDERAÇÕES FINAIS	155
REFERÊNCIAS	158
APÊNDICE A – Roteiro da Entrevista Semiestruturada	174
APÊNDICE B – Instrumento de Coleta de Dados - Etapa Quantitativa	176
APÊNDICE C – Instrumento de Coleta de Dados - Etapa Quantitativa (Perfil Socioeconômico)	180
APÊNDICE D – Instrumento de Coleta de Dados - Etapa Quantitativa (Condição Aguda de Saúde)	182
APÊNDICE E – Instrumento de Coleta de Dados - Etapa Quantitativa (Condição Crônica de Saúde)	183

APÊNDICE F – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	184
APÊNDICE G – Termo de Assentimento Livre e Esclarecido	187
APÊNDICE H – Termo de Confidencialidade dos Dados	188
ANEXO A – Autorização para Recorte de Screener	189
ANEXO B – Autorização para Utilização e Recorte do instrumento “Avaliação da Qualidade de Vida em Crianças de 8 meses a 5 anos de idade”	190
ANEXO C – Carta Aprovação Comitê de Ética	191

APRESENTAÇÃO

Minha trajetória dentro da saúde da criança, acende discussões que vão muito além da minha formação pessoal e experiência profissional. Estabelecer uma relação de empatia com crianças, permitiu meu engajamento com a saúde de crianças, muito antes de ingressar na academia. Gostar de Cuidar de crianças, talvez foi o sentimento que levou a de forma irracional, inicialmente, a procurar a formação de Enfermeiro.

Em 2009, aos 16 anos de idade, iniciei minha Graduação em Enfermagem, na Universidade Federal de Santa Maria, campus de Palmeira das Missões. Logo, de forma ainda muito imatura, houve o engajamento em pesquisas, bem como atividades de extensão que me permitiram o pontapé inicial à temática da saúde da criança. A participação e a oportunidade ímpar em participar de dois projetos na área pediátrica, fortaleceram a relação, ainda em construção, com a área da saúde da criança. A saber os projetos: o primeiro, o qual teve forte influência, principalmente, na minha escolha acadêmica neonatal e sua repercussão na perspectiva do SUS e da APS: “Prevalência do Aleitamento Materno em Populações Assistidas por ESF no município de Palmeira das Missões”, e o segundo, o projeto de extensão: “Cuidar de Crianças de 0- 5 anos de idade no domicílio”, o qual me direcionou a aspectos do cuidado ao pré-escolar, por população adolescente, pautado na educação em saúde à adolescentes para o cuidado de irmãos/afins dentro do domicílio.

A inserção nesses dois projetos foi decisiva na escolha da enfermagem pediátrica e neonatal. A necessidade de crescer e “alimentar” o interesse pela temática foi o que me trouxe a Santa Maria (transferência para curso de Enfermagem do CCS/UFSM) e a ingressar no Grupo de Pesquisa CRIANDO, coordenado pela Prof^a. Dra. Eliane Tatsch Neves. A pesquisa surge nesse cenário, dentro da graduação, com a possibilidade de inserção em pesquisas vigentes no grupo de pesquisa. Os projetos de pesquisa desenvolvidos durante minha formação acadêmica balizavam as temáticas da saúde do neonato e da criança

Essa construção teórico/prática desenvolvida durante minha formação acadêmica, guiou-me para realização: da especialização em Enfermagem Pediátrica e Neonatal juntamente com o Mestrado Acadêmico, dentro da área da neonatologia, no início de 2013. Esse crescimento teórico e a repercussão de minhas vivência acadêmicas, orientaram minha procura nos serviços de saúde, com o intuito de atuar como enfermeiro na atenção à saúde da criança e recém-nascido.

Minha atuação enquanto enfermeiro neonatologista surgiu no ano de 2013 com o ingresso no serviço de UTI Neonatal do hospital da UNIMED em Ijuí e posterior, a partir de 2014 até início de 2018, atuando no serviço de Terapia Intensiva Neonatal do Hospital Universitário de Santa Maria.

Nesses quatro anos, aconteceram várias atividades que iniciaram e fecharam vários ciclos profissionais e pessoais. Em 2014 aconteceu o fechamento do ciclo Mestrado em Enfermagem, com a defesa de dissertação voltada a terapia intravenosa neonatal e o início de minha carreira enquanto docente na Graduação em Enfermagem da Faculdade Integrada de Santa Maria (FISMA)- atuação essa, que me desafiava diariamente, visto que as aulas fugiam da minha área de conhecimento da enfermagem pediátrica e neonatal.

Ao ingressar no doutorado em 2015, ainda atuante como docente na FISMA e enfermeiro assistencial na UTI Neonatal do HUSM, questionei-me quanto a área de seguimento na pesquisa para o desenvolvimento de minha tese. Na ocasião existiam duas possibilidades: a primeira, seria seguir na área já trabalhada no mestrado e estudar mais acerca da terapia intravenosa neonatal; já a segunda era buscar compreender o que a minha inquietação profissional me desassossegava: o que acontece com os prematuros, que com mais de 32 semanas de IG dão alta do serviço de UTI e possuem demandas específicas? são reconhecidos por qual serviço? Que profissionais? Quais suas demandas de Saúde?

Com o apoio do grupo de pesquisa e da orientadora, a segunda possibilidade foi adotada como proposta de pesquisa. Conhecer a condição de saúde dos prematuros, principalmente após a alta hospitalar, por um método longitudinal causou um pouco de estranheza, visto tamanho do desafio que estariam por vir. Contudo, as provocações são aceitas e contribuem para a construção do conhecimento, seja ele para a ciência ou para formação pessoal.

INTRODUÇÃO

Estima-se que a cada ano cerca de 15 milhões de recém-nascidos nasçam prematuros, e esse número só tende a aumentar, visto a crescente demanda de complicações pré-natais e cesáreas eletivas (OMS, 2015; BALBI, CAVALHÃES, PARADA, 2016). O nascimento prematuro e as complicações relacionadas à prematuridade foram as principais causas de morte em crianças menores de 5 anos de idade no mundo em 2013, o que culminou em quase um milhão de mortes (OMS, 2015).

Atualmente, os índices de prematuridade em países subdesenvolvidos representam 18% dos nascidos vivos, enquanto que no Brasil, essa prevalência atinge 10,8% dos nascidos, indicando a necessidade de qualificação dos serviços. Além da preocupação com os índices de sobrevivência dessas crianças, existe uma inquietação atual com a qualidade dessa sobrevida, devido a um aumento significativo na sobrevivência de prematuros (PMT), com as mais distintas idades gestacionais (IG) e peso ao nascer (UNICEF, 2013, BRASIL, 2018).

O aumento da sobrevida de Recém-Nascidos Prematuros (RNPMT) nas últimas décadas é inegável. Isto se deve à qualificação no campo da neonatologia e da assistência à saúde do recém-nascido nos serviços de saúde. Prematuros ou pré-termos são considerados os Recém-Nascidos (RN) com IG inferior a 37 semanas (OMS, 2015), o que resulta num grupo heterogêneo de crianças com idades próximas ao termo, ou ainda aquelas com idade gestacional abaixo de 32 semanas, considerados extremos ou muito prematuros (RODRIGUES, SILVA, 2011; MIRANDA, CUNHA, GOMES, 2010; OMS, 2015).

A inquietação na assistência à criança surgiu na Europa, no momento em que decaíram as taxas de natalidade e houve a necessidade de implantação de programas de acompanhamento de saúde da criança. Nessa perspectiva, surgiu o Movimento para a Saúde da Criança, entre os anos de 1870 e 1920, cujo objetivo era qualificar a assistência à saúde desta clientela e que assim, naquele contexto, aumentaria a sobrevida desses futuros adultos. A preocupação com a sobrevida dos RN também emergiu nesse contexto. No início do século XX, na França, surgiram as primeiras especialidades médicas pediátricas e a criação de material tecnológico para essa assistência, como incubadoras, por exemplo (LUSSKY, 1999).

Recém-nascidos prematuros considerados, até então, seres frágeis e inviáveis, tornam-se uma nova clientela nos serviços, tendo em vista a possibilidade de

sobrevivência. Dentre estes RN, os prematuros tardios e suas demandas clínicas, foram o primeiro grupo a ser acompanhado, considerando que eles necessitavam de um menor aporte tecnológico com possibilidade de sobrevivência em tempos de desenvolvimento de tecnologias. Posteriormente, com o domínio da sobrevida desse grupo de prematuros, surge o grupo dos prematuros moderados e suas demandas clínicas na assistência. Estes, por sua vez, apresentavam uma necessidade de maior aporte tecnológico e conhecimento teórico/prático. O grupo dos prematuros extremos surge, posteriormente, como um desafio para a assistência, devido a sua fragilidade e complexidade, contudo, com o avanço tecnológico e teórico/científico, a sobrevida destes RN, atualmente, é significativa (LUSSKY, 1999).

A Organização Mundial da Saúde (OMS, 2015) classifica os RN nascidos com menos de 37 semanas de IG em subcategorias com base na idade gestacional, a saber: Extremamente prematuros (<28 semanas); Muito prematuros (28 a <32 semanas) e Moderados a Tardios prematuros (32 a <37 semanas); Muito Prematuros com IG inferior a 32 semanas, cujas taxas de sobrevivência giram em torno de 80%, exigem dos serviços de saúde assistência imediata em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN) e na sequência seguimento em serviços especializados de acompanhamento no pós-alta, tendo em vista a sua fragilidade clínica em decorrência da prematuridade extrema (MOREIRA, LOPES, CARVALHO, 2004).

Prematuros Moderados - IG no intervalo de 32 semanas a 33 semanas e seis dias - representam 18% dos nascimentos prematuros e estão intimamente associados a alterações neonatais precoces, especialmente às alterações respiratórias e metabólicas, e apresentam altas taxas de sobrevivência. Já os Prematuros Tardios - IG no intervalo de 34 semanas a 36 semanas e seis dias - cuja sobrevida aproxima-se da totalidade, representam cerca de 70% dos nascimentos prematuros e, muitas vezes, não apresentam importantes alterações clínicas imediatas, sendo considerados prematuros “quase a termos”. (MENDONZA, LACKRITZ, 2012; ENGLE, 2006).

Por meio de busca no DataSUS (2018) e a construção da tendência temporal dos nascidos vivos, destaca-se a crescente prevalência de bebês nascidos no intervalo de 32 a 36 semanas de IG nos três cenários analisados, enfatizando o início da segunda década do século XXI (maiores índices) e sua manutenção nos últimos anos. No cenário gaúcho e brasileiro, as taxas de nascimento de PMT Tardios e Moderados, giravam em torno de 6%, no início do século XXI, para tanto, no ano de 2012, ano de maior prevalência desses nascimentos, as estatísticas quase dobram e as taxas se mantem em 10% dos nascidos

vivos. Para a população de Santa Maria (RS), essas taxas se mantiveram sempre maiores, uma tendência temporal de manutenção a qual gira em torno de 13% dos nascidos vivos. (BRASIL, 2018)

Quando comparados aos demais nascidos prematuros (menores de 32 semanas de IG), RN prematuros tardios e moderados representam juntos, cerca de 80% dos prematuros nos Estados Unidos, enquanto no Brasil, a prevalência chega a 88% dos partos prematuros, o que representa uma clientela elevada destas crianças, especialmente em serviços de atenção especializada (VOHR, 2013; BRASIL, 2013).

A manutenção das elevadas taxas de nascimento prematuros nos últimos anos, instiga a necessária discussão sobre as características de sobrevivência dessas crianças além de reconhecer suas demandas, imediatas e tardias, de saúde, que decorrem de um nascimento prematuro.

No que se refere às morbidades clínicas/somáticas, vários autores descrevem de forma isolada, há a prevalência de morbidades que afetam com maior risco prematuros moderados e tardios. Segundo estes autores, existe uma elevada incidência de reinternações de prematuros tardios no primeiro mês, tendo em vista que esses recebem alta do serviço de forma mais precoce, e com rotinas de RN a termo, por serem considerados RN quase a termo. Essas reinternações estão intimamente associadas aos diagnósticos de icterícia, dificuldades de alimentação, desidratação, sepse, apneia, problemas respiratórios e hipotermia (ENGLE, TOMASHEK, WALLMAN, 2007; JAIN, CHENG, 2006; KUZNIEWICZ et al., 2013; DONG, YU, 2011; RAY, LORCH, 2013).

A reinternação no primeiro mês de vida é mais frequente em prematuros tardios do que em moderados, devido à alta precoce dos tardios, já que os moderados permanecem por mais tempo nas unidades neonatais, dadas as alterações clínicas imediatas mais graves (KUZNIEWICZ et al., 2013).

Ainda, no que tange aos aspectos de morbidades, autores destacam que, prematuros moderados que não foram amamentados, estão mais propensos a serem desnutridos no primeiro ano de vida, quando comparados aos RN a termo ou tardios (McDONALD et al., 2013). Diminuição da sucção e dificuldades para sugar são características de prematuros, que precisam ser manejadas no momento da alta com estratégias como a ordenha do leite materno e a oferta de forma eficaz (MEIER et al., 2013).

Outra característica que altera a condição de saúde, são os indicativos de anemia, mais frequentes em prematuros moderados e tardios do que em RN a termo, devido a

níveis menores de ferritina e hemoglobina até o segundo mês de vida (OZDEMIR et al., 2013). Aspectos relacionados ao crescimento também são destacados na literatura, visto que prematuros tardios possuem *déficits* de peso e estatura aos doze meses de idade.

Szabo et al., (2012), realizaram estudo de coorte cujo grupo de exposição eram prematuros tardios e moderados e o grupo controle RN a termo. A partir disso, destacaram que 57 de 459 crianças nascidas prematuras (12,4%) foram hospitalizadas no primeiro ano de vida por infecção de trato respiratório grave em relação a 468 (6,7%) de 7.029 recém-nascidos a termo que apresentaram infecção respiratória grave no mesmo período. Assim, esse estudo retrata a fragilidade clínica de prematuros no que tange a morbidades respiratórias.

Em relação aos aspectos de desenvolvimento e cognição, estudos apontam que prematuros tardios, sem correção da idade gestacional, apresentam escores menores de desenvolvimento no primeiro ano de vida quando comparados a RN a termo. Entretanto, quando foram corrigidas as idades gestacionais desses prematuros, não houve diferença significativa nos escores de desenvolvimento. Os autores sugerem, ainda, que avaliações de desenvolvimento sempre sejam realizadas com a idade gestacional corrigida, mesmo quando prematuros tardios (MORAG et al., 2013; ROMEO et al., 2010).

Quanto aos aspectos de neurodesenvolvimento, autores destacam que prematuros tardios, pequenos para idade gestacional, apresentam risco maior de atraso no desenvolvimento nos dois primeiros anos de vida, do que RN a termo, independente da IG corrigida ou não (ROMEO et al., 2010). Também, em prematuros tardios, estudo que analisou risco para atraso no desenvolvimento de 1667 em crianças chilenas, identificou que o risco para atraso dobra em prematuros tardios, quando comparados àqueles a termo, no período do 8º ao 18º mês de vida, em comparação com RN nascidos a termo, com idade gestacional corrigida (SCHONHAUT, ARMIJO, PÉREZ, 2014).

Existem evidências de que sobreviventes prematuros moderados e tardios estão em maior risco para apresentar deficiências neurológicas e problemas de desenvolvimento e, por consequência, apresentam alteração nas condições de saúde. Estas, por sua vez, cronificam-se ou agudizam-se, podendo acarretar demandas para os serviços de atenção à saúde (MORAG et al., 2013; ROMEO et al., 2010; SCHONHAUT, ARMIJO, PÉREZ, 2014).

Destaca-se a fragilidade clínica e de desenvolvimento que prematuros tardios e moderados estão sujeitos no primeiro ano de vida, decorrente da sua condição de “ser

prematureo”. Apresentam demandas agudas e crônicas que até então são estudadas isoladas e percebidas mais como causa e efeito.

Quanto às condições crônicas, estudo nacional apontou que 12,7% dos egressos da terapia intensiva neonatal desenvolveram condições crônicas no pós-alta hospitalar, contudo não delimitando a idade gestacional (TAVARES et al., 2015). Estudo realizado em um hospital de ensino no sul do Brasil revelou que 75% dos egressos da terapia intensiva neonatal eram crianças com necessidades especiais de atenção à saúde (CRIANES) (NEVES, CABRAL, 2009).

Dados epidemiológicos de crianças com condição crônica, que se inserem no grupo das CRIANES, apontam que, nos Estados Unidos da América, oscilou entre 12,8% e 19,2%, no último decênio (CAHMI, 2012), com destaque para os problemas comportamentais e emocionais que, ao longo deste período, vêm apresentando uma incidência cada vez maior. No Brasil, para esta população, as condições clínicas mais comuns, apresentadas pelas CRIANES, são alergias, asma, hiperatividade, depressão, ansiedade e agravos emocionais (ARRUÉ; NEVES; TERRA, 2013).

Em Santa Maria (Rio Grande do Sul/Brasil), estudo de Arrué; Neves; Mathias (2014) identificaram as CRIANES como uma clientela representativa entre os egressos da UTIN, representando 16% dos recém-nascidos em atendimento nos ambulatórios de pediatria da mesma instituição. Nesse estudo, as CRIANES necessitaram de internação e tratamento o que contribuiu para a garantia de sua sobrevivência; e os principais motivos da internação foram por causas respiratórias, prematuridade e disfunções neurológicas (ARRUÉ, NEVES, MATHIAS, 2014)

A partir de busca na literatura¹, destaca-se a inexistência de dados que descrevem as condições crônicas ou agudas, e sim, de estudos que retratam e acompanham lactentes no seu primeiro ano de vida, numa perspectiva focada em morbidades específicas, ou seja, os estudos não utilizam referenciais de condição crônica e/ou aguda e suas características para estudos epidemiológicos com essa população.

Quanto as demandas clínicas de saúde, aspectos de morbimortalidade e de alterações de desenvolvimento, de prematuros tardios e moderados, residem lacunas sobre o reflexo dessas nas condições de saúde agudas e crônicas dessas crianças. Além

¹Estado de revisão narrativa realizado na base de dados PubMed, utilizando estratégias de busca com as palavras: “last preterm” OR “early term” OR “moderately term” OR “moderate preterm” AND “preterm” AND “Newborn” no mês de janeiro de 2017. Com a estratégia de busca foram encontrados 923, que partindo de critérios de seleção, baseados em identificar morbidades em lactentes que nasceram prematuros (Tardios e Moderados), foram analisados 37 artigos que compuseram o *corpus* da pesquisa.

disso, o suporte necessário das redes de atenção à essa população, inquieta, considerando que muitos recebem alta precoce dos serviços e não tem continuidade de seguimento no pós- alta. Isto ocorre, porque prematuros moderados e tardios, por não se encontrarem na faixa da prematuridade extrema (população alvo), não são referenciados ao atendimento em ambulatório especializado (MENDONZA, LACKRITZ, 2012).

Atenção às condições crônicas na infância e agravos prevalentes (agudas) nas crianças estão destacados no segundo eixo da Política Nacional de Saúde da Criança, publicada em junho de 2015 (BRASIL, 2015), bem como na Agenda de Compromisso da Saúde da Criança (BRASIL, 2004). Nesse eixo, são descritas as prioridades de atenção referente a cronicidade e à agudização das doenças prevalentes e das doenças crônicas. A definição das prioridades permite uma organização dos serviços de saúde e assim a articulação e formação das redes de atenção às demandas crônicas e agudas (BRASIL, 2015; BRASIL, 2004).

Nesse contexto de políticas públicas e atenção integral a saúde, as condições de saúde são definidas por Mendes (2011) como circunstâncias na saúde das pessoas que se apresentam de forma mais (crônica) ou menos (aguda) persistente e que “[...] exige resposta social reativa ou proativa, eventuais ou contínuas e fragmentadas ou integradas aos sistemas de saúde” (MENDES, 2011, p.25). Inerente à definição de condições de saúde são apresentadas classificações que agregam valor e classificam condicionantes à saúde, de acordo com a forma e frequência com que afetam a condição normal de saúde. São classificados em condição aguda e crônica, quanto à frequência e intensidade que a condição interfere na saúde (MENDES, 2011).

Na condição aguda de saúde, segundo Lorig et al., (2006), as alterações de normalidade iniciam-se repentinamente, apresentam causa simples e de fácil diagnóstico, são sempre de curta duração e respondem bem a terapêutica. Permeiam um ciclo simples de “*sentir-se mal por algum tempo e, se tratado, fica melhor*” (LORIG et al., 2006 p.22). No que tange a condição crônica, elas evoluem geralmente de uma doença crônica, lentamente, podendo ser multicausais e permear por toda a vida. Segundo Lorig et al., (2006), a condição crônica evolui com a perda da capacidade funcional e apresenta número de sintomas maiores que as condições agudas. Mendes (2011) corrobora com Lorig et al., (2006), ao definirem uma duração de 3 meses como período de manutenção da condição de saúde e o desenvolvimento da cronicidade desta.

As condições agudas manifestam-se por eventos agudos, percebidos subjetivamente e/ou objetivamente, e as condições crônicas, em determinados períodos,

ocorrem pela agudização da condição, podendo derivar do manejo inadequado da condição crônica (MENDES, 2011). Ainda, em relação à definição de condição de saúde, estabelecido pelo referencial de Mendes(2011), além da classificação por frequência e intensidade da condição no cotidiano, a condição de saúde também se estabelece pela forma com que o serviço se estrutura e acolhe o usuário e sua demanda de saúde, bem como de que forma os serviços de saúde se articulam (propõem a formação de redes de atenção) para suprir a necessidade do usuário (MENDES, 2011). Identificar condições de saúde por meio da identificação de afecções crônicas e agudas permite uma organização e estruturação dos serviços de saúde, bem como a articulação dos atores como forma de cuidado em redes.

Na área pediátrica, referenciais que retratam a conceitos sobre condição crônica foram estabelecidos a partir do final do século XX e definem concepções de condição crônica infantil como sendo: alterações nas condições normais de saúde que podem possuir base biológica, psicológica ou cognitiva, que duraram ou têm potencial para durar um ano e que produzem uma ou mais das demandas identificadas nos três domínios: limitação funcional; dependência para compensar ou minimizar as limitações (medicamentos, alimentação especial, tecnologia médica e dispositivo de apoio pessoal); e necessidade de cuidados médicos, ou serviços relacionados, e de atendimentos psicológicos ou educacionais acima do usual para a idade da criança (STEIN et al., 1993).

Para tanto, a definição de condições crônicas de Stein et al., (1993) e Lorig et al., (2006) converge na temporalidade e frequência na alteração da condição de saúde, bem como no domínio de limitação funcional, como principal característica da cronicidade. Assim, para este estudo, utilizar-se-á a definição de condição crônica de saúde estabelecida por Stein et al., (1993), por abordar a especificidade pediátrica e as definições de condições agudas de acordo com Lorig et al., (2006).

A prematuridade, entendida como condição crônica, converge com os conceitos estabelecidos pelos autores Stein et al., (1993) e Lorig et al., (2006), visto que abarcam circunstâncias na saúde dos egressos, que permanecem por longos períodos internados e exigem respostas sociais da família e dos serviços após a alta, considerando suas demandas de saúde. Mediante a necessidade de uma densidade tecnológica de cuidados exigidos por esta clientela, os serviços de saúde devem proporcionar o acesso, considerando o prematuro e sua família como cidadãos de direito (BRASIL, 2015).

Para qualificar a assistência à saúde dessas crianças, se faz necessário conhecer como se caracterizam as condições crônicas e agudas de saúde, bem como a estruturação

da rede de cuidados e a articulação dos serviços na formação de redes de atenção à saúde a esta clientela. Nessa perspectiva, o enfermeiro, quando coordenador do cuidado, assume para si a atribuição, o compromisso direto pela qualidade assistencial e de melhores condições da saúde de quem ele cuida. Reconhecer as demandas de saúde permite organizar as práticas de cuidado, realizar a coordenação dos cuidados, como líder da equipe de enfermagem, e por vezes assumir o papel de coordenador da equipe de saúde (SANTOS, et al., 2013). Assim, reconhecer as demandas desses prematuros, permite transformar/(re)organizar a prática do cuidado nos diferentes contextos de atenção à saúde.

Para tanto, tem-se como questão de pesquisa: como se desenvolve a condição de saúde de prematuros moderados e tardios no primeiro ano de vida?

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

Analisar a condição de saúde de prematuros moderados e tardios no primeiro ano de vida.

2.2 Objetivos Específicos

- Identificar fatores neonatais, obstétricos e socioeconômicos associados ao nascimento prematuro moderado e tardio e seus eventos no período neonatal;

-Caracterizar fatores neonatais e socioeconômicos associados aos desenvolvimento e intensidade de agravos crônicos e agudos em prematuros moderados e tardios no primeiro ano de vida;

-Analisar a (des)constituição da rede de atenção à saúde de prematuros moderados e tardios no primeiro ano de vida.

3 MARCO CONCEITUAL

Nessa seção será apresentado o marco conceitual elaborado que fundamenta o desenvolvimento deste estudo.

3.1 Condição de Saúde

A saúde é uma condição do ser humano que resulta da interação de determinantes importantes como o ambiente social e econômico, o ambiente físico e as características e os comportamentos individuais da pessoa (OMS, 2018). Toda alteração de saúde é definida como condição/condicionante de saúde e rege a resposta do ser humano sobre os aspectos e interferentes da sua saúde/plenitude (MENDES, 2011).

O contexto da vida das pessoas determina a sua saúde e, portanto, culpar os indivíduos por ter problemas de saúde ou creditá-los por boa saúde é inadequado. É improvável que os indivíduos consigam controlar diretamente muitos dos determinantes da saúde. No contexto de saúde, discutido na presente tese, é imprescindível o enfoque em um dos principais determinantes de saúde envolvidos no processo: acesso e uso dos serviços de saúde. (OMS, 2018). Esse determinante enfatizado por Mendes (2011) para construção de seu referencial, responsabiliza os gestores/profissionais da saúde para a manutenção da saúde da população e implica em um empoderamento do usuário para a busca desse serviço.

Toda condição de saúde exige, do ser humano e dos serviços de saúde, resposta social, reativa e proativa acerca do agravo inicial, ou seja, a partir do momento em que o conforto “saudável” se altera, há necessária reatividade, tanto individual quanto coletiva. Mecanismos compensatórios serão utilizados e respostas dos serviços para essas demandas devem ser associadas. Segundo Mendes (2011), existem três conceitos chave que possibilitam a descrição e a caracterização do termo “condição de saúde” (MENDES, 2011).

Inicialmente: o tempo de duração de situação/agravo de saúde, se breve ou longa. A frequência e intensidade com que esses mecanismos de ação acontecem é o que define e classifica a condição de saúde como aguda ou crônica. Na sequência: aspectos referentes à forma do enfrentamento do sistema diante a situação de saúde, se episódica, ou reativa, realizada por meio da exclusiva queixa principal, ou se proativa, por meio da identificação de um plano de cuidados, permanente, individualizado e elaborado pela equipe de saúde.

Para finalizar: princípio da estruturação do sistema para atender a demanda de condição de saúde, identificando a integração ou fragmentação da rede de serviços no plano de cuidados.

Tanto interferentes da intensidade e frequência do agravo, como também o enfrentamento e estruturação dos serviços, diante a demandas de saúde, contribuem para consolidar definição de condição de saúde da população, visto que a condição de saúde vai além do processo saúde doença, seja pela denominação de doença crônica, seja pela falta de singularidade e engessamento dos serviços (MENDES, 2011).

Para tanto, como marco conceitual se utilizará o conceito de condição de saúde, teorizado por Mendes (2011), e contemplado pelos aspectos da condição aguda e crônica, bem como pelos aspectos de enfrentamento e estruturação do sistema para atender as demandas de prematuros.

3.1.1 Condição Crônica de Saúde

Atualmente, o perfil epidemiológico brasileiro caracteriza-se pelo descontrole de muitas doenças transmissíveis, bem como pelo aumento das doenças crônicas não transmissíveis. Essa característica se deve pela dificuldade no direcionamento de ações para a promoção e proteção da saúde nos serviços de saúde, assim como reflexo das novas condições de vida da população (DUARTE, BARRETO, 2012).

A queda dos índices de mortalidade, relacionadas a doenças infecciosas e agudas, vem nos últimos anos decaindo, devido a três principais fatores: a qualificação de drogas que inibe, controla e/ou dissipa o vetor/causa da doença, a utilização de uso de recursos tecnológicos que permitem a detecção precoce de alterações orgânicas e físicas em populações bem como, o incremento dos recursos e políticas públicas em saúde. Ademais, o desenvolvimento tecnológico e científico tem possibilitado diagnosticar prematuramente doenças e antecipar a terapêutica adequada com promissores resultados para o controle da evolução e/ou cura e mesmo caracterizar as dificuldades e medidas ineficazes (FREITAS, MENDES, 2007).

A ciência contribui não só pela descoberta medicamentosa, mas também investigações que ampliam a análise de alterar as situações da vida, para oferecer as melhores condições para a vida humana (FREITAS, MENDES, 2007). O envelhecimento, a urbanização, as mudanças sociais e econômicas e a globalização impactaram o modo de viver, trabalhar e se alimentar dos brasileiros. Como

consequência, tem crescido a prevalência de fatores como a obesidade e o sedentarismo, concorrentes diretos para o desenvolvimento das doenças crônicas não transmissíveis (DUARTE, BARRETO, 2012). Diante de uma nova clientela nos serviços de saúde, que apresente alterações na condição de saúde, é que emergem novas demandas para os serviços de saúde.

Segundo a OMS (2003), as condições crônicas de saúde, constituem problemas de saúde ou alterações nas circunstâncias de saúde, que requerem gerenciamento contínuo por um período de vários anos ou décadas. Vistas sob essa perspectiva, as condições crônicas envolvem agravos transmissíveis e não transmissíveis bem como incapacidades estruturais. Embora pareçam ser diferentes, incluem-se na categoria de condições crônicas por persistir e necessitar certo nível de cuidados permanentes.

A condição crônica geralmente possui evolução lenta e progressiva, usualmente apresenta múltiplas causas e nem sempre possui uma regularidade em sua evolução, diferentemente da aguda. Ainda, nas condições agudas, temos um desfecho comum, que se caracteriza pela pluralidade de sintomas e pela perda da capacidade funcional, como principal característica progressiva (MENDES, 2011).

3.1.2 Condição Crônica na Infância

A preocupação com a condição crônica na infância surgiu nas décadas de 70 e 80, a partir de definições empíricas sobre os conceitos de cronicidade. Naquele contexto, a condição era determinada pela deficiência física ou na presença da doença como agente unicausal da cronicidade. Essa definição, ainda intimamente ligada aos preceitos do produtivismo econômico, era pautada em prol da idealização de adultos saudáveis, visto que, a deficiência/doença incapacitante na fase adulta, ainda era muito velada e/ou desconhecida para aquela realidade (PLESS, PINKERTON, 1975).

A preocupação com o aumento dessa população, que possuía algum tipo de deficiência/doença, surge em decorrência do avanço na área da assistência à saúde e por consequência, a sobrevivência de crianças com deficiência/doenças crônicas (assim conceituadas). Além da preocupação biológica, autores apontam ainda a preocupação social com os processos de bem-estar dessa população, bem como os interferentes da condição crônica na família e sociedade (PLESS, PINKERTON, 1975).

No início da década de 90, uma nova perspectiva da cronicidade, que vai além da condição biológica, ganha força e busca consolidação. Definições na saúde da criança

começaram a exigir uma visão ampla que não se referisse unicamente a doença específica, mas sim, se preocupasse com a experiência integral da vida destas crianças e suas famílias. Nessa perspectiva, tem início a descrição de conceitos que não categorizam as condições crônicas, mas sim as organizam de uma forma ampliada e não de rotulação por diagnóstico/doença (STEIN, JESOPP, 1982).

Nessa perspectiva, foram criados, na década de 90, três principais referenciais que conceituam e idealizam as condições crônicas de saúde em crianças, e que ainda são amplamente utilizados e consolidados na definição de condições crônicas e necessidade especial de saúde. Segundo Perrin et al., (1993) a condição crônica é aquela que dura ou tem previsão de permanecer por, no mínimo, três meses e que possua qualquer nível de comprometimento funcional ou a necessidade de cuidados médicos for superior ao esperado para uma criança da mesma idade.

A “condição crônica na infância”, segundo Stein et al. (1993) e Stein e Silver (1999), inclui condições com base biológica, psicológica ou cognitiva, que duraram ou têm potencial para durar um ano e que produzem uma ou mais das sequelas identificadas nos três domínios: (1) limitações de função, atividade ou papel social em comparação com crianças saudáveis da mesma idade no crescimento e no desenvolvimento; (2) dependência para compensar ou minimizar as limitações de medicamentos, de alimentação especial, de tecnologia médica e de dispositivo de apoio pessoal; e (3) necessidade de cuidados médicos, ou serviços relacionados, e de serviços psicológicos ou educacionais acima do usual para a idade da criança (STEIN et al., 1993).

Ainda, na definição de Stein e colaboradores, existe uma classificação das crianças com condição crônica de acordo com a gravidade. Os autores apresentam uma forma de medir a gravidade, ou seja, pelo número de repercussões experimentadas devido à condição e à severidade destas, sendo que critérios adicionais podem ser definidos no âmbito de cada um dos três domínios de repercussões (limitação, dependência tecnológica ou necessidade do serviço). Stein e colaboradores (1993) citam, ainda, como exemplo, que a deficiência pode variar de incapacidade funcional leve à completa incapacidade de realizar atividades da vida diária esperadas para a idade. Assim, os critérios podem ser variados para classificar o nível de gravidade: leve, apenas precisa de óculos para ler ou ver o quadro-negro; moderado precisam de óculos para todas as atividades; e grave, aqueles que são legalmente cegos sem óculos, por exemplo.

No final da década de 90, McPherson et al. (1998) apresentam a denominação de *Children with Special HealthCare Needs* (CSHCN) nos Estados Unidos da América. No

Brasil, essas crianças foram denominadas como Crianças com Necessidades Especiais de Saúde, a partir da tradução literal para o português de livros técnicos da área e trabalhos que começam a ser desenvolvidos em âmbito nacional (CABRAL et al., 2004).

Em 2018, a denominação foi atualizada no Brasil por Arrué (2018) para: crianças e adolescentes com necessidades especiais de atenção à saúde – CRIANES. Essa atualização reflete, sob forma conceitual na definição, acerca dos aspectos literais que a antiga expressão “necessidade especial de saúde” destacaria apenas as deficiências físicas e funcionais, limitando-se o conceito proposto, visto conceitos de saúde e atenção à saúde (ARRUÉ, 2018).

As CRIANES podem ser caracterizadas como crianças que apresentam, ou se encontram em maior risco de apresentar, condição crônica física, evolutiva, comportamental ou emocional, que também precisam de acompanhamento em serviços de saúde, e de outros serviços relacionados, de determinado tipo ou quantidade além do que as crianças geralmente necessitam (NEWACHECK et al., 1998; MARSHALL et al., 2003).

Cabral et al. (2004) classificaram as CRIANES de acordo com os tipos de cuidados que requerem: (a) de desenvolvimento - crianças com disfunção neuromuscular que requerem reabilitação psicomotora e social; (b) tecnológicos - crianças que portam uma tecnologia no corpo e dela dependem para sobreviver, como cateter implantável, bolsas de colostomia, ureterostomia e cânula de traqueostomia; (c) medicamentosos - crianças com dependência de medicamentos de uso contínuo, tais como os antirretrovirais, cardiotônicos e neurolépticos; e (d) habituais modificados - crianças que necessitam de cuidados habituais modificados, os quais envolvem cuidados especiais na realização de tarefas comuns no dia a dia.

Stein et al., (1993), McPherson et al. (1998) e Perrin et al., (1993) definem a condição da cronicidade e se complementam na definição e consolidação do conceito de condição crônica. Elas convergem com as definições dadas pelas próprias crianças com condição crônica, na medida em que citam características como: limitação física, constante adaptação nas atividades diárias e mudança nos cuidados habituais como principais características definidoras da cronicidade (NÓBREGA et al., 2010).

Para a contextualização no presente estudo, adotar-se-á a definição conceitual de condição crônica de saúde de Stein et al.(1993), visto que identifica a condição crônica, por meio das três bases (dependência de tecnologia, limitação funcional e dependência

do serviço de saúde) e se aproxima a definição de Mendes (2011), quando destaca a limitação funcional e o período de acometimento como característica definidora.

3.1.3 Condições Agudas de Saúde

Segundo Mendes (2011), quando ocorre alguma alteração nas circunstâncias de saúde das pessoas e essa se apresentar de forma curta, inferior a três meses, temos uma condição aguda de saúde. As condições de saúde são geralmente manifestações de doenças transmissíveis de curso curto, como gripe, por exemplo, as doenças infecciosas/inflamatórias, como apendicectomias e amigdalites, ou mesmo por causas externas, como os traumas.

As condições agudas iniciam-se repentinamente, apresentam uma causa simples e facilmente diagnosticada, são de curta duração e apresentam boa resposta terapêutica, quando iniciado o tratamento. Uma das principais características, descritas por Lorig et al., (2006, p.76), na definição de condição aguda de saúde, é que ela apresenta um ciclo de: *sentir-se mal por algum tempo, ser tratado e ficar bem.*

Nessa perspectiva de condições de saúde, é indissociável o conceito de agudização da condição crônica, e a cronificação da condição aguda. Segundo Mendes (2011), qualquer condição aguda, pode tornar-se crônica, e cita como exemplo, um trauma. O trauma, no momento, caracteriza-se como condição aguda, visto que não ultrapassa ou não se espera que ultrapasse três meses, contudo, caso aconteça complicação e/ou seqüela, este por sua vez pode vir a ser caracterizado como condição crônica (MENDES, 2011)

Já as condições crônicas, podem apresentar eventos de agudização. Como é o exemplo do paciente com diagnóstico de diabetes, ele por sua vez apresenta uma condição crônica, contudo, não foge o risco de apresentar uma alteração clínica (cetoacidose diabética, por exemplo), e assim apresentar uma condição aguda de saúde (MENDES, 2011).

3.1.3.1 Condições Agudas de Saúde na Infância

Dentre as políticas públicas de atenção à saúde da criança, destaca-se a estratégia de Atenção Integrada as Doenças Prevalentes na Infância (AIDPI), que tem por objetivo organizar a assistência prestada a essa clientela. Essa estratégia visa reduzir o número de

internações e morbidades em crianças menores de cinco anos, além de contribuir para a diminuição da mortalidade infantil (BRASIL, 2003).

A Taxa de Mortalidade Infantil (TMI) é um dos indicadores mais eficazes para refletir não somente aspectos da saúde de crianças, como a qualidade de vida de uma determinada população. Existem claras associações entre riqueza e nível de desenvolvimento de um país ou região e suas TMI. Nas regiões pobres do mundo, onde essas taxas são mais elevadas, a maioria das mortes infantis poderiam ser evitadas com medidas simples e eficazes. Mais de 70% desses óbitos devem-se a pneumonia, diarreia, desnutrição, malária e afecções perinatais, ou uma associação delas (BRASIL, 2004).

As causas de mortalidade infantil no Brasil se alteraram nas últimas décadas, reduzindo-se as mortes por causas infectocontagiosas e elevando-se as mortes por causa perinatais, que são decorrentes de problemas durante a gestação, partos e nascimento (BRASIL, 2013). No Brasil, tivemos no período de 2015 a 2016 um aumento na taxa de mortalidade infantil. Em 2016 a taxa chegou a 14 mortes para cada 1000 nascidos vivos (IBGE, 2018). Características no que se refere às morbidades prevalentes, bem como TMI, podem refletir enormes diferenças regionais, com taxas inferiores a 10 por mil em alguns municípios do sul e sudeste do Brasil, e valores de 20 a 30 por mil em municípios do norte e nordeste brasileiro. Em crianças menores de 5 anos, as principais causas de morbimortalidade incluem as afecções perinatais, as infecções respiratórias, as doenças diarreicas e a desnutrição (IBGE, 2015).

Nos primeiros quatro meses de 2018, as principais causas de internação de crianças menores de um ano no Rio Grande do Sul eram as afecções do período perinatal com cerca de 45%, seguido das afecções respiratórias com 15%. Já no município de Santa Maria, as causas de internação dessa população, mantêm-se as mesmas, com uma prevalência de 56% para afecções do período perinatal e 7% para as afecções respiratórias. (BRASIL, 2018). Em 2016, no panorama estadual, a mortalidade nesta faixa etária correspondeu a 48% nos seis primeiros dias de vida, 211% de 7 a 27 dias e 31% de 28 dias ou mais, já no município de Santa Maria, a mortalidade no primeiro ano foi representada por 36% das mortes no período neonatal imediato, 33% no período neonatal tardio e 31% no período pós-neonatal até um ano incompleto. (BRASIL, 2018). Ainda no Rio Grande do Sul, o número de óbitos em menores de um ano vem caindo nos últimos anos, a redução do número de mortes do período de 2014 a 2016, gira em torno de 4% a cada ano (BRASIL, 2018). Essa redução pode ser reflexo do direcionamento das políticas

públicas que enfocam a promoção e prevenção da saúde para menores de um ano (BRASIL, 2013).

O primeiro ano de vida da criança se torna o mais crítico, pois essas crianças trazem consigo um passado de condicionantes biológicos e experiências de cuidados e exposições a riscos, atuantes desde o período perinatal, que se traduzem em determinado grau de vulnerabilidade à doença grave e ao óbito (SILVA et al., 2017). Além disso, o calendário vacinal é extenso e deve ser cumprido de maneira criteriosa, como prevenção das morbidades. A amamentação exclusiva até os seis meses de vida também atua como uma medida preventiva para as afecções do primeiro ano de vida. No entanto, a efetividade dessas ações irá depender da multidimensionalidade de determinantes do processo saúde-doença que envolve essas crianças e suas famílias.

Segundo Pinto (2010) a melhor forma de prevenir as morbidades infantis é promover o aleitamento materno, hábitos adequados de higiene e saneamento, uso adequado de antibióticos, terapia de reidratação oral e intravenosa, imunizações, sistemas de melhoria da saúde sócio-eficiente de vigilância epidemiológica.

No que se refere às condições agudas de saúde, Tompsen (2010), buscando identificar fatores relacionados à qualidade de vida, traduziu e validou para o português, o instrumento de Avaliação da Qualidade de Vida em Crianças de 8 meses a 5 anos de idade (Anexo B). Tompsen (2010) destaca, em primeiro domínio, algumas afecções agudas, que interferem na qualidade de vida. Tais afecções agudas, descritas neste instrumento, serão utilizadas no presente estudo para caracterizar condições agudas de saúde das crianças participantes do estudo.

3.2 Redes de Atenção à Saúde (RAS)

O modelo de atenção à saúde é um sistema lógico que organiza o funcionamento dos sistemas de saúde, incluindo-se as redes de atenção à saúde. Estas, por sua vez, articulam de forma singular, as relações entre a população e suas subpopulações estratificadas por riscos, os focos das intervenções do sistema de atenção à saúde e os diferentes tipos de intervenções sanitárias, definido em função da visão prevalecente da saúde, das situações demográfica e epidemiológica e dos determinantes sociais da saúde, vigentes em determinado tempo e em determinada sociedade.

Os sistemas de atenção à saúde são definidos pela OMS, como: um conjunto de atividades cujo propósito primário é promover, restaurar e manter a saúde de uma população para se conseguir níveis ótimos de saúde, distribuição destes de forma equitativa, proteção adequada dos riscos para os cidadãos, acolhimento humanizado, bem como atenção efetiva e eficiente (OMS, 2000). Os sistemas de saúde são respostas sociais e organizadas das necessidades e demandas da sociedade, assim, expressam as situações e demandas demográfica e epidemiológica, singulares (MENDES, 2011).

Para tanto, as redes de atenção à saúde, que incluídas no modelo de atenção, partem de pressupostos essenciais que a caracterizam: o modo de organização das redes e a forma que elas se articulam para atender as demandas.

3.2.1. Organização e Articulação das RAS

O modo com que se organizam as Redes de Atenção à Saúde (RAS), parte do princípio da singularidade de seus processos, por meio de pontos de atenção, compostos por equipamentos de diferentes densidades tecnológicas. Ainda, as RAS devem se mostrar: efetivas, eficientes e com qualidade, possuir disponibilidade de recursos, qualidade no acesso, integração horizontal e vertical, territórios bem delimitados e diferentes níveis de atenção (MENDES, 2011).

Existe uma relação estreita, no que se refere às condições de saúde, os sistemas de saúde e as RAS, na perspectiva de transições e mudança na condição de saúde. A crise contemporânea retrata mudança nos paradigmas epidemiológicos vigentes: o crescimento das condições crônicas de saúde. Os sistemas de saúde, até então, focados para atender demandas agudas de saúde, percebem-se diante de demandas crônicas no serviço e não se encontram estruturadas para tal (OMS, 2003).

Historicamente, os problemas agudos de saúde, como certas doenças infecciosas e os traumas, constituíam a principal preocupação dos serviços de saúde. Os avanços na área da saúde e tecnologia, bem como em políticas de saúde pública, contribuíram para o aumento de doenças crônicas, vista a sobrevivência de muitos que passaram por condições agudas limitantes e que proporcionavam reflexos na condição de saúde, de forma permanente (OMS, 2003; MENDES, 2011). Diante das demandas crônicas, e um sistema organizado para atender demandas agudas, os sistemas de saúde encontram dificuldades para enfrentar as condições crônicas, pois atuam para sua atenção da mesma forma que para as condições agudas, ou seja, apenas quando elas tornam-se agudas de forma reativa.

Além da organização das RAS para atender as demandas agudas e crônicas, os sistemas de saúde podem apresentar pouca ou nenhuma integração entre os entes da RAS, e assim, fragmentar a atenção a saúde. A perspectiva da fragmentação permeia os processos em que cada nível de atenção trabalha de forma isolada, seja resolutivo apenas para o momento, e assim enfatiza as demandas agudas (MENDES, 2011).

Para Mendes (2011), os sistemas fragmentados de atenção à saúde são aqueles que se organizam através de um conjunto de pontos de atenção à saúde, isolados ou incomunicáveis e, assim, tornam-se incapazes de propor atendimento contínuo. Na perspectiva da fragmentação, a atenção primária (Atenção Primária à Saúde) não se comunica com a atenção secundária (Unidade de Pronto-Atendimento Ambulatoriais) e ambas não se comunicam com os serviços que articulam a atenção terciária (Unidades Hospitalares), por exemplo.

Os resultados da fragmentação das RAS, voltados para a atenção às condições agudas e para os eventos de agudização das condições crônicas, são muito negativos. Essa prática torna-se negativa para o serviço, visto que representa maiores custos financeiros e qualidade de vida, visto agudização frequente das condições de saúde (MENDES, 2011).

O Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) no Brasil, elaborado para o período de 2011 a 2022, visa promover o desenvolvimento e a implementação de políticas públicas efetivas, integradas, sustentáveis, baseadas em evidências para a prevenção e o cuidado das DCNT e seus fatores de risco, bem como fortalecer os serviços de saúde voltados às doenças crônicas. No terceiro componente do plano, cuidado integral, insere-se a construção da RAS das Pessoas com Doenças Crônicas e a importante inserção dessas na Atenção Primária a Saúde. Nessa perspectiva, é possível destacar que, no que tange as doenças/condições crônicas infantis, não se contempla nas políticas de atenção ao doente crônico, contudo a constituição das Redes de Atenção é preconizada e a Atenção Primária deveria ser o serviço de referência para população pediátrica também (BRASIL, 2011).

3.2.2 Atenção Primária à Saúde

No que se refere aos serviços de atenção à saúde no contexto das redes de atenção, é essencial discutir a aproximação da Atenção Primária a Saúde (APS) como serviço de referência para organização em saúde. Segundo STARFIELD (2002), a APS lida com

problemas de saúde mais comuns, menos definidos e não estratificado por diagnósticos pré-definidos, geralmente em unidades ambulatoriais e centros de saúde, cujos pacientes possuem acesso direto, de forma continuada ao longo do tempo para diversos problemas de saúde e que possuem caráter preventivo, como serviço de referência/preferência.

Segundo Lavras (2011), a APS possui duas características essenciais nos serviços de saúde. Primeiro é desenvolver um conjunto diversificado de assistência à saúde com demanda de baixa densidade tecnológica e servir de porta de primeiro contato ao paciente, cujo objetivo principal é a resolutividade dos problemas de saúde (LAVRAS, 2011).

O processo de construção e idealização da APS surge como proposta de atenção, em 1920, na Inglaterra, em que o nível de complexidade, muito conceituado por necessidade tecnológica em saúde, era o fator definido para esse tipo de classificação. Esse regime de definição vigorou e orientou práticas de APS em todo mundo, somente foi rediscutido a partir da década de 70, por meio da declaração de Alma-Ata, em que a APS se estabelece com os cuidados primários à saúde, baseados em métodos científicos e socialmente aceitos, pensados para atendimento à família e comunidade no intuito do empoderamento para a saúde, definido por conceitos como autoconfiança e autodeterminação.

Na promulgação de Alma-Ata, aspectos como prática científica, respeito as práticas sociais vigentes, integralidade do cuidado, cuidado a família e o empoderamento dos sujeitos para práticas de saúde, já começaram a se difundir nas práticas primárias em saúde. Por meio dessas definições, estabelecidas em 1978, constroem-se os atributos da APS, destacando as diretrizes de atuação. Cabe destacar síntese dos atributos e seu conceito estabelecidos por Bárbara Starfield (2002) no Quadro 1.

Quadro 1- Atributos da APS e aspectos conceituais Estabelecidos por Starfield (2002).
Santa Maria, 2018.

	Atributos da APS	Aspecto Conceitual
Atributos Essenciais	Primeiro Contato	Acessibilidade e uso do Serviço: ✓ Novo Problema (agudo ou crônico); ✓ Novo episódio de problema antigo (agudização condição crônica);
	Longitudinalidade	✓ Aporte Regular de Cuidados; ✓ Relação de Confiança entre: paciente/usuário/indivíduo/família X Serviços; ✓ Relação Mútua (Usuário X Serviços);
	Integralidade	✓ Atendem as necessidades da população: Promoção, prevenção e cura; ✓ Responsabilização pela oferta de serviços na rede que deem conta da demanda;
	Coordenação	✓ Garantir capacidade de continuidade na atenção; ✓ Centro de Comunicação das redes;
Atributos Derivados	Focalização na Família	✓ Família como sujeito da atenção;
	Orientação Comunitária	✓ Determinantes sociais e a integração com a saúde;
	Competência Cultural	✓ Relação horizontal e respeito a crenças e valores culturais existentes;

Fonte: Autores.

Starfield (2002), classifica os atributos destaca quatro principais atributos que caracterizam a APS, são eles: Primeiro Contato - acessibilidade ao serviço; Longitudinalidade - Requer aporte regular de cuidados; Integralidade - Necessidades comuns e oferta de serviços para resolução completa do problema; Coordenação - equipe que coordena os demais níveis de atenção, não com intuito de organizar processo de trabalho, mas sim, direção e encaminhamentos do usuários na perspectiva da resolutividade.

Em análise, Mendes (2009) reflete nos aspectos relacionados a APS e a interrelação deles para a construção das redes de atenção pospostas. Propor a construção de redes de atenção em que a APS é o serviço que coordena a assistência à saúde, requer reflexões importantes sobre a efetividade da APS e influência dessas nos serviços de saúde.

4 MATERIAIS E MÉTODO

Esta seção trata da descrição metodológica, ou seja, dos passos metodológicos que foram utilizados, a fim de responder aos objetivos propostos.

4.1 Delineamento do Estudo

Com o intuito de analisar as condições de saúde de prematuros, optou-se pelo referencial metodológico de estudos mistos. O referencial metodológico converge com o referencial teórico adotado qual seja condição de saúde (MENDES, 2011).

Mendes (2011), em seu referencial, propõe que o conceito de condição de saúde parte de três pressupostos: 1^a- Condições/Alterações/Afecções na saúde que podem se apresentar de forma aguda ou crônica, nessa perspectiva, foi utilizado a abordagem quantitativa, a fim de mensurar a incidência das condições de saúde, buscando descrever suas características e associações no primeiro ano de vida. No que tange ao segundo e terceiro pressupostos de Mendes (2011), ao descrever as redes de atenção à saúde, a descrição e análise das redes de atenção à saúde de prematuros moderados e tardios, foram conhecidas por meio de pesquisa qualitativa, visto que, métodos qualitativos vão além do número, possibilitam a compreensão e descrição da rede de atenção, tendo por base, as condições de saúde, conhecidas na etapa quantitativa.

A necessidade de utilizar técnicas qualitativas e quantitativas para produção e coleta de dados, respectivamente, busca captar os aspectos objetivos e subjetivos da realidade social, o que se estabelece entre as duas abordagens, nesse caso, contemplando a plenitude do referencial adotado (CRESWELL, 2013).

A utilização de técnica mista e abordagem, que partiu do objeto estudado, foi realizada por meio de uma estratégia paralela convergente. Segundo Creswell (2013), ela é caracterizada quando os dados quantitativos e qualitativos são coletados simultaneamente de forma independente e ao final são aproximados já nas primeiras conclusões e achados. Não necessariamente exige uma abordagem dominante, faz interpretações isoladas nos dois métodos e posterior analisa/discute os resultados associados (CRESWELL,2013). Essa interpretação pode ser realizada à medida que considera os olhares diferentes possíveis pelo referencial adotado sob uma perspectiva de equivalência para o entendimento e contemplação do referencial teórico adotado (Condição de Saúde).

4.1.1 Etapa Quantitativa

O presente estudo, na etapa quantitativa, partiu de uma proposta observacional/epidemiológica/longitudinal. Trata-se de um estudo da distribuição e determinantes dos estados de saúde da população em determinado tempo e espaço. Insere-se nos estudos epidemiológicos, como estudos longitudinais que possibilitam descrever/analisar os determinantes de saúde em populações específicas, acompanhando-as por um período determinado, atentando para a ocorrência do desfecho no período (GORDIS, 2010).

Adotou-se como proposta metodológica, a utilização de estudo longitudinal analítico, na etapa quantitativa, visto que, possibilita acompanhar os prematuros no primeiro ano de vida bem como descrever a incidência e caracterizar as condições de saúde, relacionando fatores obstétricos, neonatais e socioeconômicos no desenvolvimento das condições de saúde.

4.1.2 Etapa Qualitativa

Nesta etapa desenvolveu-se um estudo qualitativo do tipo descritivo e exploratório. Estudos qualitativos, segundo Minayo (2010), são estudos que buscam investigar grupos e segmentos delimitados, a partir da ótica dos atores e suas relações com o objeto do estudo, analisando-se discursos e documentos, a fim de desvelar processos sociais, bem como a compreensão interna e lógica de um grupo.

Para tanto, partindo da proposta, a descrição das redes de atenção ao prematuro, foi realizada por meio de pesquisa qualitativa que, a partir da percepção do familiar cuidador, descreve a rede de atenção à saúde. Assim, este fenômeno requer uma abordagem qualitativa por não ser mensurável por meio de um instrumento fechado. Nesta etapa, foram desenvolvidas entrevistas semiestruturadas, elaboradas a partir do preconizado pelos instrumentos já consolidados de avaliação da atenção primária, partindo do pressuposto dos atributos da Atenção Primária em Saúde e da constituição das redes de atenção (Apêndice A) (TOSO, 2011).

4.2 Cenário do Estudo

O município de Santa Maria, O município de Santa Maria está localizado no Centro do Estado do Rio Grande do Sul, a 292 Km de Porto Alegre, possui uma área geográfica total de 1.774,83 km², dos quais 121 Km² abrigam a sede do município e, 1.653 Km² são área rural, compostas de nove Distritos. Estima-se uma população de 263.662 habitantes. Sua localização geográfica, aliada a fatores educacionais, promove condições para o município constituir-se como o principal polo assistencial da Macrorregião Centro-Oeste do Estado (SANTA MARIA, 2015, p.8).

A rede de serviços de saúde de Santa Maria distribui-se em Unidades Básicas de Saúde e Estratégia de Saúde da Família, Serviços Especializados e Complementares, Serviço de Vigilância em Saúde, Pronto Atendimento Municipal Infantil e Adulto, Unidade de Pronto Atendimento – UPA e Hospitais públicos e privados. Essa distribuição compreende: 16 equipes de Estratégias de Saúde da Família, distribuídas em 13 estruturas físicas; 17 Unidades Básicas de Saúde; 04 Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) além de serviços de apoio. Cerca de 60% da população tem cobertura por alguma Unidade Básica de Saúde (SANTA MARIA, 2015, p.8).

A seleção dos participantes foi realizada no Centro Obstétrico de um hospital de ensino que se caracteriza como um hospital público de médio porte e alta complexidade. Foi fundado em 1970, sendo referência em saúde para a região central do Rio Grande do Sul. Esta instituição está vinculada a uma universidade pública federal com sua atenção voltada para o desenvolvimento do ensino, da pesquisa e assistência em saúde.

Após a seleção dos participantes no Centro Obstétrico (CO) foi realizada uma busca na unidade em que estiverem internados. O destino após saírem do CO pode ser a Unidade Toco-Ginecológica ou a Unidade de Terapia Intensiva Neonatal.

4.3 Período de Coleta de Dados e Participantes do Estudo

O período de coleta dos dados, seleção dos participantes no CO, contempla as visitas diárias a campo do período de 15 de maio de 2016 a 14 de maio de 2017. O período de acompanhamento se desenvolveu de 15 de agosto de 2016 a 14 de maio de 2018.

Os participantes do estudo foram RN prematuros que nasceram com IG no período de 32 a 36 semanas e 6 dias. O grupo classificado como prematuro tardio foram aqueles que nasceram com 34 a 36 semanas e 6 dias de IG; e prematuro moderado aqueles que

nasceram entre 32 a 33 e 6 dias de IG (ENGLE, 2006). A idade gestacional como intuito de seleção inicial (pré-inclusão) foi considerada aquela descrita no livro de registro de nascimentos do hospital e no prontuário da paciente, seguida de confirmação do teste de Capurro (CAPURRO, 1978) realizado na primeira avaliação após nascimento (mais de 8 horas de vida) conforme rotina do próprio serviço (dados do prontuário).

Como critérios de seleção foram incluídos no estudo todos os RN considerados prematuros tardios e moderados, conforme avaliação de Capurro, nascidos na instituição do estudo e residentes no município de Santa Maria-RS no momento da alta hospitalar.

A seleção inicial dos participantes, na etapa quantitativa, ocorreu no Centro Obstétrico, por meio do livro de registro de nascidos, que contém a descrição da IG do recém-nascido. O pesquisador e auxiliares de pesquisa tiveram acesso diário ao cenário de campo, a fim de realizar busca ativa de nascidos prematuros nos registros das unidades. Após a identificação do prematuro como possível participante, ocorreu a busca ativa, desse RN nas unidades de internação (Unidade Toco-Ginecológica-2º Andar- ou Unidade de Terapia Intensiva Neonatal). Ao encontrar o RN na unidade de internação, eram verificados os demais critérios de seleção, tais como residência em Santa Maria e avaliação do Capurro, para confirmar a prematuridade e inclusão na pesquisa. Após a confirmação desses critérios, a família era contatada e apresentado o termo de consentimento livre e esclarecido e a participação na pesquisa.

Participaram do estudo 151 prematuros no período analisado. As estimativas iniciais eram de N=279 no período de um ano, porém essa estimativa não se confirmou devido a alguns fatores, tais como: há uma proporção maior de RN que não residem no município de Santa Maria (além dos 30% estipulados) visto que o hospital é referência regional para pré-natal de alto risco.

Em relação aos participantes em acompanhamento, uma das dificuldades foi a manutenção deste acompanhamento via telefone. Autores já citam, em estudos longitudinais, as perdas de seguimento (*follow-up*). Em estudos longitudinais, idealmente, todos os indivíduos deveriam ser observados ao longo de todo o período de seguimento esperado, uma vez que, se as causas e a magnitude do abandono (*drop out*) estiverem de algum modo ligado ao aparecimento da própria doença, as conclusões do estudo poderão ser questionáveis (MEDRONHO, 2003).

Ao longo do acompanhamento houve 42 perdas, dos 151 participantes na primeira etapa, 109 foram acompanhados até os 12 meses de vida. Os motivos de perda foram: perda do contato/ meio de comunicação (70%), não aceitaram mais participar do estudo

(24%) e óbito durante o acompanhamento (6%). Segundo Medronho (2003) estudos longitudinais/acompanhamento/coorte possam ter até 30% de perdas. Cabe destacar que para o presente estudo, ao final do primeiro ano, houve 28% de perdas de acompanhamento.

A recusa foi considerada, quando na ligação o participante referia não querer mais receber as ligações de acompanhamento e a perda do acompanhamento quando, após cinco tentativas de ligações, não houve o contato. Vale destacar que foi considerado perda de contato, quando o número de telefone não existia ou encontrava-se impossibilitado e a comunicação por outros meios (rede social) não foram efetivas. Ainda, houve dois óbitos, que caracterizaram perda de seguimento. Essas perdas corroboram com autores, quando citam que os principais motivos que levam à perda de seguimento são alteração de endereço, cidade ou país [contato] ou desistência em participar do estudo e morte (ZUNZUNEGUI et al., 2001)

Na etapa qualitativa foram realizadas 15 entrevistas. A seleção foi por conveniência, com a inclusão de participantes que desenvolveram condições crônicas e agudas de saúde bem como a participação de prematuros moderados e tardios nas mesmas proporções em que foram aparecendo. Vale ressaltar que o critério de densidade teórica dos dados, foi utilizado visto o alcance dos objetivos propostos pelo estudo (MOREIRA; CALEFFE, 2006) para encerrar o período de produção de dados qualitativos.

A densidade teórica aconteceu à medida que os enunciados repetiam, mesmo com demandas diferentes, os mesmos recursos de procura dos serviços de saúde e as justificativas se mantiveram semelhantes. Assim, possibilitou a saturação dos achados e o encerramento da produção de dados qualitativa.

4.4 Técnica de coleta e análise dos dados

Nesta seção, são descritos os procedimentos de coleta de dados bem como estratégias de análise dos dados.

4.4.1 Procedimentos para coleta dos dados

Antes do início de coleta de dados, o pesquisador proporcionou capacitação para a equipe de pesquisa, composta de auxiliares de pesquisa, sendo quatro acadêmicos do curso de medicina da UFSM – bolsistas de Iniciação Científica e uma mestranda do PPGEnf/UFSM. Logo após, realizou-se uma aproximação com o campo de coleta de

dados e apresentação dos coletadores para a equipe de saúde. Vale destacar que, devido ao fato de o pesquisador responsável ser profissional atuante na instituição, o convite para participar da pesquisa não era realizado pelo mesmo, pela possibilidade de constranger os prováveis participantes, que poderiam relacionar a participação ou não na pesquisa com a qualidade da assistência prestada ao RN na instituição.

A equipe de coletadores da pesquisa, após selecionar os participantes de acordo com os critérios de seleção, aproximou-se dos pais/responsáveis do RN apresentando o projeto e o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) o qual foi lido, discutido e assinado conjuntamente. Em se tratando de pais/responsáveis menores de 18 anos, foi utilizado um Termo de Assentimento com estes e um TCLE com os seus pais/responsáveis legais. Neste momento, também foram apresentados os instrumentos de coleta de dados, explicitando como se daria a participação deles no período de acompanhamento, quais as informações seriam coletadas bem como a forma de abordagem durante o primeiro ano de vida do bebê.

Para coleta dos dados, foram utilizados os instrumentos definidos para cada etapa, quantitativa e qualitativa, bem como o formulário de caracterização da população. A coleta iniciou após o aceite em participar da pesquisa pelos pais/responsáveis do RN.

Primeiramente, foi utilizado o instrumento do Apêndice B. Foram coletados os dados referentes ao período de internação: dados como os antecedentes obstétricos, características neonatais e afecções durante a internação hospitalar, esse instrumento foi construído por meio de revisão de literatura, utilizando como referência básica, o manual de atenção ao Recém-Nascido de Risco do Ministério da Saúde (BRASIL, 2011). Os dados foram colhidos, por meio do prontuário, visita diária do pesquisador e/ou auxiliares de pesquisa ao campo de coleta de dados. Os dados de caracterização socioeconômica, também foram coletados nesse período, por meio de questionário com os pais, utilizando o instrumento do Apêndice C.

O instrumento de coleta dos dados socioeconômicos - instrumento da ABEP - Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa visa a classificação socioeconômica da população. A metodologia de desenvolvimento desse instrumento, que entrou em vigor no início de 2015 está descrita no livro Estratificação Socioeconômica e Consumo no Brasil dos professores Wagner Kamakura (Rice University) e José Afonso Mazzon (FEA /USP), baseado na Pesquisa de Orçamento Familiar (POF) do IBGE. Para coleta dos dados e análise/interpretação dos mesmos, foi utilizado o manual do coletador, disponibilizado online.

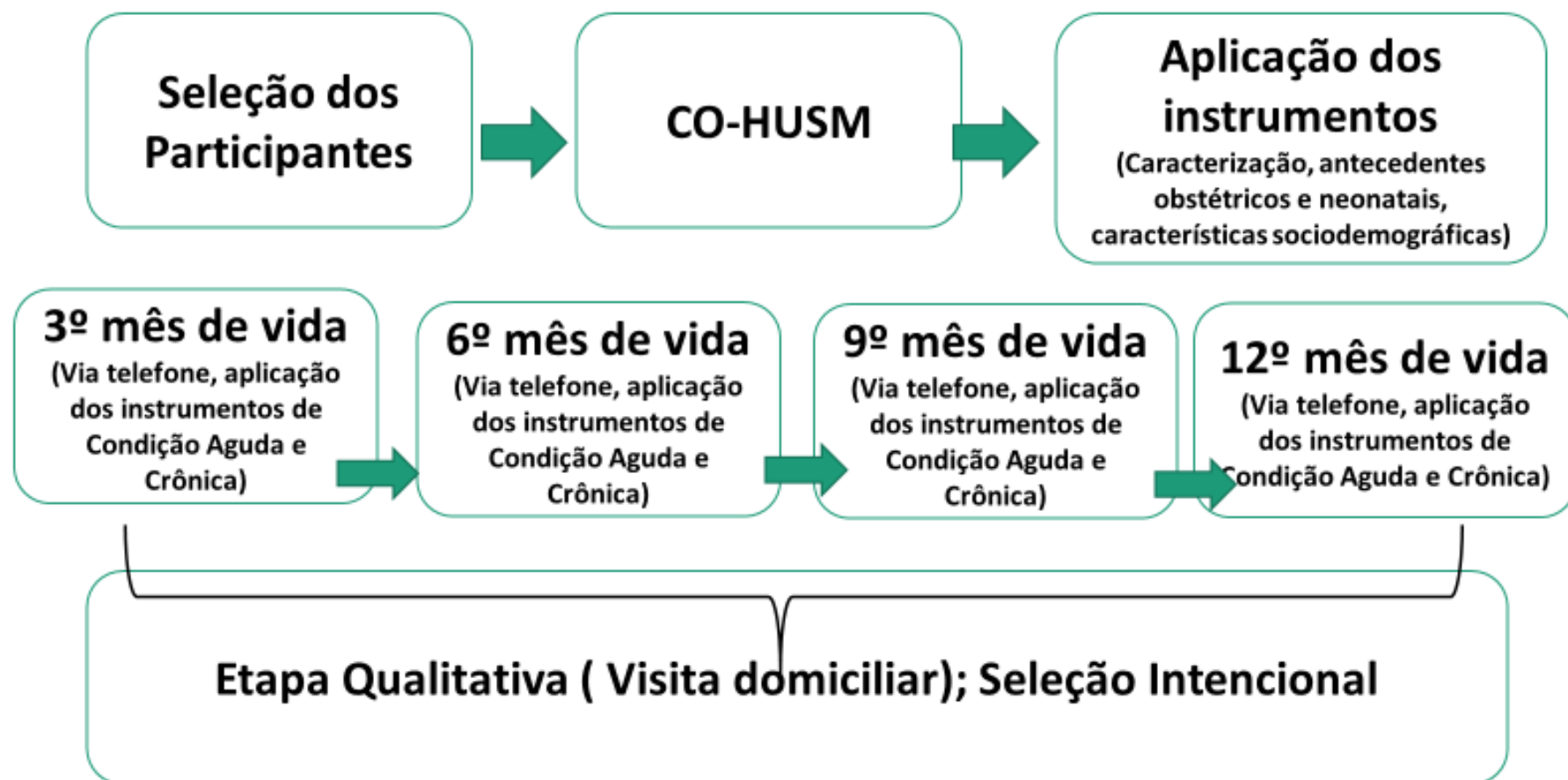
No período da internação hospitalar do RN, foram coletadas também informações que facilitassem o contato pós-alta, como: residência, pontos de referência, melhor horário para visita, telefones e demais dados de redes sociais, por exemplo.

O primeiro contato para coleta de dados de seguimento foi realizado no terceiro mês após alta hospitalar. Nesse momento, foi aplicado o instrumento de condição Aguda (Apêndice D) e o instrumento de condição Crônica (Apêndice E). As informações coletadas referiam-se ao terceiro mês de vida. Após esse contato, as próximas ligações aconteceram no sexto, nono e 12º mês de vida. Nestes contatos, os pais/responsáveis, responderam questões referentes aos últimos três meses de vida da criança. A coleta foi realizada por contato telefônico.

Os instrumentos de coleta contemplam questões relacionadas: às Variáveis Obstétricas e Neonatais: (antecedentes Obstétricos; Variáveis relacionadas à internação e terapêutica utilizada;); Variáveis das condições crônicas de saúde definida por Stein et al.,(1993), recorte do Instrumento de Triagem de CRIANES (ARRUÉ et al., 2016), (pautadas nos aspectos: 1- Medicamentos de Uso Contínuo; 2-Demandas dos Serviços de Saúde 3- Limitação Funcional;); Variáveis da condição Aguda de saúde, como recorte do instrumento: Avaliação da Qualidade de Vida em Crianças de 8 meses a 5 anos de idade (TOMPSEN, 2010), que parte do domínio e as variáveis relacionadas às condições sociais, econômicas e demográficas.

Os instrumentos de caracterização contemplam: Apêndice B- Caracterização obstétrica, neonatal e variáveis de internação e condição de saúde imediata; Apêndice C- Instrumento de caracterização Socioeconômica (ABEP, 2015). Os instrumentos de acompanhamento contemplam: Apêndice D e E, com os instrumentos de desenvolvimento de condição crônica (ARRUÉ et al., 2016) e eventos agudos (TOMPSEN, 2010), respectivamente.

Houve autorização, via e-mail, dos autores (Instrumento de Triagem de CRIANES (ARRUÉ et al., 2016; e TOMPSEN, 2010), para utilização do recorte dos instrumentos. Autorização do instrumento do Instrumento de Triagem de CRIANES e de Qualidade de Vida, estão no Anexo A e B respectivamente. No que tange as variáveis obstétricas, neonatais, socioeconômicas e demográficas, estas foram elaboradas a partir de literatura e estado da arte, já referenciados. O Organograma da coleta dos dados está descrito na figura abaixo.



4.4.2 Descrição das Variáveis e Análise dos Dados

No que tange as variáveis independentes, obstétricas, neonatais e socioeconômicas, essas serão analisadas e apresentadas conforme a Quadro 2.

Quadro 2- Descrição das variáveis independentes utilizadas no estudo. Brasil, 2018.

Variável	Tipo	Classificação (Categóricas)	Motivo (Classificação)
Variáveis Obstétricas			
Gestações Anteriores	Numérica/ Categórica	Primeira Gestação 2ª Gestação 3ª ou > Gestação	Bittar e Zugaiber (2009)
Abortos Prévios	Numérica/ Categórica	Sim/não	
Idade Materna	Numérica/Categórica	< 21 anos 21-28 anos 29-35 anos > 35 anos	Quartil
Pré-Natal	Categórico	Seis ou mais consultas;	Bittar e Zugaiber (2009)

		< Seis consultas Não realizado	
Gestação de Risco	Categórico	Sim/Não	
Motivos Parto Prematuro	Categórico	Ver Instrumento	Bittar e Zugaiber (2009)
Uso de Corticoide antenatal	Categórico	Sim/Não	
Variáveis Neonatais (Nascimento)			
Idade Gestacional (Semanas)	Numérica/Categórica	Moderados (32-33+6 dias) Tardio (34-36+6 dias)	Engle (2006)
Peso	Numérica		
Relação Peso/IG	Categórica	Pequeno Idade Gestacional (PIG)/ Grande para Idade Gestacional (GIG) Adequado Idade Gestacional (AIG)	Bataglia Lubtchenco (1967)
Sexo	Categórica	Masculino Feminino	Brasil, 2011
Via de Parto	Categórico	Vaginal Cesárea	
Intercorrência no Parto	Categórico	Sim/Não Qual(ais)(Aberta)	

Apgar 1° e 5 °min	Numérico/Categórico	10-7 <7	
Necessidade de Reanimação	Categórico	Sim/Não Qual(ais)(Aberta)	
Necessitou UTI Neonatal	Categórico	Sim/Não	
Variáveis Neonatais (Período Neonatal Internação)			
Dias Internação Hospitalar	Numérica/Categórica	< 4 dias 4-10 dias > 10 dias	Brasil, 2011
Dias Internação UTI-Neonatal	Numérica/Categórica	< 11 dias 11-20 dias > 20 dias	
Motivo Internação UTI	Categórica	Prematuridade Baixo Peso Disfunção Respiratória Disfunções Metabólicas Malformações	
Intercorrências na Internação	Categórica	Complicação (qual?/aberta)	

		Uso de Terapêutica respiratória; Uso de Terapêutica medicamentosa;	
Tipo de Dieta	Categórica	Seio Materno Exclusivo Aleitamento Misto Aleitamento Artificial	
Informações da Alta Hospitalar			
Demanda Específica na Alta Hospitalar	Categórica	Sim/Não/ Qual	
Encaminhada para algum serviço	Categórica	Sim/Não/Qual	
Variáveis Socioeconômicas			
Local que a Criança Mora	Categórica	Lixo céu Aberto (Sim/Não) Água sem Tratamento (Sim/Não) Esgoto Céu Aberto (Sim/Não)	
Classificação Socioeconômica	Categórica/ Numérica (Escore)	A B1 B2 C1 C2	Instrumento da ABEP (2015)

		D-E	
Grau de Instrução chefe da Família	Categórico	Analfabeto/Fund Inc. Fund. Completo Média Inc. Médio Comp/Sup Inc. Superior Completo	

Fonte: Autores.

A condição crônica na infância, segundo Stein et al. (1993) e Stein e Silver (1999), inclui condições com base biológica, psicológica ou cognitiva, que duraram ou têm potencial para durar um ano ou mais e que produzem uma ou mais das sequelas identificadas nos três domínios: (1) limitações de função, atividade ou papel social em comparação com crianças saudáveis da mesma idade no crescimento e no desenvolvimento. Na análise de função, atividade ou papel social dos participantes, podem ser avaliados e mensurados, por meio da (2) dependência para compensar ou minimizar as limitações de medicamentos, de alimentação especial, de tecnologia médica e de dispositivo de apoio pessoal; e (3) necessidade de cuidados médicos, ou serviços relacionados, e de serviços psicológicos ou educacionais acima do usual para a idade da criança.

Para a análise da condição crônica, foi utilizado o recorte do Instrumento de Triagem de CRIANES, instrumento americano que foi traduzido por Arrué em 2012 e publicado em 2016 (ARRUÉ et al., 2016), desmembrando as três questões, referentes aos três domínios, destacados por Stein (Diagrama 2) (1993). Esse instrumento, resumia-se no desenvolvimento de condição crônica, como variável dicotômica categórica (sim ou não), e foi considerado desfecho na análise. Para ter desenvolvido condição crônica, deveria ter sido respondido sim, a no mínimo um dos três domínios, o que é preconizado pelos autores do instrumento.

Para análise da Condição Aguda de Saúde, foi utilizado recorte do Instrumento: “Avaliação da Qualidade de Vida em Crianças de 8 meses a 5 anos de idade”, instrumento traduzido, adaptado e validado para o Brasil, no ano de 2010 por Tompsen (2010). Cabe destacar que os autores, no processo de tradução e validação recomendam o uso para crianças menores de 5 anos de idade e para tanto, consideramos pertinente utilizar, visto que não foram encontrados, em busca empírica, instrumentos que pudessem mensurar esse desfecho estudado. O recorte do instrumento contempla condições de saúde agudas, que interferem na qualidade de vida (TOMPSEN, 2010).

O instrumento é do tipo *Likert*, a qual identifica e intensifica a frequência com que a criança apresentou a condição de saúde nos últimos três meses. A condição aguda, também considerada desfecho, foi analisada sob forma categórica e numérica. Para análise categórica, foi utilizado o desfecho – sim ou não-. A medida que o lactente possuía alguma pontuação maior que zero (Nunca), foi considerado Sim, para o desenvolvimento da condição aguda. Quanto à análise da intensidade da condição aguda, elas foram avaliadas com a escala numérica 0 a 3, conforme preconizado pelos autores, quanto maior

a pontuação da escala, maior a frequência e intensidade do agravo para a criança. O tipo de análise, foi adotado por sugestão analítica dos autores. Para tanto, somente foi utilizada a categórica -Sim ou não- e a numérica para avaliar intensidade por meio da escala. A síntese e descrição das variáveis dependentes está no Quadro 3.

Quadro 3 - Caracterização das variáveis dependentes, analisadas no estudo. Brasil, 2018.

Condições Agudas			
Condições Agudas	Categórica/Numérica (Likert)		Tompson (2010)
Apresentou Evento Agudo de Saúde	Categórica	Sim/Não (0) Nunca/ (1) Quase Nunca (2) Quase Sempre/ (3) Sempre	
Condições Crônicas			
Necessita Algum medicamento ou Tecnologia de uso contínuo, indicado por médico? → Problema de Saúde, doença ou comportamento? → Tem previsão de durar um ano ou mais?	Categórica	Sim/Não (Qual?)	Arrué et al., (2016)
Necessita Acompanhamento médico, ou dos serviços de saúde, mais que a maioria das crianças da idade dele? → Problema de Saúde, doença ou comportamento? → Tem previsão de durar um ano ou mais?	Categórica	Sim/Não (Qual?)	
→ Tem Dificuldade ou não consegue fazer alguma atividade que a maioria das crianças da idade dele faz? → Problema de Saúde, doença ou comportamento? → Tem previsão de durar um ano ou mais?	Categórica	Sim/Não	
Desenvolveu Condição Crônica	Categórica	Sim/Não	

Fonte: Autores.

Os dados foram digitados em folha de rosto, no programa EpiInfo, versão 6.0, sob dupla digitação independente, por auxiliar de pesquisa e pelo pesquisador. Posteriormente, foram verificadas inconsistências de digitação, por meio do próprio programa. As inconsistências foram corrigidas pelo pesquisador, retomando os instrumentos. Os dados numéricos, quando cabiam, foram analisados sob forma de média, máximo, mínimo e por meio das correlações entre as variáveis. Já os dados categóricos foram analisados sob forma de frequência absoluta e relativa.

Para análise entre as variáveis dependente e independentes foram utilizados testes de frequência, para analisar a relação entre as variáveis dependentes dicotômicas (desenvolver condição aguda e crônica [sim ou não]) com as variáveis independentes (Obstétricas e neonatais e socioeconômica, quando categóricas). Para análise da relação entre as variáveis dependentes (Idade Cronológica (em meses) e Idade Gestacional ao nascer (em Semanas) e independentes (Obstétricas e neonatais e socioeconômica, quando numéricas), utilizou-se a correlação de Pearson, após teste de normalidade dos dados. Foi utilizado o programa estatístico SPSS, versão 17.0. Para os testes de frequência foram utilizados os testes estatísticos Qui-Quadrado e Teste Exato de Fischer, já para análise de correlação, utilizou-se a correlação de Pearson, visto normalidade dos dados, após aplicação dos testes de Kolmogorov – Smirnov e Shapiro-Wilk. Concedeu-se, associação estatística significativa ao desfecho, as variáveis cujo valor p foi menor a 5% ($p < 0,05$).

Etapa Qualitativa

Após análise inicial dos dados quantitativos e da descrição de algumas condições de saúde, tanto crônicas quanto agudas, iniciou-se a etapa de produção de dados qualitativos. A seleção dos participantes ocorreu de forma intencional, foram selecionados PMT de IG diferentes e com condições de saúde diferentes. Os dados foram produzidos por meio de entrevista semiestruturada com familiares/cuidadores, por meio das demandas de saúde dessas crianças. Nessa perspectiva, a rede de atenção foi construída a partir da percepção e vivência dos familiares/cuidadores.

As entrevistas foram agendadas por contato prévio do pesquisador e ocorreram no domicílio dos participantes, considerando melhor dia e horário para estes.

Elaborou-se um roteiro semiestruturado para o desenvolvimento da entrevista com os familiares/cuidadores (Apêndice A). A entrevista foi gravada por meio de gravador eletrônico e, posteriormente, transcrita em documento Word para análise, sob dupla

revisão da transcrição, ou seja, o áudio foi transcrito por auxiliares de pesquisa e foram revisados na totalidade pelo pesquisador.

As transcrições das entrevistas constituíram o *corpus* para análise de conteúdo. Para análise dos dados foi utilizada a análise de conteúdo temática de Bardin (2011). Segundo Laurence Bardin (2011), a análise de conteúdo é definida como um conjunto de técnicas que analisam comunicações entre atores do estudo, por meio de procedimentos realizados de forma sistemática e objetiva de forma a descrever e compreender as mensagens e indicadores expressos pelos atores, ao objeto do estudo e que possam ser realizados inferências nas análises.

A análise, segundo Bardin (2011) se deu pelas etapas de pré-análise, codificação e tratamento dos resultados ou interpretação. Na primeira etapa, a pré-análise, foi realizada após as transcrições das entrevistas, por meio de leitura flutuante; A definição de hipóteses provisórias sobre o objeto estudado; e uma pré-descrição das unidades de registro com maior recorrência temática (pré-seleção das unidades de registro).

Após a realização da primeira etapa, iniciou-se o processo de descrição das unidades de registro, já pré-estabelecidas na etapa inicial, por meio de expressões, frases ou palavras, conforme recorrência temática. As unidades de registro serviram de base para classificação do material para posterior análise profunda permitindo a classificação por categorização dos dados. Essa agregação em unidades permite uma descrição mais exata das características pertinentes ao conteúdo expresso nas transcrições (BARDIN, 2011).

As unidades de registro foram demarcadas por meio de um recorte cromático, assim facilitado a identificação das expressões/frases/palavras recorrentes. Aglomerou-se as unidades de registros por afinidade temática e assim originaram as categorias temáticas para apresentação dos resultados.

A terceira etapa constituiu o tratamento dos resultados obtidos, ou seja, a interpretação dos dados. Dentro das categorias os resultados foram apresentados de forma discursiva, a partir de trechos de falas e/ou sínteses de falas que justifiquem a categoria bem como estabelecem e respondam aos objetivos propostos. A interpretação envolveu a discussão, tendo por base o referencial teórico: Condição de Saúde e Redes de Atenção à Saúde (MENDES, 2011).

4.5 Implicação Metodológica para Consolidação da Tese

A utilização do método misto foi primordial para compreensão do objeto estudado. Entende-se que para compreensão de quaisquer fenômenos que utilizem o referencial de Condição de Saúde, é implícito a utilização do método de pesquisa misto. Olhar o problema de pesquisa, com abordagem quantitativa permitiu mensurar dados definidores clínicos e de repercussão biológica, mas que, de forma elementar e sem a abordagem qualitativa, representariam pouco para sua real implicação na Condição de Saúde. Nesse estudo, a melhor maneira de entender a importância desse método, está na relação entre número de “encaminhamentos” no momento da alta, com a relação de real efetividade desses encaminhamentos, por meio da análise qualitativa. Esse achado implicou de forma direta para definição da presente tese, o qual foi construído, por meio da abordagem de pesquisa mista.

4.6 Aspectos éticos

As questões éticas seguiram a Resolução 466/2012 (BRASIL, 2012). O projeto foi encaminhado para obter autorização institucional na Gerência de Ensino e Pesquisa (GEP) do Hospital Universitário de Santa Maria, cenário do estudo. Posterior a aprovação na GEP do HUSM o projeto foi encaminhado para aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Santa Maria, via Plataforma Brasil. O projeto foi aprovado pelo número de parecer 1.511.201 e registro no CAAE sob número 53898916.9.0000.5346 (Anexo C)

Os responsáveis legais dos RN foram informados da pesquisa. Realizou-se uma explanação sobre os objetivos propostos pelo estudo, bem como o caminho metodológico e a forma de participação. O Termo de Consentimento livre e esclarecido (Apêndice F) foi apresentado e lido conjuntamente com o provável participante e assinado por ambos, participante e pesquisador. O TCLE que foi apresentado consta no Apêndice F.

Nos casos de pais/responsáveis menores de 18 anos foi apresentado o Termo de Assentimento (Apêndice G) a estes, mediante o TCLE dos responsáveis legais por estes adolescentes. Ainda, os pesquisadores responsáveis assinaram o Termo de Confidencialidade dos Dados (APÊNDICE H) a fim de garantir a sua privacidade.

De acordo com Polit e Beck (2004) o pesquisador deve assegurar a proteção dos direitos ao ser humano envolvido na pesquisa, mantendo o sigilo e anonimato, assim

como preservar os valores morais, assegurar a liberdade de desistir da pesquisa a qualquer momento, além disso, promover bem-estar e a segurança para que o ser pesquisado não seja afetado por nenhum tipo de dano físico e mental. Na apresentação dos resultados, o anonimato é assegurado de forma que, os participantes da pesquisa foram nomeados da seguinte forma: letra P (participante) seguido de sequência numérica ordinal (Ex.: P1, P2, P3, etc.).

Os dados da pesquisa são considerados confidenciais, sendo divulgados apenas para fins de ensino e pesquisa, bem como o banco de dados e a transcrição das entrevistas que estão sob a guarda e responsabilidade da pesquisadora orientadora deste estudo, guardados por cinco anos na sala 1336 do Centro de Ciências da Saúde da UFSM, sito a Av. Roraima, n. 1000, Prédio 26. Bairro Camobi. Santa Maria – RS. CEP: 97105-900. Após este período serão destruídos. Também foi constituído um banco de dados para possíveis releituras e o desenvolvimento de outras análises.

5 RESULTADOS E DISCUSSÕES

Por meio do percurso teórico e metodológico até então defendido e ancorado por meio de um referencial de Condição de Saúde, o presente estudo tem por finalidade defender a seguinte tese:

Um em cada cinco recém-nascido é prematuro moderado ou tardio e sua condição de saúde inclui o desenvolvimento de demandas específicas da prematuridade que não são acolhidas e/ou efetivas na atenção primária à saúde. A estruturação dos serviços de saúde se dá de forma fragmentada e não-programática, traduzida pelo acesso e resolutividade dos serviços de urgência e emergência, articulada pela intensidade dos agravos agudos de saúde. As condições crônicas, mais prevalentes nos recém-nascidos moderados, caracterizam-se pela dependência dos serviços de saúde e pela limitação funcional estruturadas em um modelo hegemônico uniprofissional e curativista. Esses predicados fragilizam a constituição de uma rede de atenção à saúde ao prematuro moderado e tardio.

Essa tese é defendida diante dos resultados que seguem, organizados em três capítulos: As características obstétricas e condições de saúde imediatas de recém-nascidos prematuros moderados e tardios; As condições crônicas e agudas de recém-nascidos prematuros moderados e tardios; e A (des)constituição da rede de atenção à saúde de recém-nascidos prematuros moderados e tardios.

De forma inicial, será apresentada a caracterização dos participantes por meio da aplicação dos critérios de seleção estabelecidos no método supracitado.

5.1 Caracterização dos participantes

Após aplicar critério de seleção, participaram no estudo 151 nascidos prematuros moderados ou tardios. Na fase de acompanhamento totalizaram 126 crianças no terceiro mês, 117 no sexto, 111 no nono e 109 no 12º mês de vida. Na etapa qualitativa foram desenvolvidas 15 entrevistas. A tabela 1 a seguir descreve os critérios de seleção e os motivos de exclusão no estudo na fase de seleção dos participantes.

Tabela 1 - Distribuição dos participantes do estudo de acordo com critérios de seleção no período de 15 de maio de 2016 à 14 de maio de 2017. Brasil. 2018.

	A termo (≥ 37 semanas) (n) (%)	Tardios (34 a 36 semanas e 6 dias) (n) (%)	Moderados (32 semanas a 33 semanas e 6 dias) (n) (%)	Extremos (< 32 semanas) (n) (%)	Total (n) (%)
Nascidos Vivos (n)	1068 (77,9%)	245 (17,9%)	35 (2,6%)	23 (1,7%)	1371 (100%)
Critério de Seleção (exclusão)*	1068 ¹ (88,4%)	110 ² (9,2%)	7 ² (0,5%)	23 ¹ (1,9%)	1208 (100%)
Não Aceitaram Participar	-	12 (100%)	-	-	12 (100%)
Incluídos	-	123 (81,5%)	28 (18,5%)	-	151 (100%)

¹Idade Gestacional > ou igual a 37 semanas ou menor que 32 semanas IG.

²Não Reside em Santa Maria/RS (Exclusão por residência).

Por meio da tabela 1, é possível destacar que dos 1371 nascidos no Hospital, no período de um ano, 20,5% eram nascidos Prematuros Moderados ou Tardios, destes, destaca-se a alta prevalência de Tardios, que representam aproximadamente 18% do total de nascidos e 81,5% dos participantes no estudo. Ao final, participaram do estudo, por meio dos critérios de seleção, 151 prematuros moderados e tardios residentes em Santa Maria- RS.

A tabela 2, apresenta a caracterização quanto à idade gestacional exata dos recém-nascidos, estratificado por semana e dia gestacional, conforme a avaliação do Capurro realizado em primeira avaliação (após 8 horas de vida).

Tabela 2 - Frequência da Idade Gestacional, classificada por semana gestacional, estratificadas por prematuridade Tardia e Moderada. Brasil, 2018.

IG (semanas + dias)		n(%)	n(%)
32	0	6(4,0)	26(18,5)
32+3	2		
32+4	3		
32+6	1		
33	2	22(14,5)	
33+1	5		
33+2	2		
33+3	3		
33+4	1		
33+5	4		
33+6	5		
34	3	22(14,6)	
34+1	1		
34+2	4		
34+3	8		
34+4	1		
34+5	4		
34+6	1		
35	7	33(21,8)	
35+1	1		
35+2	7		
35+4	1		
35+5	13		
35+6	4		
36	13	68(45,0)	
36+1	2		
36+2	7		
36+3	16		
36+4	14		
36+5	10		
36+6	6		
Total	151	100%	

Conforme a tabela 2, destaca-se que prematuros Tardios com IG maior ou igual a 36 semanas, prevalecem, quando comparados aos demais estratos gestacionais apresentados, pois representam juntos 45% de todos os participantes do estudo. Vale destacar que os dois estratos de idade gestacional estudadas (moderados e tardios), não são equivalentes, há uma tendência crescente de nascimentos, quanto maior for a IG. No que tange à estratificação por Moderados e Tardios, há uma prevalência de PMT Tardios, que representam 81,5% de toda a população do estudo. A média de IG dos participantes do estudo é de 34,9 semanas, o que representa 34

semanas + 6 dias, desvio padrão de 1,2, ou seja, arredondamento para 1 semana + 1 dia, mínimo de 32+3 e máximo de 36+6 semanas.

Por se tratar de um estudo longitudinal de acompanhamento, durante o percurso do primeiro ano de vida, houve perdas de acompanhamento ou desistência de participação. A tabela 3, destaca o percentual de perdas, estratificadas por mês de avaliação durante o ano de acompanhamento da criança.

Tabela 3 - Perdas de Acompanhamento durante período de coleta dos dados. Brasil, 2018.

	Número	Perdas	Percentual Acumulado de	Total
	Total		Perdas	Participantes
3º Mês	151	25	16,6%	126
6º Mês	126	9	22,5%	117
9º Mês	117	6	26,5	111
12º Mês	111	2	27,8	109

A Tabela 3 destaca que ao final do acompanhamento dos 151 prematuros que foram incluídos no estudo, 72,2% deles, ou seja, 109 crianças, mantiveram o acompanhamento até o 12º mês de avaliação. Houve um percentual de perda de 28,5% dos participantes, dando destaque a um número maior de perdas no terceiro mês de vida.

5.2 As Condições de Saúde Imediatas de Recém-Nascidos Prematuros Moderados e Tardios

Nesta seção, abordar-se-á a relação da prematuridade e os aspectos obstétricos e neonatais à alta hospitalar e o (re)conhecimento no serviço de puericultura/acompanhamento.

Quanto as variáveis obstétricas associadas ao nascimento de PMT moderados e tardios, destaca-se a Tabela 4, que analisa a frequência das variáveis independentes com os dois estratos gestacionais (moderados e tardios) estudados.

Tabela 4 - Associação das variáveis obstétricas associadas ao nascimento de prematuros moderados e tardios. Brasil, 2018.

	Moderado n(%)	Tardio n(%)	Total n(%)	p
Gesta				
Primeira Gestação	11 (39,3)	41(33,3)	52(34,4)	
Segunda Gestação	7(25,0)	33(26,8)	40(26,5)	0,834 ¹
Terceira ou Maior	10(35,7)	49(39,8)	59(39,1)	
Aborto Prévios	5(17,9)	30(24,4),35(23,2)		0,460 ¹
Idade Materna				
≤ 20 anos	4(14,3)	19(15,4)	23(15,2)	
21 - 28 anos	10(35,7)	47(38,2)	57(37,7)	
29 - 35 anos	11(39,3)	40(32,5)	51(33,8)	
≥ 36 anos	3(10,7)	7(13,8)	20(13,2)	
Gestação de Risco	19(67,9)	69(56,1)	88(58,3)	0,255 ¹
Motivo Gestação de Risco*				
Gemelaridade	8(42,1)	17(24,6)	25(28,4)	
DHEG	7(36,8)	16(23,2)	23(26,1)	
DM/DMG	2(10,5)	11(15,9)	13(14,8)	
TPP	2(10,5)	6(8,7)	8(9,1)	
Sangramento Precoce	0	7(10,1)	7(8,0)	
Distúrbios Hematológicos Prévios	0	7(10,1)	7(8,0)	
RCIU	0	2(2,9)	2(2,3)	
Malformação Fetal	0	2(2,9)	2(2,3)	
Aborto Prévio	0	1(1,4)	1(1,1)	

Pré-Natal				
Adequado	15(53,6)	84(68,3)	99(65,6)	0,186 ¹
Inadequado/Não realizado	13(46,4)	39(31,7)	52(34,4)	
Motivo Parto Prematuro				
Aminorrexe Prematura/TPP	10(35,7)	39(31,7)	49(32,5)	0,683 ¹
DHEG	7(25)	29(23,6)	36(23,8)	0,873 ¹
Gemelaridade	0	18(14,6)	18(11,9)	0,019 ²
DPP	4(14,3)	11(8,9)	15(9,9)	0,292 ²
TPP	3(10,7)	11(8,9)	14(9,3)	0,502 ²
Doenças Maternas	3(10,7)	10(8,1)	13(8,6)	0,447 ²
Polidramia/Oligidramina	3(10,7)	6(4,9)	9(6,0)	0,219 ²
Sangramentos 1º e 2º trimestre	0	6(4,9)	6(4,0)	0,285 ²
Malformações Fetais	3(10,7)	3(2,4)	6(4,0)	0,078 ²
Incompetência Cervical	2(7,1)	4(3,3)	6(4,0)	0,308 ²
RCIU	1(3,6)	5(4,1)	6(4,0)	0,692 ²
Placenta Prévia	1(3,6)	1(0,8)	2(1,3)	0,337 ²
Alterações Hormonais	0	2(1,6)	2(1,3)	0,663 ²
Corticoide Antenatal	23(82,1)	58(47,2)	81(53,6)	0,001¹

¹Qui-Quadrado; ² Teste Exato de Fisher

DM/DMG- Diabete Mellitus/ Diabete Mellitus Gestacional

DPP: Descolamento Prematuro da Placenta

DHEG- Doença Hipertensiva Específica da Gestação

RCIU-Retardo de Crescimento Intrauterino

TPP- Trabalho de Parto Prematuro

Quanto a comparação das variáveis de caracterização obstétrica, é possível destacar que há uma frequência maior em mães que tiveram três ou mais gestações, quase 40 %, e ainda, é que 23,2% das mães tiveram aborto prévio.

Das gestações, quase 60% eram consideradas de risco, essa prevalência foi maior nos prematuros moderados (67,9%), porém com uma frequência não significativa para a variável. Os motivos para a gestação de risco, mais frequentes, foram a Gemelaridade (28,4%), seguidas da DHEG (26,1%) e da DM/DMG (14,8%), juntas representam quase 70% de todos os motivos que levaram às gestações, serem consideradas de risco para nascimento prematuro.

Quanto a realização do Pré-Natal, adequado à idade gestacional vivenciada e número de consultas para o período (corrigido para o período), é possível destacar que 65% das mães realizaram ou estavam frequentando de forma adequada o acompanhamento de Pré-Natal. Cabe destacar que três não tinham realizado nenhuma consulta de Pré-Natal.

Os motivos que levaram ao desenvolvimento do parto prematuro, pode-se enfatizar a Aminorrexe Prematura (32,5%), seguida da Doença Hipertensiva Específica da Gestação (23,8%) e a Gemelaridade (11,9%). Único fator que apresentou frequência significativa maior em tardios, quando comparados aos moderados, foi a gemelaridade. Não houve a descrição de cesariana eletiva, como fatores relacionados ao nascimento prematuro iatrogênico.

Quanto aos fatores correlacionados à idade gestacional de nascimento dos prematuros, apresenta-se a tabela 5.

Tabela 5 - Correlação dos fatores obstétricos associados a idade gestacional de Prematuros Moderados e Tardios. Brasil, 2018.

Fator	Média (DP)	Mínimo	Máximo	Índice de Correlação¹	P
Idade Materna	27,7(6,7)	14	44	0,056	0,497
Número de Gestações anteriores	2,5(1,6)	0	9	0,046	0,571
Número Abortos Prévios		0	2	0,023	0,778
Número de Partos Prematuros Anteriores		0	3	-0,522	0,008
Número de Fetos na Gestação Atual		1	2	-0,175	0,032

¹Correlação de Pearson

A idade das mães apresentou uma média de 27,7 anos (DP=6,7) com idade mínima de 14 anos e máxima de 44 anos. Dentre estas, 12 eram mães adolescentes, representando 8% dos participantes e 13,2% das gestantes possuíam idade superior a 35 anos, considerados fatores de risco para nascimento prematuro. Houve uma correlação positiva nas variáveis Idade gestacional e Idade Materna, contudo não foi significativa. As variáveis que apresentaram correlação significativa foram o número de partos prematuros anteriores e número de fetos na gestação. Quanto maior o número de partos prematuros anteriores e o número de fetos na gestação, menor a idade gestacional do prematuro. Ademais, quanto à caracterização dos participantes e às variáveis neonatais e de nascimento e sua relação com a prematuridade moderada e tardia, apresenta-se a tabela 6:

Tabela 6 - Fatores neonatais associados ao nascimento de prematuros moderados e tardios. Brasil, 2018.

	Moderado	Tardio	Total	p
AIG	17(60,7)	96(78,0)	113(74,8)	0,038
PIG/GIG	11(39,3)	27(21,9)	38(25,2)	
Masculino	13(46,4)	59(48,0)	72(47,7)	0,883 ¹
Feminino	15(53,6)	64(52,0)	79(52,3)	
Vaginal	6(21,4)	38(30,9)	44(29,1)	0,320 ¹
Cesárea	22(78,6)	85(69,1)	107(70,9)	
Intercorrência no Parto	2(7,1)	12(9,8)	14(9,3)	0,498 ²
Apgar 1º min. ≥ 7	16(57,1)	106(86,2)	122(80,8)	0,001 ¹
Apgar 1º min. < 7	12(42,9)	17(13,8)	23(19,2)	
Apgar 5º min. ≥ 7	25(89,3)	120(97,6)	145(94,7)	0,167 ²
Apgar 5º min. <7	3(10,7)	5(4,1)	3(5,3)	
Necessitou RSP	20(71,4)	21(17,1)	41(27,2)	< 0,01 ¹
Manobra de reanimação (n=41)				
Máscara + O2	6(30,0)	7(33,3)	13(31,7)	
VPP	11(55,0)	10(47,6)	21(51,2)	
Intubação+Massagem+Drogas	3(15,0)	3(14,3)	6(14,4)	

¹Qui-Quadrado; ² Teste Exato de Fisher

Na relação de peso ao nascer e a IG, destaca-se que quase 75% dos participantes tiveram peso adequado para Idade Gestacional, há uma frequência maior de PIG/GIG- alterações na relação peso *versus* IG- no estrato de Moderados, quando comparados aos Tardios. Quando analisados apenas os PIG e AIG, o risco de nascimento de PIG é 2,5 vezes maior em moderados que tardios (RR 2,56- Int. 1,03-6,36), essa relação também se apresenta significativamente mais frequente em nascimentos PIG nos moderados, quando comparados aos tardios, o que pode ser característica para o estrato gestacional analisado. Sexo feminino teve frequência maior, porém sem diferença significativa nos estratos estudados. Parto cesariana foi o mais frequente e as intercorrências durante o trabalho de parto ou cesariana foram identificadas em 9,3% dos

nascimentos. As intercorrências durante o parto mais frequentes foram: Hemorragia Materna (30,8%); Hipertensão ou Hipotensão Materna (30,8%) e Sofrimento Fetal (15,4%).

Quanto a correlação da IG com fatores neonatais imediatos e de internação hospitalar, descreve-se a tabela 7.

Tabela 7 - Correlação dos fatores neonatais imediatos e de internação hospitalar associados à idade gestacional de Prematuros Moderados e Tardios. Brasil, 2018.

Fator	Média (DP)	Mínimo	Máximo	Índice de Correlação¹	P
Peso	2410g(529g)	1070g	4230g	0,588	< 0,001
Apgar 1º min	8 (1,7)	0	10	0,261	0,001
Apgar 5º min	9,1(1,3)	0	10	0,0186	0,023
Dias de Internação Hospitalar	9,7(12,4)	1	76	- 0,486	<0,001
Dias Internação Alojamento Conjunto	3,9(3,2)	1	18	- 0,259	0,009
Dias de Internação em UTIN	16,8(14,8)	1	76	-0,340	0,007

¹Correlação de Pearson

Por meio da Tabela 7 é possível destacar que há correlação das variáveis independentes com a idade gestacional, ou seja, existe uma relação dos fatores neonatais imediatos e de internação conforme a Idade Gestacional. Possuíram correlação positiva, ou seja, quanto maior a idade gestacional, maior peso e Apgar no primeiro e quinto minuto. Quanto as variáveis relacionadas aos dias de internação, a correlação apresentou-se negativa, para tanto, quanto menor a idade gestacional, maior tempo de internação nos três cenários analisados. A análise dos motivos de internação na UTIN e a comparação com os dois estratos estudados é apresentada na tabela 8.

Tabela 8 - Variáveis clínicas imediatas associadas à prematuros moderados e tardios. Brasil, 2018.

	Moderados	Tardios	Total	p
Necessitou de UTIN(N=151)	27(96,4)	35(28,5)	62(41,1)	<0,001 ¹
Motivos de Internação(n=62)				
Prematuridade	7(26,9)	25(69,4)	32(51,6)	0,002 ¹
Baixo Peso	13(50)	28(77,8)	41(66,1)	0,023 ¹
Desconforto Respiratório	14(53,8)	21(58,3)	35(56,6)	0,725 ¹
Intercorrências no Nascimento	1(3,8)	2(5,6)	3(4,8)	0,622 ²
Hipoglicemia	1(3,8)	6(16,7)	7(11,3)	0,120 ²
Sinais Clínicos (n=35)				
Gemência	9(64,3)	16(76,2)	25(71,4)	0,445 ¹
Batimento de Asa Nariz	3(21,4)	6(28,6)	9(25,7)	0,712 ²
Retração subcostal	11(78,6)	17(81,0)	28(80,0)	0,540 ²
Cianose	6(42,9)	3(14,3)	9(25,7)	0,062 ²
Taquipneia	4(28,6)	5(23,8)	9(25,7)	0,526 ²
Oxigênio dependente	3(21,4)	4(19,0)	7(20,0)	0,594 ²

¹Qui-Quadrado; ² Teste Exato de Fisher

A necessidade de terapia intensiva é mais frequente nos moderados, em que apenas um permaneceu no alojamento conjunto. Quanto aos motivos de internação, a PMT e o baixo peso foram motivos mais frequentes nos tardios. Quanto aos sinais clínicos, relacionados a disfunção respiratória destaca-se os mais frequentes: Gemência (71,4%), seguida da Retração subcostal (80%) e da Cianose, Taquipneia e Batimento de Asa de Nariz, cada um com 25,7%. Não houve frequência significativa maior quando analisados os sinais clínicos respiratórios nos dois estratos analisados.

No transcorrer da internação, as intercorrências relacionadas à prematuridade estão apresentadas na tabela 9.

Tabela 9 - Intercorrências clínicas associadas à prematuridade moderada e tardia durante a internação hospitalar. Brasil, 2018.

	Moderados	Tardios	Total	p
Complicações/Condições de saúde durante a Internação Hospitalar	14(50,0)	33(26,8)	47(31,1)	0,017 ¹
<i>Icterícia</i>	8(57,1)	7(21,2)	15(31,9)	0,001 ¹
<i>Infecção Neonatal Tardia</i>	5(35,7)	9(27,3)	14(29,8)	0,548 ¹
<i>Hipoglicemia</i>	0	8(24,2)	8(17,0)	0,001 ²
<i>Disfunção Respiratória</i>	0	4(12,1)	4(8,5)	0,03 ²
<i>Arritmia Cardíaca</i>	1(7,1)	2(6,1)	3(6,4)	0,12 ²
<i>Hipoatividade</i>	0	1(3,0)	1(2,1)	0,702 ²
<i>Refluxo Gastroesofágico</i>	0	1(3,0)	1(2,1)	0,702 ²
<i>Hemorragia Intracraniana</i>	0	1(3,0)	1(2,1)	0,702 ²
Uso Terapêutica Respiratório	20(71,4)	22(17,8)	42(27,8)	< 0,01 ¹
<i>Por motivo de Nascimento/Internação</i>	20(100,0)	18(81,8)	38(90,5)	< 0,01 ¹
<i>Por complicações posteriores ao nascimento/internação</i>	0	4(18,2)	4(9,5)	0,045 ²
Uso Terapêutica Medicamentosa	24(85,7)	47(47,9)	71(47,0)	0,003 ¹
<i>Por motivo de Nascimento/Internação</i>	13(54,1)	35(74,5)	48(67,6)	0,456 ¹
<i>Por complicações posteriores ao nascimento/internação</i>	11(45,8)	12(21,8)	23(29,1)	0,031 ¹

¹Qui-Quadrado; ² Teste Exato de Fisher

Quanto às complicações/condições de saúde durante a internação hospitalar é possível destacar que os moderados apresentam mais complicações e que a icterícia foi a mais frequente nesse grupo de prematuros. Já a hipoglicemia e a disfunção respiratória posterior à internação foi mais frequente na população de prematuros tardios. A utilização de terapêutica respiratória e de medicamentos, durante a internação, é mais frequente em moderados. Vale destacar que a utilização de medicamentos por complicações posteriores a internação é significativamente maior em moderados.

Quanto ao momento da alta hospitalar, na tabela 10 descreve-se as características de demandas de cuidados, alimentação, bem como encaminhamento para serviços de puericultura ou acompanhamento especializado.

Tabela 10 - Fatores associados a alimentação e demanda na alta hospitalar de prematuros moderados e tardios. Brasil, 2018.

	Moderados	Tardios	Total	p
Suga Seio Materno (n=149)	24(85,7)	111(91,7)	135(90,6)	0,340 ²
Tipo de Dieta (n=149)				
<i>Aleitamento Materno Exclusivo</i>	5(17,9)	67(55,3)	74(49,7)	
<i>Aleitamento Misto</i>	18(64,3)	41(33,9)	59(39,1)	0,001 ¹
<i>Aleitamento Artificial</i>	5(17,9)	11(9,1)	16(10,6)	
Demanda Específica na Alta Hospitalar (n=149)	8(29,6)	13(10,7)	21(14,1)	0,016 ¹
Tipo de Demanda				
<i>Ambulatório de Cardiologia (PCA)</i>	0	5(38,5)	5(23,8)	
<i>Controle Rigoroso Peso</i>	2(25,0)	3(23,1)	5(23,8)	
<i>Medicação de uso contínuo</i>	6(75,0)	5(38,5)	11(52,4)	
Encaminhamento para Serviço de Saúde (n=149)	27(100,0)	120(98,4)	147(98,7)	
Tipo de Serviço de Saúde (n=149)				
<i>APS</i>	17(63,0)	100(82,6)	117(79,1)	
<i>APS + Ambulatório Cardiologia</i>	0	3(2,5)	3(2,0)	
<i>APS + Ambulatório de Prematuro</i>	3(11,1)	3(2,5)	6(4,1)	
<i>APS + Ambulatório Pediatria Geral</i>	0	5(4,1)	5(3,4)	
<i>APS + Ambulatório de Infectologia</i>	1(3,7)	4(3,3)	5(3,4)	
<i>Ambulatório de Prematuros</i>	4(14,8)	1(0,8)	5(3,4)	
<i>Ambulatório de Cardiologia</i>	2(7,4)	2(1,7)	4(2,7)	
<i>Ambulatório Pediatria Geral</i>	0	2(1,7)	2(1,4)	

¹Qui-Quadrado; ² Teste Exato de Fisher

É mais frequente o aleitamento materno exclusivo em população de tardios, quando comparados aos moderados. Ainda, o aleitamento materno misto e o aleitamento artificial é mais frequente na população de moderados.

As demandas no pós alta hospitalar ocorrem com maior frequência na população de moderados quando comparados aos tardios, corroborando a tendência em desenvolver demandas maiores quanto menor for a idade gestacional. Cabe destacar que essas demandas são específicas e requerem atenção especializada em um primeiro momento. A persistência do Canal Arterial representou uma demanda específica dos Tardios. Pode-se justificar essa demanda mais frequentes nos Tardios, visto que para os moderados, essa demanda é acolhida ainda durante a internação, o que difere dos tardios que levam essa demanda para o acompanhamento em puericultura e ambulatório de especialidade. Esta é uma demanda a ser resolvida via ambulatorial quando não apresentar repercussão clínica. Já a demanda de controle rigoroso de peso e uso contínuo de medicamentos foi frequente em moderados, caracterizando a especificidade dessa população.

O encaminhamento aos serviços de saúde foi presente em 98,7% dos participantes do estudo, cabe destacar que dois participantes (dois PMT Tardios) foram a óbito antes da alta hospitalar (ambos os óbitos foram relacionados a complicações durante o parto, asfixia neonatal e complicações desta). Dentre os RN, que deram alta, quase 80% foram encaminhados para a APS de forma exclusiva. O alto índice de encaminhamento dos pacientes aos serviços de especializados, na rede, pressupõe uma integração entre serviço hospitalar terciário e a Atenção Primária em Saúde. Os dados qualitativos relacionados a orientação de transferência para outros serviços de saúde foram enunciados pelos familiares/cuidadores da seguinte forma:

Falaram que a primeira consulta tinha que ser dentro de uma semana e tinha que ser no posto. (P2)
 Só para fazer as vacinas com algum pediatra [...] Para algum posto de saúde, o mais próximo de casa. (P1)
 Só pra fazer o teste do pezinho, e no posto pra pediatra [...] eu iria nesse aqui perto de casa [...]. (P3)
 O encaminhamento dado pelo hospital em que nasceu o bebê foi para o pediatra da unidade básica de saúde. (P4)
 Ela ficou com encaminhamento pra retorno, na pediatria do HUSM mesmo [...] na ala de prematuros e na unidade básica ela também me deu encaminhamento, mas daí fui eu que agendei aqui no meu bairro. (P5)

A partir dos enunciados, tendo em vista a inexistência de demandas específicas da condição de prematuridade, P1, P2, P3 e P4, foram encaminhados a APS de forma exclusiva. O encaminhamento, reconhecido pelas mães como tal, resume-se a orientação para a procura do serviço em sete dias. P5, como PMT moderada, por sua vez, manteve encaminhamento no ambulatório de seguimento de PMT, visto sua condição crônica de saúde [prematuridade].

A orientação dada à mãe no momento da alta, para que procure uma unidade básica de saúde, responsabiliza-a, contudo, não considera a existência/acessibilidade/resolutividade de um serviço “mais próximo de casa” (P1).

A dificuldade de acesso destes PMT encaminhados a APS é destacada nos enunciados:

[...] a pediatra foi embora, e o posto daqui ficou sem pediatra (P1). Pesquisador: E agora, quem acompanha a [nome da RN]? P1: “Ninguém! (P1).
 [...] no posto é mais difícil ser atendida, é mais difícil conseguir ficha, nem sempre tem médico disponível. (P2)
 Eu não marquei consulta, por que tem que madrugar para pegar ficha, eu fui fazer o teste do pezinho naquele dia, só que aí aquele dia, não tinha era uma sexta-feira, e eles não faziam na sexta-feira [...] como ele estava sugando muito o peito e estava cada vez mais magro eu comentei com uma das gurias [equipe de enfermagem] lá no posto né que ele não pegava o peito direito, aí ela disse ‘eu vou te encaminhar no outro posto que é ali no [outro bairro] que lá tem pediatra. (P3)
 [...] foi solicitado encaminhamento para o posto, onde levei para uma primeira consulta. No entanto, nessa unidade, o profissional atendente disse que o bebê estava com pouco peso, apesar de eu explicar que o bebê era prematuro. Então me disseram que o meu leite era fraco, daí comecei a intercalar o leite materno com o leite artificial, apesar de ainda dar mais leite materno. Mas eu te pergunto se existe leite fraco? Ele estava com leite materno exclusivo por orientação do hospital. (P4)
 [...] elas [enfermeiras da APS] erraram a pesagem, elas me deram um susto. Elas pesaram e deu 1,700gr e pouco aqui na unidade, aí eu entrei em choque, saí

desesperada [...] eu olhava pra ela e dizia mas ela está tão redondinha, como que vai estar com 1,700gr [...] agora não vou pesar aqui no posto de novo né?! [...] tanto que eu fui no HUSM daí na quinta-feira ela já estava com 2,440gr. (P5)

Orientar, verbalmente, a mãe para que procure os serviços de APS mais próximos de casa é realizada de rotina como preconizado pelos manuais do Ministério da Saúde. Entretanto, sabe-se que os problemas existentes na APS nem sempre propiciam reais chances de que essa criança consiga ser acompanhada na rede de atenção à saúde. A inexistência de profissionais pediatras na rede é considerada entrave para a inserção nos serviços e a realização a primeira consulta.

Ainda, há profissionais que desconsideram a condição da prematuridade como uma particularidade, conforme indicado pela P4 [“apesar de eu explicar que o bebê era prematuro”], desmerecendo a continuidade da assistência nesse contexto de atenção à saúde. O descrédito em relação às informações/prescrições realizadas pelos profissionais da rede fragiliza o vínculo com o usuário e colocam em risco a continuidade do seguimento do RN.

Ainda, quando o primeiro contato acontece, primeira consulta, a forma com que se dá o acolhimento e a responsabilização pelo problema/demanda é fator que contribui para a continuidade na assistência:

Quando fomos ao posto, não gostamos muito do atendimento, a médica foi meio estúpida. O modo de falar dela foi estúpido [...] a médica ficava sentada e falava pra mim “agora você faz isso”, sabe aquele jeito de pouca conversa. [...] não sei por que foi assim, não deveria ser assim, no [nome da APS] a consulta não dura nem 10 minutos, e era primeira consulta, acho que poderia ser questionado mais coisas. (P2)

[...] ali no posto eram duas [médicas], só que a que eu gostava mais ela se aposentou, e só ficou a outra doutora, eu não me agrado muito, não tenho nada contra ela mas, sabe quando gente não se agrada muito, meio grossa, estúpida com a gente[...]. (P3)

Após a primeira consulta, P2 conseguiu encaminhamento para puericultura geral no ambulatório do hospital e utiliza este como serviço de afiliação exclusiva para demandas de puericultura.

A necessidade de controle rigoroso do peso, muito explícito para P5, enquanto PMT moderada, foi o vínculo inicial com a APS e pode ser considerado uma estratégia importante. O ganho de peso é fator importante para as mães e o vínculo para pesagem do RN na APS é necessário:

Pesagem, porque a [médica da UTI-Neo] disse que tinha que pesar ela toda semana pra ver se ela vai pegando peso [...], então eu perguntei se tinha que ser toda a semana, daí ela disse que tinha que ser toda a semana! (P5)

[...] aí assim no peso, eu pesava toda semana, a primeira pessoa que eu encontrava lá [na APS], eu já fiquei até conhecida né, ah! eu quero pesar ele. Aí ela, ah vamos lá que eu peso [...] (P3)

O vínculo criado torna-se estratégia para trazer a criança para o seguimento na rede de atenção. Isto permite que os profissionais reconheçam aquela criança com uma demanda diferenciada (pesagem semanal) e, assim, possam avaliar e integrar ela na rede.

Partindo do pressuposto de acolhimento desse PMT na APS, o modelo de atenção multiprofissional é extremamente necessário. Pelos enunciados, percebe-se a ausência do engajamento dos demais profissionais da equipe no atendimento a essas crianças, o que gera uma crise entre as microrelações clínicas dos diferentes profissionais da saúde. Hegemônico nos serviços, essa característica é percebida nos enunciados:

Eles [equipe de saúde] não atendem, não tem médico, tem só enfermeira. Aí eles mandam levar pro PA [serviço de urgência]. (P1)

Como ele estava sugando muito o peito e estava cada vez mais magro eu comentei com uma das gurias [equipe de enfermagem] lá no posto né que ele não pegava o peito direito, aí ela disse eu vou te encaminhar no outro posto que é ali no km 3 que lá tem pediatra [...] de referência de profissional que me atendia era só a médica lá, não tinha outro profissional envolvido não [...]. (P3)

[...] aqui [APS] já é o médico, ninguém mais mexe no neném, ainda mais prematuro né? A não ser o próprio doutor, que é o doutor [nome do médico], aí aqui, ele quem pesa, mede, examina, pergunta do “mamá”, cocô, essas coisas, ninguém mais! (P5)

Para tanto, reconhecer as demandas específicas de cada prematuro no momento da alta se faz necessário e requer esforço da equipe para que suas demandas sejam atendidas. Reconhece-se a necessidade de uma referência segura no momento da alta hospitalar e que seja efetiva para as demandas imediatas e o seguimento desses prematuros nos serviços. Os enunciados [“Eles [equipe de saúde] não atendem[...]” P1] remetem uma desarticulação dos serviços, porém a frequência de encaminhamentos e transferências (98,7%) mascaram uma situação de não seguimento na rede de saúde. O encaminhamento na alta hospitalar não garante que estes bebês terão atendimento às demandas de puericultura de que tanto necessitam.

Quanto à caracterização socioeconômica e sua relação com os estratos estudados, apresenta-se a tabela 11.

Tabela 11 - Caracterização socioeconômicas dos prematuros moderados e tardios, residentes no município de Santa Maria. Brasil, 2018.

	Moderado	Tardio	Total
	n(%)	n(%)	n(%)
Classe Socioeconômica			
<i>A</i>	0	2(1,6)	2(1,3)
<i>B1</i>	2(7,1)	1(0,8)	3(2,0)
<i>B2</i>	5(17,9)	13(10,6)	18(11,9)
<i>C1</i>	7(25,0)	31(25,2)	38(25,2)
<i>C2</i>	6(21,4)	41(33,3)	47(31,1)
<i>D</i>	8(28,6)	35(28,5)	43(28,5)
Água			
<i>Água Rede Geral Distribuição</i>	19(67,9)	92(74,8)	111(73,5)
<i>Água Poço/ Nascente</i>	9(32,1)	31(25,2)	40(26,5)
Formação chefe família			
<i>Analfabeto/ Fundamental Incompleto</i>	9(32,1)	37(30,1)	46(30,5)
<i>Fundamental Completo</i>	4(14,3)	43(35,0)	47(31,1)
<i>Médio incompleto</i>	11(39,3)	28(22,8)	39(25,8)
<i>Médio Completo/ Superior Incompleto</i>	2(7,1)	6(4,9)	8(5,3)
<i>Superior Completo</i>	2(7,1)	9(7,3)	11(7,3)

A caracterização socioeconômica dos participantes demonstrou um nível socioeconômico baixo, em que aproximadamente 60% dos participantes estão na classe C2 ou D, o que representa vulnerabilidade socioeconômica desses. Ainda, se considerarmos o estrato entre C1 – D inserem-se cerca de 85% dos participantes. A água não tratada é utilizada em 26,5% dos domicílios estudados. Quanto a escolaridade do chefe da família, considerada fator de vulnerabilidade familiar, 61,6% possuem apenas o ensino Fundamental Completo.

5.2.1 Discutindo as características obstétricas e as condições de saúde imediatas de recém-nascidos prematuros moderados e tardios

A prematuridade Tardia e Moderada ocorreu em dois a cada 10 nascimentos no cenário de estudo, fator que pode estar relacionado com o hospital, cenário do estudo, ser referência regional, para gestação e partos de alto risco. Reconhece-se que essas taxas se apresentam elevadas quando comparadas a taxas mundiais de 11,1% (OMS,2015) e nacionais 11,1% (BRASIL, 2018).

Estudos, americano e europeu, destacam que na população geral, a prevalência de tardios e moderados gira em torno de 8% e 1,5% respectivamente, o que representa um total de aproximadamente, 10% dos nascidos vivos (RAJU, 2006; ZEITLIN et al., 2013). No Brasil, ano de 2016, 9,6% dos nascidos, foram prematuros moderados e tardios. No estado do RS essa prevalência aumenta para 10,2% e no município de Santa Maria/RS, dados do DATSUS destacam que 13% dos partos, foram com IG de 32 a 37 semanas incompletas. (BRASIL, 2018). Essa prevalência é menor, quando comparada a do estudo, cujo percentual é de 20%, em decorrência do serviço ser referência para gestações e partos de risco e devido a possibilidade de nascimentos prematuros ser, também, referência e, assistência de UTIN para região centro-oeste gaúcha.

Estudos norte-americanos e africanos corroboram com estes achados e destacam que nascimentos prematuros tardios são responsáveis por 60 a 70% de todos os nascimentos prematuros e, ainda, que de 15 a 20% são partos prematuros moderados. Muitos desses nascimentos são "iatrogênicos"(estes são responsáveis por 20% dos nascimentos prematuros) ou nascimento clinicamente indicados por motivos maternos ou fetais (RAJU, 2006; GOLDENBERG et al., 2008; LAUGHON et al., 2010, VAN DEN BROEK, JEAN-BAPTISTE, NEILSON, 2014)

A maior prevalência de nascimentos de RNP Tardios, quando comparados aos Moderados é evidente e corrobora com dados estatísticos nacionais e internacionais de nascimento. Independente de apresentar um extrato maior de dias, os Tardios são uma população mais frequente também em decorrência: ao esforço obstétrico na manutenção da gestação e a diminuição de nascimentos de PMT extremos; as interrupções gestacionais prematuras iatrogênicas e o esforço para as tocólises, na perspectiva de manter a gestação saudável e de menor risco para mãe e feto/RN (MACHADO, JUNIOR, ROSA, 2014).

A etiologia do nascimento prematuro pode ser considerada multifatorial e, de certa forma, ainda incipiente para a literatura, mesmo naqueles prematuros extremos. Existem uma muitos de fatores maternos envolvidos como a idade materna, doenças prévias e adquiridas na

gestação, bem como dificuldade de acesso a acompanhamento dos serviços de saúde. Para tanto, fatores multicausais, que potencializam risco, existem e perpassam, desde os biológicos a sociais envolvidos (BLENCOWE et al.2012). Blencowe et al.(2012), analisando as estimativas das taxas de prematuridade para 184 países em 2010, também afirmaram que o nascimento prematuro é uma síndrome com uma variedade de causas classificadas em dois grandes grupos: causas espontâneas e causas médicas (induzidas ou eletivas), por indicações maternas, fetais e até iatrogênicas.

Dentro os fatores de risco para parto prematuro, a idade materna, é considerada fator de risco, visto que mães com mais de 35 anos possuem 1,3 vezes mais chances de desenvolver uma gestação de risco e desencadear nascimento prematuro (MOURA et al., 2018). Estudo realizado nos Estados Unidos, destaca que tanto as mulheres grávidas mais jovens quanto as mais velhas tinham uma probabilidade aumentada de parto prematuro, as chances de complicações aumentaram à medida que a idade materna mudou em ambas as direções para longe do grupo de referência de 25 a 29 anos (CAVAZOS-REHG et al., 2015).

Mesmo não apresentando uma correlação significativa na análise de idade materna e a idade gestacional do RN, bem como uma frequência maior em moderados, mães com idade maior do que 35 anos representaram 13% e aquelas com 20 anos ou menos representam 15% dos participantes do estudo. Demais autores destacam, também, que extremos de idade materna, maior que 35 anos ou menor que 16 anos são definidores de gestações de risco e considerados fatores preditivos para o nascimento prematuro (LAUGHON et al., 2010; TABLIE et al., 2016).

Diversas doenças de base materna já foram relacionadas ao trabalho de parto pré-termo, como hipertensão materna, alterações útero-placentárias, doenças infecciosas e cardiopatias. (SALGE et al., 2009). As principais complicações obstétricas associadas a um risco aumentado de partos prematuros, independente a idade gestacional de nascimento, envolvem a ruptura prematura de membranas, doença hipertensiva específica da gestação, oligodrâmnio e as infecções do trato urinário (ALMEIDA et al., 2012; RABELLO e BARROS, 2011; DEMITTO et al., 2017; MALLY PV; BAILEY S; HENDRICKS-MUÑOZ KD, 2010).

Ainda, quanto ao motivo obstétricos relacionados ao parto prematuro, autores que estudaram a mesma população de prematuros – moderados e tardios- corroboram com os achados e destacam a amniorrexe prematura (BUENDGENS et al., 2017; Committee on Practice Bulletins-Obstetrics, 2018, BITTAR 2009) a DHEG (RASMUSSEN, et al., 2017; BITTAR 2009; TUON 2016), paridade de gemelares (TUON, 2016) e o Trabalho de Parto prematuro (BUENDGENS et al., 2017; BITTAR 2009) como principais motivos que levaram ao nascimento precoce.

A amniorrexe prematura foi a principal causa de prematuridade no presente estudo e foi prevalente em 32,5% dos nascimentos. É caracterizada por ruptura das membranas em gestante com até 37 semanas de idade gestacional. Cerca de um terço dos partos prematuros e 20,0% dos óbitos perinatais são oriundos de gestações que cursaram com a amniorrexe prematura (KURASAWA et al., 2014; RAMÍREZ et al., 2013)

Em dados dos EUA, sabe-se que até 3% dos casos de amniorrexe prematura, cursam com alguma complicação ao recém-nascido, como doença respiratória, sepse, hemorragia intracraniana e a enterocolite necrotizante (Committee on Practice Bulletins-Obstetrics, 2018). Estudo brasileiro destaca que a amniorrexe prematura é fator frequente de partos prematuros, principalmente em gestações com mais de 30 semanas de IG, o que corrobora com o principal motivo do parto prematuro do presente estudo (SILVA et al., 2014).

A multiparidade foi característica presente em aproximadamente 66% dos participantes, com uma média de 2,5 gestações prévias. Esse achado corrobora com autores que consideram a multiparidade como uma característica frequente em partos prematuros (LAUGHON et al., 2010). A correlação não significativa destaca que o número de partos anteriores não é fator relacionado a idade gestacional de nascimento, ainda autores concordam com o achado, ao destacar que número de gestações anteriores, não possui relação com a idade gestacional do RN (VAN DEN BROEK, JEAN-BAPTISTE e NEILSON, 2014). Contudo, vale destacar que o número de partos prematuros anteriores possui uma correlação negativa, ou seja, quanto maior o número de partos prematuros anteriores menor a IG ao nascer. Esse dado corrobora com McParland (2012) e Van Den Broek, Jean-Baptiste e Neilson (2014) quando destacam que o nascimento prematuro em gestação anterior é fator preditivo para prematuros futuros e que a previsão e a prevenção do nascimento prematuro atualmente visam, em grande parte, a identificação dessas mulheres como gestantes de alto risco e assim, poder intervir nesse grupo.

Outro motivo frequente para o desenvolvimento de partos prematuros é a gemelaridade. De acordo com dados da literatura, a gemelaridade corresponde a 2-3% de todos os nascimentos, estando presente de 10 a 17% dos nascimentos antes da 37ª semana (TABLIE et al., 2016; SILVA et al., 2003). Ela pode ser considerada, portanto, um importante fator de risco para prematuridade, o que corrobora com o presente estudo visto que, a gemelaridade, foi o motivo para o parto de 11,9% dos participantes. Diversos estudos (RAMOS e CUMAN, 2009, TUON, 2016) relatam a gestação múltipla como fator causal de prematuridade. A prevalência, na população em geral, de gestação múltipla é de 1,5 % quando gravidez espontânea e de até 21,8% quando assistida por fertilização artificial (RAMOS e CUMAN, 2009).

Outro motivo frequente, na relação com o nascimento prematuro, foi a Doença hipertensiva Específica da Gestação (DHEG). Rasmussen et al., (2017) destacam que uma das principais complicações da DHEG é o nascimento prematuro, o que corrobora também com a população de moderados e tardios. Os índices de prevalência em partos prematuros para mães com DHEG gira em torno de 15 e 67% das gestações, o que condiz com os cerca de 25% dos partos prematuros que tiveram essa, a etiologia base. (FREIRE e TEDOLDI, 2009).

A pré-eclâmpsia, como fator isolado, é grande causa de morbimortalidade em partos prematuros, com riscos maternos e para o recém-nascido. Gestantes com diagnóstico de pré-eclâmpsia até 34 semanas de gestação possuem grande associação com crescimento intrauterino restrito, RN de baixo peso ao nascer, além de maiores taxas de partos pré-termo, aumentando risco de mortalidade perinatal. Esses fatores, além de representar risco para o RN, são por vezes, motivos que se somam as complicações materno-fetais da pré-eclâmpsia (GUIDA et al., 2017; CONNEALY et al., 2014).

As gestações de risco, independente do fator condicionante (causalidade do risco) estão intimamente associadas ao nascimento prematuro, com uma prevalência de nascimento prematuros extremos maiores, naquelas com histórico de gestação de risco, quando comparadas aos demais. Contudo, deve-se destacar que, a melhora nos serviços de pré-natal e qualificação profissional e tecnológica, favorecem a manutenção da gestação, mesmo naquelas com risco de parto precoce e complicações obstétricas, fetais e neonatais iminentes. Essa melhoria reflete na redução de partos prematuros extremos e assim, o nascimento moderado e tardio vem crescendo nos últimos anos, quando comparados aos extremos (RAJU, 2006; LISINKOVA et al., 2012).

Nenhum nascimento que compõe o estudo foi oriundo de interrupção médica sem motivo (iatrogênicas) da gestação, entretanto estudos de Lisinkova et al (2012) e de Joseph, Demissie, Kramer (2002) trazem a tona a discussão acerca desta temática. Reconhece-se que, atualmente, vive-se um momento não mais de confirmação da consistência e da magnitude destas relações da prematuridade tardia/moderada aos desfechos indesejáveis, contudo, confrontamos com a discussão e construção de protocolos baseados em evidências para as interrupções gestacionais prematuras (MACHADO, PASSINI e ROSA, 2014).

O reflexo dos aspectos obstétricos ajuíza de forma incisiva para o desenvolvimento fetal e sua adaptação a vida extrauterina. Muitas patologias obstétricas possuem relação com aspectos neonatais imediatos, como é o caso das intercorrências durante o parto e as necessidades de adaptação extrauterina imediata, avaliadas por meio do Apgar e das necessidades de reanimação em sala de parto. Todos esses condicionantes adaptativos, relacionados a peso, IG, via de parto e as intercorrências durante o parto, por sua vez, refletem

na necessidade de assistência imediata do neonato aos serviços de saúde e condições agudas imediatas.

No que tange a relação de peso para idade gestacional, os estudos destacam que fatores para o desenvolvimento de RN PIG ou GIG está associado a condições obstétricas e maternas e que por sua vez possam refletir no nascimento prematuro. Destaca-se que no presente estudo, apenas três RN foram considerados GIG, os demais classificaram PIG, considerando assim, estrato de maior frequência para discussão dos achados. Sabe-se que o nascimento RN PIG é comumente um fator resultante do RCIU. Entre os fatores de risco associados à restrição de crescimento destacam-se mães com idades inferiores a 20 anos e superiores a 35 anos, e em primíparas ou grandes múltiparas, gestações múltiplas, baixa renda e exposição ao tabaco (ZAMBONATO et al., 2004; ALMEIDA e MELLO, 1998; RENZ et al., 2015).

Cerca de 25% dos PMT tardios e moderados desenvolveram uma alteração na relação peso *versus* IG, levando em consideração que moderados apresentaram frequência significativamente maior, quando comparados aos Tardios. Ao analisar a prevalência de nascimento RN com alterações na relação peso *versus* IG, autores destacam que na população a termo, os índices de prevalência variam de 2,5% a 13,1%, o que comparando com os dados do presente estudo, apresentam taxas inferiores (FREITAS et al., 2012 e TEIXEIRA, QUEIROGA e MESQUITA, 2016). Quando comparados aos prematuros, independente da IG, as taxas mantiveram-se superiores, visto que Lima et al., (2018), Freitas et al., (2012) e Teixeira, Queiroga e Mesquita (2016) destacam prevalência de PIG cerca de 7% a 10%, na população de prematuros.

Quando comparados a demais população de Prematuros Tardios a prevalência foi a que mais se assemelhou, visto que Silva e Guedes (2015), destacaram prevalência de 20% em RN Tardios. Segundo Raspantini (2016), a população de Tardios é a que mais contribui para as estatísticas de nascimentos PIG, quando comparados aos demais extratos gestacionais. Segundo a autora, de todos os prematuros que foram PIG ao nascer, cerca de 73% eram Tardios, e os Moderados representaram taxa de 13%. Esse achado não corrobora com os dados do presente estudo, visto que houve uma frequência significativamente maior para alterações de crescimento *versus* IG nos moderados, quando comparados aos Tardios. Contudo, ambos concordam na perspectiva de que o nascimento nessa faixa de IG possui relação com o retardo de crescimento e o nascimento de prematuros PIG.

A Restrição do crescimento intrauterino, que é consequência para o desenvolvimento de PIG, ocorreu em cerca de 20% dos prematuros tardios, com menor frequência nos nascimentos espontâneos (13%), mas chega a acometer quase 35% dos nascimentos tardios sem trabalho de

parto prematuro (indicados) (CARRENO et al., 2011). Estudos apontam que a associação da restrição do crescimento intrauterino ao nascimento de prematuro tardio tende a aumentar o risco de complicações neonatais imediatas e prolongar o tempo de internação hospitalar (ROCHA, BITTAR, ZUGAIB, 2010; DIMITRIOU et al., 2010).

A maior prevalência de FIG, nessa faixa etária de nascimento, destaca um importante achado quanto o risco aumentado para aspectos de morbimortalidade e riscos para o desenvolvimento infantil, associados tanto aos aspectos da prematuridade quanto da condição FIG. Alterações de glicemia, geralmente são as principais alterações imediatas dessa condição ao nascimento associadas a complicações tardias de crescimento e desenvolvimento psicomotor (BOGUSZEWSKI, 2010). Para tanto, as relações de peso e IG devem contribuir para tomada de decisão e condutas de acompanhamento, visto que, nascer com alteração na relação de peso versus IG, é característica frequente para essa população de prematuros.

Quando discutidos aspectos da relação de peso, é evidente que existe uma relação de menor peso, quanto menor a idade gestacional, considerando que RN com menos de 2500 g, são considerados baixo peso e de risco para desenvolvimento de morbimortalidade, principalmente no período neonatal. A correlação negativa, confirma a relação inversamente proporcional à IG, mesmo na população de tardios e moderados. Há uma média de 2410 g, para a população de estudo, considerada assim baixo peso. O baixo peso, expresso pela média da população corrobora com demais achados presentes no estudo como menor apgar, dias de internação hospitalar e maior necessidade de reanimação neonatal em sala de parto. Independente da etiologia, seja pelo baixo peso, seja pela IG, os fatores Apgar no primeiro minuto e dias de internação tiveram correlação positiva e negativa, respectivamente, significativa.

Autores corroboram que o baixo peso e a prematuridade têm relação direta com o resultado da avaliação da vitalidade do RN no momento do parto. A íntima relação da prematuridade e o baixo peso, destacam a vulnerabilidade do prematuro e suas possíveis complicações posteriores, com as baixas avaliações de Apgar no primeiro e quinto minuto de vida e da necessidade de reanimação em sala de parto (PINHEIRO, 2017).

Apgar menor que 7 no primeiro minuto avaliado bem como a correlação positiva, quanto a IG e o valor atribuído ao apgar de primeiro e quinto minuto, destacam que quanto menor a IG, menor a vitalidade ao nascer. Por consequência disso, cabe destacar que a necessidade de reanimação em sala de parto, foi, significativamente mais frequente nos moderados, quando comparados aos tardios. Estudos corroboram com os achados e destacam que a necessidade de reanimação é inversamente proporcional a idade gestacional e/ou peso ao nascer e que no

Brasil, anualmente cerca de 300.000 nascidos necessitam ser reanimados em sala de parto. Na população de a termo, desataca-se que 10% dos nascidos necessitam de reanimação, relacionando as principais causas maternas/obstétricas, como as doenças maternas prévias e a idade materna, bem como motivos fetais, tais como malformações, ou poli/oligodramia (ERSDAL et al., 2013; ALMEIDA et al., 2008; ALMEIDA et al., 2007; PERLMAN et al., 2015; SBP, 2016)

A relação da prematuridade moderada e tardia, apresenta-se intimamente ligada, além dos fatores predisponentes, apresentados também pelo a termos, pode-se destacar a imaturidade fisiológicas e o baixo peso, relacionados a IG do RN. A vulnerabilidade da população corrobora com a literatura, visto que apresentam índices maiores quanto a necessidade de reanimação e baixos valores relacionados ao apgar, cabe destacar que o baixo valor para o Apgar não deve ser utilizado isoladamente para indicar a reanimação neonatal, apesar de ser importante para transmitir o estado geral do recém-nascido e a resposta à reanimação (AAPCFN, 2015; SBP, 2016).

Muito associados as intercorrência de nascimento e condições de vitalidade do RN e respostas ao seu processo de adaptação, a necessidade de terapia intensiva neonatal, possui relação direta com a IG, característica também presente no estudo. Cerca de 40% dos prematuros moderados e tardios, necessitaram terapia intensiva neonatal, em que o principal motivo para internação foi o Baixo Peso, Desconforto Respiratório e a Prematuridade. Visto o desconforto respiratório, os sinais clínicos dos RN no momento da internação, cabe destacar aqueles respiratórios, em que a retração subcostal e a Gemência foram as mais frequentes. Nenhuma característica clínica apresentou diferença significativa entre os extratos gestacionais analisados.

Segundo estudos específicos com prematuros Tardios realizado em Pelotas, Rio Grande do Sul, destaca que dos Tardios, 10% necessitaram terapia intensiva neonatal após nascimento. Quando comparados com RN a termo, essa prevalência cai 5 vezes, visto que apenas 2% necessitaram de UTIN (COSTA et al., 2014). Durante a internação, as manifestações clínicas patológicas são mais frequentes nessa população de moderados e tardios, quando comparados aos a termos. Segundo Costa et al., (2014), as disfunções respiratórias, a hipoglicemia e as infecções neonatais precoces, são mais frequentes nessa população, quando comparadas aos a termos. As disfunções respiratórias decaem conforme a IG gestacional tende a aumentar, corroborando com os achados mais frequentes nos moderados, quando comparados aos tardios (HIBBARD et al., 2010).

A hipoglicemia foi uma característica mais frequente nos tardios, quando comparados aos moderados, possivelmente justificado pelo manejo inicial dos moderados em terapia intensiva neonatal. O manejo dos moderados em UTIN reduz risco do desenvolvimento da hipoglicemia, comparados aos tardios, que por sua vez, em menor proporção, não recebem cuidados intensivos, apresentando imaturidade fisiológica para controle glicêmico e/ou sucção efetiva nas primeiras horas de vida. Esse achado, corrobora com demais estudos e destaca a alta prevalência de hipoglicemia em tardios, quando comparados aos demais extratos gestacionais (COSTA et al., 2015; JEFFERIES et al., 2013; GUASH et al., 2009).

Autores como Bennet et al (2017) e Bonilha et al., (2017) destacam que o desenvolvimento cerebral dos prematuros tardios os inclina a comportamentos que afetam a habilidades de sucção e deglutição bem como controle metabólico o que contribuiu para risco de hipoglicemia e ganhos de peso inadequado bem como risco para desenvolvimento de morbidades neonatais imediatas.

Entende-se que as repercussões de prematuridade afetam de forma incisiva o sucesso do aleitamento materno, em especial, o AME. Em decorrência da imaturidade neurológicas, tanto de tardios quanto de moderados, o risco para insucesso do AME é grande. Existem evidências de que mães de pré-termos, independente a idade gestacional, têm menores taxas de sucesso no aleitamento materno e para tanto são consideradas população vulnerável ao desmame precoce ou a práticas de aleitamento complementar (UNDERWOOD, 2013; TUDEHOPE, 2013). Segundo Freitas et al., (2016), a IG é um fator determinante para desmame precoce e que o sucesso da amamentação ao longo do primeiro ano de vida está intimamente associado a manutenção do AME, ao final do primeiro mês de vida. No presente estudo, somente 50% dos prematuros deram alta hospitalar com AME, o que pode ser determinante para insucesso da amamentação nessa população.

Tendo em vista, a vulnerabilidade e risco aumentado para insucesso na amamentação, esta é apenas uma das demandas específicas que a prematuridade possa apresentar no momento da alta hospitalar. De todos os prematuros do estudo, quase 15% deles necessitou alguma demanda específica, na perspectiva materna, no momento da alta hospitalar e essa por sua vez, foi mais frequente nos moderados. Segundo autores, as principais orientações e demandas na alta hospitalar, de prematuros, estão relacionadas a: cuidados ao receber visita; estimular a sucção do bebê, oferta de aleitamento complementar e/ou esgotamento do seio materno e oferta de outra forma, observar sinais de perigo como engasgo ou dispneia e risco de aspirar, controle térmico, limpeza da casa, uso de medicações, conforme a orientação e prescrição médica,

retorno para as consultas tanto nos serviços especializados quanto para as UBS (SCHMIDT e LESSA, 2013; FROTA et al., 2013).

As orientações, teoricamente defendidas e realizadas pelos profissionais, dentro do âmbito hospitalar, são reconhecidas como essenciais para a empoderamento das famílias no cuidado. Contudo, a ansiedade manifestada pelas mães em relação à alta da criança pode ser fortemente influenciada pelas circunstâncias sociais, psicológicas e clínicas. Essa ansiedade pode interferir no entendimento da família quanto ao acompanhamento e cuidados no pós alta hospitalar (VERONEZ et al., 2017).

Em se tratando de alta hospitalar, os enunciados maternos, quanto ao “encaminhamento” realizado aos serviços de saúde, repercutem algumas implicações tanto para a família, como corresponsável do acompanhamento, quanto aos profissionais de saúde que no momento da alta possuem responsabilidade em um primeiro contato/acesso afetivo nos serviços de acompanhamento. Os dados numéricos desse estudo, retratam que o “encaminhamento” no momento da alta hospitalar atinge quase 100% dos participantes. Esse dado é desvelado a medida que nos enunciados, a ausência do primeiro acesso e a falta de profissionais médicos/pediatras para atender a demanda desses prematuros é perceptível, principalmente em algumas situações da APS.

Segundo Penchansky e Thomas (1981), o primeiro acesso ao serviço de saúde - aqui caracterizados pelo primeiro acesso após alta hospitalar - é balizado pelo ajuste entre os usuários e o sistema de saúde e que possui várias dimensões (Disponibilidade dos Serviços; Acessibilidade Geográfica; Grau de Acolhimento; Aceitabilidade entre Profissionais) que orientam o acesso e corroboram com os achados do estudo:

Disponibilidade dos Serviços – Para o presente estudo, há a disponibilidade de serviços de saúde, com cobertura profissional interrogada/despreparada para as demandas da prematuridade na comunidade, consulta médica ausente e o cuidado uniprofissional exclusivo;

Acessibilidade geográfica - A falta de acessibilidade geográfica não foi identificada em nenhum enunciado, visto que, houve mães que disponham de serviço de APS há poucos metros de sua casa, porém percorreram quilômetros com o filho no colo para atendimento em serviços de saúde que pudessem atender e resolver seus problemas de saúde. Segundo Mendes (2011), o acesso à APS é sensível a distância, ou seja, o acesso é menor quanto mais longe unidade de APS, o que não acontece com serviços de urgência ou emergência ou até mesmo, serviços de atenção hospitalar. Para tanto, justifica-se que a procura do serviço, não se orienta pela distância, mas sim pela resolutividade que ele possa dar ao problema atual.

Grau de Acolhimento- Fraco e caracterizado por falta de empatia dos profissionais com o usuário e baixa resolutividade nos serviços. *Aceitabilidade entre os profissionais* -Esse determinante, é muito caracterizado à medida que a equipe de enfermagem, em muitos enunciados maternos, é perceptível no uso da expressão: não tem médico, para orientar a procura de outros serviços, que de forma secundária, assistem apenas situações agudas na condição urgente ou emergente; ou mesmo na presença do médico e a realização da consulta, pouco interferem em rotinas e orientações advindas de serviços especializados.

O reconhecimento dessas fragilidades, por meio dos determinantes defendidos para o acesso ao serviço, fragiliza, segundo Mendes (2011) o principal ponto central da rede: o acesso. Quando o acesso é discutido por meio da ótica defendida pela OMS, em 2001, ele corrobora com a inexistência, à medida que a OMS defende que, o Acesso acontece somente quando, o serviço contatado se mostra efetivo, ou seja, resolve o problema de saúde.

Corroborando com os motivos elencados como entraves relacionados ao primeiro acesso, Silva e Viera (2014) destacam: A ausência de acolhimento adequado; As barreiras funcionais, relativas à organização e disponibilização dos serviços de saúde; a dinâmica de agendamentos e distribuição de consultas; os horários e dias pré-estabelecidos para atendimento dos serviços de APS (seja para consultas imediatas ou para puericultura); a falta de profissionais, especialmente o médico e o avaliação das famílias quanto a efetividade dos serviços de APS, ou já vivenciadas ou por experiências anteriores compartilhadas de outras pessoas.

No entanto, cabe destacar que também houveram situações de sucesso no acompanhamento e acesso aos serviços de forma organizada e em rede. Essa característica decorreu somente quando houve o reconhecimento desse prematuro nos serviços de APS, e por meio dela, uma comunicação com os demais pontos da rede, tendo por centro da rede, a APS. Nesses casos, existiu uma característica em comum com todos e que foi considerado fator determinante: o primeiro acesso. Estudos brasileiro e americano destacam que a transferência de um bebê prematuro para os serviços de APS ainda são fracos e pouco discutido na literatura, contudo destacam a importância do primeiro acesso (PEACOCK, 2014; KLOSSOSWSK et al., 2016).

Segundo Peacock (2014) fator determinante para o primeiro acesso é a comunicação efetiva entre os profissionais. Atualmente, há pouca informação sobre os meios mais eficazes de comunicação entre as instituições hospitalares e a APS, no que tange aspectos da prematuridade. Essa desarticulação resulta nas comorbidades neonatais específicas e na necessidade de reinternações e agravos clínicos. Déficits na comunicação e na transferência de

informações no momento da alta, permanecem problemáticas para RN com demandas específicas na alta hospitalar (PEACOCK, 2014).

Essa desarticulação, compromete, além das demandas agudas, principalmente no pós-alta imediato, mas a possibilidade de referência para serviços de puericultura. As políticas públicas e caderno da atenção básica recomendam que o acompanhamento do RN seja distribuída: uma na 1ª semana, no 1º mês, 2º mês, 4º mês, 6º mês, 9º mês, 12º mês, 18º mês e 24º mês (BRASIL, 2012). Quanto a RN de risco, dentro desses os prematuros, o Ministério da Saúde e a Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP) preconizam que ocorra, através de atuação multiprofissional, dando ênfase que, de caráter complementar a puericultura, consultas mensais até os seis primeiros meses de vida, consultas bimestrais ou trimestrais do 6º ao 12º mês e consultas trimestrais do 13º ao 24º mês (BRASIL, 2011). Entende-se que esses intervalos de tempo, são adotados pelos aspectos relacionados a maior numero de imunizações, marcos de desenvolvimento neuropsicomotor e de crescimento, bem como o período que demandam maiores orientações de promoção a saúde e prevenção de doenças (BRASIL, 2012). Reconhece-se que os prematuros com menos de 32 semanas de IG, são os de maior risco para desenvolvimento de alterações e por sua vez, são considerados população de risco, contudo, os resultados do presente estudo, retratam que os Moderados, também apresentam maiores demandas na alta hospitalar, que por sua vez, além da atenção habitual, requerem atenção especializada dos serviços.

Independente do motivo de acesso, seja para puericultura, seja para agravos agudos (que por sua vez, são quase inexistentes), quando acessada a APS, por vezes é caracterizada por uma atenção uniprofissional e não programada. Os serviços de saúde estão estruturados pelo modelo de fragmentação da atenção, elucidado por Mendes (2011) sob forma geral e enfatizada por Klossoswsk et al., (2016) nas relações dos serviços com os RN prematuros. Discutir uma perspectiva de demandas da prematuridade, no pós alta, e suas relações político-assistência, especialmente para prematuros com mais de 32 semanas de IG, é necessária visto que são inexistentes. O método canguru, como política de atenção ao prematuro, ainda que de forma incipiente para os prematuros extremos, não contempla aqueles que se encontram na PMT tardia e moderada (BRASIL, 2012; KLOSSOSWSK et al., 2016).

A ausência da visibilidade do prematuros moderado e tardio, independente da IG, e a forte desarticulação da rede, com a descentralização da APS como serviço base, resulta em famílias e bebês recebendo uma assistência centrada em procedimentos técnicos e somente curativos (KLOSSOSWSK et al., 2016). Salienta-se que existe um descompasso entre o

conhecimento e a prática, muito implícito para profissionais generalistas da APS e a relação vertical e/ou ausente com os profissionais especialistas, dos ambulatórios de especialidade.

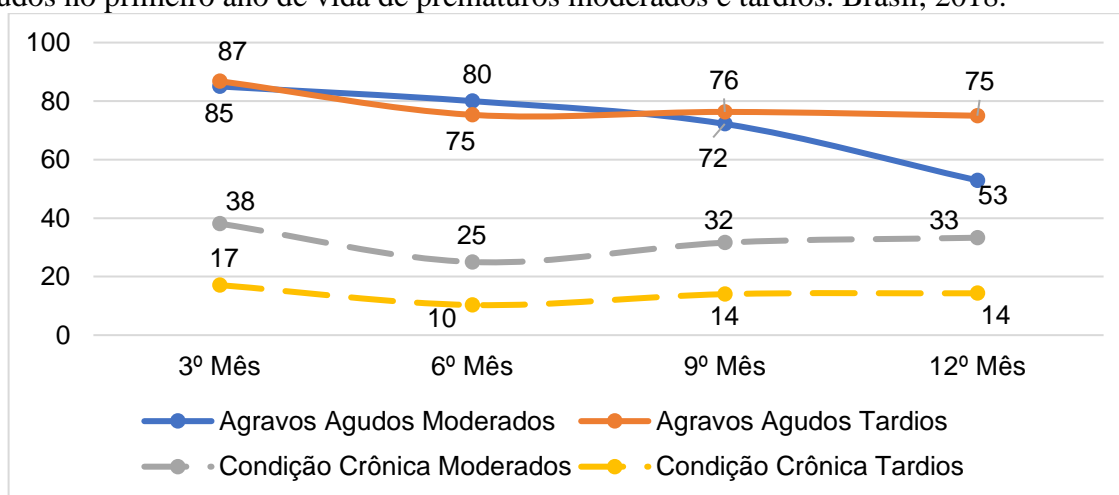
Os discursos controversos dos profissionais e entre os diferentes serviços são evidentes nos discursos de mães de prematuros (KLOSSOSWSK et al., 2016), e foram evidentes, também, no presente estudo. Essa divergência acaba por fragilizar o ponto principal da rede de atenção da rede, no caso, a APS e mantém o serviço ambulatorial - centro de especialidade médica- como soberano, reproduzindo o modelo hegemônico médico-centrado e curativista.

5.3 As Condições Crônicas e Agudas de Recém-Nascidos Prematuros Moderados e Tardios

Nesta seção, será abordada a prevalência e fatores associados aos agravos agudos e condições crônicas à atenção (não) programada e a (não)resolutividade dos serviços de saúde durante o primeiro ano de vida de RN prematuros moderados e tardios.

Quanto a frequência e desenvolvimento de condições crônicas e agravos agudos durante o primeiro ano de vida, a tendência é apresentada no gráfico 1.

Gráfico 1 - Frequência e tendência do desenvolvimento de condições crônicas e agravos agudos no primeiro ano de vida de prematuros moderados e tardios. Brasil, 2018.



Há uma tendência estável para a prevalência dos agravos agudos e crônicos no primeiro ano de vida. As condições crônicas se apresentam significativamente maior nos moderados, quando comparados aos tardios, em todos os meses de avaliação. Cabe destacar que a prevalência de afecções crônicas em Moderados e Tardios, ao final do primeiro ano de vida, se estabelece em 33% e 14% respectivamente.

Quanto aos agravos agudos, os percentuais se mantêm semelhantes, não há diferença estatisticamente significativa entre eles, com exceção do 12º mês de vida. Cabe ressaltar que no último mês de avaliação, houve uma queda importante na frequência dos agravos agudos moderados, já que para os tardios essa prevalência se manteve constante, variando de 87% a 75% no primeiro e último mês de avaliação, respectivamente.

No que tange à diferença entre os dois estratos de prematuros analisados e a caracterização dessas condições agudas e crônicas, estão representados nas tabelas 12, 13, 14 e 15.

Tabela 12 - Frequência e intensidade das Condições Agudas e Crônicas de Saúde de prematuros moderados e tardios, no terceiro mês de vida. Brasil, 2018.

3º Mês de Vida	Moderado	Tardios	Total	P
Desenvolveram AA	17(85,0)	92(86,8)	109(86,5)	0,531**
Desenvolveram CC	8(38,1)	18(17,1)	26(20,6)	0,03*
D Med	3(14,3)	12(11,4)	15(11,9)	0,715**
D Ser. Sau.	5(23,8)	11(10,5)	16(12,7)	0,094*
L F	2(9,5)	3(2,9)	5(4,0)	0,194**

*Qui-Quadrado ** Teste Exato de Fischer

CC: Condição Crônica; AA: Afecção Aguda; N:Nunca; QS: Quase Nunca; QS: Quase Sempre; S:Sempre;

D Med: Dependência Medicamentosa; D. Ser. Sau.: Dependência dos Serviços de Saúde;

LF: Limitação Funcional.

No terceiro mês de avaliação, a prevalência de eventos agudos de saúde, foi de 86,5%, há uma diferença não significativa entre os dois grupos de prematuros estudados. No que se refere às condições crônicas de saúde, cerca de 20% dos prematuros as desenvolveram no terceiro mês. Há uma frequência significativamente maior nos moderados quando comparados aos tardios. A dependência dos Serviços de Saúde foi a dependência mais frequente, seguida da dependência medicamentosa. Não houve diferença significativa entre os dois grupos de prematuros estudados quanto ao tipo de demanda apresentado.

Quanto aos eventos agudos e crônicos de saúde no sexto mês de vida, descreve-se a tabela 13.

Tabela 13 - Prevalência e intensidade das Condições Agudas e Crônicas de Saúde de prematuros moderados e tardios no sexto mês de vida. Brasil, 2018.

6º Mês de Vida	Moderado	Tardios	Total	P
Desenvolveram AA	16(80,0)	73(75,3)	89(76,1)	0,448**
Desenvolveram CC	5(25,0)	10(10,3)	15(12,8)	0,096*
D Med	2(10)	9(9,3)	11(9,4)	0,625**
D Ser. Sau.	4(20,0)	6(6,2)	10(8,5)	0,048**
L F	3(15,0)	0	3(2,6)	0,005**

*Qui-Quadrado ** Teste Exato de Fischer

CC: Condição Crônica; AA: Afecção Aguda; N:Nunca; QS: Quase Nunca; QS: Quase Sempre; S:Sempre;

D Med: Dependência Medicamentosa; D. Ser. Sau.: Dependência dos Serviços de Saúde;

LF: Limitação Funcional.

Por meio da análise dos agravos crônicos e agudos no sexto mês de avaliação, destaca-se que houve uma redução na prevalência dos agravos agudos e crônicos em ambos os grupos de prematuros estudados. Cerca de 76% dos prematuros apresentam no mínimo um evento agudo, não houve diferença significativa entre moderados e tardios.

Quanto as afecções crônicas, cabe destacar que elas são mais frequentes em moderados (25%) quando comparados com os tardios (10%), porém não de forma significativa. Contudo,

quando analisado o tipo de demanda crônica, destaca-se que moderados possuem frequência significativamente maior na dependência dos serviços de saúde (20%) e limitação funcional (15%) no sexto mês de vida. A Dependência medicamentosa não apresentou diferença significativa.

A dependência dos serviços de saúde é destacada por P5, prematura moderada, que estabelece uma dependência dos serviços e reconhece necessidade de acesso maior que maioria das crianças da idade dela.

“Ela precisa ir no posto e no HUSM por um bom tempo ainda no acompanhamento, o mais importante e pra acompanhar muito o desenvolvimento dela, se não vai dar nenhuma sequela, agora que já passou o medo de ganhar peso ou não, a gente luta pra ver se cresce tudo certinho. [...] Eu não vejo nela atraso nenhum, até a [medica ambulatório] me falou que está tudo normal”(P5).

É possível perceber no discurso que a dependência dos serviços é gerada pela prematuridade, contudo P5 destaca ausência de limitação funcional e utiliza os serviços para acompanhamento de caráter preventivo/puericultura com uma frequência/dependência maior que o normal.

Quanto as condições agudas e crônicas de saúde no nono mês de avaliação, destaca-se na tabela 14.

Tabela 14 - Prevalência e intensidade das Condições Agudas e Crônicas de Saúde de prematuros moderados e tardios no nono mês de vida. Brasil, 2018.

9º Mês de Vida	Moderado	Tardios	Total	P	
Desenvolveram AA	13(72,2)	71(76,3)	84(75,7)	0,709*	
Desenvolveram CC	6(31,6)	13(14,0)	19(17,0)	0,043*	
	D Med	3(15,8)	8(8,6)	11(9,8)	0,278**
	D Ser. Sau.	5(26,3)	9(9,7)	14(12,5)	0,06*
	LF	3(15,8)	1(1,1)	4(3,6)	0,015**

*Qui-Quadrado ** Teste Exato de Fischer

CC: Condição Crônica; AA: Afecção Aguda; N:Nunca; QS: Quase Nunca; QS: Quase Sempre; S:Sempre; D Med: Dependência Medicamentosa; D. Ser. Sau.: Dependência dos Serviços de Saúde; LF: Limitação Funcional.

No nono mês de vida, há uma frequência maior de eventos agudos em prematuros tardios, contudo não se mostra uma diferença estatisticamente significativa. Em uma análise comparativa com o sexto e terceiro mês, há uma queda na prevalência de eventos agudos nos dois grupos de prematuros estudados.

Ao completar o primeiro ano de vida, os eventos agudos tornam-se mais frequentes nos prematuros tardios, quando comparados aos moderados. Já as afecções crônicas mostraram-se inversamente proporcionais como se percebe na Tabela 15.

Tabela 15 - Prevalência e intensidade das Condições Agudas e Crônicas de Saúde de prematuros moderados e tardios, no 12º mês de vida. Brasil, 2018.

12º Mês de Vida	Moderado	Tardios	Total	p
Desenvolveram AA	9(52,9)	69(75,0)	78(71,6)	0,046*
Desenvolveram CC	6(33,3)	13(14,3)	19(17,4)	0,042*
D Med	2(11,1)	10(11,0)	12(11,0)	0,627**
D Ser. Sau.	3(16,7)	7(7,7)	10(9,2)	0,213**
L F	4(22,2)	1(1,1)	5(4,6)	0,002**

*Qui-Quadrado ** Teste Exato de Fischer

CC: Condição Crônica; AA: Afecção Aguda; N:Nunca; QS: Quase Nunca; QS: Quase Sempre; S:Sempre;

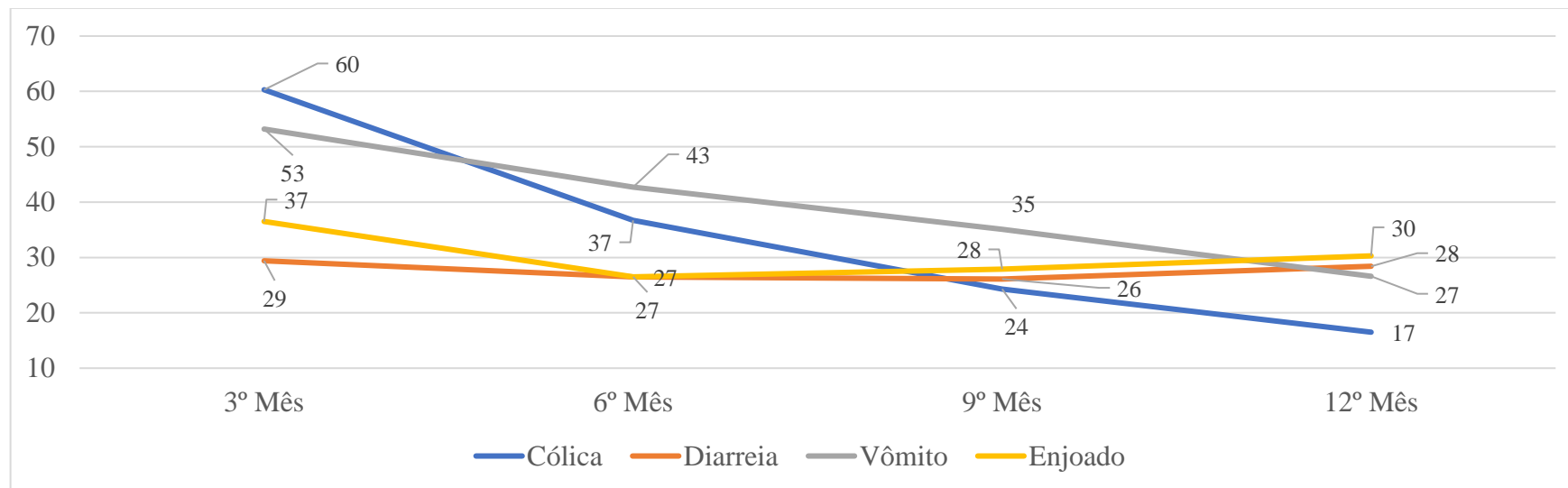
D Med: Dependência Medicamentosa; D. Ser. Sau.: Dependência dos Serviços de Saúde;

LF: Limitação Funcional.

A tendência dos eventos agudos no primeiro ano é percebida pela descrição dos gráficos 6, 7 e 8, em que destacam a frequência analisando aspecto temporal avaliado.

Em uma análise temporal do desenvolvimento (frequência relativa) das afecções agudas, descreve-se a tendência da frequência dos agravos gastrointestinais no gráfico 2.

Gráfico 2 - Tendência da frequência relativa dos eventos agudos gastrointestinais durante o primeiro ano de vida, estratificados trimestralmente. Santa Maria, 2018.



É compreensível, por meio da análise do gráfico a redução evidentes das afecções Cólica e Vômito, ao longo do primeiro ano de vida. Os percentuais, das variáveis Diarreia e Enjoado não apresentam uma variação significativa (Tabela 16), e isso é percebido na pequena variação da frequência ao longo dos meses.

Há a possibilidade em destacar uma tendência em desenvolvimento de afecções gastrointestinais caracterizadas com cólica, vômito, diarreia e enjoado, no primeiro trimestre de vida. Os enunciados corroboram com a maior prevalência desse tipo de agravo à saúde nos primeiros meses de vida e destacam algumas práticas empíricas de cuidado e procura dos serviços para resolução dos problemas:

“Ela tinha muitos gases, a barriguinha ficava endurecida, e a princípio o médico disse que não era para dar nada... mas eu fui contra o médico e fiz um pouco de chá de funcho, mas dei no máximo 15-20mL e não dava todos os dias e aos poucos isso foi dando uma aliviada. Eu fazia também massagem na barriga dela. [...] Ela chorava muito, de dia, de noite. Mais era massagem na barriguinha e “bicicletinha”. Quando eu comecei a dar o chazinho de funcho deu uma boa aliviada” (P2).

“No início, ela tinha muito vômito, mamava e vomitava, não era arroto, era vômito mesmo, mas com o tempo foi passando sozinho, então não me preocupo mais” (P15)

“No início é o vômito que eu acho que ela tinha refluxo, daí até que dei aquele, leite o aptamil antirefluxo [...] Ela faz um arco, com os vômitos dela! Eu tenho três filhos né? A primeira tinha refluxo, a outra já não tinha, e tem dias que ela não vomita o dia inteiro. É só o normal do nenê, mas tem dias que é um monte, ainda bem que está diminuindo, mas no início era bastante, esse leite também ajuda um pouco!” (P9)

Ainda, esses achados corroboram com a frequência dos agravos, em que a cólica e o vômito foram os eventos mais frequentes, cerca de 60% dos prematuros apresentaram no mínimo um evento de cólica nesse primeiro trimestre de vida. Cabe destacar que o vômito foi a segunda afecção mais frequente, ocorrendo em mais da metade dos prematuros.

A representação da cólica e vômito como eventos agudos e das práticas empíricas de cuidado e tratamento refletem que esses eventos agudos são identificados e tratados em casa. A mãe, por sua vez, identifica as alterações, busca o serviço de saúde, porém como esse não se apresenta resolutivo, a mesma busca soluções empíricas para o problema. Segundo P2, que relata a cólica e o vômito, como as principais condições agudas, no terceiro mês, recorre à consulta de puericultura para essas demandas. A participante considera que tais eventos não representam problemas potenciais e utiliza a consulta como estratégia e possibilidade:

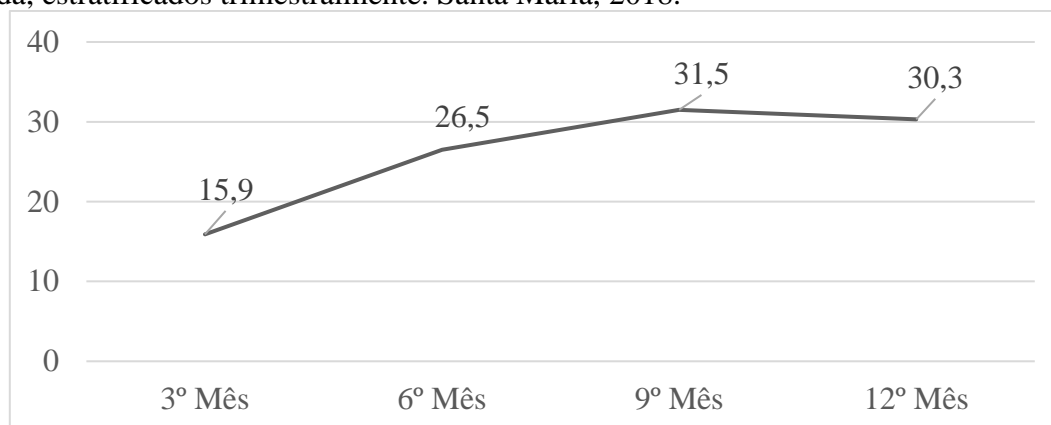
“Como não é nada grave, eu aproveito a consulta [puericultura, Ambulatório Pediatria] pra pedir sobre a cólica, eles me dizem pra não dar nada, mas ela chora e a gente vê que dói, eu tento com alguma coisa [referindo-se a prática empírica]” (P2)

“Para cólica não tem muito o que fazer, a gente sabe quando é cólica pelo choro forte, faço uma massagem e uns panos mornos e espero passar, dá um desespero, às vezes, de tanto que chora, mas passa! Minha sogra falou que quando era criança o pai dele também tinha muito, então deve ser isso!” (P15)

P2, nesse evento agudo, buscou um serviço de saúde como possibilidade para a demanda, contudo ele não se mostrou resolutivo, sendo desconsiderado pela equipe. P15 destaca que a prática empírica e o reconhecimento do evento agudo como um saber empírico e utiliza das práticas familiares para resolver seu problema.

Quanto a tendência, ao longo do primeiro ano, para desenvolvimento do evento agudo Alergia de Pele destaca-se o gráfico 3.

Gráfico 3 - Tendência da frequência relativa da alergia de pele durante o primeiro ano de vida, estratificados trimestralmente. Santa Maria, 2018.



O Gráfico 3, destaca a tendência crescente das alergias de pele, principalmente do terceiro ao nono mês de vida dos prematuros e posterior uma pequena variação. Essa tendência é significativa, quando analisados a correlação da idade cronológica com a intensidade dos eventos (Tabela 16), o que corrobora com a crescente na frequência dos eventos de Alergia de Pele.

As afecções de pele repercutem muito na vida desses prematuros. Mais frequentes a partir do sexto mês de vida, quando presentes, representam uma condição de saúde que exige resposta imediata da família e tem repercussão importante para a criança, segundo os enunciados maternos:

“Essas alergias na pele começaram depois que comecei com o leite de caixinha, e desde então está sempre nessa história de tomar o antialérgico que comprei, está sempre assim, tenho que descobrir de que é [origem da resposta alérgica]” (P13)

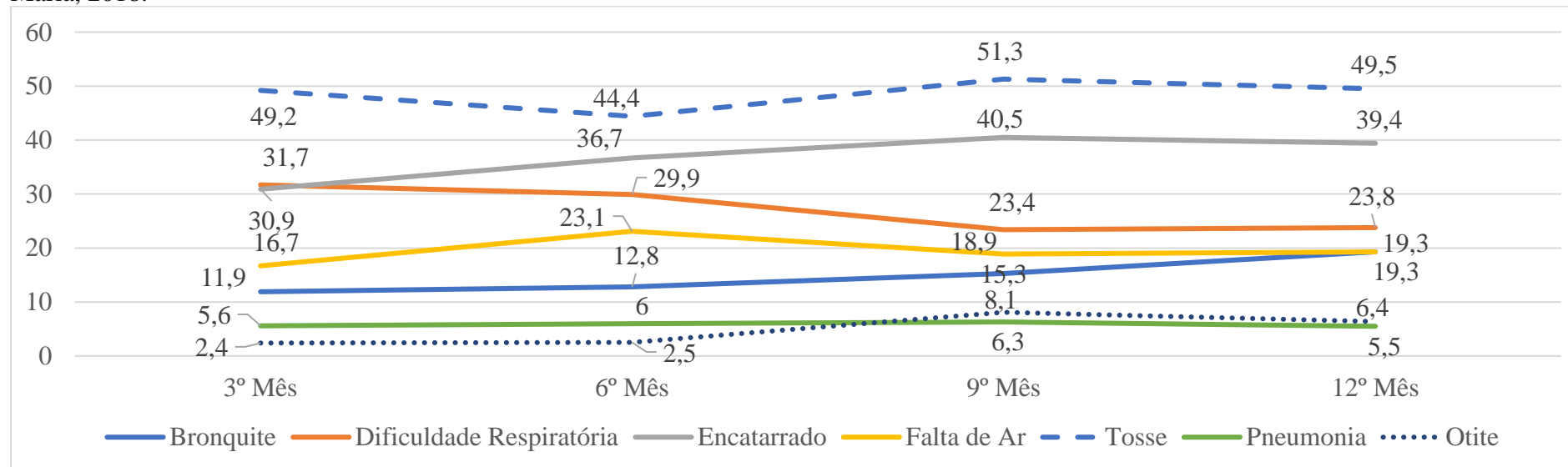
“Comecei a perceber algumas bolhas pequenas na pele dele, provavelmente relacionadas ao calor, que começaram a atingir o rosto dele também. Nesse momento eu fui até a unidade de pronto atendimento[UPA], aonde foi receitado antialérgico, o que foi em parte resolutivo. Penso que possa ter sido alergia em decorrência da troca da marca do leite artificial também. Ele alimenta-se bem, come de tudo, principalmente arroz e feijão. Quando ele teve esse quadro alérgico, eu o levei na unidade de pronto atendimento [UPA] pois o pronto atendimento municipal [PAM], por ser à noite, estava sem pediatra, eu sempre ligo antes para saber se tem pediatra.” (P4)

Presença de alergias, pode ser considerada uma demanda resolvida em APS, visto que não representa risco eminente. Mãe reconhece a necessidade do serviço bem como a

possibilidade de acessar a APS, contudo justifica o acesso à unidade de urgência. Percebe-se que uma preocupação maior quanto a alergia de pele, repercute na procura dos serviços, e quando se apresenta, sua intensidade é maior.

Quanto a tendência dos agravos respiratórios, destaca-se o Gráfico 4.

Gráfico 4 - Tendência da frequência dos eventos agudos gastrointestinais durante o primeiro ano de vida, estratificados trimestralmente. Santa Maria, 2018.



Há tendência crescente nas variáveis Encatarrado e Bronquite e elas apresentam correlação significativa, quando analisadas a intensidade e o aumento da idade cronológica. A variável Otite, também apresentou de forma mais frequente, quando comparados os dois primeiros períodos avaliados, com o nono e 12º mês de vida. A dificuldade respiratória apresentou frequência relativa maior nos dois primeiros meses de avaliação, contudo no nono e 12º mês, caíram aproximadamente 5% e se mantiveram constante. As demais variáveis se apresentaram tendência linear, com percentual de variação de 2%, comparando o terceiro e o 12º mês de vida.

Há uma tendência em ascensão dos eventos respiratórios, tais como Encatarrado, Tosse e Bronquite, apresentarem-se com maior frequência a partir do sexto mês de vida e os eventos Cólica e Vômito, muito frequentes nos primeiros meses avaliados, acabam diminuindo. O reconhecimento do aumento da frequência e intensidade dos eventos agudos respiratórios também está presente nos enunciados:

Depois dos seis meses e até hoje, ela estava com tosse e parecia que ela tinha uma dificuldade para respirar, daí teve um dia que ela estava com a boquinha roxa, aí como a minha outra filha tem crises de laringite seguido, eu já fico louca de medo, daí já levei ela, mas era só garganta, mas ela fica toda ruinzinha. (P9)

[...] até esses dias ele ficou internado por bronquiolite. Ele está quase sempre espirrando. Fui até a enfermeira e ela me orientou a colocar sorinho no nariz e tudo mais. Só que essa tosse se prolongou mais dois meses. Quando fui dar a vacina encontrei essa enfermeira no posto e perguntei se era normal ele ter essa coriza e tudo mais [...] quando ele se ataca do nariz ele sofre um monte. (P10)

Falaram que ela tem bronquite asmática. Então, ela está sempre atacada do peito. Qualquer coisinha ela fica atacada, com falta de ar, respirando forte, com ronco e chiado [...] Parece que ela tinha uma respiração sempre “ansiada”, está dormindo com aquela ansiedade, aquele chorinho dela, aquele ronco que começa com um catarro frouxo, bem forte o ronco dela. Comecei a ver que ela respirava forte, não é uma respiração normal de um bebê. Já tenho uma filha de 6 anos e tenho noção. Eu vi que a [nome da criança] respirava muito forte, não é normal dela respirar. Comecei a perceber. A irmã dela já tem asma. Pensei que a ela pudesse ter asma também! [...] pra todas essas coisas eu sempre levo lá na UPA! (P1)

Essas coisas de chiado e tosse toda hora começar depois dos seis meses, não sei se é por causa do frio, mas começou a ficar ruinzinha toda hora, comecei levar ela na creche também porque tenho que trabalhar, então fica complicado e também com cinco meses comecei a desmamar ela e comecei dar comida. Eu a levo no pediatra, e qualquer coisa na [nome hospital privado], se vejo que precisa, ainda não precisei! (P12)

Os enunciados supracitados, além de permitirem um entendimento sobre a percepção da condição clínica dos prematuros, por parte dos cuidadores. Também, instiga a necessária reflexão sob a forma de acesso aos serviços de saúde. A justificativa na escolha do serviço para eventos agudos respiratórios, apresenta-se no enunciado de P3:

“Ele estava com uma rouquidão, pra mim eu achei que era bronquite [...] eu estava apavorada! E como era sábado, eu fui lá no [PAM], aí lá o doutor examinou ele tudo e disse que não era só um catarro, uma ronquidão que ele tinha, não tinha nada, um barulhão que ele fazia era de... mas não era nada, realmente, era só um catarro que ele tinha ali no peitinho e fazia esse barulho todo [...] eu fui ali porque é o único que está aberto no sábado, o posto aqui é só dia de semana, e como era num sábado acabei indo pra lá, mas aqui tem a questão da ficha que fica mais difícil”. (P3)

“Quando ela começa com esses problemas de respiração e falta de ar eu sempre levo lá [UPA] porque não adianta levar no posto, eles mandam ela pra lá, porque não tem médico[...] pra todas essas coisas eu sempre levo ela lá na UPA né!” (P1)

Os enunciados destacam características clínicas identificadas pelas mães, tais como “ronquidão”, “catarro”, “respirava forte”, “respiração ansiosa”, essas características sugerem a necessidade de serviço pelas mães. P3 destaca que procurou o serviço de urgência, justificando a APS estar fechada bem como a dificuldade de acesso, para um atendimento não programado. Já P1 não cogita a possibilidade, visto que não realiza acompanhamento de puericultura na APS, nem possui vínculo com alguma APS. Seu único acesso à rede, é o serviço de urgência quando ocorre agudização de condição crônica que vem se desenvolvendo.

P1 utiliza da atenção não programada, como sua única forma de acesso à rede de serviços de saúde. As condições crônicas e agudas apresentam-se nos serviços sob forma diferente, quando comparadas na forma de atendimento. Nos enunciados não se identifica a baixa resolutividade dos serviços de APS, principalmente na forma de atenção não programada para as demandas apresentadas, mas sim a dificuldade de acesso a esses, muito justificado pela falta do profissional médico. A demanda é suprida nos serviços de urgência, contudo o encaminhamento à rede torna-se frágil/inexistente. Há uma semelhança quanto ao encaminhamento dado no momento da alta hospitalar. O discurso para que esse paciente entre na rede acontece, contudo ele não é resolutivo para as demandas dessa família e criança. Essa realidade é encontrada no enunciado de P1:

“Lá na UPA eles me dizem pra procurar um posto de saúde, mas eu não tenho nenhum que possa me atender. O perto aqui de casa está sem pediatra, eles me dizem que preciso procurar o posto, pra pegar encaminhamento pro HUSM e ser atendida lá. Toda vez que vou lá eles me dizem pra procurar um posto de saúde, depois de me atender [...]A única coisa que eles mandam fazer é tratamento em um posto, consultar com um pediatra, levar sempre no mesmo para observarem ela.” (P1)

A intensidade com que o evento acontece reflete na tomada de decisão da família na procura dos serviços, justificado, ou pela dificuldade de acesso ou pelo empoderamento/conhecimento da família diante das necessidades de saúde apresentadas pela criança. Essa tomada de decisão é expressa no enunciado de P2, a seguir:

“A [Nome da RN] estava bem encatarrada, mas como não deu febre nem nada, não procuramos atendimento, porque ela estava encatarrada só quando tossia, ela dormia bem, respirava bem, até eu fiz nebulização em casa só com soro. Não ia procurar o HUSM nem o posto por causa disso [encatarrada], eu consigo resolver em casa isso, o pediatra na consulta me disse que podia fazer isso.” (P2)

“Não adianta muita coisa levar no posto, preciso estar cedo pra pegar consulta com o médico. Com a enfermeira eu acompanho mais peso e tamanho. Quando ele fica encatarrado assim, a enfermeira disse pra lavar o narizinho, eu faço isso, lavando bem e fazendo nebulização. Minha sogra tem

uma máquina de nebulização, aí eu faço aquele vapor e ele dá uma melhorada” (P15)

Reconhece-se que no momento das demandas/eventos agudos de saúde, os serviços de atenção primária não apresentam acesso ou resolutividade para o problema. A atenção não-programada, acessada apenas pelos serviços de urgência e emergência, dão conta das demandas agudas e da agudização das condições crônicas.

A unidade de urgência torna-se referência para eventos agudos de saúde bem como para eventos que caracterizam a agudização da condição crônica. O “encaminhamento” e a constituição da rede existem por meio do discurso médico, contudo ela não se sustenta nem se organiza, a partir do momento que a criança sai do serviço de urgência. A consulta de puericultura, quando existente, contribui para um empoderamento materno na presença de eventos agudos que podem ser manejados em casa sem necessidade de acesso direto nos serviços de saúde.

Com o passar dos meses há tendência da diminuição da intensidade dos agravos agudos nas variáveis gastrointestinais e aumento nas afecções respiratórias e de alergia de pele. Essas correlações, da idade cronológica de avaliação e a intensidade dos agravos é descrita na Tabela 16.

Tabela 16 - Correlação da idade com a intensidade de agravos agudos durante o primeiro ano de vida de prematuros moderados e tardios. Santa Maria, RS.2018.

	Alergia				Dificuldade			Falta				
	Cólica	Diarreia	Vômito	Enjoado	de Pele	Bronquite	Respiratória	Encatarrado	de Ar	Tosse	Pneumonia	Otite
IC	-0,97	-0,281	-0,998	-0,502	0,877	0,963	-0,923	0,881	0,175	0,341	0	0,795
p	0,03	0,719	0,002	0,489	0,023	0,037	0,047	0,119	0,825	0,659	1	0,205

IC= Índice de Correlação de Pearson. p= Valor de Significância

A tabela destaca que existem algumas correlações significativas, quanto a idade da criança a e a intensidade dos agravos agudos. Na população estudada, houve maiores intensidades nas afecções Cólica, Vômito e Dificuldade Respiratória, quanto menor a idade da criança, destacando assim a correlação negativa significativa. Já a intensidade da Bronquite e Alergia de Pele foi significativamente maior, quanto maior a idade da criança. A intensidade das demais condições agudas não apresentaram correlações significativas, quanto a idade da criança.

Quanto a frequência das afecções agudas, no primeiro trimestre de avaliação, destaca-se que a prevalência das afecções gastrointestinais se apresenta maior, quando comparada as afecções respiratórias e alergia de pele.

Na avaliação do sexto mês de vida, há uma tendência na redução maior para os agravos gastrointestinais como a cólica e Vômito e as afecções respiratórias mantiveram a mesma prevalência, como é o caso da Dificuldade Respiratória e Encatarrado. A tosse foi evento agudo em 44% dos prematuros e é o evento agudo mais frequente no período. A alergia de pele, é a condição aguda que apresentou maior percentual de crescimento, enquanto no terceiro mês ela foi frequente em 16% dos prematuros, no sexto mês ela foi frequente em 27%.

No nono mês de vida, as afecções respiratórias e alergia de pele apresentam frequência maior quando comparada as afecções gastrointestinais, tendência essa que aparece na avaliação a partir já do sexto mês de avaliação.

Aos doze meses de vida, dentre as afecções respiratórias, destaca-se a Tosse (50%) e o Encatarrado (39%) como os eventos agudos mais frequentes. A Alergia de Pele se mantém em 30%, frequência semelhante ao sexto e nono mês de avaliação. As afecções gastrointestinais, como cólica e vômito, mantêm tendência de redução. É importante destacar que, na última avaliação, aos dozes meses, houve uma redução em todas as afecções agudas, quando comparadas ao nono mês de avaliação, esse achado converge com o final do período de maior vulnerabilidade clínica das crianças que é o primeiro ano de vida.

No que tange aos fatores neonatais e socioeconômicos associados à intensidade da condição aguda, nos quatro períodos de avaliação, destaca-se algumas associações ao desfecho da intensidade da condição aguda. Quanto a correlação dos fatores relacionados a intensidade da condição aguda descreve-se a Tabela 17.

Tabela 17 - Correlação dos fatores neonatais associados a intensidade dos agravos agudos no primeiro trimestre de vida de prematuros moderados e tardios. Santa Maria, 2018.

3º Mês (n=126)		Peso ao Nascer	Dias Internação Hospitalar	Dias Internação UTIN	Apgar 1º min	Apgar 5º min	Nível Socio- econômico
	-						0,007
Cólica	IC	0,020	-0,074	0,091	0,200	-0,116	-0,179
	p	0,827	0,412	0,310	0,160	0,194	0,045
	-						0,043
Diarreia	IC	0,077	-0,184	0,122	0,399	-0,218	-0,248
	p	0,391	0,039	0,172	0,004	0,014	0,005
	-						0,061
Alergia Pele	IC	0,127	0,038	0,125	0,037	-0,217	-0,260
	p	0,155	0,670	0,163	0,797	0,015	0,003
	-						0,043
Bronquite	IC	0,127	0,038	0,125	0,037	-0,217	-0,260
	p	0,155	0,670	0,163	0,797	0,015	0,003
Dificuldade respirar	IC	0,014	-0,012	0,012	0,203	-0,096	-0,046
	p	0,873	0,894	0,894	0,153	0,286	0,611
	-						-0,035
Encatarrado	IC	0,054	0,015	-0,025	0,222	-0,029	0,033
	p	0,549	0,871	0,784	0,118	0,748	0,715
Falta de Ar	IC	0,085	0,019	-0,015	0,139	0,025	0,080
	p	0,344	0,832	0,870	0,331	0,782	0,375
	-						-0,040
Tosse	IC	0,021	-0,032	0,020	0,388	-0,102	-0,114
	p	0,813	0,721	0,827	0,005	0,255	0,203
Pneumonia	IC	0,120	-0,023	-0,099	0,419	0,021	0,026
	p	0,181	0,797	0,271	0,002	0,815	0,772
	-						-0,029
Otite	IC	0,105	-0,172	0,144	0,444	-0,281	-0,406
	p	0,240	0,054	0,109	0,001	0,001	0,000
Vômito	IC	0,047	-0,081	-0,033	-0,044	0,013	0,026
	p	0,604	0,366	0,716	0,760	0,889	0,769
	-						0,065
Enjoado	IC	0,038	-0,078	0,002	-0,076	0,092	0,070
	p	0,674	0,388	0,984	0,597	0,304	0,438

IC: Índice de Correlação;

IG: Idade Gestacional;

PN: Peso ao Nascer;

UTIN: Unidade de Terapia Intensiva Neonatal

Na avaliação do primeiro trimestre de vida, a IG não apresentou correlação significativa com nenhum agravo agudo de saúde, contudo, fatores como Apgar no 1º e 5º minutos, apresentaram correlação negativa, com as variáveis, Diarreia, Alergia, Bronquite e Otite. Quanto menor a avaliação do Apgar, mais frequentes essas afecções

apresentaram-se nos primeiros três meses de vida. No que tange o tempo de internação Hospitalar, houve correlação positiva para as variáveis Diarreia, Tosse, Pneumonia e Otite, o que sugere uma pior condição clínica imediata, reflete no desenvolvimento dos agravos nos primeiros três meses. Quanto ao peso no nascimento, houve uma correlação negativa, significativa, para a condição diarreia. As demais correlações não foram significativas.

Quanto a avaliação no 6º mês de vida, e as correlações com os fatores neonatais e socioeconômicos avaliados, destaca-se a Tabela 18.

Tabela 18 - Correlação dos fatores neonatais associados a intensidade dos agravos agudos no sexto mês de vida de prematuros moderados e tardios. Santa Maria, 2018.

6º Mês (n=117)		IG	PN	Dias	Dias	Apgar		Nível Socio- econômico
				Internação Hospitalar	Internação UTIN	1º min	5º min	
Cólica	IC	-0,011	0,049	-0,014	-0,036	-0,189	-0,174	-0,119
	<i>p</i>	<i>0,910</i>	<i>0,598</i>	<i>0,855</i>	<i>0,809</i>	<i>0,041</i>	<i>0,061</i>	<i>0,202</i>
Diarreia	IC	0,041	0,075	-0,049	0,018	-0,141	-0,135	-0,038
	<i>p</i>	<i>0,660</i>	<i>0,419</i>	<i>0,599</i>	<i>0,904</i>	<i>0,129</i>	<i>0,146</i>	<i>0,687</i>
Alergia Pele	IC	0,034	-0,022	0,006	-0,122	-0,085	-0,062	-0,053
	<i>p</i>	<i>0,714</i>	<i>0,815</i>	<i>0,952</i>	<i>0,413</i>	<i>0,362</i>	<i>0,503</i>	<i>0,567</i>
Bronquite	IC	0,000	-0,025	-0,100	-0,208	0,070	-0,074	-0,114
	<i>p</i>	<i>1,000</i>	<i>0,791</i>	<i>0,281</i>	<i>0,162</i>	<i>0,453</i>	<i>0,426</i>	<i>0,221</i>
Dificuldade Respirar	IC	0,032	0,051	-0,046	-0,025	-0,056	-0,110	-0,118
	<i>p</i>	<i>0,733</i>	<i>0,586</i>	<i>0,626</i>	<i>0,865</i>	<i>0,550</i>	<i>0,241</i>	<i>0,208</i>
Encatarrado	IC	0,018	-0,290	-0,045	-0,169	-0,108	-0,050	-0,113
	<i>p</i>	<i>0,847</i>	<i>0,755</i>	<i>0,632</i>	<i>0,258</i>	<i>0,247</i>	<i>0,591</i>	<i>0,226</i>
Falta de Ar	IC	-0,143	-0,079	0,055	-0,063	-0,141	-0,137	-0,062
	<i>p</i>	<i>0,125</i>	<i>0,396</i>	<i>0,557</i>	<i>0,675</i>	<i>0,129</i>	<i>0,140</i>	<i>0,504</i>
Tosse	IC	0,009	-0,005	-0,116	-0,159	-0,033	0,001	-0,062
	<i>p</i>	<i>0,924</i>	<i>0,938</i>	<i>0,213</i>	<i>0,295</i>	<i>0,723</i>	<i>0,993</i>	<i>0,506</i>
Pneumonia	IC	-0,089	-0,092	-0,055	-0,059	-0,061	-0,095	-0,117
	<i>p</i>	<i>0,340</i>	<i>0,327</i>	<i>0,558</i>	<i>0,694</i>	<i>0,511</i>	<i>0,031</i>	<i>0,208</i>
Otite	IC	0,043	-0,053	-0,042	-0,031	-0,002	0,019	-0,035
	<i>p</i>	<i>0,644</i>	<i>0,570</i>	<i>0,656</i>	<i>0,839</i>	<i>0,985</i>	<i>0,843</i>	<i>0,706</i>
Vômito	IC	-0,110	-0,053	0,011	-0,065	-0,040	-0,013	0,056
	<i>p</i>	<i>0,237</i>	<i>0,570</i>	<i>0,910</i>	<i>0,665</i>	<i>0,671</i>	<i>0,891</i>	<i>0,551</i>
Enjoo	IC	-0,009	-0,074	0,048	-0,070	0,050	0,011	0,097
	<i>p</i>	<i>0,919</i>	<i>0,428</i>	<i>0,605</i>	<i>0,639</i>	<i>0,593</i>	<i>0,910</i>	<i>0,299</i>

IC: Índice de Correlação;

IG: Idade Gestacional;

PN: Peso ao Nascer;

UTIN: Unidade de Terapia Intensiva Neonatal;

No sexto mês de vida, único fator neonatal que apresentou correlação negativa significativa, foi o Apgar no primeiro minuto, com a intensidade de cólica. As demais variáveis não apresentaram correlação significativa. No nono mês, as correlações são apresentadas na Tabela 19.

Tabela 19 - Correlação dos fatores neonatais associados a intensidade dos agravos agudos no nono mês de vida de prematuros moderados e tardios. Santa Maria, 2018.

9º Mês (n=111)		IG	PN	Dias	Dias	Apgar 1º min	Apgar 5º min	Nível Socio- econômico
				Internação UTIN	Internação Hospitalar			
Cólica	IC	-0,022	-0,011	-0,108	0,032	-0,129	-0,079	-0,019
	p	0,819	0,909	0,478	0,737	0,177	0,413	0,843
Diarreia	IC	0,022	-0,040	0,144	-0,044	-0,087	-0,121	-0,014
	p	0,820	0,676	0,344	0,648	0,362	0,204	0,880
Alergia Pele	IC	0,024	0,029	-0,158	-0,053	-0,126	-0,050	-0,060
	p	0,802	0,759	0,299	0,578	0,186	0,601	0,529
Bronquite	IC	-0,081	0,013	-0,062	0,006	-0,221	-0,208	0,008
	p	0,397	0,896	0,688	0,952	0,020	0,029	0,935
Dificuldade Respirar	IC	-0,095	0,067	-0,071	0,044	-0,302	-0,260	0,016
	p	0,324	0,487	0,643	0,646	0,001	0,006	0,864
Encatarrado	IC	-0,016	0,007	-0,082	0,065	-0,232	-0,136	-0,078
	p	0,865	0,943	0,591	0,500	0,015	0,156	0,421
Falta de Ar	IC	0,027	-0,214	-0,062	0,023	-0,105	0,001	-0,111
	p	0,775	0,015	0,688	0,812	0,274	0,991	0,245
Tosse	IC	-0,004	0,033	-0,055	-0,077	-0,158	-0,060	-0,083
	p	0,971	0,729	0,722	0,421	0,097	0,530	0,386
Pneumonia	IC	-0,004	-0,288	-0,101	-0,069	0,077	0,026	-0,043
	p	0,971	0,002	0,509	0,469	0,419	0,784	0,655
Otite	IC	0,040	-0,068	-0,066	-0,098	0,000	0,066	-0,14
	p	0,679	0,481	0,669	0,307	1,000	0,490	0,143
Vômito	IC	-0,065	-0,081	-0,097	-0,083	0,112	0,043	-0,024
	p	0,496	0,398	0,527	0,388	0,244	0,658	0,804
Enjoado	IC	-0,190	0,108	-0,055	-0,079	0,089	-0,009	-0,002
	p	0,043	0,259	0,718	0,412	0,354	0,926	0,987

IC: Índice de Correlação;

IG: Idade Gestacional;

PN: Peso ao Nascer;

UTIN: Unidade de Terapia Intensiva Neonatal;

Ao final do 9º mês de vida, destaca-se que algumas afecções respiratórias apresentaram correlação negativa, significativa, as variáveis Falta de Ar, Pneumonia e o Enjoado apresentaram correlação negativa com a variável independente peso ao nascer,

ou seja, quanto menor o peso, maior a intensidade dessas afecções no nono mês de vida. As demais variáveis não apresentaram correlação significativa.

Ao final do primeiro ano de vida, as afecções respiratórias mantiveram prevalência como avaliado no nono mês de vida e mantiveram correlação com o Peso ao nascer e a IG.

Tabela 20 - Correlação dos fatores neonatais associados a intensidade dos agravos agudos no 12º mês de vida de prematuros moderados e tardios. Santa Maria, 2018.

12º Mês (n=109)		IG	PN	Dias	Dias	Apgar 1º min	Apgar 5º min	Nível Socio- econômico
				Internação UTIN	Internação Hospitalar			
Cólica	IC	-0,159	-0,096	0,009	-0,014	-0,138	-0,151	0,044
	p	0,039	0,319	0,926	0,927	0,152	0,117	0,646
Diarreia	IC	-0,009	-0,067	-0,034	0,049	0,095	0,063	0,051
	p	0,923	0,493	0,730	0,753	0,326	0,516	0,600
Alergia Pele	IC	-0,002	0,075	0,031	-0,036	-0,124	-0,107	-0,021
	p	0,987	0,440	0,752	0,814	0,201	0,268	0,830
Bronquite	IC	0,119	0,126	-0,020	-0,084	-0,122	-0,041	-0,052
	p	0,216	0,193	0,836	0,587	0,207	0,669	0,592
Dificuldade respirar	IC	0,149	0,141	-0,086	0,029	-0,017	0,000	-0,168
	p	0,122	0,145	0,377	0,849	0,864	0,998	0,081
Encatarrado	IC	-0,184	0,133	0,007	0,087	-0,056	0,008	-0,102
	p	0,045	0,171	0,944	0,578	0,562	0,936	0,294
Falta de Ar	IC	0,107	-0,189	-0,015	0,005	0,003	0,088	-0,035
	p	0,269	0,048	0,880	0,976	0,978	0,362	0,721
Tosse	IC	0,147	-0,193	-0,063	0,024	0,009	0,044	-0,082
	p	0,126	0,044	0,513	0,878	0,928	0,652	0,396
Pneumonia	IC	-0,172	-0,280	0,008	0,079	-0,035	-0,022	0,062
	p	0,034	0,003	0,936	0,612	0,717	0,816	0,523
Otite	IC	0,026	-0,020	-0,082	-0,029	-0,051	-0,054	0,113
	p	0,785	0,839	0,398	0,849	0,601	0,574	0,240
Vômito	IC	0,060	0,086	-0,054	0,033	0,112	0,030	0,016
	p	0,536	0,376	0,579	0,830	0,246	0,758	0,866
Enjoo	IC	0,093	0,105	-0,043	0,006	0,066	0,013	0,045
	p	0,334	0,278	0,657	0,969	0,496	0,892	0,640

IC: Índice de Correlação;

IG: Idade Gestacional;

PN: Peso ao Nascer;

UTIN: Unidade de Terapia Intensiva Neonatal;

Ao analisar as correlações, percebe-se que há repercussões do nascimento prematuro e do baixo peso, no que tange a intensidade da frequência dos agravos

respiratórios: Encatarrado, Falta de Ar, Tosse e Pneumonia. A variável cólica também foi mais frequente, quanto menor a idade gestacional da criança.

Entende-se que fatores neonatais como a IG, o peso ao nascer, dias de internação em UTI e Apgar no primeiro e quinto minuto, apresentaram correlações significativas com as afecções agudas de saúde até o primeiro ano de vida. As condições socioeconômicas dos participantes não apresentaram correlação significativa em nenhum momento da avaliação trimestral. Esse achado destaca não haver repercussão das condições socioeconômicas com a intensidade dos agravos agudos de saúde no primeiro ano de vida da população estudada.

No que se refere aos fatores associados ao desenvolvimento das condições crônicas em todos os trimestres avaliados, descreve-se a tabela 21.

Tabela 21 - Fatores neonatais e socioeconômicos associados ao desenvolvimento de condições crônicas no primeiro ano de vida de prematuros moderados e tardios. Santa Maria, RS

	Relação Peso/IG		Dias Internação Hospitalar			Apgar 1° min		Apgar 5° min		Nível Socioeconômico	
	AIG	PIG/GIG	< 4	4-10	> 10	<7	7 a 10	<7	7 a 10	A-B	C, D e E
			dias	dias	dias						
3° Mês											
Condição Crônica n(%)	21(22,1)	5(16,1)	8(15,7)	5(11,6)	13(40,6)	10(35,7)	16(16,3)	4(57,1)	22(18,5)	6(27,3)	20(19,2)
p (valor)	0,475*		0,005			0,025		0,031		0,397	
Demanda Medicamentosa	11(11,6)	4(12,9)	5(9,8)	1(2,3)	9(28,1)	6(21,4)	9(9,2)	2(28,6)	13(10,9)	3(13,6)	12(11,5)
p (valor)	1,000					0,078		0,195		0,725	
Dependência dos Serviços	12(12,6)	4(12,9)	6(11,8)	3(7,0)	7(21,9)	7(25,0)	9(9,2)	3(42,9)	13(10,9)	3(13,6)	13(12,5)
p (valor)	1,000					0,027		0,043		1	
Limitação Funcional	3(3,2)	2(6,5)	0	1(2,3)	4(12,5)	5(17,9)	0	2(28,6)	3(2,5)	3(13,6)	2(1,9)
p (valor)	0,596					0,0001		0,025		0,037	
6° Mês											
Condição Crônica n(%)	14(15,9)	1(3,4)	5(10,6)	5(12,0)	8(28,6)	6(25,0)	9(9,7)	2(33,3)	13(11,7)	5(23,8)	10(10,4)
p (valor)	0,112		0,012			0,045		0,17		0,096	
Demanda Medicamentosa	10(11,4)	1(3,4)	5(10,6)	1(2,4)	5(17,9)	3(12,5)	8(8,6)	1(16,7)	10(9,0)	3(14,3)	8(8,3)
p (valor)	0,288					0,694		0,455		0,413	
Dependência dos Serviços	9(10,2)	1(3,4)	4(8,5)	1(2,4)	5(17,9)	4(16,7)	6(6,5)	3(50,0)	7(6,3)	3(14,3)	7(7,3)
p (valor)	0,447					0,211		0,008		0,383	
Limitação Funcional	2(2,3)	1(3,4)	0	0	3(10,7)	3(12,5)	0	1(16,7)	2(1,8)	2(9,5)	1(1,0)
p (valor)	1,000					0,008		0,147		0,083	

	Relação Peso/IG		Dias Internação Hospitalar			Apgar 1° min		Apgar 5° min		Nível Socioeconômico	
	AIG	PIG/GIG	< 4	4-10	> 10	<7	7 a 10	<7	7 a 10	A-B	C, D e E
			dias	dias	dias						
3° Mês											
Condição Crônica n(%)	21(22,1)	5(16,1)	8(15,7)	5(11,6)	13(40,6)	10(35,7)	16(16,3)	4(57,1)	22(18,5)	6(27,3)	20(19,2)
p (valor)	0,475*		0,005			0,025		0,031		0,397	
Demanda Medicamentosa	11(11,6)	4(12,9)	5(9,8)	1(2,3)	9(28,1)	6(21,4)	9(9,2)	2(28,6)	13(10,9)	3(13,6)	12(11,5)
p (valor)	1,000					0,078		0,195		0,725	
Dependência dos Serviços	12(12,6)	4(12,9)	6(11,8)	3(7,0)	7(21,9)	7(25,0)	9(9,2)	3(42,9)	13(10,9)	3(13,6)	13(12,5)
p (valor)	1,000					0,027		0,043		1	
Limitação Funcional	3(3,2)	2(6,5)	0	1(2,3)	4(12,5)	5(17,9)	0	2(28,6)	3(2,5)	3(13,6)	2(1,9)
p (valor)	0,596					0,0001		0,025		0,037	
6° Mês											
Condição Crônica n(%)	14(15,9)	1(3,4)	5(10,6)	5(12,0)	8(28,6)	6(25,0)	9(9,7)	2(33,3)	13(11,7)	5(23,8)	10(10,4)
p (valor)	0,112		0,012			0,045		0,17		0,096	
Demanda Medicamentosa	10(11,4)	1(3,4)	5(10,6)	1(2,4)	5(17,9)	3(12,5)	8(8,6)	1(16,7)	10(9,0)	3(14,3)	8(8,3)
p (valor)	0,288					0,694		0,455		0,413	
Dependência dos Serviços	9(10,2)	1(3,4)	4(8,5)	1(2,4)	5(17,9)	4(16,7)	6(6,5)	3(50,0)	7(6,3)	3(14,3)	7(7,3)
p (valor)	0,447					0,211		0,008		0,383	
Limitação Funcional	2(2,3)	1(3,4)	0	0	3(10,7)	3(12,5)	0	1(16,7)	2(1,8)	2(9,5)	1(1,0)
p (valor)	1,000					0,008		0,147		0,083	

9° Mês											
Condição Crônica n(%)	16(19,0)	3(10,7)	6(13,3)	5(12,2)	8(30,8)	8(36,4)	11(12,2)	3(60,0)	16(15,0)	6(28,6)	13(14,3)
p (valor)	0,394		0,101		0,007		0,034		0,116		
Demanda Medicamentosa	10(11,9)	1(3,6)	4(8,9)	2(4,9)	5(19,2)	5(22,7)	6(6,7)	2(40,0)	9(8,4)	2(9,5)	9(9,9)
p (valor)	0,286				0,023		0,075		1		
Dependência dos Serviços	7(8,3)	3(10,7)	3(6,7)	3(7,3)	4(15,4)	4(18,2)	6(6,7)	2(40,0)	8(7,5)	3(14,3)	7(7,7)
p (valor)	0,709				0,09		0,062		0,394		
Limitação Funcional	2(2,4)	2(7,1)	0	1(2,4)	3(11,5)	3(13,6)	1(1,1)	1(20,0)	3(2,8)	2(9,5)	2(2,2)
p (valor)	0,26				0,023		0,169		0,159		
12° Mês											
Condição Crônica n(%)	15(18,3)	4(14,3)	5(11,4)	5(12,2)	9(36,0)	7(33,3)	12(13,5)	3(60,0)	17(16,2)	5(23,8)	14(15,7)
p (valor)	0,776		0,019		0,03		0,205		0,378		
Demanda Medicamentosa	9(11,1)	2(7,1)	4(9,1)	1(2,5)	6(24,0)	4(19,0)	7(8,0)	1(20,0)	10(9,6)	2(9,5)	9(10,2)
p (valor)	0,725				0,217		0,419		1		
Dependência dos Serviços	6(7,3)	4(14,3)	2(4,5)	5(12,2)	3(12,0)	2(9,5)	8(9,0)	2(40,0)	8(7,6)	2(9,5)	8(9,0)
p (valor)	0,272				1,000		0,064		0,939		
Limitação Funcional	3(3,7)	2(7,1)	0	1(2,4)	4(16,0)	3(14,3)	2(2,2)	1(20,0)	4(3,8)	2(9,5)	3(3,4)
p (valor)	0,601				0,047		0,211		0,242		

Ao analisar os fatores associados ao desenvolvimento das condições crônicas e suas demandas específicas- Demanda Medicamentosa; Dependência dos Serviços de Saúde; Limitação Funcional-, alguns fatores mantiveram associação nos quatro momentos da avaliação durante o primeiro ano de vida das crianças e podem ser considerados como fatores associados em todo o primeiro ano de vida, como foi o caso do Apgar menor que 7.

Na primeira avaliação, aos três meses de vida, o desenvolvimento da condição crônica foi associado ao maior número de dias internado e resultado de Apgar menor que 7, no primeiro e quinto minuto. Cerca de 28% dos prematuros que tiveram mais de 10 dias de internação desenvolveram condição crônica nesse período. Ainda, quase 36% e 57% daqueles que tiveram Apgar menor que 7, no primeiro e quinto minuto de vida respectivamente, desenvolveram condição crônica.

Também, no terceiro mês de avaliação, a Dependência dos Serviços de Saúde e a Limitação Funcional foram fatores associadas significativamente, com as variáveis independentes Apgar menor que 7 no primeiro e quinto minuto. As demais variáveis, não apresentaram diferença significativa.

No sexto mês avaliados os fatores, maior tempo de internação hospitalar (mais que 10 dias de internação) e Apgar menor que 7 no primeiro minuto, teve-se associação significativa com o desenvolvimento de condição crônica. O Apgar menor que 7 no primeiro minuto, manteve relação significativa com o desenvolvimento de Limitação Funcional, 12,5% daqueles que tiveram Apgar menor que 7 no primeiro minuto desenvolveram a limitação no sexto mês vivido.

Manteve-se também, significativamente maior, a frequência daqueles que tiveram Apgar menor que sete no quinto minuto e desenvolveram Dependência dos Serviços de Saúde maior que o normal para a idade. As Demais variáveis não apresentaram diferença significativa.

Na avaliação do nono mês de vida, a variável independente Apgar no primeiro e quinto minuto, quando menor que sete, mostrou frequência significativamente maior para o desenvolvimento de Condição Crônica. 36,4% daqueles que tiveram Apgar menor que 7, no primeiro, e 60% daqueles que tiveram Apgar menor que sete no quinto minuto de vida, desenvolveram condição crônica, destacando assim um fator associado ao desenvolvimento de condição crônica no nono mês de vida. Cabe destacar que o Apgar

foi também uma variável associada ao desenvolvimento de dependência medicamentosa e de limitação funcional para aqueles com valores menores que sete no primeiro minuto.

Ao final do primeiro ano de vida, destaca-se que 36,4% daqueles que permaneceram internados por mais de 10 dias pós-parto, desenvolveram condição crônica, e o desenvolvimento dela, nessas crianças, foi significativamente maior, quando comparado aos demais. Outro fator associado ao desenvolvimento de condição crônica foi o Apgar no primeiro minuto em que, 33,3% daqueles com Apgar menor que sete no primeiro minuto desenvolveram condições crônicas.

A avaliação do Apgar menor que sete no primeiro minuto também obteve associação significativa com o desenvolvimento de Limitação Funcional ao término do primeiro ano de vida dessas crianças. As demais variáveis não se mostraram com frequências significativamente diferentes.

As variáveis independentes - relação peso e IG e nível socioeconômico - não apresentaram diferença significativa para o desenvolvimento de condições crônicas na relação entre os domínios da escala de avaliação de condição crônica em saúde. Já as variáveis independentes Apgar e dias de internação hospitalar mostraram frequências maiores para o desenvolvimento de agravos crônicos e na definição de condição crônica, quanto maior os dias de internação e Apgar menor que sete no primeiro e quinto minuto de vida. Cabe destacar que a idade gestacional foi fator significativo para o desenvolvimento de agravos crônicos, em que moderados apresentam uma frequência significativamente maior, quando comparados aos tardios (Tabelas 12, 13, 14 e 15).

5.3.1 Discutindo as condições crônicas e agudas de recém-nascidos prematuros moderados e tardios

Na realidade brasileira, a cada ano, cerca de 40.000 crianças morrem antes de completar o primeiro ano de vida. Dentre as principais causas de morte estão as afecções do período perinatal e as malformações congênicas. Para tanto, reconhece-se que o primeiro ano de vida é o período de maior vulnerabilidade clínica, influenciado por fatores biológicos (implícitos muito nas condições de nascimento e parto), sociais e econômicos (BRASIL, 2014).

Os fatores de vulnerabilidade para afecções clínicas, sejam agudas ou crônicas, estão intimamente associados ao resultado da interação de um conjunto de variáveis que determinam uma maior ou menor capacidade de proteção dos sujeitos a um agravo, constrangimento, adoecimento ou situação de risco. (AYRES et al., 2003). Segundo Oliveira et al., (2014), é comum em crianças hospitalizadas possuírem no mínimo um fator de vulnerabilidade para desenvolvimento de complicações clínicas, considerando os mais frequentes: a vulnerabilidade social – baixa escolaridade dos pais e baixo nível socioeconômico familiar- e vulnerabilidade clínica, ao apresentar doença de base prévia em 44% das internações infantis. (OLIVEIRA et al. 2014).

Entender os processos de vulnerabilidade, permite propor estratégias de enfrentamento dos agravos. No presente estudo, a prematuridade e os fatores neonatais foram identificados como fatores de vulnerabilidade para desenvolvimento de agravos agudos e crônicos. Estes fatores de vulnerabilidade evidenciam-se que o desenvolvimento das condições crônicas em RNP moderados é mais frequente, em quase todo o primeiro ano de vida, quando comparados aos tardios. E que os RNP tardios apresentam frequência maior de eventos agudos ao final do primeiro ano de vida.

Esses achados corroboram que a condição de nascimento prematuro moderado está diretamente associada ao desenvolvimento de agravos crônicos no primeiro ano de vida. Ademais, outros fatores que contribuem são: Apgar baixo no primeiro e quinto minuto de vida; maior tempo de internação hospitalar; e complicações imediatas neonatais. Vale destacar que para o primeiro ano de vida dessa população os demais fatores, principalmente socioeconômicos, não apresentaram frequência significativamente maior.

Aspectos relacionados às condições crônicas de saúde na infância, na realidade de estudos brasileiros, ainda está muito atrelada às ocorrências de doenças crônicas na

infância. Fragiliza-se o entendimento de cronicidade quando se relaciona de forma exclusiva à existência de doenças crônicas. Reconhecer que a condição crônica é a ampliação deste entendimento, permite uma compreensão maior da situação de cronicidade infantil.

Considerando que se trata do primeiro estudo mundial a estimar a prevalência de condições crônicas em população de prematuros moderados e tardios, utilizando o instrumento *Children with Special Health Care Needs Screener (SC)*©, traduzido por Arrué et al., (2016), existem poucas evidências de outros estudos que possam ser discutidas e interpretadas com os resultados desta pesquisa.

Estudo atual, defendido por Arrué (2018), apontou a prevalência 25% de CRIANES em crianças de até 12 anos, em três cenários brasileiros. Arrué (2018) destaca, ainda, que as principais demandas da necessidade de atenção especial a saúde, são a dependência medicamentosa e o dependência dos serviços.

Em estudo americano, que comparou a prevalência de CRIANES, utilizando o SC©, destacou, em uma população de 8 a 11 anos, que 35% das crianças nascidas prematuramente desenvolveram necessidade de atenção especial de saúde, em comparação com 24% das crianças que nasceram a termo. Esse dado corrobora, quando comparado aos PMT moderados, contudo não leva em consideração demais estratos gestacionais da prematuridade (KELLY, 2016).

Cabe destacar que a limitação funcional e a dependência dos serviços de saúde foram mais frequentes nos prematuros moderados, quando comparados aos nascidos tardios. Kelly (2016), ainda destaca que a utilização de medicamentos de uso contínuo é duas vezes maior na população de nascidos prematuros, quando comparados aos RN a termo. Ademais estudos nacionais e internacionais, não estabelecem estratificação por estrato gestacional, dessas características.

Dados de prevalência de desenvolvimento de necessidades de atenção especial a saúde em crianças maiores de cinco anos, segundo estudos internacionais, apresenta-se em torno de 35% a 50% em população prematura (KELLY 2016; KELLY, 2014). Na população pediátrica, não considerado a IG como fator interveniente, as taxas de prevalência giram em torno de 12,2% a 23,5% (WAHDAN e NIMR, 2018; DAVIS et al., 2015; ARIM et al., 2015; BRAMLETT et al., 2008; SCHEIDT-NAVE et al., 2007).

Ainda que escassos, estudo brasileiros, que utilizaram o SC© para avaliação da prevalência de necessidades de atenção especial a saúde, e seus reflexos na cronicidade, na infância, retratam prevalência de 25% a 36% em população de crianças até 12 anos de

idade (ARRUÉ, 2018; ARRUÉ et al., 2016). Em população egressa da terapia intensiva, que realizava acompanhamento em ambulatório de especialidade médica, Arrué et al., (2013), destacaram que 16%, desenvolveram condição crônica.

Quanto as características dessas condições crônicas, vale destacar que os únicos domínios que apresentaram diferença significativa entre os dois estratos gestacionais estudados foi do 6º ao 12º de avaliação em que o domínio Limitação Funcional, foi mais frequente no estrato de Moderados. Estudos que descrevem e analisam diferenças dos domínios da escala com estratos gestacionais são inexistentes na literatura. Alguns autores corroboramos achados do presente estudo, no que tange a utilização contínua de medicamentos, que é o escore mais frequente entre os domínios da escala SC© seguidos da dependência dos serviços e da limitação funcional (ARIM et al., 2015; PARTINGTON, CISLER, BLAIR, 2006)

Escassa na literatura nacional, a terminologia de Necessidades de Atenção Especial a Saúde, é muitas vezes apresentada como sinônimo para doenças crônicas na infância e para tanto possuem uma relação direta (KLIEGMAN, et al., 2017). Nos Estados Unidos, quase 14% da população pediátrica tem uma doença crônica e cerca de 10% possuem duas ou mais doenças crônicas (CHAMI, 2012). Na realidade brasileira, estudo apontou que: 9,1% das crianças menores de cinco anos e 9,7%, daqueles com 6 a 13 anos, possuem diagnóstico de doença crônica (IBGE, 2010).

Diferentemente dos agravos agudos, as condições crônicas, acabaram, por sua vez, se tornando mais prevalente ao longo do primeiro ano de vida, para os prematuros desse estudo. Autores justificam essa transição por entender que a condição crônica é definida, não somente a partir do tempo de adoecimento e das frequências aos serviços de saúde, mas pelas mudanças de rotina e a interferência desses no cotidiano da família. Todo esse processo da cronicidade, pode passar despercebido inicialmente e o entendimento da cronicidade não é estabelecido de forma imediata (MOREIRA, GOMES e SÁ, 2014).

Quanto aos fatores associados ao desenvolvimento de condição crônica, destaca-se que os fatores neonatais: Valor do Apgar e tempo de internação hospitalar foram as únicas variáveis que apresentaram diferença significativa para o desfecho comparado. Vale destacar que nível socioeconômico e IG não apresentaram diferença significativa para desfecho de condição crônica.

Autores destacam que muitos agravos crônicos possuem relação direta com o meio socioeconômico envolvido. Crianças que vivem na linha da pobreza têm três vezes mais risco de desenvolver alguma necessidade de atenção especial de saúde. Existe uma

relação direta entre o baixo nível socioeconômico e desenvolvimentos das principais doenças crônicas na infância tais como: asma e as doenças mentais (LARSON et al., 2008; VAN DICK et al., 2004; PERRIN, ANDERSON e CLAEVE, 2014). Contudo, para essa população de prematuros, o nível socioeconômico, não foi fator significativo para desenvolvimento de condições crônicas.

As sequelas neurológicas, desenvolvidas no período fetal e/ou neonatal, repercutem de forma prosaica para aumento de taxas de condições crônicas. Sabe-se que as lesões hipóxico-isquêmicas e a asfixia perinatal possuem relação direta com prejuízos neurológicos precoces e/ou tardios, que possuem reconhecimento clínico imediato por meio de avaliação do Apgar e necessidade de reanimação em sala de parto (ZANIN et al., 2017). Pensar na implicação dos fatores neonatais imediatos, como baixo apgar no primeiro e quinto minuto de vida e maior tempo de internação hospitalar, nas repercussões e no desenvolvimento da condição crônicas de saúde é o ponto chave, no que tange ao primeiro ano de vida desses prematuros moderados e tardios.

Torpy, Campbell e Glass (2010) destacam que durante a infância, problemas agudos, caracterizados a curto prazo, tais como infecções do trato respiratório superior, doença gastrointestinal com vômitos e diarreia, não são analisados sob uma perspectiva de sinais e sintomas clínicos mas sim, atrelados a uma doença específica, o que dificulta a discussão com os dados apresentados nesse estudo. Vale destacar que a atenção dada, nos serviços de saúde, muitas vezes contemplam apenas esses sinais e sintomas e que por vezes, são inexistentes a sombra de dados epidemiológicos/clínicos.

No presente estudo, a presença de no mínimo um evento agudo ocorreu com frequência semelhante nos quatro momentos de avaliação. O que diferenciou foram as características clínicas. Manifestações gastrointestinais foram mais frequentes nos primeiros meses e disfunções respiratórias e alergia de pele, apresentaram-se mais frequentes ao final do primeiro ano de vida.

A cólica, como uma manifestação muito frequente nos primeiros três meses de vida dos prematuros, apresenta intensidade maior quanto menor a idade do lactente, e no 12º mês de avaliação possuiu uma correlação negativa com a IG ao nascer, o que pode ser considerado a prematuridade como fator correlacionado a maior intensidade de cólica ao completar um ano de vida.

Esses achados corroboram com a literatura que aponta como sinais de alteração mais frequentes nos primeiros meses de vida alterações gastrointestinais tais como regurgitações, vômitos e cólica. Essas manifestações clínicas, apesar de não serem

consideradas doenças, são motivos de preocupação para os pais, principalmente de prematuros, que já carregam consigo a vulnerabilidade da prematuridade. Morais (2016) destaca que essas manifestações clínicas são difíceis de serem quantificadas e caracterizadas, o que pouco se apresenta em estudos clínicos relacionados. Muitos desses sintomas podem ser transitórios e são atribuídos à imaturidade e/ou como parte do desenvolvimento do trato gastrointestinal (MORAIS, 2016)

A cólica, muito atrelada à imaturidade fisiológica, é mais intensa nos primeiros meses, contudo, possui repercussão, conforme a IG ao nascer, somente no 12º mês de vida. Existe evidência que destaca a etiologia da cólica em lactentes, contudo ela ainda é considerada uma complicação enigmática para o cuidado ao lactente. Autores destacam que ela está intimamente associada à imaturidade fisiológica do trato gastrointestinal. Essa imaturidade, esta relacionada à motilidade gastrointestinal alterada (hiperperistaltismo colônico e pressão retal aumentada), excesso de carga hormonal (motilina) que exagera na motilidade da peristalse intestinal e o excesso de ar intragastrintestinal, muito associado à aerofagia devido a choro ou pegadas/sucções inadequadas. Fatores não gastrointestinais estão intimamente associados a ansiedade dos pais, depressão materna bem como problemas na dinâmica familiar percebidas pelo lactente (MURAHOVSKI, 2003; GUPTA, 2002).

Corroborando com os achados, autores destacam que o ápice da intensidade é notório aos seis semanas de vida e que prematuros, possuem o mesmo padrão de choro e de cólicas quando comparados aos RN a termo (MURAHOVSKI, 2003). Estudos corroboram que a IG não é fator relacionado ao desenvolvimento de cólica (FAZIL, 2011; TALACHIAN, BIDARI e REZAIE, 2008). Entretanto, a correlação do presente estudo apontou que, quando há o desenvolvimento da cólica, no 12º mês de vida ela se apresenta mais intensa, quanto menor a IG de nascimento.

Cabe destacar que a prevalência da cólica na população de lactentes, no primeiro ano de vida, gira em torno de 2 a 73% da população pediátrica (SAVINO et al., 2007). Vandenplas et al. (2015), após metanálise de 30 artigos que trataram da prevalência da cólica em população pediátrica, destacaram uma média de 18% de prevalência no primeiro ano de vida. Esses dados, ao final do primeiro ano de vida, corroboram com os achados na população de prematuros do presente estudo.

Existe uma grande variabilidade nos dados de prevalência, visto diversidade de critérios diagnósticos. Em estudo nacional que analisou a prevalência de cólica em lactentes, destacou que há diferença de 64%, quando comparados a percepção materna e

as análises, realizadas por instrumentos construídos para esse fim. Não existe uma coerência entre os resultados de prevalência clínica para a percebida pela pais, visto que a cólica, possui uma repercussão mais familiar que propriamente clínica (SAAVEDRA et al., 2003).

Outra afecção clínica que se apresenta com difícil descrição de prevalência pela variabilidade de definições é diagnósticos são os vômitos. Para o presente estudo, a prevalência no terceiro mês que era de 53%, pendeu para 27% ao final do primeiro ano de vida. Dados corroboram com os achados no presente estudo, contudo há uma variação muito grande entre os dados dos estudos, visto opinião e a expectativa dos pais e os instrumentos utilizados para esse fim. Segundo Morais (2016), que analisou 13 artigos que tratavam da prevalência de vômito e regurgitamento na população de lactentes, destacou que as taxas de prevalência se encontram no intervalo de 3% a 87%.

Existe alguns fatores associados ao desenvolvimento de vômitos, como é caso da prematuridade como fator de risco e alterações anatômico-fisiológicas bem como as intolerâncias alimentares (LIGHTDALEJ e GREMSE, 2013; FERREIRA et al., 2014). Cabe destacar que lactentes normais, com sintomas de regurgitamento ou vômito persistente, devem ser tratados, inicialmente, de forma conservadora (orientações de dieta e posição), visto que a maioria desses lactentes melhora de forma espontânea (FERREIRA et al., 2014). Essa afirmação converge com os achados deste estudo na população de prematuros, sendo que a prevalência diminui de forma significativa ao longo do primeiro ano de vida.

Em contraponto a tendência das afecções gastrointestinais, a alergia de pele e as afecções respiratórias, tomaram rumos diferentes, quanto à tendência de desenvolvimento no primeiro ano de vida. As lesões de pele apresentam-se menos prevalentes no primeiro trimestre de vida, aumentando gradativamente até 12º mês de idade. Também, cabe destacar a correlação daqueles que desenvolveram alergia de pele, se mostrou mais intensa quanto mais próximo do 12º mês de vida.

As lesões de pele do lactente, muito associadas às alergias de pele, evoluem em tempo menor de dois anos (geralmente em um mês) e sua incidência se vincula às características da pele e suas particularidades raciais e ambientais. Segundo Wong (2014), a pele do prematuro é considerada hipodesenvolvida e para tanto, suscetível a processos inflamatórios e erosivos, quando comparados aos a termos. Essa pouca aderência, presente também em lactentes a termo faz com que os primeiros meses de vida, encontram-se mais vulneráveis.

Com frequência, as alergias de pele começam comumente durante a lactância e encontram-se intimamente associadas às alergias alimentares. A prevalência tende a aumentar conforme a idade da criança, considerando maiores exposições alimentares e ambientais da criança. Essa justificativa corrobora com os achados do presente estudo, medida que há um salto na prevalência das alergias de pele a partir do sexto mês de vida período este destinado à introdução de alimentação complementar. Ainda, essa realidade é destacada também pelos enunciados maternos, quanto ao aparecimento dessas afecções agudas de saúde nesse período da vida.

Segundo Castro et al., (2006), os alimentos podem ser responsáveis por 30% dos casos de dermatite atópica moderada e grave na infância, o que difere para outras faixas populacionais, em que fatores alimentares representam menores proporções. Ainda, outros fatores associados ao desenvolvimento são alérgenos/poeira bem como os fatores neuropsicomportamentais (CASTRO et al., 2006).

Quanto às disfunções respiratórias, apenas a dificuldade respiratória manteve uma correlação significativa quando analisada com a idade da criança. Quanto mais novas as crianças, maior a intensidade da dificuldade respiratória. A prevalência dessa variável apresenta discreta diminuição ao longo do primeiro ano de vida, em contraponto às demais variáveis respiratórias, que apresentaram tendência crescente.

Segundo estudo brasileiro que analisou a tendência etária das afecções respiratórias em crianças e adolescentes, a prevalência dos agravos aumenta até os 14 anos de idade. Também aponta que quanto mais velha a criança for maior o risco para desenvolvimento de afecções crônicas, como bronquite, sinusite e rinite auto-referida pela família (SOUSA et al., 2012).

Estudos que analisaram o comportamento das afecções respiratórias em prematuros extremos ou de muito baixo peso, destacaram uma prevalência de 50% de afecções respiratórias no primeiro ano de vida. Sinais clínicos, como a obstrução de vias aéreas, nesse estudo identificadas como encatarrado, e a pneumonia foram as afecções mais frequentes (MELLO, DUTRA e LOPES, 2004).

O risco para internações por causa respiratórias se mostra maior quanto menor a idade gestacional ao nascer. Estudo aponta que quanto mais longe das 40 semanas de IG, maior o risco para afecções respiratórias e necessidade de internação hospitalar (PARANJOTHY et al., 2013).

Prematuros moderados e tardios, ao nascer, apresentam maturação pulmonar maior quando comparados aos prematuros extremos. Contudo, o risco de

desenvolvimento de doenças respiratórias e hospitalizações na infância e na primeira infância, são quase 2 vezes maiores quando comparados àqueles nascidos à termo. Ainda é incipiente na literatura estudos que acompanharam os desfechos da prematuridade tardia e moderada e suas manifestações clínicas respiratórias. Quando comparamos a capacidade pulmonar de prematuros moderados e tardios com crianças nascidas a termo, é comum que ocorra uma capacidade pulmonar diminuída com resultados semelhantes a prematuros extremos, principalmente para prematuros moderados (KOTECHA e KOTECHA, 2012; KOTECHA et al., 2012; KOETCHE et al., 2013).













Estudos destacam, também, que existe um risco aumentado para desenvolvimento de doenças respiratórias crônicas como a Asma, principalmente, em crianças com histórico de disfunção respiratória precoce e de maiores intervenções neonatais. Ademais, ainda é incipiente na literatura essas relações das disfunções respiratórias e sua relação com a prematuridade tardia e moderada (GOYAL, FIKS e LORCH, 2011).

Para tanto, afecções clínicas e suas relações com a prematuridade tardia e moderada, são incipientes na literatura e fragilizam uma discussão pareada com os dados, para tanto, evidencia a repercussão da prematuridade no desenvolvimento dos agravos e doenças agudas e crônicas. Essa relação é perceptível a medida que as repercussões se desenvolvem ao longo do primeiro ano de vida.

5.4 A (Des)Constituição da Rede de Atenção à Saúde de Recém-Nascidos Prematuros Moderados e Tardios

Nesse terceiro capítulo, serão descritas a organização das redes de saúde e a forma de assistência ao PMT após alta hospitalar, partindo de suas condições de saúde crônicas e agudas. Para entendimento das figuras, segue tabela de legenda utilizada nas figuras.

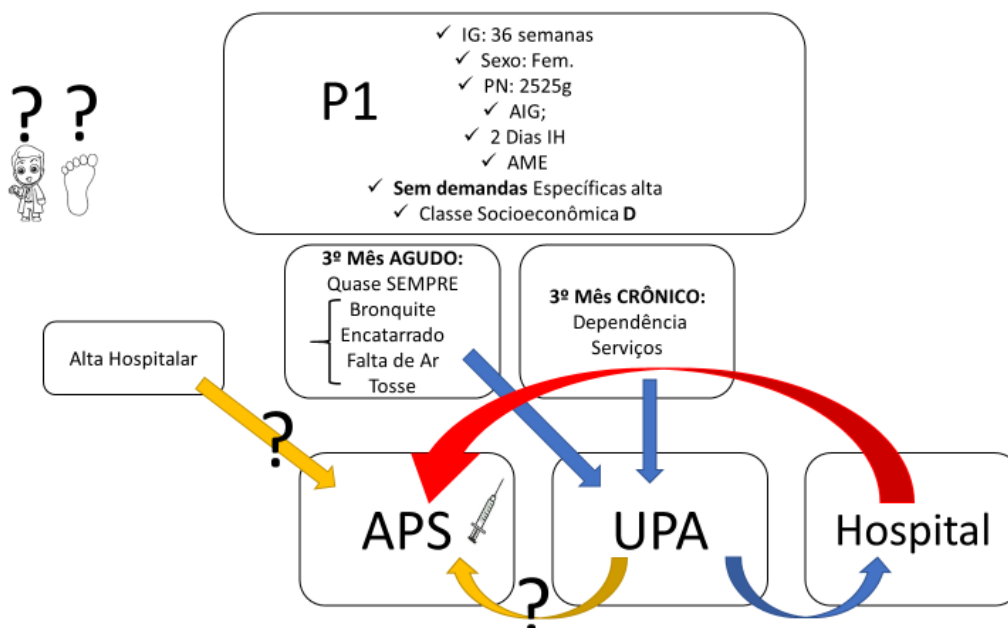
Quadro 4 - Descrição dos símbolos utilizados na caracterização da rede de atenção dos prematuros. Brasil, 2018.

Símbolo	Descrição
	Acompanhamento PUERICULTURA MÉDICA;
	Realização TESTE DO PEZINHO;
	Serviço REFERÊNCIA para VACINAÇÃO;
	Serviço Ausente/ Não ofertado
	Encaminhamento/ Transferência EFETIVA/ ACESSO EFETIVO
	Encaminhamento/ Transferência NÃO REALIZADA
	Transferência questionável/ ACESSO NÃO EFETIVO
	Transferência EFETIVA/ Fragilidade na manutenção VÍNCULO
	Reconhece Serviço como POSSIBILIDADE de ACESSO
	Agudização da Condição Crônica
	Condição Crônica de Saúde
	Afecção Aguda de Saúde

Fonte: Autor.

A análise do serviço parte da demanda classificada como demanda crônica, aguda isolada ou agudização da condição crônica. Nas figuras a seguir, serão caracterizados os participantes da etapa qualitativa, bem como o acesso aos serviços de saúde que tiveram a partir das demandas crônicas e agudas e o acesso à realização da puericultura, vacinas e Teste do Pezinho. A caracterização de P1, é apresentada pela Figura 1.

Figura 1 - Descrição dos símbolos utilizados na caracterização da rede de atenção dos prematuros. Brasil, 2018.



Fonte: Autor.

Por meio da análise da rede de atenção e as demandas de saúde de P1, destaca-se a fragilidade do primeiro acesso, com uma transferência questionável, sem possibilidade de acesso ao serviço de APS, visto que a criança não apresentava demandas específicas na alta hospitalar ou que requisesse serviço especializado. O serviço de atenção secundária UPA foi a referência para demandas agudas e crônicas de saúde, justificado pelo enunciado:

Porque eles [APS] não atendem, não tem médico, tem só enfermeira. Aí eles mandam levar pra UPA por qualquer coisinha. (P1)

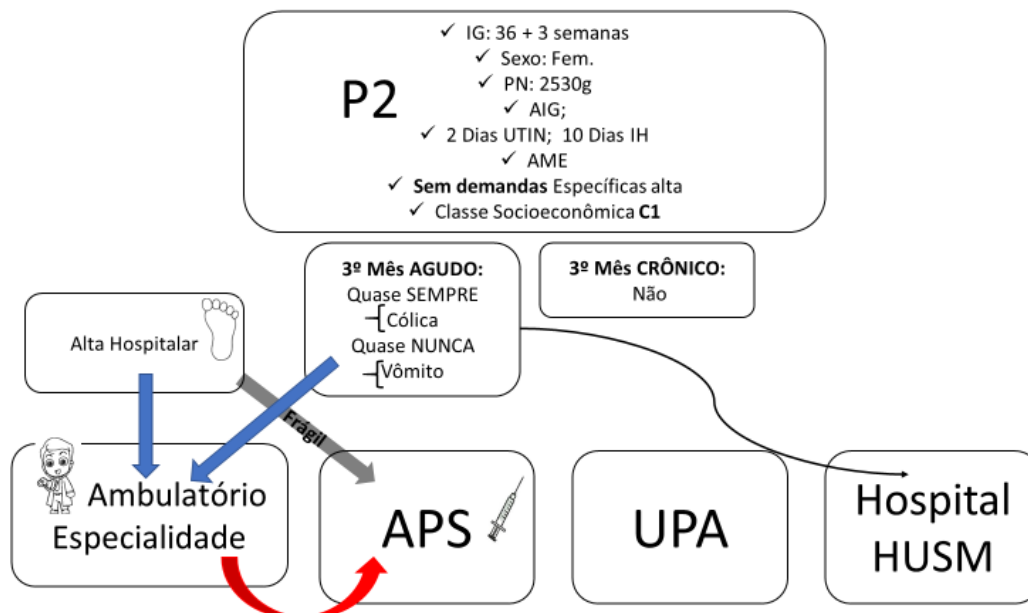
O enunciado retrata a fragilidade da APS para demandas de saúde e a transferência para serviços de atenção secundária, justificado por ser local com existência do profissional médico. Houve uma transferência “teórica” da UPA para a APS, por meio de uma referência verbal:

“A única coisa que eles mandam fazer é tratamento em um posto, consultar com um pediatra, levar sempre no mesmo para observarem ela, mas eu não tenho isso aqui no bairro e em lugar nenhum!” (P1).

O hospital, o qual recebeu a internação da criança, por meio do encaminhamento do serviço de urgência e emergência, acaba por sua vez não transferindo a criança à APS.

A descrição da rede de atenção de P2 e sua caracterização está apresentada na figura 2.

Figura 2 - Caracterização e Condições de Saúde P2 no terceiro mês de vida. Brasil, 2018.



Fonte: Autor.

As condições de saúde de P2 se estabelecem por meio de condições agudas, como vômito e cólica. O ambulatório de especialidade (ambulatório de prematuro) na atenção secundária foi utilizado como serviço de referência para demandas de puericultura e as demandas cólica e vômito, como percebido nos enunciados:

Chegam e fazem um monte de pergunta, uma de cada vez, perguntam se estão mamando bem, aí tiram a roupinha delas para examinar, pesam elas e, além de pesar, aferem o comprimento, o perímetro cefálico, escutam o coração, pulmão, essas coisas [...] Na consulta eu falei com o pediatra que nos atendeu, lá no [Hospital] onde tem o acompanhamento, e ele disse que era normal, que criança que toma leite em pó pode ficar até cinco dias sem fazer cocô e ter cólica. Ela chorava muito, de dia, de noite. Era massagem na barriguinha e “bicicletinha”. Quando eu comeci a dar o chazinho de funcho deu uma boa aliviada. (P2)

Não há referência da família à APS, devido ao primeiro contato parecer ter sido insatisfatório, visto a forma com que houve esse acolhimento, segundo o enunciado:

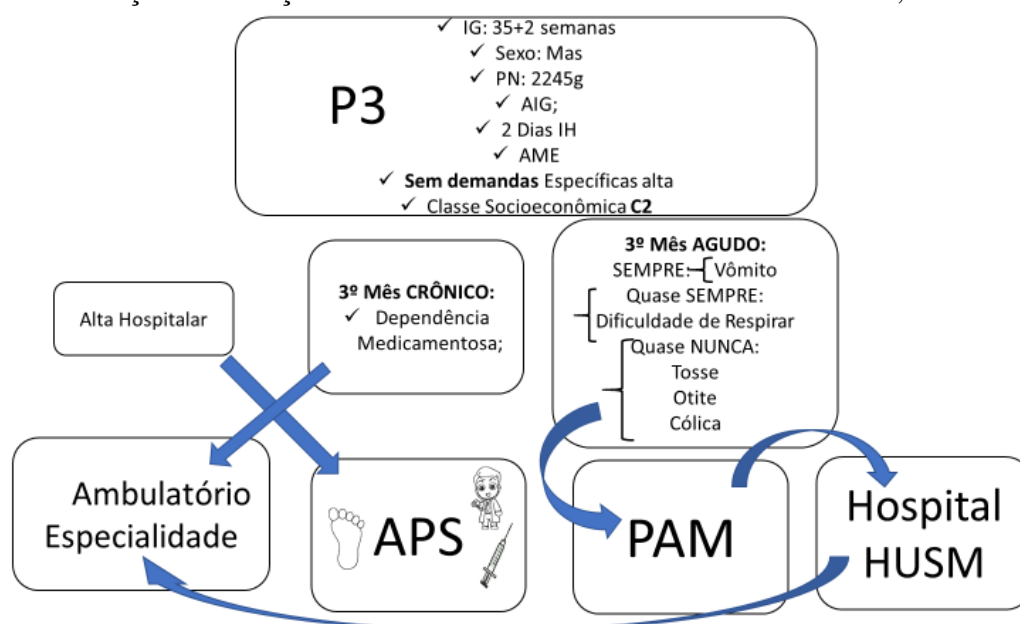
Porque no posto é mais difícil ser atendida, é mais difícil conseguir ficha, nem sempre tem médico disponível [...] Quando fomos ao posto, não gostamos muito do atendimento, a médica foi meio estúpida. O modo de falar dela foi estúpido! [...] Como ela nasceu prematura, qualquer problema é por lá. Me

deram carteirinha e aquele carimbo que, qualquer problema que der com elas, posso ir direto no [Hospital], não preciso ir em posto ou UPA. (P2)

O hospital terciário é sabido como uma referência, caso houver necessidade, contudo, por meio das demandas de saúde, até o terceiro mês de vida, não foi preciso. Cabe destacar a fragilidade do serviço não encaminhar essa criança à APS, visto que não apresentava demandas que exigissem acompanhamento específico nesse serviço.

A descrição da articulação da rede de atenção de P3, é apresentada na figura 3.

Figura 3 - Caracterização e Condições de Saúde P3 no terceiro mês de vida. Brasil, 2018.



Fonte: Autor.

A condição de saúde de P3 parte de demandas agudas e crônicas de saúde. P3 foi encaminhado para APS, e é lá que mantém sua referência para a puericultura. No que tange às afecções agudas de saúde, o serviço de Pronto Atendimento Municipal é a referência. Cabe destacar que no terceiro mês de vida, P3 desenvolveu uma Meningite bacteriana, e a partir de então utiliza o ambulatório de neurologia como serviço complementar, visto encaminhamento do Hospital em que tratou a infecção. Cabe destacar que a rede de P3 estabelece o acompanhamento da condição crônica por meio do ambulatório de especialidade, as afecções agudas ou a agudização da condição crônica, com respaldo ao PAM e a puericultura com a APS.

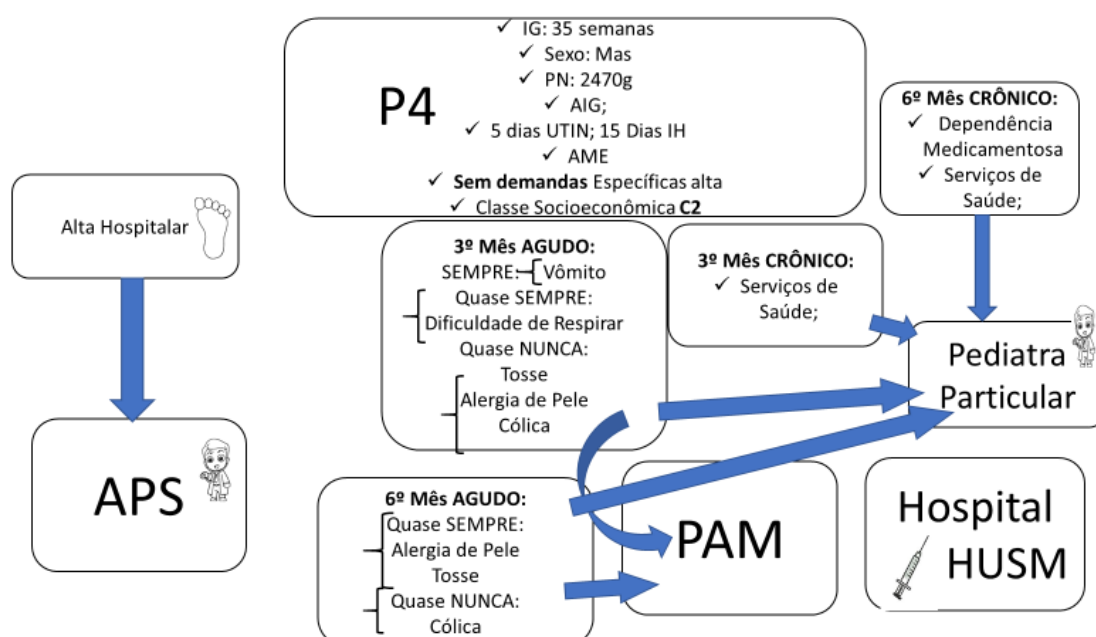
A manutenção da APS como serviço de referência pode ser destacada pela resolutividade em que os problemas de saúde foram atendidos no serviço. O enunciado do participante enfatiza essa afirmação:

Mesmo depois de tudo o que ele passou da meningite e tendo o neurologista no [ambulatório de especialidade], eu acompanho ele no posto por que as gurias sempre se preocuparam com ele, desde o início, quando nos primeiros dias ele não mamava e não pegava peso direito. Por isso eu acompanho na consulta no posto e mais o neurologista. (P3)

Destaca-se que a manutenção nos serviços, além da resolutividade, mostra o comprometimento da equipe com a demanda da família e, assim, a manutenção desse no acompanhamento.

A descrição das condições de saúde para P4, se estabelece na figura 4.

Figura 4 - Caracterização e Condições de Saúde P4 no terceiro e sexto mês de vida. Brasil, 2018.



Fonte: Autor.

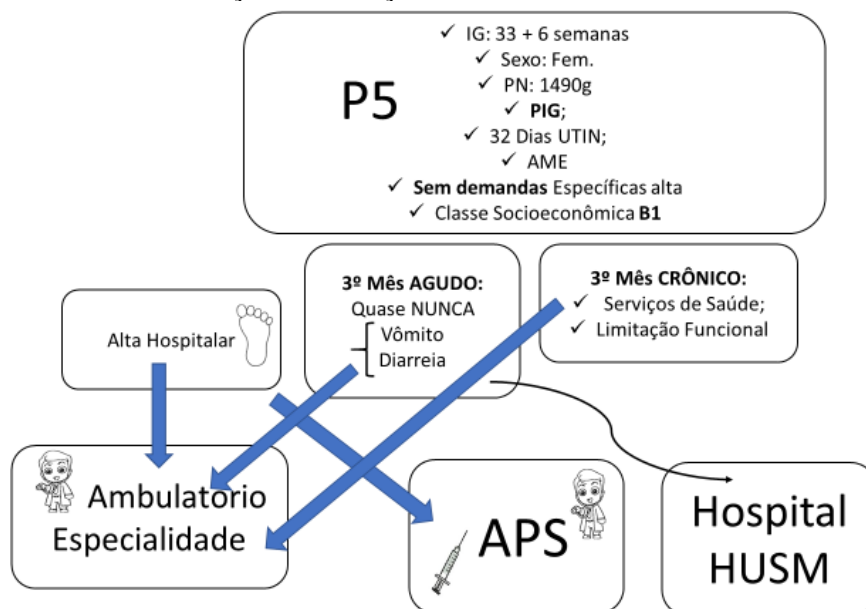
Ao analisar as condições de saúde de P4, destaca-se a participação do Pediatra particular como ponto importante de referência materna. A APS também faz parte dos serviços de referência para a saúde do prematuro, porém com caráter de puericultura. A referência para afecções agudas, como “Alergia de Pele” é o PAM, justificado no enunciado:

Há uma semana eu comeci a perceber algumas vesículas na pele dele [...] “Eu espero até de noite pra levar ele lá, porque se não eles [serviço de urgência], me mandam ir consultar no posto, lá [serviço de urgência] é só com febrão ou quando tá mal mesmo, mas se eu for no posto, muito difícil conseguir atendimento, pra consultar tem que pegar ficha. [...] Outro dia eu sempre confirmo essas medicações com o médico dele, porque tu sabe né, ele sempre tem uma coisinha ou outra! (P4)

A recorrência ao serviço secundário se dá pela resolatividade da consulta médica e a necessidade da medicalização da criança. A utilização de antialérgico resolveria os problemas emergentes, contudo a mãe considera que necessita confirmar com o pediatra particular o que foi prescrito por outros profissionais, como destacado:

A descrição de P5, está na figura a seguir.

Figura 5 - Caracterização e Condições de Saúde P5 no terceiro mês de vida. Brasil, 2018.



Fonte: Autor.

A descrição do acesso aos serviços e forma como ela se organiza por meio das demandas agudas e crônicas no terceiro mês, resume-se ao acessar o ambulatório de especialidades, com acesso após alta, apresentando-se como serviço de referência para as afecções agudas e crônicas. A APS surge “apenas” como possibilidade de acompanhamento da puericultura e referência para vacinação. Ainda, nessa percepção, a figura do médico, como único membro da equipe pela qual há “confiança” da mãe. Justificativa essa dada pela mãe devido a comportamentos inadequados de outros profissionais e a RN ser considerada, por esta, vulnerável devido à prematuridade.

“No acompanhamento, só o [nome médico] pesa ela! Ele mesmo pesa, ele mede, ele olha ela, ele [...] só ele não se intromete nas coisas que foram prescritas do [Ambulatório de Prematuro], na verdade ela está indo mais só pra conhecimento que ela existe na comunidade, porque ela existe, como ela está fazendo também acompanhamento lá [Ambulatório de Prematuro], toda prescrição é de lá, então se ela está mamando leite materno, está pegando peso, ela está com cor, ela está bem sabe, então eu não vou né, mudar a conduta, lá do [nome hospital].”

“Elas [equipe de enfermagem] pesaram e deu 1700 [gramas] aqui na unidade. daí ai eu entrei em choque, sai desesperada, isso foi na terça, daí na quinta ela tinha consulta no HUSM e eu olhava pra ela e dizia mas ela está tão

redondinha[...] lá no [Ambulatório de Prematuro] chegamos e pesamos e estava com 2400 [gramas], aí tu vê o quanto não posso confiar, elas anotaram na carteirinha. Outro dia fui lá falar, aí elas fizeram uma carta dizendo que a balança estava estragada, mas nunca mais deixo elas [equipe de enfermagem] tocarem nela, não podem errar com uma prematura!” (P5)

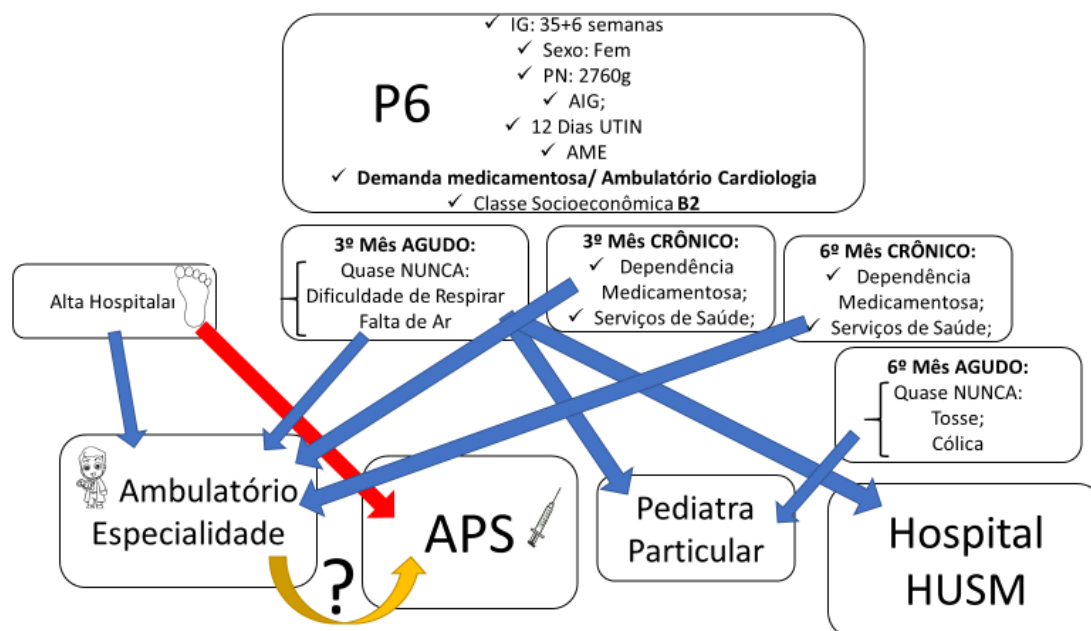
A APS traz uma vivência do cotidiano materno relacionado com o contexto socioeconômico e cultural. Isso torna o cuidado mais próximo e a interlocução do serviço com o usuário mais próxima. Essa percepção de prática cultural à prática do cuidado é percebida no discurso, além daquelas construídas a partir das experiências vivenciadas e do que deu certo.

“Aqui [APS] eu senti mais liberdade pra conversar sobre isso [práticas de cuidado] aqui no posto, porque o a vivência com a comunidade do médico, aqui na comunidade, é maior que o de lá [Ambulatório de Especialidade], porque quando eu contei para o [Médico Residente Ambulatório] o método [Oferecer LM ordenhado pela mamadeira] que eu estava fazendo pra ela, já que eu vi que ela não estava sugando maravilhosamente no peito e o [médico da APS] autorizou, ele disse que eu estava errada, ele disse que era pra mim continuar dando só o peito, que era para eu insistir mesmo se ela dormisse, era para eu continuar insistindo, porque ele me disse que não estava certo oferecer mamadeira, daí eu fiquei bem braba, “bah!” eu fiquei furiosa! Até a minha mãe estava junto na consulta e eu disse assim: 90% daquelas mulheres que estão ali fora, que tem tudo prematuros igual a [nome da criança], nenhuma mais está dando leite materno, eu era a única que estava dando pra minha filha e ele vem me falar que estou errada(?!), saí da consulta e fui esgotar porque já estava toda molhada de leite”(P5)

Discutir essas práticas que dão certo fortalece a rede e dá credibilidade aos serviços de saúde. A articulação entre os serviços deveria acontecer, contudo se estabelecem práticas diferentes bem como aspectos culturais do que deu certo serão prioridade para a mãe. O ganho de peso depois da adoção dessa prática e a redução do número de mamadas fizeram com que esgotar LM e oferecer na mamadeira, fosse uma prática de cuidado acessível em que a criança estava ganhando peso e não houvesse a necessidade de retirar o protagonismo da sucção do seio materno.

Na rede de P6, as condições de saúde giram em torno da agudização da condição crônica e dos eventos agudos isolados. Os serviços secundários são utilizados e a APS não é acessada em nenhum momento da rede.

Figura 6 - Caracterização e Condições de Saúde P6 no terceiro e sexto mês de vida. Brasil, 2018



Fonte: Autor.

O vínculo de P6 com o ambulatório de especialidade – Cardiologia - deu-se devido a Persistência do Canal Arterial relacionada com o nascimento prematuro. Segundo a família este vínculo organizou a assistência de saúde. A criança realizou uma consulta de puericultura no ambulatório de prematuros, que realizou referência para a APS que nunca foi acessada pela família. Essa situação reforça a premissa de que o comprometimento ao transferir uma criança para a APS é extremamente necessário. Nesse caso, o momento do referenciamento para a APS não aconteceu no pós-parto, mas sim quando as demandas do ambulatório de prematuro foram solucionadas:

Até o momento fomos atendidos pelo [Médico Cadiopediatra], sempre fomos muito bem atendidos e também o [Médico Pediatra Particular] nos orienta quanto aos cuidados, porque ela estava no ambulatório de prematuros, só que já nos dispensaram de lá e passaram pro município, só que não nos ligaram. Fomos lá [APS] e perguntamos, mas eles disseram que iriam ligar. Estamos achando demorado! Porquê dessa demora? Mas daí não perguntamos mais, desistimos, pelo SUS estamos indo no cardio [ambulatório especialidade-Cardiopediatria] só! (P6)

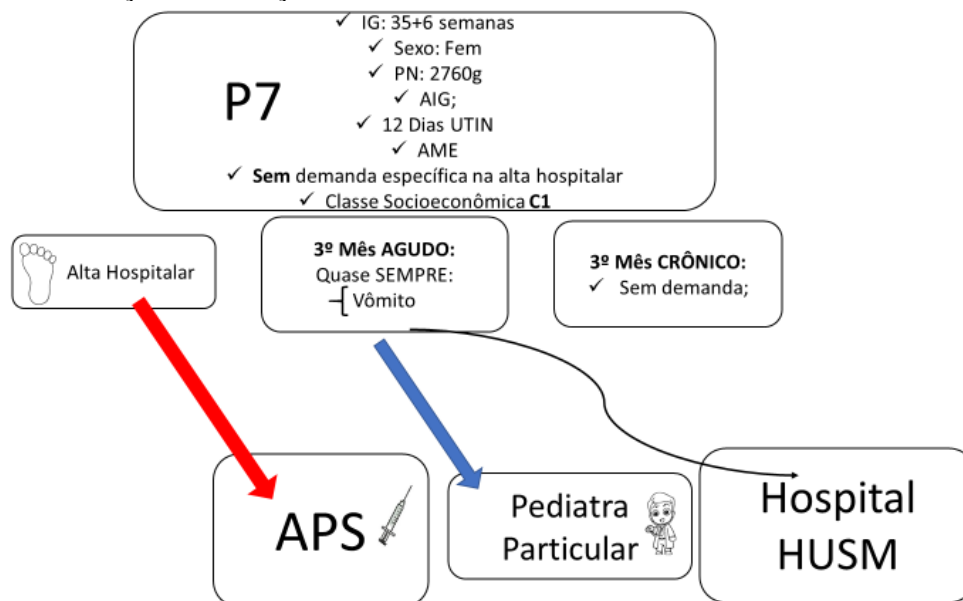
Reconhece-se que essa prematura, além de suas demandas crônicas e da necessidade de especialista, apresenta demandas de puericultura que não foram disponibilizadas pela rede até o momento da entrevista e para tanto a família buscou recursos particulares. Reconhecem o hospital como serviço de confiança e possuem de referência para atendimentos de emergência, agudização da condição crônica, como a falta de ar ou mesmo eventos agudos isolados como a febre e dor.

Mas a gente foi duas vezes no hospital [Pronto Atendimento do Hospital]! Pra ir tirar algumas dúvidas, um dia ela estava com 37 graus e levamos [...] Daí uma noite a gente levou ela lá pra ver se a gente podia dar alguma coisa pra dor. Eles recomendaram Paracetamol bebê e falaram que era normal e ela vai ficar assim, mas que não se preocupem, mas foi mais por essa dúvida. [...] A gente vai lá pelo acompanhamento que a gente tem lá. A gente confia muito no [Hospital]. É a referência pra gente! [...] Nunca pensamos em outros [Referindo-se a UPA ou PAM], até porque das pessoas que conhecemos, nossa família, reclamam muito do atendimento nesses lugares. E lá no [Hospital] sempre fomos bem atendidos [...] Então a gente tem confiança! (P6)

O serviço de emergência é acessado, para demandas não emergentes, com justificativas claras de confiança no serviço e equipe bem como fácil acesso e resolutividade. A afecção crônica, estabelecida pela família como serviço de contratransferência, o ambulatório de especialidade, é reconhecido como uma possibilidade de puericultura e referência para condição de saúde.

Para P7 e P12, a rede de atenção aos eventos de saúde e á puericultura é baseado numa rede restrita aos serviços particulares de atenção, justificativas de resolutividade e fácil acesso.

Figura 7 - Caracterização e Condições de Saúde P7 no terceiro mês de vida. Brasil, 2018



Fonte: Autor.

As condições de saúde de P7, ainda que apresentadas apenas no seu terceiro mês de vida, retratam uma organização baseada em condição aguda isolada, contato e puericultura com médico particular, e o reconhecimento do HUSM como serviço de referência em emergências apresentadas:

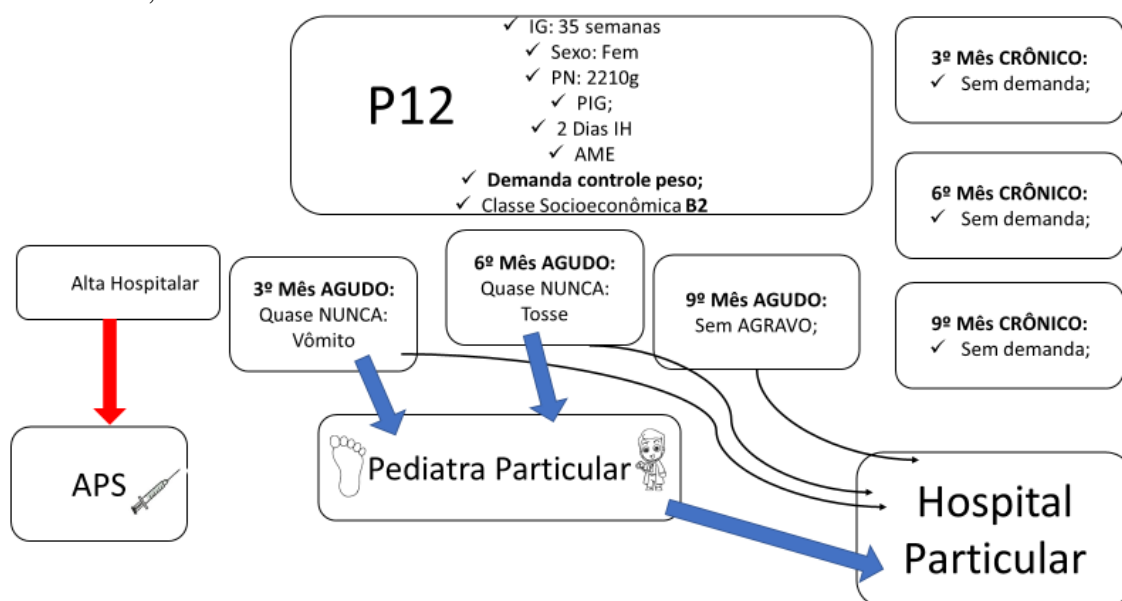
Eu tenho o pediatra dele, qualquer coisa eu falaria com o pediatra, porque eu tenho o whatsapp dele, o celular, porque é mais fácil do que eu ir lá no [Pronto Atendimento Hospital] para resolver o problema dele ou mesmo ir no posto, na fila pra consultar, então eu escrevo agora pro pediatra e no máximo até oito horas da noite ele me responde. “Ou se ele não me responde logo eu ligo e ele já me atende no celular.” (P6)

A referência da APS se remete apenas à vacinação, uma vez que é a orientação do hospital, após alta hospitalar. As justificativas para procura de outros serviços que não a APS se justifica pelo enunciado.

Aqui na [nome bairro] o postinho é cheio, até pra vacinar.. Eu tentei vacinar ele no [hospital], mas a moça da vacina disse que tinha que ser no meu bairro. Eu fiquei horas para vacinar ele ali no posto, porque é muito cheio, porque atende todo o bairro! Até agora eu tenho que fazer a vacina dos três meses. Eu ia fazer amanhã, mas eu não vou fazer aqui, eu ouvi falar que na [UBS de outro bairro] tem um posto que é bom e que não é tão cheio, aí eu vou levar ele lá. (P6)

A rede de serviços de P12 é semelhante à P6 e utiliza do pediatra particular como principal profissional de referência e utiliza a APS apenas para vacinação.

Figura 8 - Caracterização e Condições de Saúde P12 no terceiro, sexto e nono mês de vida. Brasil, 2018.



Fonte: Autor.

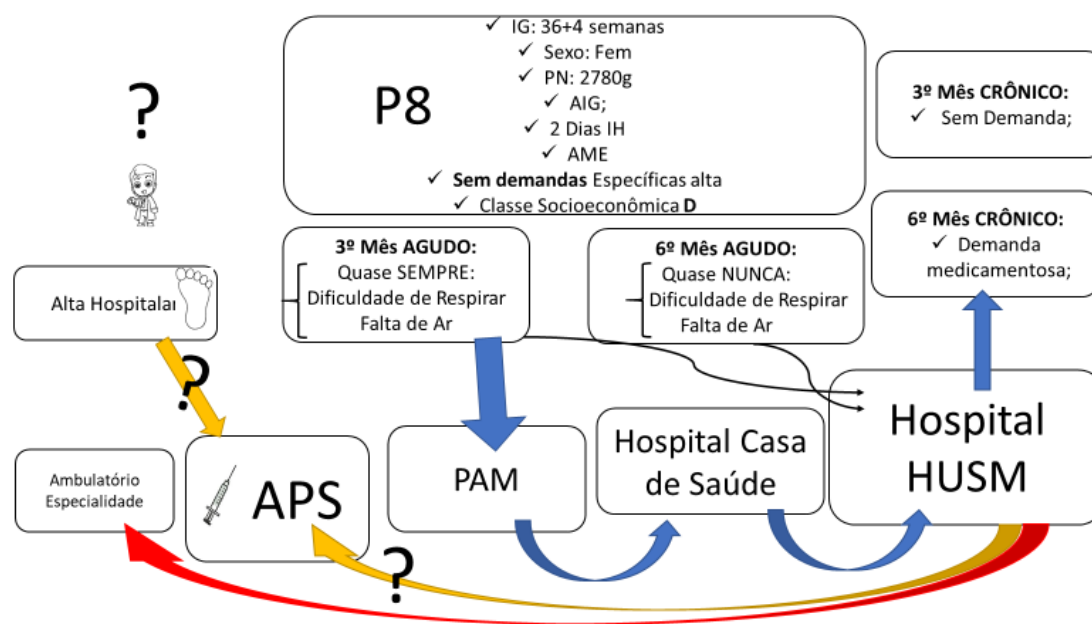
Para P12, além do pediatra particular, há a particularidade do hospital particular, como serviço de acesso às demandas agudas, conforme o enunciado:

Para esses problemas de febre e tosse, primeiro levei ela no plantão do pronto atendimento do convênio... a como lá foi visto que era uma febre baixa, eu levei no pediatra particular outro dia [...] Eu tenho o pediatra particular dela. Eu procuro o posto de saúde só para fazer as vacinas... só a vacina dos nove meses da febre amarelas que não tinha nos postos, daí tive que fazer particular. (P12)

Na rede de P6, P7 e P12, há uma desvinculação da APS, muito justificado pela possibilidade de acesso ao pediatra particular, o que difere de P4 que utiliza do pediatra particular uma possibilidade de agregar a atenção a saúde da criança, acessando de forma conjunta a APS para puericultura e o Pediatra Particular juntamente com os serviços de atenção secundária para as demandas crônicas e a agudização da condição crônica vivida.

Para P8, a fragilidade do primeiro contato, caracteriza uma rede centrada na agudização da condição crônica que se estabelece muito a partir do sexto mês.

Figura 9 - Caracterização e Condições de Saúde P8 no terceiro e sexto mês de vida. Brasil, 2018.



Fonte: Autor.

Para P8, o primeiro passo para insucesso foram aspectos demográficos de acesso ao serviço de saúde regionalizado. A indicação da procura à APS, por parte do hospital no momento da alta aconteceu, porém devido à falta de endereço fixo da família, a criança não foi atendida no serviço e assim, passa a ser “invisível” na rede, sem possibilidade de acompanhamento e puericultura efetiva. Essa afirmação é percebida no enunciado:

Não tem endereço certinho pra eu poder fazer o cadastro no caso, aí eles pedem o endereço, como não tenho o comprovante de residência pra poder fazer o cadastro dela, eu não posso consultar ali no [nome da APS], daí desde a alta do hospital eu não consegui ainda. Eu estou procurando algum endereço de um parente meu, conhecido perto desse postinho eu tenho que ter uma declaração no caso, aí posso cadastrar e consultar [...] A minha ex sogra, levava no postinho dela, as enfermeiras do postinho, porque nem pediatra tinha no caso né, aí era só as enfermeira, como eu não estou conseguindo ir ali, é minha sogra que fica falando e levando ela ali pra consultar, mas é só pesar e medir com as próprias enfermeiras[...] eu tenho também aquele programa que ficam controlando o peso dela é aquele, é um que vem na casa, [...] coisa de pesagem. (P8)

Entende-se que existe um sistema excludente, a participante morava em um assentamento irregular, e para tanto não possuía endereço, a necessidade de um cadastro impossibilitou o acompanhamento da lactente na puericultura. O acompanhamento programático baseou-se sobre ganho de peso e estatura, demais demandas de saúde foram desconsideradas. Essa prática reflete à medida que a lactente

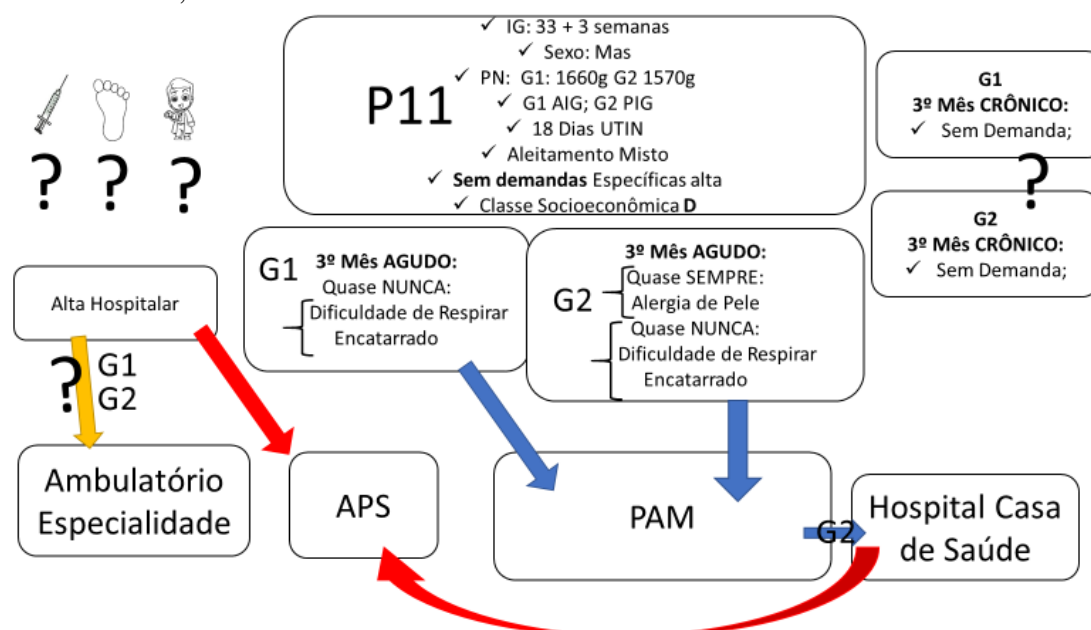
apresentou, no período, vários episódios de eventos agudos e de agudização de demandas já crônicas, em que o único serviço de referência se tornaram os serviços de Urgência e Emergência.

A porta aberta ao HUSM, também se apresentou como possibilidade de acesso aos serviços de saúde, numa entrada e manutenção de forma equivocada, com ausência de transferência dessa criança para serviços secundários ou primários de saúde. Fica claro a preocupação dos profissionais em atender as demandas agudas e a agudização da condição crônica em serviços de urgência e emergência. Não se reconhece que essa criança não pertence a uma rede de serviços que acompanha demandas crônicas e apresenta-se vulnerável socioeconomicamente.

A existência de uma condição crônica para a criança e família, com a dependência medicamentosa, surge dentro de um serviço de urgência e emergência e a ausência de acompanhamento de puericultura nem transferência para serviço ambulatorial especializado, reforça a tese de que, o tratamento da agudização crônica e o sistema fazem parte da condição de saúde de prematuros que não realizam seguimento de puericultura.

Para P11, essa realidade torna-se semelhante, em que gemelares, expostos a vulnerabilidade socioeconômica, não se apresentam em nenhum serviço de saúde, desde seu nascimento. Demandas essenciais de vacinação, teste do pezinho e puericultura, são e foram inexistentes na vida desse lactente. Essa realidade, já muito bem representada pela presença de eventos agudos de saúde, é descrita na Figura 10.

Figura 10 - Caracterização e Condições de saúde dos gemelares de P11 no terceiro mês de vida. Brasil, 2018.



Fonte: Autor.

A falta de um serviço de referência para o acompanhamento de puericultura exige da mãe que tenha o PAM como serviços de referência para as condições agudas que se apresentam de forma isolada, reflexo dos cuidados e da inexistência das consultas de puericultura e acompanhamento. O atributo acesso, reflete na falta de acompanhamento, e mesmo relatando ter vontade de manter acompanhamento na APS ela não se mostra efetiva. Serviços básicos de imunização, também não são reconhecidos como essenciais pela mãe, que se apresenta passiva diante das circunstâncias. Esse achado é destacado pela mãe no enunciado:

Ultimamente eu tento marcar mas nunca tem vaga para consultas ali no posto... faz um tempinho já que não levo eles [...] Eu queria e iria no posto [APS] com eles, pois ali e mais perto e mais fácil de levar os dois, mas não consigo consulta[...] tenho que levar para fazer as vacinas atrasadas, mas não tem essas vacinas no posto, aquelas vez que fui pra ver, isso faz uns três meses! P: Quem orienta quanto aos cuidados gerais? P11: A essas coisas a gente sabe né, vai dando uma “aguinha” e depois vai começando com as papinhas de frutas, eles vomitam muito, mas tu vai insistindo, eles mamam no peito ainda, então não me preocupo tanto!(P11)

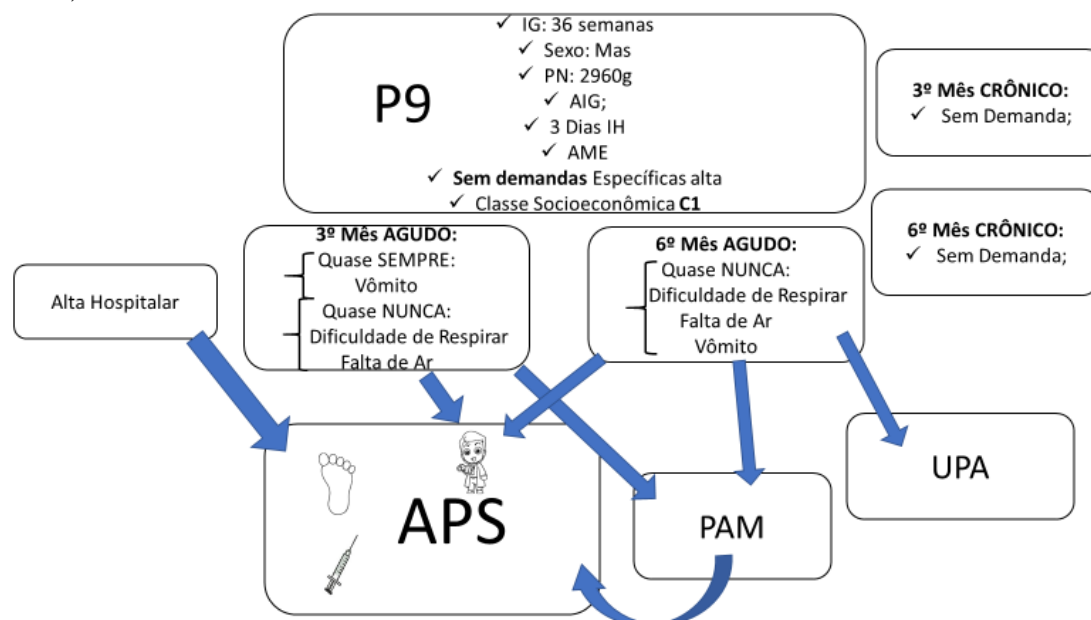
Mãe relata também que as afecções e agudização da possível condição crônica “Alergia” são acessadas no serviço de Urgência e Emergência.

Apenas o [G2] é mais alérgico [...] mas só quando está calor que ele fica cheio de brotoejas [...] Um deles não parava de chorar, não queria mamar e estava

bem vermelho[...] Levei no PA porque não tinha outro lugar e era o mais perto de casa.(P11)

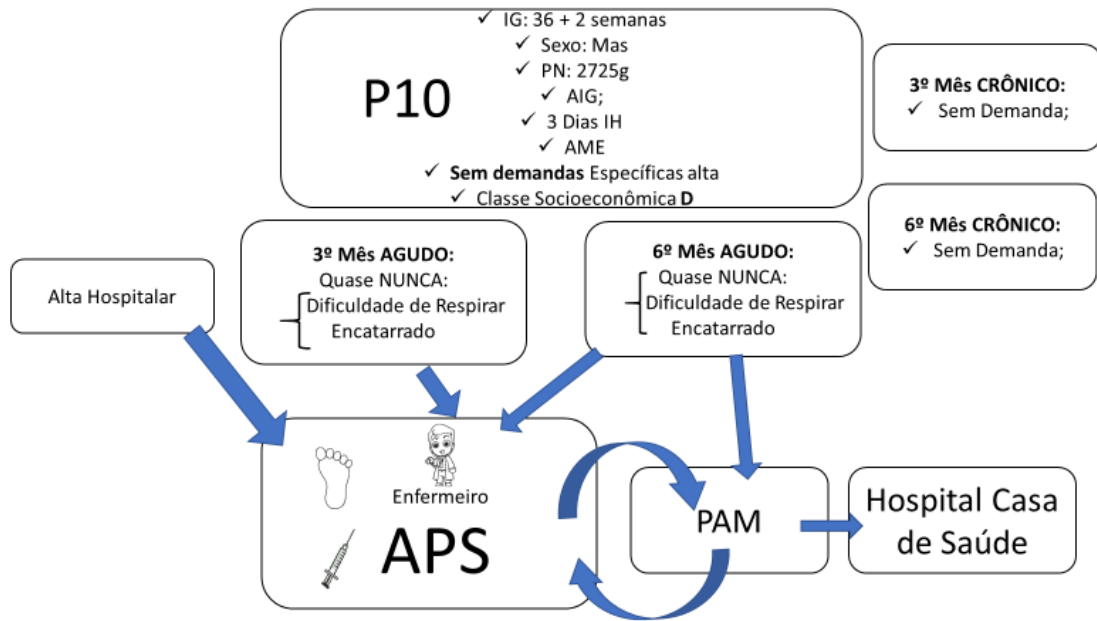
Para P9, P10, P14 e P15 a rede de atenção é organizada desde o momento da alta, uma transferência efetiva para os serviços de APS, os torna referência para demandas de puericultura bem como os agravos agudos presentes até o sexto mês de vida. Reconhece-se a APS como possibilidade de serviço de referência e no caso de P9 e P14, o enfermeiro como o profissional de referência no serviço. O encaminhamento a serviços de urgência e emergência também são destacados, e o retorno à APS e novamente efetivo. Essas características são presentes nas Figuras 11, 12, 13 e 14.

Figura 11 - Caracterização e Condições de Saúde P9 no terceiro e sexto mês de vida. Brasil, 2018.



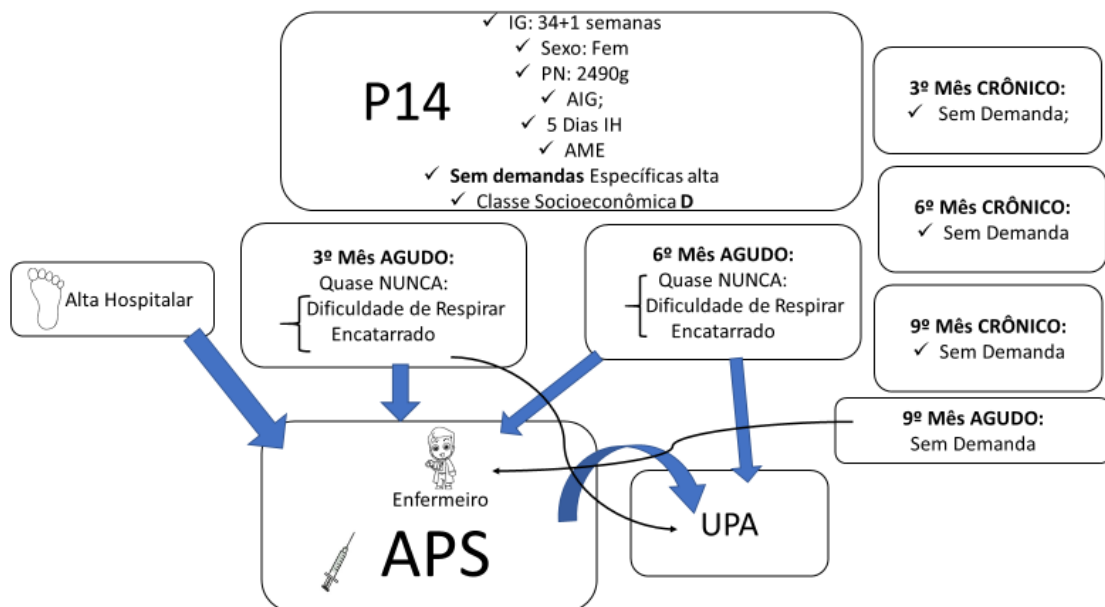
Fonte: Autor.

Figura 12 - Caracterização e Condições de Saúde P10 no terceiro e sexto mês de vida. Brasil, 2018.



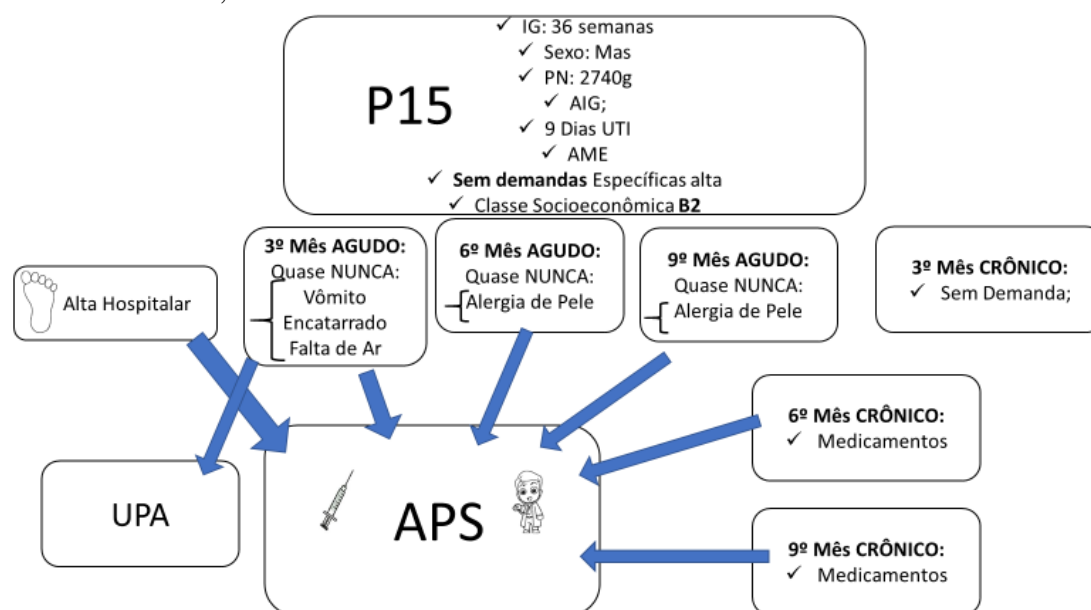
Fonte: Autor.

Figura 13 - Caracterização e Condições de Saúde P14 no terceiro e sexto mês de vida. Brasil, 2018.



Fonte: Autor.

Figura 14 - Caracterização e Condições de Saúde P15 no terceiro, sexto e nono mês de vida. Santa Maria, 2018.



Fonte: Autor.

A caracterização do acesso e manutenção dos serviços de APS são consolidados por meio dos discursos:

O meu posto de referência é o [nome da UBS], mas eu não vou nele porque como não tem pediatra e não é muito fácil de conseguir consulta, eu estou indo num longe, lá no [nome de outra UBS], lá no [bairro], que lá eu consigo tudo, pediatra, horário pra marcar ficha é a uma hora da tarde, então é bem tranquilo. É muito interessante, porque lá eu não preciso acordar muito cedo pra conseguir ficha, só vai lá e marca. É ruim pra eu sair de manhã cedo pra marcar ficha essas coisas, e lá eu vou a uma hora da tarde, marco ficha pra outra semana, dai eu estou indo lá. Lá eles acompanham tudo nela, crescimento, essas coisas e também os problemas de alergia dela, que ela faz uso dos remédios que o médico de lá deu [...] O horário que passou mal eu levo, se tiver que levar toda hora eu levo toda hora, na verdade a UPA é bem mais perto, dai eu tento evitar, porque se a criança está “de bico” ele [pediatra] não atende, ai eu levo lá no PAM, demora muito o atendimento lá, mas às vezes tu sai de lá e eles te dão até o remédio. (P9)

Fui orientada a quando ele completasse sete dias ir ao posto de saúde mais próximo. Só que o posto de saúde ainda não tem pediatra mas é a enfermeira que faz a consulta toda vez[...] ela acompanha, ela pesa, mede, vê se tem alguma coisa diferente para encaminhar ao médico[...] Ele está sempre espirrando. Fui até a enfermeira e ela me orientou a colocar “sorinho” no nariz e tudo mais, ela já conhece ele né!, então fica mais fácil de saber o que é normal dele ou não. Só que essa tosse se prolongou até os dois meses. Quando fui dar a vacina dos dois meses encontrei essa enfermeira no posto e perguntei se era normal ele ter essa coriza e tudo mais aí ela disse para procurar um serviço de urgência, estavam sem médico, aí semana passada atacou e ele ficou internado cinco dias[...] começou com tosse cada vez mais forte e bastante tosse, aí eu disse: não, isso não é certo, deve ser alguma alergia. Aí eu fui até o pronto

socorro, foi feito raio X, o médico examinou e tudo e a princípio era só uma virose. (P10)

O acesso a APS também é a referência para as afecções agudas de P14 e P15, sem apresentar condições crônicas de saúde, acessam o serviço de APS como serviço de referência, justificadas pelos enunciados:

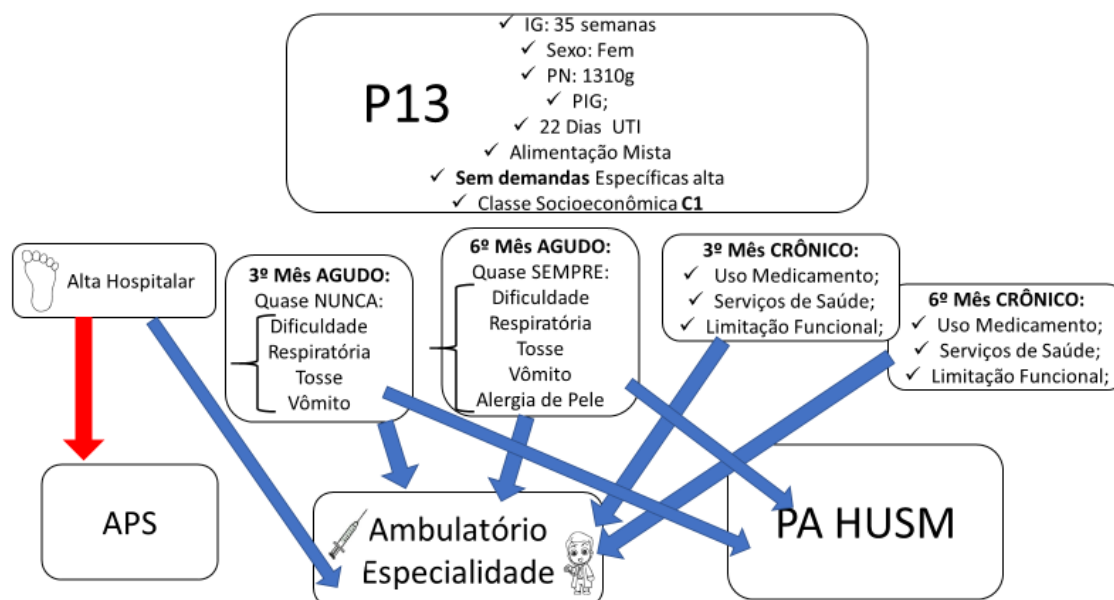
No posto eu tive consulta marcada depois de dez dias do nascimento dela, consegui consultar com o pediatra uma vez, depois quem acompanha ela é a enfermeira, quem mede, pesa e pergunta se está tudo bem! Tive que levar ela na UPA umas duas vezes porque estava muito congestionada, ofegante, parecia que estava faltando o ar, daí a médica avaliou lá deu soro para limpar o nariz e liberou, ela melhorou! Eu gosto dali [APS], as gurias [equipe de enfermagem] conhecem ela!” (P14).

Eu consulto normalmente ali no posto, pra acompanhar ela, o médico dá uma olhada nela, principalmente as alergias dela e às vezes eu procuro ali [APS] também, quando preciso de algo que não for muito grave, então eu levo ali, as gurias [equipe de enfermagem] dão uma olhada nela, avaliam se precisa consultar com o clínico, senão eu levo na UPA, quando é mais grave.(P15)

Há uma característica semelhante nas quatro redes de atenção supracitadas, que é o efetivo acesso no momento da alta hospitalar, e a manutenção do vínculo do serviço com a puericultura e o acompanhamento. O serviço que se torna referência para puericultura também acaba tornando-se referência para as demandas agudas e crônicas de saúde da criança. Há implícito nos enunciados o sentimento de confiança no serviço, muito pelo acompanhamento e conhecimento do quadro clínico da criança pelos profissionais, isso reforça a manutenção e a busca pelo serviço.

O acompanhamento das afecções crônicas foi bem estabelecido na rede de atenção de P13. A criança desenvolveu Paralisia Cerebral, em decorrência de uma hemorragia ventricular durante a internação hospitalar. Foram 22 dias de internação e o encaminhamento dessa criança ao ambulatório de prematuros.

Figura 15 - Caracterização e Condições de Saúde P13 no terceiro e sexto mês de vida. Santa Maria, 2018.



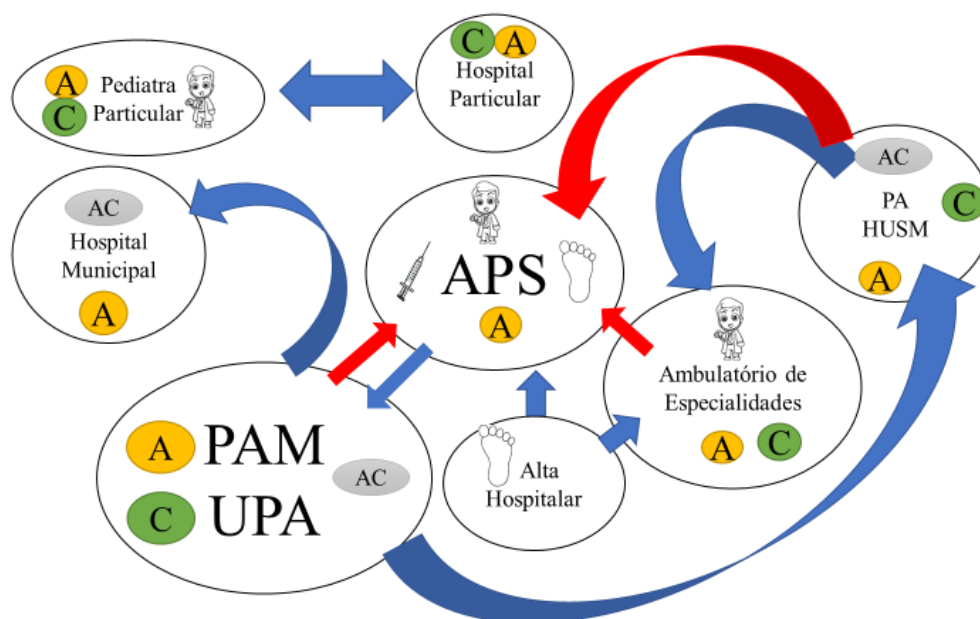
De característica crônica ou pela agudização da condição crônica, P13 estabelece um vínculo exclusivo com serviço do ambulatório especializado e o acesso ao Pronto Atendimento do Hospital de referência. O serviço de APS nunca foi acessado pela criança a partir de suas demandas de saúde, tanto a puericultura quando as demandas crônicas e agudas são resolvidas pela atenção secundária e terciária. A justificativa pela qual, a APS nunca foi acessada, encontra-se no enunciado:

“Nós sempre consultamos e acompanhamos no [Hospital Referência], desde a febre ou a falta de ar e tosse dela, nós vamos ali no PA [Hospital Referência] [...] Ela acompanha no ambulatório de prematuro e também na neuro, nós achamos melhor só consultar ali [Hospital Referência] [...] No posto acho que eles não conhecem ela e também tudo o que já passou, meio complexo, então levo melhor lá!”(P13).

O enunciado permite a descrição e análise da percepção materna sobre complexidade na assistência à saúde. Reconhece que seu filho possui demandas “complexas”, na sua percepção, e reconhece que o serviço para isso, seria o ambulatório de especialidade. A resolutividade no serviço em que acessa (ambulatórios de especialidades e PA do hospital de referência) acontece, sugere a mãe a manter esse único vínculo com os serviços de saúde.

Numa análise geral, existem elementos comuns nas redes de atenção identificadas a partir da análise dos dados qualitativos que permitiram a descrição de alguns pontos essenciais na articulação e no acesso aos serviços de saúde inter-relacionados às condições de saúde, de RN prematuros moderados e tardios, no que tange ao acesso e a articulação dos serviços. A figura 16 expressa graficamente a integração desses elementos.

Figura 16 - Síntese da organização e relações dos serviços na rede de atenção à saúde de prematuros moderados e tardios no primeiro ano de vida. Brasil, 2018.



Fonte: Autor.

O desfecho e a procura dos serviços de saúde podem ser caracterizados sob cinco possibilidades:

- ✓ Acesso efetivo na APS após alta hospitalar e sua manutenção no serviço como ponto de referência para puericultura e a resolutividade para algumas afecções agudas e o encaminhamento para serviços secundários e terciários (quando necessário); nota-se que a APS não é serviço de acesso para as condições crônicas, muito centralizadas no serviço especializado de forma hegemônica;
- ✓ O acesso após a alta hospitalar de prematuro, a APS, é fator decisivo na manutenção do vínculo dessa criança nesse serviço e sua manutenção como principal serviço de referência. A APS, para aqueles que tiveram a correta

transferência e o primeiro contato existiu, é considerada um serviço resolutivo para as demandas da prematuridade no primeiro ano de vida.

- ✓ A ausência de uma transferência efetiva para a APS no momento da alta hospitalar possui uma relação com: a inexistência de acompanhamentos de puericultura; o tratamento isolado de afecções agudas em serviços de urgência e emergência; o não reconhecimento/diagnóstico das condições crônicas; e o tratamento da agudização dessas condições crônicas nos serviços secundários e terciários;
- ✓ A utilização e efetividade dos serviços privados (pediatra particular e rede hospitalar na rede privada) de saúde para resolução de afecções agudas e crônicas bem como a puericultura;
- ✓ Para aqueles com definição precoce de condição crônica (alta hospitalar) há uma centralização da atenção à saúde para o serviço de ambulatório de especialidade médica, principalmente para as condições crônicas, e a inexistência de uma conexão com a APS, nesse caso;

5.4.1 Discutindo a (des)constituição da rede de atenção à saúde de recém-nascidos prematuros moderados e tardios

Preconiza-se que todo RN, após alta hospitalar, tenha sua primeira consulta de acompanhamento na primeira semana de vida, visto que é o período de adaptação do RN e família a uma nova condição social e biológica. Nesse período, reconhece-se que as avaliações de primeira consulta guiam as orientações de puericultura e estabelecem as demandas familiares a partir desse novo integrante familiar, bem como as demandas biológicas do bebê.

A orientação para consulta na primeira semana é essencial para todos os RN, contudo, existem algumas condições específicas que requerem uma atenção diferenciada. Dentre essas condições, destacam-se: prematuridade, baixo peso, apgar menor que 7, baixa escolaridade, mais de 3 filhos na mesma moradia, aleitamento materno não exclusivo, baixo nível socioeconômico, gravidez de alto risco, entre outras condições, presentes na população estudada. (BRASIL, 2012).

Essa recomendação, muito destacada nos manuais ministeriais, exige uma resposta do serviço de forma estruturada (necessidade de estrutura física e de recursos humanos) e organizada (relação e comunicação entre os serviços de saúde) a fim de que a rede de atenção possa ser pensada e constituída. É inegável a necessidade de que o acompanhamento aconteça nos primeiros dias. Muitos RN deste estudo receberam alta, principalmente os moderados, com demandas específicas, tais como controle do peso e a utilização de medicamentos que requerem suporte da rede de atenção a saúde.

Há uma preocupação no momento da alta hospitalar em registrar a “transferência”, ou seja, há um encaminhamento teórico dessas crianças para a APS, como principal serviço de referência. O encaminhamento “teórico”, definido aqui como sendo o registro prontuário de que o encaminhamento foi feito orientado à mãe. Entretanto, os entraves da estruturação [“*não tem pediatra*” (P1)] não permitem o primeiro contato. A ausência desse, fragiliza o primeiro atributo da APS e a possibilidade de referência em saúde, desse serviço, para as demandas geradas pela prematuridade ou outros fatores condicionantes.

Silva e Viera (2014), destacam alguns fatores que corroboram com a dificuldade no acesso e manutenção da criança nos serviços de APS, tais como: “a organização dos serviços relacionados aos dias e horários de atendimento; a forma de agendamento de consultas com a equipe interdisciplinar; o número de cotas para consultas médicas; escassez de profissionais para compor a equipe interdisciplinar; e, alta demanda espontânea nas unidades de APS”. (SILVA; VIERA, 2014, p,800)

Segundo Braga e Sena (2012), após estudo de revisão, destacam que a manutenção do vínculo de prematuros, especialmente os extremos, na APS e no acompanhamento após alta, se dá pela responsabilização, intersetorialidade, conhecimento técnico-científico dos profissionais e o desenvolvimento de políticas públicas favoráveis.

Esses reflexos retratam e corroboram com os achados do presente estudo na medida que a (i)responsabilização pela concreta transferência desse prematuro para a APS, reflete no seu primeiro acesso ausente. O pouco conhecimento técnico científico dos profissionais [*“ele me disse que o meu leite era fraco[...]”* (P4), implica na falta de confiança dos pais para manutenção do vínculo no serviço, em muito dos casos.

A APS deve ser o ponto de atenção no sistema de saúde que oferece a entrada a esse sistema para as necessidades e problemas, proporcionando atenção sobre a pessoa e sua família no decorrer do tempo e em todas as condições. Assim, consolidar o acesso ao conjunto de atividades e serviços de saúde na APS exige o desmonte de barreiras que impeçam esse acesso (STARFIELD, 2002).

A estruturação dos sistemas, caracterizada na rede de atenção dos prematuros moderados e tardios, é desenvolvida por um modelo centrado no biológico e na figura do médico. Essa característica se relaciona muito com o acesso a serviços e aos produtos ofertados para atender as necessidades das crianças e suas famílias. As famílias possuem interesses divergentes, caracterizados por um modelo de medicalização e curativista, ou seja, quando a figura do médico é inexistente no serviço da APS, ela é procurada em serviços de urgência e emergência (SILVA, VIERA, 2014).

Independentemente da idade gestacional, o prematuro ainda é um mistério para os profissionais da atenção básica, e que se sentem, muitas vezes, desamparados e despreparados para atender essa população. Apesar destes sentimentos, os profissionais, na sua maioria, se mostraram capacitados para o atendimento, contudo ainda se encontra carência de ações de promoção à saúde, pautadas no princípio da integralidade (AIRES, et al., 2015).

Pensar na estruturação da APS é pensar no reflexo desta para a organização dos serviços e a rede de atenção. Constatou-se a inexistência de outros profissionais nos serviços, ou o desconhecimento destes, para atender e ser resolutivo às demandas dos prematuros. Identificou-se esse achado, à medida que o profissional “transfere/encaminha” (retira a responsabilidade) o prematuro de seu serviço de saúde, muitas vezes, sem mesmo conhecer sua demanda.

Em locais onde o primeiro contato aconteceu de forma efetiva e a manutenção do vínculo incidu, destaca-se a participação do enfermeiro, como profissional responsável pela puericultura e responsabilização pela saúde do prematuro. Segundo depoimentos das participantes, o papel do enfermeiro na manutenção do vínculo nos serviços de APS e a resolutividade nas demandas de saúde fizeram com que ele se tornasse o profissional de referência para essa família. Esses enunciados reconhecem que as demandas desses prematuros permitem ser acolhidas pelo enfermeiro, visto que organiza e articula a rede de atenção, responsabilizando-se também pelo acesso efetivo nos demais serviços de saúde.

Alguns estudos destacam o papel protagonista do enfermeiro na atenção e manutenção do vínculo do prematuro na APS (VIERIA et al., 2013; REICHERT et al., 2016). Reconhece-se que além de acompanhar e ser resolutivo para com as demandas agudas e manifestações clínicas dos prematuros, eles são responsáveis e considerados facilitadores do processo de construção de autonomia da família no cuidado ao prematuro após a alta hospitalar (BRAGA e SENA, 2012; VIERA e MELLO, 2009; VIERA et al., 2010; JACKSON e NEEDELMAN, 2007)

Para as demandas da prematuridade, principalmente na primeira semana de vida, bem como na referência para puericultura e nas demandas agudas e crônicas, a APS pode ser considerada um serviço de referência. Para tanto existem alguns entraves, discutidos no quadro 5, que exigem respostas proativas dos serviços de APS que se estabelecem pelos seus atributos. Esses achados corroboram e propiciam discussões sobre as possibilidades de estruturação e organização da rede de atenção a saúde, tendo a APS como coordenadora da rede na perspectiva da melhoria na condição de saúde dos prematuros.

Quadro 5- Apresentação dos atributos essenciais da APS na rede de atenção dos prematuros moderados e Tardios no primeiro ano de vida. Brasil, 2018.

Atributos da APS*	Aspecto Conceitual*	Enunciados dos Atributos	
		Fortalecimento	Enfraquecimento
Primeiro Contato	<p>Acessibilidade e uso do Serviço:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Novo Problema (agudo ou crônico); ✓ Novo episódio de problema antigo (agudização condição crônica); 	<p>“ No posto eu tive consulta marcada depois de dez dias do nascimento dela, consegui consultar com o pediatra uma vez, depois quem acompanha ela é a enfermeira, quem mede, pesa e pergunta se esta tudo bem!”(P14).</p> <p>“Eu procuro ali [APS], quando preciso de algo que não for muito grave, então eu levo ali, as gurias [equipe de enfermagem] dão uma olhada nela, avaliam se precisa consultar com o clínico, se não eu levo na UPA, quando é mais grave.”(P15)</p>	<p>“No ambu[latório] de prematuros [serviço secundário], já nos dispensaram [alta], passaram para o município [transferência para APS], mas por enquanto não nos ligaram [primeiro contato?!], aí fomos lá [APS] e perguntamos: Porquê dessa demora? Não nos ligaram ainda [há 3 meses]” (P6)</p> <p>“Pela doença dele [Condição Crônica], eu não levo ele ali, quem entende melhor é lá no HUSM, então prefiro levar direto lá, tem os médicos que já conhecem, então fica melhor!”(P13)</p>
Longitudinalidade	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Aporte Regular de Cuidados; ✓ Relação de Confiança entre: paciente/usuário/indivíduo/família X Serviços; ✓ Relação Mútua (Usuário X Serviços); 	<p>“[...] tu vai dar o complemento, dai uma semana depois eu voltei lá e ele tava com o peso que ela calculava que ele deveria ter pegado, ai toda semana eu ia lá, toda semana, oito dias depois eu ia lá, e sempre ele ia pegando cada vez mais peso, e com um mês e pouco eu não precisei ir toda hora, tava com o peso normal”(P3)</p>	<p>“Ninguém atende ela! Não tem acompanhamento de ninguém” (P1)</p>
Integralidade	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Atendem as necessidades da população: Promoção, prevenção e cura; 	<p>Só que como ele estava sugando muito o peito e estava cada vez mais magro eu comentei com uma das gurias lá no posto né que ele não pegava o peito direito, aí ela disse eu vou te encaminhar no outro posto que é ali no km 3 [Bairro] que lá</p>	<p>“Fazem uma nebulização e liberam pra casa, mas ela continua ruim! (P1)</p>

	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Responsabilização pela oferta de serviços na rede que deem conta da demanda; 	<p><i>tem pediatra, se tu for lá agora tu consulta hoje com o pediatra (P3)</i></p>	
Coordenação	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Garantir capacidade de continuidade na atenção; ✓ Centro de Comunicação das redes; 	<p><i>“Na [APS] resolvem, lá resolvem, tudo é muito encaminhamento, encaminham pra não sei o que, e vai não sei aonde, mas no geral, eles, eu estou indo lá e consigo resolver meus problemas” (P9)</i></p>	<p><i>“Eu preciso de encaminhamento para o pneumo[logista] mas tem que ser pelo posto, já pedi lá na UPA mas eles disseram que tenho que pegar no posto [...] mas o posto tá sem pediatra, então fico sem mesmo[...]” (P1)</i></p>

Fonte: Autores

Por meio dos achados e apresentação dos atributos da APS, somente Coordenação e Acesso puderam ser constatados nos enunciados. Cabe destacar que os atributos de Focalização na família, Orientação Comunitária e Competência Cultural não foram enunciados nas falas dos participantes, destacando a fragilidade em reconhecer: a família como o sujeito da atenção e a interação da equipe com essa unidade social; a falta de reconhecimento da família em função do contexto geográfico, econômico, social e cultural que vivem; e pela inexistência de uma relação horizontal entre a equipe da APS com a população, que respeite suas singularidades culturais e preferências. (MENDES, 2011).

A utilização da APS como serviço de referência ainda se vincula muito a percepção de um programa para pobres, em regiões com vulnerabilidade econômica (MENDES, 2011), visto que seu reflexo organizacional, não reflete na população que disponibiliza de recursos próprios para busca de assistência em planos privados de saúde. A inexistência da procura é enunciada pela dificuldade de acesso e resolutividade e se estabelece apenas para a realização de vacinas.

Pensando na APS, como porta de entrada para a rede de atenção a saúde, na percepção dos participantes, ela torna-se apenas um ponto de atenção dentro de uma rede que deveria ser integrada e articulada. Os demais pontos de atenção que integram a rede se constituem os pontos de atenção secundária e os pontos de atenção terciária. Geralmente esses serviços, oferecem apoio especializado, e devem ser considerados apenas como nós na rede de atenção. Eles se diferenciam por maior densidade tecnológica e a presença de profissionais especialistas, tendendo a apresentar-se concentrado espacialmente. (MENDES, 2011).

Para a população do estudo, o serviço de atenção secundário, definido pelo ambulatório de especialidade do hospital de referência, é regulado pelos próprios profissionais (momento da alta hospitalar) que encaminham para as especialidades, aqueles prematuros que considerarem necessário. Não foi percebido a assunção de algum critério para esse acompanhamento específico, registrado em prontuário pelos profissionais da UTI neonatal cenário do estudo. Outros autores também corroboram que o acesso a ambulatórios de especialidades médicas não interagem numa perspectiva de rede e que apenas são regulados por opiniões médicas e decisões uniprofissionais (KLOSSOSWSKI et al., 2016).

Existe uma diferença clara entre as unidades ambulatoriais que integram a rede de atenção a saúde dos centros de especialidade médicas. O modelo paradigmático vigente, ainda se caracteriza pela hegemonia médica especializada, caracterizado por um processo de trabalho singular e desarticulado com a rede de atenção. Existe uma clara desarticulação e distribuição de poder entre profissionais generalistas, que atuam na APS e dos especialistas que atuam nos

ambulatórios de especialidades, que possuem o poder e saber hegemônico na lógica flexneriana. A soberania do saber pelos especialistas dentro dos ambulatórios, desacredita nos profissionais generalistas que aguardam o acesso de demanda específica (no presente estudo a prematuridade) para seu acolhimento (MENDES, 2011).

O centro de especialidade é acessado pelos familiares cuidadores dos prematuros em detrimento a APS na medida em que este último mostra desconhecimento em relação às particularidades da prematuridade pelos profissionais generalistas que lá atuam. A assistência à saúde identificada nos achados deste estudo denota um sistema centrado na especialidade médica, fragmentado, em que não existe relação entre os diferentes pontos e níveis de atenção. Em nenhuma das figuras apresentadas, se estabelece uma relação entre o ambulatório de especialidade e a APS, nem aos serviços hospitalares. Mendes (2011) destaca que o sistema é fragilizado à medida que a desintegração se dá por ausência de sistemas logísticos potentes e manejados pela APS.

Os sistemas de saúde se constituem de respostas sociais, deliberadamente organizadas para dar conta das demandas em saúde. Esse processo precisa estar em constante atualização, tendo em vista os modelos de transição em saúde. Schiramm et al., (2004), destacam que há uma relação estreita entre as condições de saúde e a transição dos sistemas de atenção e das redes de atenção à saúde. A principal incoerência contemporânea, nos serviços de saúde, refere-se à transição da hegemonia das condições crônicas e a existência de serviços de atenção voltados a eventos agudos ou às agudizações das condições crônicas de forma reativa, episódica e fragmentada. (MENDES, 2011).

Segundo Mendes (2011), condições agudas caracterizam-se por uma atenção não programada, visto que não se espera quando esses eventos vierem por acontecer. Já condições crônicas, devem ser organizadas, de forma programada, visto seu curso longo e definitivo nas redes de atenção. Por meio dos enunciados, percebe-se que dentro da rede de atenção, os serviços de urgência são os únicos organizados para atendimento não programado e torna-se serviço de referência.

A organização dos serviços de APS deve apresentar-se geralmente centrada em ações programadas, pautadas na perspectiva preventiva e de promoção à saúde. No entanto, os serviços de APS não eliminam a possibilidade e necessidade de atendimento à demanda espontânea por casos agudos, com repercussão clínica menos intensa e que não requer manejo com alta densidade tecnológica. A demanda espontânea é rotulada pela procura à UBS sem um prévio agendamento, ou sem ter apresentado por meio de buscas ativas, diante de condições consideradas prioritárias (RAMOS, 2008). A demanda espontânea se distingue da programada

por apresentar uma necessidade autopercebida pelo usuário, na grande maioria de resolução imediata, o que legitima a sua ida à UBS pelos usuários (SANTANA, 2008).

Giglio-Jacquemot (2005) considera que casos agudos, caracterizados como “pequenos problemas”, -não urgentes- pela equipe de saúde, por não se caracterizarem como um risco iminente à vida, podem ser resolvidos em serviços de APS, que deveria ser a porta de entrada e serviço regulador para clínicas generalistas. O próprio Ministério da Saúde, preconiza o acolhimento das demandas espontâneas nos serviços de APS, elencadas por um evento agudo isolado e/ou oriundo de uma condição crônica (BRASIL, 2011).

Já Mendes (2011) destaca que os eventos agudos deveriam ser organizados por um modelo de regulação, em que a APS sairia do centro de rede e se tornaria, sem cumprir papel de coordenação, um importante ponto na rede. Essa regulação seria coordenada em serviço secundário ou terciário, por profissional que realizasse classificações de risco, para a definição de serviços e prioridades.

Autores destacam, ainda, que casos agudos clínicos estão implícitos a questões sociais, que repercutem o processo saúde doença e requererem resposta dos serviços de saúde, muito tácito a questões que permeiam os determinantes sociais. Os “pequenos problemas” como dores de cabeça, cortes, sensação de fraqueza, tontura, membros torcidos, dores na coluna e nas costas levam usuários a superlotar as unidades de pronto-atendimento e unidades hospitalares, pois tais problemas constituem uma ruptura no seu domínio social, familiar, conjugal, profissional e econômico (GIGLIO-JACQUEMOT, 2005).

Viera et al., (2012), ao avaliarem o acesso à APS de crianças com menos de cinco anos, com afecções respiratórias, os mesmos achados para a organização/inexistência da RAS organizada e de um primeiro acesso/acolhimento efetivo. Os autores corroboram com os resultados desse estudo, quando enfatizam que “APS não está sendo praticada como porta de entrada do sistema de saúde, tal qual sua concepção, a orientadora do fluxo no sistema tem sido a unidade de emergência” (VIERA, 2012, p. 42).

Autores destacam que existe uma busca inicial pela APS, a partir das afecções gerais de crianças, o que difere da população de prematuros do presente estudo, em que, por meio de uma experiência prévia da inexistência de acesso e resolutividade, o primeiro contato já é com os serviços de urgência e emergência, muito por eventos que não necessitam esse tipo de densidade tecnológica (VIERA et al., 2012; OLIVEIRA e VERÍSSIMO, 2015).

Essa primeira busca a serviços de urgência e emergência é muito atrelada ao medo e insegurança da família diante de situações mesmo que não urgentes. Silva e Viera (2014), destacam que a busca por serviços hospitalares, relacionada à inexperiência do manejo bem

como por aconselhamentos familiares. Esse achado corrobora, à medida que muitas mães consideram a prematuridade do filho, um fator predisponente as demais complicações e necessidade imediata de consulta e resolução dos problemas.

Os serviços de atenção terciária são essenciais, à medida que se requerer densidade tecnológica maior para resolver problemas agudos. O acesso a esses serviços deveria ser indicado quando a APS não consegue ser resolutive, ou mediante às exacerbações clínicas por meio de um serviço de regulação (MENDES, 2011).

No que tange às condições crônicas, estas apresentaram-se para a população de estudo, de uma forma menos frequente do que os agravos agudos. Contudo, se estabelecem de forma menos organizada e sob total desacordo com os preceitos de RAS. Para Mendes (2011; 2012), as afecções crônicas são problemas complexos que exigem soluções complexas e sistêmicas, que possuem ações de prevenção de agravos e promoção da saúde, de caráter programático, sob olhar de uma RAS (organizada, multiprofissional, integrada) coordenado pela APS.

Os estratos de fala e as figuras que sintetizam a formação dos espaços de assistência a saúde dos prematuros destacam que não ocorre a procura das demandas crônicas por meio do acesso a APS. Demandas crônicas de saúde são assistidas por meio do acesso ao ambulatório de especialidade médica e da consulta particular ao pediatra.

Segundo Duarte et al., (2015), o reflexo desse comportamento na atenção as doenças crônicas na infância, é reflexo do modo de organização dos serviços, em especial a falta de estrutura e recursos, é a maneira fragmentada como o cuidado às crianças em condições crônicas vem sendo realizado. Entende-se que a rede de atenção à saúde, em geral, orientada por sintomas, sem se considerar as singularidades de suas condições, o que caracteriza a atenção a eventos agudos ou a agudização das condições crônicas. No Brasil, essas implicações organizacionais precisam ser reconhecidas e analisadas por gestores, profissionais e usuários na perspectiva do SUS. (DUARTE et al., 2015)

Segundo autores, uma das características essenciais para atenção aos agravos crônicos na APS é a atenção programática. Os serviços se organizam à medida que as demandas existem, baseada nas prioridades epidemiológicas, são identificadas pelas autoridades sanitárias (TEIXEIRA e SOLLAS 2006). Para a população pediátrica, em especial os prematuros moderados e tardios, essa possibilidade encontra um dos principais entraves: ausência de dados epidemiológicos que possibilitem a organização da atenção programática. Fica evidente em políticas já consolidadas, como HIPERDIA (construído por meio de estatísticas densas sobre perfil epidemiológico da população adulta), por exemplo, comprovam a eficácia e a redução

dos índices de morbimortalidade por afeções crônicas em adultos e o aumento da expectativa de vida dessa população (MENDES, 2012).

Esse modo de atendimento não programado, como têm sido assistidas as crianças em condições crônicas na APS (agudização), permite identificá-las nas estatísticas de saúde da população apenas com seus vários adoecimentos e momentos de agudização, o que não alimenta dados estatísticos para afeções crônicas e impossibilita construção de uma atenção programada em saúde. Esse olhar, quanto ao agravo agudo exclusivo, dificulta seu reconhecimento na perspectiva da oferta da assistência à saúde com a complexidade e singularidade de cada criança e sua família. Isso tem implicações tanto para a organização dos serviços de saúde quanto para a elaboração de políticas de saúde direcionadas para esse grupo (DUARTE et al., 2015).

As condições crônicas na infância, atualmente, corroboram com a situação das condições crônicas de prematuros moderados e tardios no primeiro ano de vida. E os principais entraves envolvidos pactuam na: desarticulação entre os serviços por meio da fragilidade no fluxo de informações e na co-responsabilização da saúde desse prematuro (responsabilidade dos gestores, profissionais e familiares/cuidadores) (NÓBREGA et al., 2017).

Por meio da descrição das 15 redes de atenção analisadas no presente estudo, houve exemplos de fragmentação e de sucesso, no que tange a organização das RAS. O quadro 6, abaixo, descreve, analisa e discute as principais características das RAS, segundo Mendes (2011) e como elas se aplicam ou inexistem para a população de prematuros analisada.

Quadro 6 - Análise dos sistemas de saúde de prematuros moderados e tardios, durante seu primeiro ano de vida. Brasil, 2018.

Característica	Sistema Fragmentado	Rede de Atenção
Forma de Organização	<p>Hierarquia</p> <ul style="list-style-type: none"> -Serviço centrado no ambulatório de Especialidade Médica; -Soberania da conduta dos serviços secundários e terciários (P5, P4, P1, P12, P7, P6, P2) 	<p>Poliarquia</p> <ul style="list-style-type: none"> - Serviço coordenado pela APS; -Competências organizadas e respeitadas por meio das demandas e densidades tecnológicas; (P9, P10, P14 e P15)
Coordenação da Atenção	<p>Inexistente</p> <ul style="list-style-type: none"> -Realizada pela família, conforme demandas e experiência prévias quanto a resolutividade (P5, P4, P1, P12, P7, P6, P2) 	<p>Feita pela APS</p> <ul style="list-style-type: none"> -Organizada por meio das demandas de saúde e da puericultura, gerenciada pelo profissional enfermeiro (P10 e P14).
Comunicação entre os Componentes	<p>Inexistente:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Não realizada no momento da alta hospitalar; -Comunicação inexistente entre serviço de APS, ambulatorial e hospitalar; (P5, P4, P1, P12, P7, P6) -Comunicação inexistente, apenas encaminhamento realizado e acesso ao serviço de saúde efetivado; (P9, P10, P14 e P15) 	<p>Feita por Sistemas logísticos eficazes;</p> <ul style="list-style-type: none"> -Inexistente nos discursos;
Foco	<p>Nas Condições Agudas por meio de unidades de pronto Atendimento</p> <ul style="list-style-type: none"> - Acesso direto a serviços de Urgência e Emergência e tratamento exclusivo da agudização das condições crônicas; (P1, P3, P4, P7); -Exclusividade da atenção as condições crônicas, em ambulatório de especialidade médica; 	<p>Nas Condições Agudas e Crônicas, por meio da RAS:</p> <ul style="list-style-type: none"> - APS por meio da puericultura, fortalece vínculo e atendimento das demandas agudas; -Resolutivo para demandas agudas e organização da rede, para encaminhamento quando necessário a serviços de urgência e emergência e destes, para serviços de internação hospitalar (P10; P14)
Sujeito	<p>Paciente que recebe prescrições (verticalização) dos profissionais de saúde;</p> <ul style="list-style-type: none"> -TODOS; 	<p>Agente co-responsável pela própria saúde;</p> <ul style="list-style-type: none"> -Inexistente nos discursos;
A forma da ação do Sistema	<p>Reativa e episódica, acionada pelas demandas dos usuários ao sistema;</p> <ul style="list-style-type: none"> - Presente tanto para APS, quando inexistência da puericultura, quanto para os serviços de urgência e emergência (P1, P2, P3, P4, P5, P6, P7, P8, P11, P12, P13) 	<p>Proativa, baseada em plano de cuidados, realizada pelos profissionais e acessada por meio de busca ativa;</p> <ul style="list-style-type: none"> - Forme incipiente, por meio da puericultura na APS (P9,P10, P14 e P15)

Ênfase das intervenções	Curativas e Reabilitadoras, exclusivamente, sobre as condições estabelecidas; - Evidente na agudização das afecções crônicas/ desenvolvimento de agravos agudos (P1, P2, P3, P4, P5, P6, P7, P8, P11)	Promocionais, preventivas, curativas, cuidadoras, reabilitadoras, paliativas, atuando sobre os determinantes sociais da saúde; - Existe uma articulação para essa característica, durante a consulta de puericultura, contudo, aquém no que tange as considerações dos determinantes sociais para a saúde desses prematuros;(P9, P10, P12, P13, P14 e P15)
Modelo de Gestão	Gestão por Estruturas Isoladas; - Muito caracterizada por cada nível de atenção possuir sua gestão, forma de acesso, por exemplos ambulatório de especialidade regulado somente pela alta hospitalar do próprio serviço hospitalar (P2, P5, P6, P13)	Governança sistêmica, gerida para APS; -Inexistente;

Constata-se que para prematuros moderados e tardios, no município de Santa Maria, com exceção de casos isolados, em que a APS foi articulada e resolutiva para afecções agudas e puericultura, a rede de atenção, em termos de organização e articulação, caminham para um sistema de rede fragmentado, ou seja, a rede é inexistente. Existem movimentos mundiais em busca da construção de modelos para as RAS, visto que autores consideram que existe uma crise contemporânea dos sistemas de atenção a saúde. À medida que se implantam as RAS, melhoram-se assim os resultados sanitários e econômicos dos sistemas de saúde (MENDES, 2011). Os resultados desses sistemas fragmentados na atenção às condições crônicas são catastróficos, contudo são defendidos por políticos, gestores, profissionais de saúde e, especialmente, pela população que é sua principal vítima (MENDES, 2012). A rede de atenção ao prematuro permanece no modelo fragmentado, ou seja, ela inexistente para maioria dos prematuros moderados e tardios, que se organizam por meio de serviços fragmentados, que resolvem problemas pontuais e emergentes, dando ênfase às condições agudas, e a inexistência de atendimento aos agravos crônicos em serviços coordenadores da atenção, como a APS.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A prevalência de nascimentos de PMTTM no cenário do estudo foi de 20,5% dos nascidos vivos, com uma tendência maior para nascimento de PMT Tardios. Existe uma implicação epidemiológica e estrutural/organizacional dos serviços de saúde importante nessa perspectiva. Um em cada cinco nascidos vivos são PMTTM e requerem atenção às suas condições de saúde de forma necessária e diferenciada.

A prevalência de eventos agudos imediatos é maior quanto menor a IG, o que retrata a necessidade de intervenções imediatas - maior reanimação neonatal, uso de terapêutica respiratória e medicamentosa -. A IG é fator determinante para desenvolvimento desses agravos imediatos que resultam em maior tempo de internação hospitalar e desenvolvimento de demandas específicas no momento da alta hospitalar.

Foram fatores implicados no desenvolvimento de agravos agudos e crônicos no primeiro ano de vida: baixa avaliação da vitalidade neonatal e o tempo de internação maior que dez dias, tanto em terapia intensiva quanto no alojamento conjunto. Ademais fatores obstétricos, neonatais e socioeconômicos não repercutiram significativamente para o desenvolvimento de Condições Crônicas e Agudas.

Nos primeiros meses de vida, são prevalentes as afecções gastrointestinais agudas que posteriormente são substituídas, a partir do sexto mês, por agravos respiratórios e de alergia de pele. A intensidade dos agravos possuiu correlação significativa com alguns fatores neonatais somente no primeiro trimestre de vida. Esse achado pressupõe que a interferência das características neonatais implica apenas nos primeiros meses de vida dessa população. Demais fatores não apresentaram correlações significativas. Esse achado implica na relação de determinantes de saúde, principalmente quanto ao escore de nível socioeconômico não possuir correlação significativa.

Os agravos agudos são caracterizados, também, pela da agudização da condição crônica preestabelecida. Existe um desconhecimento/velamento por parte da família e do serviço em reconhecer as condições como crônicas, e assim, a assistência à saúde é estruturada e organizada por meio da resolução dos problemas agudos em saúde – característica essa, elementar para discussão da (in)existência de uma RAS.

Os agravos crônicos, mais prevalentes nos moderados, repercutem muito na limitação funcional e a dependência dos serviços de saúde, muito atrelado a acesso ao ambulatório de especialidade médica como serviço isolado e fragmentado.

O primeiro acesso dos Prematuros Moderados e Tardios aos serviços de saúde na APS é frágil/inexistente e pode ser considerado fator decisivo na manutenção do acompanhamento programático nos serviços. Prematuros, que em menor expressividade, acessaram os serviços de APS de forma efetiva, após alta hospitalar, desenvolveram uma atenção programática, por meio da puericultura, o que permitiu a construção de uma Rede de Atenção à Saúde, coordenada pela APS. Nos casos em que a APS, não foi referência/efetiva após alta hospitalar, a atenção à saúde não foi articulada em RAS, visto que a porta de entrada nos serviços de saúde, em sua maioria se aconteceram, pelos serviços de urgência e emergência que atendiam de forma fragmentada os agravos agudos ou da agudização da condição crônica.

A atenção às condições de saúde se organiza e se estrutura de forma uniprofissional, centrada de forma exclusiva na figura do médico, fragmentada e desarticulada o que impossibilita a formação de uma Rede de Atenção à Saúde na perspectiva desses prematuros.

As implicações desse estudo para prática se remetem à importância da efetiva e qualificada transferência desses prematuros, independente da IG para os serviços de APS. Os PMTMT possuem demandas de saúde específicas e que, quando de forma efetiva o primeiro acesso acontece na APS, elas são manejadas dentro dos serviços, numa perspectiva de RAS. Esse achado implica na definição da APS como serviço que coordena a RAS.

A responsabilidade do enfermeiro, dentro desse contexto e nessas condições de saúde, repercute como articulador do cuidado, como integrante/líder da APS ou como enfermeiro neonatal dentro de unidades hospitalares. Cabe ao enfermeiro possuir vínculo ativo, nos diferentes contextos dos serviços, afim de que possa identificar as demandas de saúde desses prematuros e, em forma de rede de atenção, articular e tornar resolutivos os problemas de saúde. Entende-se que a manutenção da puericultura, tanto realizada com o Médico, quanto o Enfermeiro, na APS, contribui para atenção programática dos agravos crônicas e a (re)orientação dos serviços, em casos de agravos agudos.

Estratégias de busca ativa devem acontecer, visto que, por diversos motivos, muitos prematuros permaneceram durante o primeiro ano de sua vida, sem serem “vistos” por qualquer profissional de saúde depois de sua alta hospitalar. Serviços básicos como a triagem neonatal e vacinações deixaram de ser realizados. Essa realidade pode não apenas estar sendo refletida a essa população de prematuros, mas sim, ter uma abrangência maior.

As recomendações para o ensino direcionam-se para a formação em saúde, em uma perspectiva de serviços em RAS, almejando a resolutividade das demandas de saúde. Formar profissionais que reconheçam a PMTMT e suas demandas específicas permite que ocorra um

comprometimento destes profissionais com o seguimento e a possibilidade de olhares críticos quanto às condições clínicas, resolutividade e articulação dos serviços de saúde.

Recomenda-se a realização de estudos clínicos e epidemiológicos, acerca da prematuridade tardia e moderada. Estudos Epidemiológicos, que permitam a caracterização dessa população, e seus preditores de nascimento e adoecimento. Estudos clínicos, que permitam e deem olhar às condições de saúde, fugindo dos conceitos de doença, na perspectiva de sinais e sintomas clínicos, visto que são esses quem orientam o atendimento em saúde e contribuam na organização procura e no acesso aos serviços de saúde.

Como limitações do estudo, é incipiente afirmar que RN PMTMT não devam ser considerados quase a termo, visto que o estudo se limitou a entender apenas as condições de saúde dessa população e não comparou a população de a termo. Cabe destacar também que, o estudo apresenta caracterização e implicações locais da organização dos serviços de saúde, e para tanto, a tese defendida, não permite generalizações com outros cenários municipais de atenção à saúde. Ambas as limitações, sugerem a realização de novos estudos, de cunhos epidemiológico e comparativo :clínico (prematuridade) e de organização dos serviços de Saúde ao prematuro.

REFERÊNCIAS

AAPCFN. American Academy of Pediatrics Committee on Fetus and Newborn. American College of Obstetricians and Gynecologists Committee on Obstetric Practice. The Apgar score. **Pediatrics**. 2015; 136(4):819-22. doi: <http://dx.doi.org/10.1542/peds.2015-2651>.

ALMEIDA AC, JESUS AC, LIMA PF, ARAÚJO MF, ARAÚJO TM. Maternal risk factors for premature births in a public maternity hospital in Imperatriz-MA. **Rev Gaucha Enferm**.v.33., s/n., p:86-94. 2012.

ALMEIDA, M.F; GUINSBURG, R; MARTINEZ, F.E; PROCIANOY, R.S; LEONE, C.R; MARBA, S.T; ET AL. Perinatal factors associated with early deaths of preterm infants born in Brazilian Network on Neonatal Research centers. **J Pediatr (Rio J)**. v.84, n.4, p:300-7. 2008.

ALMEIDA, M.F; GUINSBURG, R.C. J.O; ANCHIETA, L.M; FREIRE, L.M; CAMPOS, D JR. Non-urgent caesarean delivery increases the need for ventilation at birth in term newborn infants. **Arch Dis Child Fetal Neonatal**. v.95, n.5. p:326-30. 2010.

ALMEIDA, M.F. J; MELLO, M.H.P. Pequenos para idade gestacional: fator de risco para mortalidade neonatal. **Rev. Saúde Pública** [online]. v.32, n.3 [cited 2018-06-11], pp.217-224. 1998. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89101998000300003&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 10 Jun 2018

ANANTH, C.V; FRIEDMN, A.M; GYAMFI-BANNERMAN, C. Epidemiology of moderate preterm, ILate preterm and term delivery. **ClinicalPerinatology**. v.40, n. p:601-10, 2013.

ARIM, R. G. et al. Developing a non-categorical measure of child health using administrative data. **Health Reports**, v. 26, n. 2, p. 9–16, 2015.

ARRUÉ AM, NEVES ET, MAGNAGO TSBDS, CABRAL IE, GAMA,SGND, HÖKERBERG YHM. Translation and adaptation of the Children with Special Health Care Needs Screener to Brazilian Portuguese. **Cad Saúde Pública**. V. 32, n.6, p:e30215. 2016.Disponível em:<http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00130215>

ARRUÉ A. M; NEVES E. T; TERRA M. G. et al. Crianças/adolescentes com necessidades especiais de saúde em centro de atenção psicossocial. **RevEnferm UFSM**; v. 3, n. 1, p.227-37. 2013 Jan/Abril.

ARRUÉ A.M, NEVES E.T, MATHIAS C.V et al. Niños con necesidades especiales de salud egresados de cuidados intensivos neonatal. **Evidentia** [online]. v. 11, n. 45. 2014. Disponível em:<<http://www.index-f.com/evidentia/n45/ev8091.php>>. Acesso em: 22 Out 2015.

ARRUÉ, A. M. **Tradução e adaptação cultural do children with special health care needs screener**©.2012, p.99. Dissertação (mestrado). Universidade Federal de Santa Maria. Santa Maria, 2012.

AYRES, J.R.C.M. et al. **O conceito de vulnerabilidade e as práticas de saúde: novas perspectivas e desafios**. In: CzeresNia, D.; Freitas, C.M. (Orgs.). Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003. p.116-39.

BALBI, B, CARVALHAES, M.A.B.L; PARADA, C.M.G.L. Tendência temporal do nascimento pré-termo e de seus determinantes em uma década. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 21, n. 1, p. 233-241, jan. 2016 . Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232016000100233&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 10 Mai 2018.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. São Paulo: Edições 70, 2011, 229p.

BATTAGLIA FC, LUBCHENCO LO. A practical classification of newborn infants by weight and gestational age. **J Pediatr**; V. 71, n. 2. p:159-63.1967.

BETTIOL H.; BARBIERI M. A.; SILVA A. A. M. Epidemiologia do nascimento pré-termo: tendências atuais. **Rev Bras Ginecol Obstet**. v. 32, n. 2, p. 57-60. 2010.

BITTAR, R.E; ZUGAIB M. Tratamento do trabalho de parto prematuro. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.**, Rio de Janeiro , v. 31, n. 8, p. 415-422, 2009 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-72032009000800008&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 13 Jun 2018.

BLENCOWE H, COUSENS S, OESTERGAARD MZ, CHOU D, MOLLER AB, NARWAL R, et al. National, regional, and worldwide estimates of preterm birth rates in the year 2010 with time trends since 1990 for selected countries: a systematic analysis and implications. **Lancet**. v. 9, n.9832, p:2162-72.

BOGUSZEWSKI M. C. S.. Crianças nascidas pequenas para a idade gestacional: necessidade de acompanhamento médico durante todo o período de crescimento. **Arq Bras Endocrinol Metab**, São Paulo , v. 54, n. 5, p. 433-434, 2010 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004-27302010000500001&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 10 Jun 2018.

BRAMLETT MD, READ D, BETHELL C, BLUMBERG SJ. Differentiating subgroups of children with special health care needs by health status and complexity of health care needs. **Matern Child Health J**. vol.13, n.2, p:151–163. 2009

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 466 de 12 de dezembro de 2012**. Publicada no DOU nº 12 – quinta-feira, 13 de junho de 2013 – Seção 1 – Página 59, 2013. Disponível em: <http://cep.ufsc.br/files/2010/06/Reso466.pdf>. Acesso em: 13 Out 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. 2013. **Banco de dados do Sistema Único de Saúde-DATASUS**. Disponível em: <<http://www.datasus.gov.br>>. Acesso em: 20 out 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. 2018. **Banco de dados do Sistema Único de Saúde-DATASUS**. Disponível em: <<http://www.datasus.gov.br>>. Acesso em: 20 mai 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **AIDPI Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância: curso de capacitação**: avaliar e classificar a criança de 2 meses a 5 anos de idade: módulo 2 / Ministério da Saúde, Organização Mundial da Saúde, Organização Pan-Americana da Saúde. – 2. ed. rev – Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Diretrizes para o cuidado das pessoas com doenças crônicas nas redes de atenção à saúde e nas linhas de cuidado prioritárias** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Ministério da Saúde, 2013. 28 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Agenda de compromissos para a saúde integral da criança e redução da mortalidade infantil** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004. P. 80.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Ciência e Tecnologia. **Síntese de evidências para políticas de saúde: mortalidade perinatal**. Brasília : Ministério da Saúde, 2012. 43 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação em Saúde. **Saúde Brasil 2013: uma análise da situação de saúde e das doenças transmissíveis relacionadas à pobreza** / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Análise de Situação em Saúde. – Brasília : Ministério da Saúde, 2014. 384 p. : il.

BRASIL. **Portaria GM n. 1130** que institui a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). 2015. Disponível em: http://www.conass.org.br/index.php?option=com_content&view=article&id=4315:ci-n-167--publicada-a-portaria-gm-n-1130-que-institui-a-politica-nacional-de-atencao-integral-a-saude-da-crianca-pnaisc-no-ambito-do-sistema-unico-de-saude-sus&catid=6:conass-informa&Itemid=14.

BENNETT CF, GALLOWAY C, GRASSLEY JS. Education for WIC Peer Counselors About Breastfeeding the Late Preterm Infant. **J Nutr Educ Behav**. vol.17, e-30724-8. 2017.

BONILHA ALL, TELES JM, TRONCO CS, PORCIÚNCULA MB. Actions to promote breastfeeding in late prematurity. **REAS, Revista Eletrônica Acervo Saúde**, vol.9, n. 3, p: 1347-1353. 2017.

BUENDGENS L, YAGMUR E, BRUENSING J, HERBERS U, BAECK C, TRAUTWEIN C, et al. Growth Differentiation Factor-15 Is a Predictor of Mortality in Critically Ill Patients with Sepsis. **Dis Markers**. 2017; 2017: 5271203. 2017.

CABRAL I.E. et al., A criança egressa da terapia intensiva na luta pela sobrevivência. **Rev. Bras. Enferm**, Brasília (DF); v.57, n.1, p. 35-9; 2004.

CAHMI. National Survey of Children's Health. **Child and Adolescent Health Measurement Initiative (CAHMI), "2011-2012 NSCH: Child Health Indicator and Subgroups SAS Codebook, Version 1.0"** 2013 [Internet]. Maryland; 2012 [cited 2018 Jun 02]. Disponível em: http://childhealthdata.org/docs/nrch-docs/sas-codebook_-2011-2012-nrch-v1_05-10-13.pdf

CAHMI - **The Child and Adolescent Health Measurement Initiative. 2012.** National Survey of Children's Health (NSCH). Disponível em: <<http://childhealthdata.org>>. Acesso em: 18 de set.2015.

CAPURRO, H. et al. A simplified method for diagnosis of gestational age in the newborn infant. **J. Pediatr**, St. Louis, v. 93, n. 1, p. 120–122, 1978.

CARRENO CA, COSTANTINE MM, HOLLAND MG, RAMIN SM, SAADE GR, BLACKWELL SC. Approximately one-third of medically indicated late preterm births are complicated by fetal growth restriction. **Am J Obstet Gynecol.** vol.204, p:263.e1-4. 2011.

CASTRO, A.P.M; SOLÉ, D; FILHO, N.A.R; JACOB, C.M.A; RIZZO, M.C.F.V; FERNANDES, M.F.M; et al. Guia Prático para o Manejo da Dermatite Atópica - opinião conjunta de especialistas em alergologia da Associação Brasileira de Alergia e Imunopatologia e da Sociedade Brasileira de Pediatria. **Rev. bras. alerg. imunopatol.** 2006;29(6):268-282.

CAVAZOS-REHG, P. A., KRAUSS, M., FISHER, S. L., SALYER, P., GRUCZA, R. A., BIERUT, L. J. Twitter chatter about marijuana. **Journal of Adolescent Health.** v.56, p:139–45. 2015.

CONNELLY BD, CARRENO CA, KASE BA, HART LA, BLACKWELL SC, SIBAI BM. A History of Prior Preeclampsia As a Risk Factor for Preterm Birth. **Am J Perinatol** [Internet] 2014; 31(6):483–8. Disponível em: <https://www.thieme-connect.com/DOI/DOI?10.1055/s-0033-1353439>

COSTA ALRR, ARAUJO JUNIOR E, LIMA JWO, COSTA FS. Fatores de risco materno associados à necessidade de unidade de terapia intensiva neonatal. **Rev bras ginecol obstet.** vol.36, n.1, p:29-34. 2014. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/307615977_Perfil_clinico_de_neonatos_internados_em_uma_UTI_do_sul_catarinense . Acesso em 10 Jun 2018.

CRESWELL, J. W. W. **Projeto de pesquisa:** métodos qualitativo, quantitativo e misto. 2. ed. Porto Alegre: Bookman, 2010

DAVIS AM, MCFADDEN SE, PATTERSON BL, BARKIN SL. Strategies to identify and stratify children with special health care needs in outpatient general pediatrics settings. **Matern Child Health J.** vol.19, n.6, p: 1384-92. 2015.

DEMITTO MO, GRAVENA AAF, DELL'AGNOLO CM, ANTUNES MB, PELLOSO SM. High risk pregnancies and factors associated with neonatal death. **Rev Esc Enferm USP.** v.51. p:e03208. 2017.

DIMITRIOU G, FOUZAS S, GEORGAKIS V, VERVENIOTI A, PAPADOPOULOS VG, DECAVALAS G et al. Determinants of morbidity in late preterm infants. **Early Hum Dev.** vol.86, p:587-91. 2010.

DONG, Y.; YU, J. L. An overview of morbidity, mortality and long-term outcome of late preterm birth. **World Journal of Pediatrics**, v. 7, n. 3, p. 199-204, 2011.

DUARTE E. C.; BARRETO S. M. Transição demográfica e epidemiológica: a epidemiologia e serviços de saúde revisita e atualiza o tema. *Epidemiol. Serv. Saúde* [online]. v.21, n.4, p. 529-32. 2012. Disponível em:<http://scielo.iec.pa.gov.br/pdf/ess/v21n4/v21n4a01.pdf>

DUARTE, E.D; SILVA, K.L; TAVARES, T.S; NISHIMOTO, C.L.J; SILVA, P.M; SENA, R.R. Cuidado à criança em condição crônica na atenção primária: desafios do modelo de atenção à saúde. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, 2015 Out-Dez; 24(4): 1009-17

ENGLE W. A. A recommendation for the definition of "late preterm" (near-term) and the birth weight-gestational age classification system. **SeminPerinatol.**; v.30, n. 1, p. 2–7. 2006.

ENGLE W.A, TOMASHEK K.M, WALLMAN C. “Late-Preterm” Infants: A Population at Risk. **Pediatrics**. V.120, n. 6, p.1390-401. Disponível em: <http://pediatrics.aappublications.org/content/pediatrics/120/6/1390.full.pdf>. Acesso em 13 Jun 2018.

ERSDAL HL, VOSSIUS C, BAYO E, MDUMA E, PERLMAN J, LIPPERT A, et al. A one-day “Helping Babies Breathe” course improves simulated performance but not clinical management of neonates. **Resuscitation**. vol.84, p:1422-7. 2013.

FAZIL M. Prevalence and risk factors for infantile colic in District Mansehra. **J Ayub Med Coll Abbottabad**; vol.23, p:115–117. 2011.

FERREIRA CT et al . Doença do refluxo gastroesofágico: exageros, evidências e a prática clínica. **J. Pediatr.** (Rio J.), Porto Alegre , v. 90, n. 2, p. 105-117, 2014 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0021-75572014000200105&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 10 Jun 2018.

FONTANELLA, B. J. B. et al. Amostragem em pesquisas qualitativas: proposta de procedimentos para constatar saturação teórica. **Cad. Saúde Pública** [online]. v.27, n.2, p. 388-394. 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v27n2/20.pdf>>. Acesso em: 29 nov 2015.

FREITAS BAC, LIMA LM, CARLOS VFLV, PRIORE SE, FRANCESCHINI SCC. Duration of breastfeeding in preterm infants followed at a secondary referral service. **Rev Paul Pediatr**. vol.34, n.2, p:189-196. 2016

FREITAS, B.A.C, SANT’ANA, L.F.R, LONGO, G.Z, BATISTA, R.S, PRIORE, S.E, FRANCESCHIN, S.C.C. Características epidemiológicas e óbitos de prematuros atendidos em hospital de referência para gestante de alto risco. **Rev Bras Ter Intensiva**. 2012; 24(4):386-392

FREITAS, M. C.; MENDES, M. M. R. Condição crônica: análise do conceito no contexto da saúde do adulto. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 15, n. 4, p. 590-597, 2007.

FREIRE, C.M.V; TEDOLDI, C.L. 17. **Hipertensão arterial na gestação**. *Arq. Bras. Cardiol.*, São Paulo , v. 93, n. 6, supl. 1, p. 159-165, Dec. 2009 . Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0066782X2009001300017&lng=en&nrm=iso>. <http://dx.doi.org/10.1590/S0066782X2009001300017>.

- FROTA, et al. Conhecimento de mães acerca do aleitamento materno e complementação alimentar: pesquisa exploratória. **OBNJ (Online Brazilian Journal of Nursing)**, Niterói, v. 12, n. 1 Abr 2013. Disponível em http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/3890/html_2. Acesso em: 21 set. 2014
- GERHARDT T.E; SILVEIRA D.T. **Métodos de Pesquisa**. 1ª Ed. Porto Alegre: Editora da UFRGS, 2009.
- GIGLIO-JACQUEMOT, A. **Urgências e emergências em saúde: perspectivas de profissionais e usuários** [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2005. Antropologia e Saúde collection. 192 p. ISBN 978-85-7541-378-4. Disponível em SciELO Books .
- GOLDENBERG RL, CULHANE JF, IAMS JD, ROMERO R. Epidemiology and causes of preterm birth. **Lancet** 2008; 371:75e84.
- GORDIS L. **Epidemiologia**. 4º Edição. Editora REVINTER. 2010.
- GOYAL, N. K.; FIKS, A.; LORCH, S. A. **Association of late-preterm birth with asthma in young children: practice-based study**. *Pediatric*, v. 128, n. 4, p. 830-838. 2011.
- GUIDA J.P.S, et al. Preterm Preeclampsia and Timing of Delivery: A Systematic Literature Review[*]. **Rev Bras Ginecol Obstet**, vol.39, n.11, p:622-631. 2017.
- GUNVILLE, C. F.; SONTAG, M. K.; STATTON, K.; RANADE, D. J.; ABMAN, S. H.; MOURANI, P. M. Scope and impact of early and late preterm infants admitted to the PICU with respiratory illness. **Jounal Pediatric**, v. 157, n. 2, p. 209-214. 2010.
- GUPTA, S.K. Is colic a gastrointestinal disorder? **Curr Opin Pediatr**. 2002;14:588-92
- GUASCH XD, TORRENT FR, MARTÍNEZ-NADAL S, CERÉN CV, SACO MJ, CASTELLVÍ PS. Late preterm infants: a population at underestimated risk. **An Pediatr (Barc)** vol.71. p:291–8. 2009.
- HIBBARD JH, COLLINS PA, MAHONEY E, BAKER LH. The development and testing of a measure assessing clinician beliefs about patient self-management. **Health Expect**. vol.13, n.1, p:65-72. 2010.
- HUSM**. Hospital Universitário de Santa Maria. Livro de Registros do Serviço de Neonatologia Intensiva. 2015.Disponível: <www.ufsm.br/husm>. Acessoem: 22 out 2015.
- IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios: um panorama da saúde no Brasil, acesso e utilização dos serviços, condições de saúde e fatores de risco e proteção à saúde, 2008**. Rio de Janeiro: IBGE; 2010.
- JAIN, S; CHENG, J. Emergency departmentvisits and rehospitalizations in late preterm infants. **Clinical Perinatology**. v.33,n. p: 935-45, 2006.
- JEFFERIES E. 2013 The neural basis of semantic cognition: converging evidence from neuropsychology, neuroimaging and TMS. **Cortex** vol.49, p: 611–625. 2013.

JEYASEELAN D, O'CALLAGHAN M, NEULINGER K, SHUM D, BURN Y. The association between early minor motor difficulties in extreme low birth weight infants and school age attentional difficulties. **Early Hum Dev.** v.82, n. p. 249-55. 2006.

JOSEPH KS, DEMISSIE K, KRAMER MS. Trends in obstetric intervention, stillbirth and preterm birth. **Semin Perinatol** 2002;26:250–9

KELLY, MM. National perspectives of health outcomes of 8- to 11- year-old children born prematurely and their full-term peers. **Journal of Pediatric Nursing**, 31, 422–429. 2016.

KELLY MM. Assessment of life after prematurity in 9- to 10- year-old children. **MCN Am J Matern Child Nurs.** vol.39, n.1, p:26-32. 2014.

KLIEGMAN, R. M. et al. **Tratado de pediatria.** Rio de Janeiro: Elsevier, 2017. 4992p.

KLOSSOSWSK, D.G et al. Assistência integral ao recém-nascido prematuro: implicações das práticas e da política pública. **Rev. CEFAC.** v.18, n.1, p.137-150, Jan/Fev. 2016.

KOTECHA S, KOTECHA SJ. Long term respiratory outcomes of perinatal lung disease. **Semin Fetal Neonatal Med** 2012;17:65–6.

KOTECHA SJ, WATKINS WJ, PARANJOTHY S, et al. Effect of late preterm birth on longitudinal lung spirometry in school age children and adolescents. **Thorax**, vol.67, p:e54–61. 2012.

KOTECHA SJ, EDWARDS MO, WATKINS WJ, et al. Effect of preterm birth on later FEV1: a systematic review and meta-analysis. **Thorax**; vol.68, n.8, p:760–6. 2013

KUZNIEWICZ, M.W; PARKER, S.J; SCHNAKE-MAHL, A; ESCOBAR, G.J. Hospital readmissions and emergency department visits in moderate preterm, late preterm, and early term infants. **Clinical Perinatology**, v.40, n. p:753-75, 2013.

KURASAWA K, YAMAMOTO M, USAMI Y, MOCHIMARU A, Mochizuki A, Aoki S, et al. Significance of cervical ripening in pre-induction treatment for premature rupture of membranes at term. **J Obstet Gynaecol Res.** V. 40, n. 1, p:32-9. 2014.

LARSON, K; RUSS, S.A; CRALL, J.J; HALFON, N. Influence of multiple social risks on children's health. **Pediatrics.** 2008;121(2):337–44. 26

LAUGHON SK, REDDY UM, SUN L, ZHANG J. Precursors for late preterm birth in singleton gestations. **Obstet Gynecol.** 2010;116:1047e55.

LAVRAS C. Primary health care and the organization of regional health care networks in Brazil. **Saúde Soc.** V. 20, n.4, p:867-74. 2011.

LIGHTDALE JR, GREMSE DA; Section on Gastroenterology, Hepatology, and Nutrition. **Pediatrics**, vol.131, n.5, p:e1684-95. 2013

LIMA, A.A, TENÓRIO, M.C.S, DUTRA, T.A, BOMFIM, I.C, OLIVEIRA, A.C.M. Caracterização de recém-nascidos prematuros nascidos em maternidade de referência de alto risco de Maceió, Alagoas. **GEP NEWS**, Maceió, v.1, n.1, p. 32-37, jan./mar. 2018

LISONKOVA S, SABR Y, BUTLER B, JOSEPH KS. International comparisons of preterm birth: higher rates of late preterm birth are associated with lower rates of stillbirth and neonatal death. **BJOG**. vol.119, p:1630-9. 2012.

LORIG K; HOLMAN, H; SOBEL, D. **Living a healthy life with chronic condition:** self-management of heart disease, arthritis, diabetes, asthma, bronchitis, emphysema and others. 3rd ed. Boulder: Bull Publishing Company, 2006.

LUSSKY R. C. **A century of neonatal medicine**. Minnesota Med Assoc; v. 82, n. p. 1-8. 1999. Disponível em: <http://www.nmed.org/publications/MnMed>. Acesso em: 12 Mai 2018

MACHADO, L.C; PASSINI JUNIOR, R; ROSA, IRM. Prematuridade tardia: uma revisão sistemática. **J. Pediatr.** (Rio J.), Porto Alegre , v. 90, n. 3, p. 221-231, June 2014. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0021-75572014000300221&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 10 Jun 2018.

MALLY, P. V., BAILEY, S., & HENDRICKS-MUNOZ, K. D. Clinical issues in the management of late preterm infants. **Current Problems in Pediatric and Adolescent Health Care**. v.40,p:218–33. 2010.

MARSHALL, E.S; OLSEN, S.F; MANDLECO, B.L; DYCHES, T.T; ALLRED, K.W; SANSOM N. “**This is a spiritual experience**”: perspective of latter-day-new burypark. *Qualitative Health Research*, v.13, n.1, p.57-76. 2003.

MARTINS E. T; PADOIN S.S.M; RODRIGUES A.P; ZUGE S. S; PAULA C. C; TROJAHNT.C. *et al.* Caracterização de recém-nascidos de baixo peso internados em uma unidade de terapia intensiva neonatal. **Rev Enferm UFSM** 2013; v. 3, n. 1, p. 155-63.

McDONALD, S.W; BENZIES, K.M; GALLANT, J.E; McNEIL, D.A; DOLAN, S.M; RESISTENTE, S.C.A. Comparasion between late preterm and term infants on breastfeeding an maternal mental health. **Maternal and Child Health Journal**, v. 17, n.8, p:1468-77, 2013.

McLAURIN, K. K.; HALL, C. C.; JACKSON, A.; OWENS, O. V.; MAHADEVIA, P. J. Persistence of morbidity and cost differences between late-pPreterm and term infants during the first year of life. **Pediatrics**, v. 123, n. 2, p. 653-659. 2009.

McPARLAND PC. Obstetric management of moderate and late preterm labour. **Semin Fetal Neonatal Med**. vol.17, n.3, p:138-42. 2012.

McPHERSON, M. et al. **A new definition of children with special health care needs**. American Academ yof Pediatrics. v. 102, n. 1, p. 137-41, 1998.

MEDRONHO R. **Epidemiologia**. Rio de Janeiro: Atheneu; 2003.

MEIER P; PATEL A.L; WRIGHT, K; ENGSTROM J.L. Management of breastfeeding during and after the maternity hospitalization for late preterm infants. **Clinical Perinatology**, v.40, n., p:689-705, 2013.

MELLO RR, DUTRA MVP, LOPES JMA. Morbidade respiratória no primeiro ano de vida de prematuros egressos de uma unidade pública de tratamento intensivo neonatal. **J Pediatr (Rio J)**. 2004;80:503-10

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

MENDOZA, C. K. S.; LACKRITZ E. M. Epidemiology of late and moderate preterm birth. **Semin Fetal Neonatal Med**, v.17, n. 3, p. 120-5, jun. 2012. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4544710/>>. Acesso em: 29 nov. 2015.

MICHALCZUK, M; URBAN, B; GREYDA B.C; KUPCZYK, M.O; ŁAZARCZYK, A.B. An Influence of Birth Weight, Gestational Age, and Apgar Score on Pattern Visual Evoked Potentials in Children with History of Prematurity. **Neural Plasticity**, v. 2015, Article ID 754864, 10 pages, 2015. <https://doi.org/10.1155/2015/754864>.

MINAYO, M. C. S et al. **Avaliação por triangulação de métodos:** abordagem de programas sociais. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2008.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde.** 12 ed. São Paulo: Hucitec, 2011.

MIRANDA A. M.; CUNHA D. I. B.; GOMES S. M. F. A influência da tecnologia na sobrevivência do recém-nascido prematuro extremo de muito baixo peso: revisão integrativa. **Rev Min Enferm**, v.14, n.3, p. 435-42. 2010.

MORAG I.; BART, O; RAZ, R; SHAYEVITZ, S; SIMCHEN, M.J.SATRAUS, T. et al. Developmental characteristics of late preterm infants at six and twelve months: a prospective study. **Infant Behavior & Development**, v.36, n. p. 451-6, 2013.

MORAIS MB. Signs and symptoms associated with digestive tract development. **J Pediatr (Rio J)**, vol.96, p: S46-S56. 2016.

MOREIRA, CALEFFE. **Metodologia Da Pesquisa Para O Professor Pesquisador.** São Paulo: Cortez, 2006.

MOREIRA, MCN, GOMES R, SA, MRC. Doenças crônicas em crianças e adolescentes: uma revisão bibliográfica. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 19, n. 7, p. 2083-2094, Jul 2014 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232014000702083&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 10 Jun 2018.

MOREIRA, M. E. L.; LOPES, J. M. A; CARALHO, M. **O recém-nascido de alto risco:** teoria e prática do cuidar [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2004. Disponível em: SciELO Books <<http://books.scielo.org>>.

MOREIRA, R. S.; MAGALHAES, L. C.; ALVES, C. R. L. Efeito do nascimento prematuro no desenvolvimento motor, comportamento e desempenho de crianças em idade escolar: revisão sistemática. **J. Pediatr.** (Rio J.) [online], v. 90, n.2, p. 119-34. 2014.

MOURA B.L.A, ALENCAR G.P, SILVA Z. P. ALMEIDA M.F. Internações por complicações obstétricas na gestação e desfechos maternos e perinatais, em uma coorte de gestantes no Sistema Único de Saúde no Município de São Paulo, Brasil. **Cad. Saúde Pública** v.34, n.1, p:e00188016. 2018.

MURAHOVSKI, J. Cólicas do lactente. **J. Pediatr.** (Rio J.), v. 79, n. 2, p: 101-102. 2003 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0021-75572003000200001&lng=en&nrm=iso> Acesso em: 15 Jun. 2018.

NEVES ET, CABRAL IE. Cuidar de crianças com necessidades especiais de saúde: desafios para as famílias e enfermagem pediátrica. **Rev. Eletr. Enf.** [Internet]. V. 11, n. 3, p: 527-38. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/v11/n3/v11n3a09.htm>. Acesso em: 13 Jun 2018.

NEWACHEK P.W; STRICKLAND B; SHONKOFF J.P; PERRIN JM; MCPHERSON M; MCMANUS M. et al. An epidemiologic profile of children with special health care needs. **Pediatrics**, Evanston, v. 102, n. 1, p.117-23. 1998.

NÓBREGA R.D; COLLET N; GOMES I.P; HOLANDA E.R; ARAÚJO Y.B. Criança em idade escolar hospitalizada: significado da condição crônica. **Texto e Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v.19, n.3, p.425-433, 2010.

OLIVEIRA, LN et al . Vulnerabilidades de crianças admitidas em unidade de internação pediátrica. **Rev. paul. pediatr.**, São Paulo , v. 32, n. 4, p. 367-373, Dec. 2014 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-05822014000400367&lng=en&nrm=iso>. access on 15 Aug. 2018. <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-05822014000400013>.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Closing the gap: policy into practice on social determinants of health: discussion paper**. Rio de Janeiro: WHO; 2018 [acesso em 21 mar 2018]. Disponível em <http://www.who.int/hia/evidence/doh/en/>

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

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS), 2003. **CIF: Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde** [Centro Colaborador da Organização Mundial da Saúde para a Família de Classificações Internacionais, org.; coordenação da tradução Cassia Maria Buchalla]. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo – EDUSP; 2003.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE(OMS) (2000). **The World Health Report 2000 - Health systems improving performance**. Genebra, Organização Mundial da Saúde.2000.

OZDEMIR, H.; AKMAN.; DEMREL, U.; COSKUN, S.; BILGEN, H.; OZEK, E. Iron deficiency anemia in late- preterm infants. **The Turkish Journal of Pediatric**, v. 55, n. p. 500-505, 2013.

PARANJOTHY S, DUNSTAN F, WATKINS WJ, HYATT M, DEMMLER JC, LYONS RA et al. Gestational age, birth weight, and risk of respiratory hospital admission in childhood. **Pediatrics**. vol.132, n.6, p:1562-9. 2013.

PEACOCK PJ, HENDERSON J, ODD D, EMOND A. Early school attainment in late-preterm infants. **Arch Dis Child**. vol.97 p: 118-20. 2014.

PENCHANSKY DBA, THOMAS JW. The concept of access: definition and relationship to consumer satisfaction. **Med Care**. vol.19, p:127-40. 1981.

PERLMAN, J.M; WYLLIE, J; KATTWINKEL, J; WYCKOFF, M.H; AZIZ, K; GUINSBURG, R; et al. Part 7: Neonatal resuscitation: 2015 international consensus on cardiopulmonary resuscitation and emergency cardiovascular care science with treatment recommendations. **Circulation**. 2015; 132 (16 Suppl 1):S204-41.

PERRIN, E.C. et al. Issues involved in the definition and classification of chronic health conditions. **Pediatrics**, Evanston, v.91, n. p. 783-93, 1993.

PERRIN, M. L. ANDERSON, E. and CLEAVE, J.V. Continued Health System Innovations The Rise In Chronic Conditions Among Infants, Children, And Youth Can Be Met With James. **Health Affairs**, 33, no.12 (2014):2099-2105. doi: 10.1377/hlthaff.2014.0832

PINHEIRO, L.R. **Uso de manobras de reanimação neonatal e internação em unidade de cuidado intensivo entre recém-nascidos de termo: análise secundária dos dados do estudo Nacer no Brasil**. 2017. Dissertação (Mestrado em Saúde, Ciclos de Vida e Sociedade) - Faculdade de Saúde Pública, University of São Paulo, São Paulo, 2017. doi:10.11606/D.6.2017.tde-10072017-142957. Acesso em: 10 Jun 2018..

PINTO JR. **Morbidade de crianças com baixo peso ao nascer durante o primeiro ano de vida na cidade de Sobral, Ceará**. Dissertação [Mestrado em medicina]. Universidade de São Paulo; 2010.

PLESS, I. B.; PINKERTON, P. **Chronic childhood disorder: promoting pattern of adjustment**. Chicago, IL: Year Book Medical Publishers. 1975.

POLIT, D.; BECK, C. T. **Nursing Research: principles and methods**. Philadelphia: J.B. Lippicott, 2004.

RABA G, KOTARSKI J. Evaluation of risk factors can help to predict preterm delivery within 7 days in women hospitalized for threatened preterm labour. **The Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine**, 2015; 17(11). Disponível em: <http://www.tandfonline.com/loi/ijmf20>

RABELLO MSC, BARROS SMO. Prematurity: clinical and epidemiological aspects in a Normal Delivery Center. **Einstein**. v.9, n.4. p:483-8.2011.

RAJU TNK. Epidemiology of late preterm (near-term) births. **Clin Perinatol** 2006; 33:751e63.

RAMOS, HÂC, CUMAN, RKN. Fatores de risco para prematuridade: pesquisa documental. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro , v. 13, n. 2, p. 297-304, June 2009 . Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452009000200009&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 10 Jun 2018.

RAMIREZ, NS et al . Morbidade y mortalidade neonatal en pacientes con rotura prematura de membranas pretérmino. **Rev Cubana Obstet Ginecol**, Ciudad de la Habana , v. 39, n. 4, p. 343-353, dic. 2013 . Disponível em: <http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2013000400004&lng=es&nrm=iso>. Acesso em: 02 ago 2018.

RASMUSSEN KM, YAKTINE AL. Institute of Medicine (US) and National Research Council (US). **Committee to Reexamine IOM Pregnancy Weight Guidelines**. Weight gain during pregnancy. Washington (DC): National Academies Press; 2009.

RASPANTINI P.R. **Idade gestacional, peso ao nascer e prevalência de Pequenos para Idade gestacional no Município de São Paulo**. [tese de doutorado]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo; 2016.

RAY, K.N.; LORCH, S.A. Hospitalisation of early preterm, late preterm, and term infants during the first year of life by gestation age. **Hospital Pediatrics**, v. 3, n. 3, p. 194-203.2013.

REICHERT, A.P.S; et al. Vínculo entre enfermeiros e mães de crianças menores de dois anos: percepção de enfermeiros. **Ciência & Saúde Coletiva** [online]. 2016, v. 21, n. 8 [Acessado 30 Junho 2018] , pp. 2375-2382. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1413-81232015218.07662016>>.

RENZ BM, CUNHA KA, GEHM LL, SOUZA MA, RENNER FW. Prevalência de recém-nascidos pequenos para idade gestacional e fatores associados. **Bol Cient Pediatr**. v. 04, n. 1, p:17-21. 2015.

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria da Saúde. Resolução nº 324/10, de 27 de setembro de 2010. Comissão Intergestores Bipartite/RS. **Diário Oficial do Estado do Rio Grande do Sul**, Pelotas, 28 set. 2010. Seção 1. Disponível em: <http://www.saude.rs.gov.br/upload/1340219892_cibr324_10.pdf> . Acesso em: 16 jan. 2012.

ROBINSON K. A.; DENNISON C. R.; WAYMAN D. M.; PRONOVOST P. J.; NEEDHAM D. M. Systematic review identifies number of strategies important for retaining study participants. **J Clin Epidemiol**. v. 60, n. 8, p. 757-65, 2007.

ROCHA CO, BITTAR RE, ZUGAIB M. Neonatal outcomes of late-preterm birth associated or not with intrauterine growth restriction. **Obstet Gynecol Intern**. article ID 231842, 5 pages. 2010.

RODRIGUES, O. M. P. R.; SILVA B. A. T. S. Efeitos da prematuridade sobre o desenvolvimento de lactentes. **Rev. bras. crescimento desenvolv. hum.** [online], v.21, n.1, pp. 111-21. 2011. Disponível em: <<http://www.revistas.usp.br/jhgd/article/view/20000/22086>> . Acesso em: 13 Ago 2018..

ROMEO D.M; STEFANO A.D; CONVERSANO M; RICCI, D; MAZZONE D; ROME M.G. et al. Neurodevelopmental outcome at 12 and 18 months in late preterm infants. **European Journal of Pediatric Neurology**, v.14, n. p: 503-7, 2010.

RUGOLO, L. M. S. S. Crescimento e desenvolvimento a longo prazo do prematuro extremo. **J. Pediatr.** (Rio de Janeiro), v.81, n.1, suppl.1, p. 101-10. 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/jped/v81n1s1/v81n1s1a13.pdf>. Acesso em: 11 Out 2015.

SAAVEDRA MA.L. et al . Incidência de cólica no lactente e fatores associados: um estudo de coorte. **J. Pediatr.** (Rio J.), Porto Alegre , v. 79, n. 2, p. 115-122, 2003. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0021-75572003000200005&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 16 Jun 2018.

SALGE AKM, VIEIRA AVC, AGUIAR AKA, LOBO SF, XAVIER RM, ZATTA LT et al., Fatores maternos e neonatais associados à prematuridade. **Rev. Eletr. Enf.** [Internet]. v.11, n.3, p:642-6. 2009. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/v11/n3/v11n3a23.htm>. Acesso em 10 Jun 2018.

SÁNCHEZ R.N, NODARSE R.A, SANABRIA. A.M, OCTÚZAR CHIRINO A, COURETE C.M.P, DÍAZ G.D. Morbilidad y mortalidad neonatal en pacientes con rotura prematura de membranas pretérmino. **Rev Cuba Obstet Ginecol.** 2013;39(4):343-53.

SANTA MARIA (RS). RELATÓRIO FÍSICO FINANCEIRO E DE GESTÃO DE INDICADORES ANUAL. Prefeitura Municipal de Santa Maria, RS. 2015. Disponível em: <https://www.santamaria.rs.gov.br/docs/noticia/2015/03/D18-805.pdf> Acesso em: 13 Ago 2018

SANTANA, ML. **Demanda espontânea e planejamento estratégico situacional no Programa Saúde da Família de Pindamonhangaba** [dissertação]. Taubaté (SP): Universidade de Taubaté, 2008.

SANTIAGO A. C. T. et al. Perfil de crescimento de recém-nascidos prematuros menores de 32 semanas no primeiro ano de vida. **Rev. Ciênc. Méd. Biol.**, v. 13, n. 3 – especial, p. 269-73. 2014.

SANTOS, G.F.N. Prematuridade Tardia: a Nova Epidemia. **Nascer e Crescer**, Porto , v. 19, n. 3, p. 204-206, set. 2010 . Disponível em: www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0872-07542010000300023&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 10 jun. 2018.

SANTOS, J. L. G. et al. Práticas de enfermeiros na gerência do cuidado em enfermagem e saúde: revisão integrativa. **Rev. bras. enferm.** [online]. v.66, n.2, pp. 257-263. 2013.

SAVINO F, PELLE E, PALUMERI E, OGGERO R, MINIERO R. Lactobacillus reuteri (American Type Culture Collection Strain 55730) versus simethicone in the treatment of infantile colic: a prospective randomized study. **Pediatrics.** Vol.119, p:e124-30. 2007.

SCHEIDT-NAVE C, ELLERT U, THYEN U, SCHLAUD M. Prevalence and characteristics of children and youth with special health care needs (CSHCN) in the German Health Interview and Examination Survey for Children and Adolescents (KiGGS)]. **Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz.** vol.50, n.5–6, p: 750–756. 2007.

SCHIMIDT TM, LESSA NMV. Políticas públicas de incentivo ao aleitamento materno realizadas em cidades do vale do aço. **Nutrir Gerais**. vol.7, n.13, p:1044-56. 2. 2013

SCHONHAUT L.; ARMIJO I.; PÉREZ M. Gestational age and developmental risk in moderately and late preterm and early term infants. **Pediatrics**. v.135, n. 4, p. 835-41. 2015.

SILVA RMM, VIERA CS. Access to child's health care in primary care services. **Rev Bras Enferm**. vol. 67, n. 5, p:794-802. 2014.

SILVA WF, GUEDES ZCF. Preterm and late preterm infants: their differences and breastfeeding. **Rev. CEFAC**. vol.17, n.4, p:1232-1240. 2015.

SILVA VLS, FRANÇA GVA, SANTOS IS, BARROS FC, MATIJASEVICH A. Characteristics and factors associated with hospitalization in early childhood: 2004 Pelotas (Brazil) birth cohort. **Cad Saúde Pública**. V.33. n.10. 2017.

SILVA J.C.G, et al. Assistência à gestão e parto gemelar. **Rev Ciênc Med**. 2003;12(2): 173-183.

SILVA, S.M.M; da et al . Perinatal morbidity and mortality in pregnancies that progressed with ruptured membranes at a public hospital in Northern Brazil. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.**, Rio de Janeiro , v. 36, n. 10, p. 442-448, Oct. 2014 . Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-72032014001000442&lng=en&nrm=iso>. Acesso in 10 June 2018. <http://dx.doi.org/10.1590/SO100-720320140004941>.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA. Coordenação Geral do Programa de Reanimação Neonatal da SBP, International Liaison Committee on Resuscitation (ILCOR) Neonatal Task Force. Programa de Reanimação Neonatal. **Reanimação do recém-nascido ≥34 semanas em sala de parto: diretrizes 2016 da Sociedade Brasileira de Pediatria**. São Paulo: SBP; 2016. 17.

SOUSA CA, CÉSAR CLG, BARROS MBA, CARANDINA L, GOLDBAUM M, PEREIRA JCR Doenças respiratórias e fatores associados: estudo de base populacional em São Paulo, 2008-2009. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo , v. 46, n. 1, p. 16-25, Feb. 2012 . Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102012000100003&lng=en&nrm=iso>. access on 03 July 2018. Epub Dec 13, 2011. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102011005000082>.

STEIN R. E. K, JESSOP D. J. A. **Non categoria calapproach to chronic childhood illness**. Public Health Reports. v.97, n. 4. P. 354-62. 1982.

STEIN, R. E. et al. Framework for identifying children who have chronic conditions: the case for a new definition. **The Journal of pediatrics**, St. Louis, v. 122, n. 3, p. 342-7. 1993.

STEIN, R. E.; SILVER, E. J. Operationalizing a conceptually based noncategorical definition:a first look at US children with chronic conditions. **Archives of pediatrics and adolescent medicine**, Chicago, v.153, n. 1, p. 68-74. 1999.

SZABO, S. M.; GOOCH, K. L.; KOROL, E. E.; BRADT, P.; VO, P.; LEVY, A. R. Respiratory distress syndrome at birth is a risk factor for hospitalisation for lower respiratory tract infections in infancy. **The Pediatric Infectious Disease Journal**, v. 31, n. p. 1245-1251, 2012.

TABILE, PM, TEIXEIRA RM, TOSO G, MATRAS RC, FUHRMANN IM, MC PIRES, et al. Características dos partos pré-termo em hospital de ensino do interior do Sul do Brasil: análise de 6 anos. **Revista da AMRIGS**, Porto Alegre, 2016;60 (3): 168-72.

TALACHIAN E, BIDARI A, REZAIIE MH. Incidence and risk factors for infantile colic in Iranian infants. **World J Gastroenterol**; vol.14, p:4662–4666. 2008.

TAVARES T. S.; DUARTE E. D.; SILVA B. C. N. S. et al. Caracterização do perfil das crianças egressas de unidade neonatal com condição crônica. **R. Enferm. Cent. O. Min.** v.3, n. 4, p.1322-35. 2015.

TEIXEIRA, M.P.C, QUEIROGA T.P.R, MESQUITA M.A. Frequência e fatores de risco para o nascimento de recém-nascidos pequenos para idade gestacional em maternidade pública. **Einstein** (São Paulo), São Paulo , v. 14, n. 3, p. 317-323. 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-45082016000300317&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 10 Jun 2018.

TEIXEIRA, CF, SOLLA, JP. **Modelo de atenção à saúde: vigilância e saúde da família** [online]. Salvador: Editora EDUFBA, 2006. Saladeaula series, nº3. 237 p. ISBN 978-85-232-0920-9. Available from SciELO Books .

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.

TORPY, J.M; CAMPBELL, A; RM GLASS. **Chronic Diseases of Children.** JAMA 2010; 303 (7): 682. doi: 10.1001 / jama.303.7.682

TOSO, B. R. G. O. **Resolutividade do cuidado à saúde de crianças menores de cinco anos hospitalizadas por causas sensíveis à atenção básica.** Tese (Doutorado). Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo- Ribeirão Preto, SP, 2011, 373f.

TUDEHOPE DI. Human Milk. The Nutritional Needs of Preterm Infants. **J Pediatr.** vol.162:p:17-25. 2013.

TUON, RA et al. Telephone monitoring service for pregnant women and impact on prevalence of prematurity and associated risk factors in Piracicaba, São Paulo State, Brazil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, vol.32, n.7, p: 00107014. 2016.

UNDERWOOD MA. Human milk for the premature infant. **Pediatr Clin North Am.** vol.60, p:189-207. 2013.

UNICEF. **Pesquisa para estimar a prevalência de nascimentos pré-termo no Brasil e explorar possíveis causas, Cesar Victora. Jul 2013.** Documento online. Disponível em: http://www.unicef.org/brazil/pt/br_prematuridade_possiveis_causas.pdf Acesso em: 29 nov 2015.

VAN DEN BROEK NR, JEAN-BAPTISTE R, NEILSON JP. Factors Associated with Preterm, Early Preterm and Late Preterm Birth in Malawi. **Hawkins SM, ed. PLoS ONE.** v. 9, n. 3. 2014.

VAN DYCK, P.C; KOGAN, M.D; MCPHERSON, M.G; WEISSMAN, G.R; NEWACHECK, P.W. Prevalence and characteristics of children with special health care needs. **Arch Pediatr Adolesc Med.** v. 158, n. 9, p:884-90. 2004.

VANDENPLAS, Y et al . Probióticos e prebióticos na prevenção e no tratamento de doenças em lactentes e crianças. **J. Pediatr.** (Rio J.), v. 87, n. 4, p. 292-300, Aug. 2011 . Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0021-75572011000400004&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 10 Jun. 2018

VERONEZ M et al . Vivência de mães de bebês prematuros do nascimento a alta: notas de diários de campo. **Rev. Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre , v. 38, n. 2, e60911, 2017 . Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472017000200419&lng=en&nrm=iso. Acesso em 10 Jun 2018.

VIERA, C.L.V; FERNANDES, C.A; DEMITTO, M.O; BERCINI, L.O; SCOCHI, M.J; MARCON, S.S. Puericultura na atenção primária à saúde: atuação do enfermeiro. **Rev. Cogitare Enferm.**, v. 17, n. 1. 2013.

VOHR, B. Long-Term Outcomes of Moderately preterm, late preterm and Early Term infants. **Clinical Perinatology.**, v.40, n. p: 739-51, 2013.

ZAMBONATO, A.M.K; PINHEIRO, R.T; HORTA, B.L; TOMASI, E. Fatores de risco para nascimento de crianças pequenas para idade gestacional. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 38, n. 1, p. 24-9, fev. 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v38n1/18448.pdf>

ZANINI, G; CEMIN, N.F; NIQUE PERALLES, S. **Paralisia Cerebral:** causas e prevalências. *Fisioterapia em Movimento*, [S.l.], v. 22, n. 3, set. 2017. ISSN 1980-5918. Disponível em: <https://periodicos.pucpr.br/index.php/fisio/article/view/19461>. Acesso em: 02 jul. 2018.

ZEITLIN J, SZAMOTULSKA K, DREWNIAC N, MOHANGOO A, CHALMERS J, SAKKEUS L et al. Preterm birth time trends in Europe: a study of 19 countries. **BJOG.** v. 120, n. 11, p:1356-652013. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23700966> Acesso em 13 Jun 2018.

ZUNZUNEGUI M. V.; BÉLAND F.; GUTIÉRREZ-CUADRA P. Loss to follow-up in a longitudinal study on aging in Spain. **J Clin Epidemiol.** v.54, n. 5, p. 501-10. 2001.

WONG. **Fundamentos de Enfermagem Pediátrica.** 8.ed. Rio de Janeiro: Guanabara, 2014.

Enf^oDdo. Leonardo Bigolin Jantsch
Orientadora: Dra Eliane Tatsch Neves

Apêndice A - Roteiro da Entrevista Semiestruturada

Roteiro da Entrevista Semiestruturada

Nº Instrumento quanti: _____

Nome da criança (para usar no momento da entrevista): _____ Data: ____ / ____ / ____

Entrevistado: _____ Descrição sucinta da

Condição: _____

Condição Crônica () Condição Aguda () () Agudização da Crônica

#Após a alta hospitalar, vocês foram encaminhados para acompanhamento em algum serviço de saúde? Qual esse serviço?

Descrição dos Sinais e Sintomas:

#Como a família percebeu que a criança não estava bem?

Quais as medidas adotadas pela família para atender os sinais?

Em que momento a família percebeu que precisaria procurar os serviços de saúde?

Onde a família buscou assistência a saúde, por decorrência dessa condição de saúde? Por quê?

Descrição dos Sistemas de Saúde e sua organização diante da demanda:

Existe um profissional da saúde (médico ou enfermeiro), ou serviço de saúde, em que a criança é levada, quando apresenta algum problema de saúde, normalmente?

Qual foi o cuidadorealizado nos serviços de saúde, diante da situação (citar a condição de saúde) apresentada pela criança?

Quais os profissionais que a atenderam?

Quanto tempo você esperou para ser atendido?

O local de assistência à saúde escolhido fica perto de sua casa?

Por que foi escolhido esse local para atender a criança?

Em que momentos você frequenta o serviços de saúde, para as demandas da criança?

A equipe de saúde, dá abertura para conversar e suprir as necessidades de outras demandas de saúde, que a família ou a criança apresentam?

Em sua opinião o serviço supriu as necessidades de saúde?

Ações de Proteção e Promoção da Saúde

Nesse serviço, foram realizadas orientações para manter a criança saudável: amamentação/alimentação, higiene, sono, repouso, vacinas, entre outras orientações?

Nesse serviço, foram realizadas orientações quanto a prevenção de acidentes: quedas, queimaduras, afogamento, choque, intoxicações, entre outras?

Nesse serviço, foram realizadas orientações para problemas de comportamento e desenvolvimento da criança, tais como, choro, “manhas”.

Nesse serviço, foram realizadas orientações quanto ao crescimento e desenvolvimento da criança (o que é esperado para cada idade, aparecimento dos dentes, quando criança irá caminhar, etc)

Formação das redes

Diante das demandas de saúde, os serviços foram resolutivos (Resolveram os problemas de saúde imediatos?)

#Se não foram, a criança foi encaminhada para outro serviço ou serviço especializado, quando necessário;

#Se procurou o hospital de forma direta, houve piora dos sintomas para essa escolha? A Unidade Básica (Posto de Saúde) foi acessada? Se não, por quê?

Projeto: CONDIÇÕES DE SAÚDE DE PREMATUROS TARDIOS E MODERADOS NO PRIMEIRO ANO DE VIDA

Apêndice B - Instrumento de Coleta de Dados - Etapa Quantitativa (variáveis obstétricas e neonatais)

EnfºDdo. Leonardo Bigolin Jantsch

Orientadora: Dra Eliane Tatsch Neves

DADOS DE COLETA EM PRONTUÁRIO (Variáveis Obstétricas e Neonatais)		Nº Instrumento: _____
1.Nome da Criança:		
2. Dados de Nascimento		Códigos
2.1 Data de Nascimento: DD/MM/AA	___/___/___	
2.2 Data de Internação na UTI: DD/MM/AA	___/___/___	
2.3 Data da Alta: DD/MM/AA	___/___/___	
2.4 Dias de Internação:	_____	_____
2.5 Idade Gestacional (Semanas + dias)	_____	_____
2.6 Peso(gramas)	_____	_____
2.7 Relação Peso/IG (Percentil)	_____	_____
2.8 Parto	<input type="checkbox"/> Vaginal	_____
	<input type="checkbox"/> Cesárea	
2.9 Intercorrências no Parto:	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não. Se sim, qual: _____	
2.10 Apgar	___ 1º min	_____
	___ 5º min	_____
2.11Necessitou Reanimação:	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não. Se sim, qual: _____	

3. Antecedentes Obstétricos ²		Código	
3.1 Pré-Natal:	<input type="checkbox"/> seis ou mais consultas		
	<input type="checkbox"/> Menos que seis consultas		
	<input type="checkbox"/> Não realizado		
3.2 Gestação de Risco?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não. Por qual motivo? _____		
3.3 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 oligodramnio		
	<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: _____		
3.4 Corticóideantenatal	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não. Quantas doses: _____		

² BITTAR e ZUGAIBER(2009)

4. Motivo de Internação em UTI-Neonatal ³ :			Código
(Instrumento para RN que internarem na Uti-Neonatal)	() Baixo Peso		
	() Desconforto Respiratório		
		() Gemência	
		() Batimento de Asa	
		() Retração intercostal/subcostal/esternal	
		() Cianose	
		() Oxigeniodespendente	
	() Síndrome do desconforto respiratório (SDR).		
	() Intercorrências no processo de nascimento		
		() Síndrome de aspiração do mecônio (SAM).	
		() Taquipneia transitória do RN (TTRN).	
		() Síndrome da hipertensão pulmonar persistente neonatal (HPPN).	
	() Alterações metabólicas		
		() Hipoglicemia	
() Malformações congênitas			

³ BRASIL (2011).

		()Malformações pulmonares:_____	
		()Malformações cardíacas:_____	
		()Malformações gastrointestinais:_____	
		() Outras malformações:_____	
	() Outros Motivos:_____		

5. Intercorrências na Internação (Aplicado a todos os RN)		
	5.1 Durante a Internação o RN apresentou alguma complicação?	() Sim () Não. 5.1.1 Se sim, Qual:
	5.2 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: _____
	5.2.1A terapêutica utilizada, foi pelo motivo de internação?	() Sim () Não. Se sim, qual: _____
	5.2.2A terapêutica utilizada foi por complicações posteriores?	() Sim () Não. Se sim, qual: _____
	5.3 O RN utilizou terapêutica medicamentosa?	() Sim () Não
	5.3.1 Qual:	
	5.3.2 A terapêutica utilizada, foi pelo motivo de internação?	() Sim () Não. 5.3.2.1 Se sim, qual: _____
	5.3.3.A terapêutica utilizada foi por complicações posteriores?	() Sim () Não. 5.3.2.2. Se sim, qual: _____
	5.4 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		
	5.5 Tipo de dieta		
	() Leite Materno Exclusivo		
	() Aleitamento materno misto		
	() Leite artificial		
6. Informações na alta:	6.1 Criança recebeu alta hospitalar com alguma demanda específica: () Sim () Não		
	Qual:_____		
	6.2 Foi encaminhada para algum serviço de saúde? () Sim () Não		
	Qual:_____		

INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS- ETAPA QUANTITATIVA (Perfil Socioeconômico)

Enf^o Ddo. Leonardo Bigolin Jantsch

Orientadora: Dra Eliane Tatsch Neves

Apêndice C

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: ____/____/____

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

2. Relação Morador/ Cômodo	
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"/>

3. ITENS DE CONFORTO	NÃO POSSUI	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					

4. A água utilizada neste domicílio é proveniente de?	
<input type="checkbox"/>	Rede geral de distribuição
<input type="checkbox"/>	Poço ou nascente
<input type="checkbox"/>	Outro meio

5. Considerando o trecho da rua do seu domicílio, você diria que a rua é:	
<input type="checkbox"/>	Asfaltada/Pavimentada
<input type="checkbox"/>	Terra/Cascalho

6. Qual é o grau de instrução do chefe da família?	
<input type="checkbox"/>	Analfabeto / Fundamental I incompleto
<input type="checkbox"/>	Fundamental completo
<input type="checkbox"/>	Médio incompleto
<input type="checkbox"/>	Médio completo/Superior incompleto
<input type="checkbox"/>	Superior completo

INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS- ETAPA QUANTITATIVA (Condição Aguda de Saúde)

Enf^oDdo. Leonardo Bigolin Jantsch

Orientadora: Dra Eliane Tatsch Neves

Apêndice D - 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):

Nos últimos três meses seu filho (a) apresentou (ficou com)					
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

INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS- ETAPA QUANTITATIVA (Condição Crônica de Saúde)⁴Enf^oDdo. Leonardo Bigolin Jantsch

Orientadora: Dra Eliane Tatsch Neves

Apêndice E - Instrumento para Coleta de Condição Crônica de Saúde

Nº Instrumento: _____

Nome da criança (para usar no momento da entrevista): _____ Período: ___/___ à ___/___

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

1	A(o) [nome criança _____] necessita de algum medicamento ou tecnologia, de uso contínuo, indicado pelo médico?	1 <input type="checkbox"/> Sim, Qual(is)? _____ 0 <input type="checkbox"/> Não – vá para a questão 2
1a	O uso deste medicamento se deve a alguma doença, problema de saúde ou de comportamento?	1 <input type="checkbox"/> Sim, Qual(is)? _____ 0 <input type="checkbox"/> Não – vá para a questão 2
1b	Este problema de saúde tem durado ou tem a previsão de durar um ano ou mais?	1 <input type="checkbox"/> Sim 0 <input type="checkbox"/> Não
2	A(o) [nome criança _____] necessita de acompanhamento médico, ou dos serviços de saúde mais do que a maioria das crianças da idade dele(a)?	1 <input type="checkbox"/> Sim, Qual(is)? _____ 0 <input type="checkbox"/> Não – vá para a questão 3
2a	Este acompanhamento se deve a alguma doença, problema de saúde ou de comportamento?	1 <input type="checkbox"/> Sim 0 <input type="checkbox"/> Não – vá para a questão 3
2b	Este problema tem durado ou tem a previsão de durar um ano ou mais?	1 <input type="checkbox"/> Sim 0 <input type="checkbox"/> Não
3	A(o) [nome criança _____] tem dificuldade ou não consegue fazer alguma atividade que a maioria das crianças da idade dele(a) faz?	1 <input type="checkbox"/> Sim 0 <input type="checkbox"/> Não – vá para a questão 4
3a	Esta dificuldade se deve a alguma doença, problema de saúde ou de comportamento?	1 <input type="checkbox"/> Sim 0 <input type="checkbox"/> Não – vá para a questão 4 <input type="checkbox"/>
3b	Este problema tem durado ou tem a previsão de durar um ano ou mais?	1 <input type="checkbox"/> Sim 0 <input type="checkbox"/> Não

Desenvolve alguma condição crônica (Variável dependente dicotômica): () Sim () Não

⁴Adaptado do instrumento de Triagem de CRIANES (ARRUÉ, 2012)

Apêndice F- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
DOCTORADO 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^oDdo. 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^o 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 seu filho 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 alteração na saúde nos últimos

*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

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 da pesquisa: estão relacionados ao surgimento de sentimentos e emoções que possam provocar constrangimentos ou tristeza durante as entrevistas. Em caso de acontecer alguma sensação ou sentimento indesejado/ruim, o participante tem o direito de interromper a entrevista a qualquer momento.

Benefícios da pesquisa: serão indiretos, contribuindo para o conhecimento científico sobre a saúde do prematuro no seu primeiro ano de vida bem como contribuir para conhecer os problemas de saúde dessas crianças que nasceram prematuras e assim poder organizar os serviços de saúde para atendê-los. 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 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 dados coletados.

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

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 referentes ao desenvolvimento deste estudo;
- Não ter minha identidade revelada em nenhum momento da investigação

*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

- 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 coletados 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 /Representante Legal

Apêndice G- Termo de Assentimento Livre e Esclarecido
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
DOCTORADO 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; 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: 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 Bigolin Jantsch me explicou todas as dúvidas e 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 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 no domicílio. Além disto, a 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, eu recebi informações de como ocorrerá as visitas e quais os questionamentos que serão realizados referem à saúde do meu 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. 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 o pesquisador possa prestar mais atenção às minhas falas durante os encontros, e que o que for dito e gravado só poderá ser ouvido por ele e pela sua orientadora. Dessa forma, concordo livremente em participar da pesquisa com o pesquisador, sabendo que posso desistir a qualquer momento, se assim desejar.

_____, ____ de _____ de 20____.

Nome do Participante da pesquisa
ou impressão dactiloscópica

Assinatura do Participante da pesquisa

Eliane Tatsch Neves

Apêndice H- Termo de Confidencialidade dos dados

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

*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

Anexo A

Autorização, enviada por e-mail, para utilização e recorte do instrumento Screener, pela autora que traduziu para o português.

Re: autorização para recorte do screener ↑

Prezado Enf^o Leonardo Bigolin Jantsch, Doutorando em Enfermagem pelo PPGEnf/UFSM.

Autorizo a reprodução total ou parcial da versão brasileira do instrumento *Children with Special Health Care Needs screener*[®] (denominado Triagem de Crianças com Necessidades Especiais de Saúde).

O artigo com a descrição da tradução e adaptação do instrumento está em processo de avaliação, sugiro utilizar como referência Dissertação apresentada ao PPGEnf/UFSM, link: <https://www.google.com.br/webhp?sourceid=chrome-instant&ion=1&espv=2&ie=8#q=arru%C3%A9%20ppgenf%20ufsm>

Futuramente encaminho a referência do artigo.

Além disso, o instrumento está em processo de avaliação e revisão da versão brasileira, na minha Tese de Doutorado.

Portanto, encaminho a versão posterior ao pré-teste, os critérios de análise e o manual do entrevistador elaborado pela pesquisadora.

Me coloco a disposição para prestar assistência e orientações sobre a aplicação do instrumento.

Aguardo os resultados da pesquisa.

Atenciosamente

Enf^a Me. Andrea Moreira Arrué

Anexo B

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 (andreatompsen@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 Enfª 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 morbidades:

ANEXO C
Carta Aprovação Comitê de Ética