

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL  
ESCOLA DE ENFERMAGEM  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

**EVELINE FRANCO DA SILVA**

**CONDIÇÕES DE NASCIMENTO DE RECÉM-NASCIDOS PRÉ-TERMO TARDIOS**

**Porto Alegre**

**2014**

**EVELINE FRANCO DA SILVA**

**CONDIÇÕES DE NASCIMENTO DE RECÉM-NASCIDOS PRÉ-TERMO TARDIOS**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Linha de pesquisa: Cuidados de Enfermagem na Saúde da Mulher, Criança, Adolescente e Família.

Orientadora: Profa. Dra. Ana Lúcia de Lourenzi Bonilha

**Porto Alegre**

**2014**

CIP - Catalogação na Publicação

Silva, Eveline Franco da  
Condições de nascimento de recém-nascidos pré-  
termo tardios / Eveline Franco da Silva. -- 2014.  
56 f.

Orientadora: Ana Lúcia de Lourenzi Bonilha.

Dissertação (Mestrado) -- Universidade Federal do  
Rio Grande do Sul, Escola de Enfermagem, Programa de  
Pós-Graduação em Enfermagem, Porto Alegre, BR-RS, 2014.

1. Prematuro. 2. Nascimento prematuro. 3.  
Enfermagem neonatal. 4. Enfermagem. I. Bonilha, Ana  
Lúcia de Lourenzi, orient. II. Título.


**EVELINE FRANCO DA SILVA**

**CONDIÇÕES DE NASCIMENTO DE RECÉM-NASCIDOS PRÉ-TERMO TARDIOS**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre.

Aprovada em Porto Alegre, 27 de outubro de 2014.

**Banca Examinadora**




---

Profa. Dra. Ana Lucia Lourenzi Bonilha

Presidente da Banca – Orientadora

PPGENF/UFRGS



---

Profa. Dra. Eva Neri Rubim Pedro

Membro da banca

PPGENF/UFRGS




---

Profa. Dra. Daisy Zanchi de Abreu Botene

Membro da banca

IPA



---

Profa. Dra. Simone Algeri

Membro da banca

EENF/UFRGS

*Dedico esta dissertação ao meu filho Matheus e aos meus pais, Adão e Eva, pelo apoio, compreensão e amor incondicional.*

## AGRADECIMENTOS

A **Deus**, pela vida, pela saúde, pela fé, por colocar pessoas especiais em meu caminho, pelas oportunidades...

À minha professora orientadora, companheira de estudos e amiga Doutora **Ana Lúcia de Lourenzi Bonilha**, obrigada por compartilhar conhecimentos! Obrigada por ser este exemplo profissional e pessoal. Obrigada por acreditar em mim, na minha capacidade, e sempre estar me apoiando com tuas sábias palavras nas diversas situações delicadas da minha vida. Muito obrigada!

À **Universidade Federal do Rio Grande do Sul** e ao **Programa de Pós-Graduação em Enfermagem**, pelo ensino de excelência e qualidade.

Às **professoras do Departamento de Enfermagem Materno Infantil da Escola de Enfermagem**, obrigada por compartilharem tanto conhecimento e lutarem para que possamos oferecer um cuidado de enfermagem digno e de qualidade.

À Diretora da Escola de Enfermagem da UFRGS, Professora Doutora **Eva Neri Rubim Pedro**, pela sua dedicação a esta grande escola e pelas aulas, que tanto contribuíram para minha trajetória acadêmica.

À Professora Doutora **Virginia Leissmann Moretto**, pelo acolhimento, apoio, amizade e confiança.

Aos membros do **Grupo de Estudos da Saúde da Mulher e do Bebê**, pelas reuniões e encontros que possibilitaram discussões sobre saberes e práticas indispensáveis à enfermagem.

À Doutora **Cecília Drebes Pedron**, à Doutora **Lilian Cordova do Espírito Santo**, à Mestre **Mariana Bello Porciuncula**, obrigada!

À minha colega e grande amiga **Ana Carla dos Santos Fischer Pruss**, obrigada por estar em minha vida, por compartilhar sonhos, ser tão calma e serena, sempre ajudando nos momentos em que eu mais precisei, muitas vezes apenas com um olhar ou uma mensagem. Obrigada!

A minha amiga **Fernanda Peixoto Cordova**, que tanto me apoiou, desde a graduação, para que eu ingressasse no mestrado: Obrigada!

Aos **colegas de mestrado**, pelos trabalhos, pelas parcerias, pela companhia...

Aos **colegas da Faculdade Nossa Senhora de Fátima** e da **Faculdade da Serra Gaúcha**, e aos meus **alunos**: obrigada pela compreensão, parceria e aprendizado.

À minha **família**, agradeço por todo amor e incentivo, em especial aos **meus pais**, por acreditarem nos meus sonhos, por entenderem minha ausência e minhas preocupações, e, principalmente, por estarem junto de mim e do meu filho.

Obrigada ao meu filho, **Matheus**, que mesmo tão pequeno me dá forças como se enorme fosse, para que eu siga lutando e não desista dos meus sonhos, que agora são nossos.

## RESUMO

SILVA, Eveline Franco da. **Condições de nascimento de recém-nascidos pré-termo tardios**. 2014. 56 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem)-Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2014.

O nascimento de crianças antes de completar as 37 semanas de idade gestacional, ou seja, o nascimento prematuro, constitui-se em um evento de preocupação global. Os prematuros tardios, aqueles nascidos entre 34 semanas e 36 semanas e seis dias de gestação, representam uma parcela significativa na prematuridade. Entretanto, os recém-nascidos pré-termo tardios não podem ser considerados como recém-nascidos próximos ao termo, pois fisiologicamente são imaturos e em razão disso geram maiores ocorrências de internações hospitalares e morbidades. Essas consequências da prematuridade tardia geram impacto na saúde pública. Sendo assim, o objetivo do presente estudo foi conhecer as condições ao nascimento de recém-nascidos pré-termo tardios. Trata-se de um estudo qualitativo, do tipo exploratório, cuja coleta de dados realizou-se em três unidades de Estratégia de Saúde da Família, no período de novembro de 2011 a dezembro de 2012, na cidade de Porto Alegre/RS, com 13 informantes, mães desses recém-nascidos prematuros tardios. Os dados utilizados neste estudo foram obtidos do banco de dados da pesquisa “O cuidado leigo e profissional na prematuridade: fatores culturais relacionados ao período gestacional e pós-natal”, a qual teve registro na Comissão de Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul e aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Prefeitura Municipal de Porto Alegre, com Parecer registrado sob número 001.039956.11.3. A análise de dados foi fundamentada no referencial da Análise Temática e de Padrões, compondo dois temas: complicações decorrentes da prematuridade tardia; e repercussões no crescimento e desenvolvimento. O primeiro tema mostrou que as complicações decorrentes da prematuridade tardia foram relacionadas à sífilis congênita, ao baixo peso, à icterícia, à anemia, à hipoglicemia e à gemelaridade. Essa condição de nascimento exigiu cuidados específicos, desse modo reafirmando que os pré-termo tardios não podem ser considerados bebês a termo. O segundo tema apresentou a prematuridade tardia como um fator que pode comprometer o crescimento e desenvolvimento da criança. A partir do conhecimento das condições de nascimento desses recém-nascidos, ressalta-se a importância de desenvolver protocolos de atenção à saúde do pré-termo tardio, bem como a capacitação dos profissionais que atuam neste contexto para promover um cuidado diferenciado e de qualidade a esses bebês e suas famílias.

**Palavras-chave:** Prematuro. Nascimento prematuro. Enfermagem neonatal. Enfermagem.

## ABSTRACT

SILVA, Eveline Franco da. **Birth conditions of late preterm newborns**. 2014. 56 f. Dissertation (Master in Nursing)-School of Nursing, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2014.

Childbirth before achieving 37 weeks of pregnancy, which is known as premature birth, consists in an occurrence of global concern. The late-premature babies, those who are born between 34 weeks and 36 weeks and 6 days of pregnancy, represent a significant portion of prematurity. Nevertheless, the late-preterm newborns cannot be considered close to term newborns as physiologically they are immature and as a result of this, it has a higher incidence of hospital stays and deaths. These consequences of late prematurity give impact on the public health system. Thus, the aim of the present study was to get to know the birth conditions of late-preterm newborns. It refers to an explorative, qualitative study, which data was collected in three Family Health clinics in the period from November, 2011 until December 2012, in the city of Porto Alegre, RS, from 13 participants, mothers of the late-preterm newborns. The data used in this study were obtained from the databank of the investigation, 'Lay and professional care in prematurity: cultural factors related to pregnancy and the post-natal period', which was registered in the Investigation Committee of the Nursing School of the Federal University of Rio Grande do Sul and approved by the Investigations Ethical Committee of the Municipal Authority of Porto Alegre, appearing under the registration number 001.039956.11.3. The data analysis was founded in reference to Thematic Analysis and Patterns, composing of two topics: complications resulting from late prematurity and repercussions on growth and development. The first topic showed that the resulting complications of late prematurity were related to congenital syphilis, low weight, jaundice, anemia, hypoglycemia and multiple births. This birth condition demanded specific care, reaffirming those late-preterm babies cannot be considered as full-term babies. The second topic, presented late prematurity as a factor that can compromise the growth and development of the child. From the knowledge of the birth conditions of these newborns the importance of developing protocols to draw attention to the health of late pre-term babies is highlighted, as well as the abilities of these professionals perform in this area to promote differentiated good quality of care for these babies and their families.

**Keywords:** Infant, premature. Premature birth. Neonatal nursing. Nursing.



## RESUMEN

SILVA, Eveline Franco da. **Condiciones de nacimiento de recién nacidos pre-término tardíos**. 2014. 56 f. Tesina (Maestría en Enfermería)-Escuela de Enfermería, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2014.

El nacimiento de niños antes de completar las 37 semanas de edad gestacional, o sea, el nacimiento prematuro, constituye un evento de preocupación global. Los prematuros tardíos, aquellos nacidos entre 34 semanas y 36 semanas y seis días de gestación, representan un grupo significativo de prematuridad. Entre tanto, los recién nacidos pre-término tardíos no pueden ser considerados como recién nacidos cercanos al término, pues filosóficamente son inmaduros y debido a eso generan mayores problemas de internaciones hospitalarias y morbilidades. Esas consecuencias de prematuridad tardía generan un impacto en la salud pública. Debido a esto, el objetivo del presente estudio fue conocer las condiciones del nacimiento del recién nacido pre-término tardío. Se trata de un estudio cualitativo, de tipo exploratorio, cuya recolección de datos se realizó en tres unidades de Estrategia de Salud de la familia en el periodo de noviembre 2011 hasta diciembre 2012, en la ciudad de Porto Alegre, Rio Grande del Sur, con 13 informantes, madres de esos recién nacidos prematuros tardíos. Los datos utilizados en este estudio fueron obtenidos del Banco de datos de la investigación 'El cuidado lego y profesional en la prematuridad: factores culturales relacionados al periodo gestacional y postnatal', la cual tuvo registro en la comisión de investigación de la Escuela de Enfermería de la Universidad Federal de Rio Grande del Sur y aprobación del comité de ética en investigaciones de la Prefectura Municipal de Porto Alegre con opinión registrada bajo el número 001.039956.11.3. El análisis de datos fue fundamentado en el referencial del Análisis Temático y de Patrones, compuesto de dos temas: complicaciones decurrentes de la prematuridad tardía y repercusiones en el crecimiento y desenvolvimiento. El primer tema mostró que las repercusiones decurrentes de la prematuridad tardía fueron relacionadas con la sífilis congénita, el bajo peso, la ictericia, la anemia, la hipoglicemia y los partos múltiples. Esa condición de nacimiento exigió cuidados específicos, de esa forma reafirmó que los pre-término tardíos no pueden ser considerados bebés de término. El segundo tema presentó la prematuridad tardía como un factor que puede comprometer el crecimiento y el desenvolvimiento del niño. A partir del conocimiento de las condiciones de parto de esos recién nacidos, se resalta la importancia de desenvolver protocolos de atención a la salud del pre-término tardío, al igual que la capacitación de profesionales que actúan en este contexto para promover un cuidado diferenciado y de calidad a esos bebés y a sus familias.

**Palabras clave:** Prematuro. Nacimiento prematuro. Enfermería neonatal. Enfermería.

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CC – Caderneta da Criança  
CEP – Comitê de Ética em Pesquisa  
COMPESQ – Comissão de Pesquisa  
ESF – Estratégia de Saúde da Família  
NA – Nota de alta  
ODM – Objetivos de Desenvolvimento do Milênio  
OMS – Organização Mundial da Saúde  
ONU – Organização das Nações Unidas  
PMPA – Prefeitura Municipal de Porto Alegre  
PNUD – Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento  
RIPSA – Rede Interagencial de Informações para a Saúde  
RN – Recém-Nascido  
RNPT – Recém-Nascido Pré-Termo  
RNPTT – Recém-Nascido Pré-Termo Tardio  
RS – Rio Grande do Sul  
SINASC - Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos  
SMS – Secretaria Municipal de Saúde  
SUS – Sistema Único de Saúde  
TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido  
UTIN – Unidade de Terapia Intensiva Neonatal  
UFRGS – Universidade Federal do Rio Grande do Sul  
VDRL – Veneral Disease Research Laboratory (teste antigênico não treponêmico – para a detecção de Sífilis)

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO</b>	<b>10</b>
<b>2</b>	<b>OBJETIVO</b>	<b>15</b>
<b>3</b>	<b>UMA BREVE REVISÃO SOBRE A PREMATURIDADE TARDIA</b>	<b>16</b>
<b>4</b>	<b>METODOLOGIA</b>	<b>20</b>
4.1	Tipo de Estudo	20
4.2	Campo de Estudo	20
4.3	Informantes do Estudo	21
4.4	Coleta de Dados	23
4.5	Análise dos Dados	24
4.6	Considerações Éticas	25
<b>5</b>	<b>ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS TEMAS</b>	<b>27</b>
5.1	Complicações decorrentes da prematuridade tardia	28
5.2	Repercussões no crescimento e desenvolvimento	32
<b>6</b>	<b>FORMULAÇÕES TEÓRICAS, CONSIDERAÇÕES E RECOMENDAÇÕES</b>	<b>37</b>
	<b>REFERÊNCIAS</b>	<b>40</b>
	<b>APÊNDICE A – Autorização para uso de banco de dados</b>	<b>48</b>
	<b>APÊNDICE B – Ficha de observação do diário de campo</b>	<b>49</b>
	<b>APÊNDICE C – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido</b>	<b>50</b>
	<b>APÊNDICE D – Roteiro para entrevista com mães das crianças prematuras</b>	<b>51</b>
	<b>APÊNDICE E – Roteiro para entrevista com mães das crianças prematuras – Entrevistas 2 e 3</b>	<b>53</b>
	<b>ANEXO A – Aprovação Comitê de Ética da Prefeitura Municipal de Porto Alegre</b>	<b>54</b>
	<b>ANEXO B – Termo Aditivo de Aprovação do Comitê de Ética da Prefeitura Municipal de Porto Alegre</b>	<b>55</b>
	<b>ANEXO C – Carta de Aprovação da Comissão de Pesquisa da Escola de Enfermagem (COMPESQ)</b>	<b>56</b>

## 1 INTRODUÇÃO

No contexto do cuidado em neonatologia, há muito tempo, ocorre uma preocupação em aumentar a sobrevida dos recém-nascidos e reduzir os efeitos causados pela fragilidade das condições de nascimento e cuidado perinatal<sup>1-2</sup>. Embora a redução da mortalidade infantil venha sendo, aos poucos, alcançada, em virtude das transformações e surgimento das tecnologias que ampliam as possibilidades de cuidado na atenção neonatal, ainda não foi possível reduzir significativamente a morbidade neste período do desenvolvimento vital<sup>3-5</sup>.

Porém, nesse contexto, o cuidado ao recém-nascido parece ocorrer de modo paradoxal. Se, por um lado, os avanços permitem a sobrevivência crescente de bebês nascidos prematuramente, inclusive com problemas graves que há um tempo eram considerados incompatíveis com a vida, por outro, a própria sobrevivência dessas crianças impõe desafio aos profissionais e a todo o sistema de saúde, como o de entregar à família e à sociedade crianças com capacidade de desenvolvimento pleno de seu potencial afetivo, cognitivo e produtivo<sup>6</sup>.

Mundialmente têm sido feitos esforços para assegurar a saúde neonatal. Em 2000, a Organização das Nações Unidas (ONU) estabeleceu oito objetivos de desenvolvimento do milênio (ODM), que deveriam ser atingidos por todos os países até 2015. No Brasil, esses objetivos foram denominados de *Oito Jeitos de Mudar o Mundo*<sup>7</sup>. O quarto e quinto ODM consistem em reduzir a mortalidade infantil e melhorar a saúde das gestantes, que englobam o escopo da neonatologia: aumentar a sobrevida dos recém-nascidos.

Nas últimas décadas, essa iniciativa, aliada ao avanço científico e tecnológico, tem contribuído para o aumento das taxas de sobrevivência das crianças que nascem antes do tempo, denominadas pré-termo ou prematuros<sup>8</sup>. Considera-se prematuridade o nascimento de uma criança antes das 37 semanas completas de idade gestacional. Este nascimento antecipado exige cuidados especiais ao recém-nascido<sup>2</sup>.

São inúmeras as causas que levam ao nascimento prematuro. A literatura<sup>9-10</sup> aponta como causas as alterações ou intercorrências placentárias, excesso de líquido amniótico, idade materna, infecções maternas, entre outras.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) informou que no ano de 2010 nasceram 15 milhões de prematuros em todo o mundo, e mais de um milhão dessas

crianças morreram no período neonatal precoce. Nesse período, a prematuridade foi elencada como a segunda causa de morte de crianças com menos de cinco anos de idade. Estima-se que 75% desses casos poderiam ter sido evitados a partir da adoção de medidas preventivas simples, como o uso de antissépticos e antibióticos para evitar infecções<sup>11</sup>.

No Brasil, estudo sobre as possíveis causas de prematuridade, divulgado em 2013, revelou que a prevalência de nascimentos prematuros é de 11,7% em relação a todos os partos realizados no Brasil<sup>12</sup>. Essa taxa coloca o país no mesmo patamar de países de baixa renda, onde a prevalência é de 11,8%. De acordo com um relatório publicado pela Organização Mundial da Saúde em 2012, o percentual de nascimentos prematuros nos países de renda média é de 9,4%<sup>11</sup>. Esses dados apresentam o Brasil na décima posição mundial em relação à prematuridade, correspondendo a 279 mil nascimentos prematuros ao ano<sup>11</sup>. E, contraditoriamente, as Regiões Sul e Sudeste, as regiões brasileiras mais desenvolvidas, são as que possuem os maiores percentuais de prematuridade, com 12% e 12,5%, respectivamente<sup>12</sup>.

O Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos (SINASC) aponta, no país, um discreto aumento no percentual de prematuridade, de 6,8% para 7,2% entre 2000 e 2010. Entretanto, o estudo sobre as possíveis causas da prematuridade corrige o valor de 2010 para 11,7%<sup>12</sup>. Diferente do que se poderia imaginar, em razão da redução da taxa de mortalidade infantil, há um crescimento considerável de nascimentos prematuros no Brasil<sup>13</sup>. Uma revisão de estudos de base populacional, que teve por objetivo avaliar a evolução das taxas de prematuridade no Brasil, indica que houve um aumento nas taxas de prematuridade, principalmente nas Regiões Sul e Sudeste, apresentando valores que variam de 3,4% a 15% dos nascimentos no período de 1978 a 2004<sup>13</sup>.

No Rio Grande do Sul, um estudo de coortes perinatais no período de 1982 a 2004, realizado no Município de Pelotas, evidenciou que a taxa de nascimentos pré-termo foi superior a 130%<sup>2</sup>. Pesquisadores ressaltam que a prematuridade foi responsável por 59,5% das mortes de crianças no primeiro ano de vida, durante o período de 2000 a 2003<sup>14</sup>. No que se refere à mortalidade infantil, dados revelam que a prematuridade é responsável pela maioria dos óbitos infantis no Brasil<sup>11,15</sup>. No período de 2000 a 2003, a prematuridade ocasionou 59,5% dos óbitos ocorridos no primeiro ano de vida das crianças da capital gaúcha<sup>14</sup>. De 2000 a 2010 a taxa de

mortalidade infantil reduziu 58,4%. No entanto, a taxa de mortalidade neonatal, que representava aproximadamente 64% da mortalidade infantil em 2000, passou a representar 69% desta taxa em 2010. No Rio Grande do Sul, em 2010, esta tendência de morte neonatal foi mantida, sendo representada por 67% das mortes infantis<sup>16</sup>.

Os dados citados anteriormente, com relação às taxas de morbimortalidade causadas pelo nascimento prematuro, revelam que a prematuridade constitui-se em um crescente problema de saúde pública e por isso tem sido motivo de grande preocupação para diversos especialistas do mundo inteiro<sup>11</sup>.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) classifica a prematuridade em três subcategorias: prematuridade extrema, caracterizada por recém-nascidos menores de 28 semanas de idade gestacional; muito prematuro, determinando os recém-nascidos entre 28 e 32 semanas gestacionais; e moderado a prematuro tardio, subcategoria determinada pelo nascimento da criança entre 32 e 37 semanas gestacionais<sup>11</sup>.

Nesta última subcategoria houve uma nova denominação: recém-nascido pré-termo tardio (RNPTT), ou prematuros tardios, ou seja, aqueles nascidos entre 34 e 36 semanas e seis dias de gestação<sup>11</sup>. Esse grupo de recém-nascidos, conhecidos também como *crianças próximas ao termo*, representa o maior número de nascimentos prematuros, totalizando cerca de 74% dos recém-nascidos pré-termo nos Estados Unidos<sup>17</sup>.

Apesar de os RNPTTs representarem a maior parte dos nascimentos prematuros e demandarem monitoramento rigoroso desde o nascimento até o seguimento pós-natal e avaliações em longo prazo, o foco do cuidado de enfermagem neonatal ainda está voltado às crianças nascidas como pré-termo extremos<sup>18-19</sup>.

O nascimento entre 34 e 36 semanas e seis dias de gestação determinam maior morbidade aos recém-nascidos. Estudos mostram que, quando comparados a recém-nascidos a termo, os prematuros tardios têm risco elevado para desenvolver problemas de saúde, como distúrbios respiratórios, hiperbilirrubinemia, instabilidade na temperatura, problemas com amamentação e alimentação, entre outros. Nesse sentido, compreende-se que as condições de saúde dos RNPTTs geram elevados custos financeiros ao sistema de saúde relacionados aos tratamentos e internações<sup>20-22</sup>.

Portanto, essas crianças devem receber uma atenção diferenciada com relação às nascidas a termo, em razão de suas características e necessidades específicas, pois fisiológica e metabolicamente esses bebês não são tão maduros quanto aos bebês nascidos a termo<sup>10,22</sup>. Contudo, ainda há poucas informações disponíveis e empregadas na prática de cuidado a esses bebês.

Estudar e investigar o tema da prematuridade tardia é relevante para a Enfermagem no cuidado ao neonato, especialmente porque diversos fatores parecem estar influenciando na prematuridade tardia, a exemplo do aumento do número de mulheres que adiam a maternidade, o aumento pela busca da reprodução assistida, o aumento da gemelaridade, obesidade materna, bem como as cesáreas eletivas<sup>15,23-24</sup>. É inegável que a maioria dos pré-termo tardios (aproximadamente 80%) passará pelo período neonatal sem complicações<sup>24</sup>. Entretanto, quando comparados com os de 39 a 41 semanas, apresentam maior probabilidade de repercussões biológicas na infância que prejudicam o crescimento e desenvolvimento infantil<sup>24</sup>.

A prematuridade é decursiva de diversas circunstâncias, nem sempre previsíveis, atingindo todos os lugares e todas as classes sociais. Geralmente, causa às famílias e à sociedade um custo social e financeiro de difícil mensuração, no entanto, bastante elevado<sup>25</sup>. Essa condição de nascimento exige capacidade técnica e equipamentos nem sempre disponíveis em todos os níveis de assistência à saúde, além disso, é uma situação que pode ser impactante para a família, uma vez que mobiliza as perspectivas que permeiam a perinatalidade<sup>9</sup>. Nesse contexto, a atuação dos profissionais de enfermagem torna-se essencial. É notória a construção do conhecimento no campo da Enfermagem em neonatologia, que vem acompanhado do crescente desenvolvimento tecnológico. No entanto, cabe ressaltar que o cuidado de enfermagem em neonatologia transcende o emprego de técnicas e/ou o domínio de tecnologia. Ademais, pesquisas têm mostrado que recém-nascidos pré-termo tardios e suas mães e família necessitam de cuidado diferenciado, apoio constante e intensivo, por parte dos profissionais de saúde, desde o nascimento do bebê<sup>19,26-28</sup>.

A experiência acadêmica e docente da área da saúde da mulher, do recém-nascido e da criança favoreceu a proximidade ao tema da prematuridade tardia, foco deste estudo. A prática de enfermagem nesta área de cuidado e, especialmente, as discussões sobre a temática com colegas especialistas no cuidado ao neonato

instigaram o conhecimento pelo cuidado aos recém-nascidos pré-termo tardios. Neste contexto, surgiram alguns questionamentos como: Qual o contexto do nascimento na prematuridade tardia? Quais são as condições de nascimento de recém-nascidos pré-termo tardios? Quais cuidados estes recém-nascidos recebem nas primeiras horas de vida? Em meio a essas inquietações, a oportunidade de participar de um grupo de estudos sob a linha de pesquisa de Cuidado de Enfermagem na Saúde da Mulher, Criança, Adolescente e Família, no qual o tema prematuridade tardia é investigado, possibilitou o desenvolvimento desta dissertação.



## **2 OBJETIVO**

Conhecer as condições ao nascimento de recém-nascidos pré-termo tardios.

### 3 UMA BREVE REVISÃO SOBRE A PREMATURIDADE TARDIA

O nascimento prematuro, especialmente do bebê pré-termo tardio, pode ser atribuído em 80% a causas desconhecidas ou por ruptura precoce de membranas amnióticas, sendo 20% deles decorrentes de complicações obstétricas<sup>10</sup>.

Embora existam diversas pesquisas sobre a prematuridade, ainda são poucas as investigações que dão enfoque aos recém-nascidos pré-termo tardios<sup>27,29</sup>. No entanto, este subgrupo de bebês representa a maioria dos nascimentos prematuros<sup>10,17</sup>.

Ressalta-se que os RNPTTs não são fisiologicamente e metabolicamente maduros como os recém-nascidos a termo<sup>30</sup>. A mortalidade dos pré-termo tardios é maior que a das crianças nascidas a termo; são bebês três vezes mais acometidos por paralisia cerebral, quando comparados a bebês a termo; possuem maior risco de hipotermia, pois perdem calor com mais facilidade, devido à maior superfície corporal para o peso, em relação aos outros RNs a termo; além de apresentarem outros agravos à saúde quando comparados aos recém-nascidos a termo<sup>31-34</sup>. Portanto, essas crianças não devem ser consideradas como próximas do termo e sim prematuras com alto risco de morbimortalidade em comparação aos recém-nascidos a termo<sup>28</sup>. Nessa perspectiva, destaca-se a importância de estar atento às condições dos bebês pré-termo tardios e suas particularidades, pois necessitam de cuidados específicos, ainda não contemplados amplamente nos serviços de saúde<sup>27</sup>.

Algumas morbidades podem acometer os RNPTs em razão de sua própria condição de nascimento, como: complicações oftalmológicas em decorrência do uso de oxigenoterapia, risco aumentado para doenças respiratórias no primeiro ano de vida, pressão arterial elevada na infância, gastroenterites e enterocolites necrosantes devido à introdução tardia de leite materno, diabetes, desordens fonoaudiológicas e outras relacionadas ao desenvolvimento<sup>35-37</sup>.

Estudo retrospectivo que analisou o nascimento de 299 recém-nascidos (49 nascimentos com 34 semanas, 50 com 35 semanas, 50 com 36 semanas e 150 a termo), com objetivo de avaliar os fatores desencadeantes do parto prematuro e comparar os resultados por idade gestacional, constatou que 92% dos neonatos nasceram por trabalho de parto espontâneo ou após ruptura prematura de membranas<sup>38</sup>. Destes nascimentos, a prematuridade resultou em maior tempo de internação para os RNPTTs, em decorrência de problemas de alimentação (36%

para prematuro tardio e 5% para a termo), hiperbilirrubinemia (25% para RNPTTs e 3% aos a termo) e complicações respiratórias (20% para RNPTTs e 5% para nascidos a termo)<sup>38</sup>. Estes dados vão ao encontro de outro estudo, que comparou RNPTTs com RNs a termo e evidenciou um alto índice de internação dos bebês pré-termo tardios devido à hipoglicemia e apneias, que são complicações que podem eventualmente influenciar no desenvolvimento neurológico da criança<sup>39</sup>.

Estudo, realizado no norte de Taiwan, com 7.998 recém-nascidos, indicou que os RNPTTs apresentaram maior morbidade com consequente hospitalização, alcançando 36%, enquanto que apenas 2% dos RNs a termo necessitaram de internação<sup>40</sup>.

Pesquisadores apontam diversos fatores de risco ao desenvolvimento de morbidades pelos prematuros tardios<sup>41-44</sup>. O desenvolvimento neurológico da criança pode sofrer agravos devido à prematuridade tardia. Um terço do crescimento do cérebro ocorre entre 35 e 41 semanas de idade gestacional, sendo o pico de desenvolvimento do cérebro e medula entre 34 e 36 semanas. A maturidade do sistema nervoso ocorre entre 35 e 38 semanas de gestação, neste período se desenvolve a coordenação das funções necessárias para alimentar-se<sup>45</sup>.

Estudos<sup>46-47</sup> afirmam que o desenvolvimento sensorial dos recém-nascidos pré-termo tardios apresenta déficit durante o primeiro ano de vida. No entanto, estudo com o objetivo de avaliar o resultado do desenvolvimento neurológico em bebês nascidos pré-termo tardios de baixo risco constatou que, se comparado com idade corrigida, esse dano pode ser nulo<sup>48</sup>. A idade da criança prematura deveria ser corrigida para o termo, ou seja, para a idade de um feto de 40 semanas<sup>27</sup>. Estes resultados ressaltam a importância da realização do cálculo da idade gestacional corrigida, ou seja, calcular a idade do bebê se tivesse nascido de 40 semanas gestacionais, pelos profissionais que fazem acompanhamento desses recém-nascidos.

Estudo<sup>49</sup> revela que alguns cuidados específicos direcionados ao pré-termo tardio podem auxiliar no desenvolvimento e na organização neurológica da criança, bem como a estimulação sensorial precoce, a avaliação neurológica e a correção da idade gestacional. Esses pesquisadores destacam que o estímulo a esses bebês não deve ocorrer simultaneamente, incluindo estímulos tátil, luminoso, sonoro e motor. O estímulo sensorial do RNPTT deve ocorrer de forma organizada e

individualizada, para que seja possível um resultado mais efetivo, que não cause danos e estresse ao prematuro tardio<sup>49</sup>.

Recomenda-se que, sempre que possível, o contato mãe-bebê inicie-se imediatamente ao nascimento, na sala de parto, e, se for necessária a internação em unidade de intensivismo neonatal, a visita deve ser o mais precoce possível<sup>25</sup>. O contato pele a pele precoce favorece o aleitamento materno e auxilia no desenvolvimento sensorial do recém-nascido<sup>50</sup>.

Problemas com a alimentação do recém-nascido pré-termo tardio são um dos motivos da reinternação hospitalar dessa população<sup>51</sup>. A amamentação do RNPTT pode ter dificuldade em razão da sua imaturidade, que impede a adequada sucção, respiração e deglutição durante as mamadas<sup>51</sup>. Sabe-se que os reflexos de busca, sucção e preensão palmar são menos presentes em RNPTTs, o que dificulta o aleitamento materno<sup>52</sup>.

Em razão da imaturidade metabólica, como uma das repercussões da prematuridade tardia, ressalta-se que, durante a internação, bebês prematuros tardios devem ser controlados para a possibilidade de perda de peso significativa, bem como para o desequilíbrio dos índices de sódio e cálcio, e distúrbios devido a transtornos alimentares, com ocorrência de hiperbilirrubinemia de início tardio<sup>30,51</sup>. Os fatores que estão relacionados às dificuldades da alimentação do RNPTT são problemas como a hipoglicemia, a icterícia e a instabilidade térmica<sup>51</sup>.

O aleitamento materno deve ser estimulado pelos profissionais de saúde, uma vez que o leite materno representa diversas vantagens para o bebê pré-termo, como a melhor digestibilidade e capacidade de prover defesa imunológica, perfil nutricional balanceado e próprio para o RNPTT<sup>53</sup>. No período inicial do aleitamento materno, quando o volume de colostro é baixo, é possível que o pré-termo tardio estabeleça uma boa alimentação, pois seu reflexo de sucção ainda é forte. Porém, esses bebês são incapazes de manter boa sucção ao seio materno quando o leite maduro está estabelecido. Esta característica do RNPTT pode levar à diminuição da produção do leite materno e, conseqüentemente, à desidratação<sup>54</sup>.

Ainda em relação à alimentação do pré-termo tardio, ressalta-se que muitos RNPTTs necessitam de suplementação com fórmula láctea ou leite materno após a amamentação nas primeiras semanas de vida<sup>54</sup>.

A condição de nascimento e as dificuldades relacionadas à amamentação, bem como o aporte nutricional insuficiente expõem os recém-nascidos pré-termo tardios a risco mais elevado para o desenvolvimento de hiperbilirrubinemia<sup>55</sup>.

Pesquisas evidenciam que os níveis de bilirrubina são maiores em prematuros tardios, em relação aos recém-nascidos a termo<sup>30,40</sup>. Estudo<sup>56</sup> com 4.387 recém-nascidos (793 pré-termo tardios) pesquisou os níveis séricos de bilirrubina dos recém-nascidos até o quinto dia de vida, e constatou que os RNPTTs têm três vezes mais chances de apresentarem hiperbilirrubinemia.

As complicações da hiperbilirrubinemia, como o *kernicterus* (níveis elevados da bilirrubinemia neonatal que levam à convulsão) e a encefalopatia bilirrubínica, podem ser prevenidas em pré-termo tardios a partir do reconhecimento do risco aumentado devido à alimentação inadequada e à imaturidade hepática<sup>54</sup>.

Entre 34 e 37 semanas de gestação o desenvolvimento pulmonar ainda não está totalmente completo. É nesse período que ocorrem a transição do estágio sacular para o alveolar e o aumento da produção de surfactante<sup>57</sup>. Logo, a morbidade respiratória é outra complicação da prematuridade tardia, que pode ocorrer com frequência e ter repercussão grave para a criança<sup>10,58-59</sup>. Estudo com recém-nascidos internados em UTI neonatal, quando comparou RNPTTs aos recém-nascidos a termo, mostrou que a Síndrome do Desconforto Respiratório (Doença da Membrana Hialina) é oito vezes maior em recém-nascidos pré-termo tardios, e que estes bebês necessitam cinco vezes mais de ventilação mecânica e 42 vezes mais de surfactante<sup>57</sup>.

A literatura citada anteriormente revela a necessidade de preparar os profissionais de saúde para o cuidado adequado frente à vulnerabilidade da prematuridade tardia. O RNPTT necessita de cuidados específicos desde seu nascimento, durante a internação inicial, e um plano de acompanhamento abrangente para avaliações pós-neonatais e de longo prazo<sup>57</sup>.

## **4 METODOLOGIA**

Neste capítulo serão apresentados os passos metodológicos percorridos para a execução da pesquisa, incluindo a descrição do tipo de estudo, campo de estudo, informantes, coleta de dados, análise dos dados e considerações éticas.

### **4.1 Tipo de estudo**

Trata-se de um estudo exploratório, com abordagem qualitativa.

As pesquisas exploratórias caracterizam-se como uma investigação acerca de determinadas situações sobre as quais há escasso conhecimento acumulado<sup>60</sup>. O estudo exploratório caracteriza-se por revelar os vários modos pelos quais o fenômeno se manifesta e seus processos subjacentes<sup>61</sup>.

O estudo qualitativo corresponde às informações mais profundas dos processos investigados e às questões particulares. Esse método é aplicado no universo das relações, das percepções e das opiniões, produto das interpretações dos seres humanos. Esse tipo de pesquisa permite a construção de novas abordagens, bem como a revisão e criação de novos conceitos e categorias durante a investigação<sup>62</sup>. Além disso, a pesquisa qualitativa permite a descoberta de processos ainda pouco conhecidos<sup>63</sup>. Como é o caso das condições de nascimento na prematuridade tardia, dessa forma, novas reflexões relativas ao cuidado ao recém-nascido pré-termo tardio podem surgir a partir desta investigação.

Optou-se por esta metodologia em razão das características inerentes às investigações qualitativas, como o aspecto holístico na busca pela compreensão dos fenômenos, o envolvimento intenso do pesquisador e a contínua análise de dados<sup>61</sup>.

### **4.2 Campo de estudo**

Utilizou-se como campo de estudo as unidades de Estratégia Saúde da Família (ESF), em razão de estas serem as unidades instituídas no processo de municipalização e fortalecimento da atenção básica à saúde no Sistema Único de Saúde (SUS).

A pesquisa realizou-se em três unidades de ESF, localizadas no distrito Glória-Cruzeiro-Cristal, situando-se nos bairros Santa Tereza e Teresópolis. Esta

área de abrangência foi designada pela Prefeitura Municipal de Porto Alegre (PMPA) para atuação de alunos e professores da Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

Destaca-se que o distrito Glória-Cruzeiro-Cristal é composto por um Centro de Saúde, nove unidades de saúde com ESF, e cinco Unidades Básicas de Saúde. As unidades de ESF definidas para o estudo foram a Osmar de Freitas, a Mato Grosso, e a Cruzeiro. Estas unidades da ESF foram escolhidas junto à PMPA e à Coordenação da Gerência Distrital, por possuírem maior número de pessoas cadastradas em suas áreas de abrangência.

As três unidades de ESF que constituíram o campo de estudo realizam atendimento à comunidade de segunda a sexta-feira, em horário comercial, oferecendo consultas nas áreas de pediatria, ginecologia e clínica geral. O acompanhamento pré-natal é realizado por médicos e enfermeiros, com consultas agendadas de maneira intercalada. Também são desenvolvidos os programas Nascer e Prá Crescer, ambos com atendimento de enfermagem.

### **4.3 Informantes do estudo**

Nas pesquisas de cunho etnográfico, os sujeitos do estudo são denominados de informantes. Este é um termo adequado para referir-se aos indivíduos que cooperaram no estudo de forma mais ativa do que passiva<sup>61</sup>. Desse modo, as informantes deste estudo foram mulheres, mães de prematuros tardios, que realizaram pré-natal no contexto do SUS.

A seleção das informantes ocorreu a partir da indicação pelos profissionais das unidades de ESF dos nascimentos das referidas áreas, sendo verificados, posteriormente, os critérios de inclusão pelas pesquisadoras.

Como critérios de inclusão para as informantes foram estabelecidos: serem mães, maiores de 18 anos, cujos filhos fossem prematuros tardios, com peso de nascimento igual ou superior a 1500 gramas, não sendo portadores de nenhuma malformação e com alta hospitalar até o 45º dia de vida. Para definição da idade gestacional utilizou-se a ecografia precoce realizada pela informante, comparando-se à data da última menstruação (ambos os dados registrados na carteira pré-natal), e confirmada pelo exame físico do recém-nascido (método de Capurro – registrado na caderneta da criança).

As informantes totalizaram 13 mulheres, mães de 15 prematuros tardios (idade gestacional de 34 a 36 semanas e seis dias ao nascimento), devido a dois casos de gemelaridade. A idade das informantes variou entre 18 e 41 anos, sendo cinco de 18 a 20 anos, três de 24 a 25 anos, quatro de 29 a 36 anos e uma de 41 anos. Seis delas eram casadas, cinco estavam em união estável informal, uma, separada (e ao término da coleta já estava com o marido) e uma era solteira.

Em relação à escolaridade, duas informantes cursavam ensino superior, uma possuía curso técnico, quatro haviam concluído o ensino médio e uma tinha ensino médio incompleto, duas possuíam o ensino fundamental e três ainda não haviam completado o ensino fundamental. Quanto à ocupação das mães dos prematuros, foram informadas as seguintes atividades: estagiária de pedagogia, estudante, auxiliares de serviços gerais, empregada doméstica, empacotadora, vendedora, atendente de padaria, educadora infantil e atendente de *telemarketing*. De acordo com as informantes, possuíam renda familiar entre um e quatro salários mínimos.

Verificou-se que houve uma fecundação induzida por medicamento e acompanhada em um hospital público, e um dos casos de gemelaridade ocorreu por inseminação artificial em um hospital privado. Quanto à paridade, sete informantes eram primíparas e seis eram múltíparas, chegando até três filhos.

Em relação ao acompanhamento pré-natal, seis informantes realizaram exclusivamente na unidade de ESF. Três informantes iniciaram na unidade de ESF, no entanto, foram encaminhadas ao pré-natal de alto risco na rede hospitalar pública, porém mantiveram o acompanhamento na unidade de ESF. Outras três informantes possuíam planos de saúde, mas faziam o acompanhamento na rede conveniada e pública, pois acreditavam que não poderiam ter seus filhos em hospitais públicos caso não realizassem acompanhamento pré-natal na rede pública. O número de consultas de pré-natal variou entre duas e 14 consultas.

Quanto à via de parto, sete nascimentos foram via parto vaginal, sendo um deles de gemelar, e os outros seis partos cesáreas, também sendo um deles de gemelar. As indicações para cesarianas apresentadas foram: gemelaridade, pré-eclâmpsia, apresentação pélvica, descolamento prematuro de placenta e oligodrômio.

Das 15 crianças deste estudo, sete precisaram de reinternação hospitalar por problemas respiratórios, infecção do trato urinário e para cirurgia de correção de hérnia inguinal bilateral.



#### 4.4 Coleta de dados

Os dados utilizados para a realização deste estudo foram obtidos do banco de dados de uma pesquisa intitulada “O cuidado leigo e profissional na prematuridade: fatores culturais relacionados ao período gestacional e pós-natal” (APÊNDICE A), a qual teve registro na Comissão de Pesquisa da Escola de Enfermagem (COMPESQ) da UFRGS e aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da PMPA. A referida pesquisa teve dois eixos de estudo, um relacionado ao cuidado às gestantes, e o outro, ao cuidado aos recém-nascidos prematuros tardios.

A coleta de dados ocorreu no período de novembro de 2011 a dezembro de 2012, sendo realizada por duas alunas do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFRGS, uma de doutorado e outra de mestrado, e duas acadêmicas de enfermagem bolsistas de iniciação científica, todas participantes do Grupo de Pesquisa de Estudos de Saúde da Mulher e do Bebê, da UFRGS, (GEMBE/UFRGS). As pesquisadoras contatavam as equipes da ESF, via telefone, pelo menos uma vez por semana, para verificar a ocorrência de nascimentos. A contribuição dos agentes comunitários de saúde foi essencial para a identificação dos nascimentos ocorridos nas áreas de abrangência da ESF. Uma vez que ocorresse um nascimento, as pesquisadoras verificavam se este se enquadrava nos critérios de inclusão do estudo. Após, procedia-se ao contato com a mãe do bebê, realizava-se uma breve explicação sobre a pesquisa e marcava-se um encontro presencial.

No encontro presencial com a mãe explicava-se a relevância da pesquisa e apresentava-se o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE – APÊNDICE C). As entrevistas abordavam questões referentes à gestação e cuidados com o recém-nascido.

Os dados que constituíram o material de análise do presente estudo, provenientes do banco de dados anteriormente citado, foram documentos referentes aos atendimentos durante a gestação, nascimento, atendimento dos RNPTTs, e as entrevistas realizadas com as informantes em seus domicílios ou na Unidade Básica de Saúde. Os documentos incluídos foram as Carteiras de Pré-Natal das mães dos prematuros tardios, as Cadernetas das Crianças e os registros de nota de alta dos pré-termo tardios. Com autorização das informantes, estes documentos foram fotografados para melhor fidedignidade na coleta e análise dos dados.

## 4.5 Análise dos dados

Para realizar uma análise qualitativa o pesquisador necessita de criatividade e sensibilidade conceitual, além de trabalho árduo, pois esta é uma atividade intensiva que objetiva fornecer estrutura e extrair o significado dos dados obtidos com a pesquisa<sup>61</sup>.

Os dados provenientes desta pesquisa foram analisados sob o referencial de análise etnográfica, adaptada por Douglas e seus colaboradores<sup>64</sup>, que busca identificar padrões e temas culturais derivados da interpretação dos dados. Para a realização desse tipo de análise, são propostas quatro fases descritas a seguir.

A primeira fase consiste em coletar, descrever e documentar os dados brutos. Nesse momento utiliza-se o computador como instrumento para organização desses dados. Nesta pesquisa, a primeira etapa concretizou-se ao longo dos 13 meses de coleta de dados junto ao campo de estudo, nos quais foram reunidos dados nas unidades da ESF, realizadas entrevistas com as informantes, e formuladas estratégias para organizar esses dados concomitantemente com o andamento do estudo.

O *software* NVivo 9 foi utilizado nessa primeira etapa da análise, como uma ferramenta auxiliar na organização dos dados, como proposto pelos autores que defendem esta metodologia de análise<sup>64</sup>. Considera-se que programas como esse *software* proporcionem uma forma estruturada de organizar os aspectos da análise qualitativa, permitindo ao pesquisador a manutenção de suas expressões e ideias, facilitando a seleção de trechos e aplicação de códigos, sem perder as informações sobre o texto original<sup>65</sup>.

Já a segunda fase da análise, citada anteriormente, refere-se à identificação e categorização dos dados em descritores e componentes, a qual foi realizada ao longo da coleta de dados, e finalizou-se após a mesma. Nesse momento identificaram-se os descritores adequados para descrever o conteúdo que emergiu dos dados.

A terceira fase compreendeu a identificação de padrões, e a análise contextual dos dados obtidos. Correspondeu ao momento em que o pesquisador buscou agrupar os descritores e componentes afins, para então contextualizá-los e proceder à última etapa.

A quarta e última etapa correspondeu a composição dos temas maiores, formulações teóricas e recomendações. Nessa fase identificaram-se os temas, para então realizar a discussão dos mesmos, como serão apresentados no capítulo seguinte. Os temas identificados foram discutidos utilizando-se como referencial a literatura científica pertinente. As formulações teóricas provenientes da análise estão dispostas em capítulo específico.

Destaca-se que os dados provenientes das falas das informantes e das observações das cadernetas das crianças estão apresentados no transcrito do texto com recuo à direita e de modo que, em alguns momentos do texto, são dispostas falas e observações de cadernetas da criança em sequência, e por informante. Esta organização do texto foi constituída com a finalidade de apresentar informações complementares entre as duas fontes de dados. As entrevistas foram identificadas com a inicial “E”, os dados das cadernetas das crianças foram identificados com a sigla “CC”, e os dados provenientes das notas de alta com a sigla “NA”, acompanhados do nome fictício da informante que forneceu os dados.

#### **4.6 Considerações éticas**

As informantes do estudo foram esclarecidas sobre os objetivos e a justificativa da pesquisa, bem como da possibilidade de desistir do estudo a qualquer momento<sup>66</sup>. Assim, participaram voluntariamente, aceitando a gravação das entrevistas e autorizando que seus documentos de atendimento durante pré-natal, nascimento e de acompanhamento da criança fossem fotografados, com assinatura no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Para garantir o anonimato das informantes suas identificações estão representadas por nomes fictícios.

Foram considerados os princípios éticos contemplados nas Normas e Diretrizes da Resolução nº 196/1996 do Conselho Nacional de Saúde<sup>66</sup>, que dispõe sobre pesquisa com seres humanos, destacando o seguinte:

- Consentimento livre e esclarecido (APÊNDICE C) dos indivíduos-alvo e a proteção a grupos vulneráveis e aos legalmente incapazes (autonomia). Nesse sentido, a pesquisa envolvendo seres humanos deverá sempre tratá-los em sua dignidade, respeitá-los em sua autonomia e defendê-los em sua vulnerabilidade.

- Ponderação entre riscos e benefícios, tanto atuais quanto potenciais, individuais ou coletivos (beneficência), comprometendo-se com o máximo de benefícios e o mínimo de danos e riscos.
- Garantia de que os danos previsíveis serão evitados (não maleficência).

O projeto foi aprovado primeiramente na Comissão de Pesquisa da Escola de Enfermagem (COMPESQ) da UFRGS (ANEXO C) e, após, encaminhado e aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Prefeitura Municipal de Porto Alegre (CEP-PMPA), com Parecer registrado sob o número 001.039956.11.3, para o início da coleta de dados (ANEXO A). Devido à necessidade de inclusão de novos campos para pesquisa foi encaminhado um termo aditivo solicitando a inclusão, o qual também recebeu aprovação (ANEXO B).

As entrevistas foram gravadas em meio digital e serão arquivadas por cinco anos a partir do encerramento do estudo, sendo então destruídas após esse período, em conformidade com a Resolução do Conselho Nacional de Saúde nº 196/1996<sup>66</sup>.

## 5 ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS TEMAS

Para a apresentação dos dados analisados construíram-se dois temas provenientes da Análise Temática e de Padrões<sup>64</sup>: Complicações decorrentes da prematuridade tardia; e Repercussões no crescimento e desenvolvimento.

A seguir, no Quadro 1, constam a segunda, terceira e quarta fases da análise, com a apresentação dos temas elaborados a partir dos descritores e padrões. Optou-se por dispor estas etapas de análise sob a forma de quadro para ilustrar a estruturação dos temas e seus componentes.

Quadro 1 – Descritores, padrões e temas que emergiram da análise de dados

<b>DESCRITORES</b>	<b>PADRÕES</b>	<b>TEMAS</b>
Internação ao nascer	Sífilis congênita	Complicações decorrentes da prematuridade tardia
	Disfunção respiratória	
	Baixo peso	
	Icterícia	
	Anemia da prematuridade	
	Hipoglicemia	
	Gemelaridade	
Alterações no desenvolvimento	Teste do reflexo vermelho alterado	Repercussões no crescimento e desenvolvimento
	Triagem auditiva alterada	
	Teste de Ortolani positivo	
Dificuldades na amamentação	Dificuldade para sugar	
	Falta de estímulo para amamentar	
	Não amamentação na alta hospitalar	

Fonte: Dados da pesquisa, 2014.

## 5.1 Complicações decorrentes da prematuridade tardia

Este tema tem a finalidade de retratar as causas das internações decorrentes da prematuridade tardia. De acordo com as informantes do estudo e os registros analisados, o tema constituiu-se pelos padrões: sífilis congênita, baixo peso, icterícia, anemia da prematuridade, hipoglicemia e gemelaridade. Anterior à composição deste tema, conforme proposto pela metodologia de análise, foi identificado o descritor: internação ao nascer.

De modo geral, as crianças desta pesquisa apresentaram complicações ao nascer. Ressalta-se que os prematuros tardios representam grande parcela dos RNs internados em UTI neonatal, dessa forma assumindo considerável importância para a saúde pública. Pois, apesar de os RNPTTs terem baixas taxas de complicações neonatais, acabam consumindo grandes quantidades de recursos públicos, durante e após a internação hospitalar<sup>67</sup>.

Estudos apontam a gemelaridade como fator de risco para o desenvolvimento de morbidades nos recém-nascidos pré-termo tardios<sup>68-69</sup>. Portanto, entende-se que estas crianças deveriam ter cuidado especial logo após seu nascimento, bem como um seguimento específico, a fim de evitar reinternações e danos futuros à saúde.

Com relação às características da classificação do peso ao nascer, somente duas crianças foram consideradas pequenas para a idade gestacional.

Nesta pesquisa percebeu-se que muitas das internações poderiam ter sido evitadas se houvesse um acompanhamento pré-natal adequado, o qual possibilitasse a prevenção de transmissão de doenças ao neonato. Conforme os depoimentos das participantes, a sífilis foi uma das causas mais frequentes das internações e com necessidade de tratamento que prolonga o período de internação do recém-nascido. Além disso, verificou-se que três informantes deste estudo apresentaram sífilis, no entanto, somente uma dessas recebeu tratamento adequado durante o pré-natal.

Eu fazia VDRL e dava positivo. Dava reagente, né? E fazia o outro que dava não reagente. Daí no [hospital] eles alertaram que poderia ter infectado o nenê. Que poderia ter tido sífilis na gravidez. Aí eles acharam melhor de tratar eles também. Porque eram pequenininhos e recém-nasceu. Aí deram 10 dias de tratamento pra eles. (E, Vanessa)

Foi direto pra UTI, me mostraram ele na sala de parto ali, daí disseram que depois que eu fosse pro quarto eu poderia ver ele, mas como eu fiquei em observação porque minha pressão ainda estava alta, eu não pude ver ele, vi

ele de longe. [...] Por causa dessa função da sífilis, ele ia ter que tomar antibiótico mesmo, né? (E, Joana)

Na caderneta da criança há registro de internação de 10 dias para tratamento de sífilis congênita. (CC, Joana)

Na caderneta da criança há registro de VDRL materno positivo, sem registro de tratamento. (CC, Maria)

A sífilis caracteriza-se mundialmente como um grave problema de saúde pública, como importante causa de morbimortalidade perinatal, e a ausência do tratamento desta enfermidade durante o período gestacional pode ocasionar a prematuridade<sup>70-71</sup>. Os gastos hospitalares com o tratamento da sífilis congênita ultrapassam os custos que seriam despendidos na sua efetiva profilaxia<sup>72</sup>. Além dos agravos à saúde da criança, a sífilis representa agravos psicológicos e sociais à mulher. Estudo qualitativo realizado com 11 mulheres revela a manifestação de sentimentos solidão e expressão de temor, desespero e impotência diante da internação hospitalar e dos procedimentos aos quais seus bebês são submetidos<sup>73</sup>.

Outra causa da internação decorrente da prematuridade tardia encontrada neste estudo foi a icterícia neonatal. A icterícia neonatal refere-se à percepção clínica de um aumento da bilirrubina, com nível sérico maior que 5-7 mg%. Aproximadamente 80% dos recém-nascidos pré-termo desenvolvem níveis séricos maiores que 5 mg%. A hiperbilirrubinemia causa dano grave tanto em recém-nascidos a termo como em pré-termo tardios<sup>74</sup>. Dados da Sociedade Brasileira de Pediatria informam que 1,5 milhão das crianças apresentam icterícia nos primeiros dias de vida, e que a terapêutica mais indicada é fototerapia. No entanto, em torno de 250 mil dessas crianças encontram-se em estado crítico e com maior risco de neurotoxicidade, *kernicterus* ou óbito, necessitando de cuidados mais complexos<sup>75</sup>.

É ficou amarelão. (E, Joana)

Na nota de alta do pré-termo tardio há registro de tratamento com fototerapia para icterícia neonatal. (NA, Joana)

Embora a icterícia neonatal seja uma intercorrência frequente, constata-se que ainda não há um protocolo rigoroso seguido nas instituições hospitalares, que possibilite o rastreamento precoce da icterícia. De acordo com a informante Manuela, seu bebê necessitou de mais dias de internação hospitalar por aguardar a realização de um exame. Provavelmente, a redução dos dias de internação seria possível neste

caso, se houvesse um protocolo que fosse seguido para investigar icterícia nos RNPTT.

Ele nasceu na terça, aí eu fui liberada sábado e na segunda-feira ele já seria liberado, porque ele não foi liberado junto comigo porque trocou o plantão, sabe? Aí a doutora quis fazer um outro exame nele lá, que ele estava com suspeita de amarelão, mas fez o exame e não deu nada. (E, Manuela)

Registro de alta na caderneta da criança após seis dias de vida. Não há registros sobre icterícia neonatal. (CC, Manuela)

Por outro lado, por ser uma condição frequente no período neonatal, muitas vezes a icterícia é menosprezada. Não recebendo a atenção merecida, a icterícia pode piorar e a criança pode necessitar de reinternações ou, ainda, quando não é bem avaliada, após a alta da maternidade, criança e mãe podem peregrinar pelos estabelecimentos de saúde. Conforme Laura, na rede básica de saúde não sanou suas dúvidas em relação à icterícia do seu bebê, sendo encaminhada para o hospital para avaliação, o qual a encaminhou para a rede básica novamente.

Ela (bebê) precisou ficar um pouco mais ali, naquela parte da neonatal, ficou quatro dias, mas ela nasceu bem, mais era por causa da cor amarelinha, ela estava bem amarela. Mas na primeira noite ela ficou na UTI, por causa da respiração. Isso, estava com dificuldade de respirar. [...] No posto é onde eu vou quando eu preciso [...] quando eu tenho alguma dúvida assim. [...] assim, vou te dar um exemplo do que aconteceu, ah, é amarelinha que ela estava e mandaram para o [hospital] porque o olho dela estava bem amarelinho, pra ver se não vai precisar fazer exame, pra ver se ela não vai ficar baixada, pra tomar mais banho de luz. (E, Laura)

Com 22 DV voltou ao hospital – emergência – piora da icterícia. Não ficou internada. Encaminhada à rede básica. (NA, Laura)

Nos primeiros cinco dias de vida dos RNPTTs existe maior probabilidade de essas crianças desenvolverem icterícia prolongada com valores elevados de bilirrubina sérica. Isto ocorre devido à imaturidade e ao atraso no desenvolvimento das vias de conjugação hepática da bilirrubina<sup>34,76</sup>. Pesquisa sobre a condição extrema da hiperbilirrubinemia neonatal, que leva à convulsão (*Kernicterus*) em pré-termo tardios, ressalta que a hiperbilirrubinemia é a causa mais comum de readmissão hospitalar dessas crianças<sup>77</sup>. Outro estudo sobre a abordagem ao tratamento da icterícia neonatal, realizado em maternidades do Município de São Paulo, mostra que a ausência de um diagnóstico preciso, do acompanhamento e tratamento adequados têm sido as principais causas do ressurgimento do *Kernicterus*, contribuindo para as reinternações hospitalares<sup>78</sup>. Ressalta-se aqui a



necessidade de preparo dos profissionais de saúde para avaliar clinicamente o RNPTT, seja em nível hospitalar ou na atenção primária.

Alguns bebês desta pesquisa apresentaram problemas relacionados ao sistema respiratório ao nascerem, a exemplo do bebê de Bianca, que teve internação ao nascer em decorrência da alteração da função respiratória.

Quando ele nasceu ele ficou no respirador. [...] No dia seguinte eu perguntei e a médica veio e disse: “Teu nenê vai ficar lá na neo, ele não está tanto, mas está com um pouquinho de dificuldade de respirar.”. Daí depois, quando eu fui lá, perguntei quanto tempo ele ia ficar ali [internado na neonatologia], e elas [profissionais da enfermagem] me disseram que não sabiam quanto tempo. (E, Bianca)

Necessitou de campânula de oxigênio logo após o nascimento. (NA, Bianca)

Dentre outras complicações que os prematuros tardios estão mais propensos a apresentar, destaca-se a dificuldade respiratória e apneia<sup>23</sup>. Os RNPTTs possuem elevadas taxas de disfunções respiratórias, quando comparados a recém-nascidos a termo<sup>79</sup>. Esse agravo está relacionado diretamente à idade gestacional, em razão da imaturidade das estruturas pulmonares<sup>80-81</sup>.

Além da dificuldade respiratória, alguns RNPTTs apresentaram baixo peso ao nascer (BPN) e anemia, como foi relatado por Jéssica:

Ele ficou 18 dias na UTI Neonatal. [...] Porque ele tinha um tipo de uma anemia gestacional, por causa da minha anemia. E por causa que ele não conseguiu respirar logo que ele saiu [nasceu], ele estava com um pouquinho de dificuldade e ficou naquele negócio lá [campânula de oxigênio]. [...] ficaram avaliando e ficou naquele negócio de pulsação porque ele tinha muita queda na respiração depois que ele mamava. (E, Jéssica)

Peso ao nascer: 2.045 gramas. (CC, Jéssica)

O baixo peso ao nascer é considerado o principal fator de risco às condições de saúde e sobrevivência do neonatal<sup>82</sup>. O BPN é definido como peso inferior a 2.500 gramas<sup>83</sup>. O baixo peso ao nascer e a prematuridade estão entre as principais causas de morte em crianças menores de dois meses de idade<sup>84</sup>. Estudo sobre associação entre idade materna, resultados perinatais e via de parto, ao relacionar as variáveis peso e idade gestacional do recém-nascido, verificou que a prematuridade ocorreu em 17,8% dos recém-nascidos, e destes 15,8% tiveram peso inferior a 2500 g<sup>85</sup>.

Estudo prospectivo de uma coorte de prematuros de baixo peso ao nascer, atendidos pelo Método Canguru na Região Nordeste do Brasil, verificou que a

maioria (44,5%) dos eventos ocorridos com esses bebês eram relacionados a anemia<sup>86</sup>.

Alguns recém-nascidos do estudo apresentaram hipoglicemia ao nascer e necessitaram de acompanhamento, conforme descrito no relato de Maria:

[...] precisou furar muito o pé dele, né?! Para fazer aquela glicose. Depois na espinha que eles fazem, no nenê, para ver se tem uma doença. Não saiu nada, graças a Deus. Não veio nada! (E, Maria)

O risco de hipoglicemia é três vezes maior em pré-termo tardios, e isto ocorre em decorrência de uma resposta metabólica insuficiente à perda abrupta do fornecimento de glicose materna logo após o nascimento<sup>87</sup>. Portanto, a hipoglicemia também pode ser uma das complicações relacionadas à condição de nascimento na prematuridade. Dessa forma, entende-se que os profissionais que prestam cuidados a esses neonatos estejam atentos para evitar esta complicação, pesquisando hipoglicemia sempre que houver sinais.

Imediatamente ao nascimento, 10 prematuros do estudo necessitaram de internação em UTIN devido a disfunções respiratórias, hipoglicemia, baixo peso ao nascer, anemia, icterícia neonatal e necessidade de tratamento por sífilis congênita. O período de internação dos prematuros foi de três a 18 dias, totalizando 94 dias de internação hospitalar.

## 5.2 Repercussões no crescimento e desenvolvimento

A prematuridade tardia pode levar a diversas repercussões no crescimento e desenvolvimento da criança. Esse tema originou-se de dois descritores: alterações no desenvolvimento e dificuldades para amamentar. O primeiro descritor teve como padrões o teste do reflexo vermelho alterado, a triagem auditiva alterada e o teste de Ortolani positivo; enquanto que o segundo apresentou os padrões: dificuldade para sugar, falta de estímulo para amamentar e não amamentação na alta hospitalar.

Estudo<sup>32</sup> sobre riscos de distúrbios neurológicos relacionados à prematuridade sugere que RNPTTs têm risco três vezes maior de comprometimento do neurodesenvolvimento em longo prazo, o que provavelmente relaciona-se com a imaturidade cerebral dessas crianças.

O desenvolvimento motor é caracterizado pelas mudanças nas habilidades motoras ao longo da vida, que resultam da interação entre processos biológicos e

ambientais. No primeiro ano de vida há muitas mudanças de aquisições motoras, e a criança vai adequando seus movimentos de acordo com suas necessidades, tornando seu desenvolvimento motor mais eficiente. Embora se admitam todos os avanços tecnológicos e científicos na neonatologia, que contribuem essencialmente para a sobrevivência dos RNPTs, há muitas situações que comprometem o desenvolvimento motor adequado da criança, considerando que os RNPTs apresentam maior probabilidade de desenvolver problemas relacionados à sua evolução motora. Em razão da interrupção do desenvolvimento intrauterino, que pode ocasionar a imaturidade funcional e estrutural de órgãos e tecidos, crianças que nascem prematuramente podem apresentar desvios no padrão de desenvolvimento motor, em termos qualitativos, quando comparadas às crianças nascidas a termo<sup>88</sup>.

Na avaliação do crescimento e desenvolvimento infantil deve-se realizar um levantamento das necessidades e preocupações dos pais, para o planejamento de ações de cuidado que favoreçam a intervenção adequada, de forma que se evitem possíveis déficits no desenvolvimento<sup>89</sup>. Na avaliação do pré-termo tardio esta premissa também deve ser considerada, pois crianças nascidas prematuras possuem um histórico de vulnerabilidade biológica, que leva a um risco maior de apresentarem problemas de desenvolvimento<sup>90</sup>.

Desse modo, o atendimento de saúde ao pré-termo deve ser realizado de forma adequada e sistematizada, tendo como finalidade, além da melhora da sua condição de saúde, reduzir danos em seu desenvolvimento neuropsicomotor<sup>91</sup>.

No depoimento apresentado a seguir, percebeu-se que o neonato ficou por quatro dias em UTIN aguardando consulta do ortopedista na unidade para avaliar a articulação coxofemoral. A displasia do quadril, ou luxação congênita do quadril, está relacionada à prematuridade e seu rastreamento clínico é centrado no exame físico do neonato, a partir das manobras de Ortolani e Barlow<sup>92</sup>.

Chegou no quarto dia que ele estava lá e ele já estava respirando bem. Daí do quarto até o oitavo dia ele ficou lá [UTI neonatal] só esperando esse negócio da consulta [com ortopedista]. Pra liberarem a consulta [...] (E, Bárbara)

Ortolani positivo (com encaminhamento para ortopedista) e teste do reflexo vermelho alterado (com encaminhamento para oftalmologista) registrados na caderneta da criança. (CC, Bárbara)

Na Caderneta da Criança de Bárbara observou-se que o neonato teve alteração no exame oftalmológico realizado pelo pediatra na maternidade, tendo encaminhamento para oftalmologista. Estudos relatam que, quando comparadas a crianças nascidas a termo em idade escolar, as crianças nascidas prematuramente são mais propensas a apresentar alterações oftalmológicas, a exemplo da retinopatia da prematuridade, do estrabismo decorrente de lesões neurológicas, de toxicidade pela luz e de privação sensorial no período de intenso desenvolvimento da visão, que ocorre entre 28 e 40 semanas gestacionais<sup>93-94</sup>.

A Organização Mundial da Saúde recomenda a amamentação na primeira hora de vida, e esta recomendação constitui o quarto passo da Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC)<sup>95-96</sup>. Considera-se que a amamentação na primeira hora de vida seja uma estratégia de promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno e está baseada na capacidade de interação do binômio mãe-bebê nos primeiros minutos de vida. Além de essa prática ser importante para o estabelecimento do vínculo entre mãe e filho, aumenta a duração do aleitamento materno, a prevalência de aleitamento nos hospitais, e é importante ação de cuidado para a redução da mortalidade neonatal<sup>97</sup>.

A amamentação na primeira hora de vida também é recomendada para RNPTTs, porém, muitas vezes, o sucesso do aleitamento materno para esses recém-nascidos exige um acompanhamento e apoio adicional, em razão de a sucção e os mecanismos de deglutição não estarem ainda totalmente desenvolvidos<sup>23,81</sup>. Dessa forma, ressalta-se que os profissionais de enfermagem possuem um importante papel no incentivo à amamentação, em todas as fases de seu processo, desde a primeira hora de vida<sup>98</sup>.

Observou-se nas entrevistas que poucas mães amamentaram na primeira hora de vida, ou ao menos puderam permanecer com seus filhos. Além disso, os registros nas notas de alta não traziam informações sobre a amamentação no período em que a criança esteve internada e na caderneta da criança foi frequente encontrar o campo específico para preenchimento sobre a amamentação na primeira hora de vida em branco.

Não [mamou na primeira hora de vida]. [...] Lá na sala eu nem cheguei a amamentar... Só largaram ela um pouco no meu colo para sentir meu cheiro e já tiraram ela de mim de novo. (E, Letícia)

Campo para registro na caderneta da criança sobre a amamentação na primeira hora de vida em branco. (CC, Letícia)

Na caderneta da criança não há registro da idade gestacional e se houve aleitamento materno na primeira hora de vida. (CC, Joana)

Na caderneta da criança não há registro sobre amamentação na primeira hora de vida. (CC, Bárbara)

Tão importante quanto a amamentação na primeira hora de vida, é identificar o tipo de alimentação na alta hospitalar, como a criança está sendo alimentada e qual o seu padrão de sucção. Porém, notou-se que muitos recém-nascidos receberam alta hospitalar sem terem registro dessas informações e que o aleitamento materno não foi estabelecido na primeira semana de vida da criança.

Olha, quando eu fui pro quarto na quarta-feira, que daí eu consegui me levantar, consegui pegar ele direitinho. Foi na quarta que ele começou a mamar. [...] O [neonato] começou a mamar na teta essa semana [com 16 dias de vida]. (E, Rosa)

Campo para registro de tipo de alimentação na alta hospitalar nas cadernetas das crianças (gêmeos) em branco. (CC, Rosa)

A literatura aponta como fator de risco para o pré-termo tardio desenvolver morbidades o fato de não estar sendo amamentado no momento da alta hospitalar<sup>41</sup>.

A dificuldade de alimentação é um dos maiores desafios que o bebê prematuro pode enfrentar. Esses bebês possuem particularidades relacionadas à idade gestacional, como a imaturidade para sugar, dificuldade para coordenar respiração/sucção/deglutição, imaturidade da biomecânica de deglutição e da função gastrointestinal. Essas características podem representar importantes problemas com a alimentação da criança<sup>5</sup>.

Nas notas de alta não se encontraram informações sobre o estímulo da sucção, da produção de leite materno, tampouco orientações registradas sobre o uso de leite artificial.

Sobre a alimentação na alta hospitalar, foi registrado leite materno e outro leite. (CC, Bárbara)

Estudo<sup>52</sup> realizado em dois hospitais públicos de São Paulo, com o objetivo de comparar os parâmetros de sucção não nutritiva de recém-nascidos a termo e pré-termo tardios, mostrou diferença significativa para o reflexo de procura/busca e de sucção entre esses recém-nascidos. Os RNPTTs apresentaram menor frequência desses reflexos. Isto pode relacionar-se ao fato de os reflexos orais terem o papel de regulação, acalmamento e desenvolvimento motor-oral para uma sucção efetiva e podem não estar maduros no recém-nascido pré-termo, pois o reflexo de busca apresenta-se bem desenvolvido a partir de 32 semanas de idade gestacional e o

reflexo de sucção, a partir de 34 semanas<sup>99</sup>. Portanto, é esperado que mães e RNPTTs precisem de auxílio para o estabelecimento do aleitamento materno.

Se por algum motivo a criança não puder ser amamentada, acredita-se que os profissionais de saúde devem orientar e auxiliar o processo de aleitamento nesta condição de nascimento. A informante Bárbara revelou que seu RN ficou sem sugar o seio materno e, conseqüentemente, teve queda na produção de leite.

Até quando eu fui lá na neo tentar amamentar, me disseram que eu não podia amamentar. E ele ficou vários dias sem mamar no peito, ficou só na mamadeira e no bico. E, quando eu fui dar pra ele, não tinha [leite]. [...] Mamando, mamando não [referindo-se à amamentação na alta hospitalar].  
(E, Bárbara)

O comportamento motor oral adequado trata-se de um pré-requisito para o desenvolvimento neuropsicomotor e físico no recém-nascido, pois está relacionado à alimentação, além de ser um meio de interação que o bebê possui<sup>52,99</sup>. Por isso é importante estimular a sucção do recém-nascido, mesmo que não seja para alimentação. A sucção não nutritiva possibilita ao recém-nascido uma sucção nutritiva adequada e aos RNPTs estimula o batimento cardíaco<sup>52</sup>, favorece a adequação da musculatura oral e regulação dos estados de consciência, facilita a digestão, promove transição para alimentação por via oral mais rápida e fácil, além de possibilitar maior ganho de peso e alta hospitalar precoce<sup>100</sup>.

De modo geral, percebeu-se, nas entrevistas, que muitas vezes as mães não foram informadas sobre as razões para a dificuldade de sucção de seus filhos. Os profissionais de enfermagem as informavam que os bebês não mamavam corretamente por serem menores e assim demorarem mais que outras crianças para sugarem. Acredita-se que o enfermeiro e sua equipe tenham papel fundamental nas orientações sobre as dificuldades e limitações da sucção do pré-termo tardio, encorajando a mulher para o sucesso do aleitamento materno no contexto da prematuridade.

## 6 FORMULAÇÕES TEÓRICAS, CONSIDERAÇÕES E RECOMENDAÇÕES

Embora as causas que levaram os recém-nascidos deste estudo à internação hospitalar sejam frequentes na prematuridade, se verificou que a maioria dos casos poderia ter sido evitada. Por exemplo, a sífilis é uma doença que tem um tratamento de baixo custo, que envolve a gestante e seu companheiro. Portanto, um seguimento pré-natal adequado poderia evitar o nascimento prematuro e a contaminação do RN.

As taxas de readmissão hospitalar dos prematuros tardios são duas ou três vezes maiores quando comparados com os bebês nascidos a termo<sup>87</sup>. As razões mais comuns para a readmissão precoce incluem icterícia, como já foi referido, dificuldades alimentares, má progressão ponderal, desidratação e episódios de apneia<sup>87,101</sup>. Em alguns casos a prematuridade pode tornar-se inevitável, a exemplo da gestação gemelar, na qual a probabilidade de nascimento prematuro é cinco vezes maior do que em gestação única<sup>102</sup>. No entanto, a prematuridade decorrente de outras causas apresentadas neste estudo poderia ter sido evitada. E essa condição de nascimento, além de acarretar na necessidade de internação hospitalar, também constitui um fator de risco para o desenvolvimento de morbidades nos RNPTTs<sup>68</sup>.

Além da atenção pré-natal adequada, acredita-se que outro fator que poderia contribuir para melhor condição de nascimento desses bebês, bem como a minimização do número e dias de internações, seria a execução de protocolos de atendimento direcionados ao nascimento na prematuridade tardia.

Os RNPTTs geralmente são adequados para a idade gestacional, com Apgar maior que 7 no primeiro e no quinto minutos de vida, assemelhando-se muito aos RNs a termo. Porém, estes bebês são imaturos em diversos aspectos fisiológicos e metabólicos, conforme analisado nos dados deste estudo, mostrando um risco elevado para a morbimortalidade. Dessa forma, entende-se que os pré-termo tardios não devem ser cuidados como se fossem recém-nascidos a termo, pois necessitam de um atendimento direcionado às suas condições específicas.

Porém, a prematuridade tardia parece ser um evento pouco valorizado, o que dificulta o lançamento de estratégias que a possam prevenir, bem como melhorar a condição de nascimento desses bebês. Percebe-se a necessidade de implantar protocolos de atendimento nas maternidades que direcionem o cuidado perinatal

precoce na prematuridade tardia. Isto poderia evitar complicações que determinam as internações ou, pelo menos, reduzir significativamente os dias de internação.

Estudos<sup>28,90</sup> indicam que os pré-termo tardios apresentam crescimento e desenvolvimento mais lentos que bebês a termo. Isto destaca a importância de esses recém-nascidos receberem uma atenção diferenciada desde o nascimento. Na qual os profissionais estejam atentos ao potencial de risco dessa população para desenvolver problemas de saúde a curto e longo prazo.

A literatura<sup>103</sup> aponta que os RNPTTs, comparados aos recém-nascidos a termo, podem apresentar pior desenvolvimento neuromotor, com um potencial maior para apresentarem baixos escores nos testes de desempenho motor e mental. Portanto, é necessário que os profissionais de saúde que atuam na atenção perinatal estejam atentos às possíveis alterações ou riscos para alterações no padrão de desenvolvimento desses recém-nascidos. A detecção precoce de problemas como alteração do reflexo vermelho, da triagem auditiva ou de alterações da locomoção, é essencial para que se possam instaurar tratamentos adequados, que assegurem o crescimento e desenvolvimento da criança, uma vez que a prematuridade pode gerar repercussões para toda a vida.

Chamam a atenção neste estudo os padrões relacionados à dificuldade de amamentar, visto que os nascimentos ocorreram em instituições ligadas à Iniciativa Hospital Amigo da Criança. Espera-se que nestes hospitais os bebês sejam mais estimulados à amamentação e que não recebam alta hospitalar da maternidade sem a amamentação estar iniciada ou estabelecida. No entanto, a maioria das mães saiu do hospital com seu bebê sem ter o aleitamento materno estabelecido, o que denota a necessidade de investir e estimular mais esta prática.

Outro aspecto importante a ser abordado nas condições de nascimento na prematuridade tardia são as possíveis repercussões maternas relacionadas ao insucesso com o aleitamento materno. Os RNPTTs podem apresentar dificuldades para sugar específicas à fisiologia da prematuridade, exigindo maior dedicação da mãe e dos profissionais de saúde. Além disso, embora não tenha sido abordada neste estudo, existe a possibilidade de haver ansiedade e frustrações maternas, que podem levar à depressão, dificultando ainda mais o estabelecimento do aleitamento materno. Portanto, esses aspectos necessitam ser observados e atendidos pelos profissionais, para que estes possam lançar estratégias de cuidado que garantam o



aleitamento na alta hospitalar e condições para que a mulher possa seguir com a amamentação após a alta.

O seguimento desses pré-termo é de fundamental importância. Os profissionais de saúde voltados à atenção à saúde de RNPTTs precisam estar atentos aos riscos de morbimortalidade dessa população e capacitados para o cuidado para proceder com intervenções adequadas, possibilitando melhora das condições de saúde dessas crianças. Entretanto, destaca-se que há necessidade de mais dados empíricos para que se possam desenvolver protocolos de atenção à saúde do pré-termo tardio baseados em evidências.

A prematuridade tardia mostra-se como um problema crescente e um desafio aos profissionais de saúde, visto que a atenção na prematuridade ainda está voltada aos casos extremos.

Observou-se que muitos nascimentos prematuros tardios poderiam ter sido evitados com um seguimento obstétrico adequado, bem como as condições de nascimento serem melhores se houvesse protocolos de atendimento que se direcionassem à atenção precoce a esses recém-nascidos.

Os RNPTTs podem necessitar de mais intervenções e maior tempo de internação, conseqüentemente gerando um alto custo para a atenção neonatal. Além disso, esta população pode representar um grupo não identificado de RNs de alto risco, portanto não devem ser tratados/cuidados como RNs a termo.

Os RNPTTs têm maior risco de complicações no curto e longo prazo<sup>28</sup>, portanto as famílias precisam ser preparadas para a alta e receber suporte após a alta, especialmente no que se refere às questões de crescimento e desenvolvimento da criança.

Uma das dificuldades do estudo, que revela a não valorização da condição da prematuridade tardia pelos profissionais de saúde, é a invisibilidade destes bebês. Acredita-se que os resultados desta pesquisa podem contribuir para o cuidado de enfermagem ao RNPTT. No entanto, verifica-se a necessidade de ampliar as investigações acerca da prematuridade para que se possa avaliar de maneira adequada as condições de nascimento, crescimento e desenvolvimento de recém-nascidos pré-termo com diferentes idades gestacionais.

## REFERÊNCIAS

1. Pedron CD. Unidade neonatal do Hospital de Clínicas de Porto Alegre: implantação e práticas de atendimento [dissertação]. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Escola de Enfermagem; 2007.
2. Barros FC, Victora CG, Matijasevich A, Santos IS, Horta BL, Silveira MF, et al. Preterm births, low birth weight, and intrauterine growth restriction in three birth cohorts in Southern Brazil: 1982, 1993 and 2004. *Cad Saúde Pública*. 2008;24(Suppl 3):s390-8.
3. Costa R, Padilha MI, Monticelli M. Produção de conhecimento sobre o cuidado ao recém-nascido em UTI Neonatal: contribuição da enfermagem brasileira. *Rev Esc Enferm USP*. 2010;44(1):199-204.
4. Lemons JA, Bauer CR, Oh W, Korones SB, Papile LA, Stoll BJ, et al. Very low birth weight outcomes of the National Institute of Child Health and Human Development Neonatal Research Network, January 1995 through December 1996. *Pediatrics*. 2001;107(1):E1.
5. López CP, Chiari BM, Goulart AL, Furkim AM, Guedes ZCF. Avaliação da deglutição em prematuros com mamadeira e copo. *CoDAS*. 2014;26(1):81-6.
6. Procianoy RS, Guinsburg R. Avanços no manejo do recém-nascido prematuro extremo. *J Pediatr (Rio J)*. 2005;81(1 Supl):S1-S2.
7. Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento. Homepage. 2013 [acesso em 20 ago. 2013]. Disponível em: <http://www.pnud.org.br/Default.aspx>.
8. Moreira MEL, Lopes JMA, Carvalho M. O recém-nascido de alto risco: teoria e prática do cuidar. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2004.
9. Ramos HAC, Cuman RKN. Fatores de risco para prematuridade: pesquisa documental. *Esc Anna Nery Rev Enferm*. 2009;13(2):297-304.
10. Carvalho HMB. O recém-nascido pré-termo tardio: os desafios. *Rev Saúde Criança*. 2011;3(1):14-8.
11. World Health Organization. Born too soon: the global action report on preterm birth. Geneva: World Health Organization; 2012.
12. Victora C, Barros F, Matijasevich A, Silveira M. Consultoria: pesquisa para estimar a prevalência de nascimentos pré-termo no Brasil e explorar possíveis causas [Internet]. 2013 [acesso em 20 ago. 2013]. Disponível em: [http://www.unicef.org/brazil/pt/br\\_prematuridade\\_possiveis\\_causas.pdf](http://www.unicef.org/brazil/pt/br_prematuridade_possiveis_causas.pdf).

13. Silveira MF, Santos IS, Barros AJD, Matijasevich A, Barros FC, Victora CG. Aumento da prematuridade no Brasil: revisão de estudos de base populacional. *Rev Saúde Públ.* 2008;42(5):957-64.
14. Jobim R, Aerts D. Mortalidade infantil evitável e fatores associados, em Porto Alegre, Rio Grande do Sul, 2000-2003. *Cad Saúde Pública.* 2008;24(1):179-89.
15. Santos GNF. Prematuridade tardia: a nova epidemia. *Nascer crescer.* 2010;9(3):2004-6.
16. Rede Interagencial de Informações para a Saúde (RIPSA). Homepage. 2011. Disponível em: <http://www.ripsa.gov.br>
17. McIntire D, Leveno K. Neonatal mortality and morbidity rates in late preterm births at term. *Obstet Gynecol.* 2008;111(1):35-41.
18. Davidoff MJ, Dias T, Damus K, Russel R, Bettgowda VR, Dolan S, Schwar RH, et al. Changes in the gestational age distribution among U.S. singleton births: impact on rates of late preterm birth, 1992 to 2002. *Semin Perinatol.* 2006;30(1):8-15.
19. Porciúncula MB. Prematuridade tardia no contexto da atenção pré-natal [dissertação]. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Escola de Enfermagem; 2013.
20. Yoder BA, Gordon MC, Barth Jr WH. Late-preterm birth: does the changing obstetric paradigm alter the epidemiology of respiratory complications? *Obstet Gynecol.* 2008;111(4):814-22.
21. Ramachandrappa A, Jain L. Health issues of the late preterm infant. *Pediatr Clin North Am.* 2009;56(3):565-77.
22. Porto AMF, Acioly DÁ, Coutinho I, Coutinho EHC, Bezerra PS, Amorim MMR. Características maternas em gestações com risco de prematuridade tardia. *Rev Bras Saúde Mater Infant.* 2013;13(2):161-6.
23. Engle WA, Kominiarek MA. Late preterm infants, early term infants, and timing of elective deliveries. *Clin Perinatol.* 2008;35(2):325-41
24. Moreira MEL. Pré-termos tardios: um grupo "quase" esquecido de recém-nascidos [editorial]. *Cienc Saúde Colet.* 2014;19(7):1980.
25. Arruda DCD, Marcon SS. A família em expansão: experienciando intercorrências na gestação e no parto do bebê prematuro com muito baixo peso. *Texto Contexto Enferm.* 2007;16(1):120-8.
26. Nascimento MBRD, Issler H. Breastfeeding: making the difference in the development, health and nutrition of term and preterm newborns. *Rev Hosp Clin.* 2003;58(1):49-60.

27. Pedron CD. O cuidado leigo e profissional na prematuridade tardia: fatores culturais relacionados ao período pós alta hospitalar [tese]. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Escola de Enfermagem; 2013.
28. Procianoy R. Prematuros tardios: epidemiologia e problemas mais comuns [Internet]. In: 34º Congresso Brasileiro de Pediatria; 2009 out 08-12. Brasília, Brasil. [acesso 20 jul. 2014] Disponível em: <http://pt.scribd.com/doc/40047120/Prematuro-tardio-2009>.
29. Godinho C. Prematuridade tardia: experiência da maternidade Júlio Dinis. *Nascer Crescer*. 2010;19(3):207-9.
30. Picone S, Paolillo P. Neonatal outcomes in a population of late-preterm infants. *J Matern Fetal Neonatal Med*. 2010;23:116-20.
31. Laptook A, Jackson GL. Cold stress and hypoglycemia in the late preterm ("near-term") infant: impact on nursery of admission. *Semin Perinatol*. 2006;30(1):24-7.
32. Petrini JR, Dias T, McCormick MC, Massolo ML, Green NS, Escobar GJ. Increased risk of adverse neurological development for late preterm infants. *J Pediatr*. 2009;154(2):169-76.
33. Tomashek KM, Shapiro-Mendoza CK, Davidoff MJ, Petrini JR. Differences in mortality between late-preterm and term singleton infants in the United States, 1995-2002. *J Pediatr*. 2007;151(5):450-6.
34. Engle WA, Tomashek KM, Wallman C. Committee on Fetus and Newborn, American Academy of Pediatrics. "Late-preterm" infants: a population at risk. *Pediatrics*. 2007;120(6):1390-401.
35. Mello RR, Dutra MVP, Ramos JR, Daltro P, Boechat M, Lopes JMdA. Neonatal risk factors for respiratory morbidity during the first year of life among premature infants. *São Paulo Med J*. 2006;124(2):77-84.
36. Isotani SM, Azevedo MFd, Chiari BM, Perissinoto J. Linguagem expressiva de crianças nascidas pré-termo e termo aos dois anos de idade. *Pró-Fono R Atual Cient*. 2009;21(2):155-60.
37. Coelli AP, Nascimento LR, Mill JG, Molina MdCB. Prematuridade como fator de risco para pressão arterial elevada em crianças: uma revisão sistemática. *Cad Saúde Pública*. 2011;27(2):207-18.
38. Lubow JM, How HY, Habli M, Maxwell R, Sibai BM. Indications for delivery and short-term neonatal outcomes in late preterm as compared with term births. *Am J Obstet Gynecol*. 2009;200(5):30-33.
39. Ishiguro A, Namai Y, Ito YM. Managing "healthy" late preterm infants. *Pediatr Int*. 2009;51(5):720-5.

40. Tsai M-L, Lien R, Chiang M-C, Hsu J-F, Fu R-H, Chu S-M, et al. Prevalence and morbidity of late preterm infants: current status in a medical center of Northern Taiwan. *Pediatr Neonatol*. 2012;53(3):171-7.
41. Shapiro-Mendoza CK, Tomashek KM, Kotelchuck M, Barfield W, Weiss J, Evans S. Risk factors for neonatal morbidity and mortality among "healthy," late preterm newborns. *Semin Perinatol*. 2006;30(2):54-60.
42. Bastek JA, Sammel MD, Paré E, Srinivas SK, Posencheg MA, Elovitz MA. Adverse neonatal outcomes: examining the risks between preterm, late preterm, and term infants. *Am J Obstet Gynecol*. 2008;199(4):367-8.
43. Moraes DM, Pimienta M, Madera N. Morbilidad en pretérminos tardíos: estudio prospectivo caso control multicéntrico. *Arch Pediatr Urug*. 2009;80(3):196-202.
44. Dimitriou G, Fouzas S, Georgakis V, Vervenioti A, Papadopoulos VG, Decavalas G, et al. Determinants of morbidity in late preterm infants. *Early Hum Dev*. 2010;86(9):587-91.
45. Hallowell SG, Spatz DL. The relationship of brain development and breastfeeding in the late-preterm infant. *J Ped Nurs*. 2012;27(2):154-62.
46. Bart O, Shayevits S, Gabis LV, Morag I. Prediction of participation and sensory modulation of late preterm infants at 12 months: a prospective study. *Res Dev Disabil*. 2011;32(6):2732-8.
47. Voigt B, Pietz J, Pauen S, Kliegel M, Reuner G. Cognitive development in very vs. moderately to late preterm and full-term children: can effortful control account for group differences in toddlerhood? *Early Hum Dev*. 2012;88(5):307-13.
48. Romeo DM, Di Stefano A, Conversano M, Ricci D, Mazzone D, Romeo MG, et al. Neurodevelopmental outcome at 12 and 18 months in late preterm infants. *Eur J Paediatr Neurol*. 2010;14(6):503-7.
49. Baker B, McGrath J, Lawson R, Liverman T, Cohen S. Staff nurses working together to improve care for late-preterm infants. *Newborn Infant Nurs Rev*. 2009;9(3):139-42.
50. Chiu SH, Anderson GC. Effect of early skin-to-skin contact on mother –preterm infant interaction through 18 months: randomized controlled trial. *Int J Nurs Stud*. 2009;46(1):1168-80.
51. Ludwig SM. Oral Feeding and the Late Preterm Infant. *Newborn Infant Nurs Rev*. 2007;7(2):72-5.
52. Kao APOG, Guedes ZCF, Santos AMN. Características da sucção não-nutritiva em RN a termo e pré-termo tardio. *Rev Soc Bras Fonoaudiol*. 2011;16(3):298-303.

53. Ministério da Saúde (BR). Atenção à saúde do recém-nascido: guia para os profissionais de saúde. Brasília; 2011.
54. Hillman N. Hyperbilirubinemia in the late preterm infant. *Newborn and Infant Nursing Reviews*. 2007;7(2):91-4.
55. McGrath JM. Family dynamics. "He's just a little small": helping families to understand the implications of caring for a late preterm infant. *Newborn Infant Nurs Rev*. 2007;7(2):120-1.
56. Fouzas S, Karatza AA, Skylogianni E, Mantagou L, Varvarigou A. Transcutaneous Bilirubin Levels in Late Preterm Neonates. *The Journal of Pediatrics*. 2010;157(5):762-6.
57. Mally PV, Bailey S, Hendricks-Muñoz KD. Clinical issues in the management of late preterm infants. *Curr Probl Pediatr Adolesc Health Care*. 2010; 40(9):218-33.
58. Engle WA. A recommendation for the definition of "late preterm" (near-term) and the birth weight-gestational age classification system. *Semin Perinatol*. 2006;30(1):2-7.
59. Benevides FAB. Hiperbilirrubinemia em recém-nascidos prematuros tardios: um sinal de alerta? *Rev Saúde Criança*. 2010;2(2):41-3.
60. Tobar F, Yalour MR. Como fazer teses em saúde pública: conselhos e ideias para formular projetos e redigir teses e informes de pesquisa. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2001.
61. Polit DF, Beck CT. Fundamentos de pesquisa em enfermagem: avaliação de evidências para a prática da enfermagem. 7. ed. Porto Alegre: Artmed; 2011.
62. Triviños ANS. Introdução à pesquisa em ciências sociais a pesquisa qualitativa em educação. São Paulo: Atlas; 1987.
63. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 11. ed. São Paulo: Hucitec; 2008.
64. Douglas MK, Keppainen JK, McFarland MR, Papadopoulos I, Ray MA, Roper JM, et al. Chapter 10: research methodologies for investigating cultural phenomena and evaluating interventions. *J Transcult Nurs*. 2010;21(S4):373S-405S.
65. Bergin M. NVivo 8 and consistency in data analysis: reflecting on the use of a qualitative data analysis program. *Nurse Res*. 2011;18(3):6-12.
66. Ministério da Saúde (BR). Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 196, de 10 de outubro de 1996. Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil. 1996 out.16;134(201 Seção 1):21082-5.

67. Rocha CO. Prematuridade tardia com e sem restrição do crescimento fetal: resultados neonatais [dissertação]. São Paulo: Universidade de São Paulo, Faculdade de Medicina; 2008.
68. Rojas P, Pavón A, Rosso M, Losada A. Complicaciones a corto plazo de los recién nacidos pretérmino tardíos. *An Pediatr (Barc)*. 2011;75(3):169-74.
69. Demestre GX, Torrent RF, Nadal SM, Vila CC, Elizari-Saco M, Castellví PS. Prematuros tardios: una población de riesgo infravalorada. *An Pediatr (Barc)*. 2009;71(4):291-8.
70. Holanda MTCG, Barreto MA, Machado KMM, Preira RC. Perfil epidemiológico da sífilis congênita no Município do Natal, Rio Grande do Norte - 2004 a 2007. *Epidemiol Serv Saúde*. 2011;20(2):203-12.
71. Cavagnaro SMF, Pereira RT, Pérez PC, Vargas DVF, Sandoval CC. Sífilis congênita precoce: a propósito de 2 casos clínicos. *Rev Chil Pediatr*. 2014;85(1):86-93.
72. Mesquita KO, Lima GK, Figueira AA, Flôr SMC, Freitas CASL, Linhares MSC, et al. Análise dos casos de sífilis congênita em Sobral, Ceará: contribuições para assistência pré-natal. *DST- J Bras Doenças Sex Transm*. 2012;24(1):20-7.
73. Silva MRF, Brito ESV, Freire LCG, Pedrosa MM, Sales VMB, Lages I. Percepção de mulheres com relação à ocorrência de sífilis congênita em seus conceitos. *Rev APS*. 2010;13(3):301-9.
74. Yu Z, Han S, Wu J, Li M, Wang H, Wang J, et al. Validation of transcutaneous bilirubin nomogram for identifying neonatal hyperbilirubinemia in healthy Chinese term and late-preterm infants: a multicenter study. *J Pediatr (Rio J)*. 2014;90:273-8.
75. Galvan L, Oliveira MP, Farias MJ, Panini AV, Cancelier ACL, Silva LR. Causas de icterícia em neonatos internados em hospital no sul de Santa Catarina. *Arq Catarin Med*. 2013;42(3):47-53.
76. Sarici SU, Serdar MA, Korkmaz A, Erdem G, Oran O, Tekinal G, et al. Incidence, course, and prediction of hyperbilirubinemia in near-term and term newborns. *Pediatrics*. 2004;113(4):775-80.
77. Bhutani VK, Johnson L. Kernicterus in late preterm infants cared for as term healthy infants. *Semin Perinatol*. 2006;30(2):89-97.
78. Bastos F, Segre CAM, Britto JAA. Estudo preliminar sobre a abordagem ao tratamento da icterícia neonatal em maternidades do município de São Paulo, Brasil. *Einstein*. 2007;5(1):56-62.
79. Saigal S, Doyle LW. An overview of mortality and sequelae of preterm birth from infancy to adulthood. *Lancet*. 2008;371(9608):261-9.

80. Consortium on Safe Labor, Hibbard JU, Wilkins I, Sun L, Gregory K, Haberman S, et al. Respiratory morbidity in late preterm births. *JAMA*. 2010;304(4):419-25.
81. Wang ML, Dorer DJ, Fleming MP, Catlin EA. Clinical outcomes of near-term infants. *Pediatrics*. 2004;114(2):372-6.
82. Ribeiro AM, Guimarães MJ, Lima MC, Sarinho SW, Coutinho SB. Fatores de risco para mortalidade neonatal em crianças com baixo peso ao nascer. *Rev Saúde Pública*. 2009;43(2):246-55.
83. Ministério da Saúde (BR). Atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso: método Mãe Canguru. Brasília: Ministério da Saúde; 2011.
84. Ministério da Saúde (BR). Manual AIDPI neonatal. 3. ed. Brasília: Ministério da Saúde/Organização Pan-Americana de Saúde; 2012.
85. Santos GHN, Martins MG, Sousa MS, Batalha SJC. Impacto da idade materna sobre os resultados perinatais e via de parto. *Rev Bras Ginecol Obstet*. 2009;31(7):326-34.
86. Menezes MAS, Garcia DC, Melo EV, Cipolotti R. Recém-nascidos prematuros assistidos pelo Método Canguru: avaliação de uma coorte do nascimento aos seis meses. *Rev Paul Pediatr*. 2014;32(2):171-7.
87. McLaurin KK, Hall CB, Jackson EA, Owens OV, Mahadevia PJ. Persistence of morbidity and cost differences between late-preterm and term infants during the first year of life. *Pediatrics*. 2009;123(2):653-9.
88. Maia PC, Silva LP, Oliveira MMC, Cardoso MVLML. Desenvolvimento motor de crianças prematuras e a termo – uso da Alberta Infant Motor Scale. *Acta Paul Enferm*. 2011;24(5):670-5.
89. Oliveira VC, Cadette MM. Anotações do enfermeiro no acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil. *Acta Paul Enferm*. 2009;22(3):301-6.
90. Moreira RS, Magalhães LC, Alves CRL. Efeito do nascimento prematuro no desenvolvimento motor, comportamento e desempenho de crianças em idade escolar: revisão sistemática. *J Pediatr (Rio J)*. 2014;90(2):119-34.
91. Neves LAT, Fronio JS, Araújo JL, Lupatini PRM. Por que prestar assistência ao prematuro? *Rev Med Minas Gerais*. 2012;22(Supl 7):S57-S62.
92. Silva C, Costa G. Importância da ecografia no rastreamento e diagnóstico precoce da displasia do desenvolvimento da anca. *Rev Port Ortop Traum*. 2013;21(2):147-63.
93. Ferreira APA, Albuquerque RC, Rabelo ARM, Farias FC, Correia RCB, Gagliardo HGRG, et al. Comportamento visual e desenvolvimento motor de recém-nascidos prematuros no primeiro mês de vida. *Rev Bras Cresc Desenvol Hum*. 2011;21(2):335-43.



94. Ruas TCB, Gagliardo HR, Martinez CS, Ravanini SG. A comparação de funções apendiculares desencadeadas pela visão em lactentes nascidos pré-termo e a termo no primeiro trimestre de vida. *Rev Bras Cresc Desenv Hum.* 2010;20(3):680-7.
95. Ministério da Saúde (BR). Iniciativa Hospital Amigo da Criança. Brasília: Ministério da Saúde; 2011.
96. Organização Mundial da Saúde. Proteção, promoção e apoio ao aleitamento materno: o papel especial dos serviços materno-infantis. Genebra: Organização Mundial da Saúde; 1989.
97. Boccolini CS, Carvalho ML, Oliveira MIC, Vasconcellos AGG. Fatores associados à amamentação na primeira hora de vida. *Rev Saúde Pública.* 2011;45(1):69-78.
98. Silva NM, Waterkemper R, Silva EF, Cordova FP, Bonilha ALL. Conhecimento de puérperas sobre amamentação exclusiva. *Rev Bras Enferm.* 2014;67(2):290-5.
99. Neiva FCB. Proposta de um formulário de avaliação da sucção de RN. *Pro Fono.* 2000;12(2):113-9.
100. Caetano LC, Fujinaga CI, Scochi CG. Sucção não-nutritiva em bebês prematuros: estudo bibliográfico. *Rev Lat Am Enfermagem.* 2003;11(2):232-6.
101. Tomashek KM, Shapiro-Mendoza CK, Weiss J, Kotelchuck M, Barfield W, Evans S, et al. Early discharge among late preterm and term newborns and risk of neonatal morbidity. *Semin Perinatol.* 2006;30(2):61-8.
102. Kominiarek M. Infants born late preterm: Indications and recommendations for obstetric care. *Neoreviews* 2009;10:e295-302.
103. Woythaler MA, McCormick MC, Smith VC. Late preterm infants have worse 24-month neurodevelopmental outcomes than term infants. *Pediatrics.* 2011;127(3):e622-9.

## APÊNDICE A – Autorização para uso de banco de dados

Autorizamos a aluna de mestrado do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (PPGenf/UFRGS), **EVELINE FRANCO DA SILVA**, CPF: 987.607.260-91, a utilizar o banco de dados da pesquisa “**O CUIDADO LEIGO E PROFISSIONAL NA PREMATURIDADE: fatores culturais relacionados ao período gestacional e pós-natal**”, que tem como pesquisadora responsável Ana Lúcia de Lourenzi Bonilha, e obteve aprovação pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Prefeitura Municipal de Porto Alegre (CEP-PMPA), com Parecer registrado sob número 001.039956.11.3.

Ressalta-se que as pesquisadoras assinam este documento autorizando Eveline utilizar o banco de dados da pesquisa para desenvolvimento de sua DISSERTAÇÃO DE MESTRADO.

Porto Alegre, 2 de dezembro de 2013



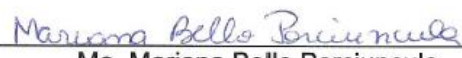
\_\_\_\_\_  
Prof. Dra. Ana Lúcia de Lourenzi Bonilha



\_\_\_\_\_  
Dra. Lilian Cordova do Espírito Santo



\_\_\_\_\_  
Dra. Cecília Drebes Pedron



\_\_\_\_\_  
Ma. Mariana Bello Porciuncula



\_\_\_\_\_  
Arlene Gonçalves dos Santos



\_\_\_\_\_  
Luana Santos da Silva

**APÊNDICE B – Ficha de observação do diário de campo**

Data: \_\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_ às \_\_\_\_\_ Número: \_\_\_\_\_

Local: \_\_\_\_\_

Pesquisador: \_\_\_\_\_

Descrição da observação:

---

---

---

---

---

---

---

---

Reflexões sobre a observação:

---

---

---

---

---

---

---

---

Anotações sobre prontuário, carteira de pré-natal e da criança:

---

---

---

---

---

---

---

---

## APÊNDICE C – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA AS MÃES

Você está sendo convidada a participar da pesquisa: **O cuidado leigo e profissional na prematuridade: fatores culturais relacionados ao período gestacional e pós-natal** que pretende conhecer como acontece o cuidado das crianças que nasceram antes do final esperado para a gestação e o cuidado que suas mães tiveram durante a gestação. A sua participação poderá contribuir para a melhoria da qualidade do atendimento à mulher e a criança, não havendo qualquer risco envolvido. Você responderá algumas perguntas e anotações sobre você e seu bebê, conhecer como foi o seu atendimento desde o pré-natal, além de consultar algumas informações em seu prontuário e em sua carteira de pré-natal e carteira de saúde do seu filho(a), sendo as mesmas fotografadas. Suas respostas serão gravadas em gravador digital. Esta entrevista terá duração em torno de 30 minutos. Posteriormente, iremos entrevistá-la novamente, em seu domicílio, no período de 90 e de 180 dias, para saber sobre a saúde do seu filho. As entrevistas serão passadas para o papel e após serão apagadas do gravador e ficarão guardadas em papel por cinco anos pelas as pesquisadoras. O seu nome não será divulgado em tudo que for dito e utilizado pela pesquisa. Pedimos licença para poder anotar alguns dados observados sobre a pesquisa. Os resultados do estudo serão apresentados de forma que não seja possível identificar as pessoas que dele participaram e as informações aqui obtidas serão utilizadas apenas para fins de pesquisa.

Você tem direito de pedir outros esclarecimentos sobre a pesquisa e pode se recusar a participar ou até desistir de participar, se assim desejar, sem qualquer prejuízo na sua relação ou do seu bebê com o serviço de saúde. É importante lhe informar que não haverá nenhuma forma de reembolso financeiro, já que com a participação na pesquisa você não terá nenhum gasto.

Caso você aceite participar da pesquisa. As pesquisadoras deste trabalho são as professoras doutoras Ana Lucia de Lourenzi Bonilha e Lillian Córdova do Espírito Santo e as alunas de doutorado e mestrado, Cecília Drebes Pedron e Mariana Bello Porcincula, da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande Federal do Rio Grande do Sul. O telefone para contato é (051) 3308-5428, com o Comissão de Pesquisa da Escola de Enfermagem da UFRGS e do Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de saúde de Porto Alegre, pelo telefone 51- 32895517 / 91441379.

Data.....  
 Local:.....  
 Nome do sujeito de pesquisa:.....  
 Assinatura do sujeito de pesquisa:.....  
 Assinatura das pesquisadoras: .....

.....  
 .....

Observação: o presente documento, baseado no item IV das Diretrizes e Normas Regulamentadoras para a Pesquisa em Saúde, do Conselho Nacional de Saúde (Resolução 196/96), será assinado em duas vias, de igual teor, ficando uma via em poder do participante e a outra com o (a) pesquisador(a) responsável.

Termo de Consentimento  
 Versão autorizada  
 CEP/SMS  
 11 / 10 / 2011  
 REG NO CEP 692

Rubrica Sujeito de Pesquisa	Rubrica Pesquisador Responsável	Data	TCLE - versão

## APÊNDICE D – Roteiro para entrevista com mães das crianças prematuras

Unidade: \_\_\_\_\_ Prontuário: \_\_\_\_\_ Número da entrevista: \_\_\_\_\_  
 Data: \_\_\_\_\_ Início: \_\_\_\_\_ Término: \_\_\_\_\_ Agente de Saúde: \_\_\_\_\_  
 Endereço: \_\_\_\_\_  
 Fone: \_\_\_\_\_  
 Nome: \_\_\_\_\_  
 DN: \_\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_ Situação conjugal: \_\_\_\_\_  
 RN ficou internado: \_\_\_\_\_ Nome do RNPT: \_\_\_\_\_  
 Abortos: \_\_\_\_\_  
 DN: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ IG: \_\_\_\_\_ Tipo de parto: \_\_\_\_\_  
 Ganho de peso na gestação: \_\_\_\_\_ Acompanhante no PN: \_\_\_\_\_  
 Teve acompanhante no parto: \_\_\_\_\_ 1ª Mamada: \_\_\_\_\_  
 Motivo do parto prematuro: \_\_\_\_\_  
 Realizou pré-natal no posto: \_\_\_\_\_ Nº de consultas: \_\_\_\_ Foto carteira: \_\_\_\_  
 Acompanhamento puericultura: \_\_\_\_\_ Foto carteira: \_\_\_\_  
 Número de filhos: \_\_\_\_\_ Idade dos filhos: \_\_\_\_\_  
 Com quem reside: \_\_\_\_\_  
 Atividade principal: \_\_\_\_\_  
 Renda *per capita* familiar: \_\_\_\_\_  
 Tipo de moradia: \_\_\_\_\_  
 Religião: \_\_\_\_\_  
 Hábitos de lazer: \_\_\_\_\_  
 Tipo e condições de moradia: número de cômodos, água, luz: \_\_\_\_\_  
 Serviços de saúde que utiliza: \_\_\_\_\_  
 Quem auxilia no cuidado ao bebê: \_\_\_\_\_

### Questões norteadoras:

#### 1ª Entrevista:

Data: \_\_\_\_\_ Local: \_\_\_\_\_ Pesquisadora: \_\_\_\_\_

#### Sobre a mãe:

- Como foi o teu cuidado na gravidez?

1. Como foi o teu cuidado durante a última gravidez?

2. Fez pré-natal? Se sim, fale sobre ele. Se não, fale sobre o motivo.

3. Questionar sobre o que não foi referido em relação a: alimentação; sono e repouso; atividades físicas; trabalho; lazer; atividade sexual; religiosidade; cuidado do lar; orientações de saúde; e vestuário.

- Já tiveste participação em outra gravidez? O que era orientado a elas? E tu fazes algo destas orientações?

- Modificaste algum hábito?

- O que teus pais ou irmãos te ensinaram?

- O que você aprendeu com a TV, com revistas, jornais e Internet?

### **Sobre o bebê:**

- Como ocorre o cuidado do teu filho no domicílio?

1. Como acontecem os cuidados com a alimentação e a amamentação do teu filho?

2. Como é o cuidado do teu filho em casa? Fale sobre o cuidado do dia a dia com ele.

3. Questionar sobre o que não foi referido em relação a: higiene; repouso; estimulação do bebê; religiosidade; orientações de saúde; vestuário.

- Como acontece o cuidado do teu filho pelos profissionais de saúde na rede básica?

1. Como acontece o cuidado do teu filho pelos profissionais de saúde? Médico, enfermeiro, técnico de enfermagem e agente comunitário.

Já fez consulta com o bebê? Coletou teste do pezinho? Quais orientações foram dadas sobre as vacinas?

2. Questionar sobre o que não foi referido em relação a: alimentação/amamentação; higiene; repouso; estimulação do bebê; religiosidade; orientações de saúde; vestuário.

- Já tiveste participação em outra gravidez? O que era orientado a elas? E tu fazes algo destas orientações?

- Modificaste algum hábito?

- O que teus pais ou irmãos te ensinaram?

- O que você aprendeu com a TV, com revistas, jornais e Internet?

- Por ser prematuro te disseram algo em relação ao desenvolvimento? Estimulação? Amamentação? Remédios? Vacinas? Passeios? Roupas?

**APÊNDICE E – Roteiro para entrevista com mães das crianças prematuras –  
Entrevistas 2 e 3**

Unidade: \_\_\_\_\_ Prontuário: \_\_\_\_\_ Número da entrevista: \_\_\_\_\_  
 Data: \_\_\_\_\_ Início: \_\_\_\_\_ Término: \_\_\_\_\_ Agente de Saúde: \_\_\_\_\_  
 Endereço: \_\_\_\_\_  
 Fone: \_\_\_\_\_  
 Nome: \_\_\_\_\_  
 DN: \_\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_ Situação conjugal: \_\_\_\_\_  
 RN ficou internado: \_\_\_\_\_ Nome do RNPT: \_\_\_\_\_  
 Abortos: \_\_\_\_\_  
 DN: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ IG: \_\_\_\_\_ Tipo de parto: \_\_\_\_\_  
 Local da entrevista: \_\_\_\_\_ Pesquisadoras: \_\_\_\_\_

**Sobre o bebê:**

- Como ocorreu o cuidado do teu filho no domicílio durante estes últimos dois meses?

1. Como é cuidado do teu filho em casa? Fale sobre o cuidado do dia a dia com ele.

2. Como acontecem os cuidados com a alimentação e a amamentação do teu filho? O que você acha que deveria ser evitado de dar para o bebê ainda?

3. Questionar sobre o que não foi referido em relação a: medicação, doenças, vacinas; banho, troca de fraldas; passeios; hábito de sono; brincadeiras do bebê; religiosidade; roupas.

4. O que tu aprendeste com jornais, revistas, Internet e televisão sobre cuidar de bebês?

5. O que tua família, teus amigos e vizinhos te ensinaram sobre o cuidado com o bebê?

6. Você está tendo algum cuidado especial com ele por ele ter nascido prematuro?

7. Tem alguma coisa que você acha que não deva ser feito com o bebê pelo fato de ele ser prematuro?

8. Como está a tua programação de trabalho, estudo?

- Como acontece o cuidado do teu filho pelos profissionais de saúde na rede básica?

1. Como aconteceu o cuidado do teu filho pelos profissionais de saúde? Médico, enfermeiro, técnico de enfermagem e agente comunitário?

2. O que estes profissionais orientaram sobre: alimentação; vacinas, medicação, doenças; desenvolvimento; peso e altura; sono; higiene; religião; vestuário?

## ANEXO A – Aprovação Comitê de Ética da Prefeitura Municipal de Porto Alegre



**Prefeitura Municipal de Porto Alegre**  
**Secretaria Municipal de Saúde**  
**Comitê de Ética em Pesquisa**

### PARECER CONSUBSTANCIADO

**Pesquisador (a) Responsável:** Ana Lucia de Lourenzi Bonilha  
**Registro no CEP:** 692 **Processo N°.** 001.039956.11.3  
**Instituição onde será desenvolvido:** Secretaria Municipal de Saúde – ESF Santa Tereza e a ESF Osmar Freitas  
**Utilização:** TCLE  
**Situação:** APROVADO

O Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre analisou o processo N 001.039956.11.3, referente ao projeto de pesquisa: “**O cuidado leigo e profissional na pré maturidade: fatores culturais relacionados ao período gestacional e pós natal**”, tendo como pesquisador responsável Ana Lucia de Lourenzi Bonilha cujo objetivo é “Identificar o cuidado leigo e profissional relacionado à prematuridade, no período gestacional das mães de crianças que nasceram prematuramente e desses bebês até o sexto mês após a alta hospitalar no contexto da Estratégia de Saúde da Família”.

Assim, o projeto preenche os requisitos fundamentais das resoluções. O Comitê de Ética em Pesquisa segue os preceitos das resoluções CNS 196/96, 251/97 e 292/99, sobre as Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa Envolvendo Seres Humanos, do Conselho Nacional de Saúde / Conselho Nacional de Ética em Pesquisa / Agência nacional de Vigilância Sanitária. Em conformidade com os requisitos éticos, classificamos o presente protocolo como APROVADO.

O Comitê de Ética em Pesquisa, solicita o atendimento aos itens abaixo:

1. Enviar primeiro relatório parcial em seis meses a contar desta data e a apresentação do trabalho em CD no final;
2. Informar imediatamente qualquer evento adverso ocorrido;
3. Comunicar qualquer alteração no projeto e no TCLE;
4. Entregar junto com o relatório, todos os TCLEs assinados pelos sujeitos de pesquisas e a apresentação do trabalho.
5. Após o término desta pesquisa, o pesquisador responsável deverá apresentar os resultados junto à equipe da unidade a qual fez a coleta de dados e/ou entrevista, inclusive para o Conselho Local da Unidade de Saúde.

Porto Alegre, 11/10/2011.

Elen Maria Borba  
 Coordenadora do CEP



## ANEXO B – Termo Aditivo de Aprovação do Comitê de Ética da Prefeitura Municipal de Porto Alegre



**Prefeitura Municipal de Porto Alegre  
Secretaria Municipal de Saúde  
Comitê de Ética em Pesquisa**

### PARECER CONSUBSTANCIADO

**Pesquisador (a) Responsável:** Ana Lucia de Lourenzi Bonilha  
**Registro no CEP:** 692 **Processo N°.** 001.039956.11.3  
**Instituição onde será desenvolvido:** Secretaria Municipal de Saúde – ESF Santa Tereza e a ESF Osmar Freitas – Adendo: ESF Cruzeiro do Sul e ESF Mato Grosso  
**Utilização:** TCLE  
**Situação:** APROVADO

O Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre analisou o processo N°.**001.039956.11.3**, referente ao projeto de pesquisa: **“O cuidado leigo e profissional na prematuridade: fatores culturais relacionados ao período gestacional e pós-natal.**

Em 28 de agosto foi aprovado Adendo para inclusão de mais duas unidades de Saúde da Família no estudo.

De acordo com os procedimentos internos estabelecidos nesta instituição, bem como as exigências das Resoluções do Conselho Nacional de Saúde n.ºs 196/96, 251/97 e 292/99, este Comitê de Ética em Pesquisa considera **APROVADO** o referido projeto, em sua Reunião Ordinária realizada em 11 de outubro de 2011.

O Comitê de Ética em Pesquisa solicita o atendimento aos itens abaixo:

1. Enviar primeiro relatório parcial em seis meses a contar desta data;
2. Informar imediatamente qualquer evento adverso ocorrido;
3. Comunicar qualquer alteração no projeto e no TCLE;
4. Entregar com o relatório final todos os TCLEs assinados pelos sujeitos de pesquisas, juntamente com o formulário disponível no site e CD com trabalho concluído;
5. Após o término desta pesquisa, o pesquisador responsável deverá apresentar os resultados junto à equipe da unidade a qual fez a coleta de dados e/ou entrevista, inclusive para o Conselho Local da Unidade de Saúde.

Porto Alegre, 28/08/2012.

  
 Maria Mercedes Bendati  
 Coordenadora do CEP

**ANEXO C – Carta de Aprovação da Comissão de Pesquisa da Escola de  
Enfermagem (COMPESQ)**



COMISSÃO DE PESQUISA DA ESCOLA DE ENFERMAGEM DA  
UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL

CARTA DE APROVAÇÃO

**Projeto Docente:** 11/2011

**Versão Mês:** Jun/2011

**Pesquisadores:** Profa. Ana Lúcia de Lourenzi Bonilha,  
Profa. Lilian Cordova do Espírito Santo

**Acadêmicas:** Cecilia Drebes Pedron,  
Mariana Bello Porciuncula

**Título:** O CUIDADO LEIGO E PROFISSIONAL NA PREMATURIDADE: fatores culturais relacionados ao período gestacional e pós-natal.

A Comissão de Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (COMPESQ), no uso de suas atribuições, avaliou e aprova este projeto em seus aspectos metodológicos. Toda e qualquer alteração deverá ser comunicadas à Comissão.

Porto Alegre, 28 de junho de 2011.

*Eliane Pinheiro de Moraes*

Profª Dra. Eliane Pinheiro de Moraes  
Coordenadora COMPESQ/EENF

*Eliane Pinheiro de Moraes*  
Coordenadora Compesq  
EEnf - UFRGS