

RESSALVA

Atendendo solicitação do(a)
autor(a), o texto completo desta tese
será disponibilizado somente a partir
de 31/08/2020.



**UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA
“JÚLIO DE MESQUITA FILHO”
FACULDADE DE MEDICINA**

Maria Cristina Heinzle da Silva Machado

**Atenção à saúde de coorte de recém-nascidos
prematuros tardios durante o primeiro ano de vida**

Tese apresentada à Faculdade de Medicina, Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, Câmpus de Botucatu, para obtenção do título de Doutor junto ao Programa de Pós-graduação em Enfermagem

Orientadora: Prof^a Dr^a Vera Lúcia Pamplona Tonete

**Botucatu
2018**

Maria Cristina Heinzle da Silva Machado

**Atenção à saúde de coorte de recém-nascidos prematuros tardios
durante o primeiro ano de vida**

Tese apresentada à Faculdade de Medicina, Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, Câmpus de Botucatu, para obtenção do título de Doutor junto ao Programa de Pós-graduação em Enfermagem.

Orientadora: Prof^a Dr^a Vera Lúcia Pamplona Tonete

Botucatu
2018

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA SEÇÃO TÉC. AQUIS. TRATAMENTO DA INFORM.
DIVISÃO TÉCNICA DE BIBLIOTECA E DOCUMENTAÇÃO - CÂMPUS DE BOTUCATU - UNESP
BIBLIOTECÁRIA RESPONSÁVEL: ROSANGELA APARECIDA LOBO-CRB 8/7500

Machado, Maria Cristina Heinzle da Silva.

Atenção à saúde de coorte de recém-nascidos prematuros tardios durante o primeiro ano de vida / Maria Cristina Heinzle da Silva Machado. - Botucatu, 2018

Tese (doutorado) - Universidade Estadual Paulista "Júlio de Mesquita Filho", Faculdade de Medicina de Botucatu

Orientador: Vera Lúcia Pamplona Tonete

Capes: 40403009

1. Recém-nascidos. 2. Prematuros. 3. Atenção primária à saúde. 4. Qualidade de vida.

Palavras-chave: Atenção à Saúde; Prematuridade; Qualidade; Recém Nascido.



DEDICATÓRIA

DEDICATÓRIA

Dedico esta tese a **Deus** soberano e misericordioso, por sua presença constante em minha vida, e demonstrações de que tudo é possível quando cremos Nele e sem o qual nada do que foi feito se fez.

Á instituição que é a base de minha vida: minha **Família**.

Ao meu esposo **Paulo**, amor da minha vida, amigo e companheiro de todas as horas, luz do meu caminho, que “mais uma vez” esteve incondicionalmente ao meu lado em todos os momentos. Seu carinho, paciência e compreensão me emocionam. Agradeço por você cuidar da nossa família nos meus momentos de estudo intenso. Sua forma de me apoiar e enfrentar as dificuldades foram incentivos determinantes para eu chegar até aqui.

Aos meus filhos **Ana Beatriz, Rebeca e Gustavo**

Ana Beatriz, minha “Flor de Maio”, companheira de todas as horas desde sempre, que chegou a me auxiliar quando meus olhos já não conseguiam “enxergar” e classificar dados, meu agradecimento especial! Obrigada pelo carinho e incentivo. Que Deus te ilumine todos os dias filha!

Rebeca “*in memoriam*”, por ter inspirado a mamãe a realizar este trabalho de amor a todos os prematurinhos.

Gustavo, por me esperar pacientemente todos os dias de estudo, muitas vezes adormecendo enquanto aguardava a mamãe. Obrigada por compreender meus afastamentos neste período, e por apesar de ser tão pequeno, se fazer grande nos momentos difíceis.

O tempo de nossa convivência “roubado” pela tese só fez fortalecer a vontade de estar junto de vocês meus alicerces para esta vitória, motivos da minha existência, amores da mamãe!

Minha mãe **Mariá**, por sempre acreditar em minha capacidade e me incentivar a seguir em frente, orando pela minha vitória e cuidando da minha família em minhas ausências.

Amo você, obrigada por tudo!

Meu pai, **Daniel** “*in memoriam*” por ter sempre me incentivado e acreditado enquanto estive ao meu lado. As saudades são imensas.

Meu irmão **Marcos** meu companheiro e socorro de todas as horas, pela amizade, carinho e companheirismo; por estar sempre torcendo pelas minhas conquistas. Pelo apoio e incentivo incondicional.

Quero dizer que essa conquista não é só minha, mas nossa. Tudo que consegui só foi possível graças ao amor, apoio e dedicação que vocês sempre tiveram por mim. Sempre me ensinaram agir com respeito, simplicidade, dignidade, honestidade e amor ao próximo. E graças à união de todos, os obstáculos foram ultrapassados, vitórias foram conquistadas e alegrias divididas. Agradeço pela paciência e compreensão com minha ausência durante essa longa jornada.

Finalmente não posso esquecer-me dos meus “psicólogos”: **Pimenta, Amora, Morena e Enzo**, que estiveram fielmente ao meu lado nos momentos de stress e “chiliques”.



AGRADECIMENTOS

AGRADECIMENTOS

Ao longo de nossas vidas sempre aparecem **pessoas queridas** que nos ajudam, e sem os quais nossos objetivos seriam muito difíceis de alcançar, ou seriam até inatingíveis. Por isso essa parte da tese é tão especial. Quero aqui expressar de coração os meus agradecimentos às seguintes pessoas e instituições:

A professora, enfermeira, educadora, orientadora e, principalmente, amiga, **Vera Lúcia Pamplona Tonete**, meu muito obrigada de coração. Poucos são tão privilegiados como eu por ter tido a sorte de conviver com uma pessoa tão generosa, amorosa, dedicada, compreensiva e inteligente como você.

A você Professora querida, meu muito obrigada.

Muito obrigada mesmo.

Sem você este trabalho não teria existido.

Às professoras **Cristina Maria de Lima Parada** e **Maria Antonieta de Barros Leite Carvalhaes** pelo trabalho conjunto e pela disposição rotineira em contribuir para esta tese.

Para a **Cátia Regina Branco da Fonseca** pela disposição em participar da banca e pelas excelentes contribuições ao trabalho.

Meus respeitosos agradecimentos pela contribuição na **banca do exame de qualificação** e pela participação como membro da **banca examinadora da defesa**.

Ao **Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Faculdade de Medicina da Unesp de Botucatu**, aos professores, colegas e funcionários, pelo seu acolhimento e indiscutível qualidade.

Aos funcionários do **Departamento de Enfermagem da Faculdade de Medicina da Unesp de Botucatu** em especial a **Cristina, a Rosana e o Fernando**, pela importante ajuda e retaguarda.

A **Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo - FAPESP** (processo nº 15/03256-1), pelo auxílio financeiro concedido para a realização deste trabalho.

A **Prefeitura Municipal de Botucatu** através da **Secretaria da Saúde** pela oportunidade de crescimento profissional e por propiciarem e contribuírem na construção deste estudo.

As amigas e companheiras de trabalho do SEDUCS **Claudete Antonioli Donini e Thais Renata Espernega Santos**, pelo incentivo em todos os momentos, por permitir que eu me dedicasse a esta tese e por ter me apoiado quando necessário. A vocês, meu muito obrigado de coração.

As estagiárias do SEDUCS **Bárbara Stéfani Morais Sá, Gabrielle Bertolli da Silva e Rebeca Rodrigues** por acreditarem em mim sempre, pelas palavras de conforto e ânimo, espero ter despertado em vocês o real amor pela profissão.

Às enfermeiras doutorandas, colegas de pesquisa do estudo CLaB (Coorte de Lactentes de Botucatu), e do Grupo de Estudos de Saúde da Criança e do Adolescente (SAMUCA) **Michelle Oliveira Minharro, Renata Leite, Aline Fernanda Palombarini e Maiara Mialich**, parceiras fundamentais que serviram de base para esta pesquisa e que trabalharam em conjunto, arduamente, em todas as fases do estudo, ajudando-se mutuamente e que tornaram tudo isso possível.

Em especial, agradeço a enfermeira doutoranda **Anna Paula Ferrari** pela coordenação do estudo, por facilitar a construção dos bancos de dados, por ouvir e compartilhar das crises de palpitação e nervosismo, atendendo prontamente as minhas solicitações e esclarecimentos.

Ao **Hélio Rubens de Carvalho Nunes** pela atenção nos cálculos estatísticos, e pelo aprendizado nesta jornada, obrigada por tudo!

A querida amiga **Lídia Raquel de Carvalho**, pela disposição em auxiliar na análise estatística no momento final e atribulado da tese, obrigada por me atender prontamente e sem hesitação.

Aoss colegas da **Divisão Técnica de Biblioteca e Documentação da Unesp – Campus de Botucatu** pelo auxílio com a Revisão Bibliográfica, a Ficha Catalográfica, e as Referências Bibliográficas.

À querida amiga e funcionária **Cristiane Ferreira**, que cuidou de minha família e minha casa em minhas ausências, obrigada!

Um agradecimento especial a cada **mãe e família das crianças** que fizeram parte deste estudo. Sem vocês, nada disto seria possível.

Finalmente, faço questão de agradecer de coração a todas as pessoas que torceram ou intercederam por mim, mesmo que de forma anônima ou discreta. Como está escrito em Provérbios 17:17: “E todo o tempo ama o amigo e na angústia nasce o irmão”.

A todos os familiares e amigos que direta ou indiretamente torceram, e me incentivaram nesta conquista, meu muito obrigada!

Mais uma etapa foi vencida e sei que ainda há muito pela frente!

Obrigada!

EPÍGRAFE



“Oh Senhor, tu és o meu Deus; exaltar-te-ei e louvarei o teu nome, porque fizeste maravilhas; os teus conselhos são verdade e firmeza”.

Isaiás 25:1



LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ADNPM	Acompanhamento do Desenvolvimento Neuropsicomotor
AE	Ambulatório de Especialidades
AIG	Adequado para a Idade Gestacional
AM	Aleitamento Materno.
AME	Aleitamento Materno Exclusivo.
APS	Atenção Primária a Saúde
CAPS I	Centro de Atenção Psicossocial 1
CLaB	Coorte de Lactentes de Botucatu
DRS – VI	Departamento Regional de Saúde VI
GIG	Gigante para a Idade Gestacional
HP	Hospital Privado
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
INTERGROWTH-21 ST	Consórcio Internacional de Crescimento Fetal e Neonatal Pró Século 21
MS	Ministério da Saúde.
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
OMS	Organização Mundial da Saúde.
OPAS	Organização Pan-Americana de Saúde.
OR	<i>odds ratio</i>
PIG	Pequeno para a Idade Gestacional
PMB	Prefeitura Municipal de Botucatu
PSR - HC	Pronto Socorro Pediátrico Referenciado do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Botucatu-Unesp
PSI-HB	Pronto Socorro Infantil do Hospital do Bairro
PA	Pronto Atendimento
PN	Pré-Natal
PS	Pronto Socorro
RNT	Recém-Nascido a Termo
RNPTT	Recém-Nascido Pré Termo Tardio
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SAMUCA	Saúde da Mulher, Criança e Adolescente

SEADE	Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados
SUS	Sistema Único de Saúde.
UBS	Unidade Básica de Saúde.
USF	Unidade de Saúde da Família
UNESP	Universidade Estadual Paulista
UNICEF	Fundo das Nações Unidas para Infância
UCE	Unidade de Cuidados Especiais
UCI	Unidade de Cuidado Intensivo Neonatal
UTI	Unidade de Terapia Intensiva
WHO/OMS	World Health Organization/Organização Mundial da Saúde



LISTA DE FIGURAS, QUADROS E TABELAS

LISTA DE FIGURAS, QUADROS E TABELAS

Figura 1 – Mapa do Município de Botucatu	38
Figura 2 – Fluxograma de formação da coorte e do acompanhamento dos lactentes no primeiro ano de vida. Botucatu, 2015-2017	43
Quadro 1 – Momentos de seguimento estudo CLaB. Botucatu, 2015-2016	44
Quadro 2 - Variáveis estudadas	47
Quadro 3 – Risco relacionado ao peso adequado para a idade gestacional ao nascer.	49
Artigo 1	
Submetido à Revista Eletrônica de Enfermagem em Abril 2018 e ainda encontra-se em avaliação.	
Tabela 1 - Distribuição dos recém-nascidos prematuros tardios e a termo do estudo CLaB e razões de chances (OR), segundo características sociodemográficas e econômicas maternas, obstétricas e de nascimento. Botucatu, 2015-2017	59
Tabela 2 – Resultados da regressão logística segundo características sociodemográficas e econômicas maternas, obstétricas e de nascimento. Botucatu, 2015-2017	60
Tabela 3 - Distribuição dos recém-nascidos prematuros tardios e a termo do estudo CLaB e razões de chance (OR) segundo ações de atenção à saúde recebida no pré-natal, parto, maternidade e primeiro ano de vida. Botucatu, 2015-2017	61
Tabela 4 - Associação entre prematuridade tardia e ações de atenção à saúde recebida no pré-natal, parto, maternidade e primeiro ano de vida. Botucatu, 2015-2017.	63
Tabela 5- - Distribuição dos recém-nascidos prematuros tardios (RNPTT) e a termo (RNT) e razões de chance (OR) do estudo CLaB, segundo intercorrências de saúde e utilização de serviços de referência, 2015-2017	63

Artigo 2

Submetido à Revista Ciência & Saúde Coletiva em 31/08/2018 e ainda encontra-se em avaliação.

Figura 2 – Fluxograma de formação da coorte e do acompanhamento dos lactentes no primeiro ano de vida. Botucatu, 2015-2017	75
Tabela 1 - Distribuição dos recém-nascidos prematuros tardios e a termo do estudo CLaB e razões de chances (OR), segundo características sociodemográficas e econômicas maternas, obstétricas e de nascimento. Botucatu, 2015-2017	77
Tabela 2 - Regressão logística segundo características sociodemográficas e econômicas maternas, obstétricas e de nascimento. Botucatu, 2015-2017	79
Tabela 3 - Distribuição dos recém-nascidos prematuros tardios e a termo do estudo CLaB e razões de chances (OR), segundo ações de promoção e apoio ao aleitamento materno no pré-natal, parto e primeiro ano de vida. Botucatu, 2015-2017	80
Tabela 4 - Associação entre prematuridade tardia e ações de promoção e apoio ao aleitamento materno no pré-natal, parto e primeiro ano de vida. Botucatu, 2015-2017	81
Tabela 5 - Distribuição dos recém-nascidos prematuros tardios e a termo do estudo CLaB, segundo conhecimento materno sobre duração indicada e situação do aleitamento materno durante o primeiro ano de vida. Botucatu, 2015-2016	82
Tabela 6 - Resultados da regressão logística entre prematuridade tardia e conhecimento materno e situação do aleitamento materno durante o primeiro ano de vida. Botucatu, 2015-2017	86



RESUMO

RESUMO

Introdução: os recém-nascidos prematuros tardios (idade gestacional ao nascer entre 34^{0/7} e 36^{6/7} semanas) apresentam, quando comparados com os nascidos a termo (idade gestacional ao nascer ≥ 37 semanas), maior vulnerabilidade para adoecer e morrer, necessitando de atenção especial pelos serviços de saúde.

Objetivo: Analisar comparativamente a atenção à saúde no primeiro ano de vida de coorte de recém-nascidos prematuros tardios e a termo e desfechos quanto a utilização de serviços de saúde de referência e situação de aleitamento materno, nesse período.

Método: este estudo configura-se como subprojeto de estudo de coorte de base populacional prospectiva que acompanhou 656 lactentes e suas mães de julho de 2015 a fevereiro de 2017, em Botucatu/SP (Estudo CLaB). Os dados foram obtidos em sete diferentes momentos, sendo as fontes: cartão pré-natal, cartão do bebê, prontuário infantil e entrevistas realizadas com as mães nos serviços de saúde e nos domicílios, presencialmente e por telefone. Para o presente estudo, foram incluídos 581 lactentes (540 recém-nascidos a termo e 41 prematuros tardios), sendo excluídos os recém-nascidos prematuros precoces e moderados (idade gestacional ao nascer < 34 semanas) e aqueles que não completaram o acompanhamento previsto. Foi realizada análise univariada e multivariada das variáveis estudadas, comparativa dos dois grupos, com significância avaliada pelos testes não paramétricos de Qui-quadrado e Exato de Fisher, calculando-se as *odds ratio* (*OR*) brutas e (*OR_j*) ajustadas, adotando-se p crítico $< 0,05$. Para essas análises, foi utilizado o software Statistical Package for the Social Sciences (SPSS), V21. O projeto desta pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (Parecer nº 1.089.594). Resultados: Os prematuros tardios apresentaram mais chances de: baixo peso ao nascer ($p < 0,001$, $OR = 28,16$, IC 95% 12,0-65,83), menor realização de pré-natal em serviço público ($p = 1,842$; $OR = 0,50$; IC 95% = 0,85-3,98), não alcançaram o número mínimo preconizado de consultas pré-natais ($p = 0,002$; $OR = 4,21$; IC 95% 1,67-10,60), de não permanecerem em alojamento conjunto na maternidade ($p < 0,001$; $OR = 7,80$; IC 95% 3,33-18,23), de terem menos registros de acompanhamento do desenvolvimento neuropsicomotor durante o primeiro ano de vida ($p < 0,001$; $OR = 2,33$; IC 95% 0,90-6,06) Quanto aos desfechos, verificou-se diferença entre os grupos somente quanto à maior chance dos prematuros terem internação em Unidade de Internação Neonatal - UTI/UCI na maternidade ($p < 0,001$, $OR = 4,63$, IC 95% 2,02-10,64), suas mães terem maior conhecimento sobre a duração adequada para o

aleitamento materno exclusivo ($p=0,045$; $OR=2,17$; $IC95\%=1,02-4,65$ e a não realização do aleitamento materno até a alta da maternidade ($p=0,001$; $OR=3,03$; $IC95\%=1,53-5,99$). **Conclusão:** em comparação aos recém-nascidos a termo, os prematuros tardios apresentaram maiores vulnerabilidades do que situações favoráveis ao nascer, na atenção à saúde e de promoção do aleitamento materno, contudo, não diferiram quanto à prática do aleitamento materno e à utilização de serviços de referência, após alta da maternidade até completarem um ano de vida.

Descritores: Atenção à Saúde, Nascimento Prematuro Tardio, Nascimento a Termo, Aleitamento Materno, Serviços de Saúde, Referência

ABSTRACT

Introduction: The premature newborns (gestational age at birth between 34/7 and 36/7 weeks), when compared to full-term infants (gestational age at birth ≥ 37 weeks), present greater vulnerability to becoming ill and dying, requiring special attention of health services.

Objective: Analyze comparatively health care in the first year of cohort life of late and term premature newborns and outcomes regarding the use of referral health services and breastfeeding state in this period.

Method: This study is a subproject of a prospective population-based cohort study that followed 656 infants and their mothers from July 2015 to February 2017, in Botucatu, state of São Paulo (CLaB study). The data were obtained at different moments, with the following sources: prenatal card, baby's card, children's chart and interviews with mothers in health care services, at home, personally, and by telephone. For the present study, 581 infants were included (540 full-term infants and 41 late premature infants) and being excluded premature and moderate premature newborns (gestational age at birth <34 weeks), and those who did not complete the planned follow-up. A univariate and multivariate analysis of the variables studied was performed, comparing the two groups, with significance assessed by the non-parametric Chi-square and Fisher Exact tests, calculating the odds ratio (OR) gross and (OR_j) adjusted, adopting critical $p < 0.05$. For these analyzes, the software Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) V21 software was used. The research project was approved by the Research Ethics Committee (technical advice No. 1,089,594).

Results: Late preterm infants were more likely to have low birth weight ($p < 0.001$, OR = 28.16, 95% CI = 12.0-65.83), less prenatal performance in public service ($p = 0.002$, OR = 0.50, 95% CI = 0.85-3.98), have not reached the minimum recommended number of prenatal visits ($p = 0.002$; OR=4.21; IC 95% 1.67-10.60), the mothers did not stay with their children in the maternity ward ($P < 0.001$, OR = 7.80, 95% CI 3.33-18.23), and having fewer records of Neuropsychomotor development during the first year of life. ($P < 0.001$, OR = 2.33, 95% CI 0.90-6.06). As for the outcomes, there was a difference between the groups only regarding to the higher chance of preterm infants being admitted to the ICU in the maternity ward ($p < 0.001$, OR = 4.63, 95% CI 2.02-10.64), their mothers had more knowledge about the duration indicated for exclusive breastfeeding ($p = 0.045$, OR = 2.17, 95% CI = 1.02-4.65) and failure to perform

breastfeed until leaving the maternity ward ($p=0,001$; $OR=3,03$; $IC95\%=1,53-5,99$).

Conclusion: In contrast to full-term infants, late preterm infants presented greater vulnerabilities than favorable birth situations, health care and promotion of breastfeeding, however, did not differ from them regarding the practice of breastfeeding and the use of referral services after discharge from the maternity ward until they completed one year of life.

Descriptors (Key words): Health Care, Late Premature Birth, Birth to term, Breastfeeding, Health Services



SUMÁRIO

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	25
1.1 Prematuridade: um problema de saúde pública	26
1.2 Prematuridade tardia: especificidades a serem consideradas	28
1.3 Atenção à saúde aos recém-nascidos prematuros e prematuros tardios: recomendações oficiais	30
2 OBJETIVO	36
3 MÉTODO	37
3.1 Delineamento	38
3.2 Local da pesquisa	38
3.3 Participantes do Estudo	42
3.4 Coleta de dados	44
3.5 Variáveis estudadas	45
3.6 Análise dos dados	49
3.7 Procedimentos éticos	50
4 RESULTADOS E DISCUSSÃO	51
4.1 Artigo 1 - Diferença na atenção à saúde recebida por lactentes nascidos prematuros tardios e a termo: estudo de coorte	53
4.2 Artigo 2 - Aleitamento materno no primeiro ano de vida de recém- nascidos prematuros tardios e a termo: estudo CLaB (2015-2017)	69
5 CONCLUSÃO	89
REFERÊNCIAS	90
APÊNDICES	96
ANEXOS	144



INTRODUÇÃO

1 INTRODUÇÃO

1.1 Prematuridade: um problema de saúde pública

No contexto do cuidado infantil deve ser central a preocupação em garantir a sobrevivência e a saúde dos recém-nascidos e reduzir os efeitos causados pela vulnerabilidade de condições adversas durante o pré-natal, nascimento, bem como determinados pela fragilidade do cuidado à saúde neonatal e durante o primeiro ano de vida. Espera-se que, com o cuidado apropriado e qualificado, haja crescente redução das taxas de mortalidade infantil, bem como melhores níveis de saúde na infância e nas demais faixas etárias ^(1,2).

Especificamente em relação às crianças que nascem antes do tempo, denominadas pré-termo ou prematuros, o avanço científico e tecnológico na área da saúde tem contribuído para o aumento das taxas de sobrevivência, contudo ainda atrelada à prematuridade permanece a condição de vulnerabilidade e risco de adoecimento e morte, especialmente no início da vida ^(3,4,5). Considera-se prematuridade, o nascimento de uma criança antes das 37 semanas completas de idade gestacional, sendo decorrente de circunstâncias diversas e com distribuição universal ^(6,7,8).

Como causas da prematuridade são apontadas: as alterações ou intercorrências placentárias, alterações no volume de líquido amniótico, idade materna, infecções maternas, entre outras ^(9,10). Destaca-se que, além das causas biológicas ligadas à gestante e ao próprio conceito, tem-se observado o aumento de nascimentos prematuros determinados pela opção de se realizar o parto por operação cesariana sem indicação, tanto por preferência materna quanto por conveniência médica, nesses casos opta-se pela intervenção cirúrgica antes do início do trabalho de parto, muitas vezes faltando dias ou semanas da sua data provável ^(11,12).

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), a cada ano, nascem no mundo 15 milhões de crianças antes de chegar ao término da gestação. Isto é mais que um em cada 10 nascimentos, sendo que, mais de um milhão de crianças prematuras morrem a cada ano devido a complicações no momento do parto. Além disso, muitos dos recém-nascidos prematuros que sobrevivem ao parto sofrem algum tipo de incapacidade no decorrer da vida, em particular, incapacidades relacionadas com a aprendizagem, problemas visuais e/ou auditivos ⁽⁶⁾.

Os recém-nascidos prematuros são biologicamente mais vulneráveis do que os recém-nascidos a termo (RNT) devido à sua imaturidade orgânica (maturação de processos fisiológicos específicos) necessitando, muitas vezes, de cuidados especiais. Eles são submetidos desde muito cedo a processos invasivos e sofrem longos períodos de internação, correndo maior risco de infecções hospitalares pelo próprio tempo de internação. Quando não levam ao óbito, essas circunstâncias podem ocasionar algumas sequelas, como neurológicas, oftalmológicas ou pulmonares, com impacto direto no crescimento e desenvolvimento da criança. Muitos sobreviventes enfrentam uma vida inteira de deficiência, incluindo dificuldades de aprendizagem e problemas auditivos ^(13, 14, 15).

Em uma perspectiva mais ampla, a prematuridade causa às famílias e à sociedade, custo social, financeiro e emocional de difícil mensuração, alterando as expectativas e os anseios familiares que permeiam a perinatalidade. Em consequência, o nascimento prematuro exige da estrutura assistencial de saúde, capacidade técnica e equipamentos adequados ⁽³⁾.

No Brasil, anualmente, cerca de um terço de crianças prematuras morre antes de completar um ano de vida, sendo que a principal causa de mortalidade infantil de prematuros é a infecção perinatal, abrangendo os problemas respiratórios, metabólicos, as dificuldades em se alimentar e de regular a temperatura corpórea ⁽¹⁶⁾.

Assim, a prematuridade constitui-se em um crescente problema de saúde pública, sendo motivo de grande preocupação para diversos especialistas do mundo inteiro, incluído do Brasil ^(6, 7, 17).



CONCLUSÃO

CONCLUSÃO

Como se havia pressuposto, ao nascimento, os RNPTT mostraram-se em desvantagem em comparação aos RNT, apresentando mais chances de: baixo peso ao nascer, não terem alcançado o número mínimo preconizado de consultas pré-natais, menor permanência em alojamento conjunto na maternidade e menor registro de acompanhamento do desenvolvimento neuropsicomotor durante o primeiro ano de vida. Contudo, quanto às oportunidades de promoção e apoio ao aleitamento materno, o primeiro grupo obteve menor ou igual atenção, do que o segundo. Quanto aos desfechos estudados, confirmou-se associação com a prematuridade tardia, somente em relação à internação em UTI/UCI na maternidade, não sendo verificadas diferenças na situação do aleitamento materno entre os grupos após a saída da maternidade, mostrando resultados preocupantes para ambos. Evidenciou-se a necessidade de maior investimento dos serviços de saúde do município em foco, sejam eles públicos ou privados, em ações de prevenção de doenças e agravos e promoção da saúde, de forma equânime, considerando todos os recém-nascidos, incluindo maior investimento em promoção e apoio ao aleitamento materno.



REFERÊNCIAS

REFERÊNCIAS

1. Braga PP, Sena RR. Avanços na atenção ao prematuro e a continuidade da assistência: reflexão sobre rede de cuidados. R. Enferm. Cent. O. Min. 2013 set/dez; 3(3):899-908
2. Victora CG, Aquino EML, Leal MC, Monteiro CA, Barros FC, Szwarcwald CL. Maternaland child health in Brazil: progress and challenges. Lancet 2011; 377:1863-76
3. Blencowe H, Cousens S, Chou D, et al. Born Too Soon: The global epidemiology of million preterm births. Reproductive Health. 2013;10(Suppl 1):S2.
4. Cardoso, M. V. L. M. L.; Chaves, E. M. C.; Bezerra, M. G. A. Ruídos e barulhos na unidade neonatal. Revista Brasileira de Enfermagem, Brasília. 2010; 63(4):561-566.
5. Miranda AM, Cunha DIB, Gomes SMF. A influência da tecnologia na sobrevivência do recém-nascido prematuro extremo de muito baixo peso: revisão integrativa. REME – Rev. Min. Enferm.;14(3): 435-442, jul./set., 2010.
6. WHO. World Health Organization. Preterm Birth. Disponível em: <http://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/preterm-birth>. 2018.
7. WHO. World Health Organization. Born too soon: the global action report on preterm birth. Geneva: World Health Organizaton; 2012.
8. Rugolo LMSS. Manejo do Recém-nascido pré-termo tardio: peculiaridades e cuidados especiais. São Paulo-SP: Sociedade Brasileira de Pediatria, 2011. 13 p. Disponível em: <http://www.sbp.com.br/pdfs/Pre-termo-tardio-052011.pdf>.
9. Carvalho HMB. O recém-nascido pré-termo tardio: os desafios. Rev Saúde Criança. 2011;3(1):14-8.
10. Laughon SK, Reddy UM, Sun L, Zhang J. Precursors for late preterm birth insingleton gestations. Obstet Gynecol 2010; 116:1047-55.
11. Leal MC, Esteves-Pereira AP, Nakamura-Pereira M, Torres JÁ, Domingues RMSM Dias MAB, Moreira ME, Theme-Filha M, Gama SG. Provider-Initiated Late Preterm Births In Brazil: Differences Between Public And Private Health Services. Plos One,2016; 11(5): e0155511.

12. Oliveira RR, Melo EC, Novaes ES, Ferracioli PLRV, Mathias TAF. Factors associated to caesarean delivery in public and private health care systems. *Rev Esc Enferm USP*. 2016;50(5):733-740.
13. Alves AMF, França MLR, Melo AK. Entre o nascer e o morrer: cuidados paliativos na experiência dos profissionais de saúde. *Rev Bras Promoção Saúde*, 2018;31(1): 1-10.
14. Lansky S, Friche AAL, Silva AAM, Campos D, Bittencourt DAS, Carvalho ML, et al. Pesquisa Nascer no Brasil: perfil da mortalidade neonatal e avaliação da assistência à gestante e ao recém-nascido. *Cad Saúde Pública*. 2014;30(Supl):S192-S207.
15. Barros FC, Matijasevich A, Requejo JH, Giugliani E, Maranhão AG, Monteiro CA, et al. Recent trends in maternal, newborn, and child health in Brazil: progress toward Millennium Development Goals 4 and 5. *Am J Public Health*. 2010;100(10):1877-89.
16. Quirino, M.D; Santos, DSSD. Admissão do prematuro extremo na terapia intensiva: o cuidar de enfermagem. *Rev. Enf. UFPE.Recife*, out, 2013.
17. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Atenção à saúde do recém-nascido: guia para os profissionais de saúde- Cuidado com o Recém-Nascido Pré-Termo/ Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. – Brasília: Ministério da Saúde, 2011b.
18. Mally PV, Bailey S, Hendricks-Muñoz KD. Clinical issues in the management of late preterm infants. *Curr Probl Pediatr Adolesc Health Care* 2010; 40: 218-33.
19. Machado Junior LC, Passini Junior R, Rosa IR. Late prematurity: a systematic review. *J Pediatr (Rio J)*. 2014;90:221-31.
20. The Consortium on Safe Labor. Respiratory morbidity in late preterm births. *JAMA* 2010; 304: 419-25.
21. Oliveira MMC, Leitão GCM, Refletindo sobre os cuidados ao recém-nascidos de muito baixo peso em uma unidade neonatal: a importância dos conceitos. *Rev RENE*. 2015;6(2):109-115.
22. Blencowe H, Cousens S, Oestergaard M, Chou D, Moller AB, Narwal R, Adler A, Garcia CV, Rohde S, Say L, Lawn JE. Esmativas nacionais, regionais e mundiais de parto prematuro. *The Lancet*, 2012. 9;379 (9832): 2162-72.

23. Dimitriou G, Fouzas S, Georgakis V, Vervenioti A, Papadopoulos VG, Decavalas G, Mantagos S. Determinants of morbidity in late preterm infants. *Early Hum Dev* 2010; 86: 587-91.
24. Bastek JA, Sammel MD, Pará 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; 367: e1-367 .e8
25. Carreno CA, Costantine MM, Holland MG, Ramin SM, Saade GR, Blackwell SC. Approximately one-third of medically indicated late preterm births are complicated by fetal growth restriction. *Am J Obstet Gynecol* 2011; 204: 263.e1-4.
26. United Nations Children's Found UNICEF. Situação Mundial da Infância 2012: Crianças em um Mundo Urbano. Nova York: Fundo das Nações Unidas para a Infância; 2012.
27. Silva WF, Guedes ZCF. Prematuros e prematuros tardios: suas diferenças e o aleitamento materno. *Rev. CEFAC*. 2015 Jul-Ago; 17(4):1232-1240.
28. Porciúncula MB. Prematuridade tardia no contexto da atenção pré-natal [dissertação]. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Escola de enfermagem; 2013.
29. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Gestão e Incorporação de Tecnologias em Saúde. Diretrizes nacionais de assistência ao parto normal: versão resumida. Brasília: Ministério da Saúde, 2017.51 p.
30. Lowdremilk et al. Saúde da Mulher e Enfermagem Obstétrica. 10ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2012.
31. Tin W. Defining neonatal hypoglycaemia: A continuing debate. *Seminars in Fetal & Neonatal Medicine* (2013). <http://dx.doi.org/10.1016/j.siny.2013.09.003>
32. Silva EF, Muniz F, Cecchetto FH. Aleitamento materno na prematuridade: uma revisão integrativa. *Rev Enferm UFSM* 2012 Mai/Ago;2(2):434-441
33. Pedron, CD. O cuidado leigo e profissional na prematuridade tardia : fatores culturais relacionados ao período pós alta hospitalar. Tese. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Escola de Enfermagem. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. 2013.
34. Teixeira CSL. Prematuridade tardia e qualidade de vida. Tese. Mestrado. Repositório Digital da Universidade da Beira Interior. Jun – 2011.

35. Santos IS, Matijasevich A, Domingues MR, Barros AJ, Victora CG, Barros FC. Late preterm birth is a risk factor for growth faltering in early childhood: a cohort study. *BMC Pediatr.* 2009;9:71.
36. 36. Woythaler MA, McCormick MC, Smith VC. Late preterm infants have worse 24-month neurodevelopmental outcomes than term infants. *Pediatrics.* 2011;127:e 622-9.
37. 37. Talge NM, Holzman C, Wang J, Lucia V, Gardiner J, Breslau N. Late-preterm birth and its association with cognitive and socioemotional outcomes at 6 years of age. *Pediatrics.* 2010; 126: 1124-31.
38. Gurka MJ, LoCasale-Crouch J, Blackman JA. Long-term cognition, achievement, socioemotional, and behavioral development of healthy late-preterm infants. *Arch Pediatr Adolesc Med.* 2010; 164: 525-32.
39. Plano Municipal de Saúde. Mapa do Município de Botucatu. Botucatu. 2018-2021.
40. Fseade. Fundação Sistema Estadual de análise de Dados. Secretaria de Planejamento e Desenvolvimento Regional [Internet].
41. PMB. Prefeitura Municipal de Botucatu. Secretaria Municipal de Saúde. Manual de Procedimento Operacional Padrão: Clínica do Bebê. Botucatu/SP; 2012.
42. Mialich MA. Atenção integral à saúde neonatal: análise do acompanhamento de recém-nascidos por serviços públicos de saúde. [monografia]. Botucatu: Universidade Estadual Paulista – UNESP; 2014.
43. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Atenção à saúde do recém-nascido: guia para os profissionais de saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2011 a.
44. Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Botucatu HCFMB. [Internet]. Botucatu. Atualizada em julho de 2018. Disponível em: http://www.botucatu.sp.gov.br/includes/mostra_noticias.asp?ID=14012&pagina <http://www.hc.fmb.unesp.br/instituicao/historia/>.
45. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança: orientações para implementação/Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília: Ministério da Saúde, 2018. 180p.

46. Villar J, Ismail LC, Victora CG, Ohuma EO, Bertino E, Altman DG, Lambert A. Padrões internacionais para peso, comprimento e perímetro cefálico de recém-nascidos por idade gestacional e sexo: o Estudo Transversal Recém-nascido Projeto INTERGROWTH-21st.. [INTERNET]. The Lancet. 6-12 de setembro de 2014;volume 384:edição 9946, páginas 857-868.
47. Kessner DM, Singer J, Kalk CE, Schlesinger ER. Infant death: an analysis by maternal risk and health care: contrasts in health status. Washington, DC: Institute of Medicine, National Academy of Science. 1973.
48. Takeda S. Avaliação de unidade de atenção primária: modificação dos indicadores de saúde e qualidade da atenção. [dissertação] Pelotas: Universidade Federal de Pelotas; 1993.
49. Rosen MG, Merkatz IR, Hill JG. Caring for our future: a report by the Expert Panel on the Content of Prenatal Care. Obstet Gynecol. 1991; 77:782-787.
50. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Atenção ao pré-natal de baixo risco [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – 1. ed. rev. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2013. 318 p.
51. Domingues RMSM, Viellas EF, Dias MAB, Torres JA, Theme-Filha MM, Gama SGN, et al. Adequação da assistência pré-natal segundo as características maternas no Brasil. Rev Panam Salud Publica. 2015;37(3):140–7.