

# Nascer prematuro

MANUAL DE ORIENTAÇÃO AOS PAIS,  
FAMILIARES E CUIDADORES DE  
PREMATUROS NA ALTA HOSPITALAR

**Dra. Gislayne Castro e Souza de Nieto**

Dra. Ligia Maria Rugolo | Dra. Lilian Sadeck

Dra. Rita de Cássia Silveira | Dra. Rosângela Garbers



**SRS**





# Nascer & prematuro

MANUAL DE ORIENTAÇÃO AOS PAIS,  
FAMILIARES E CUIDADORES DE  
PREMATUROS NA ALTA HOSPITALAR

**Dra. Gislayne Castro e Souza de Nieto**

Dra. Ligia Maria Rugolo | Dra. Lilian Sadeck  
Dra. Rita de Cássia Silveira | Dra. Rosângela Garbers



© 2016 Elsevier Editora Ltda.

**RJ** • Tel. 21 3970-9300  
Fax. 21 2507-1991

**SP** • Tel. 11 5105-8555  
Fax. 11 5505-8908

**Website:** www.elsevier.com.br

**Diretor:** Claudio Della Nina • **Gerente Comercial:** Ana Paula Vicente • **Coordenadora de Desenvolvimento de Conteúdo:** Solange Davino • **Coordenadora Editorial:** Roberta M. Soares • **Editora de Produção:** Gláucia A. B. Silva • **Capa e Diagramação:** Carolina Azambuja

Material de distribuição exclusiva à classe médica.

Esta publicação foi distribuída com o apoio do laboratório Abbvie Farmacêutica Ltda.

Todos os direitos reservados e protegidos pela lei 9.610 de 19/02/98. Nenhuma parte desta publicação poderá ser reproduzida, sem autorização prévia, por escrito, da Elsevier Editora Ltda., sejam quais forem os meios empregados, eletrônicos, mecânicos, fotográficos, gravação ou quaisquer outros.

A Elsevier não assume nenhuma responsabilidade por qualquer injúria e/ou danos a pessoas ou bens como questões de responsabilidade civil do fabricante do produto, de negligência ou de outros motivos, ou por qualquer uso ou exploração de métodos, produtos, instruções ou ideias contidas no material incluído. Devido ao rápido avanço no campo das ciências médicas, em especial, uma verificação independente dos diagnósticos e dosagens de drogas deve ser realizada.

Embora todo o material de publicidade deva estar em conformidade com os padrões éticos (médicos), a inclusão nesta publicação não constitui uma garantia ou endosso da qualidade ou valor de tal produto ou das alegações feitas pelo seu fabricante.

O conteúdo desta publicação reflete exclusivamente a opinião das autoras, e não necessariamente a opinião da Elsevier Editora Ltda. ou do laboratório Abbvie Farmacêutica Ltda.

As autoras receberam honorários para a produção desta publicação.

**PHA000001 EM7443**

**Créditos das ilustrações:** Banco Shutterstock - alefbet; chotwit piyapramote; graphic line; Kakigori Studio; kikoo; kotikoti; Lorelyn Medina; Luciano Cosmo; Margarita Levina; MatoomMi; Natalia Zelenina; Natalyon; Neshcheret Mariia; Nuttapon; Sapik; stockakia; toranosuke; yavi; yoshi-5; Yuriy2012.

CIP-BRASIL. CATALOGAÇÃO NA PUBLICAÇÃO  
SINDICATO NACIONAL DOS EDITORES DE LIVROS, RJ

N58n

Nieto, Gislayne

Nascer prematuro : manual de orientação aos pais, familiares e cuidadores de prematuros na alta hospitalar. / Gislayne Nieto, Ligia Maria Rugolo, Lilian dos Santos Rodrigues Sadeck, Rita de Cássia Silveira, Rosângela Garbers. - 1. ed. - Rio de Janeiro : Elsevier, 2016.  
64 p. : il. ; 24 cm.

Inclui índice

ISBN 978-85-352-8606-9

1. Prematuros. 2. Lactentes - Crescimento. I. Rugolo, Ligia Maria. II. Sadeck, Lilian dos Santos Rodrigues. III. Silveira, Rita de Cássia. IIII. Garbers, Rosângela.

16-34943

CDD: 618.92011

CDU: 616-083-053.32

# Autoras

## **Dra. Gislayne Castro e Souza de Nieto** | CRM-PR: 10.525

- Coordenadora Adjunta do Programa de Reanimação da Sociedade Paranaense de Pediatria (SPP).
- Membro Executivo do Programa de Reanimação Neonatal da Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP) junto à Reanimação do Prematuro.
- Diretora de Eventos Científicos da Sociedade Paranaense de Pediatria (SPP).
- Chefe do Serviço da UTI Neonatal do Hospital e Maternidade Santa Brígida em Curitiba, Paraná.
- Professora de Medicina nas Faculdades Pequeno Príncipe.

## **Dra. Lígia Maria Suppo de Souza Rugolo** | CRM-SP: 29.758

- Prof.ª Adjunta do Departamento de Pediatria da Faculdade de Medicina de Botucatu - Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho (Unesp).
- Chefe da Disciplina de Neonatologia e da Unidade Neonatal da Faculdade de Medicina de Botucatu - Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho (Unesp).
- Membro do Departamento de Neonatologia da Sociedade de Pediatria de São Paulo (SPSP).
- Membro do Grupo Executivo do Programa de Reanimação Neonatal da Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP).

## **Dra. Lillian dos Santos Rodrigues Sadeck** | CRM-SP: 36.479

- Neonatologista do Centro de Terapia Intensiva Neonatal 1 do Instituto da Criança da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (FMUSP).
- Doutora em Pediatria pela Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (FMUSP).
- Diretora de cursos e eventos da Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP).
- Vice-presidente da Sociedade de Pediatria de São Paulo (SPSP).
- Presidente do Departamento Científico de Neonatologia da Sociedade de Pediatria de São Paulo (SPSP).

## **Dra. Rita de Cássia Silveira** | CRM-RS: 18.875

- Professora Departamento de Pediatria Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS).
- Chefe da Unidade de Ambulatório de Neonatologia do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA).
- Chefe do Serviço de Neonatologia do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA).

## **Dra. Rosângela Fátima Interaminense Garbers** | CRM-PR: 8.563

- Pediatra e Neonatologista pela Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP).
- Responsável pela UTI Neonatal da Maternidade Nossa Senhora de Fátima em Curitiba, Paraná.
- Membro efetivo dos comitês de neonatologia da Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP) e da Sociedade Paranaense de Pediatria (SPP).
- Responsável pelo berçário patológico do Hospital Infantil Pequeno Príncipe - Curitiba - Paraná.



# Índice

Prefácio	
Introdução	1
Alta hospitalar	3
Cuidados com a pele do prematuro	7
Cuidados com o cérebro dos prematuros pós-alta da unidade de terapia intensiva neonatal	11
Como evitar problemas respiratórios após a alta	13
Cuidados com o coração do bebê prematuro	17
Nutrição do prematuro	21
Crescimento do prematuro	25
Como prevenir as infecções do prematuro após a alta	29
Cuidados com os olhos do prematuro pós-alta da unidade de terapia intensiva neonatal	37
Cuidados com a audição do prematuro pós-alta da unidade de terapia intensiva neonatal	39
Desenvolvimento do prematuro após a alta	41
Leitura recomendada	46
Depoimentos das mães	47
Associação Brasileira de Pais, Familiares, Amigos e Cuidadores de Bebês Prematuros	54





Este manual é dedicado a todos os bebês prematuros e aos seus pais, familiares e cuidadores.

## Prefácio

Este manual é destinado a orientar pais, familiares e cuidadores no momento da alta hospitalar do bebê prematuro.

As informações são descritas de maneira simples para facilitar a compreensão.

Além disso, contém depoimentos de mães que passaram por situações difíceis durante o internamento de seus filhos, como exemplo de algumas das situações mais frequentes nesses casos.

Os capítulos foram escritos por neonatologistas influentes e conceituados em todo Brasil, detalhando o que será

mais importante para o adequado acompanhamento de seu filho prematuro na nova jornada que se inicia em casa.

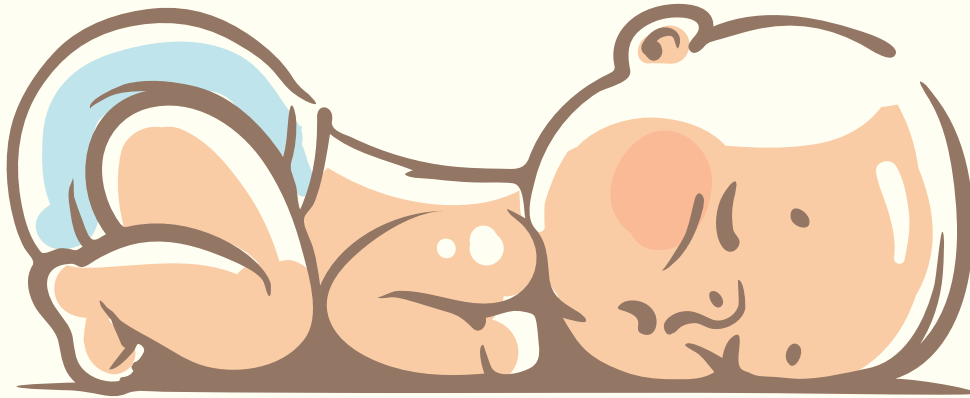
É importante que todos possam ter acesso a informações e orientações precisas para incentivarmos o melhor desenvolvimento de todos os prematuros do Brasil.





# Introdução

DRA. GISLAYNE CASTRO E SOUZA DE NIETO



Com o desenvolvimento dos cuidados intensivos oferecidos aos prematuros, a sobrevivência é cada vez maior para bebês cada vez menores.

Após dias e até mesmo meses de internamento, chega o tão esperado momento de levar o bebê para casa.

Foram momentos difíceis vivenciados no hospital, com problemas pulmonares, equipamentos que ajudavam o bebê a respirar, comer, enfim, a viver.

Cada dia com expectativas diferentes, esperanças muitas vezes frustradas, fé, medo, ansiedade e incertezas.

Quando a equipe médica anuncia a alta, o que deveria ser um sonho se realizando, muitas vezes, se torna fonte de inseguranças, na qual se misturam alegrias, medos e fantasias. E surgem muitas perguntas.

Este manual foi escrito para ajudar a responder a essas e outras dúvidas.

SERÁ QUE O MEU BEBÊ NÃO VAI SE AFOGAR?  
SERÁ QUE VAI ENGORDAR?  
E SE PARAR DE RESPIRAR?  
COMO FAÇO PARA NÃO ESQUECER DE TANTOS MÉDICOS?  
E AS VACINAS?  
SERÁ QUE O BEBÊ SERÁ NORMAL?



# Alta hospitalar

DRA. GISLAYNE CASTRO E SOUZA DE NIETO



## Quando meu filho poderá ir para casa?

A equipe multiprofissional, incluindo os médicos, enfermeiros, fonoaudiólogos e fisioterapeutas que cuidaram do seu bebê, vai programar a alta assim que ele estiver estável. O critério de peso varia nas diversas unidades de terapia intensiva neonatal (UTIN), mas, em geral, o bebê tem alta quando atinge 1.900 a 2.000 gramas. Ele deve aceitar toda a dieta por boca, apresentando boa sucção e apresentar ganho de peso de aproximadamente 20 gramas/dia, pelo menos nos últimos 3 dias. Além disso, deve ser capaz de manter a temperatura corporal e estar, no mínimo, há uma semana sem apneia (nome que se dá quando o bebê esquece de respirar).

A equipe médica deve entregar o resumo de alta do internamento, a carteira de nascimento e a de vacinação, e responder as suas dúvidas de maneira clara. Também deve ser entregue uma receita médica com os remédios que deverão ser dados em casa, bem como nome e modo de preparo de fórmulas lácteas, se for necessário. Se houver um centro de seguimento de prematuros no serviço que seu bebê nasceu, a consulta deve ser agendada e os contatos dos pais devem estar atualizados.

## Como saber em quais médicos eu devo levar meu bebê?

CONSULTAS COM PEDIATRA/NEONATOLOGISTA DEVEM SER CRITERIOSAS.

**Primeira consulta:** 5 a 7 dias após a alta. Se houver dificuldade para ganhar peso, podem ser necessárias consultas semanais para o controle do peso.

**Consultas mensais:** até 6 meses de idade corrigida.<sup>i, ii</sup>

**Consultas a cada 2 meses:** de 6 meses a 1 ano de idade corrigida para prematuridade. Dependendo do serviço, as consultas ainda podem ser mensais.

**Consultas a cada 3 meses:** de 12 a 24 meses.

**Consultas a cada 6 meses:** de 2 a 4 anos.

**Consultas anuais:** de 4 anos até a puberdade.

<sup>i</sup>A idade cronológica é o tempo de vida extrauterino.

<sup>ii</sup>A idade corrigida é a idade que o bebê teria se tivesse nascido na 40ª semana de gestação. Exemplo: o recém-nascido com 30 semanas de idade gestacional, aos 3 meses de idade cronológica terá idade corrigida = 40-30 = 10 semanas (2 meses e 15 dias de diferença), 3m-2m e 15 dias de vida = 15 dias de idade corrigida para a prematuridade.



IDADE CORRIGIDA PARA PREMATURIDADE É CALCULADA DESCONTANDO, DA SUA IDADE CRONOLÓGICA, AS SEMANAS QUE ELE NASCEU ANTES DO TERMO.

Médicos especialistas, como neurologista, oftalmologista, pneumologista e endocrinologista, serão agendados conforme cada serviço, e a frequência deverá acompanhar as necessidades de cada criança na alta hospitalar. Essas orientações serão abordadas em capítulos especiais deste manual.

Casos especiais terão necessidade de outras avaliações, mas as famílias serão devidamente orientadas pelos médicos.

Uma equipe multidisciplinar atua no acompanhamento pós-alta do prematuro e muitos serviços estão reunidos em um mesmo local, assim como os profissionais. Caso isso não esteja disponível para seu bebê, o neonatologista indicará quais profissionais você deve procurar.

**Fonoaudiologia:** atua na avaliação da audição, deglutição e posteriormente em eventuais dificuldades de linguagem.

**Fisioterapia:** avalia o desenvolvimento motor geral do bebê. Orienta exercícios para serem executados em

casa. Também oferece tratamentos específicos, conforme necessidades especiais de cada paciente.

**Psicóloga clínica:** avalia o desenvolvimento neurológico por meio de escalas e testes específicos. Avalia transtornos de comportamento de personalidade.

**Nutricionista:** orientação quanto ao aleitamento materno, introdução de novos alimentos e alternativas se houver dificuldades de ganho de peso.

**Enfermagem:** orientação sobre imunização, higiene e cuidados especiais.

**Assistente social:** atua de modo a amparar pessoas, ajudando-os a resolver problemas ligados a emprego, saúde, habitação etc.

**Terapeuta ocupacional:** programa reabilitações e orienta a família e a escola. Ajuda no desenvolvimento de habilidades das crianças.

## Alta em situações especiais

Em algumas situações, o prematuro pode receber alta ainda usando oxigênio, alimentando-se por sondas ou necessitando de cuidados muito especializados em casa.

Nessas circunstâncias, a indicação será avaliada pela equipe médica, que orientará os responsáveis pelo bebê, para que sejam capazes de manter esses cuidados em sua própria casa.

## *E se acontecer algo errado com meu bebê?*

É muito comum a sensação de que pode acontecer alguma coisa errada com o bebê, como parar de respirar, se afogar, perder peso ou ter problemas respiratórios. Afinal, por muito tempo, vários profissionais cuidaram dele e isso gera certa insegurança no começo. Mas saiba que o prematuro só recebe alta hospitalar quando está bastante estável há alguns dias, com peso adequado e exames normais.

Os cuidados familiares em casa são a melhor maneira de o prematuro se recuperar e se desenvolver plenamente.

Em caso de alerta, deve-se procurar o serviço de emergência mais próximo, tendo em mãos o resumo da internação para ser avaliado pelo médico do local.

Sempre que possível, tenha um hospital de referência e um pediatra de confiança para essas situações.



## *Vale lembrar!*

1. EVITE COLOCAR O PREMATURO PARA DORMIR DE BARRIGA PARA BAIXO.
2. EVITE FUMAR EM CASA.
3. EVITE LUGARES FECHADOS E COM AGLOMERAÇÕES.
4. EVITE CONTATO COM PESSOAS DOENTES E COM INFECÇÕES RESPIRATÓRIAS (TOSSE OU CORIZA, POR EXEMPLO).
5. LAVE SUAS MÃOS COM FREQUÊNCIA.
6. MANTENHA A CARTEIRA VACINAL EM DIA.
7. NO CARRO E EM OUTROS VEÍCULOS, SEMPRE TRANSPORTE O BEBÊ EM CADEIRA APROPRIADA.
8. NÃO PERMITA QUE O BEBÊ DURMA NA CAMA DOS PAIS.
9. LEITE MATERNO É A MELHOR NUTRIÇÃO PARA O PREMATURO.
10. SEJAM MUITO FELIZES COM SEU BEBÊ.



# Cuidados com a pele do prematuro

DRA. ROSÂNGELA FÁTIMA INTERAMINENSE GARBERS



Aquele dia tão aguardado em que se recebe alta da unidade de terapia intensiva neonatal (UTIN) chegou. E agora, como oferecer ao prematuro os cuidados mais simples e comuns aos bebês recém-nascidos? É necessário fazer tudo exatamente igual ao que os enfermeiros faziam na UTIN?

Calma, seu prematuro cresceu, amadureceu, e vocês poderão iniciar uma nova etapa muito prazerosa e especial, com algumas exceções nos casos de bebês que necessitam de suportes especiais em casa.

No período de internamento na UTIN, as mães devem ser incentivadas a cuidarem de seu filho doente e prematuro, e a permanecerem a maior parte do dia ao lado dele, trocando fraldas, auxiliando no banho e, quando possível, devem ser estimuladas a



praticarem sozinhas essas deliciosas pequenas tarefas que fazem parte dos momentos únicos da mãe com seu bebê, fortalecem o vínculo e diminuem muito a insegurança do dia da alta.

A pele, o maior órgão do corpo humano, é o manto protetor dos recém-nascidos, protegendo o organismo de infecções, variações de temperatura e absorção de substâncias tóxicas. A vulnerabilidade da pele humana depende do estágio de maturidade em que ela se encontra. É diferente na vida embrionária, no prematuro, no recém-nascido a termo, no lactente, na infância e na adolescência. A pele infantil é tão mais sensível e vulnerável, em relação à dos adultos, quanto menor e mais imaturo for o recém-nascido.

Após a 34ª semana de idade gestacional, o estrato córneo da pele estará totalmente definido, porém, a permeabilidade da barreira cutânea ainda está alterada, e o recém-nascido terá maior risco de deficiência de ácidos graxos essenciais, o que faz a pele ser muito vermelha e descamativa. Por isso, ele necessita de mais cuidados básicos para mantê-la íntegra e saudável.

## BANHO

O banho deve ser um momento de felicidade e contato com a mãe. Precisa ser rápido, em local sem correntes de ar e de imersão, com temperatura agradável. Preferencialmente, deve-se utilizar um sabonete neutro, que não altere o pH da superfície cutânea e nem irrite a pele do bebê. A limpeza deve ser suave, ou seja, a pele não deve ser esfregada, precisa ser enxaguada com água morna e seca suavemente com fralda ou toalha macia e limpa.



## TROCA DE FRALDAS

Higiene adequada e troca de fraldas frequente, em torno de 2 a 3 horas ou menos, se necessário, evitam o contato da pele do períneo em contato com fezes e urina. Para a higiene, pode ser utilizado água e sabonete neutro com algodão ou gaze, e, se preciso, lenços umedecidos, preferencialmente com menos produtos químicos e sem perfume. Atualmente, eles possuem bom efeito hidratante na pele. Após a limpeza, utilize um creme de barreira, que forma uma película protetora sobre a pele. Não esfregue a pele na hora de retirar o creme de barreira usado na troca anterior, evitando lesões.





## HIDRATANTES

Hidratantes específicos para a pele de bebês podem ser recomendados para mantê-la menos seca. As mães podem aproveitar o momento em que utilizam o hidratante para realizar massagens relaxantes nos pequenos.

Cuidados com o cérebro dos  
prematuros pós-alta da unidade de  
terapia intensiva neonatal

DRA. ROSÂNGELA FÁTIMA INTERAMINENSE GARBERS



Sabe-se que o nascimento prematuro, entre outros fatores de risco, pode trazer consequências futuras quanto ao neurodesenvolvimento infantil e, quanto menor a idade gestacional ao nascimento, maior será a probabilidade disso acontecer. Atualmente, já é prática bem estabelecida a realização de ecografia cerebral à beira do leito nas unidades neonatais, o que auxilia no prognóstico neurológico. Porém, sempre é importante lembrar que ecografia normal em recém-nascido prematuro não significa que ele terá um neurodesenvolvimento normal.

Após receber alta da unidade de terapia intensiva neonatal (UTIN), os prematuros devem ser acompanhados por um neuropediatra durante um período que varia de um a dois anos, ou mais em casos específicos e nos períodos de

grandes modificações e aquisição de habilidades.

Prematuros com idade gestacional abaixo de 32 semanas e/ou abaixo de 1.500 gramas, com hemorragia cerebral, crises convulsivas, leucomalácia cística e perímetro cefálico com crescimento anormal são classificados como bebês que apresentam fatores de risco maiores para falhas no neurodesenvolvimento. Além do seguimento com pediatra e neuropediatra, a estimulação precoce com fisioterapia especializada tem papel fundamental na prevenção de sequelas, principalmente motoras.



# Como evitar problemas respiratórios após a alta

DRA. LILIAN DOS SANTOS RODRIGUES SADECK



A principal estratégia para prevenir os problemas respiratórios do bebê é evitar o parto prematuro. Para isso, deve-se iniciar precocemente o acompanhamento pré-natal, com controles clínicos e laboratoriais regulares.

Nas gestantes que apresentam alguma doença




prévia ou que desenvolvem complicações durante a gravidez, como doença hipertensiva específica da gestação ou diabetes gestacional, as consultas de pré-natal devem ser mais frequentes e com maior controle laboratorial.

Mesmo assim, apesar da gestante fazer tudo certo, algumas vezes o bebê pode nascer antes da hora. Nesses casos, se o obstetra prescrever, é importante que a mãe receba uma medicação que ajudará a amadurecer o pulmão do bebê. Esse medicamento, chamado corticosteroide, pode ajudar a acelerar o desenvolvimento pulmonar do feto, que pode acabar nascendo entre 24 e 34 semanas de idade gestacional. Esse tratamento pode reduzir o risco de síndrome desconforto respiratório (SDR), o que também pode ajudar a prevenir outras complicações do parto prematuro; no entanto, não removerá totalmente os riscos.

Os bebês que nascem prematuros podem apresentar problemas respiratórios, sendo o mais frequente a SDR. Essa insuficiência respiratória pode ocorrer nos bebês que nascem com menos de 34 semanas. A doença deve-se à imaturidade do pulmão, sendo uma condição que dificulta a respiração do bebê nos primeiros dias de vida. O cansaço e a maior dificuldade respiratória iniciam-se nas primeiras 2 horas, mais frequentemente logo após o nascimento, e





pioram nos primeiros dois a três dias de vida. Muitas vezes, para ajudar na respiração do bebê, será necessário instalar um aparelho chamado ventilador, que facilitará a respiração até o bebê melhorar e poder assumir sua própria respiração. A doença é causada principalmente pela falta de uma substância chamada surfactante, que ajuda os pulmões a se encherem de ar quando o bebê respira ou chora, abrindo-os e facilitando a troca gasosa. O surfactante é produzido a partir de 34 semanas de idade gestacional. Portanto, quanto antes nasce o bebê, maior é o risco de desenvolver a SDR.

Uma das formas de tratamento é dar o surfactante artificial para o bebê através de um tubo colocado na traqueia. Dessa forma, será possível abrir seus pulmões, facilitando a entrada do ar e a troca de oxigênio e gás carbônico. Alguns bebês com insuficiência respiratória leve ou moderada podem responder bem ao uso de pequenos aparelhos que os ajudem a respirar. No entanto, alguns bebês com quadro mais grave podem necessitar de ventilador mecânico para ajudá-los durante a fase de transição até que eles possam respirar sozinhos. Essa forma de tratamento também é chamada de ventilação invasiva, pois o oxigênio e a pressão são fornecidos diretamente aos pulmões através de um tubo colocado até a traqueia.

Apesar de todo o cuidado, alguns bebês podem evoluir com um problema pulmonar crônico, denominado displasia broncopulmonar (DBP). Trata-se de uma complicação nas vias aéreas e no tecido pulmonar de bebês que nasceram muito prematuramente, especialmente aqueles com menos de 30 semanas de idade gestacional, e que necessitaram de ventilação invasiva com necessidade de oxigênio e evoluíram com infecção ou persistência do canal arterial. Nessa situação, o pulmão pode sofrer alterações no desenvolvimento, que irão repercutir na capacidade respiratória por meses ou anos. Os bebês com DBP podem precisar de oxigênio por semanas a meses depois de saírem do hospital.

Os retornos ao pediatra devem ser frequentes para garantir que o bebê receba alimento suficiente para sua recuperação por meio do aleitamento materno ou, quando não for possível, de fórmula láctea adequada. Outro ponto importante a ser observado após a alta hospitalar é o fato dessas crianças serem mais suscetíveis a contrair resfriados ou outras infecções respiratórias, como pneumonias e bronquiolites, necessitando de reinternações.

É muito importante proteger o bebê de resfriados e outras infecções, especialmente o vírus sincicial respiratório (VSR).

O VSR pode causar infecção pulmonar grave, especialmente em lactentes com DBP ou que nasceram muito prematuros, com idade gestacional menor do que 29 semanas. Para prevenir essas infecções respiratórias, é necessário seguir algumas normas simples:

- TODAS AS PESSOAS QUE VÃO TOCAR NO BEBÊ DEVEM LAVAR AS MÃOS COM ÁGUA MORNIA E SABÃO ANTES DE TOCÁ-LO; DEVE-SE USAR ÁLCOOL EM GEL FREQUENTEMENTE.
- PESSOAS COM RESFRIADO OU FEBRE NÃO DEVEM TER CONTATO COM O BEBÊ OU, SE NÃO FOR POSSÍVEL, DEVERÃO USAR MÁSCARA.
- CRIANÇAS PEQUENAS DEVEM SER MANTIDAS LONGE DO BEBÊ.
- DEVEM SER EVITADOS LOCAIS COM MUITA GENTE; NÃO SE RECOMENDA FUMAR EM CASA OU EM QUALQUER LUGAR PERTO DO BEBÊ.


Outra proteção necessária para o bebê que nasceu prematuro, especialmente com DBP, é manter sua carteira de vacinação em dia, seguindo o mesmo esquema das crianças que nasceram a termo, de acordo com a idade cronológica. É importante ressaltar a necessidade dos pais e irmãos receberem a vacina contra a gripe durante a campanha anual, para proteger o bebê, que só poderá receber a vacina após 6 meses de idade. Além disso, os bebês que nasceram com idade gestacional menor do que 29 semanas ou evoluíram com DBP têm o direito de receber uma “vacina” chamada palivizumabe, específica para prevenir ou diminuir a gravidade da bronquiolite causada pelo VSR durante o período de maior circulação do vírus, que varia em cada região do Brasil.

Durante o primeiro ano de vida, os sintomas respiratórios causados pela DBP melhoram gradualmente com o tratamento adequado e a prevenção de complicações graves, principalmente as infecções respiratórias. A dependência de oxigênio desaparece lentamente e raramente ultrapassa o primeiro ano de vida. Não se recomenda “apressar a retirada” ou tentar forçar o desmame do oxigênio, já que a oxigenação adequada é fundamental para o crescimento e para evitar complicações cardíacas.

# Cuidados com o coração do bebê prematuro

DRA. LILIAN DOS SANTOS RODRIGUES SADECK





O principal problema cardíaco que afeta os bebês prematuros é chamado de persistência do canal arterial (PCA). Antes do nascimento, o canal arterial conecta as duas principais artérias que saem do coração, a artéria pulmonar do feto, por onde passa o sangue que deve ir para os pulmões, e a aorta, por onde passa o sangue para o resto do corpo. Na vida intrauterina, pouco sangue vai para o pulmão, já que ele não está funcionando. Devido a isso, o sangue que passa para a artéria pulmonar se desvia através do canal arterial para a aorta. Quando o bebê nasce, o pulmão expande e o sangue da artéria pulmonar passa para os pulmões, diminuindo o fluxo de sangue pelo canal arterial. Nos bebês que nascem a termo o canal arterial fecha nos primeiros dois ou três dias após o nascimento, separando as duas artérias.

No entanto, em bebês prematuros, o canal arterial pode permanecer aberto (patente), fazendo com que mais sangue seja bombeado para os pulmões nos primeiros dias de vida. Esse excesso de fluido pode se acumular nos pulmões, o que piora o desconforto respiratório, podendo-se desenvolver insuficiência cardíaca.

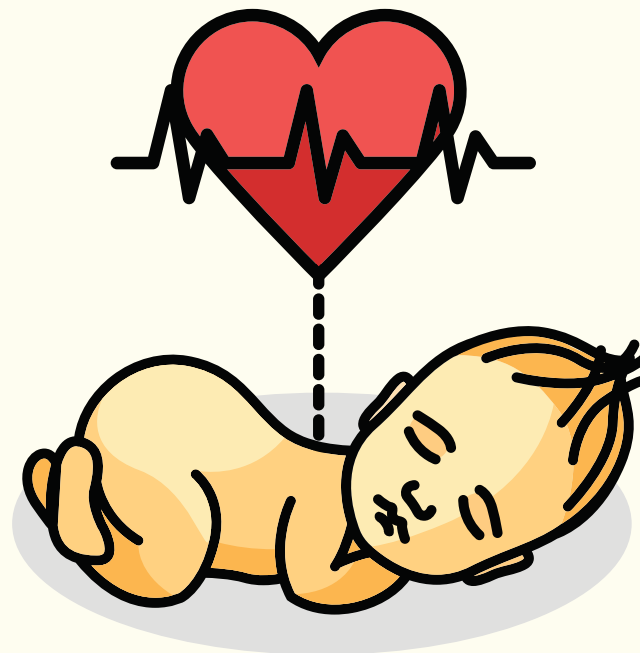
A incidência de PCA em bebês prematuros varia de 18% a 77% e geralmente diminui com o aumento de peso ao nascer e a idade gestacional. Isso significa que bebês nascidos com idade gestacional abaixo de 28 semanas são muito mais propensos a desenvolver PCA do que os nascidos com mais de 32 semanas de gestação. As meninas têm duas a três vezes mais probabilidade que os meninos de desenvolver PCA.

A abertura do canal arterial pode variar de tamanho – pequeno a grande. Isso significa que os sintomas podem ser muito leves até graves. Se a abertura é muito pequena, pode não haver nenhum sintoma, sendo a única suspeita a presença de um sopro no coração. Mais comumente, um bebê prematuro fará ecocardiograma (ECO) para procurar PCA nos primeiros dias de vida, durante a internação. Na maioria das vezes, quando é feito o diagnóstico, já se determina o tratamento.

Nos casos em que a abertura do canal arterial é muito pequena, nenhum tratamento é necessário. O canal pode fechar espontaneamente quando a criança ficar mais velha. Nos casos em que o bebê apresenta um

canal arterial com abertura moderada ou grande, será necessário tratar nos primeiros dias de vida. Felizmente, os bebês podem ser tratados com um medicamento que faz com que o canal arterial se feche. Mais de 80% dos bebês prematuros que têm canal arterial aberto e necessitam de tratamento melhoram com a medicação. Mas se ele permanece aberto e com sintomas, poderá ser necessária uma cirurgia para fechá-lo.

Em poucos casos, o bebê pode receber alta ainda com o canal arterial aberto, devendo ser acompanhado pelo pediatra e pelo cardiologista. Serão realizados exames seriados de ECO e eletrocardiograma (ECG) para avaliar as consequências da PCA. O ECO é um teste que usa ondas sonoras para criar uma imagem do coração do bebê. É indolor e permite ao médico ver o tamanho do coração, bem como alguma anormalidade na circulação sanguínea. O ECO é o método mais comum de diagnosticar a PCA. O ECG registra a atividade elétrica do coração e detecta o ritmo cardíaco irregular. Em bebês, esse teste também pode identificar coração aumentado.



Os pais devem estar atentos aos sinais que a criança pode começar a apresentar, tais como: sudorese, respiração rápida e pesada, fadiga, pouco ganho de peso e pouco interesse na alimentação. Baseados na evolução e nos exames, o cardiologista avaliará a necessidade de tratamento. A realização do fechamento cirúrgico desse canal arterial poderá ocorrer nos primeiros meses de vida, normalmente acima dos 6 meses de idade. No entanto, crianças mais jovens podem ter esse tratamento se os sintomas forem graves. A cirurgia é de baixo risco, mas necessita da internação da criança em unidade de terapia intensiva (UTI) por 48 a 72 horas. Para esse procedimento cirúrgico, o médico pode prescrever antibióticos para evitar infecção bacteriana após a criança deixar o hospital.

As perspectivas são muito boas para as crianças em que a PCA foi detectada e tratada. A recuperação de bebês

prematurados vai depender de quanto mais cedo o bebê nasceu e se outras doenças estão presentes ou não. A maioria das crianças vai apresentar recuperação completa, sem complicações relacionadas com a PCA.



# Nutrição do prematuro

DRA. LIGIA MARIA SUPPO DE SOUZA RUGOLO



Para facilitar o entendimento sobre as peculiaridades da nutrição do prematuro, vamos abordar quatro questões.

## 1. QUAIS SÃO AS NECESSIDADES NUTRICIONAIS E AS PECULIARIDADES DO PREMATURO?

O feto é nutrido por sua mãe através da placenta, que transporta todos os nutrientes do sangue materno diretamente ao sangue fetal. Assim, o feto não gasta energia para se alimentar e não usa seu trato gastrointestinal.

O último trimestre de gestação é o período de maior e mais rápido crescimento do feto. Logo, suas necessidades nutricionais são elevadas, principalmente a necessidade de proteínas, minerais e calorias.

O bebê prematuro nasceu antes do tempo ideal para completar seu crescimento e desenvolvimento intraútero. Por isso, ele é pequeno e imaturo, com graus variados de limitações em todos os seus órgãos, inclusive no funcionamento do trato gastrointestinal, que terá de usar após o nascimento. Além disso,

o prematuro pode apresentar várias doenças associadas à prematuridade, o que aumenta o gasto de calorias e dificulta a oferta alimentar. Assim, muitos prematuros pequenos e doentes recebem, nos primeiros dias de vida, nutrição parenteral, ou seja, é infundida diretamente na veia uma mistura dos nutrientes elementares (aminoácidos, carboidratos, lipídios, vitaminas e minerais). Mas isso não é suficiente para seu crescimento. Assim que o prematuro estiver estável, começa-se a preparar seu trato gastrointestinal para receber a dieta. Esse preparo é feito com pequenas quantidades de leite materno, preferencialmente de sua própria mãe.

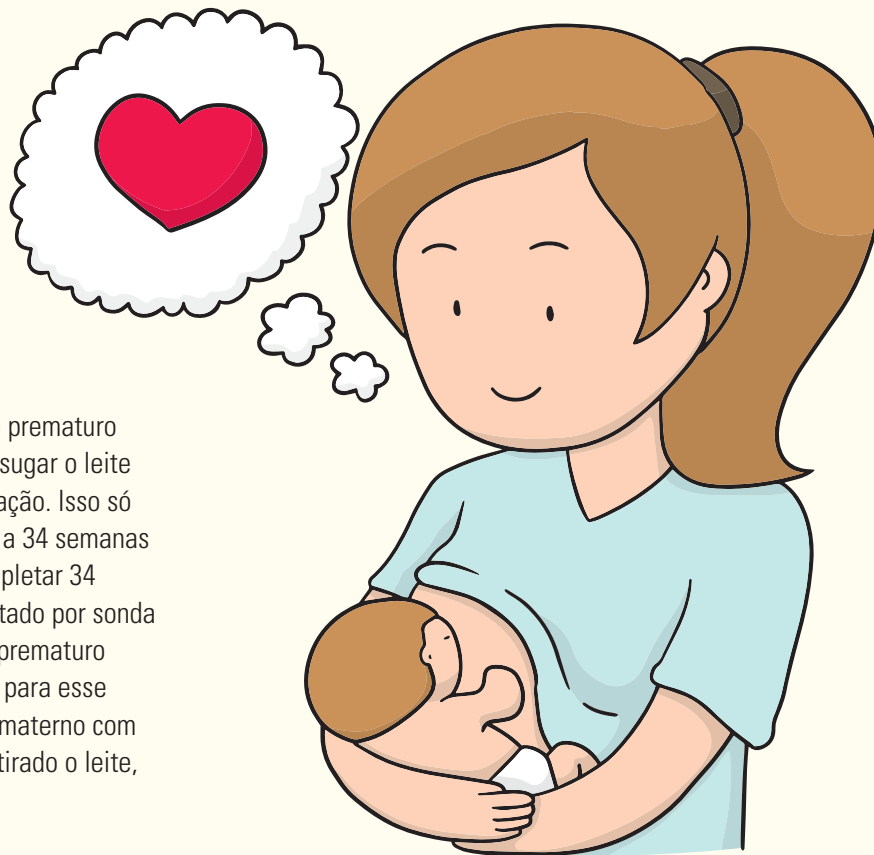
## 2. COMO ALIMENTAR O PREMATURO E QUAIS AS DIFICULDADES?


Durante a internação, o volume da dieta do prematuro é aumentado progressivamente, pois, devido à



prematuridade, o esvaziamento gástrico e o trânsito do alimento através do intestino são lentos. Por isso, o prematuro pode apresentar intolerância alimentar, caracterizada por resíduos de leite no estômago, distensão abdominal e, às vezes, vômitos. Como essa intolerância é decorrente da imaturidade do bebê, ela regride com o passar do tempo e raramente precisa de tratamento.

Um aspecto importante na alimentação do prematuro é que, para mamar, ele precisa ser capaz de sugar o leite e deglutir de modo coordenado com a respiração. Isso só ocorre de maneira satisfatória a partir de 32 a 34 semanas de gestação, motivo pelo qual, antes de completar 34 semanas de gestação, o prematuro é alimentado por sonda gástrica. Nessa fase de 32 a 34 semanas, o prematuro precisa aprender a mamar, e a melhor forma para esse aprendizado é treiná-lo colocando-o no seio materno com as mamas vazias, ou seja, após a mãe ter retirado o leite, que será depois ofertado ao bebê por sonda.





O início da amamentação do prematuro não é fácil, sendo necessários o estímulo e a dedicação da mãe, e a ajuda dos profissionais de saúde para que ele aprenda a mamar, mas, a cada semana que passa, seu desempenho melhora.

Uma condição fundamental para o prematuro ter alta é que ele consiga mamar de forma satisfatória, sem complicações, e esteja crescendo bem.

### 3. QUAL A IMPORTÂNCIA DO LEITE MATERNO?

O leite materno contém todos os nutrientes necessários ao recém-nascido e é de fácil digestão e absorção. O leite da mãe do prematuro é adaptado às suas necessidades, contendo maior quantidade de calorias, proteína e gordura do que o leite da mãe do bebê a termo. Alguns componentes da gordura do leite materno contribuem para o melhor desenvolvimento cerebral e visual do prematuro. Além disso, o leite materno contém muitas substâncias que melhoram os mecanismos de defesa anti-infecciosa do prematuro.

São muitos os benefícios do leite materno, incluindo menor risco de intolerância alimentar e menores taxas de infecção durante a internação. Após a alta, os benefícios são menor risco de diarreia, pneumonia e alergias, melhor

desenvolvimento neurológico e menos reinternações nos primeiros anos de vida. Amamentar melhora o vínculo mãe-filho e faz o bebê sentir-se querido e seguro.

### 4. COMO AVALIAR SE O PREMATURO ESTÁ BEM NUTRIDO E QUAIS AS METAS NA SUA NUTRIÇÃO?

Os prematuros são mais dorminhocos e menos vorazes para mamar que os bebês a termo; portanto, é necessário vigiar se ele está se alimentando adequadamente. Isso é feito nas consultas após a alta, por meio da avaliação do seu crescimento. Se o bebê não estiver crescendo bem, o médico deve identificar o motivo, dar as devidas orientações para melhorar a oferta nutricional e reavaliar após alguns dias. Por outro lado, hoje se sabe que o bebê que engorda muito rápido não é saudável, pois tem grande risco de tornar-se uma criança obesa e permanecer obeso até a idade adulta.

A meta nutricional para o prematuro é que ele cresça adequadamente conforme seu potencial e que mame exclusivamente no seio materno nos primeiros seis meses ou o maior tempo possível. Para isso, é fundamental o empenho e a dedicação na amamentação.

# Crescimento do prematuro

DRA. LIGIA MARIA SUPPO DE SOUZA RUGOLO



## 1. AS FASES DO CRESCIMENTO DO PREMATURO

O prematuro nasceu antes de completar o terceiro trimestre de gestação, período de maior crescimento do feto. Após o nascimento, em razão da frequente presença de doenças e dificuldades na alimentação, os prematuros perdem bastante peso e podem demorar de duas a três semanas para recuperar o peso de nascimento. Só depois dessa fase inicial é que eles começam a crescer e, então, crescem rapidamente nos primeiros meses de vida, recuperando o prejuízo inicial, e a maioria deles atinge os padrões normais das crianças nascidas a termo entre 2 e 3 anos de idade.

## 2. FATORES QUE INFLUENCIAM O CRESCIMENTO

Além da prematuridade, vários fatores influenciam o crescimento da criança:

- Potencial genético: representado pela estatura dos pais.
- Crescimento fetal: se, além de nascer prematuro, o bebê teve desnutrição intraútero, ele terá maior risco de não crescer adequadamente e tornar-se uma criança magra e baixa; ou, se engordar demais, tornar-se uma criança obesa.

- Doenças crônicas associadas à prematuridade, especialmente DBP, enterocolite necrosante e problemas neurológicos são fatores que prejudicam a nutrição e o crescimento nos primeiros anos.
- Padrão nutricional após a alta hospitalar é um fator fundamental, que merece especial atenção, pois, se houver problema, pode ser feita alguma intervenção para melhorar. Em nosso país, a condição nutricional após a alta hospitalar é preocupante, pois o desmame precoce é frequente nos pequenos prematuros e, na falta do aleitamento materno, eles receberão a fórmula do bebê a termo, pois não existe no mercado nacional fórmula especial para prematuros após a alta. Por isso, todo esforço deve ser feito para manter o aleitamento materno nos primeiros seis meses de vida.

## 3. COMO AVALIAR O CRESCIMENTO

O peso é a medida mais usada para avaliar o crescimento, e o ganho de peso é a maior preocupação das mães; porém, é preciso lembrar que o prematuro nasceu “todo pequeno”. Portanto, além do peso, seu comprimento

também deve aumentar e seu cérebro deve crescer. Para avaliar o crescimento cerebral, mede-se a circunferência craniana, também chamada de perímetro cefálico.

O crescimento não pode ser avaliado em uma única vez. As medidas do peso, comprimento e perímetro cefálico devem ser obtidas em todas as consultas nos primeiros anos de vida. As medidas do

bebê são comparadas com o padrão de crescimento normal de crianças a termo nas curvas de crescimento da Organização Mundial da Saúde. Entretanto, é preciso considerar que o prematuro nasceu várias semanas antes do termo (termo = 40 semanas de gestação) e,

portanto, devem ser descontadas, da sua idade cronológica, as semanas que ele nasceu antes do termo (ou seja, deve-se considerar a idade corrigida para prematuridade nos primeiros 2 a 3 anos de vida).

#### 4. PECULIARIDADES NO CRESCIMENTO DO PREMATURO

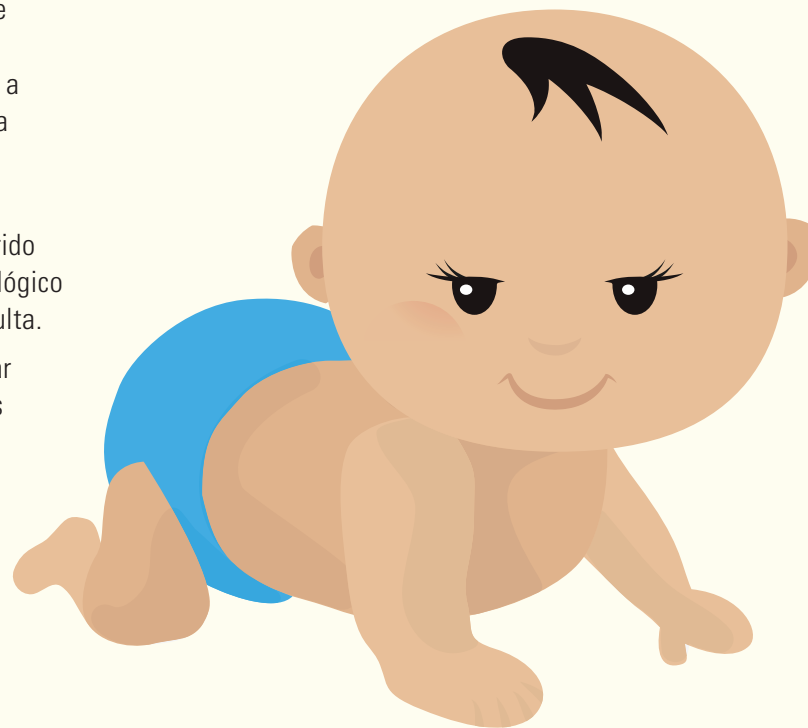
- Um aspecto importante é o perímetro cefálico, que deve atingir o padrão de normalidade do crescimento antes do final do primeiro ano. Se isso não ocorrer, é preocupante, porque pode haver prejuízo no desenvolvimento neurológico do bebê.
- Merece investigação o prematuro cujas medidas de peso, estatura ou perímetro cefálico estiverem afastando-se do padrão de normalidade nas curvas de crescimento. A primeira conduta é avaliar se sua nutrição está adequada.
- Outro aspecto de atenção diz respeito a alguns prematuros nascidos muito pequenos ou com desnutrição intraútero, que podem chegar aos 3 anos de idade com estatura bem abaixo da normal. Esses bebês devem ser cuidadosamente



avaliados pelo médico, pois têm risco de se tornarem adultos com baixa estatura.

- Ganho de peso muito rápido nos primeiros anos de vida não é desejável em razão do risco de evoluir para obesidade na infância e até na vida adulta. E a obesidade aumenta o risco de hipertensão, doença cardíaca e diabetes na vida adulta.
- Existe forte relação entre nutrição-crescimento e desenvolvimento. Assim, um prematuro bem nutrido crescerá bem e terá bom desenvolvimento neurológico na infância e menor risco de doenças na vida adulta.

Por todos esses motivos, é muito importante avaliar o crescimento do prematuro em todas suas consultas médicas de rotina.



# Como prevenir as infeções do prematuro após alta

DRA. RITA DE CÁSSIA SILVEIRA



O período de maior vulnerabilidade para doenças de qualquer criança é o primeiro ano de vida. O prematuro é ainda mais vulnerável devido a sua imaturidade. O bebê que nasce prematuro não apresenta níveis de anticorpos (defesas) suficientes contra as doenças infectocontagiosas, porque não houve tempo suficiente para a transferência de anticorpos da mãe para o bebê durante a gestação. Além disso, a criança somente começa a produzir suas próprias defesas após 2 meses de vida e em quantidades muito menores que a criança maior.

É muito importante prevenir as infecções, especialmente respiratórias e gastrointestinais, do prematuro após a alta. As infecções virais são as mais frequentes. Os vírus respiratórios são a principal causa de rehospitalização de uma criança nascida prematura.

Algumas dicas para auxiliar as mães e pais na prevenção de infecções:

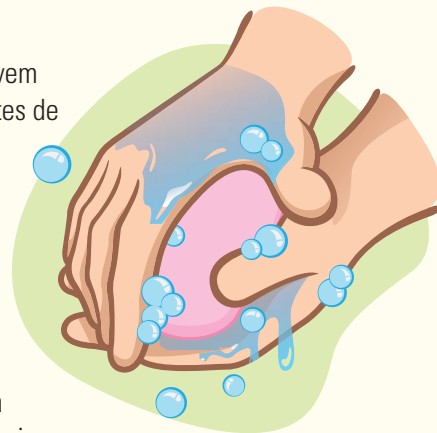
» A higiene das mãos em casa é tão necessária quanto no ambiente hospitalar. Lavar as mãos com água, sabão e usar álcool em gel são formas adequadas somente se bem executadas.

Irmãos em idade escolar devem sempre higienizar as mãos antes de acariciar o bebê.

» Pessoas gripadas não devem pegar o bebê no colo. Além disso, quando uma pessoa estiver gripada, é muito importante a “etiqueta” respiratória, protegendo a boca ao tossir ou espirrar, para diminuir a contaminação da criança e de outras pessoas no ambiente.

Se a mãe está gripada, ela deve usar máscara e manter o aleitamento materno. O leite materno tem propriedades anti-infecciosas, auxiliando na prevenção de doenças. O aleitamento materno DEVE ser mantido o máximo de tempo possível. A alimentação apenas no seio materno no primeiro semestre de vida fornece crescimento harmônico, evita infecções e previne doenças na vida adulta.

» Beijos no bebê? Somente o papai, a mãe e os maninhos; no máximo, os vovós.





» Os pais devem evitar ambientes fechados e mudanças bruscas de temperatura para seus filhos. É uma medida que auxilia na proteção contra doenças infectocontagiosas.

» As vacinas devem estar atualizadas. É importante lembrar-se sempre de que, embora o bebê tenha nascido apressado, as vacinas não são administradas conforme a idade corrigida para o grau de prematuridade. A administração das vacinas deve seguir a idade cronológica, real, conforme a data de nascimento da criança e de acordo com o calendário de imunizações recomendado pela Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP) e pela Sociedade Brasileira de Imunizações (SBIIm). Algumas vacinas estão disponíveis gratuitamente pelo Programa Nacional de Imunizações (PNI) do Ministério da Saúde.

## AS VACINAS PARA OS BEBÊS PREMATUROS SÃO:

**1. Vacina BCG:** é composta pelo bacilo de Calmette-Guérin, origem do nome BCG. É usada no bebê prematuro

com 2 kg ou mais, prevenindo formas graves de tuberculose. O bebê deve receber a vacina no momento da alta do hospital ou logo após a alta.

**2. Vacina contra hepatite B:** a primeira dose é aplicada nas primeiras 12 a 24 horas após o nascimento para prevenir hepatite crônica – forma que acomete 90% dos bebês contaminados ao nascer –, com mais três doses, aos 2, 4 e 6 meses de idade. Usada na forma isolada ou, para as doses dos 2, 4 e 6 meses de idade, na apresentação combinada com outras vacinas (vacina DTPw-HB/Hib).

**3. Palivizumabe:** é uma imunoglobulina, um tipo de anticorpo “pronto” que induz imunização passiva específica contra o vírus sincicial respiratório (VSR). Está incluído na lista de prevenção de infecção, porque é a única forma disponível para a prevenção de quadros graves de infecções respiratórias em lactentes, como bronquiolite e pneumonias. Até o momento, não dispomos de vacinas contra o VSR. Usada desde a internação hospitalar nos meses de maior circulação viral (sazonalidade), em cinco doses, para todo prematuro de risco.

**4. Vacinas pneumocócicas conjugadas:** a vacina pneumocócica conjugada 10-valente (VPC10) previne cerca de 70% das doenças graves, como pneumonia, otite e meningite, causadas por 10 sorotipos de pneumococos, e a pneumocócica conjugada 13-valente (VPC13), 13 sorotipos de pneumococos.

**5. Influenza:** respeitar a idade cronológica e a sazonalidade da circulação do vírus. Preferencialmente utilizar vacinas quadrivalentes.

**6. Vacina inativada poliomielite (VIP):** usada na rotina de vacinação infantil, aos 2, 4 e 6 meses da criança, prematura ou não. Reforços são realizados entre 15 e 18 meses, e entre 4 e 5 anos de idade. Na rede pública as doses de reforço, a partir de 1 ano de idade, são feitas com vacina poliomielite (VOP).

**7. Rotavírus:** por se tratar de vacina de vírus vivos atenuados, ela só deve ser administrada após a alta hospitalar, respeitando-se a idade máxima limite para administração da primeira dose (3 meses e 15 dias).

**8a. Vacina DTPw: tríplice bacteriana de células inteiras:** é aplicada na rotina pública de vacinação infantil aos 2, 4 e 6 meses de idade, na apresentação combinada com as

vacinas Hib e hepatite. Se a criança apresentar alguma reação grave a essa vacina, na próxima aplicação, é usada a DTPa.

**8b. Vacina DTPa: tríplice bacteriana acelular infantil:** previne tétano, difteria e coqueluche. Para a vacinação rotineira de crianças (aos 2, 4 e 6 meses, e entre 12 e 18 meses), os pais podem optar pela vacina quádrupla (penta) ou sêxtupla, nas quais a DTPa é combinada com outras vacinas, assim reduzindo o número de “picadas”. Recém-nascidos prematuros extremos (nascidos com menos de 1 kg ou com 31 semanas de gestação) recebem a vacina gratuitamente nos Centros de Referência para Imunobiológicos Especiais (CRIEs). Os demais prematuros recebem apenas se tiverem alguma outra contra-indicação, como crise convulsiva.

**9. Vacina Hib:** protege contra doenças causadas pelo *Haemophilus influenzae* tipo b. O PNI recomenda a vacina em três doses: aos 2, 4 e 6 meses de idade. A SBP e a SBIm recomendam uma quarta dose entre 12 e 18 meses, em especial para crianças vacinadas com a vacina DTPa. Pode ser encontrada isolada ou combinada com a vacina tríplice bacteriana.

# CALENDÁRIO DE VACINAÇÃO DO PREMATURO

Recomendações da Sociedade Brasileira de Imunizações (SbIm) – 2015/2016

Vacinas	Recomendações, esquemas e cuidados especiais
BCG ID <sup>(1)</sup>	Em recém-nascidos (RNs) com peso maior ou igual a 2.000 g. Se peso de nascimento inferior a 2.000 g, adiar a vacinação até que o RN atinja peso maior ou igual a 2.000 g.
Hepatite B <sup>(2)</sup>	Aplicar a primeira dose nas primeiras 12 horas de vida. Quatro doses em RNs nascidos com peso inferior a 2.000 g.
Profilaxia do Vírus Sincicial Respiratório (VSR) <sup>(3)</sup>	Recomendada para prematuros e crianças de maior risco.
Pneumocócica conjugada <sup>(4)</sup>	Iniciar o mais precocemente possível (aos 2 meses), respeitando a idade cronológica. Três doses: aos 2, 4 e 6 meses, e um reforço entre 12 e 15 meses.
Poliomielite <sup>(6)</sup>	Utilizar somente vacina inativada (VIP) em RNs internados em unidades neonatais.
Rotavírus <sup>(7)</sup>	Não utilizar a vacina em ambiente hospitalar.
Tríplice bacteriana (difteria, tétano, coqueluche) – DTPw e DTPa <sup>(8)</sup>	Utilizar preferencialmente vacinas acelulares.
<i>Haemophilus influenzae</i> tipo b <sup>(9)</sup>	A combinação da vacina tríplice bacteriana acelular (DTPa) com a Hib e outros antígenos são preferenciais, pois permitem a aplicação simultânea e se mostraram eficazes e seguras para os RNPTs.

As demais vacinas do *Calendário de vacinação SbIm criança* devem ser aplicadas de acordo com a idade cronológica.

**Fonte:** Sociedade Brasileira de Imunizações. Calendários de vacinação de prematuro.

## Observações:

### RECÉM-NASCIDO HOSPITALIZADO

O bebê deverá ser vacinado com as vacinas habituais, de acordo com a idade cronológica, desde que clinicamente estável. Não usar vacinas de vírus vivos: pólio oral e rotavírus.

### PROFISSIONAIS DA SAÚDE E CUIDADORES

Todos os funcionários da Unidade Neonatal, pais e cuidadores devem ser vacinados para influenza, varicela (se suscetíveis) e coqueluche, a fim de evitar a transmissão dessas infecções ao RN.



## VACINAÇÃO EM GESTANTES E PUÉRPERAS

A imunização da gestante para influenza (em qualquer idade gestacional) e coqueluche (entre a 27<sup>a</sup> e 36<sup>a</sup> semana de idade gestacional) – em todas as gestações – constitui excelente estratégia na prevenção dessas doenças em recém-nascidos nos primeiros seis meses de vida, época em que eles ainda não estão adequadamente imunizados e mais vulneráveis às formas graves.

A prevenção do tétano neonatal não deve ser esquecida e o momento do puerpério é oportuno para receber as vacinas para doenças para as quais a puérpera seja suscetível: hepatite B, hepatite A, rubéola, sarampo, caxumba e varicela.

## VACINAÇÃO DE CONTACTANTES

A prevenção de doenças infecciosas em lactentes jovens e prematuros pode ser obtida com a vacinação de crianças, adolescentes e adultos que têm contato frequente com eles (mãe, pai, irmãos, avós, babás e outros) e que podem ser fontes, principalmente, das seguintes infecções imunopreveníveis: coqueluche, influenza, varicela, sarampo, caxumba e rubéola. A vacinação desses contactantes, inclusive a mãe, deve se dar o mais precocemente possível.

**Fonte:** Sociedade Brasileira de Imunizações. Calendários de vacinação de prematuro.



## ATENÇÃO FAMÍLIA!

Apesar da prevenção adequada possibilitar crescimento e desenvolvimento saudável como processos integrados e continuados, algumas vezes há falhas. Devemos estar atentos a alguns sinais de alerta e cuidados com nossos pequenos:

- FEBRE é a temperatura acima de 37,2°C.
- A respiração do bebê prematuro é mais ruidosa e não significa obstrução nasal. Use soro fisiológico somente se as narinas estiverem obstruídas ou se o bebê estiver com dificuldade para pegar o seio ou mamar.

Seu bebê parou de respirar, engasga com frequência ou fica com a boca arroxeadada? Ou parece muito cansado e transpira ao mamar? **Converse com seu pediatra e, conforme a necessidade, procure a emergência médica.**

Cuidados com os olhos do  
prematuro pós-alta da unidade de  
terapia intensiva neonatal

DRA. ROSÂNGELA FÁTIMA INTERAMINENSE GARBERS

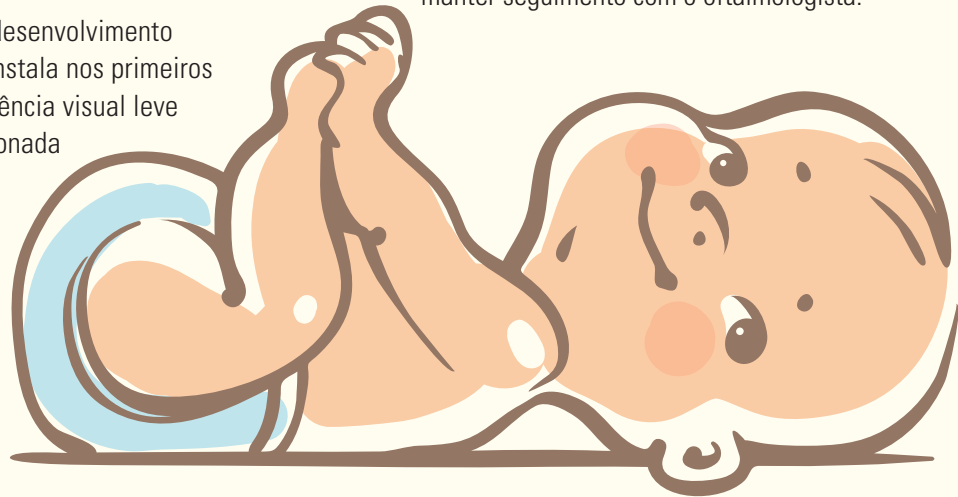


A retinopatia da prematuridade (ROP) é uma doença ocular retiniana que pode ocorrer em bebês nascidos prematuramente, principalmente naqueles com menos de 1.500 gramas ou de 32 semanas de idade gestacional. Mesmo recém-nascidos maiores e com maior idade gestacional, mas com curso clínico instável, que requer suporte respiratório ou cardiovascular, podem desenvolver a doença.

A ROP ocorre em decorrência do desenvolvimento anormal dos vasos retinianos e se instala nos primeiros dias de vida, levando desde à deficiência visual leve até perda total da visão. Está relacionada a vários fatores associados, mas o uso de oxigênio, as oscilações de saturação do oxigênio, as transfusões sanguíneas repetidas,

a sepse e a doença respiratória grave da prematuridade parecem ter papel fundamental.

Hoje é prática rotineira nas unidades neonatais a realização do exame de fundo de olho por um oftalmologista experiente em todo paciente com risco de desenvolver ROP, a partir da 4ª semana de vida. Após a alta da UTIN, todos esses bebês deverão obrigatoriamente manter seguimento com o oftalmologista.





Cuidados com a audição do  
prematureto pós-alta da unidade de  
terapia intensiva neonatal

DRA. ROSÂNGELA FÁTIMA INTERAMINENSE GARBERS



A incidência de perda auditiva em recém-nascidos prematuros que necessitaram de atendimento em UTIN varia de 1 a 4 de 100 pacientes (1-4:100), segundo várias publicações científicas. O uso de medicamentos ototóxicos, a necessidade de ventilação mecânica, as infecções congênitas, a sepse e a prematuridade extrema são considerados fatores de risco para perda auditiva. Hoje, todos os recém-nascidos a termo, mesmo saudáveis, e principalmente aqueles egressos de UTIN, devem passar obrigatoriamente por avaliação auditiva dentro dos primeiros três meses de vida, com os procedimentos de emissão otoacústica (EOA) e potencial auditivo de tronco encefálico (PEATE), realizados por otorrinolaringologista e fonoaudiólogo.



# Desenvolvimento do premature após alta

DRA. RITA DE CÁSSIA SILVEIRA




As perguntas frequentes que todo papai e mamãe, assim como demais membros da família, fazem após a longa permanência no hospital são: Meu filho se desenvolverá normalmente? Falará no tempo certo? Caminhará no tempo certo?

É importante lembrar que muitos prematuros crescerão e se desenvolverão sem qualquer problema significativo de saúde, mas quanto menores e mais imaturos nascem os bebês, maior é o risco de apresentarem dificuldades

motoras em níveis variados e problemas alimentares, como dificuldade para engolir e mastigar os alimentos. No âmbito escolar, podem ser encontradas dificuldades de aprendizagem e de relacionamento social. Essas dificuldades são observadas também em crianças que nascem maiores, ou seja, não são exclusivas de prematuros, embora sejam mais frequentemente encontradas nessa população.



O ENVOLVIMENTO DOS PAIS E UM AMBIENTE ENRIQUECIDO EM ESTÍMULOS APROPRIADOS A CADA FASE DO DESENVOLVIMENTO DO NOSSO PEQUENO SÃO O PONTO-CHAVE QUE MERECE ATENÇÃO.



Algumas dicas básicas para auxiliá-los nessa tarefa:

1. Cada criança é única, portanto, você deve entender e conhecer seu filho. Não é um processo rápido ou fácil. Devo lembrá-lo de que os bebês não vêm com manual de instrução quando nascem.
2. Na busca do conhecimento, o tempo com a criança é fundamental, bem como a qualidade desse tempo.
3. Respeitando o ritmo do sono de cada um, brinque e converse, “olho no olho”; um ótimo momento para isso é quando seu filho está mais alerta.
4. A hora do banho é um momento lúdico para nominar partes do corpo, mostrando cada uma delas para a criança: mãos, pés, boca, nariz, cabeça etc.
5. A qualidade desses momentos de interação pais-bebê é muito mais importante que a quantidade deles.
6. Evite a busca de informações específicas na internet. Elas geram ansiedade e, muitas vezes, por serem genéricas, podem não refletir o seu bebê. Ou seja,

a internet é um meio de informação válido, mas não para diagnóstico de um problema.

7. Sempre esclareça suas dúvidas com seu pediatra de confiança ou uma equipe de profissionais da saúde.

O acompanhamento e a orientação pediátrica são fundamentais para estimar possíveis sinais de alerta de atraso no desenvolvimento por meio de testes.

No prematuro, a avaliação do desenvolvimento é realizada com base na idade corrigida para o grau de prematuridade. A idade corrigida permite ajustar a idade cronológica de acordo com o grau de prematuridade, podendo ser empregada para dosagem de medicações, seguimento de peso em curvas de crescimento e avaliação do desenvolvimento. Por exemplo, quando um bebê nasce com 30 semanas de idade gestacional, aos 3 meses de vida (12 semanas) sua idade corrigida será de 2 semanas de vida, e o que se espera é o desenvolvimento de uma criança de 2 semanas, e não de 3 meses de idade. Esse entendimento pelos pais ajuda a estimular a criança de acordo com sua potencialidade, reduz frustrações e decepções, e direciona o cuidado com ela.

## DICAS PARA AS CONSULTAS

Anote a informação dada por seu pediatra para relatá-la aos demais membros da família. Devido ao excesso de informações, é comum que muitas orientações sejam perdidas ou pouco compreendidas.

Para a maioria dos pais, é estressante ouvir que seu filho ou filha tem dificuldades ou algum atraso no desenvolvimento. É difícil entender que, embora não se tenha plena certeza da capacidade cerebral de cada criança para se recuperar, esse potencial existe e é uma possibilidade que merece investimento, por meio de estimulação precoce.

Procure resolver todas suas dúvidas. Faça uma listinha em casa para não se esquecer de perguntar algo que considera fundamental.

O entendimento do que é paralisia cerebral é importante, porque é o problema neurológico mais frequente em prematuros. É um termo usado para descrever um grupo de problemas motores que afetam os movimentos e a postura do bebê, causando limitação das atividades de forma variável, ou seja, há graus variados de acometimento: do mais leve e quase não perceptível aos casos graves de atraso motor.

**É importante lembrar: a paralisia cerebral não significa que o cérebro não funciona e não é contagiosa.** Ocorre com maior frequência em prematuros menores que tiveram problemas como hemorragia cerebral, leucomalácia periventricular, ROP grave, DBP e infecção grave, quando estavam na UTI.

O foco do tratamento da paralisia cerebral, com estimulação precoce, fisioterapia, treinamento fonoaudiológico e terapia ocupacional, entre outros, não é curar, mas possibilitar a chance de recuperação com melhora da qualidade de vida. O tipo de terapia e de intervenção dependerá das necessidades da

criança. As avaliações do desenvolvimento realizadas de forma sistemática no acompanhamento da criança são importantes para determinar suas necessidades.

O maior desafio é conseguir, com a família, detectar o quanto antes qualquer alteração no desenvolvimento do

bebê. As alterações motoras são mais facilmente avaliadas que as dificuldades cognitivas e de aprendizagem.

Intervenção adequada e suporte educacional para crianças com atraso limítrofe e mais leve poderão conduzir à normalidade do desenvolvimento.



## LEITURA RECOMENDADA



Carvalho VO, Markus JR, Abagge KT, Giraldi S, Campos TB. Consenso de cuidados com a pele do recém-nascido. São Paulo: Sociedade Brasileira de Pediatria; 2015.

Rodrigues FPM, Magalhães M. Normas e condutas em neonatologia. São Paulo: Atheneu; 2008.

Silveira RC, coordenação e organização. Seguimento ambulatorial do prematuro de risco. São Paulo: Sociedade Brasileira de Pediatria; 2012.

Sociedade Brasileira de Imunizações. Calendários de vacinação de prematuro. Disponível em: <http://sbim.org.br/>

[images/files/calend-prematuro-sbim-2015-16-160308-spread.pdf](#). Acesso em: 31 mai 2016.

Fonseca, Luciana Mara Monti; Scochi, Carmen Gracinda Silvan. Cuidados com o bebê prematuro: orientações para a família. Ribeirão Preto-SP: FIERP, 2014.

Cartilha Educativa, produto da Dissertação de Mestrado apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/ USP - Departamento de Enfermagem Materno Infantil e Saúde Pública, 2002.



## Depoimentos das mães

### Medos diários

“DURANTE O LONGO PERÍODO DE INTERNAMENTO NO HOSPITAL, OS NOSSOS MEDOS ERAM MUITOS, DIARIAMENTE. TEM AQUELA LUTA DIÁRIA COM O PESO DA CRIANÇA. NUM DIA ELAS GANHAM PESO, NOUTROS ELAS PERDEM. TÊM DIAS EM QUE ESTÃO BEM, NOUTROS NÃO. A GENTE TEM QUE SER FORTE, PORQUE NÃO É FÁCIL.”

**Jaqueline**, mãe da Mariana, que nasceu em 22 de setembro de 2005 com 995 gramas e 35 centímetros, na 30ª semana gestacional, em Porto Alegre (RS). Mariana tem atualmente 10 anos e está na escola com desempenho normal. Paciente da Dra. Rita de Cássia Silveira.

“MEU MAIOR MEDO ERA O DELA NÃO SOBREVIVER. A MARIANA PRECISAVA DE MUITO CUIDADO. NESSA FASE, TODO DIA EU IA PARA O HOSPITAL TEMENDO UMA NOTÍCIA RUIM.”

**Maria Aparecida**, mãe da Mariana, que nasceu em 2 de abril de 2015 com 490 g e 23 semanas de idade gestacional, em São Paulo (SP). Paciente da Dra. Lilian dos Santos Rodrigues Sadeck.



“MEUS MAIORES MEDOS NO HOSPITAL ERAM DAS INTERCORRÊNCIAS E AQUELA DÚVIDA SOBRE SE A BEBÊ PODERIA FICAR COM ALGUMA SEQUELA FUTURA.”

**Cristiane**, mãe da Lúvia, que nasceu em 20 de maio de 2015 com 980 gramas e 40 centímetros, na 29ª semana gestacional, em Curitiba (PR).

Paciente da Dra. Rosângela Fátima Interaminense Garbers.

“A MANU NASCEU SUPER PEQUENA, DE UMA GESTAÇÃO DE GÊMEAS, AO MESMO TEMPO EM QUE A IRMÃ NÃO AGUENTOU TODO O PROCESSO. MEU MAIOR MEDO ERA DELA TAMBÉM NÃO AGUENTAR”.

**Fernanda**, mãe da Emanuela, que nasceu em 19 de setembro de 2013 com 790 gramas e 26 centímetros, na 26ª semana gestacional, em Curitiba (PR). Paciente da Dra. Gislayne Castro e Souza de Nieto.



## Medos na alta

“DEPOIS DA ALTA, O PRINCIPAL MEDO ERA QUE A BEBÊ ENGASGASSE OU VOMITASSE, OCORRENDO UMA BRONCOASPIRAÇÃO. ATÉ HOJE FIQUEI COM ESSA ‘NEURA’ NA MINHA CABEÇA, INCLUSIVE NA HORA DE DAR A MAMADEIRA. JÁ A VI ENGASGAR E COMEÇAR A FICAR ROXA. QUANDO ISSO ACONTECIA NO BERÇÁRIO, ERA UMA COISA, MAS, EM CASA, A DECISÃO DO QUE FAZER NO MOMENTO ERA MINHA, SEM NINGUÉM PARA OPINAR.”

**Maria Aparecida**, mãe da Mariana, que nasceu em 2 de abril de 2015 com 490 g e 23 semanas de idade gestacional, em São Paulo (SP). Paciente da Dra. Lilian dos Santos Rodrigues Sadeck.

“EM CASA, QUANDO A MANU MAMAVA, FICAVA INTEIRA ROXA E ATÉ DESFALECIA. ENTÃO, TIVEMOS QUE APRENDER A FAZER A MANOBRA DE HEIMLICH E POR MUITAS VEZES A MANU LEVOU UMAS PALMADINHAS NAS COSTAS”

**Fernanda**, mãe da Emanuela, que nasceu em 19 de setembro de 2013 com 790 gramas e 26 centímetros, na 26ª semana gestacional, em Curitiba (PR). Paciente da Dra. Gislayne Castro e Souza de Nieto.



“TINHA MUITO MEDO DE QUE A LÍVIA PEGASSE UM RESFRIADO E SEMPRE TÍNHAMOS UM RECEIO DE QUE HOUVESSE ALGUM PROBLEMA RELACIONADO AO PULMÃO, QUE GERALMENTE É A PARTE MAIS FRÁGIL DO PREMATURO. PRINCIPALMENTE PORQUE, QUANDO ELA FOI PARA CASA, ERA INVERNO, PREOCUPÁVAMO-NOS EM DEIXAR A CASA BEM QUENTINHA E, DURANTE UNS TRÊS MESES, NÃO SAÍMOS DE CASA COM A BEBÊ. NÃO RECEBÍAMOS VISITAS E SÓ DEPOIS DOS TRÊS MESES EM QUE ELA ESTAVA EM CASA É QUE COMECEI A RECEBER AS PESSOAS”.

**Cristiane**, mãe da Lívia, que nasceu em 20 de maio de 2015 com 980 gramas e 40 centímetros, na 29ª semana gestacional, em Curitiba (PR). Paciente da Dra. Rosângela Fátima Interaminense Garbers.



## Medos sobre o desenvolvimento

“ACHO QUE MEUS MEDOS ERAM OS MESMOS DE TODA MÃE QUE PASSA POR ESSA SITUAÇÃO: SE A CRIANÇA VAI ANDAR, SE VAI FALAR. ISSO GERAVA UMA ANSIEDADE MAIOR. SEMPRE TENDEI ESTIMULÁ-LA AO MÁXIMO E HOJE NÃO SINTO MUITOS MEDOS.”

**Fernanda**, mãe da Emanuela, que nasceu em 19 de setembro de 2013 com 790 gramas e 26 centímetros, na 26ª semana gestacional, em Curitiba (PR). Paciente da Dra. Gislayne Castro e Souza de Nieto.

“TIVE MUITO MEDO SOBRE O DESENVOLVIMENTO DA MINHA BEBÊ. A PEDIATRA TINHA EXPLICADO QUE ELA PODERIA TER ALGUMA SEQUELA NO DESENVOLVIMENTO TANTO PULMONAR QUANTO NEUROLÓGICO. MAS, COM O PASSAR DOS DIAS, ELA SUPERAVA OS PROBLEMAS E SURPREENDIA A TODOS!”

**Maria Aparecida**, mãe da Mariana, que nasceu em 2 de abril de 2015 com 490 g e 23 semanas de idade gestacional, em São Paulo (SP). Paciente da Dra. Lillian dos Santos Rodrigues Sadeck.



## Problemas respiratórios

“A MARIANA FICOU TRÊS MESES INTERNADA, TEVE HEMORRAGIA PULMONAR NO OITAVO DIA DE VIDA E BRONCODISPLASIA. ELA ESTAVA COM MENOS DE MEIO QUILO QUANDO NASCEU E MUITO POUCA CHANCE DE SOBREVIVER”.

**Maria Aparecida**, mãe da Mariana, que nasceu em 2 de abril de 2015 com 490 g e 23 semanas de idade gestacional, em São Paulo (SP). Paciente da Dra. Lilian dos Santos Rodrigues Sadeck.

## Coração do prematuro

“NO HOSPITAL, COMO O BEBÊ É MONITORADO O TEMPO TODO, NÓS FICÁVAMOS MAIS TRANQUILOS, MAS, QUANDO CHEGAMOS EM CASA, NÃO DAVA PARA TER CERTEZA DE QUE TUDO ESTAVA BEM”.

**Maria Aparecida**, mãe da Mariana, que nasceu em 2 de abril de 2015 com 490 g e 23 semanas de idade gestacional, em São Paulo (SP). Paciente da Dra. Lilian dos Santos Rodrigues Sadeck.



## Cuidados com o cérebro, olhos e ouvidos

“NOSSA PEDIATRA PEDIU PARA QUE LEVÁSSEMOS A LÍVIA EM TODOS OS MÉDICOS: NEUROLOGISTA, CARDIOLOGISTA, OFTALMOLOGISTA, FISIOTERAPEUTA E ORTOPEDISTA. FIZ UM *CHECK-UP* GERAL NA BEBÊ. ENTÃO, LOGO NO INÍCIO, JÁ TIVE UM PROGNÓSTICO SOBRE O DESENVOLVIMENTO DA BEBÊ.”

**Cristiane**, mãe da Lívia, que nasceu em 20 de maio de 2015 com 980 gramas e 40 centímetros, na 29ª semana gestacional, em Curitiba (PR). Paciente da Dra. Rosângela Fátima Interaminense Garbers.



## Crescimento e desenvolvimento

“DURANTE O PRIMEIRO ANO, NOSSA VIDA FOI SÓ EM FUNÇÃO DA BEBÊ. SEGUIMOS TODAS AS ORIENTAÇÕES MÉDICAS, E O APOIO DA EQUIPE DO HOSPITAL FOI MUITO IMPORTANTE. CONSEGUI AMAMENTÁ-LA NO PEITO ATÉ MAIS DE 1 ANO E 1 MÊS, GRAÇAS AO APOIO DAS PROFISSIONAIS DO BANCO DE LEITE DO HOSPITAL, QUE ME ORIENTARAM E INCENTIVARAM.”

**Jaqueline**, mãe da Mariana, que nasceu em 22 de setembro de 2005 com 995 gramas e 35 centímetros, na 30ª semana gestacional, em Porto Alegre (RS). Mariana tem atualmente 10 anos e está na escola com desempenho normal. Paciente da Dra. Rita de Cássia Silveira.



WWW.PREMATURIDADE.COM

## Associação Brasileira de Pais, Familiares, Amigos e Cuidadores de Bebês Prematuros

“GRANDES ACONTECIMENTOS  
COSTUMAM TER PEQUENOS COMEÇOS”

**Prometheus**

Mães e pais de prematuros são tão especiais quanto seus pequenos. São fortes, resilientes... mas também precisam de colo!

E por isso estamos aqui: para ajudá-los durante a difícil jornada pela prematuridade.

A Associação Brasileira de Pais, Familiares, Amigos e Cuidadores de Bebês Prematuros, conhecida como “**Prematuridade.com**”, é uma organização sem fins lucrativos fundada em 2014, cuja missão é representar os interesses e lutar pelos direitos e pelo bem-estar dos prematuros e de suas famílias.



“ENQUANTO HOUVER VONTADE DE LUTAR,  
HAVERÁ ESPERANÇA DE VENCER”

**Santo Agostinho**

Nossa ONG tem como objetivos a prevenção do parto prematuro e a diminuição de danos à saúde por meio da igualdade e da humanização no atendimento aos bebês, bem como a atenção integrada às famílias e o seguimento do cuidado do prematuro nos primeiros anos de vida (*follow-up*).

Dando voz aos pais e familiares, e trabalhando em parceria com profissionais da saúde, pesquisadores, empresas e instituições, queremos diminuir a incidência da prematuridade no nosso país e melhorar o prognóstico de saúde dos prematuros no longo prazo, garantindo a todos eles, e também às famílias, os melhores tratamento e acompanhamento de saúde.

Por meio das nossas ações, queremos chamar atenção para o crescente desafio da prematuridade e seu impacto na vida das crianças, de suas famílias e na sociedade como um todo. Por isso, estamos envolvidos na criação, aprovação e implementação de vários projetos de lei relacionados à prematuridade, destacando-se:

- a PEC 99/2015, que estende a licença-maternidade para mães de prematuros;
- o PLS 742/2015, que estabelece diretrizes de atenção à prematuridade no país;
- e o projeto que institui o dia 17 de novembro como o Dia Nacional da Prematuridade.

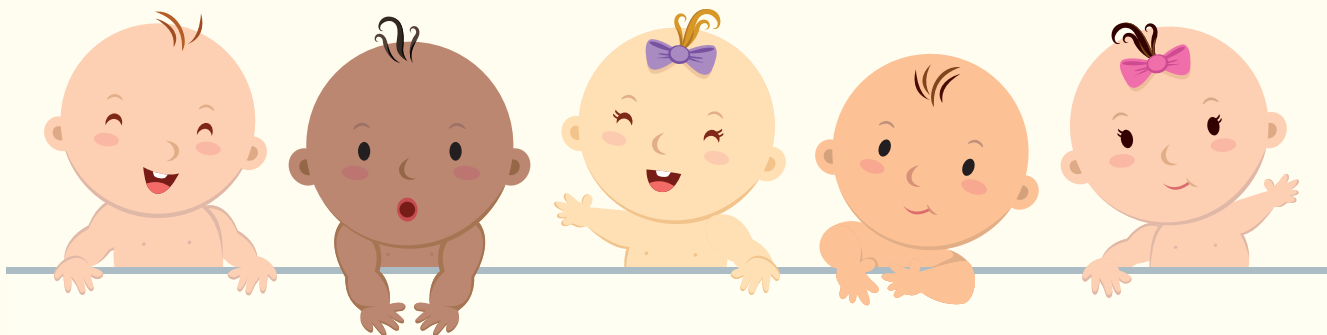
Somos membros da Rede Nacional Primeira Infância (RNPI) e também fazemos parte de uma rede internacional de organizações que lutam pela causa dos prematuros e pela prevenção da prematuridade, a *World Prematurity Network*, juntamente com a instituição americana *March of Dimes* e com a Fundação Europeia para o Cuidado aos Recém-nascidos (EFCNI).

Representamos o Brasil em ações globais como o *World Prematurity Day*, que acontece todo dia 17 de novembro, com ações de enfrentamento e iluminação, com luzes roxas, de prédios públicos, durante todo o mês de novembro.

No nosso *site* você encontrará **apoio** e muita **informação**. São textos, notícias e artigos sobre a saúde do prematuro, além de muitas palavras de fé e esperança, de centenas de histórias reais de prematuridade.

Acesse nosso *site* para conhecer melhor nosso trabalho e se associar: **[www.prematuridade.com](http://www.prematuridade.com)**.

Ou entre em contato conosco pelo *e-mail*:  
**[contato@prematuridade.com](mailto:contato@prematuridade.com)**.





abbvie