

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
ESCOLA DE ENFERMAGEM
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA
ENFERMAGEM NA ATENÇÃO BÁSICA: ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

**ATENÇÃO ÀS CRIANÇAS PREMATURAS EM UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE:
REVISÃO BIBLIOGRÁFICA**

LORENA MÁRCIA DE FREITAS MARQUES

Belo Horizonte
Setembro - 2011

LORENA MÁRCIA DE FREITAS MARQUES

**ATENÇÃO ÀS CRIANÇAS PREMATURAS EM UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE:
REVISÃO BIBLIOGRÁFICA**

Monografia apresentada ao Curso de Especialização em Saúde Coletiva – área de concentração Enfermagem na Atenção Básica: Estratégia Saúde da Família, da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais – UFMG, como requisito parcial à obtenção do Título de Especialista.

Orientadora: Profa. Dra. Anézia M. F. Madeira

Belo Horizonte
Setembro – 2011

RESUMO

Trata-se de revisão bibliográfica que teve como objetivo refletir acerca da assistência a crianças prematuras em unidades básicas de saúde. A revisão foi conduzida segundo dois temas básicos: políticas públicas de saúde do Brasil voltadas para crianças e ações direcionadas ao prematuro na atenção primária à saúde. Acreditamos que este estudo possa contribuir de certa forma para uma maior reflexão por parte dos profissionais de saúde, possibilitando maior conhecimento e compreensão sobre a atenção às crianças prematuras em unidades básicas de saúde.

Palavras-chave: Prematuridade; criança; atenção primária à saúde.

SUMÁRIO

I INTRODUÇÃO	5
II OBJETIVOS.....	9
2.1 Objetivo Geral:.....	9
2.2 Objetivos Específicos:.....	9
III METODOLOGIA	10
IV REVISÃO DA LITERATURA.....	11
4.1 Políticas públicas de saúde do Brasil na atenção à criança	11
4.2 Ações direcionadas ao prematuro na atenção primária à saúde.....	14
V CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	21
VI REFERÊNCIAS	23
ANEXO	28

I INTRODUÇÃO

O nascimento de um novo ser é aguardado por seus familiares com grande expectativa e ansiedade, são inúmeros os planos feitos para a chegada do bebê. No entanto, quando o nascimento ocorre muito antes do previsto, ou seja, o bebê nasce de forma prematura idealizações antes sonhadas dão espaço a angústia e as incertezas, diante do risco que corre em razão de sua imaturidade anatômica e fisiológica. Segundo Leone; Costa; Kahale (2003), recém-nascido pré-termo é aquele nascido com idade gestacional menor que 37 semanas completas ou menos de 259 dias de gestação. Sendo classificado ainda de acordo com a idade gestacional como prematuro limítrofe (35 a 36 semanas), moderadamente prematuro (31 a 34 semanas) e extremo (gravidez inferior a 30 semanas) (LEONE; RAMOS; VAZ, 2003).

Estes recém-nascidos podem ser classificados ainda quanto ao peso de nascimento como prematuro baixo peso e com extremo baixo peso (LEONE; RAMOS; VAZ, 2003). O Ministério da Saúde define recém-nascido baixo peso como aquele com peso inferior a 2.500gr. Neste critério não se enquadram apenas os recém-nascidos prematuros, mas também os nascidos a termo que tiveram crescimento intra-uterino retardado. Já o recém-nascido de baixo peso extremo é aquele nascido com peso inferior a 1.500grs., sendo que neste critério se enquadram apenas prematuros (BRASIL, 2002a).

De acordo com dados preliminares do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC), em 2009 dos 2.877.300 nascidos vivos no Brasil, 200.467 correspondem a recém-nascidos pré-termo, o que representa 7% dos recém-nascidos deste ano. Já na região sudeste dos 1.118.598 nascidos vivos no mesmo período, 90.490 são pré-termo, correspondendo a 8,1% dos nascidos vivos desta região. Em nosso estado, Minas Gerais, dos 252.115 nascidos vivos no ano de 2009, 18.974 nasceram antes de completarem 37 semanas de gestação, correspondendo a 7,5 % do total de recém-nascidos do período (BRASIL, 2010).

Atualmente o Brasil conseguiu reduzir em 59% a mortalidade infantil, passando de 47,1 óbitos a cada mil em 1990 para 19,3 por mil nascidos vivos em 2007, devido às ações de controle e combate das doenças infecto-contagiosas. No entanto, dados do Ministério da Saúde apontam que as causas perinatais que são decorrentes de problemas durante a gestação, parto, e nascimento, ocupem hoje a

primeira causa de mortalidade infantil no país, sendo responsáveis por cerca de 70% das causas de óbito no primeiro ano de vida (BRASIL, 2009). No contexto das causas perinatais se insere a prematuridade, a qual demanda dos serviços de saúde uma atenção especializada. Esta atenção redundante em gastos exorbitantes para o Estado, dependendo do grau de prematuridade e do comprometimento da criança.

Segundo Silveira *et al.* (2009), a monitorização da prematuridade é de extrema importância, devido a seu impacto na morbidade e mortalidade infantil. Sendo assim, esses recém-nascidos necessitam de cuidados especiais, o que na maioria das vezes resulta em longo período de internação. Para Tronchin; Tsunehiro (2007), este contexto suscita indagações sobre o seguimento ambulatorial a longo prazo dessas crianças.

As primeiras iniciativas de acompanhamento ambulatorial no Brasil surgiram em 1980, quando alguns neonatologistas se interessaram em acompanhar os egressos de uma unidade de terapia intensiva neonatal (UTIN), com objetivo de verificar a médio e longo prazo o resultado da assistência no início da vida dessas crianças. Entretanto, com exceção de alguns hospitais universitários, os programas de seguimento tanto nos serviços públicos como nos privados são reduzidos, assim como a prática de visitas domiciliares (FELICIANO, 1999).

Os cuidados ambulatoriais com as crianças prematuras, de acordo com Feliciano (1999), era restrito a alguns neonatologistas que se interessavam em acompanhá-las, com objetivo de verificar o resultado da assistência prestada no período de internação a essas crianças.

Entretanto, as políticas públicas direcionadas as crianças de forma geral só aconteceram mais tarde, uma delas foi a criação do Programa de Assistência Integral à Saúde da Criança (PAISC) em 1984, como um grande marco na história de atenção à criança. Objetivava criar um elo entre este grupo populacional e os serviços, através do acompanhamento sistemático do seu crescimento e desenvolvimento, visando promover a saúde da criança de forma integral, priorizando o atendimento de crianças pertencentes a grupos de risco (BRASIL, 1984). As ações contempladas no PAISC não abrangiam, em seu cerne as peculiaridades de uma criança prematura, que, por sua vez, requer atenção diferenciada dos profissionais de saúde.

De acordo com a Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais, a prematuridade configura-se como uma situação de risco, desta forma o recém-

nascido pré-termo (RNPT) deve ser acompanhado rigorosamente pelo pediatra devido ao risco aumentado de morbidade, tanto pelas doenças que podem ocorrer logo após o nascimento bem como por suas sequelas. O profissional deve estar preferencialmente habituado com esse tipo de paciente, mas a equipe de saúde deve assegurar que estes recém-nascidos estejam sendo acompanhados de forma sistemática, além de reforçar as orientações dadas pelos pediatras, apoiar a família, acolher essas crianças em suas intercorrências clínicas, vacinar de acordo com o calendário e acompanhar o crescimento e desenvolvimento quando não for possível um acompanhamento sistemático do pediatra (MINAS GERAIS, 2008).

Em seus estudos, Mello *et al* (2002) ressaltam que as crianças prematuras e ou de baixo peso possuem maior risco de sequelas em seu processo de crescimento e desenvolvimento, como distúrbios orgânicos, cognitivos e psicossociais. Evidenciando que a alta hospitalar não significa a resolução de todos os problemas de saúde dessas crianças, pois estes dependerão do acompanhamento ambulatorial que estas receberão.

No entanto, durante minha experiência como aluna do curso de graduação em Enfermagem, inserida na rede básica de saúde, observava que os prematuros eram acompanhados na puericultura da mesma forma que as crianças a termo. Muitas vezes eram consideradas crianças de baixo peso, e seu desenvolvimento neuropsicomotor atrasado. Neste caso eram encaminhados erroneamente para o grupo de crianças com distúrbios nutricionais. Apesar das mães insistirem que a criança era “miúda” por causa da prematuridade, mesmo assim condutas indevidas eram tomadas. Este fato me chamava muita atenção, já que durante o conteúdo teórico da disciplina saúde da criança, aprendi que deveríamos ter um tratamento diferenciado para crianças prematuras.

Sendo assim, ao me matricular no Curso de Especialização em Saúde Coletiva, área de concentração Atenção Básica, da Escola de Enfermagem da UFMG, decidi desenvolver o trabalho de conclusão de curso voltado para a atenção à criança prematura em unidades básicas de saúde, já que este era um assunto que me instigava muito.

Frente ao grande desafio, optei por realizar uma revisão bibliográfica que respondesse aos questionamentos: Como é realizado o atendimento ao prematuro em unidades básicas de saúde? Quais as dificuldades encontradas pelos

profissionais de saúde na assistência ao prematuro? O que fazer para melhorar a assistência ao prematuro na atenção básica?

Acreditamos que este estudo possa contribuir de certa forma para uma maior reflexão por parte dos profissionais de saúde, possibilitando maior conhecimento e compreensão sobre a atenção às crianças prematuras em unidades básicas de saúde.

II OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral:

- Refletir acerca da assistência a crianças prematuras em unidades básicas de saúde.

2.2 Objetivos Específicos:

- Conhecer políticas públicas de saúde do Brasil voltadas para crianças;
- Identificar as ações direcionadas ao prematuro na atenção primária à saúde;
- Propor ações para melhoria da atenção ao prematuro em unidades básicas de saúde.

III METODOLOGIA

Este estudo trata-se de uma pesquisa bibliográfica que teve como objetivo refletir acerca da assistência a crianças prematuras em unidades básicas de saúde. De acordo com Minayo (2006) a pesquisa bibliográfica busca conhecer e analisar as contribuições científicas existentes sobre um determinado assunto, tema ou problema.

Para desenvolvê-lo foi realizada busca de artigos científicos nas bases de dados, *on line*, da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), Scielo e Lilacs, no período de 2002 a 2011; nos idiomas português e inglês, utilizando-se os descritores de busca: recém-nascido prematuro; atenção primária à saúde; cuidados de saúde. Além de consultas a *sítes* e publicações do Ministério da Saúde, publicadas a partir de 1984, direcionados para o tema saúde do recém-nascido e atenção à criança prematura no período de 2001 a 2011.

Foram encontrados 43 trabalhos, e após criteriosa leitura, foram selecionados 28, por abordarem melhor o tema atenção à saúde da criança prematura. Ao final da análise das publicações optamos por conduzir a revisão da literatura por dois temas básicos: políticas públicas de saúde do Brasil voltadas para crianças e ações direcionadas ao prematuro na atenção primária à saúde.

IV REVISÃO DA LITERATURA

4.1 Políticas públicas de saúde do Brasil na atenção à criança

No Brasil a atenção à saúde da criança, remonta à década de 1940 com a Criação do Departamento Nacional da Criança. Responsável não apenas pelos cuidados com as crianças, mas também pelas mulheres no que se referia à gestação e à amamentação numa época em que o principal objetivo do estado brasileiro era o de produzir braços fortes para a nação (NAGHAMA; SANTIAGO, 2005).

Em meados da década de 1970 surgem os primeiros programas verticais de atenção à saúde materno-infantil. São eles: o Programa de Saúde Materno-Infantil (Brasil, 1975) e o Programa de Prevenção à Gravidez de Alto Risco (Brasil, 1978), sendo predominantemente direcionados para o excesso da intervenção médica sobre o corpo feminino (SANTOS NETO *et al.*, 2008).

Até a década de 1980, pode-se dizer que não havia por parte dos governantes, grande interesse na saúde das crianças, uma vez que estas estavam inseridas juntamente a atenção à saúde das mulheres, e como juntas elas não afetavam diretamente o processo produtivo do país não recebiam incentivos como os demais estratos populacionais, inseridos formalmente no mercado de trabalho. Estes trabalhadores eram amplamente atendidos pela previdência social e as mulheres e crianças eram vistas apenas como meros dependentes destes trabalhadores (BRASIL, 1984).

As mudanças na atenção à saúde da criança começam a acontecer de fato na década de 1980 com a criação de programas específicos fortalecidos pela implantação do Sistema Único de Saúde (SUS), haja vista que o coeficiente de mortalidade infantil encontrava-se próximo dos 90 por mil nascidos vivos.

Sendo assim, como forma de combater a morbimortalidade infantil em crianças menores de 5 anos, surge, em 1984, o Programa de Assistência Integral à Saúde da Criança - PAISC, que, através de ações integradas do Governo Federal, através de seus ministérios da Saúde e da Previdência Social e das secretarias estaduais e municipais de saúde, permitiam maior racionalidade nas intervenções das doenças que acometiam com maior frequência esta população. Este programa

tinha como meta o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento, estimulação do aleitamento materno e orientações quanto à alimentação no primeiro ano de vida, identificar precocemente os processos patológicos e fornecer tratamento oportuno, ampliar a cobertura vacinal e promover a educação em saúde. A criação do PAISC foi um grande marco para a atenção à saúde da criança em nosso país, fortalecido posteriormente pelo Sistema Único de Saúde (SUS), instituído com a promulgação da Constituição Brasileira de 1988 (BRASIL, 2004).

Outras iniciativas foram criadas ao longo do tempo. A reorganização do modelo assistencial através da implantação do Programa Saúde da Família (PSF), na atenção primária, a partir de 1994, e anteriormente a ele o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) foram fundamentais na redução da mortalidade infantil nos últimos anos, principalmente nas áreas mais carentes (BRASIL, 2003). Além disso, estas estratégias trouxeram vínculo de co-responsabilidade entre os serviços e a população, favorecendo não só a cura e a prevenção de doenças, mas valorizando o papel das famílias e da comunidade como sujeitos de sua saúde (BRASIL, 2002a).

Em 2000, baseado na experiência realizada na Colômbia durante a década de 80, e preocupados com o elevado número de neonatos com baixo peso, o que constituía um importante problema de saúde devido ao alto índice de morbimortalidade neonatal, o Ministério da Saúde implementou a Norma de Atenção Humanizada ao Recém-Nascido de Baixo Peso, o chamado Método Canguru. O Método Canguru tinha como objetivos aumentar o vínculo mãe-filho e auxiliar no desenvolvimento psicomotor destes recém-nascidos através do contato pele a pele entre a mãe e seu bebê. Desde então esse procedimento passou a ser implantando na rede hospitalar de atenção a gestante de alto risco, sendo estendido até as unidades de saúde (BRASIL, 2002b).

Atualmente, os programas criados pelo Ministério da Saúde, voltados para a atenção à criança tem como principais metas a promoção da saúde, prevenção de doenças, tratamento e reabilitação. Assim como garantir o crescimento e o desenvolvimento físico, emocional e social satisfatórios (DEL CIAMPO *et al.*, 2006).

O acompanhamento do desenvolvimento e crescimento, também conhecido como puericultura e demais ações preventivas, como a vacinação, atuam no sentido de manter a criança saudável visando um desenvolvimento pleno, de modo que esta atinja a vida adulta sem influências desfavoráveis da infância. Suas ações

priorizam a promoção da saúde infantil, prevenção de doenças e a educação da criança e de seus familiares, por meio de orientações antecipatórias aos riscos de agravos à saúde (DEL CIAMPO *et al.*, 2006). O programa de acompanhamento do crescimento e desenvolvimento (CD) é considerado o eixo de todas as ações direcionadas à criança na atenção primária à saúde. Suas normas foram progressivamente incorporadas às atividades do PACS e do PSF, ressaltando os esforços do Ministério da Saúde e das Secretarias de Saúde para a vigilância da saúde da criança, disseminadas principalmente pelo uso do Cartão da Criança (BRASIL, 2002a).

O cartão da criança é um instrumento de vigilância à saúde que permite aos profissionais e familiares monitorar a criança, por meio de medidas de promoção e prevenção da saúde.

Enfim, o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil é uma das principais ações efetuadas pela equipe de uma unidade básica de saúde para a promoção da saúde e prevenção de agravos, uma vez que ao acompanhar os hábitos de vida da criança, identifica problemas nutricionais, alterações no desenvolvimento neuropsicomotor, problemas de higiene, problemas ambientais, por meio de ações simples como pesar, medir, avaliar os marcos desenvolvimento e aquisição de novas habilidades (BRASIL, 2005a; VOLTA REDONDA, 2008).

Continuando, em 2004, com a finalidade de apoiar a organização da assistência à população infantil e possibilitar que os gestores e profissionais de saúde priorizassem ações para a saúde da criança, o Ministério da Saúde propõem a Agenda de Compromissos para a Saúde Integral da Criança e Redução da Mortalidade Infantil, na qual o trabalho é voltado para o nível local de maneira a prover respostas mais satisfatórias para esta população (BRASIL, 2005a).

Assim, o acompanhamento do Recém Nascido de Risco foi, então, incorporado em uma das linhas de cuidado prioritário da Agenda de Compromissos para a Saúde Integral da Criança e Redução da Mortalidade Infantil por meio de ações de Vigilância em Saúde pela equipe da atenção básica através de captação precoce e manutenção da atenção (BRASIL, 2005a).

Com base em conhecimentos técnicos atualizados, a Organização Pan-Americana da Saúde elaborou uma descrição sobre como atender crianças desde o nascimento até os dois meses de idade, através de normas específicas para cada doença, complementada com materiais de capacitação para possibilitar treinamento

dos profissionais de saúde. A Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância - AIDPI Neonatal surge, então, como uma estratégia que permite aos profissionais de saúde detectar e classificar precocemente as principais doenças e fatores de risco que afetam a criança nesta faixa etária, diminuindo assim a ocorrência de sequelas e complicações que afetariam a saúde da criança a longo prazo. Essa estratégia tem sido de grande valia em nosso país, principalmente na região norte e nordeste onde a população enfrenta dificuldades no acesso à saúde (OPAS, 2007).

Atualmente, preocupado com o impacto produzido pelas causas neonatais na mortalidade infantil, o Ministério da Saúde, por meio da Área Técnica de Saúde da Criança e Aleitamento Materno, disponibiliza uma nova publicação: “Atenção à Saúde do Recém-Nascido – Guia para os Profissionais de Saúde”, que traz orientações importantes baseadas em evidências científicas, visando possibilitar que os profissionais de saúde ofereçam uma atenção qualificada, segura e humanizada aos recém-nascidos (BRASIL, 2011).

4.2 Ações direcionadas ao prematuro na atenção primária à saúde

A organização da assistência ao recém-nascido de risco é uma necessidade absoluta, uma vez que estas crianças demandam uma assistência mais qualificada e oportuna devido à sua vulnerabilidade (VOLTA REDONDA, 2008).

De acordo com a Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais (2008), o recém-nascido prematuro pertence ao grupo de risco devido à alta morbimortalidade que estes apresentam, tanto por sua imaturidade anatomofisiológica quanto pelas doenças que podem ocorrer após o nascimento, bem como suas sequelas. Dentre as quais podemos destacar a displasia broncopulmonar, persistência do canal arterial, surdez, retinopatia da prematuridade, anemia, doença óssea metabólica e sequelas dos sangramentos intracranianos, além de outras sequelas clínicas, como o atraso no desenvolvimento neuropsicomotor, dificuldade de aprendizagem, problemas de fala e linguagem, déficit de atenção e hiperatividade.

Segundo o Protocolo Estadual de Atenção à Saúde da Criança, a avaliação e acompanhamento do recém-nascido prematuro deverão ser realizados pelo pediatra de referência da unidade básica, sendo que este deve assegurar que o recém-

nascido seja acompanhado sistematicamente. Caberá à equipe da unidade de saúde reforçar as orientações dadas pelo pediatra, esclarecer dúvidas e apoiar a família, incluindo propedêutica complementar; ser capaz de reconhecer os sinais gerais de perigo, encaminhando imediatamente ao serviço de maior complexidade (MINAS GERAIS, 2008).

É importante ressaltar que algumas crianças prematuras, principalmente as de baixo peso extremo são inseridas durante a internação na UTIN no método canguru e que a terceira e última etapa deste método é realizada a nível ambulatorial, ou seja, com acompanhamento das equipes da UBS. O principal objetivo dessa etapa é diminuir o risco de reinternação destas crianças. Neste período a criança deverá permanecer na posição canguru em tempo integral, portanto a participação do pai e de outros familiares é de grande importância. Esse processo se estenderá até que a criança alcance o peso de 2.500grs. Essa etapa é a mais simples em sua organização estrutural, no entanto exige da equipe grande atenção no reconhecimento dos sinais de alerta visando uma adequada intervenção. O acompanhamento na unidade básica deverá ser feito através de consultas semanais ou sempre que necessário, sendo que são necessárias, no mínimo seis consultas, preferencialmente por equipe interdisciplinar (BRASIL, 2002b).

A criança prematura possui algumas particularidades quanto ao seu crescimento e desenvolvimento, este dependerá diretamente da qualidade da assistência médico-hospitalar recebida e das condições socioeconômicas da família. Diferentemente das crianças nascidas a termo, o acompanhamento da criança prematura na atenção primária deverá ser realizado semanalmente, uma vez que podem ocorrer perdas significativas de peso em poucos dias, o que exige uma rápida intervenção. Espera-se que a criança prematura mantenha um padrão de ganho de peso de 10 a 30 g/dia nas primeiras 20 semanas de vida, assim como de 2,5 a 4,0 cm por mês e aumente em 1,1 cm seu perímetro cefálico semanalmente, na fase considerada de crescimento rápido (MINAS GERAIS, 2008).

No entanto, ao se avaliar a criança prematura alguns cuidados devem ser considerados: devemos lembrar que o cartão da criança utilizado amplamente pelos profissionais de saúde nas várias ações direcionadas para criança na atenção primária, foi elaborado para o acompanhamento de crianças nascidas a termo, o que o torna inadequado para o acompanhamento de crianças prematuras nos dois primeiros anos de vida. Durante este período, estas crianças possuem grandes

diferenças em seu crescimento e desenvolvimento, sendo necessária a avaliação através da idade gestacional corrigida. Este ajuste se faz necessário para que se possa obter a expectativa real para cada criança sem subestimá-la ao confrontá-la com os padrões de referência (RUGOLO, 2005).

De acordo com Rugolo (2005), idade corrigida ou idade pós-concepção, traduz o ajuste da idade cronológica em função do grau de prematuridade. Como o ideal é nascer com 40 semanas de gestação, desconta-se da idade cronológica do prematuro as semanas que faltaram para sua idade gestacional atingir 40 semanas.

Apesar de ainda não padronizadas pelo Ministério da Saúde, existem curvas de peso, estatura e perímetro cefálico específicas para o acompanhamento da criança prematura, elaboradas por Xavier *et al.* (1995), que permitem um acompanhamento mais preciso do recém-nascido prematuro (Anexo) (MINAS GERAIS, 2008).

As medidas deverão ser anotadas semanalmente nos gráficos de acordo com a idade gestacional corrigida, até que a criança atinja a 40^a semana de idade gestacional corrigida, quando então as medidas poderão ser lançadas nos gráficos para crianças a termo. Pode-se dizer que as medidas da 40^a semana correspondem ao marco zero do eixo idade do gráfico para crianças a termo, independentemente de sua idade cronológica. A diferença entre idade corrigida e cronológica deverá ser mantida até os 18 meses para o crescimento do perímetro cefálico; 24 meses para o peso e 3 anos e meio para a estatura. Após esses períodos a diferença entre a idade corrigida e cronológica deixa de ser significativa (Anexo) (MINAS GERAIS, 2008).

Dentro deste contexto a audição e a visão da criança prematura merecem destaque e devem ser acompanhadas rigorosamente, por afetarem diretamente o desenvolvimento neuro-motor. A retinopatia da prematuridade (ROP) é uma doença que ocorre principalmente em recém-nascidos prematuros, sendo os mais vulneráveis aqueles que nasceram com menos de 1.250grs. e ou menos de 28 semanas gestacionais. Embora a oxigenoterapia seja reconhecida como a principal causa, não há consenso em relação à concentração e ou duração necessárias para o desencadeamento desse agravo. Com base nisso, recomenda-se encaminhamento para o oftalmologista para exame inicial de fundo de olho após 4-6 semanas do nascimento, exames consecutivos ocorrerão a critério do oftalmologista (SÃO PAULO, 2003).

De acordo com a Secretária Municipal de Saúde de Belo Horizonte (2004), a equipe de saúde deve estar sempre atenta às perdas de acuidade visual na criança prematura. Sendo assim, em toda consulta deve-se utilizar estímulos coloridos com cores vivas e contrastes (amarelo/vermelho), a uma distância de 30 cm da criança; avaliar reflexo de piscar e ameaça visual, além da fixação de objetos de acordo com a idade corrigida (BELO HORIZONTE, 2004).

De acordo com o Caderno Temático da Criança, do Protocolo de Atenção da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo, a audição e a fala também devem ser avaliadas razoavelmente pelos profissionais de saúde sem necessidade de técnicas ou instrumentos sofisticados. Os profissionais devem observar o comportamento da criança aos estímulos sonoros, através de testes realizados de acordo com sua faixa etária, reflexos, reação a vozes, e reconhecimento de comando verbais. É importante ressaltar que, apesar dos comitês nacionais e internacionais de perdas auditivas na infância recomendarem a Triagem Auditiva Neonatal Universal (TANU) ao nascimento, é importante que os profissionais de saúde estejam atentos à falta de repostas a estímulos sonoros ou atraso no desenvolvimento neuro-motor além do esperado nas crianças prematuras, independentemente da triagem auditiva neonatal, com o intuito de identificar falhas nesse processo ou mesmo perda auditiva progressiva, uma vez que a prematuridade é fator de risco para a perda auditiva (SÃO PAULO, 2003).

Segundo o protocolo de atendimento à criança de risco da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte, até os 3 meses de idade a criança deve apresentar repostas do tipo reflexo de moro, piscar, despertar, cessar a atividade e movimento ocular. A partir dessa idade deve iniciar o movimento lateral da cabeça e com 4 a 6 meses deverá ser capaz de virar a cabeça lateralmente em direção a fonte sonora, ou seja, reagindo a voz humana. A partir dessa idade até os 9 meses deve atender pelo nome, sendo que com 12 meses ela deve reagir a música vocalmente (BELO HORIZONTE, 2004).

No que diz respeito à alimentação da criança prematura, assim como para a criança a termo, uma alimentação saudável inicia-se com o aleitamento materno. Porém deve-se levar em conta a idade corrigida para a introdução da alimentação artificial e ou complementar, devido ao tempo de amadurecimento das vias digestivas e a coordenação sucção deglutição que acontece por volta da 34ª semana de idade gestacional. A equipe de saúde deve observar dificuldades na coordenação

da sucção e deglutição, enfraquecimento do tônus muscular oral, sucção débil por comprometimento neurológico, pois nestes casos torna-se indispensável o acompanhamento por um fonoaudiólogo. A cólica do lactente pode durar um pouco mais no prematuro, pois começa por volta da 40^a semana e termina aproximadamente com 3 meses de idade corrigida. A equipe de saúde deve estar preparada também para orientar a transição do aleitamento para a introdução de novos alimentos após o sexto mês (início do desmame), por se tratar de um momento crítico em que os distúrbios nutricionais acontecem (VOLTA REDONDA, 2008).

Outra questão importante quando se trata da atenção à criança prematura, é a carência nutricional de ferro. De acordo com o Ministério da Saúde é a carência de maior magnitude no mundo e atinge principalmente crianças menores de dois anos e gestantes. Apesar de não ter efetuado um levantamento nacional, o Ministério da Saúde considera que a prevalência de anemia ferropriva em crianças com idades entre 6 e 24 meses seja de aproximadamente 67,6%. A anemia por carência de ferro é causada principalmente por ingestão insuficiente na dieta para satisfazer as necessidades nutricionais, o que, a longo prazo, resulta em um quadro anêmico. O Ministério da Saúde preconiza que todo prematuro ou crianças nascidas de baixo peso, independente de estar ou não em aleitamento materno exclusivo, deve receber a partir do 30^o dia após o nascimento, uma dose diária de 2mg de ferro elementar por quilo durante dois meses, sendo que após este período ela passará a receber 1mg de ferro elementar por quilo, diariamente até completar 24 meses de vida (BRASIL, 2005b).

É importante ressaltar que, não basta apenas fornecer o suplemento, é necessário conscientizar o cuidador da criança sobre a utilização, dosagem, periodicidade, tempo de permanência e conservação para que a adesão seja efetiva. Deve-se ressaltar, também, que o consumo de determinados alimentos ricos em ferro são de extrema importância para reverter um quadro anêmico. Outra orientação importante é que se deve evitar o consumo de leite e seus derivados antes ou após a ingestão do suplemento, pois estes interferem negativamente na absorção do ferro, assim como as frutas cítricas, que são ricas em vitamina C auxiliam na absorção do suplemento (BRASIL, 2005b).

A imunização é uma ação inerente à unidade básica de saúde, e é também uma das atividades mais importantes desenvolvidas por ela. De modo geral, os

calendários de vacinação destinam-se a indivíduos sadios e em condições de vida normal. Entretanto algumas situações especiais, como a prematuridade, colocam determinados indivíduos em maior risco de adoecer ou apresentar eventos adversos pós-vacinais, tornando-se necessário vacinas ou esquemas vacinais específicos, adiantamento, reforço ou contra-indicação de determinada vacina (SUCCI; FARHAT, 2006).

A imunização em crianças prematuras torna-se relevante pelo fato destas possuírem menor imunidade às doenças infecto-contagiosas em geral e serem acometidas por elas com maior frequência e gravidade se comparadas com crianças nascidas a termo (MORAIS; QUIRINO, 2010).

De acordo com o Ministério da Saúde a prematuridade e o baixo peso são falsas contra-indicações vacinais, portanto a criança prematura deve ser vacinada de acordo com sua idade cronológica (BRASIL, 2001). A única exceção é a vacina BCG, que é recomendada somente quando a criança tiver peso igual ou superior a dois quilos.

Vale destacar que a Sociedade Brasileira de Imunizações (SBI) e o Ministério da Saúde recomendam que as crianças com peso inferior a 2Kg e com idade gestacional inferior a 33 semanas recebam uma dose de vacina contra a hepatite B no segundo mês, ou seja uma dose a mais que as crianças nascidas a termo. O prematuro extremo, ou seja, com menos de 31 semanas gestacionais, devem receber a primeira dose contra difteria, tétano e coqueluche (DTP) acelular, e 15 dias após, a vacina contra o *Haemophilus influenzae* tipo B (Hib). A primeira dose da vacina inativada contra a poliomielite intramuscular (VIP), sendo que as demais doses deverão ser feitas normalmente com a vacina tetravalente (DTP-Hib) e vacina contra poliomielite oral (SBI, 2007; BRASIL, 2006).

Caso tenha sido necessário o uso de ventilação mecânica ou CPAP durante o período neonatal, em crianças com idade gestacional inferior a 35 semanas, torna-se necessário acrescentar a vacina antipneumocócica conjugada ao esquema básico em crianças menores de ano (BRASIL, 2006).

É importante ressaltar que essas informações não apenas complementam o esquema básico de vacinação, mas apontam a necessidade de conhecimento por parte dos profissionais sobre a imunização de prematuros.

Ressaltamos ainda que a participação da família é de extrema importância para o desenvolvimento da criança prematura. Mello *et al* (2002) colocam que os

pais devem ser incentivados a participar ativamente dos cuidados prestados ao seu filho, sendo inicialmente acompanhados pelos profissionais da equipe de enfermagem passando progressivamente a ter autonomia desses cuidados. Torna-se, portanto, importante a orientação clara e segura por parte desses profissionais para que os pais se sintam seguros e capazes de assumir o cuidado de seus filhos.

V CONSIDERAÇÕES FINAIS

A revisão apresentada demonstra que muito foi feito para a melhoria da saúde das crianças em nosso país ao longo dos anos, desde a criação do Departamento Nacional da Criança. Este fato pode ser comprovado pela acentuada queda na mortalidade infantil. No entanto, as doenças perinatais configuram-se como a principal causa de morte em crianças menores de um ano, enfatizando a necessidade de criação, implantação, implementação e avaliação de políticas públicas de saúde voltadas para prematuros.

Nossa preocupação apontada na introdução deste trabalho, relacionada à maneira como o prematuro é atendido na atenção primária à saúde, especificamente nas unidades básicas, nos instiga a propor algumas ações de saúde visando organizar melhor o atendimento às crianças prematuras.

Neste sentido, consideramos que a criação de um protocolo para o atendimento à criança prematura, que tenha apoio da rede secundária e terciária, seria de grande valia para os profissionais. Como na maioria das vezes essas crianças são acompanhadas por profissionais em uma unidade de referência ou até mesmo pela equipe da maternidade onde nasceu, é necessário um serviço de contra referência eficaz, visando à continuidade do acompanhamento e a co-responsabilização na saúde do prematuro.

Outra ação que facilitaria o trabalho dos profissionais de saúde e também diminuiria as classificações errôneas no acompanhamento da criança prematura, seria a criação e padronização de uma caderneta exclusiva para o acompanhamento dessas crianças, ou a inclusão na caderneta da criança de uma parte exclusiva para as crianças prematuras, uma vez que estas possuem grandes diferenças em relação à criança a termo no que concerne aos padrões de crescimento e desenvolvimento nos dois primeiros anos de vida. Dessa forma, acreditamos que não somente os profissionais estariam mais seguros em suas avaliações, mas também os pais que poderiam acompanhar melhor o cuidado de seus filhos.

A criação de um grupo de apoio com ações educativas e de sensibilização, onde os pais pudessem expor seus medos, trocar experiências, seria de grande valia para aumentar o vínculo entre os pais e os profissionais da equipe e também melhorar o cuidado domiciliar dessas crianças.

Sugerimos também capacitação das equipes de saúde da família, para um atendimento mais qualificado e humanizado a essas crianças, considerando suas especificidades.

Finalmente acreditamos que a interdisciplinaridade visando a integralidade da assistência ao prematuro e à família é um dos caminhos possíveis para mudança do quadro da morbimortalidade por doenças perinatais.

VI REFERÊNCIAS

BELO HORIZONTE. Secretaria Municipal de Saúde. Prefeitura de Belo Horizonte. Coordenação de Atenção a Criança. **BH viva criança**: compromisso com a assistência integral a saúde da criança e adolescente. Belo Horizonte: SMSA/PBH, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Assistência integral à saúde da criança**: ações básicas. Brasília (DF): MS. Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1984. Cadernos Básicos da Saúde, n 7. 20 p. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/assistencia_integral_saude_crianca.pdf>. <Acesso em: 14 dezembro 2010>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Coordenação de Proteção Materno-Infantil. **Programa de saúde materno-infantil**. Brasília: Ministério da Saúde. 1975.

BRASIL Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Programas Especiais de Saúde. **Programa de prevenção da gravidez de alto-risco**: normas para a Identificação e controle dos riscos reprodutivos, obstétricos e da infertilidade no Programa de Saúde Materno-Infantil. Brasília (DF): MS. 1978.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à saúde. Coordenação Materno Infantil. **Manual de assistência ao recém - nascido**. 1. ed. Brasília (DF): MS, 1994. 174p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Área de saúde da Criança. **Atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso**: método mãe canguru: manual do curso. 1ª ed. Brasília (DF): MS, 2002b. 196p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde da criança**: acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil. Brasília: MS, 2002a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **SIAB: manual do sistema de informação da atenção básica.**

1. ed., 4. reimpressão. Brasília (DF): MS., 2003. 96p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. **QualiSus:** política de qualificação da atenção à saúde. Brasília: MS, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Agenda de compromissos para a saúde integral da criança e redução da mortalidade infantil.** 1. ed. Brasília (DF): MS; 2 reimpressão. 2005a. 80 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Manual operacional do Programa Nacional de Suplementação de Ferro.** Brasília: MS, 2005b. 28p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Manual dos centros de referência para imunobiológicos especiais.** Brasília: MS, 2006. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/livro_cries_3ed.pdf, <Acesso em: 24 de agosto de 2011>.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Mortalidade infantil.** Portal Brasil, 2009. Disponível em: <http://www.brasil.gov.br/sobre/saude/cuidados-e-prevencao/mortalidade-infantil>. <Acesso em: 30 de setembro de 2011>.

BRASIL. Ministério da Saúde. **DATASUS:** informações de saúde. Disponível em: www.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sinasc/cnv/pnvuf.def. <Acesso em: 10 fev. 2011>

BRASIL. Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde. **Manual de normas de vacinação.** 3. ed. Brasília, DF: MS; 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Pacto pela redução da mortalidade infantil. Diagnóstico no Brasil.** Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/saude/profissional/visualizar_texto.cfm?idtx=32203&janela=1. <Acesso em: 10 de dezembro de 2010>.

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, (DF): MS; 2011. 159p.

DEL CIAMPO, L. A.; *et al.* O programa de saúde da família e a puericultura. **Ciência Saúde Coletiva**, set /2006, v.11, n. 3, p.739-43.

FELICIANO, R. A. R. **Rede de apoio social utilizada pelas mães de bebês prematuros e de baixo peso egressos de uma Unidade de Terapia Intensiva Neonatal no município de São Carlos - SP** [Dissertação de Mestrado em Enfermagem]. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo; 1999. 194p.

LEONE, C.,R.; COSTA, M. T. Z.; KAHALE, S. Mortalidade perinatal e neonatal. In: MARCONDES, E. **Pediatria Básica**. Tomo I. Pediatria Geral e Neonatal.. 9. ed. São Paulo: Sarvier, 2003, cap. 02, p. 252-255.

LEONE, C. R.; RAMOS, J. L. A.; VAZ, F. A. C. O recém nascido pré-termo In: MARCONDES, E. **Pediatria Básica**. Tomo I, Pediatria Geral e Neonatal.. 9. ed. São Paulo: Sarvier, 2003, cap. 02, p. 348- 352.

MELLO, D. F.; ROCHA, S. M. M.; MARTINS, D. C.; CHIOZI, S. Z. Cuidados maternos a crianças de baixo peso ao nascer. **Rev Esc Enfermagem. USP**, São Paulo. 2002; V. 36(3): p. 262-9.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado da Saúde. **Atenção à saúde da criança.** Org. VIANA, M. R.; *et al.* Belo Horizonte: SAS/DNAS, 2008. 224p.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde.** 9. ed. São Paulo: Hucitec, 2006. 406 p.

MORAIS, A. C.: QUIRINO, M. D. **Prática da imunização da criança.** Ciência e Cuidado em Saúde, 2010. V. 9(2), p. 350 – 357. Disponível em:

<http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/viewFile/8599/6086>.

<Acesso em 25 de agosto de 2011>.

NAGAHAMA, E. E. L.; SANTIAGO, S. M. A institucionalização médica do parto no Brasil. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 2005. V. 10 , n. 3, p. 651-657.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE (OPAS). **AIDPI neonatal**: manual do estudante. Washington, D. C.: OPAS, 2007. Disponível em: http://www.paho.org/portuguese/ad/fch/ca/CA_manual_estudante_11_07.pdf.

<Acesso em: 30 de setembro de 2011>.

RUGOLO, L. M. Crescimento e desenvolvimento a longo prazo do prematuro extremo. **Jorn. de Pediatria**. Rio de Janeiro. V. 81 (1 Supl). 2005; p.101-110.

SANTOS NETO, E. T.; *et al.* Políticas de Saúde Materna no Brasil: os nexos com indicadores de saúde materno – infantil. **Saúde Sociedade**. São Paulo. V. 17, n 2, 2008. p. 107- 118.

SÃO PAULO. Secretaria Municipal de Saúde. **Caderno temático da criança**. São Paulo: SMSA. Imprensa Oficial. Outubro, 2003. 260p

SILVEIRA, M. F.; *et al.* Nascimentos pré-termo no Brasil entre 1994 e 2005 conforme o sistema de informações sobre nascidos vivos (SINASC). **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro. V 25 (6). 2009. p. 1267 – 1275.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE IMUNIZAÇÕES. **Informe Prematuro**. 2007. Ano 2(7). Disponível em http://www.sbim.org.br/sbim_info_prematuros.pdf. <Acesso em: 24 de agosto de 2011>.

SUCCI, R. C.; FARHAT, C. K. Vaccination in special situations. **Jorn. de Pediatria**. Rio de Janeiro. V. 82, (3), 2006. p. 91 – 100.

TRONCHIN, D. M. R.; TSUNECHIRO, M. A. Prematuros de muito baixo peso: do nascimento ao primeiro ano de vida. **Rev. Gaúcha de Enfermagem**, 2007. V. 28 (1). p. 79-88.

VOLTA REDONDA. Secretaria Municipal de Saúde. Coordenação de Programas e Projetos. **Saúde da criança**: linha de cuidado integral. Volta Redonda (RJ): SMS, 2008.

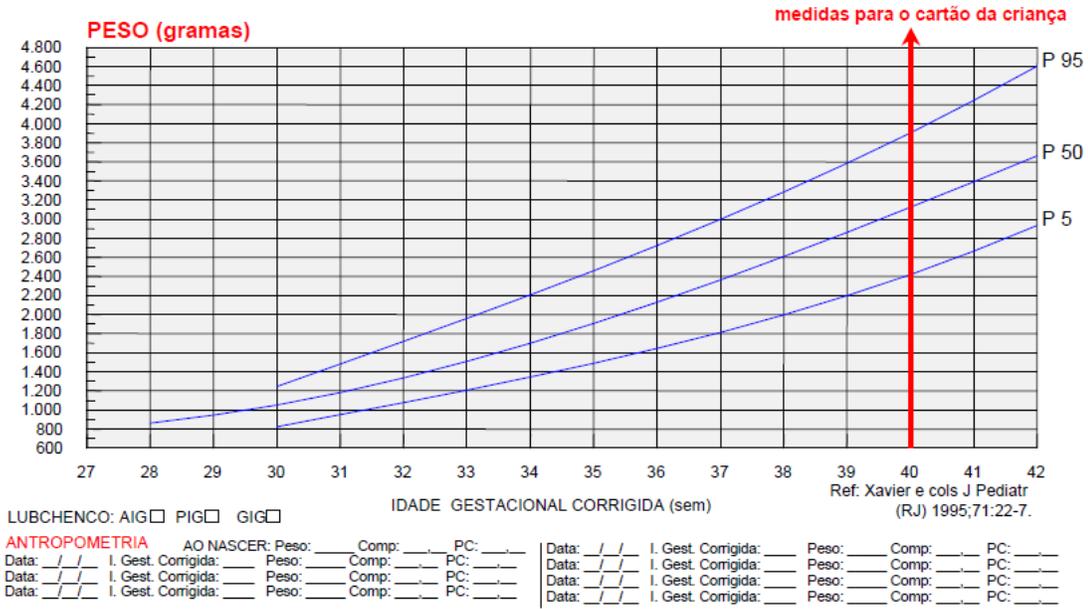
XAVIER, C. C.; ABDALLAH, V. O. S.; SILVA, B. R.; MUCILLO, G.; JORGE, S. M.; BARBIERI, M. A. Crescimento do recém-nascido pré-termo. **Jorn. de Pediatria**. Rio de Janeiro. 1995: 71: 22-7p.

ANEXO

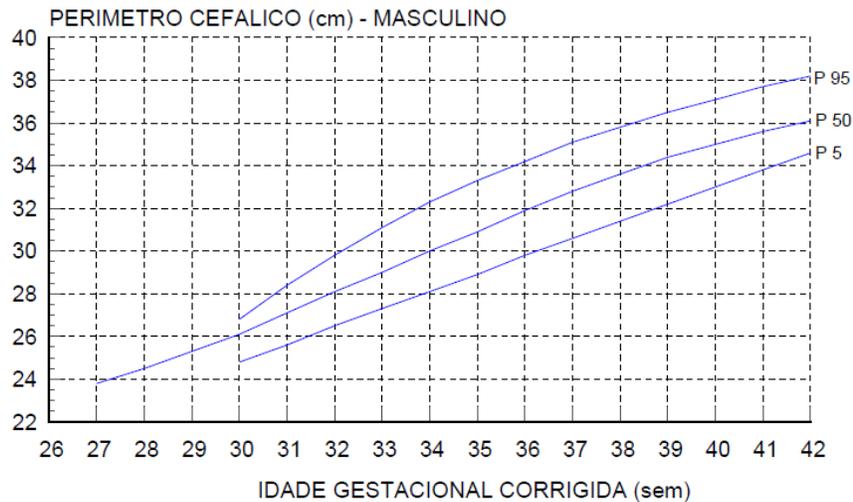
PREMATUROS SEXO MASCULINO

CRESCIMENTO RNPT MASCULINO - HOSPITAL

RN DE: _____ REG: _____
 DN: __/__/__ IG(DUM): __sem__dias IG(E. clínico): __sem__dias

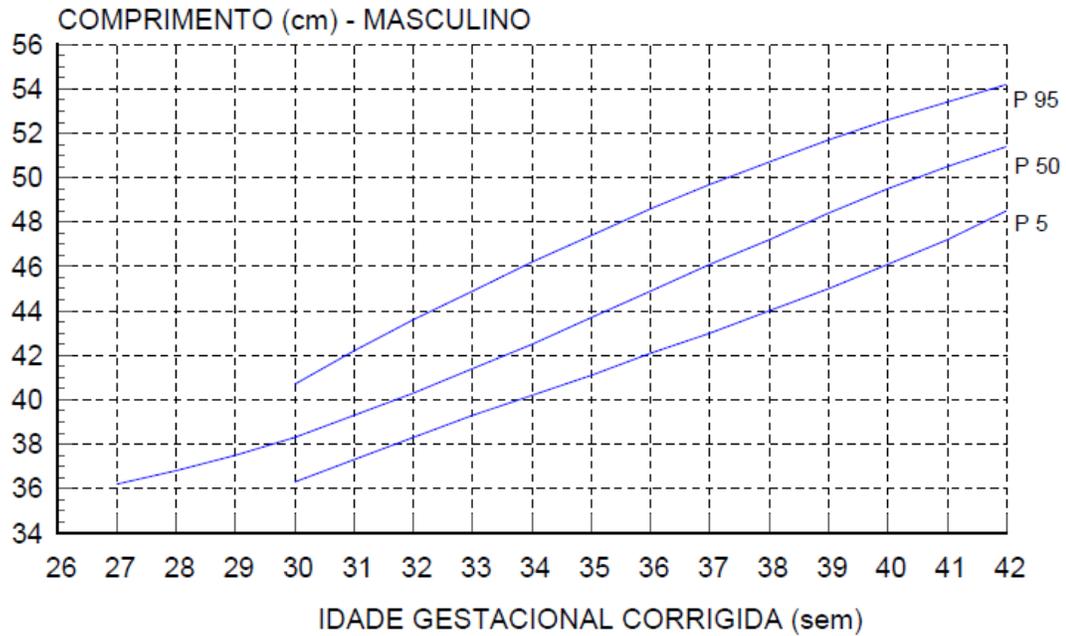


Fonte: Xavier, CC, Abdallah VOS, Silva BR. Mucillo G, Jorge SM, Barbieri MA. Crescimento do recém-nascido pré-termo. J Pediatr (Rio) 1995; 71: 22-7



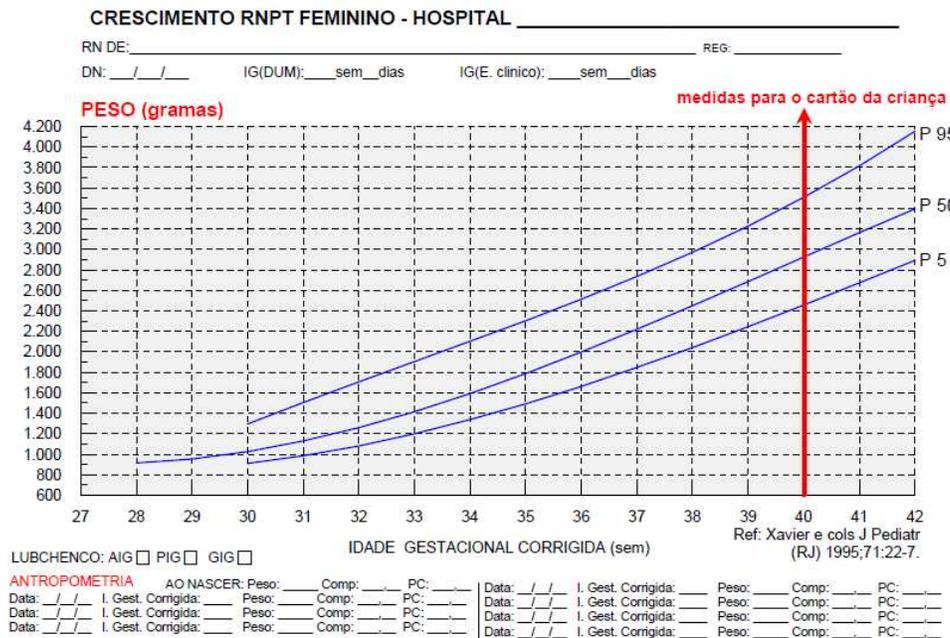
Fonte: Xavier, CC, Abdallah VOS, Silva BR. Mucillo G, Jorge SM, Barbieri MA.

Crescimento do recém-nascido pré-termo. J Peditr (Rio) 1995: 71: 22-7

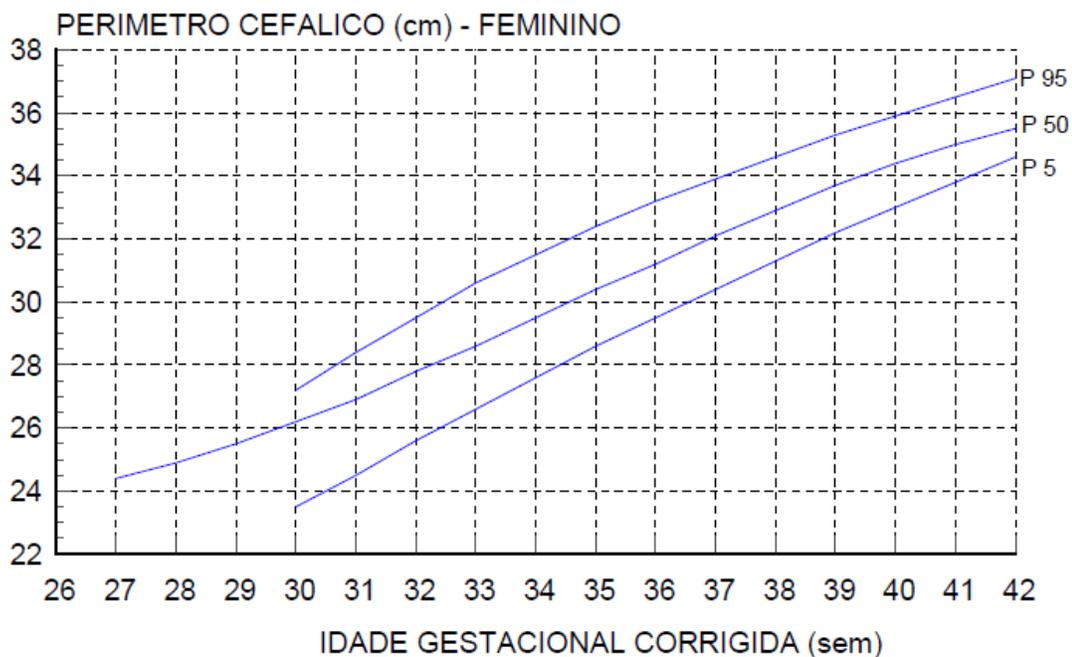


Fonte: Xavier, CC, Abdallah VOS, Silva BR. Mucillo G, Jorge SM, Barbieri MA. Crescimento do recém-nascido pré-termo. J Peditr (Rio) 1995: 71: 22-7

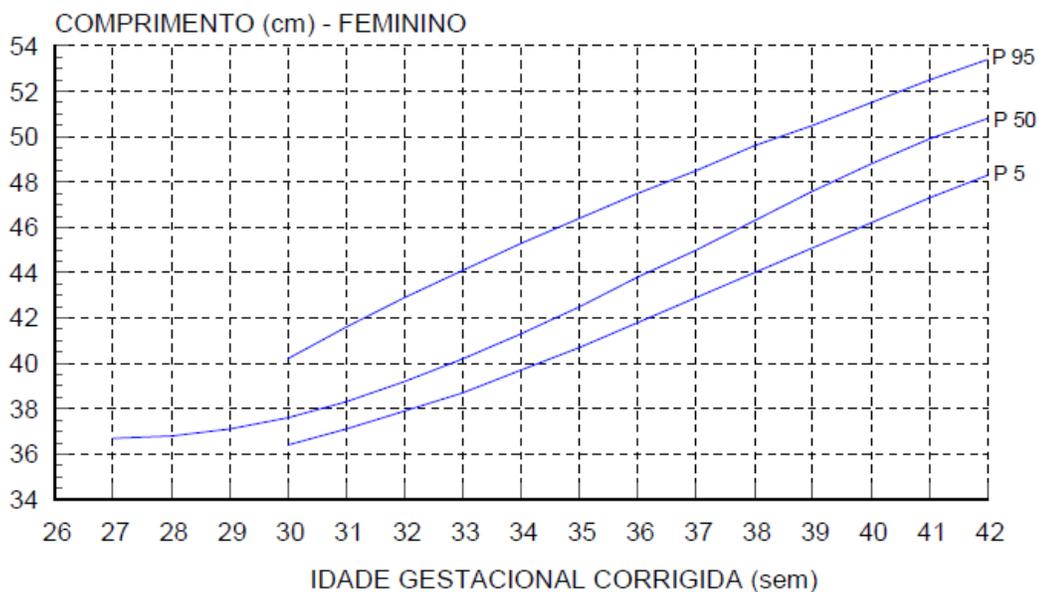
PREMATUROS DO SEXO FEMININO



Fonte: Xavier, CC, Abdallah VOS, Silva BR. Mucillo G, Jorge SM, Barbieri MA. Crescimento do recém-nascido pré-termo. J Peditr (Rio) 1995; 71: 22-7



Fonte: Xavier, CC, Abdallah VOS, Silva BR. Mucillo G, Jorge SM, Barbieri MA. Crescimento do recém-nascido pré-termo. J Peditr (Rio) 1995; 71: 22-7



Fonte: Xavier, CC, Abdallah VOS, Silva BR. Mucillo G, Jorge SM, Barbieri MA. Crescimento do recém-nascido pré-termo. J Peditr (Rio) 1995; 71: 22-7