

CONSULTA DE ENFERMAGEM PARA PREMATUROS APÓS ALTA HOSPITALAR



Kelly Saboia Menezes Dias
Alessandra Carvalho Soares Rosa
Wilton Kevin Silva Alencar
Ângela Ferreira Barros



ESPDF
ESCOLA DE SAÚDE
PÚBLICA DO DF



Governo do Distrito Federal
Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal
Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde

Consulta de enfermagem para prematuros após alta hospitalar

Kelly Saboia Menezes Dias
Alessandra Carvalho Soares Rosa
Wilton Kevin Silva Alencar
Ângela Ferreira Barros

BRASÍLIA
2024

Kelly Saboia Menezes Dias
Alessandra Carvalho Soares Rosa
Wilton Kevin Silva Alencar
Ângela Ferreira Barros

Consulta de enfermagem para prematuros após alta hospitalar

BRASÍLIA
2024

AVISO DE DIREITOS AUTORAIS

Este e-book foi elaborado como produto final do Mestrado Profissional do Programa de Pós-Graduação em Ciências para a Saúde da Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde (FEPECS), Brasília, Distrito Federal, Brasil.

É protegido por direitos autorais nacionais e internacionais. Todos os direitos reservados. É permitida a reprodução parcial ou total desta obra, desde que a fonte seja citada.

Não é permitida a sua comercialização. Todos os autores envolvidos no desenvolvimento deste e-book declaram ausência de conflito de interesse.

Elaboração:

Kelly Saboia Menezes Dias
Alessandra Carvalho Soares Rosa
Wilton Kevin Silva Alencar
Ângela Ferreira Barros

Revisão ortográfica: Danielle Rimolo Rossi

Projeto gráfico: Danielle Rimolo Rossi

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP) (Câmara Brasileira do Livro, SP, Brasil)

Consulta de enfermagem para prematuros após alta hospitalar [livro eletrônico] / Kelly Saboia Menezes Dias...[et al.]. -- 1. ed. -- Brasília, DF : Ed. dos Autores, 2024.
PDF

Outros autores: Alessandra Carvalho Soares Rosa, Wilton Kevin Silva Alencar, Ângela Ferreira Barros.
Bibliografia.
ISBN 978-65-01-27687-8

1. Consulta médica 2. Enfermagem neonatal
3. Enfermagem - Práticas 4. Prematuros - Cuidados e tratamento 5. Prematuros - Desenvolvimento I. Dias, Kelly Saboia Menezes. II. Rosa, Alessandra Carvalho Soares. III. Alencar, Wilton Kevin Silva. IV. Barros, Ângela Ferreira.

24-245270

CDD-618.92011

Índices para catálogo sistemático:

1. Prematuros : Cuidados : Neonatologia : Medicina
618.92011

Aline Grazielle Benitez - Bibliotecária - CRB-1/3129



Apresentação

Este e-book **Consulta de enfermagem para prematuros após alta hospitalar**, é uma tecnologia educacional em saúde produzida com o apoio do **ACORDO CAPES/COFEN, Edital nº 08/2021**, SEI: 88887.689892/2022-00. Trata-se de um produto do Programa de Pós-Graduação em Ciências para a Saúde – modalidade Mestrado Profissional, da Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde (FEPECS), Brasília, Distrito Federal, desenvolvido no mestrado da enfermeira **Kelly Saboia Menezes Dias**.

Os prematuros e suas famílias vivenciam importantes desafios para continuarem os cuidados requeridos pelo bebê no ambiente domiciliar. Esses cuidados são muito específicos e exigem que os familiares se adaptem às diversas particularidades do bebê após a alta hospitalar. Diante disso, os serviços de saúde precisam fornecer o apoio necessário para que a família possa proceder com esses cuidados de forma eficiente.

O Método Canguru preconiza que o atendimento aos bebês prematuros deve ocorrer após a alta hospitalar em serviços ambulatoriais e na atenção primária à saúde, para se estabelecer interação contínua e vínculo, ajudando a família a cuidar do bebê. Esses serviços contam com a atuação de diferentes profissionais de saúde. Dentre eles, os enfermeiros, que não apresentam uma clara delimitação das suas ações nesses serviços. Apesar dos esforços de alguns enfermeiros da atenção primária à saúde para manterem o acompanhamento desses bebês e de suas famílias em suas unidades, eles enfrentam muitas dificuldades, sem saber como lidar com certos assuntos específicos dos prematuros.

Existe também a necessidade de suporte para os ambulatórios de seguimento já existentes, de modo a organizar e sistematizar a consulta de enfermagem, potencializando a atuação dos enfermeiros nessa importante atribuição.

Este e-book tem como objetivo fornecer ferramentas de apoio aos enfermeiros para a consulta de enfermagem deste grupo de pacientes, que necessitam de um acompanhamento detalhado e minucioso, diante dos riscos que estes bebês enfrentam.

O presente e-book foi elaborado seguindo uma estrutura de protocolo e submetido à validação de conteúdo por onze juízes, bem como à validação semântica com o público alvo, que contou com a participação de 30 enfermeiros. O processo obteve taxa de concordância dos participantes superior a 90% conforme o instrumento Appraisal of Guidelines for Research & Evaluation II (AGRE II). Esse processo de validação está descrito no trabalho de conclusão de mestrado de Kelly Saboia Menezes Dias (<https://repositorio.fepecs.edu.br:8443/handle/123456789/1374>). A consulta de enfermagem foi construída seguindo as etapas do Processo de Enfermagem definidas na resolução nº 736 do Conselho Federal de Enfermagem de 17 de janeiro de 2024.

Por fim, propomos ao leitor a utilização deste e-book como um instrumento eficaz para elevar o padrão da consulta de enfermagem dos prematuros após a alta hospitalar, proporcionando excelência e segurança na assistência de enfermagem prestada aos bebês e suas famílias.

Os autores.



PREFÁCIO

Em tempos atuais, com tecnologia avançada voltadas para o cuidado ao nascituro prematuro, busca-se garantir a sobrevivência, com segurança e qualidade, a esses pequenos. O nascimento antes do tempo, ou seja, antes das 37 semanas de gestação completa (Brasil, 2004), reverbera, em curto, médio e longo prazo, em todos os envolvidos, não apenas à díade bebê-pais, mas também em toda a família. O prematuro necessita de cuidados especiais devido ao subdesenvolvimento de seus órgãos e sistemas, portanto, a alta hospitalar torna-se um desafio para os pais e para os profissionais de saúde, que necessitam prepará-los para alta com segurança. Faz-se necessário que esses cuidados sejam iniciados desde o pré-natal e tenham continuidade após a alta hospitalar (Silveira; Procionoy, 2019).

O enfermeiro é considerado o protagonista desse cuidado, por ser o facilitador da autonomia da família no cuidado ao nascituro prematuro. É nessa proposta, de educação em saúde, que o e-book **Consulta de enfermagem para prematuros após alta hospitalar** foi desenvolvido. Ele é direcionado aos profissionais enfermeiros no seguimento do cuidado e atenção específica, com planejamento sistematizado efetivamente aplicável às necessidades do nascituro prematuro.

O e-book **Consulta de enfermagem para prematuros após alta hospitalar** tem como objetivo instrumentalizar os enfermeiros no cuidado aos prematuros e suas famílias, atendendo às suas especificidades após a alta hospitalar, independentemente do nível de cuidado. Ele visa constituir vínculo e capacitar a família para autocuidado. O conteúdo inicia apresentando os aspectos biológicos da prematuridade, indicando a fórmula para verificar a idade corrigida, as medidas antropométricas e curvas de crescimento, o histórico do nascimento e dos anos sequenciados e os exames realizados. Todas essas informações são bem demonstradas no Fluxograma de Avaliação de Risco do Recém-Nascido Prematuro.

Por ser direcionado aos profissionais enfermeiros, as autoras não poderiam deixar de contemplar a Classificação dos Diagnósticos de Enfermagem, apresentadas na taxonomia NANDA-I e na Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE). No NANDA-I enfatizaram-se os Domínios 2 (Nutrição), 3 (Eliminação e troca), 7 (Relacionamento de função), 9 (Enfrentamento/tolerância ao estresse), 11 (Segurança/proteção) e 13 (Crescimento/desenvolvimento), considerando os prematuros como uma população de risco. Na CIPE, foram apresentados diagnósticos construídos e validados para prematuros aplicáveis à realidade do cuidado na Atenção Primária à Saúde (APS) e em ambulatório especializado.

Enfatizou-se os diagnósticos da CIPE nas necessidades psicobiológicas integridade cutânea-mucosa, regulação neurológica, eliminação e regulação eletrolítica-regulação hidrossalina hidratação, regulação térmica, regulação hormonal, regulação de crescimento celular, segurança física e meio ambiente, nutrição, oxigenação e sono/repouso/percepção/dolorosa/ambiente.

As autoras também detalharam o planejamento de enfermagem a ser seguida nas consultas dos neonatos, a periodicidade das consultas, bem como reforçaram o incentivo para a utilização do Método Canguru em contato pele a pele, encorajando o aleitamento materno exclusivo, a introdução alimentar, suplementação (ferro, vitaminas, minerais e fosfato tricálcico), vacinação e palivizumabe. Identificaram os exames essenciais de controle, reforçaram as principais queixas e os sinais de alerta, a estimulação precoce, além de citarem a evolução da enfermagem, recomendações e observações, benefícios esperados, acompa-

nhamento pós-tratamento, regulação/controle/avaliação pelo Gestor.

Portanto, com grande satisfação, aceitei o convite para participar deste e-book, apresentando a minha percepção sobre o conteúdo e a forma, reforço a relevância da temática na qual foram identificados os aspectos complexos e valorosos do cuidado ao nascituro prematuro. Parabêniso as autoras pelo desenvolvimento do e-book **Consulta de enfermagem para prematuros após alta hospitalar** e tenho certeza de que ele será uma ferramenta fundamental ao enfermeiro que atua na APS e em ambulatórios especializados.

Profa. Dra. Manuela Costa Melo

Programa de Pós-Graduação em Ciências para a Saúde

Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde (FEPECS)

Referência



BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2004 [cited 2022 Nov 02].

SILVEIRA, R. C.; PROCIANOY, R. S. Preterm newborn's postnatal growth patterns: how to evaluate them. J Pediatr. v. 95, p.S42-S48, 2019.

LISTS DE QUADROS

- 26** **Quadro 1** - Diagnósticos de Enfermagem NANDA-I (2021-2023) - prematuros como população de risco.
- 27** **Quadro 2** - Diagnósticos de enfermagem da CIPE frequentes em prematuros após alta hospitalar.
- 31** **Quadro 3** - Calendário de acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil na APS.
- 32** **Quadro 4** - Periodicidade e local das consultas na 3ª etapa do Método Canguru.
- 32** **Quadro 5** - Esquema de consultas recomendado para bebês prematuros.
- 35** **Quadro 6** - Suplementação de vitamina A e D
- 40** **Quadro 7** - Sinais de alerta para disfunções neuromotoras

LISTA DE FIGURAS

- 
- 23** **Figura 1** - Curvas internacionais de crescimento para crianças nascidas pré-termo.
- 35** **Figura 2** - Doses e períodos de suplementação de vitaminas e minerais para prematuros na rotina assistencial.
- 44** **Figura 3** - Principais orientações aos pais de recém-nascidos prematuros para cuidados no domicílio.
- 

LISTA DE ABREVIÇÃO E SIGLAS

APS	Atenção Primária à Saúde
BERA	Brainstem Evoked Response Audiometry
CAPES	Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior
CID-10	Classificação Internacional de Doenças
CINAHL	Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature
CIPE	Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem
COFEN	Conselho Federal de Enfermagem
CRIE	Centros de Referência para Imunobiológicos Especiais
DMO	Doença Metabólica Óssea
DTP	Vacina adsorvida difteria, tétano e pertussis
DTPa	Vacina adsorvida difteria, tétano e pertussis (acelular)
FAL	Fosfatase Alcalina Sérica
IC	Idade Corrigida
IG	Idade Gestacional
LILACS	Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde
MC	Método Canguru
NANDA-I	North American Nursing Diagnosis Association International
OMS	Organização Mundial da Saúde
PC	Perímetro Cefálico
RN	Recém-nascido
RNPT	Recém-Nascido Pré-Termo
SES-DF	Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal
UBS	Unidade Básica de Saúde
UCINCa	Unidade de Cuidados Intermediários Canguru
UI	Unidade Internacional
UTI Neo	Unidade de Terapia Intensiva Neonatal

SUMÁRIO

- 5** **Apresentação**
- 7** **PREFÁCIO**
- 15** **Capítulo 1. Metodologia de Revisão da Literatura**
- 16** 1.1. Bases de dados consultadas
- 16** 1.2. Palavra(s)-chaves(s)
- 16** 1.3. Período referenciado e quantidade de publicações relevantes
- 17** **Capítulo 2. Introdução**
- 19** 2.1. Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde mais frequentes relativos à prematuridade (CID-10)
- 20** 2.2. Diagnóstico Clínico ou Situacional
- 20** 2.3. Critérios de Inclusão
- 20** 2.4. Critérios de Exclusão
- 20** 2.5. Atuação da equipe multidisciplinar
- 21** **Capítulo 3. Processo de enfermagem**
- 22** 3.1. Avaliação de enfermagem
- 26** 3.2. Diagnósticos de Enfermagem
- 30** 3.3. Planejamento de Enfermagem
- 31** 3.4. Implementação de Enfermagem
- 42** 3.5. Evolução de enfermagem

SUMÁRIO

- 43** **Capítulo 4. Recomendações/Observações**
- 46** 4.1. Benefícios Esperados
- 46** 4.2. Acompanhamento Pós-tratamento
- 46** 4.3. Termo de Esclarecimento e Responsabilidade – TER
- 46** 4.4. Regulação/Controle/Avaliação pelo Gestor
- 47** **Referências Bibliográficas**
- 51** **Anexos**
- 59** **BIOGRAFIA DOS AUTORES**



Capítulo 1. Metodologia de Revisão da Literatura

1.1. Bases de dados consultadas

Realizou-se uma busca por artigos, livros e publicações governamentais do Ministério da Saúde, Secretarias Municipais e Estaduais de Saúde, e Sociedades de Classe Profissional nas bases de dados Pubmed, Scopus, CINAHL, LILACS e Google Scholar. O estudo de revisão de escopo utilizado na estruturação deste protocolo recebeu fomento do Convênio CAPES/COFEN nº 8/2021. O parecer do órgão financiador não exerceu influência sobre o conteúdo do protocolo. Esse protocolo foi validado por 11 juízes e 30 enfermeiros da atenção primária à saúde do Distrito Federal, alcançando mais de 90% de recomendação de uso por esses atores.

1.2. Palavra(s)-chaves(s)

Prática avançada de enfermagem, cuidados de enfermagem; enfermagem de atenção primária, alta do paciente; planejamento de alta, recém-nascido prematuro (infantil, prematuro ou infantil) e Atenção Primária à Saúde.

1.3. Período referenciado e quantidade de publicações relevantes

Para a seleção do material, utilizaram-se publicações a partir de 2012. Dessa forma, foram consultados para a elaboração deste protocolo: 9 artigos científicos, 11 publicações do Ministério da Saúde, 3 documentos de Secretarias Municipais de Saúde, 4 publicações da Sociedade Brasileira de Pediatria, 1 publicação da Sociedade Brasileira de Enfermagem Pediatria, 3 livros e 3 publicações da Organização Mundial da Saúde. Foi realizada uma revisão de escopo conduzida conforme as recomendações do Instituto Joanna Briggs.



Capítulo 2. Introdução

Considera-se pré-termo ou prematuro toda criança nascida com idade gestacional inferior a 37 semanas, estratificada em: pré-termo extremo (< 28 semanas), muito pré-termo (28 a < 32 semanas) e pré-termo moderado (32 a < 37 semanas). O recém-nascido (RN) pré-termo moderado ainda pode ser subcategorizadas em RN pré-termo tardio (34 a < 37 semanas).¹

A prematuridade é considerada a principal causa de óbito em menores de cinco anos, especialmente no período neonatal. O risco de morbidades em crianças que nasceram prematuras também é maior devido ao incompleto desenvolvimento fetal e à alta suscetibilidade a infecções, o que pode ocasionar incapacidades funcionais por toda a vida.² Quanto maior a imaturidade, maior a chance de complicações neonatais e doenças associadas que poderão surgir no prematuro.³

Como estratégia para a redução da mortalidade e morbidade neonatal, tem-se o Método Canguru, pertencente à Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança. O método compreende 3 etapas, nas quais a primeira inicia no pré-natal por se tratar de gestante de alto risco e continua no pós-parto e na internação do RN em unidade de terapia intensiva neonatal. A segunda etapa consiste na internação conjunta do bebê e sua mãe em um momento de aprendizado e adaptação na Unidade de Cuidados Intermediários Canguru (UCINCa). Por fim, a terceira etapa consiste no acompanhamento desse bebê após a alta hospitalar por equipe multidisciplinar na Atenção Primária à Saúde e, em alguns casos, em conjunto com o serviço ambulatorial.³

É necessário que essas crianças e suas famílias sejam acompanhadas após a alta hospitalar por uma equipe que conheça as possíveis repercussões no crescimento e desenvolvimento desse grupo de crianças a médio e longo prazo, de forma a poder intervir precocemente frente às suas necessidades. As equipes da atenção primária precisam estar capacitadas para acolher, acompanhar e compartilhar, com os ambulatórios especializados, o atendimento mais adequado.³

Nesse contexto, a consulta de enfermagem ao prematuro e sua família deve ser realizada privativamente pelo enfermeiro e sistematizada com o processo de enfermagem, respeitando a individualidade de cada paciente e sua família.

O **objetivo** deste protocolo é **instrumentalizar os enfermeiros para assistir os prematuros e suas famílias atendendo às suas especificidades após a alta hospitalar, independente do nível de assistência, constituindo vínculo e capacitando para o autocuidado**. Durante a construção deste protocolo, ele foi analisado por uma banca de juízes composta por onze enfermeiros (sendo 3 doutores, 4 mestres, 3 especialistas e 1 graduado) que fizeram a avaliação do conteúdo. Sempre que necessário, esse protocolo deve ser adaptado, enriquecido e ajustado de acordo com a singularidade da localidade, de modo a facilitar o acesso, a escuta qualificada e o atendimento às necessidades de saúde com equidade.

2.1. Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde mais frequentes relativos à prematuridade (CID-10)

Doenças do Aparelho Respiratório:

- **P27** - Doença respiratória crônica originada no período perinatal
- **P27.1** - Displasia broncopulmonar originada no período perinatal Complicações da Gestação e do Recém-Nascido:
- **P07** - Transtornos relacionados com a gestação de curta duração e peso baixo ao nascer não classificados em outra parte
- **P52** - Hemorragia intracraniana não traumática do feto e do recém-nascido

Outros Transtornos Neonatais:

- **P61.2** - Anemia da prematuridade
- **P71** - Transtornos transitórios do metabolismo do cálcio e do magnésio do período neonatal

Complicações Oftalmológicas Neonatais:

- **H35.1** - Retinopatia da prematuridade

Complicações Neonatais e Desenvolvimento Infantil:

- **F82** - Transtorno específico do desenvolvimento motor

Sintomas Gerais e Distúrbios Alimentares:

- **R10** - Dor abdominal
- **R10.4** - Cólica no lactente
- **R50** - Febre
- **R62.8** - Dificuldade de ganhar peso

Malformações Congênitas Cardíacas:

- **Q21** - Malformações congênitas dos septos cardíacos

2.2. Diagnóstico Clínico ou Situacional

No Brasil e no Distrito Federal, os prematuros representaram 12% dos nascidos vivos em 2023.⁴

2.3. Critérios de Inclusão

Crianças menores de 1 ano, 11 meses e 29 dias de idade que nasceram com idade gestacional < 37 semanas e suas famílias.

2.4. Critérios de Exclusão

Crianças que nasceram com idade gestacional > 37 semanas.

2.5. Atuação da equipe multidisciplinar

As consultas de enfermagem serão intercaladas com as consultas dos demais profissionais tanto na APS quanto no ambulatório especializado. A participação de profissionais da equipe multidisciplinar no acompanhamento do recém-nascido pré-termo é fundamental para aumentar a qualidade da assistência e a vinculação do paciente aos serviços de seguimento.³ As intervenções de enfermagem descritas no presente protocolo estão associadas à atuação de outros profissionais de saúde como fonoaudiólogos, psicólogos, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais, assistentes sociais, odontólogos, técnicos de enfermagem e médicos.



Capítulo 3. Processo de enfermagem

3.1. Avaliação de enfermagem

3.1.1. Idade Corrigida

A idade corrigida (IC) é a idade ajustada ao grau de prematuridade, com o objetivo de avaliar o crescimento e desenvolvimento do bebê prematuro. Permite detectar o período de crescimento compensatório até que se consiga equiparar o seu crescimento ao de lactentes a termo nos primeiros anos de vida.⁵ A Idade corrigida (IC) pode ser determinada, pela seguinte fórmula:

IDADE CORRIGIDA = idade cronológica em semanas - (40 semanas - idade gestacional)

Exemplo: um prematuro nasce com idade gestacional de 32 semanas e recebe alta hospitalar com três meses de vida (12 semanas). Sua idade corrigida na alta será de um mês. Deve-se considerar 44 semanas (32 semanas de idade gestacional + 12 semanas de vida) para utilizar os gráficos de crescimento da *Intergrowth* (Figura 1).

Aplicando a fórmula nesse exemplo:

Idade Corrigida = 12 semanas de vida - (40 semanas - 32 semanas)

Idade Corrigida = 12 semanas - 8 semanas

Idade Corrigida = 4 semanas (ou seja, 1 mês)

A idade corrigida deve ser utilizada na introdução alimentar e para as avaliações de crescimento e desenvolvimento neurológico até os dois anos, e para o perímetro cefálico até os 18 meses.⁶ Para a vacinação, deve-se utilizar a idade cronológica, observando particularidades do próprio recém-nascido.

3.1.2. Medidas Antropométricas e Curvas de Crescimento

Medidas antropométricas - peso, estatura, perímetro cefálico e índice de massa corporal: A pesagem deve ser com o bebê nu enrolado em um cueiro, conforme o método canguru, principalmente para os menores de 2,5 kg. Devido ao risco de hipotermia, evita-se exposição corporal desnecessária do paciente.

Os prematuros tendem a apresentar um padrão de crescimento compensatório até os 2 anos, como forma de alcançar medidas semelhantes às de crianças nascidas a termo. A idade corrigida deve ser usada até os 24 meses, utilizando as curvas de crescimento da Organização Mundial da Saúde (OMS) conhecida como *Intergrowth*, presentes na caderneta da criança (Figura 1 - meninos; Anexo C - meninas).⁶

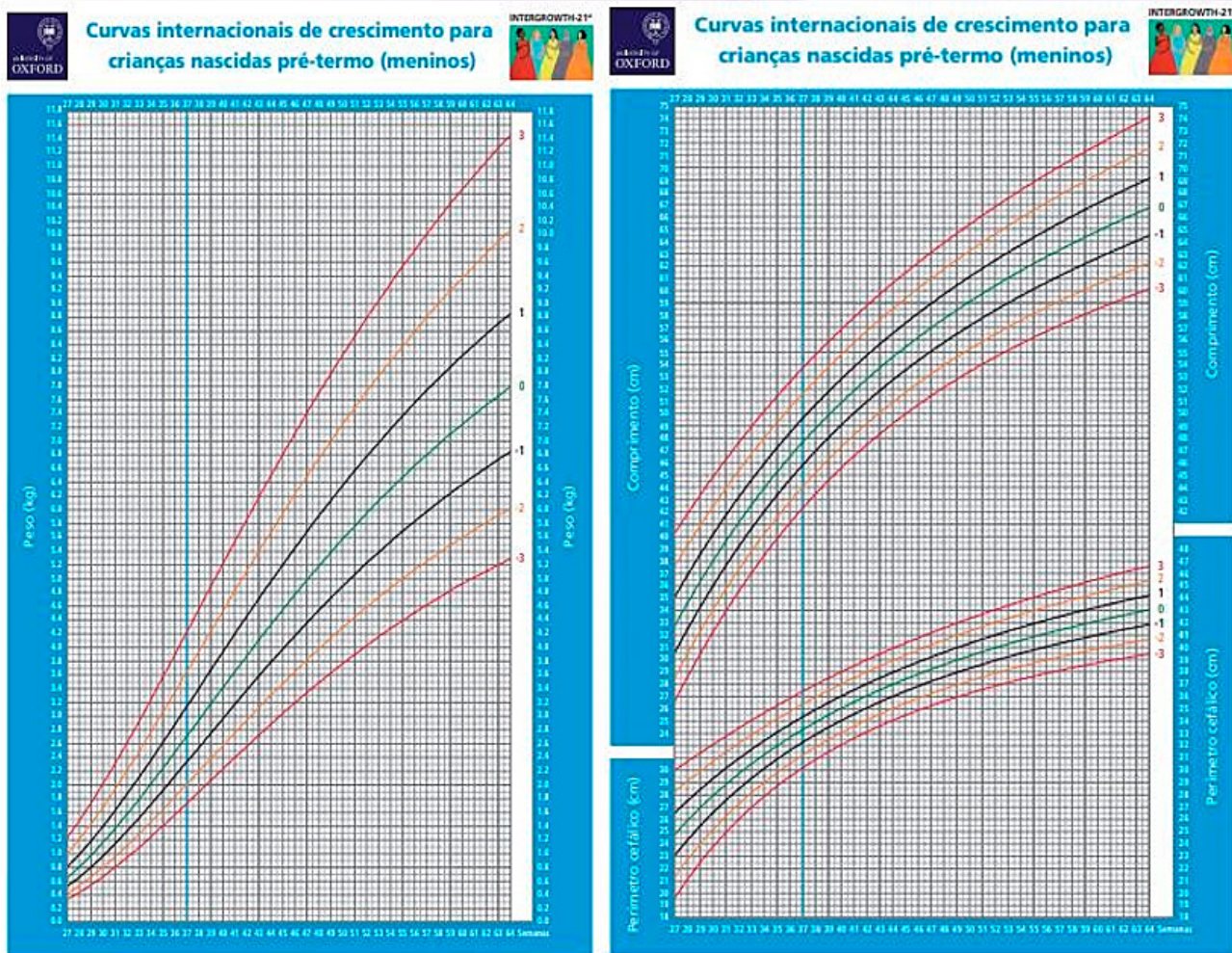


Figura 1. Curvas internacionais de crescimento para crianças nascidas pré-termo (meninos).
 Fonte: INTERGROWTH-21, 2014.⁷

3.1.3. Histórico do nascimento até o momento

Deve-se investigar e registrar o tipo de parto, o motivo do parto prematuro, as condições de nascimento, Apgar, necessidade de suporte ventilatório (tipo e duração), uso de drogas vasoativas, anticonvulsivantes, sedativos, antibióticos, hemotransfusão, fototerapia e se houve dificuldade na introdução da dieta e na transição sonda-peito. Geralmente, todas essas informações estão presentes no relatório de alta hospitalar. Deve-se investigar sobre possíveis retornos ao hospital após a alta, seus motivos e consequências.

Deve-se também identificar aspectos psicossociais e espirituais dos pais e da família no enfrentamento das especificidades do cuidado ao bebê prematuro. Registrar no prontuário todos os pontos relevantes da história de vida do bebê e da família.

3.1.4. Exames e triagens

Os exames realizados durante a internação e seus resultados devem ser analisados e registrados em prontuário. Em alguns casos, é necessário repetir alguns

exames depois da alta hospitalar, principalmente aqueles que apresentarem alterações durante a internação.

Testes de triagens neonatais: conferir se foram realizados e registrar seus resultados.

- **Triagem neonatal biológica** (teste do pezinho)
- **Triagem auditiva (teste da orelhinha):** em prematuros deve ser realizado o exame denominado BERA (Audiometria de Tronco Cerebral).
- **Teste do coraçãozinho:** substituído, em bebês menores de 34 semanas, pelo ecocardiograma, que deve ser realizado o mais precocemente possível na unidade neonatal e; caso apresente alguma alteração, deve ser repetido.
- **Teste da linguinha ou do frênulo lingual:** pode ser realizado assim que a criança esteja estável; também pode ser repetido caso seja inconclusivo.
- **Teste do reflexo vermelho:** prematuros menores de 32 semanas devem realizar a fundoscopia, sem necessidade de realizar o teste do reflexo vermelho.



3.1.5. Exame físico

O exame físico completo é o mesmo realizado em um bebê a termo, contudo a observação deve ser mais minuciosa, executando inspeção, palpação, percussão, ausculta e o exame neurológico. Deve ser realizado por partes, sem deixar o bebê totalmente despido e descoberto, evitando hipotermia. Os sinais vitais dos prematuros têm os mesmos valores de referência dos bebês a termo e são indispensáveis para uma boa avaliação.

Deve-se atentar para alterações comuns em prematuros como: alteração de formato craniano e do perímetro cefálico, anemia, hipoatividade, alterações de tônus muscular, tremores, postura, movimentação, convergência do olhar, hipotermia, fácies, obstrução nasal, desconforto respiratório, sibilância, refluxo gastroesofágico, hérnia inguinal, entre outros.⁸

Na avaliação da movimentação corporal, podem aparecer sinais de atraso do desenvolvimento como hipertonia, hipotonia, torcicolo, movimentos repetitivos e estereotípias. Para análise do desenvolvimento, considera-se a idade corrigida e utilizam-se os mesmos parâmetros dos bebês a termos.

Observar os sinais de obstrução lacrimal com secreção ocular ou olho com excesso de lágrimas, e diferenciar de conjuntivite, que envolve hiperemia da conjuntiva, edema e dor.

Observar também os sinais de obstrução nasal, pois os prematuros apresentam com frequência ronco nasal e secreção espessa.

Bebês prematuros costumam manter uma hérnia umbilical até por volta do primeiro ano, podendo esta fechar completamente sem intervenções cirúrgicas. Contudo, as hérnias inguinais costumam só ser corrigidas com as intervenções cirúrgicas. Portanto, esses casos devem ser encaminhados para cirurgia pediátrica.

As eliminações — frequência, aspecto e volume da urina e evacuações — também devem ser avaliadas, procedendo o registro cuidadoso dos dados.

Deve-se observar a mamada durante o exame físico, analisando sucção, deglutição e respiração, pega, presença de alguma lesão na mama ou na boca do bebê, vínculo com a mãe, disposição corporal, disposição da mãe para amamentar e interesse do bebê pelo seio. Caso o bebê não esteja em aleitamento materno, deve-se observar também a forma de alimentação desse bebê. É importante o enfermeiro apoiar e promover medidas para o aleitamento materno exclusivo.

Os principais sinais e sintomas de alerta são hipoatividade, choro fraco ou gemência, choro excessivo ou irritabilidade intensa, mudança de coloração da pele (cianose ou palidez), apneia, dificuldade respiratória, ausculta pulmonar alterada, sucção fraca ou recusa alimentar, regurgitações e vômitos frequentes, distensão abdominal, enterorragia, tremores ou convulsões, hipo ou hipertermia diante dos quais deverão procurar atendimento médico de urgência.⁹ A tomada de decisão diante desses sinais e sintomas apresenta grande impacto na recuperação da saúde da criança. Portanto, ações rápidas e acertadas diminuem o risco de complicação.

O risco de reinternação em prematuros é maior que em recém-nascidos a termo, sendo comuns internações por infecção do trato urinário, infecção de vias aéreas, perda de peso e anemia grave com necessidade de transfusão de hemoderivados.⁹

Toda a avaliação de enfermagem subsidia a avaliação de risco do RN prematuro. Consta no anexo 1, um **fluxograma de avaliação de risco do recém-nascido prematuro**. Com base nessa classificação, será definido se o prematuro deverá realizar consultas somente na APS ou se será classificado como RN de risco e deverá ser acompanhado também no ambulatório especializado.

3.2. Diagnósticos de Enfermagem

Os diagnósticos de enfermagem da NANDA-I, nos quais os prematuros são populações de risco, foram elencados no Quadro 1. Os diagnósticos de enfermagem da CIPE, construídos e validados para prematuros,¹⁰ foram selecionados se aplicáveis à realidade da assistência na APS e ambulatório especializado (Quadro 2). Outros diagnósticos podem ser utilizados conforme cada caso.

Quadro 1. Diagnósticos de Enfermagem NANDA-I (2021-2023) - prematuros como população de risco.

Domínios	Diagnósticos de enfermagem	
Domínio 2. Nutrição	Nutrição Desequilibrada: Menor do que as Necessidades Corporais	Resposta Ineficaz de Sucção-Deglutição do Lactente
	Amamentação Ineficaz	Deglutição Prejudicada
	Amamentação Interrompida	Risco de Glicemia Instável
	Risco de Hiperbilirrubinemia Neonatal	
Domínio 3. Eliminação e troca	Motilidade Gastrointestinal Disfuncional	Risco de Motilidade Gastrointestinal Disfuncional
Domínio 7. Relacionamento de função	Autogestão Ineficaz da Saúde Familiar	Risco de Parentalidade ou Maternidade Prejudicada
	Parentalidade ou Maternidade Prejudicada	Risco de Apego rejudicado
	Comportamento Desorganizado do Lactente	Síndrome de Abstinência Neonatal

Domínio 9. Enfrentamento/ tolerância ao estresse	Risco de Comportamento Desorganizado do Lactente	
Domínio 11. Segurança/proteção	Risco de Morte Súbita do Lactente	Hipotermia Neonatal
	Risco de Hipotermia Neonatal	Risco de Hipertermia Neonatal
	Risco de Aspiração	
Domínio 13. Crescimento/ desenvolvimento	Desenvolvimento Atrasado da Criança	Desenvolvimento Motor Atrasado do Lactente
	Risco de Desenvolvimento Atrasado da Criança	Risco de Desenvolvimento Motor Atrasado do Lactente

Fonte: NANDA - I, 2021-2023.¹¹

Quadro 2. Diagnósticos de enfermagem da CIPE frequentes em prematuros após alta hospitalar

Necessidade Humana Psicobiológica	Enunciados do Diagnósticos de Enfermagem	
1. Integridade Cutâneo - Mucosa	Integridade da Pele, Prejudicada	Membrana Mucosa Oral (ou Bucal), Prejudicada
	Risco de Integridade da Pele, Prejudicada	Complicações da Estomia (ou Estoma)
	Risco de Complicações da Estomia (ou Estoma)	Sinal de infecção no coto umbilical

2. Regulação Neurológica	Convulsão	Reflexo de sucção diminuído
	Tremor	Reflexo de sucção ausente
	Encefalopatia-hipóxico isquêmica	Malformação em coluna vertebral
	Circunferência cefálica diminuída	Circunferência cefálica aumentada
	Reflexo de sucção normal	
3. Eliminação regulação eletrolítica-regulação hidrossalina-hidratação	Retenção Urinária	Eliminação de urina aumentada
	Constipação Intestinal	Eliminação de urina diminuída
	Desidratação	Sangramento em vias urinárias
	Edema Periférico	Edema em escroto
	Risco de Desidratação	Eliminação de urina eficaz
4. Regulação vascular	Bradicardia	Perfusão Tissular Periférica Prejudicada
	Taquicardia	Perfusão Tissular Periférica adequada
5. Regulação térmica	Hipertermia	Risco de Hipotermia
	Hipotermia	Cianose de extremidades
	Risco de Hipertermia	
6. Regulação hormonal	Hiperglicemia	Hipoglicemia
7. Regulação imunológica	Infecção	Estado vacinal prejudicado
	Risco de Infecção	
8. Regulação de crescimento celular	Baixo Peso	Muito baixo peso
	Desenvolvimento do Recém-Nascido, Prejudicado	Extremo baixo peso

9. Segurança física e do meio ambiente	Segurança ambiental eficaz	Risco de segurança ambiental ineficaz
10. Nutrição	Náusea	Regime de dieta por tubo gástrico prejudicada
	Vômito	Regime de dieta por tubo enteral eficaz
	Amamentação Eficaz	Regime de dieta por tubo enteral prejudicada
	Amamentação Interrompida	Regime de dieta por copo eficaz
	Amamentação Exclusiva Eficaz	Regime de dieta por copo prejudicada
	Amamentação Exclusiva prejudicada	Regurgitação
	Risco de amamentação prejudicada	Relevo de alça
	Aceitação da dieta prejudicada	Abdome distendido
	Regime de dieta por tubo gástrico eficaz	Regime de dieta por tubo gástrico prejudicada
11. Oxigenação	Dispneia	Cianose central
	Risco de Apneia	Gemência respiratória
	Risco de Aspiração	Batimento de asas nasais
	Frequência respiratória prejudicada	

12. Sono/repouso/ percepção dolorosa/ ambiente	Risco de Aspiração	Batimento de asas nasais
	Frequência respiratória prejudicada	
	Risco de Sono Prejudicado	Choro
	Sono Prejudicado	Medo
	Sono Adequado	Conhecimento da família sobre a doença
	Estresse por Mudança (ou Transferência) do Ambiente	Estresse dos Pais
	Risco de Estresse por Mudança de Ambiente	Ansiedade da separação
	Dor	Ligação Afetiva Pais-Criança prejudicada
	Agitação	Ligação Afetiva Pais-Criança eficaz
	Risco de Ligação Afetiva Pais-Criança prejudicada	

Fonte: Querido et al. 2023.¹⁰

3.3. Planejamento de Enfermagem

- a) Organização das consultas de acordo com os riscos e necessidades do paciente (periodicidade das consultas).
- b) Incentivo ao uso do Método Canguru (MC) em contato pele a pele pelo maior tempo possível.
- c) Encorajamento ao aleitamento materno exclusivo, com apoio da relactação, translactação, sonda-dedo e copinho e introdução alimentar oportuna.
- d) Suplementação de ferro, vitaminas e minerais com reajustes das doses quando necessário.
- e) Vacinação conforme a idade cronológica e calendário vacinal vigente para prematuros.
- f) Exames de Controles - hemograma, controle de cálcio, fosfatase alcalina e fósforo; ecocardiograma, ecografia transfontanelar e as triagens neonatais.
- g) Orientação para os sinais de alertas e as situações de risco.

- h) Estímulo para participação das atividades da educação precoce e da fisioterapia neurológica infantil devido ao risco de atraso no desenvolvimento.

3.4. Implementação de Enfermagem

3.4.1. Periodicidade das consultas

Os prematuros em acompanhamento somente na APS deverão seguir a periodicidade estabelecida pelos protocolos locais. Como exemplo, apresenta-se o calendário da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal (SES-DF) (Quadro 3).

Quadro 3. Calendário de acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil na APS.

Consultas Crianças	Dias	Meses												
		7	1	2	3	4	5	6	9	12	15	18	24	>24 Anual
Profissional	Médico	Enfermeiro ou Médico	Médico	Enfermeiro	Médico	Enfermeiro e Nutricionista	Médico	Enfermeiro	Médico	Enfermeiro	Médico	Médico	Médico	Médico

Legenda: Med.: Médico; Enf.: Enfermeiro; Nut.: Nutricionista

Fonte: Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal, 2014.¹²

Os prematuros em acompanhamento na APS e no ambulatório especializado seguem uma periodicidade específica. As primeiras consultas no serviço ambulatorial especializado são agendadas na UCINCa, ou seja, durante a internação. Caso o bebê receba alta com menos de 2,5 kg, ele precisará de atendimento especial semanalmente na 3ª etapa do Método Canguru, na própria UCINCa ou no ambulatório, intercalando com a Unidade Básica de Saúde (UBS) e o banco de leite (Quadro 4).

Quadro 4. Periodicidade e local das consultas na 3ª etapa do Método Canguru³

Nº de consultas após alta hospitalar	Locais possíveis para as consultas
3 consultas na primeira semana	UBS UCINCa BANCO DE LEITE AMBULATÓRIO
2 consultas na segunda semana	
1 consulta semanal até peso 2,5 Kg	

Legenda: UBS: Unidade Básica de Saúde; UCINCa: Unidade de Cuidados Intermediários Canguru.

Fonte: Brasil, 2015.³

Nos casos de RN com mais de 2,5 kg e internação prolongada, classificados, portanto, como de risco, o acompanhamento deverá ocorrer com maior frequência desde a primeira semana após a alta hospitalar, de forma compartilhada entre o ambulatório de seguimento de RN de risco (follow-up) e UBS.¹³ Assim como para todos os RN, a agenda da primeira consulta na UBS deve ser mantida como “agenda aberta”, facilitando o acesso de forma frequente. As consultas na UBS podem ocorrer semanalmente, intercalando com os serviços de apoio, como Banco de Leite e o seguimento ambulatorial especializado.

Quadro 5. Esquema de consultas recomendado para bebês prematuros

1ª consulta	7 a 10 dias após a alta
Consultas mensais	Até 6 meses de idade corrigida
Consultas bimestrais ou trimestrais	De 6 a 12 meses de idade corrigida
Consultas trimestrais	De 13 a 24 meses de idade corrigida
Revisões semestrais	De 2 a 4 anos de idade cronológica
Revisões anuais	De 4 anos até a puberdade

Fonte: Brasil, 2015.³

Um importante papel do enfermeiro é esclarecer à família do bebê quais os acompanhamentos serão necessários, deixando clara a importância de cada especialidade e suas periodicidades. O enfermeiro também deve estimular a participação ativa da família nas condutas para o melhor desenvolvimento da criança, minimizando riscos. Os agendamentos subsequentes precisam ser reforçados para que nenhum acompanhamento seja perdido.

3.4.2. Incentivo para uso do Método Canguru (MC) em contato pele a pele pelo maior tempo possível.

Na terceira etapa do MC, o bebê recebe acompanhamento periódico, sendo realizadas três consultas na primeira semana, duas na segunda semana e uma consulta semanal a partir da terceira semana, até que a criança atinja 2,5 Kg, quando recebe alta do MC.⁹ Deve-se orientar o uso da posição canguru em domicílio, o acompanhamento em ambulatório especializado, as consultas periódicas nos serviços de atenção primária e cuidados diários.⁹

A posição canguru deve ser realizada da seguinte maneira: manter o RN em contato pele a pele, somente em uso de fraldas, na posição vertical junto ao peito dos pais, pelo tempo máximo que ambos entenderem ser prazeroso e suficiente. Essa prática deve ser realizada de maneira segura e seguindo as orientações recebidas durante a internação.¹⁴

3.4.3. Encorajamento ao aleitamento materno exclusivo e à introdução alimentar no momento oportuno.

Amamentar um prematuro implica em desafios, principalmente em razão de sua imaturidade fisiológica e neurológica, em especial para aqueles que passaram por longos períodos de hospitalização separados da mãe, em um contexto que desfavorece a manutenção da produção láctea e a amamentação.⁹ A amamentação pode ocorrer por aleitamento materno exclusivo, no qual a única fonte da alimentação é o leite da própria mãe, ou por aleitamento materno misto, no qual o bebê recebe leite materno e a fórmula infantil.

A oferta de complementação com leite materno ordenhado ou com fórmula infantil pode ser realizada de maneira diferente para cada necessidade dependendo das condições do bebê e da mãe, conforme descrição a seguir:

- **Alimentação por translactação:** Colocando uma ponta da sonda, preferencialmente a nasogástrica número 04, dentro de um copinho somente com leite materno e a outra ponta junto ao seio materno dentro da boca do lactente a fim de que o movimento de sucção sugue tanto o leite materno pelo seio quanto o leite do copinho.¹⁵
- **Alimentação por relactação:** Usando a mesma técnica da translactação, com a diferença de que o ofertado é a fórmula infantil. Essa técnica é indicada quando não é possível ofertar o leite materno.¹⁵
- **Alimentação com fórmula infantil através da mamadeira:** Observar o tamanho do bico e o tamanho do furo do bico. Optar sempre por mamadeiras que possibilitam o controle do fluxo, de forma que o alimento só saia

quando sugado. Observar o posicionamento do bebê, evitando que esteja deitado. Orientar quanto a preparação da fórmula indicada, geralmente 1 medida para cada 30 ml de água filtrada, contudo é indispensável verificar se há outra recomendação nutricional. Observar a necessidade e a possibilidade da oferta de água porque alguns bebês necessitam de introdução da água devido a dificuldades para evacuar.¹⁵

Os pais precisam ser alertados sobre sinais de risco que podem ocorrer durante a amamentação como, por exemplo, se ocorrer alguma alteração mais séria no padrão respiratório, caracterizando um desconforto respiratório, a mamada deve ser imediatamente interrompida até que o bebê se estabilize e se reorganize para voltar ao peito de sua mãe. Entre os sinais a serem observados estão os seguintes: cianose, queda brusca do tônus global da criança, palidez, reflexo de proteção da orofaringe (mordida), escape de leite, tosse, soluço, engasgos, entre outros.⁹ Nesses casos a criança deve ser levada aos serviços de pronto atendimento infantil mais próximo ao domicílio.

Para iniciar a introdução alimentar é necessário uma avaliação individualizada do RN, verificando o desenvolvimento das habilidades necessárias, considerando fatores como a idade gestacional corrigida, peso \geq de 5 kg, avaliação do neurodesenvolvimento dos controles de tronco e cabeça, perda do reflexo de extrusão da língua, reflexo de deglutição e necessidade de suplementação alimentar.¹⁶

3.4.4. Suplementação de ferro, vitaminas e minerais com reajustes das doses quando necessário.

O Programa Nacional de Suplementação de Ferro recomenda a suplementação para todas as crianças de baixo peso ao nascer e para prematuros com menos de 37 semanas, a partir dos 30 dias de vida. Os recém-nascidos prematuros necessitam de um esquema de ofertas de vitaminas e minerais específicos devido ao risco de deficiência de micronutrientes por conta de suas reservas limitadas. O déficit na suplementação pode levar ao funcionamento inadequado dos órgãos, além de aumentar o risco de complicações e comprometer o crescimento e o desenvolvimento, principalmente nos primeiros anos de vida.¹⁷

As necessidades nutricionais irão variar de acordo com o ganho de peso, a idade gestacional, a presença de doenças associadas e a alimentação do recém-nascido. Por isso, devem ser avaliadas constantemente e correlacionado-se à modalidade nutricional, com o objetivo de suprir as necessidades apresentadas e evitar possíveis altas doses que podem ser tóxicas para prematuros.¹⁷ As doses e períodos de suplementação de ferro, vitaminas e minerais para prematuros são apresentados nas figuras 2 e 3. Os bebês que fazem uso do polivitamínico não precisam da suplementação da vitamina A.

Micronutriente	Recomendação de suplementação
Ferro	A partir de 30 dias de vida até um ano. De acordo com o peso de nascimento: Entre 2500g e 1500g → 2 mg/kg/dia Entre 1500 e 1000g → 3 mg/kg/dia Inferior a 1000g → 4 mg/kg/dia Após este período, 1 mg/kg/dia por mais um ano
Zinco ^a	0,5 a 1 mg/kg/dia de 36 semanas até 6 meses de idade corrigida
Cálcio*	50 a 100 mg/kg/dia
Fósforo*	25 a 50 mg/kg/dia
Vitamina D	Peso > 1500g e em nutrição enteral plena (até 2 anos) < 1 ano: 400 UI/dia > 1 ano: 600 UI/dia
Demais vitaminas ^b	Dose de uma vez a recomendação diária até um ano Início a partir dos 10 dias de vida, se nutrição enteral plena

^aO sulfato de zinco pode ser formulado (10mg/ml) e adicionado à oferta alimentar.

*Sem DMO: até completar 40 semanas; Com DMO: por 3 a 6 meses após alta. Opção de uso: fosfato tricálcico 12,9% (1 mL contém 50 mg Ca e 25 mg de P).

^bPrincipalmente, vitaminas A e C.

DMO: Doença metabólica óssea.

Figura 2. Doses e período de suplementação de vitaminas e minerais para prematuros na rotina assistencial.

Fonte: Nutrologia Pediátrica, Sociedade Brasileira de Pediatria, 2021.¹⁷

Quadro 6. Suplementação de vitamina A e D

Pacientes	Dosagem
RN a termo com peso inferior a 2500 gramas	2 mg/kg de peso/dia, a partir de 30 dias durante um ano. Após esse período, 1 mg/kg/dia mais um ano
RN pré-termo com peso entre 2500 e 1500 gramas	
RN pré-termo com peso entre 1500 e 1000 gramas	3 mg/kg de peso/dia, a partir de 30 dias durante um ano. Após esse período, 1 mg até a criança completar 2 anos de idade
RN pré-termo com peso inferior a 1000 gramas	4 mg/kg de peso/dia, a partir de 30 dias durante um ano. Após esse período, 1 mg/kg/dia mais um ano

Fonte: Sociedade Brasileira de Pediatria, 2012.¹

O cuidado com a administração das medicações prescritas é de fundamental importância. Os cuidadores do bebê prematuro devem sentir-se seguros para essa administração. Se necessário, deve-se desenhar e ilustrar as doses, além de reforçar e ajustar horários, esclarecendo a forma mais segura da oferta.

3.4.5. Suplementação com fosfato tricálcico para prevenção ou tratamento da doença metabólica óssea (DMO)

A ingestão oral de cálcio recomendada varia entre 140-160 mg/100 Kcal (American Academy of Pediatrics) e 70-140 mg/kg/dia por 100 kcal (The European Society for Paediatric Gastroenterology Hepatology and Nutrition (ESPGHAN)). Atualmente, podemos usar as recomendações: cálcio: 100-160 mg/kg/dia e fósforo:

95-108 mg/kg/dia por 100 kcal. Nenhuma fórmula de seguimento nem leite materno fornecem quantidade terapêutica, portanto o cálcio e fósforo devem ser adicionados à dieta.

Considera-se razoável coletar fosfatase alcalina sérica (FAL) de 2 a 4 semanas após alta do prematuro e repetir quinzenalmente até que FAL esteja abaixo de 500 UI/L. Os RN que não estiverem em tratamento, mas apresentarem valores de FAL maiores que 1.000UI/L, devem iniciar suplementação. Já os que estiverem em tratamento, devem suspendê-lo, caso apresentem FAL menor que 500 UI/L e estejam recebendo nutrição adequada. Se necessário, o controle pode ser realizado a cada 3 meses e até 1 ano de idade corrigida. Prematuro em uso de fórmula, sem diagnóstico de DMO e com FAL menor que 800 UI/L no momento da alta, não precisam de monitoramento.⁷

3.4.6. Vacinação para prematuros

O prematuro em condições clínicas estáveis deve receber todas as vacinas de acordo com a sua idade cronológica, seguindo o Calendário Nacional de Imunizações do Ministério da Saúde do Brasil¹⁸ (Anexo B). A exceção se aplica a crianças nascidas com menos de 1.000 gramas que podem apresentar mais episódios de apneia quando vacinadas com a vacina adsorvida contra difteria, tétano e pertussis (DTP). Esse efeito ocorre com menor frequência com a administração da vacina que contém o componente pertussis acelular (DTPa). As vacinas acelulares devem ser administradas nos Centros de Imunização Especial (CRIE). O uso simultâneo de múltiplas doses injetáveis também pode ser associado à apneia, devendo-se dar preferência à administração de um menor número de injeções em cada visita.¹⁸

3.4.7. Palivizumabe - prevenção de doenças causadas pelo vírus sincicial respiratório

O palivizumabe é um anticorpo monoclonal humanizado para prevenção das doenças graves, cujo agente etiológico é o vírus sincicial respiratório²⁰ que é um dos principais agentes etiológicos das infecções que acometem o trato respiratório inferior. Lactentes com menos de seis meses de idade, principalmente prematuros, crianças com doença pulmonar crônica da prematuridade e cardiopatas, são a população de maior risco para desenvolver infecção respiratória mais grave.

- **Indicação:** Crianças menores de um ano de idade (até 11 meses e 29 dias) que nasceram prematuras com idade gestacional até 28 semanas e seis dias. Para crianças menores de 06 meses de idade, que nasceram prematuras com idade gestacional de 29 semanas até 31 semanas e 6 dias. A criança que estiver dentro do período da aplicação (fevereiro) com menos de 6 meses fará 5 doses. Após a primeira dose, as subseqüentes devem ser administradas com intervalo de trinta dias (até cinco doses, no máximo). O número total de doses por criança dependerá do mês de início das aplicações, podendo variar de uma a cinco doses.
- **Agendamento da aplicação da dose:** Será considerado o mês de nascimento. Para os recém-nascidos internados que se incluem nos critérios

de uso, a administração de palivizumabe poderá ser iniciada a partir de 7 dias de vida, de acordo com as condições clínicas apresentadas durante o período de internação.

É responsabilidade dos profissionais que atendem os prematuros que estão dentro dos critérios alertarem as famílias e providenciarem os encaminhamentos necessários para que todas as crianças menores de 2 anos que estejam dentro dos critérios recebam a proteção dessa medicação.

Como exemplo a SES-DF todos os anos, em janeiro, disponibiliza as informações das aplicações da palivizumabe em suas redes de comunicação, disponibilizando, critérios de inclusão e de exclusão, locais de autorização quando necessário, locais de aplicação e as documentações necessárias para a aplicação.²⁰

3.4.8. Exames de controle

- **Ecocardiografia:** Dependendo das alterações nos exames anteriores, pode ser necessário o controle a cada 3 meses.
- **Ecografia transfontanelar:** Dependendo das alterações dos exames anteriores, o controle das alterações pode ocorrer até semanalmente. O exame pode ser realizado até os 12 meses de vida ou até o fechamento da fontanela.
- **Fundo de Olho:** Dependendo das alterações nos exames anteriores, pode ser necessário repetir o exame em intervalos menores. No geral, a cada 6 meses para bebês de maior risco e anualmente para os demais.
- **Hemograma e Bioquímica:** A cada mês, caso haja alterações. Em caso de exames anteriores sem alterações, deve-se repetir a cada 6 meses até completar 2 anos.

3.4.9. Triagem neonatal

Biológica - Teste do pezinho

Deve ser realizado em todos os RN, inclusive em prematuros. As coletas de sangue devem ser otimizadas, para reduzir possíveis danos, sendo suficientes uma coleta de apenas 20 µL a 100 µL por amostra e realizada por meio de sangue venoso periférico.²¹

Se a criança não nasceu em maternidade pública, a família pode levá-la para uma UBS para realização do exame. A coleta de sangue para o exame geralmente ocorre nas primeiras 48 horas de vida do recém-nascido, sendo ideal que seja feito até o 5º dia de vida. O resultado do teste é divulgado em até dez dias após a chegada da amostra ao laboratório.²² O exame do pezinho disponibilizado pela SES-DF é capaz de identificar até 62 condições distintas.²³ No Distrito Federal, as orientações para a coleta são as seguintes:

- Para crianças nascidas pré-termo (< 37 semanas) e/ou baixo peso (< 2500

g) e/ou gravemente enfermas, admitidas em unidade de terapia intensiva neonatal (UTI Neo) é recomendada a triagem seriada, com a obtenção de pelo menos 3 amostras em tempos diferentes, podendo-se chegar a 4 ou 5 amostras, se necessário. A primeira amostra deverá ser obtida na admissão do RN à UTI Neo, antes da utilização de nutrição parenteral, transfusão de hemoderivados e/ou início de tratamento intensivo com esteroides, aminas vasoativas, antibióticos e outros. A segunda amostra deverá ser obtida no 7º (sétimo) dia de vida do RN que se mantém internado. A terceira amostra deverá ser realizada com 28 dias. Caso o recém-nascido receba alta hospitalar antes do 28º dia de vida, deverá ser encaminhado para a coleta na UBS.

- Em crianças com IG < 33 semanas, deve-se coletar uma quarta amostra quando a mesma atingir a idade corrigida a 37 semanas. Essa coleta pode ocorrer tanto na unidade hospitalar quanto na UBS.
- Para crianças nascidas pré-termo (< 37 semanas) e/ou baixo peso (< 2500 g) que não necessitam de cuidados em UTI Neo, é recomendada a triagem seriada, com a obtenção de pelo menos 2 amostras em tempos diferentes: a primeira amostra deverá ser coletada entre 24-48 horas de vida e a segunda deverá ser coletada com 28 dias de vida. Se já estiver em casa a coleta deverá ocorrer na UBS mais próxima ao domicílio.²⁴

Teste do Olhinho

O teste do olhinho, ou teste do reflexo vermelho, em prematuros menor que 35 semanas e peso menor que 1500 g, devem ser realizados a partir da 4ª semana de vida. A avaliação é feita com oftalmoscópio neonatal, com lente de 20 a 28 dioptrias, sob midríase medicamentosa.²⁴ Durante a internação para este público é realizado a fundoscopia também conhecido como fundo de olho por oftalmologista especialista devendo ser repetido conforme a necessidade da criança. Assim não sendo necessário a realização do teste do olhinho na APS.²⁴

Triagem Auditiva Neonatal

Também conhecido como Teste da Orelhinha, é um exame rápido, indolor e não tem contraindicação. É obrigatório pela Lei Federal nº 12.303/2010. Além dele, outro exame pode ser indicado para bebês prematuros, o **Potencial Evocado Auditivo de Tronco Encefálico**.²⁵

Esse exame é indicado para complementar a triagem auditiva dos bebês com fatores de risco para perda auditiva. Avalia a integridade da via auditiva do bebê. É um procedimento não invasivo, que associado à Emissões Otoacústicas, pode fornecer informações valiosas sobre a saúde auditiva do recém-nascido.²⁵ Realizado no alojamento conjunto para todos os bebês menores de 37 semanas. Caso o bebê não tenha feito, deve-se encaminhar para o serviço especializado.

Teste da linguinha

Esse teste permite identificar a anquiloglossia que se caracteriza por um frê-nulo lingual anormalmente curto, espesso ou delgado, que pode restringir os movimentos da língua em diferentes graus. A anquiloglossia tem sido apontada como um dos fatores que podem interferir negativamente na amamentação, diminuindo a habilidade do recém-nascido para realizar uma pega e sucção ade-

quadas, causando dor nas mães durante a amamentação. O teste pode ser realizado nas maternidades ou a qualquer momento. É comum que os prematuros já saiam da internação com o teste realizado e, muitas vezes, já tenham passado pelo procedimento de cisão do frênulo, feito por um cirurgião dentista. Caso ainda haja dúvida, a criança deve ser encaminhada para uma avaliação que pode ser realizada em um banco de leite. Qualquer profissional da saúde pode aplicar o teste, se tiver o treinamento adequado.²⁶

A avaliação do frênulo lingual faz parte do exame físico do recém-nascido. No entanto, para cumprir a Lei nº 13.002 de 20 de junho de 2014, que impõe a aplicação de um protocolo de avaliação do frênulo lingual, com base nas evidências científicas disponíveis recomenda-se o uso do Protocolo Bristol (*Bristol Tongue Assessment Tool*) aplicado por profissional da saúde capacitado que atenda o binômio na maternidade. A literatura não é consensual quanto ao melhor teste diagnóstico para a identificação da anquiloglossia, sendo que vários protocolos vêm sendo propostos, inclusive no Brasil. Sendo assim, a escolha de um Protocolo para a implementação em todas as maternidades brasileiras levou em consideração a praticidade de aplicação, a validação envolvendo profissionais não especialistas em disfunções orofaciais e a capacidade de predição de problemas na amamentação, que justifiquem a indicação de intervenções para resolver o problema.²⁸

3.4.10. Principais queixas

Segundo um estudo realizado com pacientes atendidos no Ambulatório de Seguimento por enfermeiros, as orientações e condutas mais prevalentes oferecidas aos recém-nascidos de risco, de acordo com suas necessidades, referem-se ao manejo do aleitamento materno, uso de fórmulas infantis, medidas de segurança e conforto durante o sono, lavagem nasal, medidas antirrefluxo e anticólicas, vacinação, ajuste de ferro e vitaminas, banho e cuidados gerais, cuidados com hérnia inguinal e encaminhamentos para serviços especializados.²⁹

As principais queixas estão relacionadas à vivência diária dos prematuros com sua família. As orientações e condutas dos profissionais são de extrema importância para fortalecer a autoconfiança, assim como a autonomia dessas famílias na realização dos cuidados com seus bebês.

3.4.11. Sinais de Alerta

Sinais de alerta para possível falha do crescimento:

Deve se ter cautela ao se afirmar que há déficit no crescimento nos primeiros 2 anos de vida, pois 25% das crianças tiveram seu crescimento desacelerado e continuam crescendo normalmente.⁶ As situações a seguir necessitam de retornos mais frequentes e avaliação individualizada:

1) Após a alta hospitalar/3ª etapa do Método Canguru:

- Ganho ponderal insuficiente (< 12 g/kg/dia) e/ou perda ponderal (> 10%).

2) Durante o 1º ano de vida:

- Ganho ponderal insuficiente
- De zero a 3 meses, < 20 g/dia; de 3 a 6 meses, < 15 g/dia; de 6 a 12 meses, < 10 g/dia.
- A desaceleração do crescimento, ou seja, abaixo do adequado para a idade corrigida.
- Não alcançou o crescimento adequado para a idade: até 12 meses de idade corrigida.

3) Perímetro cefálico: investigue e encaminhe os casos nas seguintes situações:

- Aumento > 1,25 cm/semana = possibilidade de hidrocefalia.
- Crescimento do PC menor em relação ao peso e ao comprimento = possibilidade de microcefalia ou craniosinostose.

O quadro a seguir auxilia na detecção de certos sinais de alerta e que, em conjunto com a tabela da Caderneta, ajuda a identificar os casos que demandam avaliação especializada.⁶

Quadro 7. Sinais de alerta para disfunções neuromotoras

A criança não sustenta a cabeça após os 4 meses ou se cansa facilmente nessa posição após os 6 meses.
A criança não senta sem apoio após os 9 meses ou se cansa facilmente nessa posição após os 12 meses.
A criança não apresenta marcha independente após os 18 meses.
A criança não solta um cubo em um recipiente após os 10 meses.
A criança não possui pinça polegar-indicador após os 12 meses.
A criança não faz torre de três cubos após os 21 meses.
Presença de hipotonia
Presença de hipertonia
Postura dos membros superiores em candelabro: rotação externa dos braços e flexão dos antebraços.
A criança mantém a cabeça para trás do eixo corporal após os 6 meses.
Presença de cifose ou escoliose a partir dos 2 anos.
A criança não consegue se manter na posição sentada, caindo para a frente após os 9 meses ou para trás aos 6 meses.
Presença de reação intensa ao apoio no chão (pés em garra e/ou extensão do tronco).
Marcha em tesoura.
Assimetria dos movimentos espontâneos e/ou assimetria do tônus.
Aumento da curvatura do dorso ou opistótono (hiperextensão do tronco).
Reflexo de Moro, preensão palmar e/ou marcha automática ausentes até os 6 meses ou presentes após os 6 meses.
Mãos constantemente fechadas.

Expressão facial estereotipada, pouco expressiva ou assimetria de face.
Aumento da sialorreia acima dos 2 anos (baba muito).
Movimentos involuntários de boca ou língua.
Sucção ineficaz.

Fonte: Brasil³ (Adaptado da Rede NAIRR – Núcleo de Atenção Interdisciplinar ao Recém-Nascido de Risco – SMSDC/RJ Acessível em: <http://redenairr.blogspot.com.br/>).

Os pais devem ser instruídos a identificar situações de risco e sinais de alerta na saúde de seus bebês, tendo a clareza de quando a criança deve ser levada aos serviços de emergência pediátrica. Muitos desses sinais de risco podem indicar a necessidade de internação da criança.

Sinais clínicos:

- Perfusão inadequada da pele: cianose, palidez, pele moteada/marmórea.
- Pausas respiratórias.
- Desconforto respiratório.
- Hipoatividade, hipotonia.
- Irritabilidade, febre.
- Regurgitação frequente, vômitos.
- Diminuição ou recusa do peito/dieta.
- Ganho ponderal insuficiente ou perda de peso.
- Icterícia.
- Sinais de obstrução gastrointestinal ou doença.
- Vômito bilioso.
- Sangramento gastrointestinal.
- Início dos vômitos após os 6 meses de idade.
- Constipação intestinal.
- Diarreia.
- Abdômen distendido e/ou doloroso.
- Febre persistente (acima de 37,5°C)

3.4.12. Estimulação precoce

O prematuro necessita de uma avaliação mais minuciosa do desenvolvimento, com o foco nos possíveis atrasos, sendo necessário incentivo para a estimulação mais intensa do que para bebês a termos, tanto pelos familiares em domicílio, quanto com encaminhamento para serviços especializados de estimulação

precoce, como a Escola de Ensino Especial para atendimento especializado de educação precoce e para a fisioterapia neurológica infantil.²⁷

Os pais devem compreender a possibilidade de atraso no desenvolvimento devido à prematuridade, portanto deve-se orientar a continuidade da estimulação precoce nas consultas de enfermagem, empoderando as famílias a oferecerem a estimulação adequada e oportuna para seus bebês.

3.5. Evolução de enfermagem

A evolução de enfermagem consiste no registro do crescimento (peso, estatura e perímetro cefálico) e do desenvolvimento, utilizando as ferramentas necessárias e específicas para bebês prematuros, bem como de todos os outros aspectos destacados no presente protocolo em prontuário eletrônico. As informações devem atender às necessidades dos programas disponíveis para registro no prontuário, independentemente do modelo de sistema utilizado nos serviços de saúde.



Capítulo 4. Recomendações/ Observações

A figura 3 apresenta, de forma didática e resumida, cuidados de enfermagem com bebês prematuros.

Necessidades do recém-nascido pré-termo	Orientações do enfermeiro no preparo de alta
Prevenção de infecções	<ul style="list-style-type: none"> · Importância da limpeza do ambiente, da higiene das mãos, com água e sabão ou álcool a 70% em gel, por parte dos cuidadores. · Limitação do tempo e número de visitas. · Orientação para evitar o contato do bebê com pessoas com sintomas gripais.
Cuidados de higiene	<ul style="list-style-type: none"> · O banho não deve ser demorado (pode durar entre 5 a 10 minutos); deve-se evitar correntes de ar, e a água deve ser morna (poderá ser testada com a parte anterior do punho do cuidador). · O sabonete deve ser infantil e neutro, de preferência líquido. Se precisar banhar mais de uma vez ao dia, usar sabonete apenas uma vez. · A limpeza, no banho, deve ser suave, sem esfregar a pele com panos ou toalhas que podem irritar a pele frágil do bebê. · O banho deve ser diário, mas pode ser espaçado (3 a 4 dias), desde que se realize a higiene das pregas e da área de fraldas. · Os banhos de banheira ou bacias são recomendados; deve-se evitar uso de esponja. · O banho com enrolamento com tecido, caso os pais tenham sido previamente treinados, pode promover maior conforto para o bebê e menor gasto energético. · O nariz deve ser limpo quando houver secreção espessa ou crostas, utilizando-se hastes flexíveis de algodão umedecidas em soro fisiológico 0,9%, com movimentos circulares, leves e suaves para retirar secreções visíveis. · As orelhas devem ser limpas apenas externamente — é inapropriada a introdução de hastes de algodão ou qualquer objeto. · A boca deve ser limpa com gaze ou fralda de algodão molhada em água filtrada, deslizando-se suavemente nas gengivas, bochechas e língua, na frente e atrás, em movimentos circulares. · Em relação à troca de fralda, é recomendado utilizar a lateralização do corpo do bebê, evitando-se assim elevar as pernas do prematuro. · A higiene íntima da menina deve ser realizada com o algodão e água morna, em movimentos únicos no sentido anteroposterior; não se deve usar o algodão mais de uma vez. · A higiene íntima de menino deve ser realizada com algodão e água morna; deve-se fazer a limpeza no pênis, puxando a pele do prepúcio delicadamente e, com um novo algodão, limpar os testículos e a região ao redor do ânus, obedecendo sempre essa ordem. · A fralda deve ser conferida a cada 2 a 3 horas e trocada sempre que necessário, a fim de evitar assaduras. · O uso de lenço umedecido deve ser evitado; em caso de necessidade, optar por um sem cheiro e com menor quantidade de produtos químicos para evitar alergias.

Continua...

Continuação...

Necessidades do recém-nascido pré-termo	Orientações do enfermeiro no preparo de alta
Vestimenta	<ul style="list-style-type: none"> · As roupas do bebê devem ser lavadas separadamente das roupas dos outros membros da família e com sabão neutro, evitando-se o uso de sabão em pó e amaciante. · As roupas e mantas devem ser preferencialmente de algodão, evitando-se o excesso ou a escassez, para proteger o bebê de mudanças na temperatura corporal.
Sono e repouso	<ul style="list-style-type: none"> · Para o sono do bebê, indica-se que ele fique deitado de costas; porém, deve-se ressaltar a importância da variação de posições no berço quando acordado para melhor moldagem do crânio e desenvolvimento. · Nos primeiros dias, pode ser mais confortável para o RNPT dormir no “ninho”, como ocorria na UTIN, pois promove mais conforto e relativa contenção. · O “ninho” pode ser feito com toalha ou outro tecido em forma de “U”. · O colchão que o bebê dorme pode ser elevado a 30 graus, a fim de evitar episódios de refluxo, utilizando-se uma toalha por baixo ou travesseiros antirrefluxo. · Os pais devem ficar atentos às cobertas, para que estejam aconchegadas abaixo dos braços, de modo que não cubra a cabeça do bebê ao se movimentar. · O uso de bichos de pelúcia, almofadas grandes e objetos que possam se deslocar dentro do berço deve ser evitado.
Nutrição	<ul style="list-style-type: none"> · O ideal é que, até os 6 meses de vida, o RNPT seja amamentado somente com o leite materno. · Após as mamadas, orienta-se a posição ereta no colo para promover eructação. · As mamadas devem acontecer em períodos frequentes e de acordo com a vontade e necessidade do bebê (livre demanda). · O RNPT pode não apresentar os sinais de fome (sugar as mãos, chorar e apresentar movimentos em busca da mama), em razão de sua imaturidade, e por isso o tempo máximo entre uma mamada e outra deve ser de 3 horas. · A pega e a posição adequadas devem ser orientadas. · O ideal, em caso de necessidade de leite materno ordenhado ou de fórmula láctea, é que seja oferecido em um copinho, para evitar problemas dentários e a confusão de bicos, pelo uso da mamadeira, e assim que ele largue o peito. O ideal é colocar o bebê acordado semissentado, apoiar a cabeça e o pescoço com as mãos, encostar suavemente o copinho no lábio inferior, aguardar o bebê “lamber” o leite e observar se ele não está se engasgando.
Manejo da cólica	<ul style="list-style-type: none"> · O controle da cólica do bebê envolve recomendações como pegar o lactente no colo para promoção da troca de calor, enrolá-lo em manta ou cobertor, reduzir estímulos, como locais com muito barulho ou excesso de pessoas. Oferecer um banho morno ou aplicar compressas mornas na barriga podem ajudar no manejo do desconforto. · É importante lembrar que não se deve administrar medicamento ou substituir a fórmula láctea sem orientação profissional, bem como não oferecer chás ao bebê.
Uso de cadeirinha de segurança para automóvel	<ul style="list-style-type: none"> · A cadeirinha deve ter inclinação de aproximadamente 45° (siga as instruções do fabricante) e deve permanecer virada para trás. · Podem ser usadas mantas enroladas em ambos os lados do RN, com intuito de fornecer apoio lateral para a cabeça e tronco. · É recomendável que um adulto sente no banco de trás para observar o bebê durante o trajeto para casa. · Deve-se utilizar as cadeirinhas de segurança para carro somente para essa finalidade, evitando-se manter o bebê na cadeirinha por longos períodos além do necessário para o trajeto a ser feito.

Figura 3. Principais orientações aos pais de recém-nascidos prematuros para cuidador no domicílio.

Fonte: Carvalho et al. (2015); Círculo Operadora Integrada em Saúde (2014); Sociedade Brasileira de Pediatria (2021); Santos e Costa (2015) apud Sociedade Brasileira de Enfermeiros Pediatras⁸(2021).

4.1. Benefícios Esperados

Espera-se que as medidas recomendadas proporcionem às crianças que nasceram prematuras e suas famílias os meios necessários para melhorar sua saúde. Os problemas observados na interação social de prematuros após a alta hospitalar são provavelmente consequências das complexas interações de problemas médicos neonatais e dos cuidados especiais com o ambiente da unidade neonatal.⁹

É necessário o compromisso e a implementação de uma abordagem abrangente da infância, que ampliem as ações para o desenvolvimento pleno de todas as capacidades — física, social, emocional e cognitiva. Espera-se que a participação efetiva da enfermagem nesse processo colabore para a excelência da assistência prestada a esse público.⁹

4.2. Acompanhamento Pós-tratamento

Ao completar 2 anos, as crianças deverão ser acompanhadas conforme calendário de acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil na Atenção Primária à Saúde (APS) e em serviços especializados, se encaminhada previamente.

4.3. Termo de Esclarecimento e Responsabilidade – TER

Não se aplica.

4.4. Regulação/Controle/Avaliação pelo Gestor

Os dados coletados anualmente pelas coordenações regionais de saúde da criança, por meio do instrumento de monitoramento, servirão para o planejamento das ações dos gestores de cada localidade e do núcleo técnico responsável. Um dos critérios que pode ser avaliado é a taxa de mortalidade pós-neonatal e infantil na unidade da federação por ano, segundo o Painel de Monitoramento da Mortalidade Infantil e Fetal.⁴



Referências Bibliográficas

1. World Health Organization. Born too soon: the global action report on preterm birth. World Health Organization. 2012. [Acesso em 10 de maio de 2024]. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/44864>
2. United Nations Inter-agency Group for Child Mortality Estimation (UN IGME). Levels & Trends in Child Mortality: Report 2022. Estimates developed by the United Nations Inter-agency Group for Child Mortality Estimation. United Nations Children's Fund, New York, 2023 [Acesso em 22 de julho de 2023]. Disponível em: <https://childmortality.org/wp-content/uploads/2023/01/UN-IGME-Child-Mortality-Report-2022.pdf>
3. Brasil, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Seguimento Compartilhado entre a Atenção Hospitalar e a Atenção Básica: Manual do Método Canguru [Internet] 2015. [Acesso em 5 de fevereiro de 2024]. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_metodo_canguru_seguimento_compartilhado.pdf
4. Brasil. Ministério da Saúde. Plataforma integrada de vigilância em Saúde. Painel de Monitoramento da Natalidade. [acesso 2024 Abr 01]. Disponível em: <http://plataforma.saude.gov.br/natalidade/>
5. Brasil. Ministério da Saúde. Cadernos de Saúde da Criança: Crescimento e Desenvolvimento. Cadernos de Atenção Básica 33 - Saúde da Criança: Crescimento e Desenvolvimento, 2012 [Internet]. [Acesso em 23 de janeiro de 2024]. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_crianca_crescimento_desenvolvimento.pdf
6. Margotto P. Assistência ao Recém-Nascido de Risco, 4ª Ed. Dr. Paulo Roberto Margotto [Internet]. [Acesso em 8 de fevereiro de 2023]. Disponível em: <http://paulomargotto.com.br/lancamento-do-livro-assistencia-ao-recem-nascido-de-risco-4a-edicao-marcos-da-neonatologia-do-hras-hmib-2021/>
7. INTERGROWTH-21st [Internet]. intergrowth21.ndog.ox.ac.uk. [Acesso em 01 de abril de 2024] Disponível em: <http://intergrowth21.ndog.ox.ac.uk/pt>
8. Sociedade Brasileira de Enfermeiros Pediatras. Cuidado Integral ao Recém-nascido Pré-termo e à Família [Internet]. Revista SOBEP 2021. [Acesso em 23 de março de 2024]. Disponível em: <https://journal.sobep.org.br/cuidado-integral-ao-recem-nascido-pre-termo-e-a-familia/>
9. Sociedade Brasileira de Pediatria. Departamento Científico de Neonatologia. Seguimento Ambulatorial do Prematuro de Risco [Internet]. 2012. [Acesso em 23 de janeiro de 2024]. Disponível em: https://www.sbp.com.br/fileadmin/user_upload/pdfs/seguimento_prematuro_ok.pdf
10. Querido DL, Christoffel MM, Almeida VS, Esteves APVS, Menezes HF, Silva HCDA, Camacho ACLF. Construction and Validation of Nursing Diagnoses for Premature Newborns. Rev Esc Enferm USP. 2023; [Acesso em 23 de janeiro de 2024]. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1980-220X-REEUSP-2023-0167en>
11. Diagnósticos de Enfermagem da NANDA-I: Definições e Classificação 2021-2023. 2021 ;[Acesso em 22 de julho de 2024 Jul.]. Disponível em: <https://repositorio.usp.br/item/003106217>
12. Secretaria de Estado da Saúde do Distrito Federal. Subsecretaria de Atenção

Primária à Saúde. Diretoria de Ciclos de Vida e Práticas Integrativas em Saúde. Gerência de Ciclos de Vida. Núcleo de Saúde da Criança. Protocolo de Atenção Primária à Saúde da Criança Brasília -DF, 2014. Cadernos de Saúde da Criança [Internet]. [Acesso em 01 de abril de 2024]. Disponível em: <https://www.saude.df.gov.br/documents/37101/80989/Protocolo+de+Aten%C3%A7%C3%A3o+Prim%C3%A1ria+%C3%A0+Sa%C3%BAde+da+Crian%C3%A7a.pdf/2739857b-50fc-97cc-35cf-35d240dcadcf?t=1648526919365>

13. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança: Orientações para implementação. Brasília: Ministério da Saúde, 2018. 180 p. [Acesso em 23 de janeiro de 2024]. Disponível em: <https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/wp-content/uploads/2018/07/Pol%C3%ADtica-Nacional-de-Aten%C3%A7%C3%A3o-Integral-%C3%A0-Sa%C3%BAde-da-Crian%C3%A7a-PNAISC-Vers%C3%A3o-Eletr%C3%B4nica.pdf>

14. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.683, de 12 de julho de 2007. Aprova, na forma do anexo, a normas de orientação para a implantação do Método Canguru. Brasília: MS; 2007 [Acesso em 01 de fevereiro de 2021]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2007/prt1683_12_07_2007.html.

15. Sobral, L. D., Gomes, Z. B. L., Pinheiro, G. B., de Moraes, L. R. R., Moura, V. S., & Lopes, I. M.

D. Análise da Técnica de Translactação e Relactação como Método de Transição Alimentar em um Hospital Amigo da Criança em Aracaju-SE. *Brazilian Journal of Development*, 2023; [Acesso em 01 de fevereiro de 2021] 9(05), 18021–18032. Disponível em: <https://doi.org/10.34117/bjdv9n5-235>

16. Araujo. Introdução da Alimentação Complementar em Recém-nascidos Pré-termo: Revisão Integrativa. Repositorio UFU BR [Internet]. 2022 [Acesso em 9 de abril de 2024]. Disponível em: <https://repositorio.ufu.br/handle/123456789/35650>

17. Sociedade Brasileira de Pediatria. Nutrologia Pediátrica: Temas da Atualidade em Nutrologia Pediátrica - 2021. / Departamento Científico de Nutrologia. São Paulo: SBP. [Internet]. 2021 [Acesso em 10 de março de 2024]. Disponível em: https://www.sbp.com.br/fileadmin/user_upload/Manual_de_atualidades_em_Nutrologia_2021_-_SBP_SITE.pdf

18. Atenção à Saúde do Recém-nascido: Guia para os Profissionais de Saúde (Vol. IV) — Ministério da Saúde [Internet]. www.gov.br. 2011 [Acesso em 28 de março de 2024]. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/s/saude-da-crianca/publicacoes/atencao-a-saude-do-recem-nascido-guia-para-os-profissionais-de-saude-vol-iv/view>

19. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Atenção Humanizada ao Recém nascido: Método Canguru: Manual Técnico. 3. ed. Brasília: MS; 2017 [Acesso em 28 de janeiro de 2021]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_humanizada_metodo_canguru_manual_3ed.pdf.

20. Secretaria de Saúde do Distrito Federal. Nota Técnica N.º 5/2024 - SES/SAIS/ARAS [Internet]. 2024 [Acesso em 01 de abril de 2024]. Disponível em: https://www.saude.df.gov.br/documents/37101/0/SEI_GDF+-+131737545+-+Nota+T%C3%A9cnica

ca.pdf/ba0d47c1-647c-25fa-8418-2ce414159f9f?t=1706621771260

21. Ministério da Saúde. Triagem Neonatal Biológica: Manual Técnico [Internet]. 2016. [Acesso em 01 de Abril de 2024]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/triagem_neonatal_biologica_manual_tecnico.pdf

22. Ferreira FR. Teste do Pezinho: Mecanismos Genéticos e Aplicações. Repositório UNICEUB BR [Internet]. 2023 [Acesso em 10 de abril de 2024]. Disponível em: <https://repositorio.uniceub.br/jspui/handle/prefix/16927>

23. Conselho Federal de Enfermagem – Cofen. No 736 DE 17 DE JANEIRO DE 2024 [Internet]. Conselho Federal de Enfermagem – Cofen, editor. 2023 [Acesso em 26 de março de 2024]. Disponível em: <https://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-736-de-17-de-janeiro-de-2024/>

24. Instituto de Gestão Estratégica do Distrito Federal. Boletim de atos oficiais. 2023 [Acesso em 01 de abril de 2024]. Disponível em: https://igesdf.org.br/wp-content/uploads/2023/03/Boletim_de_Atos_Oficiais_761.pdf

25. Marinho ACA, Pereira EC de S, Torres KKC, Miranda AM, Ledesma ALL. Evaluation of Newborn Hearing Screening Program. Rev Saúde Pública [Internet]. 2020;54:44. [Acesso em 01 de abril de 2024] Disponível em: <https://doi.org/10.11606/s1518-8787.2020054001643>

26. Martinelli RLC. Validação do Protocolo de Avaliação do Frênulo da Língua em Bebês [tese]. Bauru: Faculdade de Odontologia de Bauru. Universidade de São Paulo; 2015 [Acesso em 2 de abril de 2024]. 104 p. Disponível em: https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/25/25143/tde-17052016-150210/publico/RobertaLopesdeCastroMartinelli_Rev.pdf

27. Amarante, I. R. et al. Estimulação Precoce em Bebê Pré-termo como Intervenção da Terapia Ocupacional. Revista de Casos e Consultoria. 2021, 12(1):24588. [Acesso em 09 de abril de 2024]. Disponível em: <https://periodicos.ufrn.br/casoseconsultoria/article/view/24588/14247> .

28. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Coordenação Geral de Saúde da Criança e Aleitamento Materno. Nota Técnica nº 35/2018. Brasília: Ministério da Saúde, 2018. [Acesso em 01 de fevereiro de 2021]. Disponível em: <https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/biblioteca/nota-tecnica-n-o-35-2018-anquiloglossia-em-recem-nascidos/>.

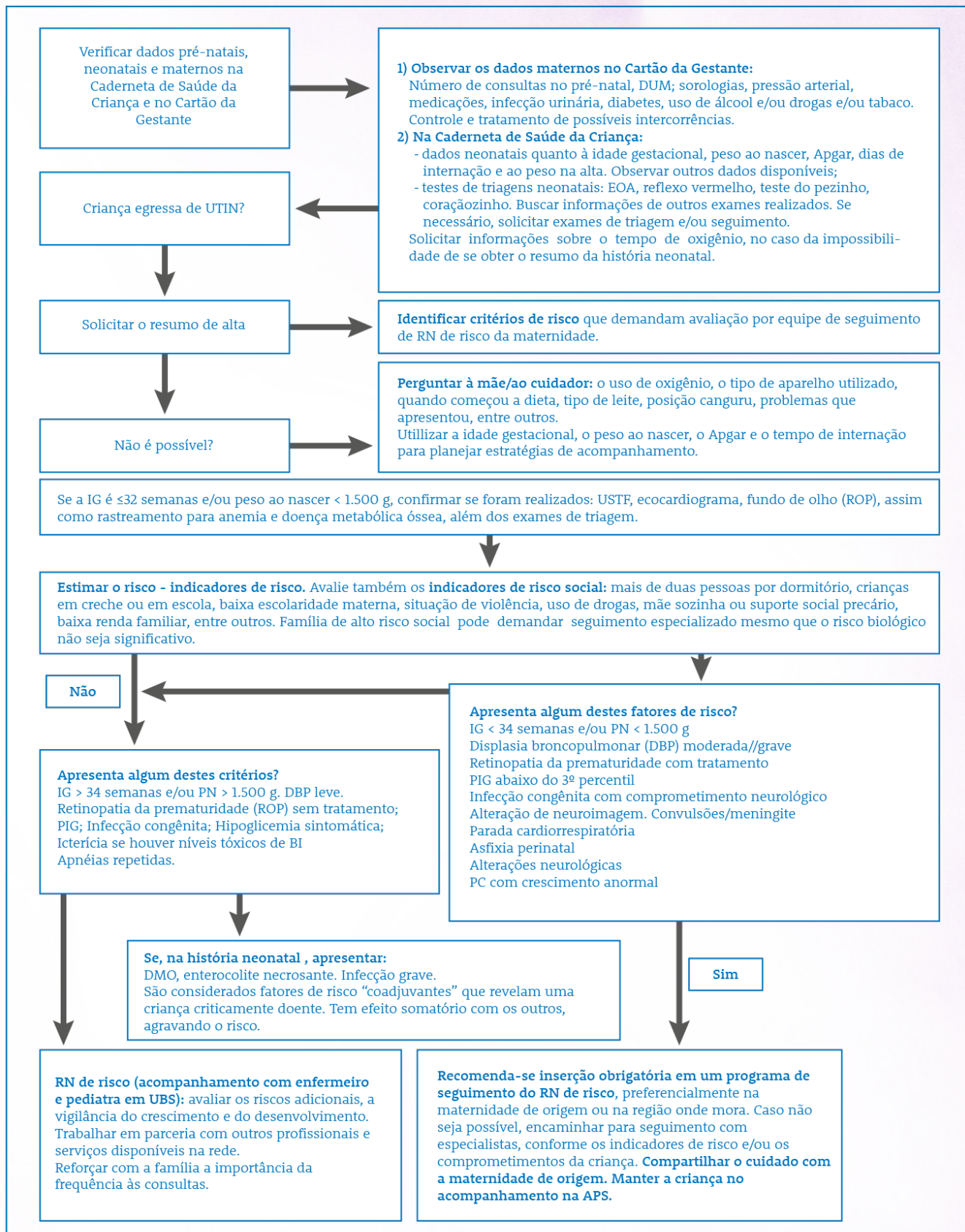
29. Beleza, L. O. et al. Profile of At-risk Newborns Attended by Nurses in Outpatient Follow-up Clinic: A Retrospective Cohort Study. Rev. Latino-Am. Enfermagem, 2019.[Acesso em 01 de fevereiro de 2021]v. 27, p. e3113. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.2301.3113>.

Sociedade Brasileira de Imunizações. Calendário de vacinação para prematuros. São Paulo: SBIm, 2023.[Acesso em 09 de abril de 2024]. Disponível em: <https://www.sbim.org.br/calendarios-de-vacinacao/prematuros>



Anexos

Anexo A: Fluxograma de avaliação de risco do recém-nascido prematuro



Fonte: Brasil³ (2015) e Sociedade Brasileira de Enfermeiros Pediatras⁸ (2021).

Anexo B. Calendário vacinas de prematuros - Sociedade Brasileira de Imunizações, 2024/2025

Vacinas recomendadas no primeiro ano de vida	Esquemas e recomendações	Comentários	Disponibilização das vacinas	
			Gratuita nas UBS* e/ou nos CRIE**	Clínicas privadas de vacinação
BCG ID	Dose única. Se PN** < 2.000 g, adiar a vacinação até que o RN*** atinja peso maior ou igual a 2.000 g.	Deverá ser aplicada o mais precocemente possível, preferencialmente ainda na maternidade. Em casos de histórico familiar, suspeita de imunodeficiência ou RNs cujas mães fizeram uso de biológicos durante a gestação, a vacinação poderá ser postergada ou contraindicada (consulte os Calendários de vacinação SBIm pacientes especiais).	SIM	SIM
Anticorpo monoclonal específico contra o VSR (Palivizumabe)	<p>Estão recomendadas doses mensais consecutivas de 15 mg/kg de peso, via intramuscular, até no máximo cinco aplicações para os seguintes grupos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Prematuros até 28 semanas gestacionais, no primeiro ano de vida. - Prematuros até 32 semanas gestacionais, nos primeiros seis meses de vida - Bebês com doença pulmonar crônica da prematuridade e/ou cardiopatia congênita, até o segundo ano de vida, desde que esteja em tratamento destas condições nos últimos seis meses. - Utilizar inclusive em RNs hospitalizados. 	<p>Deve ser aplicada nos meses de maior circulação do vírus, o que depende da região do Brasil: região Norte, de janeiro a junho; região Sul, de março a agosto; regiões Nordeste, Centro-Oeste e Sudeste, de fevereiro a julho.</p> <p>O Ministério da Saúde disponibiliza gratuitamente para:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Prematuros até 28 semanas gestacionais, no primeiro ano de vida. - Bebês com doença pulmonar crônica da prematuridade e/ou cardiopatia congênita, até o segundo ano de vida. <p>O uso em portadores de doença pulmonar crônica e/ou cardiopatias congênitas está indicado independente da idade gestacional ao nascer.</p>	NA REDE PÚBLICA: verificar onde está disponível em cada município.	SIM. Como este medicamento está no rol da ANS, tem cobertura pelos planos/convenios de saúde, para os mesmos critérios do Ministério da Saúde.

<p>Anticorpo monoclonal específico contra o VSR (Nirsevimabe)</p>	<p>Recomendação universal para ≤ 12 meses, um mês antes ou durante a sazonalidade, em dose única de 50mg para crianças com peso inferior a 5kg e 100mg para aqueles com ≥ 5kg, por via IM. Na segunda sazonalidade, recomendado para crianças com maior risco (doença pulmonar crônica da prematuridade com necessidade de suporte médico, imunocomprometimento grave, fibrose cística, cardiopatias congênitas não corrigidas).</p>	<p>- Deve ser aplicado antes ou durante os meses de maior circulação do vírus de acordo com a região do Brasil, havendo possibilidade de alterações de acordo com a realidade epidemiológica local/regional. O MS define os seguintes períodos da sazonalidade por região:</p> <p>- Região Norte: fevereiro a junho. Demais regiões: março a julho. Pode ser coadministrado com as vacinas do calendário da faixa etária.</p>	<p>NÃO</p>	<p>SIM</p>
<p>Hepatite B</p>	<p>Primeira dose nas primeiras 12 horas de vida. Continuidade: obrigatoriamente quatro doses (esquema 0-2-4-6 meses) em RNs nascidos com peso inferior a 2.000 g ou idade gestacional menor que 33 semanas</p>	<p>Os RNs de mães HB-SAg+ devem receber ao nascer, além da vacina, imunoglobulina específica contra hepatite B (IGHAB). Para a continuidade do esquema de doses, o uso da vacina Hexa acelular (DTPa-HB-VIP-Hib) deve ser preferido, inclusive para RNs hospitalizados.</p>	<p>SIM, nas UBS: hepatite B e DTPw-HB-Hib</p> <p>SIM, nos CRIE: Hexa acelular</p>	<p>SIM, Hexa acelular</p>
<p>Rotavírus</p>	<p>- Vacinar na idade cronológica, iniciando aos 2 meses de vida, respeitando-se a idade limite máxima de aplicação da primeira dose de 3 meses e 15 dias, de acordo com o Calendário de Vacinação SBIm Criança.</p> <p>- Vacina de vírus vivo atenuado, oral, e portanto, contraindicada em ambiente hospitalar.</p>	<p>Em caso de suspeita de imunodeficiência ou RNs cujas mães fizeram uso de biológicos durante a gestação, a vacina pode estar contraindicada ou ser adiada, desde que respeitando a idade máxima (consulte os Calendários de Vacinação SBIm Pacientes Especiais).</p>	<p>SIM, vacina monovalente</p>	<p>SIM, vacina monovalente e pentavalente</p>

Tríplice bacteriana (difteria, tétano coqueluche)	<p>- Vacinar na idade cronológica, iniciando aos 2 meses de vida, de acordo com o Calendário de Vacinação SBIm Criança.</p> <p>- Para RNs prematuros, hospitalizados ou não, utilizar preferencialmente vacinas acelulares, porque reduzem o risco de eventos adversos.</p>	<p>- Em prematuros extremos, considerar o uso de analgésicos/antitérmicos profiláticos com o intuito de reduzir a ocorrência de dor e febre.</p> <p>- As vacinas Penta acelular e Hexa acelular estão disponíveis nos CRIE para RN prematuro extremo (menor de 1.500 g ou de 33 semanas).</p>	<p>SIM, nas UBS:</p> <p>DTPw-Hib-HepB</p> <p>SIM, nos CRIE:</p> <p>Penta e Hexa acelular</p>	<p>Sim, DTPa, Penta e Hexa acelular</p>
Haemophilus influenzae b	<p>- Vacinar na idade cronológica, iniciando aos 2 meses de vida, de acordo com o Calendário de Vacinação SBIm Criança.</p> <p>- Reforço aos 15 meses de vida.</p>	<p>O uso das vacinas combinadas a DTPa (DTPa-HB- VIP-Hib ou DTPa-VIP-Hib) são preferenciais, pois permitem a aplicação simultânea e se mostraram eficazes e seguras para os RNPTs.</p>	<p>SIM, nas UBS:</p> <p>DTPw-Hib-HepB</p> <p>SIM, nos CRIE: Hib, Penta e Hexa acelular</p>	<p>SIM, Hib, Penta e Hexa acelular</p>
Poliomielite inativada (VIP)	<p>Vacinar na idade cronológica, iniciando aos 2 meses de vida, de acordo com o Calendário de Vacinação SBIm Criança.</p>	<p>Preferir as vacinas combinadas: DTPa-HB-VIP-Hib e DTPa-VIP-Hib</p>	<p>SIM, UBS - VIP</p> <p>SIM, CRIE - VIP, Penta e Hexa acelular</p>	<p>SIM, Penta e Hexa acelular</p>
Pneumocócica conjugada	<p>Vacinar na idade cronológica, iniciando aos 2 meses de vida, de acordo com o Calendário de Vacinação SBIm Criança.</p>	<p>- RNPTs e de baixo PN apresentam maior risco para o desenvolvimento de doença pneumocócica invasiva, tanto maior quanto menor a idade gestacional e o PN.</p> <p>- Sempre que possível, preferir a vacina VPC13 ou VPC15 no esquema básico e no reforço; na sua impossibilidade, utilizar a vacina VPC10. Algumas comorbidades tem critério para terceira dose de VPC10 aos 6 meses de idade, esquema 3+1 (Consultar Manual do CRIE).</p>	<p>SIM, VPC10</p>	<p>SIM VPC10, VPC13 e VPC15</p>
Meningocócicas conjugadas ACWY ou C	<p>Vacinar na idade cronológica, iniciando aos 3 meses de vida, de acordo com o Calendário de Vacinação SBIm Criança.</p>	<p>- Sempre que possível, preferir a vacina menA-CWY no esquema básico e nos reforços; na sua impossibilidade, utilizar a vacina meningocócica C conjugada.</p>	<p>SIM, menC</p>	<p>SIM, menC e menA-CWY</p>

Meningocócicas B	Meningocócicas B Vacinar na idade cronológica, iniciando aos 3 meses de vida, de acordo com o Calendário de Vacinação SBIm Criança.	- A fim de reduzir a frequência de eventos adversos, a vacina meningocócica B deve ser aplicada preferencialmente em separado das vacinas pneumocócica e pertussis. - É aconselhável o uso de paracetamol profilático nas primeiras 24 horas após a vacinação, devido ao risco de febre alta que esta vacina pode desencadear como evento adverso.	NÃO	SIM
Influenza	Vacinar na idade cronológica, iniciando a partir dos 6 meses de vida, de acordo com a sazonalidade do vírus e com o Calendário de Vacinação SBIm Criança.	Vacinas influenza 3V ou 4V – duas doses com intervalo de um mês entre elas.	SIM, 3V	SIM, 3V e 4V
Febre amarela	Vacinar na idade cronológica, aos 9 meses e aos 4 anos de idade (consulte o Calendário de Vacinação SBIm Criança).	Em caso de imunodeficiência, está contraindicada por ser vacina viva atenuada.	SIM	SIM
Covid-19	Acesse os dados atualizados sobre a disponibilidade de vacinas e os grupos contemplados.	pelo PNI em gov.br/saude/pt-br/assuntos/coronavirus	SIM para 6 meses a 4 anos	NÃO

Recomendações da Sociedade Brasileira de Imunizações (SBIm) – 2024/2025
A vacinação de contactantes é especialmente indicada para quem convive ou cuida de RNPT* e inclui as vacinas contra coqueluche, influenza, varicela, sarampo, caxumba, rubéola e COVID. 14/03/2024 · O uso simultâneo de múltiplas doses injetáveis em RNPTs pode associar-se à apneia, devendo-se dar preferência à administração de menor número de injeções em cada imunização · Qualquer dose não administrada na idade recomendada deve ser aplicada na visita subsequente · Eventos adversos significativos devem ser notificados às autoridades competentes.*

Recém-nascido pré-termo ** peso ao nascimento *** recém-nascido * UBS – Unidades Básicas de Saúde ** CRIE – Centros de Referência para Imunobiológicos Especiais

(CONTINUAÇÃO)

Imunoglobulinas recomendadas no primeiro ano de vida	Esquemas e recomendações	Comentários	Disponibilização das vacinas	
			Gratuita nas UBS* e/ou nos CRIE**	Clínicas privadas de vacinação
Imunoglobulina humana anti-hepatite B (IGHAHB)	Para RNs de mães portadoras do vírus da hepatite B: 0,5 mL via intramuscular.	Aplicar referencialmente nas primeiras 12 a 24 horas de vida, até, no máximo, o sétimo dia de vida.	SIM	NÃO
Imunoglobulina humana antivariçela zóster (IGHAVZ)	<p>Está recomendada nas seguintes situações:</p> <p>Para prematuros nascidos entre 28 semanas e 36 semanas de gestação expostos à varicela, quando a mãe tiver história negativa para varicela.</p> <p>Para prematuros nascidos com menos de 28 semanas de gestação ou com menos de 1.000g de peso e expostos à varicela, independente da história materna de varicela.</p> <p>A dose é de 125 UI por via IM e deve ser aplicada em até 96 horas após o contato.</p>	Independente da idade gestacional ou PN, recomendar para RN cuja mãe tenha apresentado quadro clínico de varicela de cinco dias antes até dois dias depois do parto.	SIM	NÃO

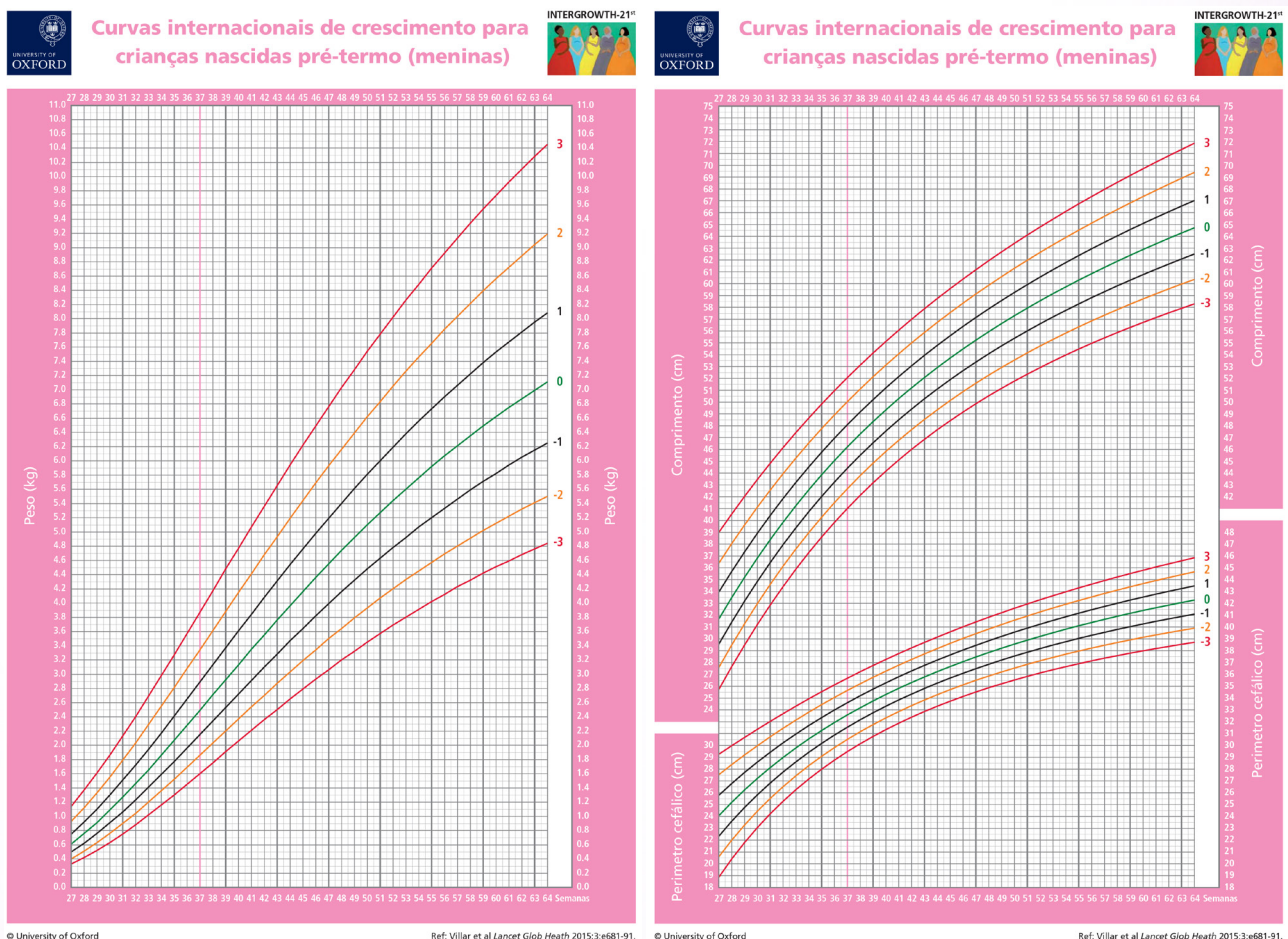
<p>Imunoglobulina humana ntitetânica (IGHAT)</p>	<p>Está recomendada na dose de 250 UI, por via IM. Para RNs prematuros com lesões potencialmente teta-nogênicas, independentemente da história vacinal da mãe.</p>	<p>Independente da idade gestacional ou PN, deve ser aplicada para RNs prematuros sob risco potencial de tétano.</p>	<p>SIM</p>	<p>NÃO</p>
--	--	--	------------	------------

24/08/2023 · O uso simultâneo de múltiplas doses injetáveis em RNPTs pode associar-se à apneia, devendo-se dar preferência à administração de menor número de injeções em cada imunização · Qualquer dose não administrada na idade recomendada deve ser aplicada na visita subsequente · Eventos adversos significativos devem ser notificados às autoridades competentes.

- * recém-nascido pré-termo
- ** peso ao nascimento
- *** recém-nascido
- * UBS – Unidades Básicas de Saúde
- ** CRIE – Centros de Referência para Imunobiológicos Especiais

Fonte: Sociedade Brasileira de Imunizações, 2023/2024³⁰.

Anexo C. Curvas internacionais de crescimento para crianças nascidas pré-termo (meninas)⁷.





BIOGRAFIA DOS AUTORES

1. Kelly Saboia Menezes Dias

Enfermeira graduada pela Universidade de Brasília. Mestrado pelo Programa de Pós-Graduação em Ciências para a Saúde – modalidade mestrado profissional, da Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde, Brasília, Distrito Federal. Enfermeira da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal, atuando no Hospital Regional de Sobradinho, no ambulatório de seguimento do prematuro de risco, e há 16 anos na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal. Tutora do Método Canguru. Contato: kellysaboiamd@gmail.com

2. Alessandra Carvalho Soares Rosa

Estudante de enfermagem na Escola Superior de Ciências da Saúde (ESCS), em Brasília. Bolsista de Iniciação Científica por dois anos. Com foco na saúde neonatal e pediátrica, integrou a Liga Acadêmica de Pediatria, onde desenvolveu habilidades em práticas de enfermagem voltadas à atenção primária e hospitalar. Atuou também em projetos de extensão sobre avaliação de feridas, saúde de populações migrantes e emergências neonatais, experiências que fundamentam seu compromisso com a criação de protocolos para a assistência de enfermagem a recém-nascidos prematuros. O ebook desenvolvido visa aprimorar a assistência de enfermagem a prematuros na atenção primária e em ambulatórios de seguimento, promovendo um cuidado integral, acolhedor e contínuo. Valoriza a humanização e a escuta ativa na assistência de enfermagem, buscando compreender e atender às necessidades específicas de cada recém-nascido e sua família, estabelecendo um vínculo de confiança que favorece o desenvolvimento saudável e a segurança no cuidado. Contato: aalessandracarvalho02@gmail.com

2. Wilton Kevin Silva Alencar

Brasiliense, estudante do terceiro ano de enfermagem na Escola Superior de Ciências da Saúde (ESCS) em Brasília. Bolsista do Programa Institucional de Bolsas de Iniciação Científica (PIBIC) por dois anos. Desde jovem, sempre teve uma paixão por cuidar das pessoas, o que o motivou a escolher a enfermagem como carreira. Destacando-se em sua trajetória acadêmica, envolve-se em projetos de extensão e voluntariado, integrou a Liga Acadêmica de Terapia Intensiva melhorando e expandindo suas habilidades práticas ao cuidado intensivo, sempre buscando aplicar seus conhecimentos com foco na humanização do cuidado. Fora dos estudos, aprecia explorar Brasília e valoriza momentos de lazer com amigos e familiares, equilibrando sua vida acadêmica com atividades de lazer. Contato: will_kevin26@outlook.com

3. Ângela Ferreira Barros

Enfermeira. Doutorado em Saúde Coletiva e Mestrado em Ginecologia, Obstetrícia e Mastologia pela Faculdade de Medicina de Botucatu da Universidade Júlio de Mesquita Filho (Unesp). Enfermeira na Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal (SES-DF). Docente permanente, orientadora e vice coordenadora do Programa de Pós-Graduação em Ciências para a Saúde – modalidade mestrado profissional, da Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde, na linha de pesquisa Qualidade da Assistência à Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente, desenvolvendo produtos e/ou pesquisas na área de câncer de mama (epidemiologia), assistência obstétrica/neonatal, segurança do paciente, gênero e saúde. Docente no curso de Graduação em Enfermagem da ESCS e da Universidade do Distrito Federal. Email: angelabarros@escs.edu.br ou angela.barros@undf.edu.br





Os serviços de seguimento do bebê prematuro possuem como principal função garantir que o recém-nascido de risco atinja seu máximo potencial no que tange ao seu crescimento e desenvolvimento, seja por proporcionar um cuidado individualizado e baseado em evidências, seja por englobar a família e a rede de apoio nas suas intervenções e orientações.

Assim, a Consulta de Enfermagem ambulatorial deve possibilitar a avaliação global do bebê e da sua relação com sua família, garantir a continuidade da assistência com qualidade e detectar precocemente possíveis alterações, de sequelas e incapacidades. Além disso, a enfermeira consegue auxiliar esta família quando, diante de certas dificuldades, esclarece suas dúvidas, apoia o aleitamento materno e orienta suas ações com empatia, sensibilidade e saber científico.

Ser a enfermeira que cuida desse recém-nascido de risco permite o recebimento de um feedback de como está a assistência dentro das unidades de terapia intensiva e de cuidados intermediários, pois mais importante que garantir a sobrevivência é a qualidade de vida desses sobreviventes. Isso sem mencionar como é extremamente recompensador ver um bebê que ficou clinicamente grave, mamando, crescendo e desenvolvendo-se de forma adequada porque suas orientações estão fazendo realmente diferença na vida dele e de sua família. Ou seja, promovemos a saúde e prevenimos doenças numa população vulnerável e necessitada de uma assistência especializada, capacitada e humanizada.

Dra. Ludmylla de Oliveira Beleza

Enfermeira do Hospital Materno Infantil de Brasília

ISBN: 978-65-01-27687-8

