

FACULDADE DA CIDADE DE MACEIÓ
CURSO DE ENFERMAGEM

MARLENE ALVES DE MELO

**ASSISTÊNCIA E CUIDADOS DE ENFERMAGEM AO RN PREMATURO DE BAIXO
PESO**

MACEIÓ
2023

MARLENE ALVES DE MELO

**ASSISTÊNCIA E CUIDADOS DE ENFERMAGEM AO RN PREMATURO DE BAIXO
PESO**

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado ao curso de Enfermagem da
Faculdade da Cidade de Maceió – FACIMA
como exigência parcial à obtenção do título
de bacharel em Enfermagem, sob a
orientação da Prof^ª. Mestra. Nidia Caroline
Marques Bezerra.

**MACEIÓ
2023**

Ficha Catalográfica

M528a

Melo, Marlene Alves de.

Assistência e cuidados de enfermagem ao RN prematuro de baixo peso. Marlene Alves de Melo. – Maceió: [s.n], 2023.

44 f.

Orientadora: Nídia Caroline Marques Bezerra.

Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Enfermagem) – Faculdade da Cidade de Maceió - FACIMA, Maceió, 2023.

Bibliografia: 41 - 43.

1. Assistência ao bebê prematuro. 2. Cuidados ao RN. 3. UTIN - Cuidados de Enfermagem. BEZERRA, Nídia Caroline Marques. Faculdade da Cidade de Maceió. Curso de Enfermagem. II. Título.

CDU 616-083

MARLENE ALVES DE MELO

**ASSISTÊNCIA E CUIDADOS DE ENFERMAGEM AO RN PREMATURO
DE BAIXO PESO**

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado ao curso de Enfermagem da
Faculdade da Cidade de Maceió – FACIMA
como exigência parcial à obtenção do título
de bacharel em Enfermagem em
____/____/____

COMISSÃO JULGADORA:

Profa. Mestre. Nidia Caroline M. Bezerra
Curso de Enfermagem
Orientadora

Profa. Especialista. Cynara Alves de França
Curso de Enfermagem
Examinadora Externa

Prof. Especialista. Telma Ferreira dos Santos
Curso de Enfermagem
Examinador Interno

AGRADECIMENTOS

Primeiramente a Deus, pela minha vida, que fez com que meus objetivos fossem alcançados durante todos os anos de estudo e por me ajudar a ultrapassar todos os obstáculos encontrados ao longo do curso, que contribuiu para a realização deste trabalho.

Aos meus pais e irmãos por me incentivarem nos momentos difíceis e compreenderem a minha ausência enquanto eu me dedicava a realizar este trabalho.

Por fim, aos professores, pelas correções e ensinamentos que me permitiram apresentar um melhor desempenho no processo de formação profissional e por ter sido meu orientador e paciente ao desempenhar tal função com dedicação e amizade.

RESUMO

Com os avanços científicos, cresce a expectativa de vida em geral de bebês prematuros. Assim, neste estudo, abordo questões de necessidade e de garantia de cuidado contínuo para o bebê de baixo peso (SUS, 2000). O excesso de intervenções obstétricas e o baixo uso de boas práticas na atenção ao parto permanecem no Brasil. No mundo, atualmente, a prematuridade representa a principal causa de mortalidade neonatal com um percentual de 75%, segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS, 2016). Neste estudo, busco apresentar uma revisão literária sobre Assistência de Enfermagem ao Prematuro, com enfoque na atenção à saúde dessa clientela e no levantamento bibliográfico junto ao Banco de dados do Ministério da Saúde, em consultas periódicas internacionais e livros-texto mais recentes. De um modo geral, os estudos abordam as visitas domiciliares para efetivar o seguimento da criança, suporte às famílias e orientações às mães como estratégias de enfermagem.

Palavras-chave: Assistência ao bebê Prematuro. Cuidados ao RN. Humanização em Enfermagem ao RN Prematuro. UTIN.

RESUMEN

Con los avances científicos, aumenta la expectativa de vida en general de los bebés prematuros. En este estudio, abordo cuestiones de necesidad y garantía de atención continua para el bebé de bajo peso (SUS, 2000). El exceso de intervenciones obstétricas y el bajo uso de buenas prácticas en la atención al parto persisten en Brasil. En el mundo, actualmente, la prematuridad representa la principal causa de mortalidad neonatal con un porcentaje del 75%, según la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2016). En este estudio, busco presentar una revisión literaria sobre la Asistencia de Enfermería al Prematuro, con enfoque en la atención a la salud de esta clientela y en la recopilación bibliográfica a través de la Base de datos del Ministerio de Salud, consultas periódicas internacionales y libros de texto más recientes. En general, los estudios abordan las visitas domiciliarias para llevar a cabo el seguimiento del niño, brindar apoyo a las familias y ofrecer orientación a las madres como estrategias de enfermería.

Palabras clave: Asistencia al bebé Prematuro. Cuidados al RN. Humanización en Enfermería al RN Prematuro. UTIN.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

Fig.	Figura
Gts.	Gotas
IG	Idade Gestacional
Img.	Imagem
OMS	Organização Mundial da Saúde
RN	Recém Nascido
SNC	Sistema Nervoso Central
SPO ²	Saturação de Oxigênio
UBS	Unidade Básica de Saúde
UTI	Unidade de Terapia Intensiva
UTIN	Unidade de Terapia Intensiva Neonatal

LISTA DE IMAGENS

Imagem 1. Alimentação de leite como complemento para ganho de peso.....	14
Imagem 2. Aleitamento Materno.....	24
Imagem 3. Aleitamento Materno.....	24
Imagem 4. Amamentação Deitada de Lado na Cama.....	34
Imagem 5. Amamentação, Sentada com o Bebê no colo.....	35
Imagem 6. Amamentação, Sentada, com o bebê na posição "cavalinho"	35
Imagem 7. Amamentação de pé.....	36
Imagem 8. Amamentação, Sentada com o Bebê por baixo do Braço.....	36

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1. Acompanhamento de Desenvolvimento do RN por idade.....	32
Gráfico 2. Taxa de Mortalidade Infantil por Mil Nascidos Vivos - Brasil.....	39

LISTA DE TABELAS

Tabela 1. Taxa de Mortalidade infantil (por mil), Grupo de 1 a 4 Anos.....	38
Tabela 2. Expectativa de vida ao Nascer – Brasil – 1940/2017.....	39

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	11
1 CUIDADOS DE ENFERMAGEM.....	13
1.1 Assistência Mediata e Imediata ao Recém Nascido Junto à Família....	18
1.2.A Recepção do RN Deve Ter Normas Estabelecidas e Atribuições.....	18
1.3.Puericultura Assistência ao Prematuro.....	21
1.4 Cuidados ao Receber Visitas em Casa Devem Ser Adotados.....	23
1.5 Alimentação (Leite Materno).....	23
1.6 Regurgitação.....	25
2 COMO SE DEVE EXERCER OS DEVIDOS CUIDADOS AO RN?.....	25
2.1 Cuidados no Banho.....	25
2.2 Cuidados Quanto a Roupas do Bebê.....	26
2.3 O Choro do Bebê.....	27
2.4 Banho de Sol.....	28
2.5 Ao Sair de Casa.....	28
3 MEDICAÇÃO.....	29
3.1 Administração de Sulfato Ferroso e Vitaminas.....	29
3.2 Administração Segura de Medicamento.....	29
3.3 Observações de Sinais que Indiquem que o Bebê Não Está Bem	30
3.4 Em Caso de Constipação (Nariz Entupido).....	30
3.5 Em Caso de Engasgos.....	31
3.6 Medidas que Podem Prevenir Infecções.....	31
4 CURVA.....	32
4.1 Acompanhamento do Desenvolvimento do RN.....	32
4.2 Complicações na Hora da Amamentação.....	32
4.3 Posições para Amamentação.....	34
4.4 Fissuras Mamárias.....	37
4.5 Tratamento.....	37
4.6 Evolução da Mortalidade no Brasil.....	37
CONCLUSÃO.....	40
REFERÊNCIAS.....	41

INTRODUÇÃO

Para este trabalho foram coletados 100 Artigos, o período da coleta de dados foi atribuído a partir de 2020 a 2023, dentre esses, 30 artigos foram utilizados. Os critérios de exclusão foram relacionados aos artigos dos que não obedeciam ao estudo científico da área de estudo e as que não contribuíram com as necessidades de conhecimento. Em alguns artigos não se destacou a importância de definição das bases de dados que tornam o conhecimento mais acessível a todos, sendo assim os que obedeciam os critérios foram os artigos a partir do ano de 2012 à 2022. Em outros, não houve atenção para o fato de que uma única base não reúne uma quantidade de materiais expressiva.

A participação dos pais e, especialmente da mãe, na assistência à saúde da criança vem sendo explorada em vários estudos, desde décadas passadas. Grande parte destas investigações enfatizam a importância dos cuidados maternos e da permanência das mães junto aos filhos durante a hospitalização das crianças, com reflexões sobre a influência e os danos da separação mãe-filho nesse processo (BOWLBY, 1995; ROCHA et al., 1995; UMA, 1996).

A gestação é o período compreendido entre a fecundação e o nascimento, sendo que o parto a termo ocorre normalmente entre as 38 a 41 semanas gestacionais. O nascimento antes das 37 semanas gestacionais configura-se prematuridade. O parto prematuro é definido como a ocorrência do nascimento antes do tempo, ou seja, crianças nascidas antes da maturidade fetal e quanto mais antecipado, maiores as possibilidades de agravos e óbito infantil.

A característica mais utilizada para classificar o nascimento prematuro é de ordem cronológica: nascimento a partir de 22 semanas até 36 semanas de idade gestacional. Evidencia-se que o Brasil tem se esforçado para atender as demandas da atenção à saúde pública e em especial ao recém-nascido prematuro. Uma das estratégias para diminuir os índices da morbidade e da mortalidade neonatal é a assistência ao recém-nascido e a família durante e após um parto prematuro inevitável (MERIGHI, 2015).

Considerando a temática proposta sobre os recém-nascidos prematuros, nos países em desenvolvimento, a prematuridade é considerada um problema de saúde pública, devido ao alto índice de morbimortalidade infantil (TORATI CV, 2011).

Isso é realizado tendo em vista que os avanços científicos na área da neonatologia têm garantido a sobrevivência de crianças prematuras, que há algumas décadas eram consideradas inviáveis pela ciência. Em compensação, tem-se os elevados custos para os sistemas de saúde e seguridade social no mundo e na assistência prestada aos recém-nascidos pré-termo e com baixo peso, de alto risco.

A experiência da prematuridade para as famílias coloca seus integrantes perante barreiras, impedimentos e situações que muitas vezes fragilizam sua rotina, que modifica valores diante da vida. Aquilo que estava organizado é modificado abruptamente com o nascimento prematuro de um bebê: dados de identificação; história de intercorrências pré-natais, perinatais e pós-natais ou neonatais, dados esses obtidos por meio de informações contidas nos prontuários e fornecidas pelos pais, para o preenchimento de um formulário padronizado (FRELLO, 2012).

Quando há treinamento adequado e contínuo de um profissional de educação que é respeitado e valorizado, o cuidado à criança promove desenvolvimento cognitivo e emocional saudável, mesmo quando a criança fica afastada da mãe e do ambiente familiar (HOWES, 1983; ELIOT, 2007).

1 CUIDADOS DE ENFERMAGEM AO RN PREMATURO

É de grande importância e responsabilidade do enfermeiro observar nas primeiras 24 horas de vida questões como: hidratação, alimentação por mamadeira, copinho ou alimentação por sonda nasogástrica, cuidado após a alimentação, banho, cuidado com o coto umbilical, cuidados com a pele e cuidado com a monilíase.

Todo prematuro tem o direito de ser alimentadas com o leite de sua própria mãe ou, na falta deste, com o de outra mulher tão logo suas condições clínicas assim o permitirem. Deverá ter sua sucção corretamente trabalhada desde o início da vida e caberá à equipe de saúde garantir-lhe esse direito, afastando de seu entorno bicos de chupetas, chucas ou de qualquer outro elemento que venha interferir negativamente em sua sucção saudável, bem como assegurando seu acompanhamento por profissionais capacitados a facilitarem esse processo (Artigo XII).

Abaixo, são listados alguns procedimentos do cuidado destinado a prematuros:

- **Alimentação do prematuro, com mamadeira** — Dar a mamadeira, observando sempre se não há ar entre o bico e o gargalo da mamadeira; — Bico macio, com orifício não muito pequeno (para verificar se o tamanho do orifício está adequado, inverte-se a mamadeira; o leite deverá gotejar pelo orifício); Após a alimentação. — Foi deglutido, para evitar que a alimentação retida seja aspirada. — Facilitar a eructação do prematuro (colocar a mão esquerda espalmada sob as costas do bebê, conservando o polegar na parte posterior do tórax e os outros dedos na axila; — Manter a mão nesta posição, até ele eructar).
- **Alimentação do prematuro, por sonda nasogástrica** — Introduzir o alimento na sonda pela extremidade livre desta, por intermédio de uma seringa, deixando-o escoar, livremente, com a pressão do êmbolo. — Verificar, sempre, antes de introduzir o alimento, se a extremidade da sonda está no estômago, por meio de aspiração do conteúdo gástrico com a seringa. — Terminada a alimentação, proceder à limpeza da sonda, injetando nesta 2ml de soro glicosado a 5% (ou de água fervida) e fechar a extremidade livre com um conector.
- **Avaliar os sinais vitais a cada hora nas UTIs;**
- **Banho prematuro na incubadora** — Iniciar pela limpeza dos olhos, passando levemente sobre a pálpebra de cada olho, com movimento da parte interna para

a externa, uma bola de algodão estéril embebida em água; desprezá-la, a seguir, na cuba rim. — Limpar as narinas com fusos de algodão umedecidos, um para cada narina. — Limpar a face com bola de algodão embebida em água; enxugar um para cada orelha. — Limpar a face com bola de algodão embebida em água; enxugar com compressas. — Levantar a cabeça e os ombros do recém-nascido, como foi descrito na técnica da alimentação com mamadeira. — Lavar a cabeça com bolas de algodão embebidas em água morna; enxugar. — Limpar as dobras do pescoço, axilas, braços com bolas de algodão embebidas em água; enxugar com compressas. — Limpar a região inguinal, dobras das pernas, pés e vãos entre os artelhos, seguindo a mesma técnica anterior de higiene. — Limpar cuidadosamente os genitais: a) sexo feminino — Limpar os grandes lábios com algodão embebido em água, sempre de cima para baixo (para os pequenos e grandes lábios, usar cada bola de algodão uma única vez); b) sexo masculino — Fazer, com cuidado, a retração do prepúcio e limpar a secreção. — Fazer o curativo umbilical. — Anotar as eliminações e as alterações observadas na pele (cor, pústulas, irritações etc), na postura do recém-nascido e no coto umbilical (sangramento, secreções, granulomas etc.).

- **Cuidados na utilização do copinho:** — Lavar as mãos antes de oferecer leite no copinho para o bebê; — observar a temperatura do leite (se não for o leite da mãe retirado no mesmo momento); — Colocar o bebê em posição semi-sentada; — Apoiar a borda do copo no lábio superior do bebê para evitar que empurre o copo para fora com a língua; — Esperar que o bebê sorva o leite, e não forçar obrigando-o a engolir.

Img. 1. Alimentação de leite como complemento para ganho de peso



Fonte: Imagem de Arquivo Pessoal, 2019.

- **Cuidados com a pele a fim de se evitar infecções.** — A pele do prematuro deve ser limpa diariamente e com cuidado, com algodão embebido em água,

evitando traumatizá-la, pois é muito fina e delicada. Observar se não há irritação, ferimentos ou pústulas. Após as micções e evacuações, limpar os órgãos genitais.

- **Cuidado do coto umbilical** — Limpar as pregas da base com cotonete umedecido em água oxigenada e secá-las com gaze. — Tocar o coto umbilical com solução alcoólica. — Anotar o que foi realizado e os aspectos do coto: sangramento, secreção, cor e tumefação. — Manter o coto umbilical limpo e seco.
- **Cuidado do prematuro com monilíase** — Lavar bem as mãos com água e antisséptico, antes de cuidar do prematuro. — Fazer a limpeza da boca do prematuro com água bicarbonatada, utilizando uma espátula com a extremidade envolvida em gaze, ou usando cotonete; passar por toda a cavidade bucal. — Lavar muito bem, com água e sabão, e esterilizar todo o material usado com o prematuro.

Do ponto de vista biológico, têm contribuído para o aumento significativo de seus índices de sobrevivência. Contudo, as repercussões diretas e indiretas ligadas a essas condições podem deixar prejuízos que comprometem o futuro desenvolvimento da criança, muito embora nos países subdesenvolvidos deparamo-nos com escassez de recursos tecnológicos e humanos qualificados para atender essa clientela (SILVA, 2012).

- — Observação sobre perda excessiva de calor (certificar-se de que é perfeito o controle térmico da incubadora). — Controlar a umidade, segundo a prescrição médica. — Trocar a água destilada diariamente, de acordo com o horário estabelecido.
- **Cuidados com a limpeza e conservação da incubadora** — Lavar diariamente a parte interna e a externa da incubadora, com pano, água e sabão (ou solução antisséptica) e enxugar com pano u. — Fazer a limpeza terminal da incubadora após a retirada da criança (desmontá-la toda, lavá-la com água e sabão ou solução antisséptica). — Deixar a incubadora arejar durante 6 horas, antes de prepará-la para nova admissão. Se possível, trocar a criança de incubadora a cada 15 dias, para a limpeza terminal. — Trocar o filtro uma vez por mês ou mais, se necessário. — Nunca usar éter em lugar de água e sabão, para a limpeza da incubadora ou para qualquer cuidado administrado à

criança na incubadora, pois o éter, combinado com oxigênio, é explosivo e tóxico. — No caso de ser usada água destilada para umidificação do ambiente, trocá-la todos os dias.

- **Cuidados com vômitos e diarreia** — Observar e anotar se o vômito é em jato ou não, se ocorre após a alimentação, qual a sua frequência e quantidade. — Colocar o bebê em decúbito lateral e aspirar, sempre que for necessário. — Suspender a alimentação se houver náusea e/ou vômitos. — No caso de o prematuro evacuar por dias ou apresentar fezes líquidas ou esverdeadas: — Avisar o médico, imediatamente; — Anotar a frequência, a consistência e a coloração das fezes; — Isolar o recém-nascido prematuro.

A respeito da diarreia, cabe ressaltar de que há

Fortes evidências de que o leite materno protege contra diarreia, primeiramente em crianças mais pobres. É importante destacar que essa proteção pode diminuir quando o aleitamento materno deixar de ser exclusivo. Oferecer a criança água, chás, prática considerada inofensiva, até pouco tempo atrás, pode dobrar o risco de diarreia nos primeiros seis meses (BROWN, et al., 1989).

- **Cuidados com o prematuro em oxigenoterapia** — Fixar o intermediário de borracha no lençol que cobre o coxim, com fita adesiva, e verificar se ele não está dobrado. — Seguir rigorosamente a prescrição médica e o número de litros de oxigênio por minuto a serem administrados. — Verificar o funcionamento do conjunto: manômetro, umidificador, intermediário de borracha e funil. — Observar a criança durante a oxigenação. Verificar ressecamento das narinas e adicionar água destilada no umidificador, até o limite permitido.
- **Cuidados do prematuro em fototerapia** — Antes do início do tratamento, proteger os olhos do recém-nascido, cuidadosamente, com gaze e pano escuro. — Posição do recém-nascido na isolete ou no berço, que é sempre decúbito dorsal. — Elevar a cabeça e os ombros do recém-nascido; — Elevar a cabeceira da incubadora ou do berço. — Conservar o prematuro completamente despido, para que a incidência da luz seja uniforme, em toda a superfície cutânea; mudar o recém-nascido de posição pelo menos de duas em duas horas, alternando decúbito dorsal e ventral. — Verificar o estado de

hidratação do recém-nascido, observando as fezes, e hidratá-lo a intervalos de uma hora e 30 minutos. — Controlar a temperatura do prematuro, cada 4 horas.

- **Cuidados com o aparelho de fototerapia** a) Antes de ligá-lo, verificar cuidadosamente a parte elétrica: fio conector, tomada, fio terra e amperagem. b) Manter a temperatura do berço em torno de 30° C. c) Manter as lâmpadas numa distância de 40 a 50 cm da superfície que será irradiada. d) Anotar o tempo de uso da lâmpada e substituí-la, após 200 horas de uso.
- **Deteção precoce da apnéia** — Monitorar a qualidade da respiração e a frequência respiratória, durante 1 minuto completo. — Observação constante quanto à presença de cianose, palidez e icterícia. — Vigiar a oxigenação, o controle da umidade e o aquecimento da incubadora — Observação da presença de secreção orofaríngea. — Observação do aparecimento de dispnéia, náusea, vômito e hemorragia (principalmente no coto umbilical).
- **Higiene das mãos da pessoa que presta cuidados à criança** — Antes de cuidar de cada criança é obrigatória a lavagem das mãos com água e sabão.
- **Iniciar a hidratação** — Por via oral assim que as condições do prematuro o permitam, 4 a 6 horas após o nascimento, com solução de glicose a 5% ou a 10%, dando de 2 a 3 ml, de 2 em 2 horas (nos intervalos das mamadas). — Observação sobre falta de líquido (sintoma: turgor da pele, prega abdominal frouxa, pele seca). — Observação da primeira eliminação de mecônio e de urina.
- **Verificar frequência cardíaca durante um minuto completo** — Observando irregularidades do ritmo e quaisquer sopros (Pulso Apical).

Em face dos cuidados mencionados anteriormente, é imprescindível enfatizar que:

É preciso ter cuidado quando se analisa os nascimentos prematuros de cesarianas. Vale ressaltar que o risco de sustentar a gestação até o final deve ser atenciosamente balanceado com os riscos do parto associados aos riscos do nascimento prematuro (OLIVEIRA, 2016).

1. 1 Assistência Mediata e Imediata ao Recém-nascido Junto à Família

Segundo a OMS 2020, os cuidados prestados ao RN devem ser desenvolvidos conforme a ética profissional, a filosofia da instituição e os princípios de humanização do nascimento. O enfermeiro deve possuir técnicas, capacidades e conhecimentos para a realização dos cuidados ao RN prematuro, assumindo um papel importante na determinação da qualidade do serviço. Entende-se por assistência imediata aquela prestada ao RN logo após o seu nascimento, ou seja, nas duas primeiras horas após o parto. Procedimentos esses universais e obrigatórios. Assim, destaca-se a necessidade de despertar novas abordagens gerenciais do cuidado de enfermagem que estejam associadas à ideia de avançar para novos espaços profissionais e superar práticas assistencialistas.

Observar e avaliar suas condições vitais, físicas e comportamentais, atendendo todas as necessidades básicas e específicas do recém-nascido, proteger a criança dos riscos do meio ambiente, identificar, precocemente, quaisquer anormalidades, intervir profissionalmente nos problemas que ocorrerem conhecendo o recém-nascido e interagindo com ele, buscando a participação da família (OMS, 2020).

1. 2 A Recepção do RN Deve Ter Normas Estabelecidas e Atribuições

Entre as normalizações na recepção do RN estão incluídas:

- ❖ Padronização de vestimentas e utilização de luvas.
- ❖ Realizar desobstrução das vias aéreas, envolvendo o RN com lençol ou campo esterilizado para iniciar a secagem das secreções e aquecimento;
- ❖ Manter a criança em Trendelenburg que facilita a desobstrução das vias aéreas;
- ❖ Realizar a remoção das mucosidades e sangue com gaze esterilizada na boca, nariz e olhos;
- ❖ Realizar aspiração de mucosidades da oro e nasofaringe para impedir tamponamento dos espaços bronco-alveolares, atresia de esôfago e de coanas.
- ❖ RN envolto de secreções corporais (líquido amniótico, vernix caseoso, sangue), completar a secagem e manter o RN em berço aquecido, retirando o excesso

de líquido amniótico com compressa macia minimiza choque térmico e restringe as perdas de calor.

- ❖ Ligadura do cordão umbilical, a criança deverá permanecer em nível inferior ao da mãe, até o cordão umbilical ser pinçado (clampeado e cortado logo após o nascimento); — Verificar sinais de hemorragia; Inspeccionar os vasos umbilicais - presença de duas artérias e uma veia; O coto umbilical deve ser amarrado/clampeado; Observar suspeita de incompatibilidade sanguínea ou RN de médio ou alto risco – Conservar veia umbilical para possível cateterização; Realizar curativo – antissepsia do coto; — O clampe do coto umbilical permanecerá cerca de 48 horas. — Após se deteriorar por processo de gangrena, seca e cai em aproximadamente 7 a 10 dias.
- ❖ Administrar nitrato de prata nos olhos de RN: A criança deverá permanecer em nível inferior ao da mãe, até o cordão umbilical ser pinçado (clampeado e cortado logo após parar de pulsar); — Clampear o cordão a uma distância de 2cm do anel umbilical, usando álcool etílico a 70%. — Verificar sinais de hemorragia; — Inspeccionar os vasos umbilicais - presença de duas artérias e uma veia; — Profilaxia: Método de credé, aplicação de nitrato de prata a 1% na primeira hora de vida.
- ❖ Sinais Vitais: O índice de Apgar é realizado para avaliar o RN no 1º e 5º minuto. 1º min – fornece informações indicativas da adaptação inicial do RN à vida extra-uterina; 5º min. – avaliação mais clara do estado geral do sistema nervoso central (SNC) do RN; Monitorar a coloração do RN e temperatura corporal entre 36,5 e 37,0°C, mantendo temperatura ambiente de 26°C. — Monitorar a oxigenação, através da saturação (SPO²). — Monitorar a qualidade da respiração e a frequência respiratória do RN – durante 1 minuto completo; Verificar frequência cardíaca durante 1 minuto completo, observando irregularidades do ritmo e quaisquer sopros (Pulso apical); Avaliar os sinais vitais a cada hora nas primeiras 4 horas.
- ❖ Vitamina K (Kanakion) — A vitamina K é administrada em dose única por via intramuscular (1 mg = 0,1 ml), até 2 horas após o nascimento. — Objetiva evitar uma deficiência passageira na coagulação sanguínea – prevenindo a doença hemorrágica neonatal. Este procedimento varia conforme a instituição (pode ser realizado como cuidado mediato).

- ❖ Identificação do RN: — Impressão plantar do RN e digital da mãe permite estabelecer a identidade absoluta do bebê (ver caderneta da criança). — Identificar o RN com uma braçadeira, com o nome da mãe, o sexo da criança, a data e hora do parto, o número do quarto ou número do registro no antebraço e tornozelo; — Em partos múltiplos, a ordem de nascimento deverá ser especificada nas pulseiras através de números (1, 2, 3, 4 e etc.), após o nome da mãe.
- ❖ Contato mãe-bebê — É fundamental iniciar o contato do bebê com a mãe o mais precocemente possível. Isso incentiva o aleitamento materno, aumenta o vínculo afetivo e fornece proteção, todavia, o prematuro é um bebê mais sonolento, que precisa ser acordado e estimulado nos horários das mamadas. — Para ajudá-lo a sugar, a mãe também pode estimular o reflexo de procura, roçando seu seio ao lado da boca do bebê (o lado que estiver próximo) para ajudá-lo a procurar o mamilo e abrir a boca, caso não haja pega. Até que o bebê possa mamar só no peito, é aconselhável alimentá-lo através do uso do copinho, pois evita que o bebê se acostume com o bico da mamadeira (10). De preferência, alimentar o bebê com o leite da própria mãe. Não se pode esquecer que o momento da alimentação deve ser prazeroso, tanto para o bebê como para quem está com ele. Na alimentação pelo copinho, o bebê está privado do contato pele-a-pele com sua mãe, proporcionado pela amamentação, portanto, a mãe deve lançar mão de outras formas de interação como olho-no-olho, falar com o bebê e deixá-lo no colo enquanto o alimenta, e não no berço.
- ❖ Conferir identificação, registrar o nascimento e fazer as anotações de enfermagem cada RN deve ser registrado em ficha própria; Toda identificação deve ser conferida; Abrir um prontuário específico para o RN, seguindo a norma institucional e a metodologia da assistência de enfermagem adotada; Abrir a caderneta de saúde da criança, primeiro documento oficial do RN.

A respeito da amamentação, cabe reforçar que

O bebê prematuro é mais lento para mamar, se cansa rapidamente e, às vezes, é necessário interromper a alimentação para que ele descanse. Às vezes, o bebê está tão ocupado com a tarefa de sugar que se esquece de respirar. Observar se ele fica

um pouco pálido ou com cianose (roxinho). A mãe deve promover pausas durante a alimentação do bebê prematuro, para que ele possa descansar e arrotar. Se o bebê parar de respirar, basta massagear as costas para que ele se lembre de respirar (Aleitamento.com, 2011).

Desde o momento do seu nascimento, o RN não deve ser afastado da mãe e o aleitamento precisa ser iniciado o mais precocemente possível. Contudo, na prematuridade, o prematuro ficará interno para os cuidados mediatos a fim de exame minucioso, feito em local e condições satisfatórias, incluindo todos os órgãos e sistemas passíveis de serem avaliados clinicamente.

Após as duas primeiras horas de vida, aproximadamente, o RN deverá receber a primeira higiene corporal e deverá ser submetido ao primeiro exame físico completo, além de ter seus reflexos avaliados.

- ❖ Observar o tônus muscular, atividade espontânea, postura, fácies, tiragens, estertores, gemidos, características de choro, vômitos, regurgitações, sangramentos, convulsões, eliminação de mecônio e urina, distensão abdominal, salivação e sopros cardíacos.
- ❖ Higiene corporal; Exame físico completo; Avaliação das capacidades de alimentação; Vínculo mãe-bebê; Avaliação da perda ponderal.

Em vista do que foi dito, percebe-se como

São horas e horas de dedicação intensiva da Enfermagem para a boa evolução diária e prognóstico favorável no neonato, exigindo dos profissionais comprometimento, responsabilidade, habilidades técnicas científicas e bom estado físico e psicoemocionais (NASCIMENTO, 2014).

1. 3 Puericultura Assistência ao Prematuro

Os primeiros dias após alta são cruciais para o desenvolvimento do bebê. Assim, o acompanhamento é realizado mensalmente para a realização da pesagem e comprimento. Muitas vezes a mãe pode sentir-se culpada e o familiar ansioso de modo a sentir insegurança pela responsabilidade dos cuidados com a criança, ao comparar com os cuidados assistidos durante sua estadia no hospital. Nesse momento, o papel do enfermeiro é orientar e lembrar que seu bebê teve resultado

satisfatório no ganho de peso e no quadro de estabilização e maduro. Com isso, seus cuidados de aproximação serão os seguintes: banhá-lo, trocá-lo e alimentá-lo. Antes da amamentação a mãe deve priorizar a higienização das mãos e mamas, pois

Os RNs pré-termos são classificados por micro-organismos por contato humano, indireto com o ambiente contaminado. Assim a transmissão horizontal é fator importante no desenvolvimento da sepse neonatal tardias, intervenções Preventivas devem ser realizadas nas UTIN a fim de minimizar essa exposição. (Agencia Nacional de Vigilância Sanitaria (BR), et al.2013)

A correção da Idade Gestacional de todo prematuro deve ser corrigida para o termo, sendo considerado o RN de 40 semanas, por exemplo: um bebê nascido com 35 semanas e com 2 meses de vida sua idade cronológica é 2 meses, mas sua idade corrigida é de 3 semanas (2 meses = 8 semanas; faltavam 5 semanas para completar 40, restam 3 semanas).

O perímetro cefálico deve ser corrigido em até 1 ano e meio. O peso e o DNPM até 2 anos. A altura deve ser corrigida até 3 anos e meio. Estes limites de idade se baseiam na época em que a diferença devido a prematuridade passa a não ter mais importância. Anotar no cartão da criança de acordo com a idade corrigida. Toda essa rotina de cuidados é concretizada sem perder do horizonte que

Aquilo que estava organizado é modificado abruptamente com o nascimento prematuro de um bebê e a experiência do prematuro para a família coloca seus integrantes perante barreiras impedimentos e situações que muitas vezes fragilizam a rotina da família, que modifica valores diante da vida (FRELLO, 2012).

A seguir, alguns nortes para guiar as avaliações mencionadas acima:

- **Avaliação da Audição** — Utilizar estímulos sonoros como chocalhos, longe do campo visual da criança, observando resposta comportamental. Até 3 meses de idade, a criança apresentará respostas do tipo reflexo de Moro, piscar, despertar, cessar a atividade, movimento ocular. Com 3 meses inicia movimento lateral da cabeça e com 4 a 6 meses vira a cabeça lateralmente em direção a fonte sonora, reagindo também à voz humana.
- **Avaliação da Visão** — Utilizar estímulo colorido, cores vivas e contrastantes (amarelo/vermelho, preto/branco) a 30 cm dos olhos da criança. Avaliar fixação e acompanhamento de acordo com a idade corrigida. Com 1 mês fixa e

acompanha quase 90 graus com 2 meses acompanha 90 graus com 3 meses acompanha mais de 90 graus para baixo e para cima com 4 meses possui campo visual de 180 graus, acompanha para baixo, para cima e na direção diagonal. Avaliar reflexo de piscar e ameaça visual.

- **Avaliação Neuromotora** — Aplicar o Teste de Denver, utilizando idade corrigida até 2 anos. Observar atentamente o tônus. Ao detectar qualquer alteração no desenvolvimento neuropsicomotor encaminhar precocemente para estimulação com fisioterapia, fonoaudiologia e/ou terapia ocupacional.
- **Atividades em Grupo** — Sugere-se que as crianças prematuras sejam incluídas em grupos correspondentes à idade corrigida para facilitar a orientação alimentar, estímulos para o DNPM e avaliação das curvas de crescimento.
- **Orientação Vacinal** — Utilizar a idade cronológica e não a corrigida.

Os enfermeiros têm um desejo intrínseco de minimizar o sofrimento, a dor e as sequelas do recém-nascido e promover o vínculo afetivo entre eles, os pais e a família. É uma expectativa motivacional na prática (SCHMIDT, 2013).

1. 4 Cuidados ao Receber Visitas em Casa Devem Ser Adotados

Quando se trata de visitas domiciliares, convém enfatizar alguns cuidados, como: Evitar contato com pessoas resfriadas ou com gripe; Limitar tempo e o número de pessoas que o visitam simultaneamente, justificando que agora o bebê está em casa e tem todo tempo, não necessitando de "congestionamento" nas visitas; Deixar a casa bem arejada, com portas e janelas abertas; Pedir que as visitas lavem as mãos antes de pegar o bebê; Impedir que se fume em casa.

1. 5 Alimentação (Leite Materno)

O leite materno é o alimento completo e tem defesas adequadas ao bebê prematuro, protegendo-o contra infecções, desnutrição, alergias e outras doenças. Além disso, o ato de amamentar propicia contato direto entre a mãe e o bebê e é uma demonstração de carinho, estreitando os laços numa troca prazerosa, sendo mais

uma oportunidade para favorecer o estabelecimento de vínculos afetivos, indispensáveis ao desenvolvimento físico, emocional e social ao longo de toda infância.

O bebê muito imaturo, tem dificuldade para coordenar a sucção-deglutição e respiração, portanto, apresenta risco de aspiração (sufocar-se). Além disso, sugar pode levar a um gasto excessivo de energia, fazendo com que perca peso. Por isso, ele precisa alimentar-se através de sonda gástrica (FONSECA, 2009)

Daly, Hartmann et al. 1995 afirmam que o tamanho das mamas pode exercer alguma influência no número de mamadas da criança por dia. As mulheres com mamas mais volumosas têm uma maior capacidade de armazenamento de leite e por isso podem ter mais flexibilidade com relação à frequência das mamas.

Img. 2 e 3. Aleitamento Materno



Fonte: Imagem de Arquivo Pessoal, 2019.

Ainda acerca da amamentação, convém destacar que

O bebê muito imaturo, tem dificuldade para coordenar a sucção-deglutição e respiração, portanto, apresenta risco de aspiração (sufocar-se). Além disso, sugar pode levar a um gasto excessivo de energia, fazendo com que perca peso. Por isso, ele precisa alimentar-se através de sonda gástrica (FONSECA, 2009). A OMS recomenda que o aleitamento materno seja iniciado na primeira hora de vida, pois, está associado a menor mortalidade neonatal ao período de amamentação, a melhor interação mãe-bebê é ao menor risco de hemorragia materna (WORLD HEALTH, 2010)

1. 6 Regurgitação

Segundo Moraes-Filho (2002), uma definição bastante interessante da afecção é a sugerida pelo I Consenso Brasileiro sobre Doença do Refluxo Gastroesofágico: é a afecção crônica decorrente do fluxo retrógrado de parte do conteúdo gastroduodenal para o esôfago e/ou órgãos adjacentes, acarretando variável espectro de sintomas (esofágicos ou extra-esofágicos), associados ou não a lesões teciduais. Regurgitação ou "retorno do leite" acontece logo após as refeições e é muito comum nos prematuros. Geralmente é acompanhado por arroto e em pequena quantidade, acontece sempre porque o bebê prematuro tem imaturidade do sistema digestivo.

Com isso, o vômito é expulsão violenta do conteúdo do estômago, podendo ser precedido de náuseas. É contínuo, podendo ser em forma de jato, todavia, nem sempre ocorre durante ou após a alimentação. Quando o bebê dorme por longo período deve ser acordado para mamar, promovendo pausas para que ele possa descansar. Ademais, após cada mamada, deve-se posicionar o neonato em pé para arrotar. Os sinais de satisfação serão ouvidos através de ruídos pela sucção, chegando o bebê a adormecer ou largar o peito.

Os episódios de Regurgitação são mais frequentes em lactentes com aleitamento artificial quando comparados a bebês amamentados no peito (GIOVANNI et al., 2000).

2 COMO SE DEVE EXERCER OS DEVIDOS CUIDADOS AO RN?

2.1 Cuidados no Banho

Deixar todos os pertences arrumados antecipadamente, sabonete, toalha, manta e roupa. Em seguida, verificar se a água não está quente demais, testando com punhos e cotovelos. O primeiro banho é realizado com o RN sentado envolvido pelo antebraço confortavelmente na banheira, com ele ainda vestido começa lavando suavemente seu rosto, a área dos olhos (do canto interno para o externo), depois se lava um lado e o outro do rosto, não usar o sabonete. Seque com a toalha. Com um pano, limpe as pregas da orelha, depois atrás dela. Com a ajuda dos dedos médio e polegar da sua mão, tapar os ouvidos do bebê e com a outra mão molhar a cabeça, lavar com o shampoo ou sabonete, enxague e seque. Retirar a roupa do bebê para o banho. Se o bebê tiver evacuado, limpe o períneo com um pano úmido, antes de

colocá-lo na banheira. A partir daí, coloque o bebê delicadamente na banheira, segurando-o (a costa do bebê fica apoiada no braço e o braço esquerdo dele é seguro pela sua mão).

Dessa forma, a cabecinha dele estará apoiada no seu braço esquerdo, e você terá livre o outro braço para banhar o bebê, pode ocorrer de no banho o bebê sentir insegurança e vir a chorar. Terminado o banho, deve-se secar o neonato e não utilizar talco (o bebê pode ter alergia ou se sufocar). Coloque roupinhas confortáveis na criança e não prenda os braços ou pernas, pois o bebê gosta e precisa se movimentar. Se for menino, atenção com a genitália. Ao limpá-lo, não retrair com força a pele do prepúcio, pois pode machucar a região. Ao fazer a limpeza genital numa menina, a mãe deve abrir delicadamente os grandes lábios para retirar os resíduos de fezes e urina que se acumulam, e sempre limpar no sentido da frente para trás. Menina ou menino, é importante secar bem a região e ajustar a fralda de forma que não fique muito apertada, pois pode incomodar o bebê.

O bebê prematuro tem a pele muito fina e sensível, sendo mais fácil adquirir assaduras. Portanto, deve ser trocada a fralda com mais frequência. A assadura não pode ser menosprezada, pelo incômodo e sofrimentos causados à criança, com possibilidades de complicações locais, como infecções. Para prevenir assaduras é importante limpar o bumbum com água e sabonete neutro, após as evacuações, e mantê-lo seco.(FONSECA, 2009).

2. 2 Cuidados Quanto às Roupas do RN

Lavar as roupas com sabão em barra neutro e de coco por conter menos soda cáustica. Evitar o uso excessivo de sabão em pó e amaciante a fim de se evitar alergias e por conter químicas que se aderem nas fibras das roupas. No contato com a pele do bebê, isso pode causar alergias. Enxaguar bem as roupas do bebê. Pode-se colocar um pouco de vinagre, uma colher para cada litro de água, no último enxague da roupinha. Isso deixará a roupa mais macia e diminuirá a química do sabão que estava aderido nas fibras. É importante que as roupas sejam secadas ao sol e sempre passadas a ferro para eliminar possíveis microrganismos que ali estavam.

2.3 O Choro do Bebê

Para o bebê, muitas vezes o choro é uma maneira de se comunicar, podendo indicar: fome, principalmente se não mamou dentro das 2 horas; inquietude, por não estar bem acomodado, frio ou calor; por roupas molhadas ou apertadas; nariz entupido que dificulte a respiração; incomodado pela posição no berço; sono; muita estimulação, alguns prematuros são muito irritados, não toleram bem as atividades que o rodeiam, nem o contato com seu cuidador; dor por algum problema de saúde; dor, em especial por cólica; refluxo gastroesofágico; otite.

Em caso de choro excessivo, convém: assegurar-se de que o bebê não esteja com fome, molhado ou incomodado; assegurar-se de que não esteja doente (febre, diarreia, hipotermia, diminuição acentuada da atividade, recusa alimentar ou vômitos, etc); banhá-lo; envolvê-lo em uma manta; abraçá-lo, mantendo contato pele-a-pele; caminhar com o bebê; deixar a cabeça do bebê mais alta que o resto do corpo, durante a alimentação; durante a alimentação ajudá-lo a arrotar, colocando-o em posição elevada; mantê-lo aquecido, em caso de cianose verificar a temperatura com termômetro. Estando a temperatura menor que 36°C, agasalhar colocando um gorro, casaquinho, sapatinho e, se necessário, cobrí-lo com uma manta.

Todo prematuro tem o direito de ser alimentadas com o leite de sua própria mãe ou, na falta deste, com o de outra mulher tão logo suas condições clínicas assim o permitirem. Deverá ter sua sucção corretamente trabalhada desde o início da vida e caberá à equipe de saúde garantir-lhe esse direito, afastando de seu entorno bicos de chupetas, chucas ou de qualquer outro elemento que venha interferir negativamente em sua sucção saudável, bem como assegurando seu acompanhamento por profissionais capacitados a facilitarem esse processo (Artigo XII).

Se o bebê prematuro estiver trocando o dia pela noite, pode-se reduzir ao máximo a estimulação durante as alimentações noturnas, usando, por exemplo, somente o abajur quando acordar para alimentá-lo. Envolvê-lo em uma manta e falar pouco, em voz baixa, sussurrando, quando desperto, reduzir o barulho e a movimentação dentro de casa também ajuda. Não se deve colocar a criança na cama dos pais, pois os adultos podem machucar o bebê.

2. 4 Banho de Sol

O horário do dia mais propício para colocar o bebê no sol é pela manhã (até as 7 horas) e no final da tarde (a partir das 16 horas) e o sol é importante para o aproveitamento da vitamina D, que auxilia na absorção do cálcio contido na sua alimentação, possibilitando o crescimento adequado dos ossos e dos órgãos. Isso ajuda a prevenir o raquitismo, como também ajuda a prevenir e tratar assaduras provocadas por fraldas. Sendo assim, o sol é um aliado importante dos pais no cuidado ao bebê prematuro.

O banho de sol no bumbum ajuda a pele do bebê a ficar mais resistente e tratar a assadura devido a sua ação cicatrizante. Às vezes pode acontecer de o bebê fazer xixi em plena troca de fraldas. Aí é aquele aguaceiro. mas tudo bem, você deve deixar que ele termine de urinar à vontade e não reclamar. Uma reação negativa pode assustar, inibir e até traumatizar o bebê (FONSECA, 2009).

2. 5 Ao Sair de Casa

Logo após a alta hospitalar, o bebê está se familiarizando com os germes da casa, da família e dos amigos. Melhor seria, neste período, evitar locais fechados onde se encontram amontoados de pessoas, como igrejas, escolas, supermercados, shopping, dentre outros. Se não puder evitar lugares fechados, procurar ficar com o bebê próximo de portas e janelas abertas. Um bom local para passear com o bebê é a praça, que é aberta, arejada e o bebê pode ainda tomar sol.

Nas últimas décadas, avançou - se muito nas evidências das necessidades biológicas das crianças, o que possibilita recomendar práticas alimentares que proporcionam o crescimento adequado das crianças (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2003).

3 Medicação

3. 1 Administração de Sulfato Ferroso e Vitaminas

Ao lidar com o prematuro, convém adotar medidas a fim de prevenir a anemia, por ter pequena quantidade de sulfato ferroso no organismo. Para tal intento, a alimentação adequada é um forte aliado. Como auxiliar, o sulfato ferroso (gts) é melhor aproveitado se administrado com suco de laranja, limão ou acerola, uma vez que a vitamina C facilita o aproveitamento da absorção do ferro. As fezes do bebê que recebe sulfato ferroso podem ficar mais escuras e amolecidas, porém não é motivo de alarme. A criança prematura também tem deficiência de vitaminas, sendo necessária a administração de complexos vitamínicos (gts). Estes podem ser ingeridos junto com o sulfato ferroso.

A anemia causa prejuízos e atrasos o desenvolvimento motor e cognitivo em crianças(WALTER, 1993a; WALTER; KOVALSYS; STEKEL, 1983).

3. 2 Administração Segura do Medicamento

A administração segura do medicamento ocorre conforme a prescrição médica, mantendo cada medicamento em sua caixa ou embalagem original com rótulo e bula. Ademais, convém: certificar-se de que os rótulos estejam legíveis; jogar fora todos os medicamentos vencidos, desprezando os que forem líquidos, em local apropriado como pia ou vaso sanitário. Não colocá-los no lixo ou em local ao alcance de crianças; sempre dar todo o medicamento prescrito pelo médico, pois doses parciais podem até reduzir os sintomas, sem curar a doença; saber sempre o peso de seu filho, pois a dosagem de muitos medicamentos dependem do peso. As doses serão alteradas conforme o crescimento da criança; não administrar a seu filho um medicamento prescrito para outra pessoa; refrigerar medicações que necessitem disso, devidamente identificadas; ler cuidadosamente as bulas e rótulos e seguir as instruções.

O preparo e a administração dos medicamentos prescritos para seu bebê serão demonstrados pela enfermagem.

3. 3 Observar os Sinais que Indiquem que Ele Não Está Bem

Abaixo, alguns sinais que podem indicar que o bebê prematuro não está bem:

- Hipotermia, que é a temperatura baixa (menos que 36°C), e hipertermia, que é a febre (mais que 37,5°C);
- Mudança no padrão respiratório;
- Falta de apetite acentuada;
- Tremores;
- Choro fraco e gemência;
- Sonolência, com baixa resposta a estímulos;
- Convulsões;
- Vômitos frequentes;
- Distensão abdominal (barriga aumentada e dura);
- Urina com menos frequência e de cor mais escura;
- Pele pálida ou cianótica (roxa);
- Surgimento ou acentuação de icterícia.

Em neonatologia, um dos objetivos é a diminuição da morbimortalidade infantil, que é possível por meio da análise e planejamento da qualidade do atendimento realizado nos vários níveis de atenção à saúde com vistas a implantação de melhores práticas assistenciais. (SILVEIRA, 2008; BRASIL, 2009; FREITAS, 2012; BEZERRA, 2014).

3. 4 Em Caso de Constipação (Nariz Entupido)

Estas medidas proporcionam a desobstrução das narinas do bebê e não administrar nenhum tipo de medicação, mesmo que pareça não oferecer perigo. Se a constipação não melhorar, deve-se procurar assistência médica.

- Aumentar a umidade do ambiente onde o bebê dorme, colocando uma bacia com água embaixo do berço e uma toalha úmida na janela, dentre outras medidas;
- Deixá-lo em um banho maisquentinho, cuidando para que não entre em contato com corrente de ar frio;
- Pingar soro fisiológico nas narinas antes das mamadas;

- Diminua os brinquedos de pelúcia, cortinas e tapetes;
- Lavar a roupa do bebê sem produtos químicos, pois poderá haver uma reação alérgica.

3. 5 Em Casos de Engasgos

Em caso de engasgos, deve-se lateralizar a cabecinha do bebê, pois ajuda a drenar o alimento para fora da boca, evitando que o alimento vá para o pulmão. Não obtendo resultado, realiza-se a Manobra de Heimlich.

3. 6 Medidas que podem prevenir infecções

A seguir, algumas medidas eficazes para prevenir infecções em bebês prematuros:

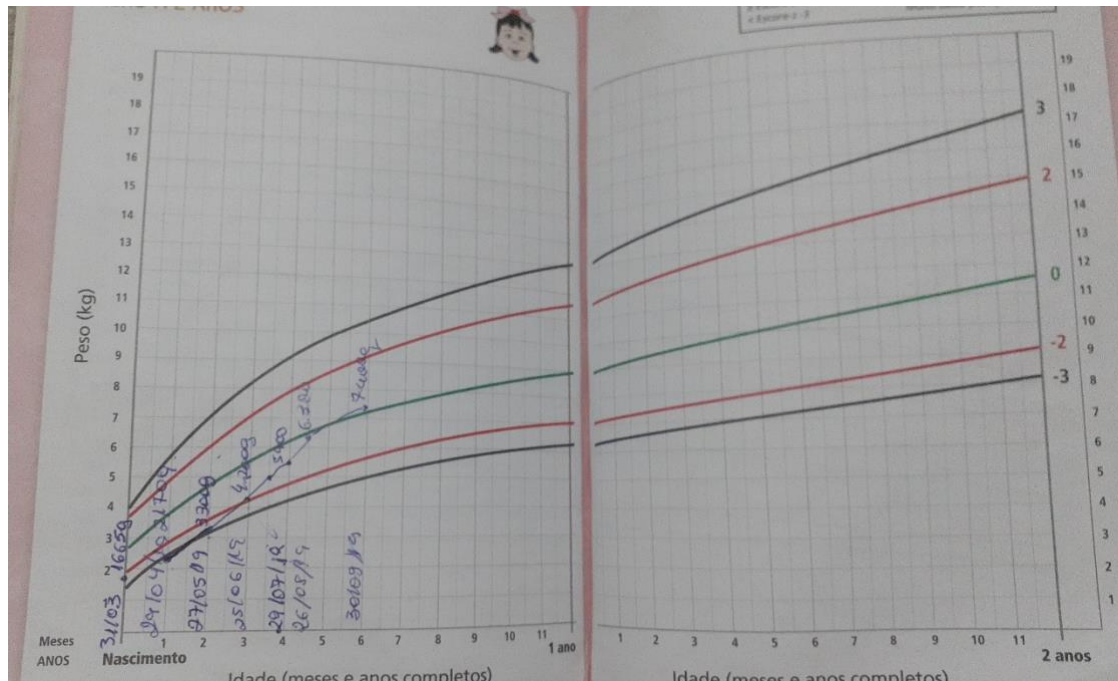
- Lavar as mãos antes de cuidar e alimentar o bebê;
- Vacinar o bebê prematuro;
- Evitar ambientes com aglomerados;
- Lavar cuidadosamente os utensílios e vestuário;
- Evitar lesões na pele;
- Ter higiene adequada no preparo de alimentos;
- Evitar a aspiração dos alimentos.

A maior parte das mortes infantis ocorre nos primeiros dias de vida da criança, por causas consideradas evitáveis, como infecções, asfixia ao nascer e complicações da prematuridade(FRANÇA, E; LANSKY, S. 2009).

4 Curva

4.1 Para acompanhamento do desenvolvimento do RN

Gráfico 1. Acompanhamento de Desenvolvimento do RN por idade e peso



Fonte: Imagem Arquivo Pessoal, 2019

Em vista do que foi dito nos capítulos anteriores, pode-se declarar que

A partir do sexto mês a criança desenvolve ainda mais o paladar e, conseqüentemente, começa a estabelecer preferências alimentares, processo que acompanha até a vida adulta (BIRCH, 1997).

4.2 COMPLICAÇÕES NA HORA DA AMAMENTAÇÃO

Manter a produção láctea materna por meio da ordenha é estimular a lactação através da ordenha mamária, sendo uma orientação que os profissionais da Obstetrícia oferecem às mães, e que em um parto imediato pode ocasionar a interrupção da produção de leite com o empedramento ou “ingurgitamento”, nome científico do leite, o que faz com que fique mais viscoso e dificulta a passagem, levando a mulher a sentir a mama maior e rígida, havendo possibilidade de febre, dor e desconforto na hora da amamentação.

As mulheres com mamas mais volumosas têm uma maior capacidade de armazenamento de leite e por isso podem ter mais flexibilidade com relação à frequência das mamadas (DALY, HARTMANN,1995).

Entre as principais causas de complicações na hora da amamentação estão:

- Esvaziamento incompleto das mamas;
- Atraso no início da amamentação;
- Realização de técnica incorreta de amamentação;
- Uso de suplementos;
- Sucção ineficaz do bebê.

Em caso de **empedramentos mamário**, o profissional de saúde deve orientar a realizar massagem mamária em volta das mamas junto à auréola por alguns momentos, com movimentos pequenos e leves, uma das mãos abaixo da mama e a outra realizando movimentos rotatórios com os dedos indicador e médio, o que melhora a saída do leite, dá alívio e conforto.

Compressas mornas sobre as mamas ajudam a dilatar as glândulas mamárias inchadas, para facilitar a retirada do leite que está sendo produzido em excesso. Desse modo, as compressas podem ser colocadas 10 a 20 minutos antes de amamentar, por exemplo, facilitando a saída do leite e aliviando a dor durante a amamentação.

Os **gânglios linfáticos** podem ser estimulados por meio de uma ligeira massagem na região da axila, com movimentos circulares, 5 a 10 vezes seguidas. Muitas das vezes é possível observar ou sentir pequenos nódulos nessa região, mas não são motivo de preocupação pois indicam apenas que os gânglios estão inflamados com o excesso de líquidos. Nesses casos, a massagem deve ser mais leve para não causar dor.

Em caso de **excesso de leite**, havendo dificuldade de o RN não conseguir pegar o mamilo devido ao inchaço e endurecimento das mamas, também se pode retirar um pouco de leite antes para facilitar a pega e evitar machucar os mamilos, como também pode ser utilizada bombinha na retirada de leite. Uma forma é aplicar pressão com os dedos polegar e indicador em redor da aréola até que algumas gotas

de leite começam a sair. Esse movimento pode ser repetido várias vezes até que a mama pareça mais maleável e menos inchada, após sentir que o excesso de leite saiu e a mama está mais maleável, deve-se colocar o bebê para mamar. Em consonância com os cuidados descritos anteriormente,

Autores acreditam que apesar de surgirem dificuldades na amamentação do bebê prematuro, é importante que as condutas da equipe e a rotina do hospital se ajustem para atender as demandas familiares e haja o estreitamento dos laços entre a mãe, sua família e a equipe para que o aleitamento materno possa ser facilitado e promovido (TORATI CV, 2011).

4. 3 Posições para Amamentação

- **Deitada de lado na cama** – posição cômoda, útil apenas pela noite, quando a mãe está muito cansada.

Img. 4. Amamentação Deitada de Lado na Cama



Fonte: revistacrescer.globo.com (2018)

- **Sentada com o bebê no colo** – nesta posição, a mãe senta confortavelmente na cadeira ou sofá e apoia o bebê deitado no colo, encosta a barriga do bebê na da mãe, o bebê é segurado pelos dois braços por baixo do seu corpinho.

Img. 5. Amamentação Sentada com o Bebê no colo



Fonte: revistacrescer.globo.com (2018)

→ **Sentada, com o bebê na posição "cavalinho"** – o bebê deve ficar sentado numa das coxas, de frente para a mama e a mãe poderá segurá-lo, apoiando suas costas. Esta posição é ideal para bebês com mais de 3 meses e que já seguram bem a cabeça.

Img. 6. Amamentação Sentada, com o bebê na posição "cavalinho"



Fonte: revistacrescer.globo.com (2018)

→ **De pé** – Esta posição é a mais clássica para amamentar e que acaba sendo muitas das vezes mais confortável para algumas mães, principalmente quando o bebê ainda é muito pequeno. Ao realizar esta posição deve-se deitar o bebê no colo e colocar uma das mãos entre as pernas do bebê para apoiá-lo melhor.

Img. 7. Amamentação de pé



Fonte: revistacrescer.globo.com (2018)

Por fim, acerca de posições de amamentação, cabe sublinhar que

A posição correta para amamentar é um dos fatores essenciais para o sucesso da amamentação, pois além de garantir o conforto da mãe, também ajuda o bebê a extrair melhor o leite materno, evitando problemas comuns como as rachaduras no mamilo (BELTRAME, 2021).

- **Sentada com o bebê por baixo do braço** - com uma almofada de amamentação ou dois travesseiros no colo, colocar os dois bebês de frente para a mãe e inclinar ligeiramente o corpo dos bebês para o mesmo lado, mas tendo o cuidado de manter a cabeça dos bebês ao nível dos mamilos, como mostra a imagem, a seguir.

Img. 8. Amamentação Sentada com o Bebê por baixo do Braço



Fonte: revistacrescer.globo.com (2018)

Nos primeiros seis meses de vida a quantidade de vitamina A presente no leite materno supera as necessidades da criança (INSTITUTE OF MEDICINE,2001)

4. 4 Fissuras Mamárias

Fissura mamária é a lesão do tecido do mamilo provocada pela pressão realizada pelo bebê quando a pega ao mamar é inadequada. Durante a amamentação, a posição deve ser confortável para a mãe e bebê. Para saber se a técnica está sendo realizada corretamente, observa-se:

- A mãe apoia todo o corpo da criança e não apenas pescoço e ombros;
- O corpo da criança está alinhado com o da mãe;
- O queixo da criança toca o seio;
- A boca está bem aberta;
- O lábio inferior está voltado para fora;
- A aréola está mais visível acima da boca que abaixo;
- A criança está sugando bem, com movimentos lentos e profundos e pausas ocasionais.

4. 5 Tratamento

O tratamento de fissuras mamárias inclui:

- Exposição ao ar e ao sol;
- Não usar sabonetes ou substância antisséptica;
- Limitar o tempo da mamada oferecendo o peito mais vezes;
- Retirar o mamilo da boca da criança com o uso do dedo mínimo e com cuidado.

4.6 Evolução da Mortalidade no Brasil

Andrade, 2005 explica que, como 70% dos óbitos infantis ocorrem no primeiro mês de vida, as ações de saúde — após todos esses anos de queda — deveriam focar em tecnologia e acesso a serviços de média e alta complexidade para os bebês que nascem com problemas congênitos ou prematuros. Ele diz: "São poucas as unidades de UTI neonatal, que precisam de um respirador, de equipamentos. Na medida em que vai se modernizando a saúde, vai aumentando também os custos. O Brasil, talvez, não tenha essa estrutura, e isso pode ser outro fator para explicar a taxa estacionada"(BRASIL,2015).

Os enfermeiros têm um desejo intrínseco de minimizar o sofrimento, a dor e as sequelas do recém-nascido e promover o vínculo afetivo entre eles, os pais e a família. É uma expectativa motivacional na prática (SCHMIDT, 2013).

Em 1940, a taxa de Mortalidade Infantil era de aproximadamente 147,0 óbitos de crianças menores de 1 ano para cada 1000 Nascidos Vivos, valor bastante superior ao da mortalidade das crianças entre 1 e 4 anos de idade 76,7 por mil. Já a taxa de Mortalidade das crianças menores de 5 anos alcançava a cifra de 212,1 óbitos para cada 1000 nascidos vivos no regime de Mortalidade vigente na época das crianças que vieram à falecer antes de completar os 5 anos de idade, 69,1% morreram antes de completar o primeiro ano de vida e 30,9% entre 1 a 4 anos essas duas séries de dados apresentam o comportamento esperado em um regime de diminuição da mortalidade, aumento da contração dos óbitos no primeiro ano de vida e diminuição desta concentração no grupo de 1 a 4 anos de vida (Tabela 1).

TABELA 1- Taxa de Mortalidade Infantil (por mil), Taxa de Mortalidade no Grupo de 1 a 4 Anos de Idade

Ano	Taxa de mortalidade infantil (por mil)	Taxa de mortalidade no grupo de 1 a 4 anos de idade (por mil)	Taxa de mortalidade na infância (por mil)	Das crianças que vieram a falecer antes dos 5 anos a chance de falecer (%)	
				Antes de 1 ano	Entre 1 a 4 anos
1940	146,6	76,7	212,1	69,1	30,9
1950	136,2	65,4	192,7	70,7	29,3
1960	117,7	47,6	159,6	73,7	26,3
1970	97,6	31,7	126,2	77,3	22,7
1980	69,1	16,0	84,0	82,3	17,7
1991	45,1	13,1	57,6	78,3	21,7
2000	29,0	6,7	35,5	81,7	18,3
2010	17,2	2,64	19,8	86,9	13,1
2017	12,8	2,16	14,9	85,7	14,3
$\Delta\%$ (1940/2017)	-91,3	-97,2	-93,0		
Δ (1940/2017)	-133,8	-74,5	-197,2		

Fontes: 1940,1950,1960 e 1970 - Tábuas construídas no âmbito da Gerência de Estudos e Análises da Dinâmica Demográfica.

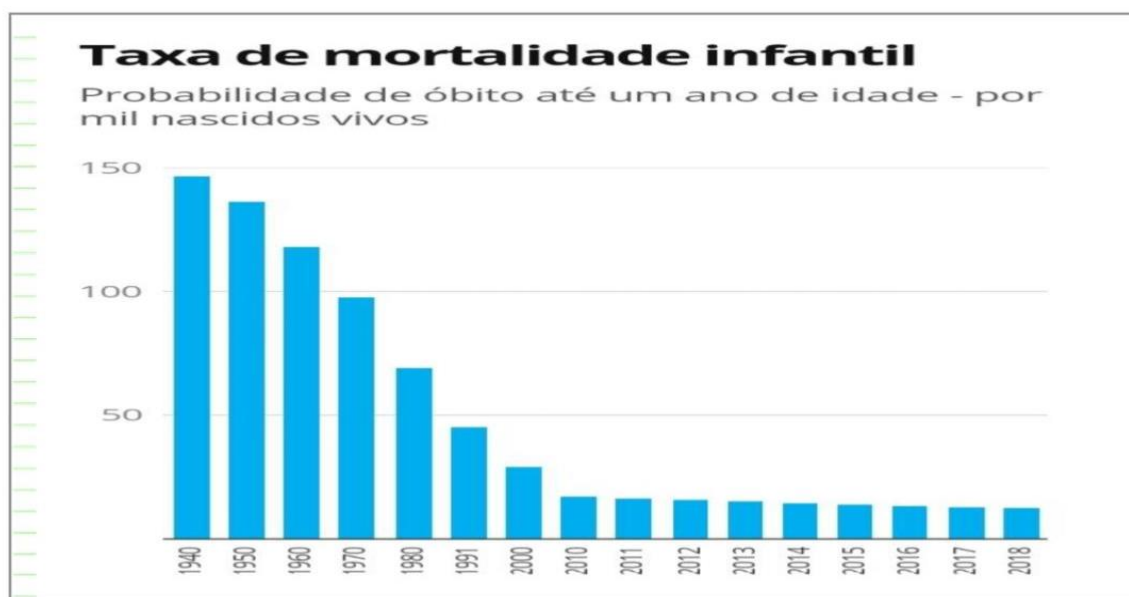
A probabilidade de um recém-nascido do sexo masculino não completar o primeiro ano de vida foi de 0,01380, isto é, para cada 1000 nascidos aproximadamente 13,8 deles não completariam o primeiro ano de vida. Para o sexo feminino este valor seria 0,01175 (11,8 meninas em mil nascidas vivas não completariam um ano de vida), uma diferença entre os sexos de 2,0 óbitos de crianças menores de um ano para cada 1000 nascidos vivos. E para ambos os sexos a taxa de Mortalidade Infantil foi de 12,8 por mil.

TABELA 2 – Expectativa de Vida ao Nascer – Brasil – 1940/2017

Ano	Expectativa de vida ao nascer			Diferencial entre os sexos (anos)
	Total	Homem	Mulher	
1940	45,5	42,9	48,3	5,4
1950	48,0	45,3	50,8	5,5
1960	52,5	49,7	55,5	5,8
1970	57,6	54,6	60,8	6,2
1980	62,5	59,6	65,7	6,1
1991	66,9	63,2	70,9	7,7
2000	69,8	66,0	73,9	7,9
2010	73,9	70,2	77,6	7,4
2017	76,0	72,5	79,6	7,1
$\Delta(1940/2017)$	30,5	29,6	31,3	

Fontes: 1940 1950, 1960 e 1970 - Tábuas construídas no âmbito da Gerência de Estudos e Análises da Dinâmica Demográfica.

A partir de 1940, observam-se diminuições contínuas nas taxas de Mortalidade das crianças de 2 a 5 anos. Entre 1940 e 2018 a Mortalidade infantil apresentou declínio da ordem de 91,3%, em quanto que a mortalidade de até 1 ano de idade, a diminuição foi de 97,2%. Neste período foram poupadas aproximadamente 134 vidas de crianças menores de 1 ano para cada mil nascidos vivos. E das 212 crianças nascidas vivas cada mil que não conseguiram atingir os 5 anos em 1940, foram poupadas neste período 197 vidas para cada mil nascidas vivas, correspondendo a uma taxa de Mortalidade na infância de 14,9 por mil, em 2018.

Gráfico 2. Taxa de Mortalidade Infantil por Mil Nascidos Vivos no Brasil

Fonte: IBGE (2018)

CONCLUSÃO

De modo geral, a literatura retrata com importância o acompanhamento, crescimento e desenvolvimento infantil para detecção precoce de problemas na saúde. De forma sistemática, requer pessoal de enfermagem qualificado para esta atividade, envolvendo conhecimentos sobre os prematuros, suas características, condições de vida e condutas na assistência à saúde da criança. Também são cruciais as estratégias nas visitas domiciliares e a necessidade de serviços de apoio às famílias no cuidado de seus filhos. É de fato importante que ocorra um cuidado individualizado dos enfermeiros para com os RNs prematuros, pois o período de recuperação é gradativo, longo e lento. Sendo assim, a aplicação de métodos, além das questões técnicas e desenvolvimento de uma proposta de humanização da assistência ao RN prematuro, tem como intuito minimizar os efeitos negativos.

Conclui-se que o neonato de baixo peso requer uma atenção complexa e pessoal capacitado com conhecimentos e habilidades fundamentadas para o cuidado. A assistência no prematuro deve ser imediata para a detecção precoce e manejo de patologias frequentes que podem surgir ao longo dos primeiros anos de vida. A aplicação da metodologia do processo enfermeiro se baseia nos requerimentos universais de autocuidado.

A informação foi obtida através de vivência que permitiu analisar os dados, emitir diagnósticos dos enfermeiros e executar-se o plano de cuidados fundamentados por artigos científicos e guias de prática clínica.

REFERÊNCIAS

- ANDERSSON, O.** et al. Effect of delayed versus early umbilical cord Clamping ou neonatal outcomes and iron status at 4 months: a randomised controlled trial. **British Medical Journal**, England, v.343, p. 7157, 2011. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22089242/>. Acesso em: 15 de Janeiro de 2020
- ANDRADE, C.L.; SZWARCOWALD, C.L.; CASTILHO, E.A.** Baixo peso ao nascer no Brasil de acordo com as informações sobre nascidos vivos do Ministério da Saúde, 2005. **Cad Saude Publica**, 2008, n. 24:2564-72. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/Cx7CyZDx5qGwyQpyLSkDsbT/>. Acesso em: 03 de Fevereiro de 2020.
- BARCELLOS, Amanda Aparecida; ZANI, Adriana Valongo.** O primeiro banho no Prematuro Hospitalizado: **Revisão Integrativa**. Vol. 20, n. 1, p. 128-133, Set-Nov 2017. Disponível em: <https://www.mastereditora.com.br/download-2452#:~:text=O%20banho%20por%20swaddle%20consistiu,uma%20banheira%20de%20%C3%A1gua%20morna>. Acesso em: 18 de Março de 2020.
- BELTRAME, Beatriz** 6 melhores posições para amamentar, 2021. Disponível em: <https://www.tuasaude.com/posicao-correta-para-a-amamentacao/#:~:text=A%20posi%C3%A7%C3%A3o%20correta%20para%20amamentar,como%20as%20rachaduras%20no%20mamilo>. Acesso em 25 de Setembro de 2021.
- BRAGA, Patrícia Pinto; SENA, Roseli Rosângela de.** Estratégias para efetivar a continuidade do cuidado pós-alta ao prematuro: revisão integrativa. **Acta Paul. Enferm.**, São Paulo, v.25, n.6, 2012.
- BRASIL.** Ministerio da Saúde. **Portaria nº 693. 5 de Julho de 2000.** Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2000/prt0693_05_07_2000.html Acesso em: 15 de Julho de 2021.
- BRASIL.** Ministério da Saúde. Dados Estatísticos sobre Prematuridade no **Brasil, 2016.**
- BRASIL.** Ministério da Saúde. **Atenção humanizada recém nascido de baixo peso: Método Canguru:** manual técnica Brasília, DF: ED. Ministério da Saúde, 2011.
- BRASIL.** Ministério da Saúde. **Secretaria de Atenção Básica.** Política Nacional de Atenção Básica. Brasília, DF: Ed. Ministério da Saúde, 2012.
- BRASIL.** Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Atenção à saúde do recém-nascido:** guia para os profissionais de saúde. 2ª ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.
- BRASIL.** Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Atenção à saúde do recém-nascido:** guia para os profissionais de saúde. 2ª ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.
- CHOPARD, MRT; BRUNIERRA, MMP.** Deficiencia de ferro no feto e recém nascido. **Ver. Bras. Hematol. Hemoter.** 32 (suppl 2), Jun. 2010. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbhh/a/pHZXwByyvvbvKvMsLgNZJMP/>. Acesso em: 20 de Outubro de 2020

CRUVINEL, FM; PAULETTI, CM. Formas de atendimento humanizado ao recém-nascido pré-termo ou de baixo peso na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal: uma revisão. **Cad Pós-Grad Distúrb Desenvol.** 2009; **9(1):102-25.**

EBSERH. Banho Recém-nascido e Lactente-Protocolo Núcleo de Protocolos Assistências de **Enfermagem Pediátrica.** Junho de 2018. Disponível em: <https://www.google.com/url?sa=t&source=web&rct=j&url=https://www.gov.br/ebserh/pt-br/hospitais-universitarios/regiao-sudeste/hu-ufjf/saude/especialidades-1/PROTOCOLOBANHOLACTENTE.pdf&ved=2ahUKEwjYr8au8bTAhW3q5UCHeCJDhE4ChAWegQIDRAB&usq=AOvVaw0SaqKMavqls4gm67JOfcMq.> Acesso em: 15 de Dezembro de 2020.

FRELLO, Ariane Thaise; CARRARO, Telma Elisa. Enfermagem e a relação com as mães de neonatos em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal. **Rev. Bras. Enf. Brasília,** v. 65, n. 3, p. 514-521, junho de 2012. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003471672012000300018&lng=en&nrm=iso. acesso em 06 de junho de 2018. Acesso em: 05 de janeiro de 2021.

GONZAGA, I.C.A; et al. Atenção pré-natal e fatores de risco associados à prematuridade e baixo peso ao nascer na capital do nordeste brasileiro. **Ciênc. saúde colet.,** v. 21, n. 6, 2016. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/nMzV7yLyTvPm8JDWxZHcgNN/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 15 de Fevereiro de 2021.

HAYAKAWA, Letícia et al. Incidência de reinternação de prematuros com muito baixo peso nascidos em um Hospital Universitário. **Esc. Anna Nery Rev. Enferm.,** Rio de Janeiro, v.14, n.5, p.324-329, abr./jun. 2010.

KOLOSSOSWSKI, Diulia Gomes et al. Assistência integral ao Recém-nascido prematuro: implicações das práticas e da política pública. **Rev. CEFAC,** 18(1). jan-feb 2016. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rcefac/a/LkYmzcBfHM8zxWZVvxXC7Qf/?lang=pt#:~:text=Existem%20diversas%20pol%C3%ADticas%20p%C3%BAblicas%20voltadas,at%C3%A9%20dois%20anos%20de%20vida>. Acesso em: 10 de Abril de 2021.

MELO, R. A. et al. Nurses' understanding off newborn care in oxygen therapy/Compreensão do enfermeiro sobre o cuidado ao recém-nascido em oxigenoterapia. **Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online,** v. 11, n. 1, p. 31-39, 2019.

MERIGHI, M.A.B. Nursing care to the premature some basics procedures. **Rev. Esc. Enf. USP,** São Paulo, 9(3):231-237, 1985. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reeusp/a/mtkLMZk754hHDLVydSghSzx/?lang=pt&format=pdf>. Acesso em: 20 de Junho de 2021.

MORAES-FILHO, J.P.P. et al. Brazilian Consensus on Gastroesophageal Reflux Disease: proposals for assessment, classification, and management. **Am J Gastroenterol.** 2002;97:241-8. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11866257/>. Acesso em: 25 de Agosto de 2021.

SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE. Governo do Estado de Goiás. Hospital Estadual Centro-Norte Goiano utiliza método do copinho para amamentação de recém-nascidos. Disponível em: <https://www.saude.go.gov.br/noticias/16392-hospital-estadual-centro-norte-goiano-utiliza-metodo-do-copinho-para-amamentacao-de-recem-nascidos>. Acesso em: 10 de Outubro de 2021.

SILVA, Loiana Gomes. O cuidado de enfermagem ao neonato pré-termo em unidade neonatal: perspectiva de profissionais de enfermagem. **Rev. Eletr. Enf.** v. 14, n. 3, p.

634, 2012. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/v14/n3/v14n3a21.htm>. Acesso em 06 de Junho de 2018. Acesso em: 30 de Novembro de 2021.

STELMAK, A. P; **MAZZA**, V. A; **FREIRE**, M. H. S. O valor atribuído pelos profissionais de enfermagem aos cuidados preconizados pelo método canguru. **Rev Enf. UFPE on line**, v. 11, n. 9, p. 3376-85, set. 2017. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/viewFile/110236/22167>. Acesso em: 27 de Dezembro de 2021.

SETSUKE TOMA, T. (2003). A inclusão da família nos serviços de atenção ao bebê de baixo peso. **BIS. Boletim Do Instituto De Saúde**, (30), 24–25. Disponível em: <https://periodicos.saude.sp.gov.br/bis/article/view/38057>. Acesso em: 19 de Janeiro de 2022.

TORATI, C.V. **Política de Atenção ao recém-nascido prematuro**: Morbidades respiratórias e neurológicas [dissertação]. Vitória (ES): Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória; 2011.

VENANCIO, S.I.; **Paiva**, R. Humanização da assistência ao recém-nascido: o papel das políticas públicas. **BIS - Bol Inst Saúde**. 2003; 30: 20-1. Disponível em: <https://periodicos.saude.sp.gov.br/bis/article/download/38055/35931>. Acesso em: 23 de Março de 2022.

VIEIRA, Cláudia Silveira; **MELLO**, Débora Falteiros de. O seguimento da saúde da criança pré-termo e de baixo peso egressa da terapia intensiva neonatal. **Texto Contexto Enferm**. Florianópolis, v.18, n.1, p.74-82, jan./mar. 2009.

WAMBACH, K; **RIORDAN**, J. **Breastfeeding and human lactation**. Burlington: Jones & Bartlett Learning, 2014.

ZANI, Adriana Valongo; **TONETE**, Vera Lúcia Pamplona; **PARADA**, Cristina Garcia de Lima. Cuidados a recém-nascidos de baixo peso por equipes de saúde da família; revisão integrativa. **Rev. Enferm. UFPE online**., Recife, v.8, n.5, p.1347-1356, maio 2014.

DECLARAÇÃO DE REVISÃO

Declaro, para os devidos fins, que eu, Ednelson João Ramos e Silva Júnior, graduado em Letras e mestre em Estudos Literários pela Universidade Federal de Alagoas, realizei a revisão do Trabalho de Conclusão de Curso **ASSISTÊNCIA E CUIDADOS DE ENFERMAGEM AO RN PREMATURO DE BAIXO PESO**, de **Marlene Alves de Melo**, consistindo em correção gramatical, adequação do vocabulário, inteligibilidade do texto e correção de acordo com as normas técnicas. Em caso de necessidade, coloco-me à disposição por meio do e-mail johnnothing@duck.com.

Maceió, 8 de novembro de 2023



Revisor