

MINISTÉRIO DA SAÚDE



Guia de Orientações para o Método Canguru na Atenção Básica: **Cuidado Compartilhado**

Brasília – DF
2016

MINISTÉRIO DA SAÚDE
Secretaria de Atenção à Saúde
Departamento de Ações Programáticas Estratégicas



**Guia de Orientações para o
Método Canguru na Atenção Básica:
Cuidado Compartilhado**

**Brasília – DF
2016**



Esta obra é disponibilizada nos termos da Licença Creative Commons – Atribuição – Não Comercial – Compartilhamento pela mesma licença 4.0 Internacional.

É permitida a reprodução parcial ou total desta obra, desde que citada a fonte. A coleção institucional do Ministério da Saúde pode ser acessada, na íntegra, na Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde: <http://www.saude.gov.br/bvs>. O conteúdo desta e de outras obras da Editora do Ministério da Saúde pode ser acessado na página: <http://editora.saude.gov.br>.

Tiragem: 1ª edição – 2016 – 30.000 exemplares

Elaboração, distribuição e informações:

MINISTÉRIO DA SAÚDE

Secretaria de Atenção à Saúde

Departamento de Ações Programáticas Estratégicas

Coordenação-Geral de Saúde da Criança e Aleitamento Materno

SAF Sul, Trecho 2, lotes 5/6, Torre I, Ed. Premium, 1º andar

Sala 105B

Tel.: (61) 3315-9070

CEP: 70070-600 – Brasília/DF

Site: www.saude.gov.br/crianca

E-mail: crianca@saude.gov.br

Coordenação:

Paulo Vicente Bonilha Almeida

Organização:

Eremita Val Rafael

Suzane Oliveira de Menezes

Zeni Carvalho Lamy

Elaboração:

Eremita Val Rafael

Francisca da Silva Souza

Gisele Karina Pereira Regina

Marinese Herminia Borges

Suzane Oliveira de Menezes

Zeni Carvalho Lamy

Revisão:

Amanda Fedevjcyk de Vico

Charleni Inês Scherer

Denise Streit Morsch

Fernando Lamy Filho

Karina Godoy Arruda

Luiza Geaquinto Machado

Marcia Helena Leal

Maria Cândida Ferrarez Viana

Nicole Oliveira Mota Gianini

Renata Gomes Soares

Renata Guimarães Mendonça de Santana

Sérgio Tadeu Martins Marba

Colaboração:

Cristiane Madeira Ximenes

Karoline Corrêa Trindade

Rosimeiry Pereira Santos

Ilustração:

Julio César Ominto

Diagramação:

Edemar Miqueta

Evandro Martin

Apoio:

Universidade Federal do Maranhão – UFMA

Hospital Universitário – UFMA

Fundação Josué Montello

Editora responsável:

MINISTÉRIO DA SAÚDE

Secretaria-Executiva

Subsecretaria de Assuntos Administrativos

Coordenação-Geral de Documentação e Informação

Coordenação de Gestão Editorial

SIA, Trecho 4, lotes 540/610

CEP: 71200-040 – Brasília/DF

Tels.: (61) 3315-7790 / 3315-7794

Fax: (61) 3233-9558

Site: <http://editora.saude.gov.br>

E-mail: editora.ms@saude.gov.br

Equipe editorial:

Normalização: Daniela Ferreira Barros da Silva

Revisão: Tamires Alcântara e Khamila Silva

Impresso no Brasil / Printed in Brazil

Ficha Catalográfica

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas.

Guia de orientações para o Método Canguru na Atenção Básica : cuidado compartilhado / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília : Ministério da Saúde, 2016.

56 p. : il.

ISBN 978-85-334-2350-3

1. Método Canguru. 2. Saúde da criança. 3. Atenção Básica à Saúde. I. Título.

CDU 613.95

Catalogação na fonte – Coordenação-Geral de Documentação e Informação – Editora MS – OS 2016/0117

Título para indexação:

Guidelines for the Kangaroo Method in Primary Care

SUMÁRIO

	APRESENTAÇÃO	5
1	INTRODUÇÃO	7
2	MÉTODO CANGURU	9
	2.1 Conceito	9
	2.2 Posição Canguru	10
	2.3 As etapas do Método Canguru	11
3	CONHECENDO O RECÉM-NASCIDO PRÉ-TERMO E/OU DE BAIXO PESO	17
	3.1 Classificação do recém-nascido	17
	3.2 Correção da idade gestacional	20
	3.3 Identificando sinais de alerta e de risco	22
4	COMPARTILHANDO O CUIDADO NA TERCEIRA ETAPA	25
	4.1 Entendendo o relatório de alta	25
	4.2 Agenda de acompanhamento do bebê e sua família	26
	4.3 A visita domiciliar e o atendimento na Unidade Básica de Saúde	28
	4.4 Orientando os pais nos cuidados	32
5	ALEITAMENTO MATERNO	37
6	ACOMPANHANDO O CRESCIMENTO E O DESENVOLVIMENTO	41
	6.1 Falando sobre o crescimento	41
	6.2 Falando sobre o desenvolvimento	43
7	USO DE IMUNOBIOLÓGICOS	45
	7.1 Outros imunobiológicos	46
8	RASTREAMENTO DE DOENÇAS NO PERÍODO NEONATAL	49
9	OS VÍNCULOS NECESSÁRIOS APÓS A ALTA	53
	REFERÊNCIAS	55
	BIBLIOGRAFIA CONSULTADA	56



APRESENTAÇÃO

Este *Guia de Orientações para o Método Canguru na Atenção Básica: cuidado compartilhado* foi escrito para os agentes comunitários de saúde com o objetivo de apresentar, de forma simples e clara, ações preconizadas pelo Ministério da Saúde que qualificam o atendimento ao recém-nascido pré-termo e/ou de baixo peso após a alta hospitalar. Isso envolve ações integradas entre as equipes da Unidade Neonatal e as equipes da Atenção Básica, buscando oferecer ao bebê e à sua família cuidado e orientações frente às necessidades que surgem a partir de sua ida para casa, contribuindo, dessa forma, para a redução da morbimortalidade infantil.

A Política de Atenção Humanizada ao Recém-Nascido de Baixo Peso – Método Canguru sempre contou com essa parceria que agora se solidifica por meio da construção de uma linha de cuidado que começa na identificação do risco gestacional na Atenção Básica, acompanha a internação da mãe e do bebê na maternidade e segue a diáde mãe-bebê nos diferentes ambientes de cuidado, seja no domicílio, na Unidade Básica de Saúde (UBS) ou no atendimento especializado.

Esperamos que este seja o início de um trabalho compartilhado que proporcione melhores condições de saúde às crianças e segurança às suas famílias.



INTRODUÇÃO

O Método Canguru é considerado a forma mais adequada de atenção ao recém-nascido (RN) pré-termo ou de baixo peso, especialmente àqueles que necessitaram de internação em Unidade Neonatal. Historicamente, esses recém-nascidos só eram percebidos pelo risco potencial de complicações e a organização de seu cuidado após a alta estava totalmente voltada para o atendimento especializado.

A Política de Atenção Humanizada ao Recém-Nascido – Método Canguru constrói uma linha de cuidado que tem início na identificação de risco gestacional no pré-natal realizado na Unidade Básica. Esse cuidado segue no pré-natal especializado e, após o nascimento, acompanha o percurso do bebê no serviço de neonatologia, seja Unidade Neonatal ou alojamento conjunto. Segue até o domicílio, quando, então, passa a ser acompanhado, se necessário, pelo ambulatório especializado e sempre pela Unidade Básica de Saúde.

Para a redução da morbimortalidade infantil é necessário o acompanhamento adequado desde a gestação. Os cuidados ao bebê devem ter início quando ele ainda está na barriga de sua mãe. Os agentes comunitários de saúde (ACS) e as parteiras tradicionais geralmente são os primeiros que ficam sabendo da notícia de uma nova gravidez na comunidade. É importante que o casal seja orientado e incentivado por eles a iniciar o acompanhamento pré-natal o mais cedo possível.

Mesmo quando é identificado um risco na gravidez, como hipertensão, diabetes, hemorragia, entre outros, e sua consequente necessidade de acompanhamento especializado, os profissionais da Atenção Básica continuam tendo um papel muito importante como equipe de referência.

Este Guia está de acordo com a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (Pnaisc), que tem como princípios norteadores do cuidado o planejamento e o desenvolvimento de ações intersetoriais, o acesso universal, o acolhimento, a responsabilização, a assistência integral e resolutiva, a equidade, a atuação em equipe, o desenvolvimento de ações coletivas com ênfase na promoção da saúde, a participação da família e a avaliação permanente e sistematizada da assistência prestada.

O conteúdo aqui apresentado reúne conhecimentos acerca das particularidades físicas, biológicas e necessidades especiais de cuidados do bebê egresso de Unidade Neonatal, de seus pais e de sua família. Abrange também a equipe de profissionais responsáveis por esse atendimento, buscando motivá-la para mudanças importantes em suas ações como cuidadores.



MÉTODO CANGURU

2.1 Conceito

O **Método Canguru** é um modelo de assistência que tem início na gravidez de risco e **segue até o recém-nascido atingir 2.500 g**. Dessa forma, abrange pré-natal, internação materna, parto e nascimento, internação do recém-nascido e retorno para casa. Envolve cuidado humanizado, contato pele a pele entre o recém-nascido e seus pais, controle ambiental, redução da dor, cuidado com a família e suporte da equipe de saúde. O contato pele a pele, no Método Canguru, começa com o toque dos pais em seus bebês desde os primeiros momentos da internação, evoluindo até a posição canguru.

Pilares do Método Canguru:

- ▶ Acolhimento ao bebê e à sua família;
- ▶ Respeito às individualidades do recém-nascido e de seus pais;
- ▶ Promoção do contato pele a pele precoce;
- ▶ Envolvimento da mãe e do pai nos cuidados com o bebê.

Vantagens:

- ▶ Reduz o tempo de separação entre a criança e sua família;
- ▶ Favorece o vínculo pai-mãe-bebê-família;
- ▶ Possibilita maior confiança e competência dos pais;
- ▶ Proporciona estímulos sensoriais positivos;
- ▶ Melhora o desenvolvimento do bebê;
- ▶ Estimula o aleitamento materno;
- ▶ Favorece controle térmico adequado;
- ▶ Reduz o risco de infecção hospitalar;
- ▶ Reduz o estresse e a dor;
- ▶ Melhora a comunicação da família com a equipe de saúde.

2.2 Posição Canguru

A **Posição Canguru** consiste em manter a criança em contato pele a pele, na posição vertical junto ao peito da mãe ou do pai. A criança deve estar somente de fraldas e, em regiões mais frias, pode usar meias e touca. A mãe deve estar sem sutiã para favorecer o contato pele a pele.

Para a segurança do bebê, é necessária a utilização de uma faixa ou outra contenção segura que o envolva confortavelmente e o mantenha sustentado, possibilitando que seus pais possam locomover-se ou mesmo dormir. Para a contenção do bebê, têm sido utilizados diversos modelos como faixa ou top de malha e faixa de tecido macio. Em qualquer modelo, devem ser evitados nós nas costas, por serem desconfortáveis para a mãe ao se sentar.

Os modelos de malha em geral são mais confortáveis e seguros.



O tempo na posição canguru deve ser definido pelo desejo dos pais e do bebê e pelo prazer que proporcionará a ambos, mas, a cada vez que o bebê for para a posição, deve permanecer por, no mínimo, uma hora, para que possa receber os seus benefícios. Recomenda-se que seja duradouro e frequente.



► O contato pele a pele é de grande importância no desenvolvimento do bebê. Promove uma experiência de contenção e favorece o desenvolvimento do apego, a confiança e satisfação da mãe e tem efeito positivo sobre o aleitamento materno.

► O bebê não fica “mal-acostumado” por permanecer no colo, ser embalado para dormir, escutar músicas de ninar. Ele fica “bem-acostumado”. Sente-se seguro.

Todos os recém-nascidos podem beneficiar-se da posição canguru, especialmente aqueles que nascem com peso menor que 2.500 g. Para estes, é recomendado que, independentemente do local em que se encontrem (alojamento conjunto ou residência), sejam colocados em posição canguru pelo menos uma vez por dia.

2.3 As etapas do Método Canguru

O Método Canguru é desenvolvido em três etapas, conforme descrito a seguir.



1^a ETAPA

A primeira etapa é o período que se inicia no pré-natal da gestante de alto risco, passa pelo parto e nascimento e segue pela internação do recém-nascido na Unidade Neonatal. Nesta etapa, a equipe de saúde deve minimizar a separação entre o recém-nascido e seus pais, favorecendo a formação e o fortalecimento dos laços afetivos. Muitas dessas mulheres, agora mães, já haviam recebido visitas domiciliares dos ACS, consultaram-se na UBS próxima ao seu domicílio, até o momento do nascimento do bebê. Portanto, possuem ligação com essas equipes, o que pode ser mantido por meio de visitas domiciliares ou mesmo conversas entre as equipes do hospital e da Atenção Básica de Saúde (ABS).

Os pais devem ser acolhidos e acompanhados de acordo com suas necessidades. A posição canguru é orientada e estimulada até a ida do bebê para a segunda etapa. Os avós e os irmãos devem participar da internação, de acordo com as orientações de cada unidade.

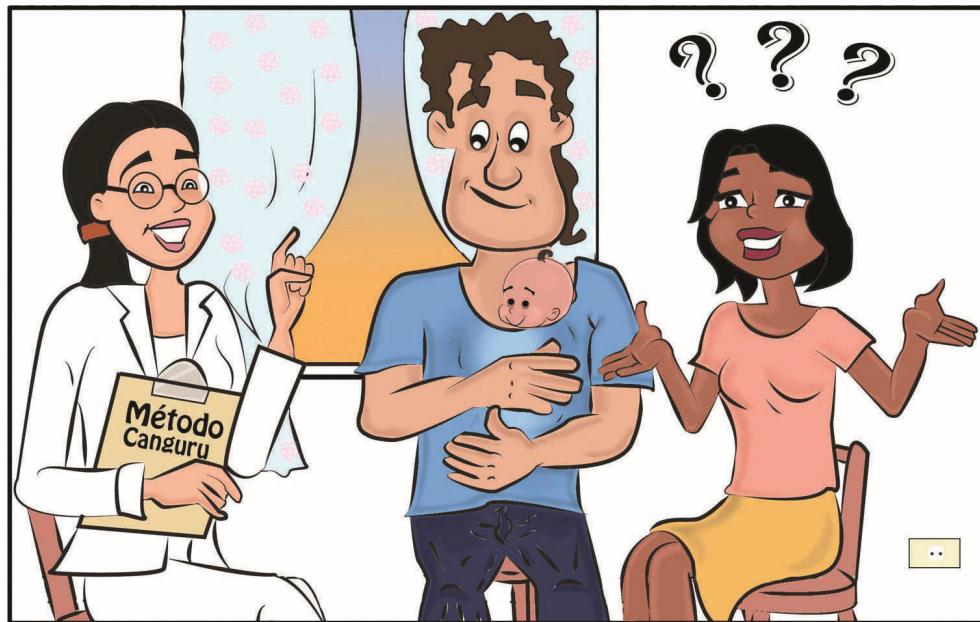
Recomenda-se garantir um espaço, dentro ou próximo ao hospital, onde a mãe possa permanecer após sua alta para facilitar sua presença junto ao bebê e para estimular o aleitamento materno.



2^a ETAPA

Na segunda etapa, a mãe é convidada a ficar com seu bebê na Unidade de Cuidados Intermediários Canguru (UCINCa) em tempo integral. Esse período funciona como um “estágio” pré-alta hospitalar no qual a mãe assume cada vez mais os cuidados do filho sob a orientação da equipe. O aleitamento materno continua sendo apoiado e estimulado. Esta etapa é parte essencial do Método, preparando a mãe, o pai e a família para os cuidados com o bebê no domicílio após a alta hospitalar na terceira etapa. O pai tem livre acesso e permanência e sua presença deve ser sempre estimulada.

Nessa etapa a integração já iniciada com a equipe da Atenção Básica deve ser intensificada. O contato entre a equipe hospitalar e as equipes da Atenção Básica pode resultar em uma melhor chegada do bebê à sua casa.



3^a ETAPA

A terceira etapa do Método Canguru começa com a alta hospitalar e garante a continuidade do cuidado à criança que nasceu pré-termo (RNPT) e/ou de baixo peso (RNBP).

Nesse período, o bebê e sua família receberão atenção no domicílio, na Unidade de Saúde da Família e ainda continuarão vinculados ao hospital de origem. Isso ocorre até o bebê alcançar 2.500 g, quando recebe alta do Método Canguru, passando então aos cuidados da Atenção Básica e, quando necessário, também em ambulatórios especializados. Sabemos que algumas dessas crianças residem muito longe do hospital onde permaneceram internadas.

Estratégias de comunicação entre as equipes do hospital e da ABS próxima à residência devem ser pensadas e colocadas em prática para o melhor cuidado e desenvolvimento dessa criança.

É importante reforçar com a família a necessidade de manter o bebê em posição canguru pelo maior tempo possível. A rede sociofamiliar de apoio (parentes, amigos, vizinhos) que foi estabelecida enquanto a mãe estava acompanhando o bebê no hospital deve ser mantida.

Nesta etapa, os profissionais da Atenção Básica terão um papel muito especial no apoio e no acompanhamento familiar e na localização e captação das famílias.

Observação:

As mães sem companheiros deverão ser apoiadas na identificação de familiares ou pessoas de seu relacionamento para lhes acompanharem durante todo este processo de cuidados.

Quem poderá fazer a posição canguru em casa?

A posição canguru oferece para o bebê a retomada de experiências sensoriais e psíquicas primitivas, que só podem ser vivenciadas entre ele e sua mãe e, também, seu pai.

A posição canguru possibilita um encontro muito íntimo entre o bebê, sua mãe e seu pai e, portanto, não é recomendado ser feito por outra pessoa.

Em situações especiais, na impossibilidade da mãe, poderá ser indicada outra pessoa para prover este cuidado. Lembrando que deve ser alguém com quem o bebê manterá laços duradouros.



CONHECENDO O RECÉM-NASCIDO PRÉ-TERMO E/OU DE BAIXO PESO

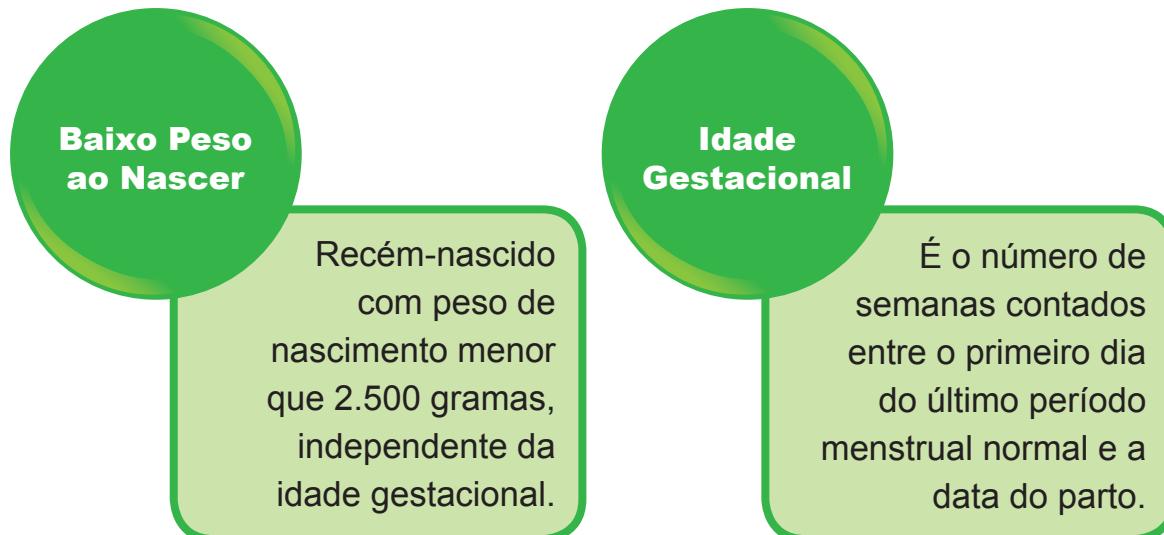
O bebê é considerado recém-nascido durante o período neonatal, que vai do nascimento até completar 28 dias.

De acordo com o peso de nascimento e com a idade gestacional (IG), esses recém-nascidos têm necessidades diferentes. Peso de nascimento e idade gestacional são dois indicadores importantes para a classificação do recém-nascido. A classificação tem como objetivo identificar recém-nascidos de maior ou menor risco para doenças e para morte.

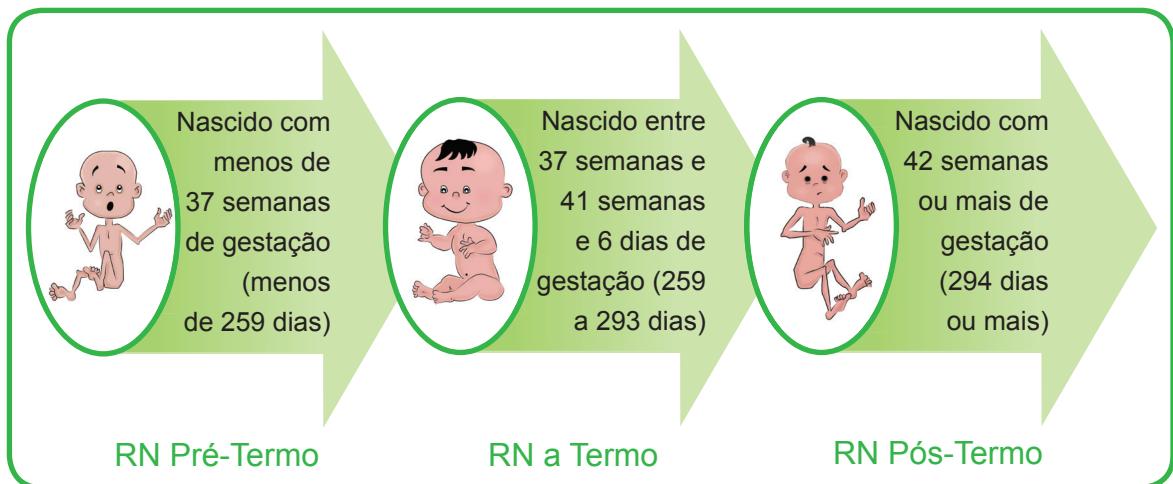
3.1 Classificação do recém-nascido

A idade gestacional é o tempo medido em semanas ou em dias completos decorridos desde o primeiro dia da última menstruação até a data do nascimento.

Baixo peso ao nascer é o recém-nascido com peso de nascimento menor que 2.500g, independentemente da idade gestacional.



3.1.1 Classificação quanto à idade gestacional



Chamamos de pré-termo os que nascem antes de completar nove meses de gestação. Eles podem nascer muito antes ou mais próximos de ter completado os nove meses.



3.1.2 Classificação quanto ao peso de nascimento

O peso ao nascer é a primeira medida de peso do recém-nascido obtida logo após o nascimento.

De acordo com o peso ao nascer, os recém-nascidos são classificados em:

- ▶ Baixo peso ao nascer: menor que 2.500 g;
- ▶ Muito baixo peso ao nascer: menor que 1.500 g;
- ▶ Extremo baixo peso ao nascer: menor que 1.000 g.

3.1.3 Classificação do recém-nascido quanto à adequação do peso à idade gestacional

A classificação dos recém-nascidos relacionando o seu peso de nascimento e sua idade gestacional (IG) é muito importante. Ela permite identificar bebês que têm um peso adequado para a sua IG, aqueles que são menores do que deveriam ser e aqueles que são maiores. Com isso podemos identificar problemas específicos que cada grupo costuma apresentar.

Essa classificação está apresentada no quadro abaixo:

Classificação de acordo com o peso ao nascer e a idade gestacional

AIG: Adequado para a idade gestacional

PIG: Pequeno para a idade gestacional

GIG: Grande para a idade gestacional

3.2 Correção da idade gestacional

O acompanhamento do crescimento e do desenvolvimento deve ser feito pela idade gestacional corrigida.

Por que é necessário fazer a correção da idade gestacional? Porque os recém-nascidos pré-termo, que tiveram seu crescimento e desenvolvimento intrauterino interrompidos pelo parto prematuro necessitam desse tempo para completá-lo. Em geral, utilizamos a correção até os 2 anos.

Para o cálculo, usamos o marco de 40 semanas (RN a termo). Para a correção, identificamos a IG ao nascer e vemos quantas semanas faltaram para que ele nascesse com 40 semanas. A diferença encontrada é o tempo que faltou para a idade de termo e deverá ser descontada da idade cronológica nas consultas de seguimento, especialmente nas avaliações de crescimento e desenvolvimento destas crianças, até os 2 anos de idade.

Como exemplo, para uma criança que nasceu com 34 semanas de IG, faltavam seis semanas (um mês e meio) para completar 40 semanas de idade gestacional (gestação a termo).

Veja alguns exemplos a seguir:

Quadro 1 – Correção da idade gestacional para o termo

IG	“DESCONTO” da prematuridade
34 semanas	6 semanas = 1 ½ meses
33 semanas	7 semanas = 1 mês e 3 semanas
32 semanas	8 semanas = 2 meses
31 semanas	9 semanas = 2 meses e 1 semana
30 semanas	10 semanas = 2 ½ meses
29 semanas	11 semanas = 2 meses e 3 semanas
28 semanas	12 semanas = 3 meses
27 semanas	13 semanas = 3 meses e 1 semana
26 semanas	14 semanas = 3 ½ meses
25 semanas	15 semanas = 3 meses e 3 semanas
24 semanas	16 semanas = 4 meses

Fonte: (BRASIL, 2015a).

A criança nascida pré-termo deve ser acompanhada na Caderneta da Criança, utilizando-se as curvas da Organização Mundial da Saúde (OMS) para crianças a termo de acordo com a sua idade corrigida.



3.3 Identificando sinais de alerta e de risco

Observar situações que possam comprometer a saúde da criança é uma tarefa muito importante. Visitas domiciliares são oportunidades para identificar os sinais de alerta e de risco.

Diante da identificação de sinais de alerta, é fundamental auxiliar a família na superação das dificuldades. Pode ser necessário dialogar com a equipe para tomada de decisão.



Os **SINAIS DE RISCO**, quando identificados, indicam que a criança deve ser levada imediatamente para atendimento na Unidade Básica de Saúde mais próxima ou no hospital, dependendo da gravidade do quadro.

Isso ocorre quando:



Tenho dificuldade para respirar



Estou roxo ou com os lábios roxos



Estou com frio



Não quero mamar



Fico muito tempo parado, quieto apático



Estou pálido

Observar também:

- Irritabilidade ou choro fraco;
- Febre ou temperatura baixa;
- Vômitos;
- Pouca urina;
- Perda de peso;
- Tremores;
- Convulsão;
- Aumento rápido do perímetro cefálico;
- Hérnia inguinal.



COMPARTILHANDO O CUIDADO NA TERCEIRA ETAPA

A terceira etapa do Método Canguru, como já vimos, começa após a alta hospitalar e segue até que o bebê alcance o peso de 2.500 g. É o momento em que a criança que nasceu pré-termo ou de baixo peso se encontra clinicamente estável e não necessita mais de internação, mas ainda necessita de controle da estabilidade térmica e ganho de peso, entre outros cuidados.

Neste período, algumas famílias podem precisar de maior apoio, pois a alta é sempre um momento muito importante e para o qual a equipe deve ter uma atenção especial. Mesmo o bebê estando clinicamente estável e a mãe apta para a alta hospitalar, quando chegam a casa, deparam-se com situações diferentes e então surgem dificuldades. Daí a importância do acompanhamento do bebê.

A parceria entre as maternidades de referência e as Unidades Básicas de Saúde, a Estratégia Saúde da Família (ESF) e também equipes do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (Nasf) é a chave para o sucesso desse acompanhamento.

Após a alta hospitalar, na terceira etapa, a avaliação da criança pela equipe do hospital ou mesmo a reinternação são asseguradas pela Norma do Ministério da Saúde para o Método Canguru.

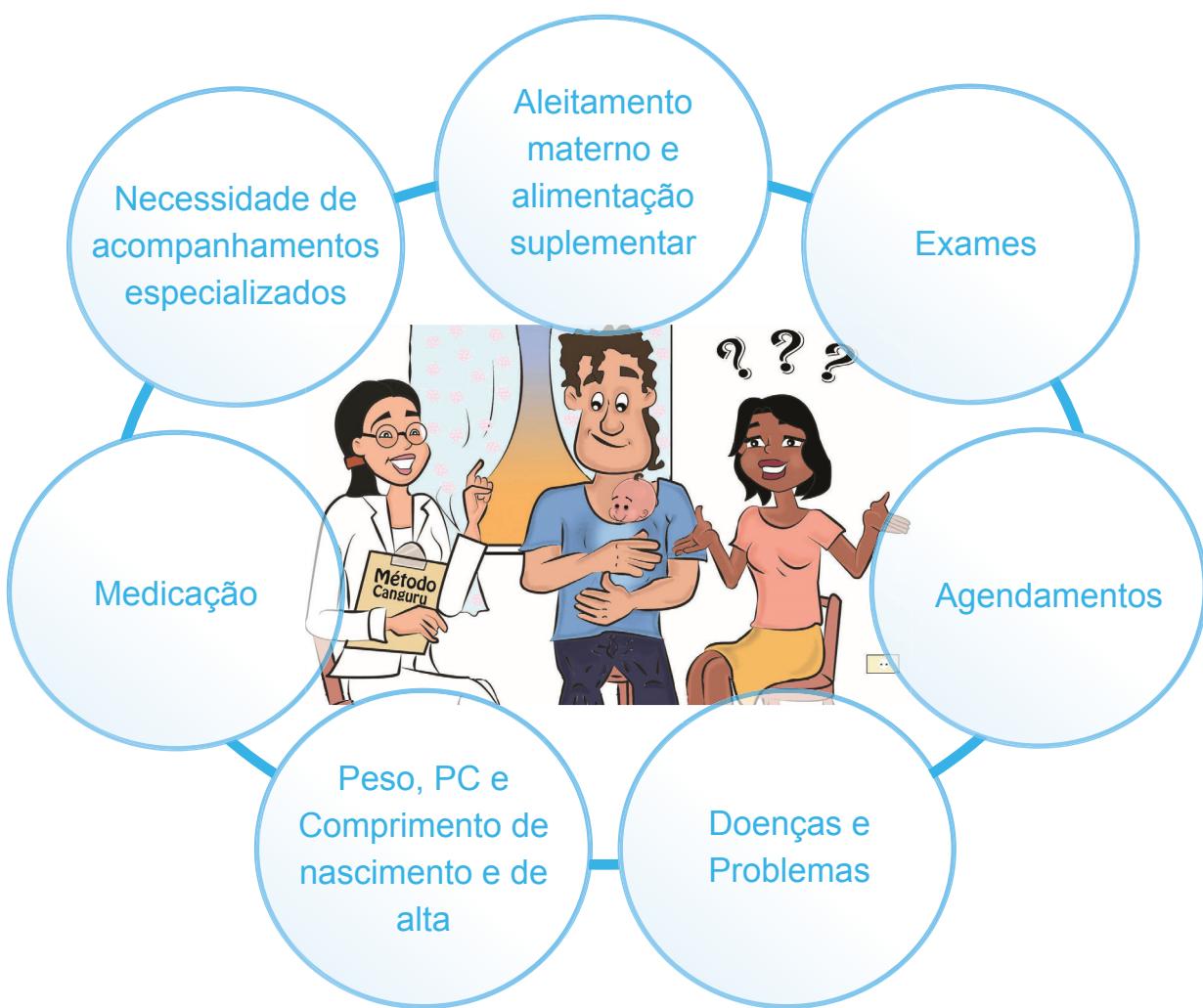
Existe preocupação quanto àquelas crianças cujo domicílio é muito distante do hospital. Nessas situações, na terceira etapa, a equipe do hospital e a família deverão pensar em alternativas para cada caso. Recomenda-se que a mãe e o bebê permaneçam em casa de parentes, amigos ou em casas de apoio institucional até a possibilidade da alta segura.

4.1 Entendendo o relatório de alta

O relatório de alta é um resumo da internação da criança desde o nascimento até a alta hospitalar. Nele, é possível conhecer o que aconteceu com o bebê durante a internação, os procedimentos realizados, as orientações e os cuidados.

A equipe da Atenção Básica deve sempre solicitar este relatório, observando as orientações e os agendamentos para auxiliar a mãe e a família nestas tarefas, às vezes, difíceis de serem seguidas. Destacamos consultas com especialistas, uso de medicações e tratamento fora do domicílio (TFD) para os quais o papel da ESF é muito importante, estimulando, facilitando e reforçando as orientações.

Informações básicas que podem ser encontradas no relatório de alta:



4.2 Agenda de acompanhamento do bebê e sua família

À alta hospitalar, a criança é agendada para acompanhamento periódico. Sugerem-se três consultas na primeira semana, duas na segunda semana e uma consulta semanal a partir da terceira semana, até que atinja 2.500 g, quando recebe alta da terceira etapa.

	D	S	T	Q	Q	S	S
1 ^a SEMANA							
2 ^a SEMANA							
3 ^a SEMANA							

Logo que chegar à sua casa, na **primeira semana**, a criança e sua mãe deverão receber visita domiciliar da equipe da Atenção Básica e ter garantido o primeiro retorno ao hospital de origem em até 72 horas. A terceira avaliação da primeira semana poderá ocorrer na UBS ou novamente no hospital, dependendo da necessidade do bebê.

Na **segunda semana** após a alta, recomenda-se um retorno hospitalar e uma consulta na UBS.

A partir da **terceira semana**, até alcançar 2.500 g, a criança deverá ser acompanhada semanalmente. Essa consulta pode ocorrer na UBS ou no hospital de origem, de acordo com as condições clínicas da criança.

Durante toda a terceira etapa, o hospital de origem deve ter, além dos atendimentos planejados, agenda aberta para situações especiais. É importante, também, que visitas domiciliares regulares aconteçam neste período.

4.3 A visita domiciliar e o atendimento na Unidade Básica de Saúde

O acompanhamento ambulatorial com retornos frequentes e as visitas domiciliares garantem a continuidade dos cuidados iniciados na internação.

São muitas as atividades que podem ser desenvolvidas pelos profissionais da Atenção Básica nesse período, seja durante as visitas domiciliares ou no atendimento realizado na Unidade Básica de Saúde:

- ▶ Identificação da dinâmica e funcionamento familiar;
- ▶ Identificação das situações de risco e vulnerabilidade;
- ▶ Acompanhamento do aleitamento materno;
- ▶ Acompanhamento do ganho de peso;
- ▶ Identificação de redes familiares e sociais de apoio;
- ▶ Acompanhamento, orientações e busca ativa para vacinação conforme Caderneta da Criança;
- ▶ Identificação de crianças candidatas ao palivizumabe;
- ▶ Identificação e monitoramento de consultas especializadas;
- ▶ Busca ativa de crianças que faltam às consultas.

A visita domiciliar é uma tecnologia de interação potencialmente capaz de contribuir, no âmbito da Estratégia Saúde da Família (ESF), para o atendimento integral e humanizado. É um instrumento valioso que facilita a compreensão pelas equipes de saúde, das redes sociofamiliares, seu modo de vida, cultura, crenças e padrões de comportamento.

A visita domiciliar deve ocorrer, no mínimo, uma vez por semana durante toda a terceira etapa.

Nas visitas domiciliares ou mesmo nos acompanhamentos nas Unidades Básicas de Saúde, as seguintes questões devem ser observadas:

Quadro 2 – Avaliação e atuação da equipe na visita domiciliar

AVALIE	ATUE
Como estão a mãe, o pai e a família?	Pergunte sobre as novas rotinas a partir da chegada do bebê e sobre a adaptação a elas.
Como está o bebê?	Olhe para o bebê e avalie suas condições gerais.
A mãe e o pai estão recebendo suporte familiar e/ou social para cuidar da casa e do bebê?	Avalie e veja a possibilidade de ajuda em redes comunitárias, se necessário.
O pai e a mãe fazem posição canguru?	Oriente os pais sobre a necessidade da prática da posição canguru pelo menos até a criança alcançar 2.500 g e pelo tempo que aceitar.
Como está o aleitamento materno?	Observe se a mãe está sobrecarregada com as tarefas domésticas. Observe, também, postura, posição e pega, ritmo das sucções, tempo de pausa. Oriente a importância do aleitamento materno.
Em uso de fórmula infantil no primeiro semestre?	Verificar se o preparo está adequado (diluição, higiene dos utensílios, volume, administração). Verificar se foi prescrita pelo médico.
A criança tem alguma dificuldade para respirar?	Verifique a respiração e a cor da pele e, se necessário, acompanhe até a UBS.
A temperatura corporal está entre 36,5º C e 37,5º C?	Se a temperatura estiver abaixo da recomendada, colocar o bebê em posição canguru. Se estiver acima, você deve avaliar as vestimentas e o ambiente. Nestes casos (alta e baixa), as condições gerais devem ser consideradas para descartar doenças. Se necessário, leve à UBS.
Como estão as eliminações (fezes e urina)?	Verifique se urina, no mínimo, seis vezes por dia, de cor clara e se está evacuando. Lembre-se de que o bebê pode evacuar várias vezes ao dia, assim como passar alguns dias sem evacuar (se em aleitamento materno exclusivo), desde que esteja bem.

Continua

Conclusão

AVALIE	ATUE
Como está o ganho de peso?	Pese semanalmente e avalie se a criança está ganhando peso.
Como está o cuidado com a higiene corporal e com as roupas do bebê?	Pergunte sobre a temperatura da água do banho, o local onde está sendo realizado Recomende o uso de sabonete neutro.
Como está o sono do bebê e seu local de dormir?	Verifique se a cabeceira está elevada e se o ninho está sendo utilizado. Reforce a necessidade de o bebê dormir em decúbito dorsal (com a barriga para cima). Avalie as condições do local, se muito quente ou frio. Encontre com a família o melhor ambiente para os períodos de maior permanência do bebê.
Os medicamentos prescritos estão sendo administrados na dose e nos horários recomendados?	Converse com a mãe ou responsável sobre as medicações prescritas na alta, como vitaminas, sulfato ferroso e, eventualmente, outros. Peça a receita e solicite que ela demonstre como está fazendo. Corrija eventuais erros e oriente sobre a importância de dar a medicação de forma correta.
Existem agendamentos para esta semana?	Oriente a importância dos retornos ambulatoriais na data marcada. Oriente sobre a importância da realização dos exames agendados.
A mãe e o pai estão recebendo apoio para levar o bebê aos retornos?	Verifique a disponibilidade e as condições de retorno. Quem pode acompanhar a família nos retornos? Quem fica com os irmãos em casa? Auxilie, se necessário, na organização da ida a essas consultas para que, de fato, aconteçam.

Fonte: (BRASIL, 2012, adaptado).

O profissional de saúde, durante a visita domiciliar, deve ter um olhar diferenciado para o ambiente físico e relacional:

Quadro 3 – Estimulação do bebê no ambiente domiciliar

AVALIE	ATUE
O ambiente é estimulante para o desenvolvimento da criança (colorido, alegre, com estímulos visuais, tipo móveis, brinquedos)?	Avalie e oriente os pais sobre o interesse da criança por cores fortes. Oriente que móveis podem ser feitos com material reciclável.
Os estímulos sonoros, olfativos e táteis são adequados?	Avalie se o ambiente tem excesso de ruídos. A presença de um som ou barulho diferente, de um cheiro novo (como, por exemplo, da comida da família) ou de um toque de uma pessoa desconhecida necessita de um significado – é fundamental dizer para o bebê do que se trata, especialmente quando estiver acordado e manifestar reação, como piscar os olhos, virar a cabeça, estremecer, mostrando que observou algo novo.
Os pais e outros familiares conversam com o bebê, cantam músicas e contam estórias com tom de voz suave e agradável?	Estimule pais e familiares. Oriente sobre a importância desse estímulo para o desenvolvimento da fala e da linguagem. Nesse período inicial, é importante conversar, especialmente sobre as novidades que estão acontecendo. Quando retornar ao hospital para as consultas, explicar para o bebê porque está retornando.
O bebê tem brinquedos adequados para a sua idade?	Nessas primeiras semanas, o bebê irá necessitar de tempo para se adaptar a casa, aos cuidados familiares. Como ainda irá cumprir uma agenda intensa de consultas e observações, irá apresentar pouco interesse para brincadeiras, mas irá gostar de ser apresentado a algum brinquedo ou objeto especial que os pais preparam para sua chegada. Avalie os brinquedos usados para estimular a criança (móvel, chocalhos...) e oriente que podem ser feitos com material reciclável.
Os pais reconhecem a necessidade de adaptação do bebê após a alta?	Lembre aos pais que o bebê acabou de sair de uma hospitalização e necessita conhecer, aos poucos, sua casa, seu ambiente doméstico. Oriente que devem fazer comentários sobre esta mudança, informar de que irá conhecer pessoas novas, barulhos, cheiros diferentes.

Fonte: (BRASIL, 2015b).

É importante que esses detalhes sejam observados, para garantir uma boa adaptação da família e, especialmente, da criança a esta nova rotina, em seu ambiente familiar. As informações obtidas devem circular entre os diferentes profissionais da equipe de saúde para que, a partir das observações realizadas, as ações de cuidado possam ser definidas.

Os diferentes profissionais das equipes da Atenção Básica possuem um papel fundamental no acompanhamento das crianças, principalmente nas nascidas pré-termo e/ou de baixo peso. Conhecem a dinâmica familiar e social e podem interferir positivamente para a redução da morbididade infantil após a alta hospitalar. São parceiros das famílias e das equipes especializadas no cuidado e na atenção às crianças.

4.4 Orientando os pais nos cuidados

Entre todas as orientações que devem ser dadas aos pais e à família, elencamos quatro que consideramos muito importantes que fazem parte dos cuidados de rotina do bebê.

4.4.1 Posicionando o bebê

O posicionamento do bebê tem o objetivo de oferecer conforto e segurança. A posição canguru é sempre uma boa opção e deve ser realizada de acordo com as orientações já definidas neste *Guia*.

Sempre que colocado no berço, o bebê deve estar de barriguinha para cima. Esta recomendação é muito importante e pode prevenir a morte súbita do lactente.



Troca de fralda

Mantê-lo sempre com a cabecinha elevada, evitar elevação forçada das pernas para não apertar sua barriga e evitar que ele engasgue ou sufoque (broncoaspiração).

Posição para dormir

Devem dormir em ninho, de barriga para cima e com a cabeceira do berço elevada.

Posição Canguru

Orientar as mães a manterem os bebês em posição canguru.

4.4.2 Controlando a temperatura

Manter a temperatura confortável no local onde o bebê está é importante para promover conforto e garantir a sua saúde. Lembrar que a posição canguru proporciona um bom controle térmico.

A dificuldade em manter a temperatura ocorre porque ele não tem capacidade para produzir calor e isolamento térmico adequado. Lembrar que a temperatura normal do RN varia entre **36,5ºC a 37,5ºC**.

Oriente:

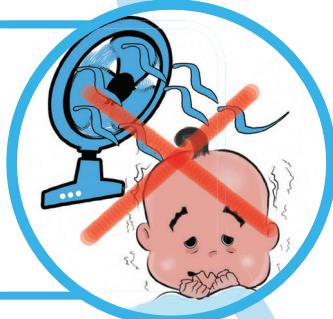
Evitar que o bebê fique com a pele molhada. Trocar imediatamente fraldas e roupas molhadas. Secar bem após o banho e, sempre que possível, colocá-lo em posição canguru.



Evitar colocar o bebê em contato com objetos ou locais frios, como bancadas, balanças e mesas. Não tocá-lo com as mãos frias.



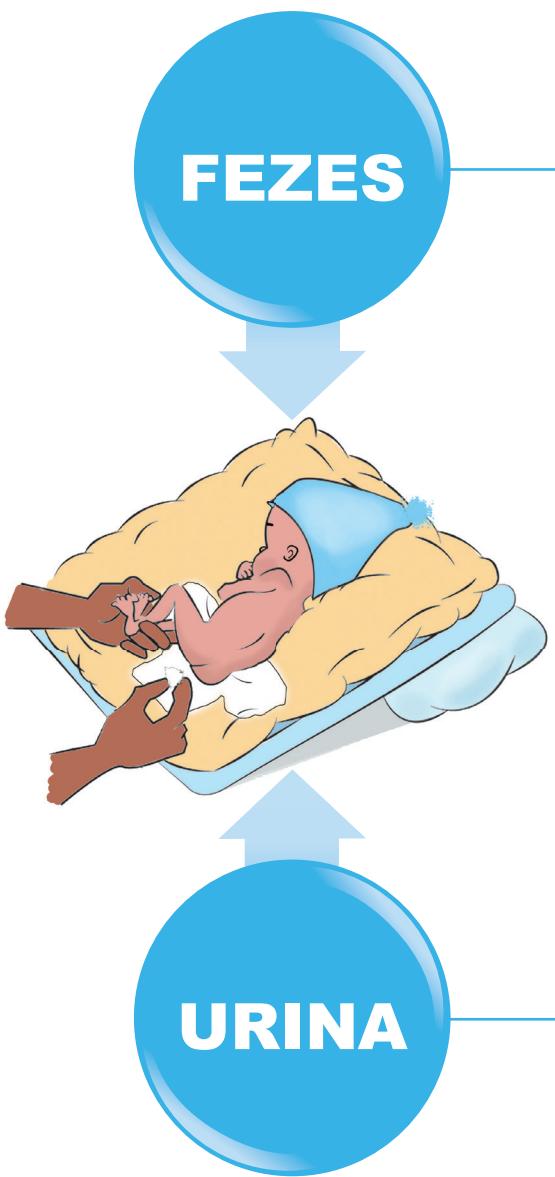
Evitar expor o bebê a correntes de ar. Evitar expor o bebê em ambientes frios sem agasalho (ar-condicionado).



- ▶ Todos os bebês devem ser mantidos secos e agasalhados, de acordo com o clima de sua cidade. Cuidado para não agasalhar demais.
- ▶ O cuidado com a temperatura do RN contribui significativamente para a queda da mortalidade.

4.4.3 Observando as eliminações (fezes e urinas)

Sempre devem ser investigadas como estão as eliminações do bebê, perguntando para a mãe sobre a urina e as fezes: quantidade, frequência, aspecto e cheiro.



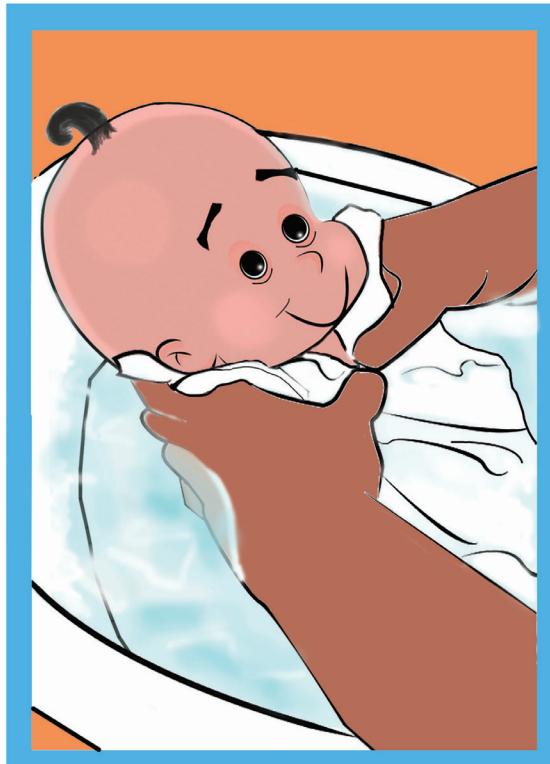
- ▶ Crianças em aleitamento materno exclusivo podem evacuar várias vezes ao dia ou ficar alguns dias sem evacuar (desde que em ótimo estado geral);
- ▶ Diferenciar estas condições de diarreia que vem acompanhada de comprometimento do estado geral e de constipação intestinal que vem acompanhada de distensão abdominal.
- ▶ Criança bem hidratada deve urinar no mínimo 6 vezes ao dia;
- ▶ A urina deve ter coloração clara e odor característico.

4.4.5 O banho

A hora do banho é muito importante e, também, uma boa oportunidade para a interação. Incentive sempre o pai a participar desse momento.

Oriente que:

- ▶ O banho pode ser dado em qualquer horário do dia, de preferência antes de uma mamada.
- ▶ O local do banho deve ser fechado para evitar correntes de ar.
- ▶ A água deve ser aquecida em temperatura agradável e sempre testada previamente.
- ▶ Quando possível, recomende sabonete neutro.





ALEITAMENTO MATERNO

O leite materno é muito importante para a alimentação de todos os bebês, principalmente para os nascidos antes do termo. A manutenção do aleitamento materno após a alta, para essas crianças, é um desafio que necessita ser encarado desde o nascimento. Os benefícios do leite humano são inatingíveis pelos outros leites. Assim, caso não seja possível a manutenção do aleitamento materno, seja qual for o leite a ser utilizado, haverá perdas.



Ao chegar à sua casa, a mãe pode ficar insegura quanto ao aleitamento materno. Atenção especial deverá ser dispensada para evitar o desmame.

O pai tem um importante papel e sua parceria deve ser buscada. Deve participar, apoiando e auxiliando a companheira. Deve ser incentivado a cuidar do bebê, a cuidar dos outros filhos, a ajudar nas tarefas domésticas, especialmente quando a mulher estiver amamentando ou com o bebê em posição canguru.

Toda a família deve ser orientada a não levar chupeta, mamadeira, chá e leite para casa e a apoiar a mulher na prática do aleitamento exclusivo.

O profissional de saúde deve estar atento para as queixas mais comuns e buscar formas de ajudar a mulher a superá-las, a exemplo do quadro a seguir:

Quadro 4 – Dificuldades com o aleitamento materno

Queixa	Auxílio
Meu leite é pouco	Auxiliar a mãe na extração manual do leite e constatar com ela sua produção láctea. Verificar a quantidade de vezes que o bebê urina. O ideal é, no mínimo, seis vezes em 24 horas.
Meu leite é fraco, meu leite não sustenta	Pesar o bebê, preferencialmente em dias alternados, e avaliar com a mãe o ganho de peso;
Meu peito está ferido	Avaliar fissura e recomendar hidratação com o próprio leite materno ordenhado. Avaliar e corrigir, se necessário, a pega
Meu peito está “empedrado”	Verificar as mamas e auxiliar na extração manual do leite;
Meu bebê chora muito	Apoiar e discutir as causas de choro: necessidade de colo, fralda molhada ou suja, frio, cólica, barulho. Fome é apenas uma das possibilidades.

Fonte: (BRASIL, 2009, adaptado).

Se o bebê não ganhou peso como esperado, verificar o manejo do aleitamento materno e a posição canguru.

Lembrar que o leite materno é composto por leite anterior, rico em água, leite intermediário, rico em proteínas e leite posterior, rico em gordura, composição ideal para suprir todas as necessidades do bebê.

Uma das possibilidades é a mãe estar produzindo muito leite e o bebê não conseguir alcançar o leite posterior que é o do final da mamada. Verificar com ela sua produção de leite e a necessidade de ordenhar o leite anterior para que a amamentação se inicie pelo leite posterior, mais rico em gorduras e que garanta o ganho de peso e a saciedade do bebê. Após amamentar, deve ser oferecido o leite que foi ordenhado, em copinho, o quanto o bebê aceitar.

- **A amamentação em outra mulher (ALEITAMENTO CRUZADO) é CONTRAINDICAÇÃO ABSOLUTA.**
- **Cada mãe deve amamentar EXCLUSIVAMENTE O SEU FILHO.**
- **Os profissionais devem reforçar este cuidado e orientar a este respeito.**

Outras importantes questões que devem ser acompanhadas são: posição, pega, sucção, tempo no peito e intervalo entre as mamadas.

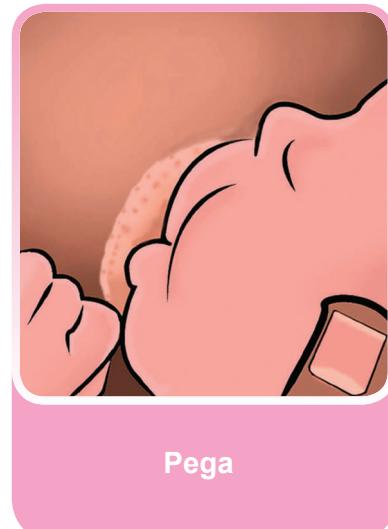
A melhor **posição** deve ser aquela que possibilite conforto para a mulher e para o bebê. Pode ser a tradicional, cavalinho ou invertida.

A **pega** correta é importante para que o bebê retire o leite de que necessita e não machuque o peito de sua mãe. Boca bem aberta e lábios virados para fora abocanhando o máximo da aréola.

A **sucção** deve ser rítmica e sem longas pausas. Deve-se observar a coordenação entre o movimento de sucção, deglutição e respiração, com pausas para descanso.

O **tempo** no peito deve ser verificado, pois mamadas longas não significam que o bebê está mamando efetivamente e podem machucar o mamilo. Assim como mamadas muito curtas devem ser evitadas, acordando o bebê quando este dorme no seio logo após ter iniciado a mamada.

O **intervalo** entre as mamadas deve respeitar o descanso do bebê, porém, não deve ser maior que três a quatro horas.





ACOMPANHANDO O CRESCIMENTO E O DESENVOLVIMENTO

Na avaliação do crescimento e do desenvolvimento do RN pré-termo, é necessário considerar a idade corrigida (IC) até, no mínimo, 2 anos de idade, o que permite não subestimá-los na comparação com crianças que nasceram a termo.



6.1 Falando sobre o crescimento

Para avaliar o crescimento, devemos acompanhar o peso, o comprimento e o perímetro cefálico. Nas consultas de acompanhamento, estas medidas antropométricas periódicas devem ser usadas para avaliar a velocidade de crescimento das crianças.

Depois do nascimento, no hospital, ele perde peso e espera-se que recupere, no máximo, até a segunda semana de vida. Ao receber alta, deve estar em fase de ganho de peso, mas, nos primeiros dias em casa, o peso pode oscilar em decorrência da fase de adaptação, e esta fase merece atenção especial.

Acompanhar o ganho de peso do bebê é muito importante. Neste período, ele deve ganhar peso constantemente. O peso deve ser verificado pelo menos uma vez por semana.

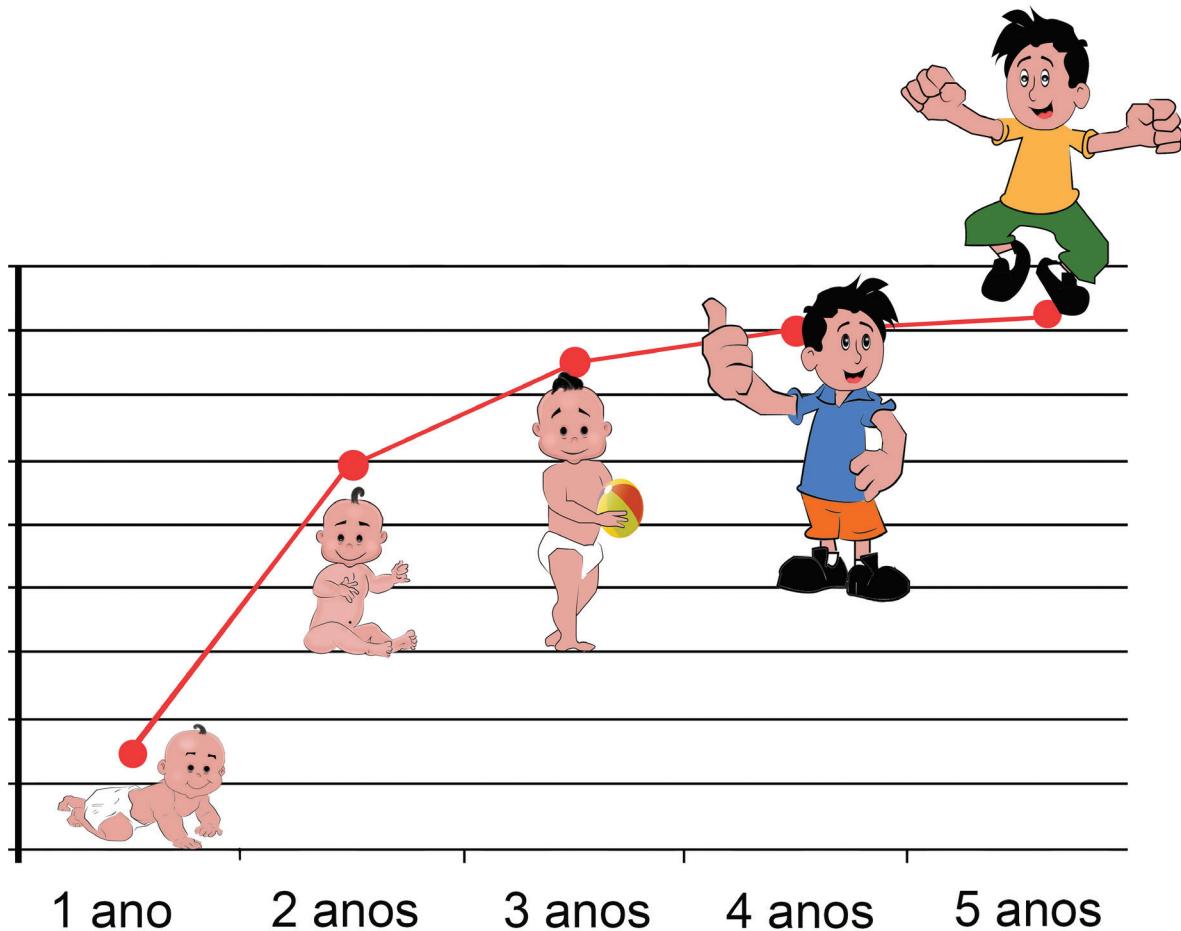
É importante destacar, também, que a criança que nasceu pré-termo e/ou de baixo peso tem uma fase de crescimento acelerado (catch-up growth). Essa fase é muito importante e pode acontecer ainda durante a internação ou após a alta. É um crescimento compensatório que ajuda o bebê a se aproximar do peso esperado para sua idade. A equipe de saúde deve estar atenta para sua ocorrência.

6.1.1 Curvas de crescimento

Na Caderneta da Criança do Ministério da Saúde, estão disponíveis curvas de crescimento para crianças a termo. Por isso, os dados de uma criança que nasceu pré-termo só começarão a ser inseridos quando ela atingir 40 semanas de IG corrigida.

Assim, a criança que nasceu pré-termo, nascido com 28 semanas de idade gestacional, somente após três meses do nascimento (12 semanas) terá suas medidas anotadas no ponto zero da curva (40^a semana), semelhante a um RN a termo que tivesse acabado de nascer.

Após o 2º ano de vida, essa correção não é mais necessária, pois o ritmo de crescimento diminui e, com isso, a desvantagem do recém-nascido pré-termo deixa de ser significativa.



6.2 Falando sobre o desenvolvimento

Durante a terceira etapa do Método Canguru, o acompanhamento do desenvolvimento ainda é limitado, mas já deve ser observado, sendo necessário corrigir a idade gestacional, como já foi descrito.

O sistema nervoso central do recém-nascido pré-termo tem plasticidade, ou seja, mesmo havendo áreas lesadas, outras áreas do cérebro poderão assumir as funções daquelas que não estão atuando, desde que se inicie, em tempo oportuno, um trabalho de estimulação.

A intervenção precoce pode ser iniciada com orientação à família. O profissional de saúde deve auxiliar os pais da criança a compreenderem todos os aspectos de desenvolvimento que a prematuridade envolve, evitando que eles comparem seu filho com outras crianças nascidas a termo.

É muito importante orientar os pais e os cuidadores a observarem as aptidões que seu filho está desenvolvendo na idade correspondente.

Dessa forma, toda energia e expectativas dos pais ou dos cuidadores será canalizada para reforçar o crescimento e o desenvolvimento potenciais da criança.



Utilize a CADERNETA DA CRIANÇA em todas as consultas e preencha-a de forma cuidadosa, orientando os pais e os cuidadores sobre os cuidados necessários neste momento. Atenção especial aos marcos do desenvolvimento, que devem ser avaliados de acordo com a idade corrigida.



USO DE IMUNOBIOLÓGICOS



A criança que nasceu pré-termo deve receber todas as vacinas de acordo com a sua idade cronológica pós-natal e condições clínicas estáveis, seguindo o Calendário Nacional de Imunizações do Ministério da Saúde do Brasil.

Os detalhes da vacinação prevista pelo Calendário Nacional, de acordo com as características das crianças que nasceram pré-termo, são apresentados no quadro a seguir.

Quadro 5 – Calendário Nacional de Imunizações e recomendações para RN pré-termo

Idade	Vacina
Ao nascer	BCG + Hepatite B
2 meses	PENTA* (DPT / Hib / HB) + VIP** + Rotavírus + Pneumo10
3 meses	MenC
4 meses	PENTA* (DPT / Hib / HB) + VIP** + Rotavírus + Pneumo10
5 meses	MenC
6 meses	PENTA*(DPT / Hib / HB) + VIP**
9 meses	Febre amarela (nos estados recomendados)
12 meses	Tríplice viral**** (SCR) + Pneumo10 + MenC
15 meses	DPT + VOP*** + Hepatite A + Tetra viral*****

Fonte: (BRASIL, 2016).

*Penta = DTP (difteria + tétano + coqueluche) + Hepatite B + Hib (*Haemophilus influenzae*).

**VIP (vacina inativada contra a poliomielite, de uso intramuscular).

***VOP (vacina oral contra a poliomielite).

****Tríplice viral = sarampo + caxumba + rubéola.

*****Tetraviral = sarampo + caxumba + rubéola + varicela.

OBSERVAÇÃO:

- 1) Em recém-nascidos pré-termo ou de baixo peso, adiar a vacinação de BCG até que atinjam 2 kg;
- 2) Na prevenção da transmissão vertical da hepatite B, em recém-nascidos (RN) de mães portadoras da hepatite B, administrar a vacina e a imunoglobulina humana anti-hepatite B (HBIG);
- 3) A vacina oral rotavírus humano é contraindicada para crianças com histórico de invaginação intestinal ou malformação do aparelho digestivo;
- 4) A vacina febre amarela deve ser administrada em todos os estados da Região Norte e da Região Centro-Oeste; Minas Gerais e Maranhão e em alguns municípios dos estados do Piauí, da Bahia, de São Paulo, do Paraná, de Santa Catarina e do Rio Grande do Sul;
- 5) Para as crianças nascidas com menos de 1.000 g ou menos de 31 semanas de gestação, é recomendado que se faça a DTP acelular (DTPa) com a VIP, sendo a Hib 15 dias após, em vez da primeira dose da Penta. Após, seguir o calendário normal;
- 6) A vacina contra a influenza deve ser realizada anualmente nas crianças acima de 6 meses de idade. A indicação rotineira da vacina contra a influenza em lactentes de 6 a 23 meses é reforçada nos pré-termos, respeitando a sazonalidade da doença.

7.1 Outros imunobiológicos

7.1.1 Uso preventivo do palivizumabe para infecções pelo vírus sincicial respiratório

O vírus sincicial respiratório (VSR) é um dos maiores responsáveis pelos episódios de bronquiolite no Brasil e no mundo. Uma das maiores causas de reinternação após alta das unidades neonatais é devido aos quadros respiratórios e, apesar de no Brasil as estações do ano não serem bem delimitadas em muitas regiões, eles são mais frequentes no outono e no inverno.

O palivizumabe é um anticorpo monoclonal que vem sendo utilizado para prevenção desses quadros respiratórios provocados pelo VSR.

A população que deve recebê-lo é compreendida por:

- ▶ Crianças nascidas com idade gestacional menor ou igual a 28 semanas de idade gestacional e menores de 1 ano de idade pós-natal, durante a internação e após alta hospitalar;
- ▶ Crianças menores de 2 anos de idade, portadoras de cardiopatia congênita com repercussão hemodinâmica importante ou com displasia broncopulmonar (Portaria nº 522, de 13 de maio de 2013).

As épocas de utilização segue a sazonalidade do VSR, expostas no Quadro 6.

Quadro 6 – Sazonalidade do Vírus Sincicial Respiratório (VSR). Brasil, 2007 a 2014 (até a semana epidemiológica 27) e período de aplicação do palivizumabe

Região	Sazonalidade	Período de aplicação do palivizumabe
Norte	Fevereiro a Junho	Janeiro a Junho
Nordeste	Março a Julho	Fevereiro a Julho
Centro-Oeste	Março a Julho	Fevereiro a Julho
Sudeste	Março a Julho	Fevereiro a Julho
Sul	Abril a Agosto	Março a Agosto

Fonte: (BRASIL, 2015b).

Devemos atentar para o fato de que as crianças internadas nas unidades neonatais e nas enfermarias pediátricas, no período da sazonalidade, deverão receber o palivizumabe se as condições de saúde forem estáveis. Cada região deve estabelecer o fluxo de administração da medicação e os serviços de saúde devem manter um cadastro dos prováveis candidatos à utilização do palivizumabe e contatá-los previamente à sazonalidade.

IMPORTANTE:

As equipes da Atenção Básica são fundamentais e podem contribuir muito na identificação e acompanhamento dessas crianças.



RASTREAMENTO DE DOENÇAS NO PERÍODO NEONATAL

Todo recém-nascido precisa fazer alguns exames após o nascimento. É a esses exames que chamamos de rastreamento.

O rastreamento de doenças no período neonatal compreende: **Teste do pezinho**, **Teste do reflexo vermelho (TRV)**, **Exame do fundo de olho**, **Teste da orelhinha** e **Teste do coraçãozinho**. Vamos falar um pouco de cada um deles.

O **TESTE DO PEZINHO**, serve de triagem neonatal para doenças como fenilcetonúria, hipotireoidismo, doença falciforme, hemoglobinopatias e fibrose cística. Foi instituído em 2001, como Programa Nacional de Triagem Neonatal (PNTN), pela Portaria nº 822 do Ministério da Saúde e, hoje, conta com quatro fases. A fase IV foi criada pela Portaria MS/GM nº 2.829, de 24 de dezembro de 2012, com inclusão da triagem neonatal para hiperplasia adrenal congênita (HAC) e deficiência de biotinidase (DB).

O Brasil conta, em todos os estados, com Serviços de Referência em Triagem Neonatal (SRTN), mas cada um encontra-se em diferente fase de implementação dos testes.

Em linhas gerais, o Teste do pezinho deverá ser realizado em todos recém-nascidos, inclusive nos pré-termo (RNPT), por meio da coleta e da análise de amostras biológicas, e consiste na detecção em tempo oportuno (após 48 horas e até o 5º dia de vida), visando ao diagnóstico presuntivo dessas doenças congênitas e hereditárias.

Caso algum resultado seja suspeito, deve-se prosseguir na investigação diagnóstica e no acompanhamento clínico considerando fatores que podem interferir neste resultado.

Situações especiais que podem interferir no resultado da triagem neonatal

- ▶ Condições maternas;
- ▶ Condições do recém-nascido;
- ▶ Tratamentos do recém-nascido;
- ▶ Outros fatores que podem influenciar no resultado.

Portanto, algumas vezes, será necessária nova coleta de sangue para novas análises.

O **TESTE DO REFLEXO VERMELHO (TRV)** detecta alterações que podem comprometer a transparência da córnea, vítreo e cristalino. Deve ser realizado em todo recém-nascido (a termo e pré-termo) no período que antecede a alta. Utiliza-se um oftalmoscópio com visualização direta em ambiente na penumbra. Se houver alterações, a criança deverá ser encaminhada para consulta oftalmológica.

A **RETINOPATIA DA PREMATURIDADE (ROP)** é uma doença vasoproliferativa da retina que pode causar perda visual e até cegueira. Ela é detectada por meio do exame de fundo de olho, utilizando-se a oftalmoscopia indireta, que deverá ser realizado em todo recém-nascido com peso menor que 1.500 g e/ou com idade gestacional menor que 32 semanas, dentro de 4 a 6 semanas após o nascimento, e também em recém-nascidos com maior idade gestacional ou peso que devido às suas condições clínicas teriam mais possibilidade de desenvolverem ROP. As avaliações subsequentes dependerão dos achados do exame inicial e serão solicitadas pelo oftalmologista.

O **TESTE DO CORAÇÃORIZINHO** é utilizado para a detecção precoce de cardiopatia grave do recém-nascido. Foi proposto na Portaria nº 20, de 10 de junho de 2014, e deve ser realizado em todo recém-nascido após 24 horas de vida, com idade gestacional maior que 34 semanas. O exame a ser realizado é a oximetria de pulso que é feito posicionando-se o sensor no membro superior direito e no membro inferior direito. Se houver saturação menor que 95% ou se a diferença entre os membros for maior que 3%, nova medida será realizada dentro de uma hora; caso permaneça alterada, um ecocardiograma deverá ser realizado.

A **TRIAGEM AUDITIVA NEONATAL (TAN)** deve ser realizada em todos recém-nascidos, preferencialmente entre 24 e 48 horas de vida. Foi proposta pelo Ministério da Saúde, por meio da Portaria nº 1.328, de 3 de dezembro de 2012. É de grande importância, pois a cada 100 recém-nascidos egressos da Unidade de Terapia Intensiva Neonatal, um a quatro poderão ter perda auditiva.

O diagnóstico e a intervenção até os 6 meses de vida, nas crianças com deficiência auditiva permanente, são fundamentais para o desenvolvimento da fala e da linguagem. Os métodos para a TAN utilizados são a Emissão Otoacústica Evocada (EOAE) e o Potencial Evocado Auditivo de Tronco Cerebral (Peatc), por meio de protocolos que podem ser consultados nas Diretrizes de Triagem Auditiva Neonatal do Ministério da Saúde.



OS VÍNCULOS NECESSÁRIOS APÓS A ALTA

Todas as famílias necessitam de um longo período de apoio após o nascimento de um bebê. Ainda mais aquelas que experimentaram uma situação especial, como a internação do filho recém-chegado.

Essa necessidade permanece mesmo após a alta da criança, pois é fundamental que tanto os pais quanto os demais familiares possam, gradativamente, sentirem-se capazes de executar suas funções a partir do uso de suas competências como cuidadores. Para acreditarem nelas, necessitam ser apoiados por seu entorno social que os escuta, troca informações, sustenta suas adequadas formas de cuidado, garantindo que estão capacitados para o cuidado da criança que agora já recebeu alta e não conta mais com a supervisão direta da equipe hospitalar.

As equipes da Atenção Básica que conhecem e acompanham essa história, desde o pré-natal, sabem sobre o funcionamento da dinâmica familiar, suas necessidades e pontos positivos. Portanto, estão capacitadas para seu melhor acompanhamento. Também conhecem a dinâmica da comunidade, as possibilidades de apoio que ela possui, podendo disponibilizar estratégias e soluções para o enfrentamento de dificuldades que por acaso se fizerem presentes.

Sendo assim, possuem um lugar especial na rede que sustenta e apoia a atenção a esta criança, servindo como um dos fortes elos dessa corrente. Lembramos, ainda, que os profissionais que dela fazem parte possuem conhecimentos que se diferenciam e, em determinadas ocasiões, ultrapassam aqueles dos amigos mais próximos ou mesmo da família ampliada. Esse conhecimento, que provém de seu treinamento como profissional de saúde, qualifica para ações de intervenção na proteção das necessidades desta criança.



Graficamente podemos, então, pensar a rede de apoio familiar e social:



A participação das equipes da Atenção Básica, mesmo presentes no processo dinâmico de uma rede de apoio ampla, na qual a família se apoia, qualifica-se por funções especiais e diferenciadas.

Dessa forma, podemos afirmar que o sucesso do tratamento de um RN internado em Unidade Neonatal não é determinado apenas pela sua sobrevivência e alta hospitalar. Depende muito do que é proposto para a criança e sua família após a alta hospitalar. Decorre da construção de diferentes vínculos de apoio que irão garantir, por exemplo, continuidade do aleitamento materno e da posição canguru, ganho de peso, uso dos imunobiológicos, frequência às consultas de acompanhamento, e demais cuidados da criança. São esses vínculos que irão oferecer, a cada uma destas crianças, recursos para seu melhor desenvolvimento e crescimento.

Finalizando, nós, profissionais do método canguru, sabemos do desafio que implica esta nossa parceria com a Atenção Básica, mas também sabemos de suas grandes possibilidades no melhor cuidado das crianças que, por algum motivo, nasceram antecipadamente ou de baixo peso. Acreditamos que esta parceria se mostrará, ao longo do tempo, de valor inestimável. Nossa convite é para que sigamos juntos, de mãos dadas.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **Manual AIDPI neonatal**. 3. ed. Brasília, 2012. (Série A. Normas e manuais técnicos).

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Manual do Método Canguru**: seguimento compartilhado entre a Atenção Hospitalar e a Atenção Básica. Brasília, 2015a.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde da Criança**: Nutrição Infantil - Aleitamento Materno e Alimentação Complementar. 2. ed. Brasília, 2009. (Série A. Normas e Manuais Técnicos: Cadernos de Atenção Básica, n. 23).

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Nota Técnica Conjunta nº 5/2015**. Estabelecer a sazonalidade do vírus sincicial respiratório no Brasil e oferecer esclarecimentos referentes ao protocolo de uso do palivizumabe. Brasília, 2015b. Disponível em: <<http://portalsaude.saude.gov.br/images/pdf/2015/fevereiro/27/Nota-T--cnica-Conjunta-n---05-2015---Estabelece-a-sazonalidade-do-V--rus-Sincial-Respirat--rio-no-Brasil-e-Estabelece-uso-do-Palivizumabe.pdf>>. Acesso em: 4 fev. 2016.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. **Calendário Nacional de Vacinação**. Brasília, 2016. Disponível em: <<http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/leia-mais-o-ministerio/197-secretaria-svs/13600-calendario-nacional-de-vacinacao>>. Acesso em: 5 jan. 2016.

BIBLIOGRAFIA CONSULTADA

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Coordenação-Geral de Atenção Especializada. **Manual de Normas Técnicas e Rotinas Operacionais do Programa Nacional de Triagem Neonatal**. Brasília, 2002. (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **Atenção à Saúde do Recém-nascido**: guia para os profissionais de saúde. v.4. 2. ed. Brasília, 2014. (Série A. Normas e Manuais Técnicas).

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Atenção Humanizada ao Recém-nascido de Baixo Peso: Método Canguru**. 2. ed. Brasília, 2011. (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Diretrizes de Atenção à Saúde Ocular na Infância**: detecção e intervenção precoce para prevenção de deficiências visuais. Brasília, 2013.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Diretrizes de Atenção da Triagem Auditiva Neonatal**. Brasília, 2012.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Caderno de Atenção Domiciliar**. Brasília, 2012.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. **Portaria nº 20, de 10 de junho de 2014**. Torna pública a decisão de incorporar a oximetria de pulso - teste do coraçãozinho, a ser realizado de forma universal, fazendo parte da triagem Neonatal no Sistema Único de Saúde - SUS. Brasília, 2014. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sctie/2014/prt0020_10_06_2014.html>. Acesso em: 4 fev. 2016.



DISQUE SAÚDE



Ouvidoria Geral do SUS.
www.saude.gov.br

Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde
www.saude.gov.br/bvs



Ministério da
Saúde

