

NASCER PREMATURO EM PORTUGAL

Epidemiologia. Organização

Em 2005 nasceram em Portugal 109 399 nados vivos, dos quais 6,6 % (7260) foram prematuros (idade gestacional abaixo das 37 semanas), 7,5% (8200) nasceram com baixo peso [Peso ao nascer (PN) inferior a 2500 g independentemente da Idade gestacional (IG)] e cerca de 1% (1003) nasceram com muito baixo peso (PN <1500g; MBP). (Estatísticas demográficas)

Estas percentagens têm-se mantido estáveis nos últimos anos e estão intimamente ligadas à incidência de gravidez gemelar, que é o factor de risco principal tanto de prematuridade como de baixo peso ao nascer (Quadro 1 e 2). As grávidas abaixo dos 19 e acima dos 40 anos, com comportamentos de risco, fumadoras, com má vigilância da gravidez têm também riscos acrescidos.

A prematuridade foi responsável por 73% da mortalidade Neonatal em 2005, mas a grande fatia da mortalidade corresponde aos recém-nascidos (RN) com IG inferior a 32 semanas e ou com PN abaixo dos 1500g (Tabela 1). Esta pequena fatia de RN (cerca de 1000 por ano) é responsável por 50% da Mortalidade Neonatal (nados vivos falecidos nos primeiros 28 dias) e mais de um terço da mortalidade infantil (nados vivos falecidos durante o primeiro ano de vida) (RNMBP)

Esta responsabilidade da prematuridade na mortalidade infantil é só aparentemente alarmante, já que a mortalidade infantil tem vindo a baixar progressivamente, atingindo em 2005 o valor de 3,5 por mil nados vivos, colocando-nos no grupo dos 10 melhores países a nível mundial. (*Pediatrics*)

Para atingir estes valores foi necessário reduzir substancialmente a mortalidade teoricamente evitável nos recém nascidos de termo e ao mesmo tempo reduzir em números absolutos a mortalidade nos prematuros.

Esta realidade foi possível em Portugal graças à organização materno infantil vigente desde 1989, respeitando o Programa Nacional da Saúde Materno Infantil elaborado pela Comissão Nacional da Saúde da Mulher e da Criança nomeada pela Ministério da Saúde de então para esse efeito. (PNSMI) A aceitação e o cumprimento deste Programa pelos profissionais e Sociedades Científicas garantiram a continuidade e o sucesso actualmente vivido. É fundamental que todos conheçam as razões deste sucesso para podermos defender a actual assistência materna e infantil, como um autêntico património que é necessário consolidar e não

ser influenciada pelos actuais modelos de gestão e tentativas louváveis de luta contra o desperdício. Esta área tendo em conta, o investimento financeiro e os resultados alcançados é a área da Saúde mais eficaz e eficiente.

De entre os factores responsáveis por este sucesso e que é necessário preservar destacam-se:

- Garantia de vigilância da grávida com qualidade a nível a nível nacional
- Garantia de qualidade e segurança do parto a toda a população
- Capacidade para reanimar bem todos os recém nascidos que necessitam de cuidados ao nascer (cerca de 10%). Cerca de 90 % não necessita de cuidados médicos. Nascer sem problemas.
- Concentração dos partos de grande risco (1-2%) nos Hospitais que dispõem de todas as capacidades para fazer face a todas as necessidades da mãe e do recém-nascido.
- Disponibilidade de transportar em segurança para o hospital mais adequado para os RN que nascem “acidentalmente” fora do local adequado.

Para garantir estes cuidados Portugal tem disponível a nível Nacional desde 1990:

- Redes de Referência entre os Hospitais de Apoio Perinatal (HAP) e Centros de Saúde a nível nacional. Para se conseguir uma distribuição racional dos recursos foi necessário encerrar mais de 200 locais onde se nascia mal e concentrá-los em cerca de 40 Hospitais para garantir a mesma qualidade a nível nacional. Foi possível garantir apoio obstétrico, pediátrico, anestésico e de enfermagem contínuo a toda a população. Nascer bem não significa nascer à beira de casa mas no local que oferece mais segurança.
- Cobertura Nacional de Centros de Saúde com médicos de família que garantem o acesso e têm competência para vigiar localmente a grávida ou rastrear as situações de risco e orientá-las para os hospitais de apoio perinatal da sua Rede de Referência.
- Unidades Coordenadoras Funcionais nomeadas em todos os HAP e respectivos Centros de Saúde das Redes de Referência, para elaborar e avaliar o cumprimento dos protocolos interinstitucionais e para criar a cooperação entre os diferentes profissionais.
- Rede de Referência entre HAP e Hospitais de Apoio Perinatal Diferenciado (HAPD) para as situações de alto risco garantindo a transferência in útero para que o parto e o nascimento se façam nos locais mais adequados à situação (representam 1-2% das gravidezes mas onde se acumula a maior mortalidade). Nestes hospitais existem todos os profissionais e equipamentos necessários para lhes fazer face.
- Portugal é o único País do mundo a dispor de um sistema de transporte medicalizado para o Recém-nascido de alto risco à escala nacional para as situações em que não foi possível transferir previamente a grávida e teve de nascer fora dos HAPD.

Para esta estrutura funcionar e se manter esta cooperação e complementaridade foi e é fundamental a adesão dos profissionais e das Sociedades Científicas e o cumprimento do programa das UCF's.

A Secção de Neonatologia da Sociedade Portuguesa de Pediatria em 1994 aderindo a estes princípios e porque na altura para continuar a melhorar os indicadores perinatais, era fundamental garantir ainda mais qualidade na assistência ao grande prematuro, iniciou um registo a nível nacional de todos os recém nascidos com peso ao nascer inferior a 1500 gr. com os seguintes objectivos

- Fomentar um espírito de diálogo, de aprendizagem em colaboração e cooperação interinstitucional.
- Estimular a investigação clínica, criar uma Rede de investigação neonatal disponibilizando a toda a classe médica dados para avaliação epidemiológica, clínica e estrutural.
- Avaliar continuamente a Prevalência do MBP
- Avaliar a Efectividade da Rede de Referenciação interhospitalar
- Analisar a mortalidade e morbilidade do MBP e sua influência na mortalidade infantil.
- Promover a autoavaliação das Unidades
- Avaliar o Seguimento dos RN

A continuidade deste registo desde 1994, a integração de todas as unidades a nível nacional, a cobertura de 100%, além de facilitar a colaboração interinstitucional fundamental para consolidar as redes de referenciação interhospitalar, tem permitido manter uma avaliação e formação contínua de toda a actividade e disponibilizar uma informação credível e actualizada a toda a população sobre as questões colocadas sobre a grande prematuridade nomeadamente sobrevida, complicações e limite da viabilidade.

Os resultados referentes aos anos 1996-2000 foram publicados numa Monografia intitulada “ Nascer prematuro em Portugal” galardoada com o Prémio Bial da Medicina clínica em 2002.

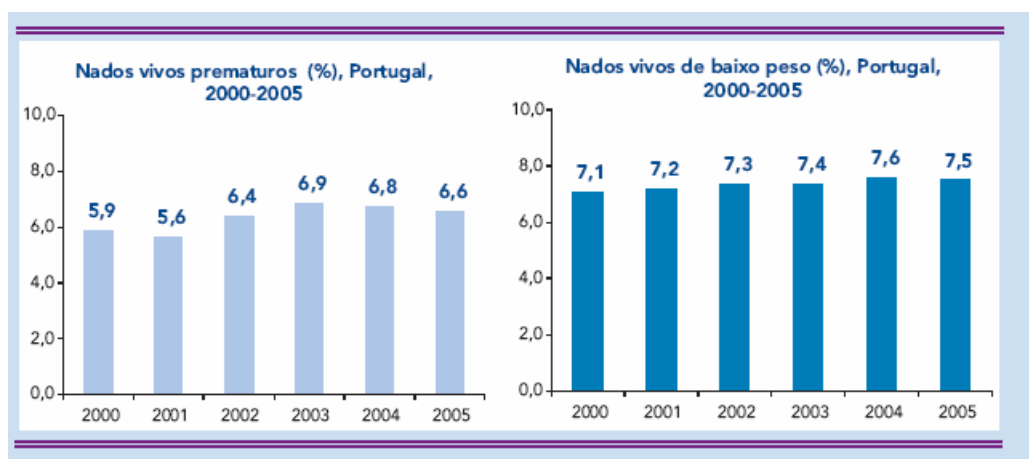
Assim conhecemos que

- A prevalência aumentou nos primeiros anos mas que não ultrapassou o 1% graças à estabilização da incidência da prematuridade.
- Que apesar de ser uma pequena porção de RN é responsável por 50% da mortalidade neonatal e 39% da mortalidade Infantil
- A cooperação interhospitalar permite concentrar nos HAPD o nascimento de 91% destes RN, à custa de transporte in útero que atingiu 40%

- A necessidade de transporte após o nascimento reduziu para menos de 10% e na maioria é efectuada via INEM RN
- A necessidade de TET ao nascer foi de >50% e o parto por cesariana efectuado em 75%.
- Conseguimos dar corticóides antes de nascer a 75% para amadurecer o sistema respiratório (prática que favorece a sobrevida)
- A sobrevida foi aumentando gradualmente até 86%. Podendo dizer actualmente que se nascer com mais de 1000 gr a probabilidade de sobreviver é superior a 95%.
- Em relação as sequelas a percentagem é significativa mas avaliados após a alta podemos dizer que 70% ficarão a sem qualquer problema. E a probabilidade de problemas é inversa a IG.

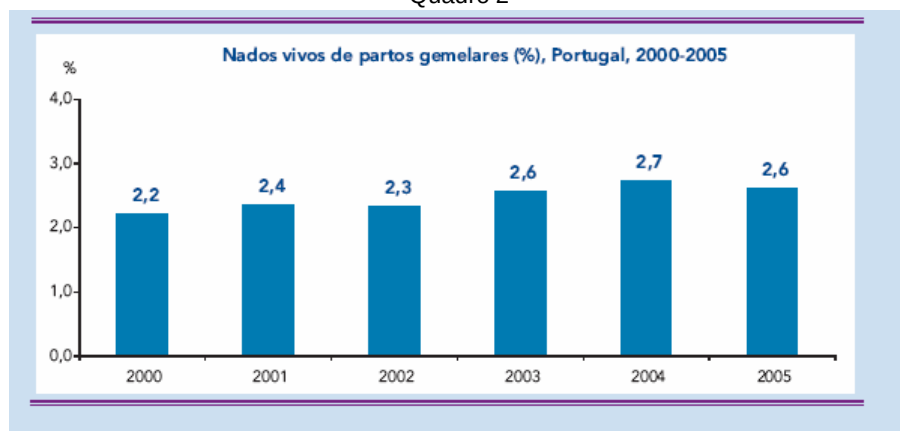
Apesar do acidente de precursor que deverá ser sempre evitado podemos concluir que Portugal oferece a toda a população condições para assumirmos a Prematuridade sem grande receio e fazer votos para que a estrutura não se degrade e as relações profissionais se mantenham.

Quadro 1



Estatísticas demográficas, INE 2007

Quadro 2



Estatísticas demográficas, INE 2007

Tabela 1

Óbitos neonatais e taxas de mortalidade neonatal por semanas de gestação¹⁹,
Portugal, 2000-2005¹⁵

	Total	<27 semanas	28 a 31 semanas	32 a 36 semanas	>37 semanas
Número de óbitos neonatais precoces (com menos de 7 dias)					
2000	302	119	32	46	67
2001	240	86	31	43	52
2002	297	122	34	40	78
2003	232	89	33	36	56
2004	188	78	31	27	42
2005	170	67	19	20	46
Número de óbitos neonatais (com menos de 28 dias)					
2000	x	x	x	x	x
2001	x	x	x	x	x
2002	391	147	53	55	105
2003	304	108	48	44	80
2004	280	103	39	43	76
2005	240	90	29	32	65
Taxa de mortalidade neonatal precoce (por mil nados vivos)					
2000	2,5	385,1	46,2	7,6	0,6
2001	2,1	312,7	51,8	7,9	0,5
2002	2,6	397,4	53,8	6,3	0,7
2003	2,1	349,0	50,6	5,3	0,5
2004	1,7	254,9	43,7	4,2	0,4
2005	1,6	230,2	28,2	3,2	0,5
Taxa de mortalidade neonatal (por mil nados vivos)					
2000	x	x	x	x	x
2001	x	x	x	x	x
2002	3,4	478,8	83,9	8,6	1,0
2003	2,7	423,5	73,6	6,5	0,8
2004	2,6	336,6	54,9	6,7	0,7
2005	2,2	309,3	43,1	5,2	0,6

Estatísticas demográficas, INE 2007

EPIDEMIOLOGIA DO PARTO PRETERMO

Apesar da intensa investigação e enormes progressos na Medicina, ainda hoje não são completamente conhecidos os mecanismos causadores do Parto Pretermo, tornando a prevenção deste acontecimento uma das mais importantes questões não resolvidas que os obstetras enfrentam.

A incidência de parto pretermo varia de país para país, de raça para raça, mas, apesar dos avanços nos cuidados obstétricos, não se tem modificado significativamente durante os últimos 30 anos; de facto, nos países mais industrializados aumentou até ligeiramente. Uma das razões para que tal aconteça é o avanço da tecnologia médica, permitindo que actualmente possam nascer e sobreviver bebés que, há alguns anos atrás, não teriam tido essa capacidade. Por outro lado, o melhor domínio e compreensão de algumas doenças crónicas, permitiu que hoje possam ser mães, mulheres que, pela patologia que têm, não teriam tido possibilidade de levar a cabo uma gravidez até à viabilidade do feto.

Assim, a Reprodução Medicamente Assistida que condiciona um maior número de gravidezes gemelares, ou o melhor controle de algumas doenças como a diabetes, preeclâmpsia, doenças imunológicas e outras, acabam por aumentar o número de partos pretermo por indicação médica.

Como acontece o parto pretermo?

O início do parto pretermo é espontâneo em cerca de 20 a 30 %, após rotura de membranas (Bolsa de Águas) em 30 a 40% dos casos e é medicamente indicada em 35 a 40% dos nascimentos de bebés prematuros.

O parto pretermo é um síndrome complexo em cuja génese são conhecidos múltiplos factores de risco; há já evidência de que estão implicados factores bioquímicos, imunológicos, histopatológicos e anatómicos.

Os estudos clínicos e experimentais mostram que o parto pretermo resulta basicamente de 4 mecanismos patogénicos primários: activação de mecanismos feto-maternos hormonais, de inflamação, hemorragia decidual e distensão anormal do útero. Embora cada um destes mecanismos seja diferente, partilham vias bioquímicas comuns de estímulo à contractilidade uterina e a alterações bioquímicas que levam à rotura de membranas e à modificação das características do colo do útero.

Factores de risco

É bem conhecida a associação de alguns factores de risco ao parto pretermo:

A gravidez gemelar é um dos mais elevados, bem como a **história de um parto pretermo anterior**. A recorrência do parto pretermo varia entre 17 e 40% estando relacionada com o número de partos pretermo anteriores.

Infecções, urogenitais ou sistémicas, como pneumonias, pielonefrite ou apendicite aguda, podem originar aumento da actividade uterina, podendo ocasionar parto pretermo.

Embora nos partos espontâneos a causa exacta seja muitas vezes desconhecida, há uma forte evidência que a infecção intrauterina está associada a mais de 40% dos partos pretermo espontâneos, especialmente em idades gestacionais muito precoces, estando confirmada a relação entre a infecção intrauterina e a existência de certas infecções vaginais, nomeadamente a vaginose bacteriana. A infecção parece também ser responsável por cerca de 60% dos casos de rotura de membranas.

Recentemente também tem sido valorizado o papel das infecções dentárias- periodontite- na ocorrência de prematuridade.

A Hemorragia Vaginal causada por placenta prévia ou descolamento de placenta, está associada a um risco tão elevado quanto a gravidez gemelar. Também a hemorragia de causa não esclarecida a partir do 2º trimestre, aumenta o risco de parto pretermo.

Determinados **problemas ginecológicos** tais como, malformações uterinas, fibromiomas ou incompetência cervico-ístmica estão também fortemente associados a parto pretermo.

Há ainda outros factores descritos em estudos epidemiológicos mostrando que circunstâncias sociais adversas, tais como dificuldades económicas, problemas sociais e comportamentais, baixo nível educacional, estão significativamente associadas a um risco aumentado, bem como peso muito baixo antes da gravidez, ou grandes alterações da quantidade de líquido amniótico.

Outros riscos ainda incluem idade materna muito jovem, a raça negra, existência de determinadas doenças crónicas, ou anomalias do feto.

Alguns estudos da fisiologia do parto sugerem que há processos imunológicos, neuroendócrinos envolvidos no desenrolar do trabalho de parto normal e de pretermo.

De acordo com esta tese, o stress materno crónico torna-se um factor de risco importante e independente para o parto pretermo, podendo resultar numa activação prematura dos sistemas endócrinos feto-maternos. Contudo, nem todas as mulheres com elevados níveis de stress ou infecções genitais têm partos pretermo; de facto pouco se sabe acerca dos processos que determinam a diferença de susceptibilidade pessoal nesta situação.

Tem sido recentemente estudada a hipótese de uma predisposição genética sugerida pela história pessoal, familiar ou racial.

Prevenção

Conceptualmente, a prevenção do parto pretermo pode ser dividida em duas áreas. A primeira envolve a redução dos factores de risco presentes e a melhoria da qualidade de vida, incluindo

repouso e nutrição, redução do stress físico e emocional. No entanto, esta estratégia, utilizada há alguns anos em países desenvolvidos, não se mostrou eficaz para a diminuição de incidência do parto prematuro. Outros programas focaram-se na detecção precoce do início do parto: contracções e alterações do colo do útero. Para isso elaboraram-se programas educacionais dirigidos à grávida, vigilância médica dirigida às modificações do colo, ou vigilância das contracções no domicílio por meios tecnológicos. Nenhuma destas medidas teve o sucesso esperado, provavelmente porque os sintomas iniciais são muitas vezes ténues e as contracções podem não ser percebidas até uma fase relativamente avançada do processo.

Os meios tradicionais de prever quais as mulheres em risco para parto prematuro baseados na história obstétrica, nos sintomas ou nos riscos epidemiológicos têm elevada probabilidade de falha. Actualmente a ecografia para medição do colo uterino e análises bioquímicas, podem aumentar a capacidade de detecção e ajudar a determinar a importância de cada patologia para o risco total de parto prematuro.

Uma das difíceis decisões de um obstetra é determinar se uma grávida com sinais iniciais de parto prematuro está realmente em trabalho de parto. Numerosos estudos confirmam que cerca de 50 % das grávidas com uma situação de ameaça de parto prematuro, irão ter o parto a termo. Por esta razão é tradicionalmente feita uma observação durante várias horas (internamento de curta duração) e avaliada a necessidade de terapêutica ou possibilidade da grávida poder regressar a casa.

A prevenção da prematuridade tem sido difícil e ineficaz pela sua etiologia multifactorial e em parte desconhecida.

Assim as estratégias recentes de prevenção apostam na detecção de incompetência do colo, da infecção em fase subclínica e de estudo e avaliação de efeitos hormonais

Deste modo as terapêuticas actuais têm como objectivo

- Corrigir precocemente as anomalias detectadas (tratamento das infecções, da incompetência cervico ístmica ou de malformações uterinas),
- inibir ou reduzir a intensidade e frequência das contracções a fim de atrasar o parto,
- optimizar o estado geral do feto antes do nascimento.

Embora o repouso seja tradicionalmente uma recomendação, até à data não foi cientificamente comprovado o seu valor na prevenção do parto prematuro

Assim, embora uma redução da actividade física seja apropriada para algumas grávidas com risco de parto prematuro ou para algumas situações clínicas, não há evidência que o repouso completo no leito resulte numa redução da incidência de prematuridade.

Muitas das estratégias usadas ao longo dos anos para a prevenção ou tratamento do parto prematuro não foram eficazes. No futuro, um melhor conhecimento acerca dos mecanismos envolvidos nesta patologia conduzirão a novas condutas e terapêuticas.

Até que novas estratégias sejam encontradas, os esforços são concentrados na prevenção das complicações neonatais, usando corticóides para acelerar a maturidade pulmonar fetal, antibióticos para prevenir determinadas infecções, e na conduta criteriosa para um parto não traumático. Parte fundamental desta estratégia de otimização do nascimento de um bebê prematuro é também que o parto se realize num Centro Hospitalar preparado com tecnologia adequada e equipas experientes nesta situação.

A RELAÇÃO PAIS-FILHOS NOS RECÉM-NASCIDOS PREMATUROS



O nascimento de uma criança foi, é e será sempre um acontecimento sublime. Acontecimento que tem em si envolvidas emoções tão intensas que simultaneamente devastam e enaltecem o sentido de se ser humano. Por vezes essas emoções são intensamente dolorosas, acarretando um turbilhão de sentimentos e pensamentos confusos e exaustivos que, nas situações de prematuridade, podem 'atirar com os pais para fora' do seu papel de pais e deixar o bebé lesado pela falta contacto com os seus pais.

Falar de prematuros envolve muitos conceitos teóricos, investigações científicas, critérios internacionais de saúde, avanços tecnológicos e, de especial importância para nós, os **aspectos psico-afectivos** – que pressupõem as questões relacionais donde se destaca a **relação pais -filhos**.

Assim, torna-se essencial perceber o que passam os pais nestes momentos dolorosos e como podem intervir os profissionais de saúde, para com eles formarem uma equipa coesa de apoio. Porque o envolvimento dos pais é, como o vão comprovando os estudos científicos e se impõe empiricamente, fundamental no processo de desenvolvimento da criança.

Passamos então à questão dos **pais** e à forma como estes se adaptam ao nascimento do prematuro.

Durante a gravidez a mãe e/ou pai vão-se preparando num processo de desejo de que o seu filho seja perfeito e receio de que possa vir a ter algum problema. Assim surge o bebé idealizado numa imagem composta pelas representações que esta mãe tem de si própria, de outras figuras significativas para si e a imagem que a sua própria mãe lhe transmitiu. Aquando do nascimento surge o confronto entre o bebé que foi idealizado e o bebé agora real. As discrepâncias verificam-se levando à necessidade de um processo de luto relativamente àquele bebé idealizado e ao enamoramento para com o bebé real. Adaptação esta que se

torna mais difícil com o nascimento de um bebé em risco: perde-se o bebé idealizado e surge o bebé que era temido, o que aparece como ameaçador do bem-estar dos pais, conduzindo a sentimentos de elevado sofrimento.

Estamos então perante um processo do luto da mãe (ou pais) relativamente ao bebé idealizado, que pode decorrer passando pelos sentimentos de choque e descrença, que tendem a ser seguidos de sentimentos de tristeza, depressão e zanga até que aconteça a aceitação da situação. Ou, de forma interactiva e transaccional, primeiro os pais reagem à situação do bebé estar internado (de forma mais ou menos prolongada), depois reagem ao comportamento de interacção do filho e à forma como ele vai cumprindo as suas tarefas de desenvolvimento, de acordo com a forma como estes pais as percebem.

O sentimento de dor aqui presente relaciona-se com a brusquidão da perda, a dificuldade na preparação para o acontecido e o significado dado pelos pais ao bebé nascido. Quando o nascimento é de risco esta adaptação ao bebé real torna-se mais complicada. A preparação feita para receber o bebé idealizado revela-se inútil, diminuindo as capacidades de prontidão e acção, especialmente na mãe que percebe não ter conseguido realizar o bebé perfeito com que sonhou. Mas como o bebé nasce prematuramente e necessita da mãe (ou dos pais) desde início, esta vê-se obrigada a lidar de imediato com a realidade desta criança diferente do que foi sonhado e antes de ter tempo para sentir, dentro de si, estar preparada para aceitar este filho.

Neste contexto, a adaptação dos pais pode ocorrer num contínuo entre dois extremos de sentimentos opostos, tais como: num extremo temos o sentimento de culpabilidade que se manifesta numa exclusividade de dedicação ao bebé, podendo conduzir a formas de interacção menos adequadas com o resto da família (por exemplo: dificuldade em dar atenção a outro filho ou ao parceiro) acompanhada de sentimentos intoleráveis de falta de valor; ou então, num outro extremo, temos a rejeição ao bebé, com impulso irresistível de negação da sua relação com a criança ou das necessidades desta.

Lidar com a realidade da existência de um bebé “diferente” e a perda do bebé idealizado é difícil, doloroso e demorado, sendo usual ocorrer uma mistura de sentimentos e mecanismos de defesa individuais que permitem afastar sentimentos de depressão, culpa e falta de valor próprio. Desta forma não se pode apressar o investimento neste bebé real, é necessário tempo para que a mãe (ou pais) pense, sinta e fale do seu desapontamento, sentimentos de falhanço e impotência.

Contudo este processo, a que chamamos de luto, é essencial para ultrapassar a parte incapacitante destes sentimentos, permitindo a reorganização emocional e depois a aceitação do bebé real. Processo que pode ser lento e com interrupções pautadas de sentimentos atrás

referidos, podendo ocorrer nalguns pais depressão crónica, com aparecimento de sentimentos intermitentes de inadequação, incompetência e ineficácia.

Como tal, reconhecer as dificuldades pelas quais os pais passam nestas situações e a sua importância na vida dos prematuros, conduz ao interesse nas necessidades destes pais durante o internamento do bebé na Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais (UCIN) e o impacto nas suas actividades enquanto pais no futuro.

Diversos estudos focaram o impacto da separação que o internamento e colocação numa incubadora provocam na relação pais-filhos e nas respostas emocionais de crise dos pais. Dai que o interesse dos profissionais se movimente no sentido de uma maior compreensão da experiência vivida pelos pais e sua influência na forma como sentem e agem em relação ao cuidar do seu filho, ou seja, da forma como vivem a maternidade e paternidade.

Sabe-se que os bebés beneficiam significativamente, no seu desenvolvimento físico, psicológico, motor, social e afectivo, da oportunidade de terem um contacto humano estimulante (voz, toque agradável, massagem, etc.) e personalizado por um adulto com quem possam continuar a estabelecer uma relação única, activando um conhecimento mútuo, usual e preferencialmente realizado pelos pais.

Considera-se a importância de os pais serem envolvidos no dia-a-dia do seu filho, que, na situação dos prematuros, se inicia na **UCIN**.

É na UCIN que estes recém-nascidos permanecem até alcançarem uma estabilidade de desenvolvimento e maturação que lhes permita um crescimento no lar junto dos pais. Neste espaço vive-se rodeado de fios, monitores, aparelhómetros, incubadoras e outros materiais que dificultam o contacto directo com aquele ser humano em início de vida, contacto cujo toque que recebem se caracteriza quase maioritariamente por cuidados tensos e até dolorosos, na presença de ruídos quase constantes. Pode-se dizer que hoje a sala de cuidados parece a cabina de lançamento de uma nave espacial, como uma viagem para o desconhecido, com descobertas de vanguarda e as vidas presas por um fio.

Em suma, nesta unidade tão especial, com profissionais tão altamente qualificados que enfrentam diariamente a exigência não só técnica e clínica como a do contacto humano nos seus aspectos mais delicados (como o nascer e morrer, e o ser-se gente), surgem inúmeras barreiras que são necessárias contornar para desenvolver formas de ajudar e ser ajudada nos aspectos humanos, tanto os que conhecemos como os que ainda são incógnitas na sabedoria do homem. Assim, é do conhecimento geral a existência de intensas emoções e profundos sentimentos que estes internamentos envolvem, assim como as elevadas manifestações e expressões humanas, que ali se presenciam.

Então, neste processo em que pais e filho são inevitavelmente separados, é indispensável falar dos **prematturos** que, tal como os bebés em geral, têm de cumprir progressivamente algumas tarefas de desenvolvimento, que se lhes apresentam com maior dificuldade, visto estes bebés apresentarem maiores dificuldades face ao seu programa biológico de adaptação ao meio fora do útero ter sido iniciado mais cedo e num ambiente para o qual nem eles nem os pais estão preparados.

Desta forma acontece que os limiares dos prematturos para a estimulação são mais vulneráveis, podendo ser hipo e hiper-reactivos e hipo e hiper-responsivos. Isto significa que poderão não conseguir proteger-se dos intensos estímulos que o ambiente da UCIN implica (sons, luz, intervenções clínicas, actividade em geral, etc.), podendo levar a bebés mais imprevisíveis nos primeiros meses de vida do que os de termo, provocando maiores dificuldades de adaptação global nas mães. Disto, são exemplo, as dificuldades em relação às horas de sono e de estar acordado que poderão levar os pais a sentir alguma confusão na forma de as planificar e de saber quando estimular a criança. Acontece haver também nestes bebés a tendência a apresentarem mais sinais de distração durante a alimentação, os quais podem confundir os pais em relação a não perceberem que o filho está satisfeito, levando-os a continuarem a insistir na estimulação constante.

Quer então dizer que os bebés prematturos por vezes emitem sinais menos claros ou distorcidos, o que torna mais difícil para a mãe (ou pais) compreender e antecipar os seus comportamentos. Podendo isto significar que uma postura de calma e prontidão para a interacção pode ter por detrás grande *stress* fisiológico que os pais não conseguem ler, indo hiper-estimular ou hiper-responder (brincar ou 'puxar' pela criança de forma que se torna intensa e excessiva), pensando estar a ir ao encontro da necessidade do bebé, e que pode acabar por levar a criança à exaustão.

Em síntese, podemos dizer que alguns bebés prematturos podem estar no extremo hiper-reactivo (reagindo sempre e em demasia), sendo alvo contínuo de estímulos externos e internos, reagindo sem proteger a sua própria regulação; e outros podem estar no extremo hipo-reactivo, apresentando-se letárgicos (parados e apáticos) e deprimidos, não respondendo a qualquer estimulação pela sua enorme necessidade de descanso. Nos bebés do primeiro extremo há um atraso na consolidação da regulação do comportamento motor e organização dos estados (no tornar estáveis e previsíveis o sono e a vigília), provocado pela grande energia utilizada nas reacções contínuas, prejudicando o sistema autónomo. Nos bebés do outro extremo há incapacidade de activar novas vias (novas aprendizagens) pela incorporação de nova informação, impedindo o desenvolvimento de um repertório mais complexo, o que pode levar a termos um bebé deprimido, não comunicativo e emocional e cognitivamente limitado.

A maior parte dos aspectos atrás referidos podem sugerir as dificuldades de alguns prematuros no seu processo de organização interna, particularmente nos primeiros meses de vida. Características que influenciarão em maior e menor grau o comportamento interactivo (relação comunicacional do bebé com os seus pais ou com o seu cuidador), implicando uma maior sensibilidade por parte do pais para a ocorrência de uma interacção mais harmoniosa, podendo estes recorrer ao apoio e ajuda por parte da equipa que lida com os prematuros (médicos, enfermeiros, psicólogos, etc.).

Apesar do que temos vindo a dizer, é de referir que, ao procurar compreender melhor alguns aspectos comportamentais e sociais das crianças prematuras, alguns estudos referem que os prematuros não apresentam maior risco para problemas emocionais ou de conduta, ou na vinculação às suas mães. No entanto a experiência de ter um bebé prematuro assim como as suas características particulares, com ritmos diferentes e pessoais, podem alterar a percepção e comportamento dos pais, de forma dolorosa e acarretando dificuldades. Pelo que se afigura conveniente intervir, tão cedo quanto possível, envolvendo a criança e os pais.

As características dificultadoras da interacção com os bebés prematuros são passíveis de serem trabalhadas pela informação e preparação dada pelos profissionais aos pais, de forma a serem adequadamente percebidas e utilizadas para fortalecer a interacção pais-filho, veiculando as condições desenvolvimentais desejáveis ao progresso do bebé e seus pais.

Em suma, o cuidado psicológico dos prematuros e suas famílias está em mudança, face aos apelos da equipa e aspectos técnicos dos cuidados; é evidente que o crescimento da efectividade das intervenções terapêuticas, nesta área, assegura dados positivos para o bebé, família e equipa.

Na UCIN os pais apresentam diversas respostas psico-emocionais relativamente aos seus filhos, sendo comumente observado, especialmente nas mães, respostas de ansiedade, desamparo e perda de controlo, medo, incerteza e preocupação acerca do futuro do bebé. São também referidos culpa e vergonha, depressão e tristeza, sensação de falhanço e desapontamento. Verificam, ainda, sentimentos positivos de espanto, confiança, amor e esperança.

Desta forma o *stress* que se verifica liga-se à perda do papel parental (especialmente para as mães) esperado e desejado e à aparência e comportamento do prematuro. Apesar de a ansiedade parecer baixar nas primeiras semanas da UCIN é clara a continuação de muitas preocupações e ansiedade relacionadas com a ida para casa, podendo estes pais procurar apoio junto da equipa.

No entanto, a ligação da família no UCIN é um processo difícil, pois verifica-se uma separação com os pais à nascença e depois com os obstáculos físicos do ambiente nestas unidades.

Desta forma os **enfermeiros da Neonatologia** são essenciais nos cuidados familiares no UCIN. Eles têm a função privilegiada de promover o desafio da compreensão e 'magia' num lugar de cuidados técnicos tão preci(o)sos onde adaptam a necessidade de pais e familiares, partindo dos cuidados e sobrevivência.

Alguns autores, ao analisarem a adaptação e a forma como as mães lidam com os seus filhos prematuros na UCIN, identificam 3 fases distintas de envolvimento da mãe com o seu filho, ligado àquilo que foi referido sobre o luto da perda do bebé desejado e saudável. Numa 1ª fase encontra-se uma maior preocupação das mães relacionada com a gravidez, o parto, sua experiência de internamento, oprimidas com o pensamento de cuidar do filho; expressão de sentimento de culpa, perda de controlo e insegurança que podem centrar-se em aspectos em relação ao nascimento e não no bebé em si, que se pode assemelhar à incapacidade para acreditar no que aconteceu, revendo todos os acontecimentos e procurando controlar o que já passou como se ainda não tivesse ocorrido. Numa 2ª fase, tende a ocorrer uma crise emocional das mães, que pode levar a um abandono temporário de um maior envolvimento com o filho (pode apresentar o desapontamento e sentimento de perda na não participação nos procedimentos que a envolveriam directamente), seguido de um retomar do contacto mais forte, o qual contribui para aumento de *domínio* da situação e *significado* dos acontecimentos, com consequentes atitudes de livre iniciativa de tratamento do filho. Numa 3ª fase tendem a aumentar os níveis de auto-estima, consequente recuperação do *domínio* e do *significado* com diminuição das dificuldades, enfim o desaparecimento gradual daquela dor inicialmente incapacitante.

É de referir uma forma de contacto especial, que parece ter grande relevância no reforço e facilitação deste processo de adaptação dos pais ao seu bebé, que se designa de **método canguru**, em que o bebé é colocado em contacto pele-a-pele com a mãe ou pai, sendo aconchegado com um cobertor nas suas costas ou ajudando os pais a fecharem a sua própria roupa – resultando numa bolsa que acolhe o bebé, semelhante aos que acontece nos cangurus que preservam a cria numa bolsa materna até esta estar pronta a vir cá para fora.

Através de entrevistas, sobre as vivências das mães nestas unidades, também se verificou que, durante o primeiro mês de hospitalização, muitas revelam melhoras significativas quanto ao seu sentimento de prazer de interacção com o filho, no conhecimento das disposições do bebé e percepção de que o seu filho responde às suas iniciativas. Os comportamentos valorizados que estas mães mencionam com mais frequência são a conversa maternal, o toque, o abrir de olhos do filho e a actividade corporal.

Há mães que parecem utilizar os comportamentos do filho para guiarem os seus próprios comportamentos, referindo que esses comportamentos do bebé têm diferentes significados. Outras sentiam maiores dificuldades nestes aspectos.

Nesta linha também se verificou que quando o bebé prematuro passa para o berço (espaço aberto) em que tantos os pais como os profissionais o podem vestir, observar e fazer contacto ocular, pegar e abraçar, é bem acolhido pelos pais. A maioria destes pais ficaram entusiasmados vendo ali a possibilidade de aumentar o cuidado e recuperação do seu filho, o que poderá vir a facilitar o processo de envolvimento parental e consequente auto-confiança numa fase pré-alta, em que a criança irá para casa.

Os aspectos que temos vindo a descrever são de grande importância para as intervenções dos enfermeiros neonatais, que podem guiar os pais na sinalização dos comportamentos do bebé como indicadores do que ele necessita em termos interactivos, ajudando-os nesta interacção que se encontra em construção.

Assim, face à separação inicial pais-bebé prematuro, que tende a dificultar a relação precoce, o enfermeiro pode servir de elo, especialmente no período sensível de adaptação parental, valorizando as capacidades do recém-nascido prematuro e preparando a adaptação dos pais a ele, donde o seu comportamento na presença dos pais e condições de trabalho oferecidas tem um grande contributo directo na diminuição-afastamento de pais-bebé prematuro. Visto poderem esclarecer e incentivar os pais sobre a possibilidade de prestarem cuidados ao seu alcance, estes profissionais vão agindo reforçando a importância do enfermeiro na formação, ensino e apoio aos pais, permitindo-lhe reorganizar as suas próprias tarefas de forma a facilitar as tarefas que serão possíveis de virem a ser feitas pelos pais.

Por seu lado os pais também podem e devem recorrer a estes profissionais a solicitarem formas de participação activa, e apoio sobre como e quais as tarefas que podem fazer, enquanto os profissionais podem ir modelando muitas intervenções, envolvendo directamente os pais, de forma a que estas tarefas venham a ser efectuadas por estes pais.

Em suma, os estudos sugerem que na relação pais-bebé prematuro (passando por internamento em cuidados intensivos) acontece “mais trabalho e menos diversão”. Existem diferenças e similitudes entre bebés prematuros e bebés de termos e na relação com os seus pais, mas o impacto e extensão da sua relação com a angústia parental em período de doença e/ou internamento ainda têm muito de desconhecido. Nem sempre se sabe quando as diferenças são benéficas ou prejudiciais para o desenvolvimento dos prematuros, pois os seus comportamentos diferentes requererão necessidades que também deverão ser diferentes, logo cada bebé deverá ter um processo único e personalizado, que necessita de tempo e acompanhamento para ser adequado a cada situação.

A vinculação entre a criança e as pessoas significativas é essencial para o bem-estar emocional e mental da criança, o que parece poder estar comprometido durante o internamento do prematuro na UCIN. Daí que as características de prematuridade não possam, nem devam, ser consideradas só por si como determinante do tipo de sincronia ou harmonia interactiva, visto que há todo um contexto situacional e institucional que se relaciona directamente com estes aspectos.

Em síntese, em relação à influência do envolvimento dos pais na UCIN, que facilite a relação Pais-Bebé Prematuro, podemos referir: existir consenso de que a influência da prematuridade no desenvolvimento cognitivo tende a diminuir ao longo da infância; que a influência da prematuridade no desenvolvimento parece ser progressivamente reduzida por factores familiares e ambientais (tais como: situação sócio-económica, o que os pais esperam daquele bebé, a forma como vêem, se dedicam e cuidam do filho); que a situação do bebé com necessidade de maior isolamento, dificulta mais todo o processo de relação com os pais, sendo necessário apoio e estratégias mais planificadas entre a equipa e pais do bebé.

Para finalizar refira-se o papel do pai (homem) que tem vindo a ser estudado, mas ainda de forma pouco intensa, o qual parece surgir como sendo de igual importância e vantagem no processo de vinculação e consequente desenvolvimento da criança. Daí a necessidade de ser tida em consideração a sua inclusão no envolvimento parental que as UCINs, ou outras unidades com recém-nascidos prematuros internados, na forma de parceria e companheirismo com a mãe.

A PRESENÇA DOS PAIS NAS UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS NEONATAIS

O nascimento de um bebé *prematureiro* está documentado como sendo um acontecimento gerador de *stress* e crise para a família. A percepção de perda e luto, pela antecipada e abrupta interrupção da gravidez; sentimentos de culpa relacionados com a incapacidade de “levar” a termo a gravidez; incerteza, no que concerne ao futuro desenvolvimento saudável do bebé e a imediata separação, por um longo período, do bebé e da família; são alguns dos factores que estão na origem deste problema.

Os pais de bebés *prematureiros* ou doentes, tem sentimentos de impotência, na medida em que as necessidades do seu bebé são complexas e a tecnologia usada nas Unidades de Cuidados Intensivos Neonatais, pode ser intimidante. Neste contexto **a participação e permanência dos pais no hospital** é extremamente benéfica quer para a criança, quer para a integridade da família.

Os profissionais das UCIN's entendem estes sentimentos e sabem que é essencial o envolvimento dos pais nos cuidados. Os pais devem estar cientes de que a permanência na UCIN é temporária, e que mais tarde, assumirão os cuidados do seu filho em casa.

As explicações e informações fornecidas pelos profissionais da UCIN, vão ajudar os pais a compreender as decisões da equipa de saúde, bem como os aspectos técnicos envolvidos nos cuidados a prestar ao bebé. Em muitas situações, é importante para a equipa conhecer os sentimentos e preocupações parentais, para a tomada de decisão: tenha por isso uma relação **franca e aberta**, com os profissionais que cuidam do seu bebé.

Os bebés muito doentes ou *prematureiros*, podem não estar em condições de serem pegados ao colo, mas podem ser tocados, com alguns cuidados, para sentirem o “calor” da presença dos pais. Quando o bebé está melhor e já pode ir para o colo, as enfermeiras, vão explicar-lhe como o fazer. Os pais podem **participar directamente nos cuidados** em algumas áreas específicas como: cuidados de higiene, alimentação, mudança de fraldas... A participação nestas actividades, ajudará a desenvolver competências, que contribuirão para o sucesso do processo de preparação para a alta e o regresso a casa.

O **Método Canguru** é uma técnica, utilizada em muitas UCIN's, com resultados muito positivos demonstrados em todo o mundo e que consiste no contacto, precoce, prolongado e o mais contínuo possível e necessário, de pele com pele, entre a mãe e o recém-nascido, permitindo, um maior envolvimento no cuidado ao recém-nascido. As mães (ou pais) são estimuladas a colocarem seus filhos, após estabilização clínica, numa posição verticalizada entre os seios, debaixo das suas roupas, proporcionando calor humano e estímulos sensoriais positivos. Entre

as vantagens deste método, salientam-se: estimulação do contacto precoce da mãe (ou pai), com o recém-nascido; promoção do vínculo afectivo; diminuição do tempo de separação do recém-nascido com a família; regulação térmica da criança; diminuição da taxa de infecções hospitalares; diminuição do tempo de internamento; promoção da confiança e competência dos pais no cuidado ao seu filho; estimulação do aleitamento materno.

A promoção da **amamentação** é um dos objectivos da equipa de saúde, pelos inúmeros benefícios para o bebé, nomeadamente o fornecimento de nutrientes importantes para o bebé, protecção contra as infecções e promove o estabelecimento de laços afectivos com a mãe. O leite materno pode ser retirado com a ajuda de uma bomba e guardado no frigorífico, para ser usado quando a mãe não está presente ou quando a situação clínica do bebé não o permite.

Mesmo quando as condições clínicas do bebé melhoram, os sentimentos de impotência dos pais podem permanecer. O papel parental desenvolve-se em cada um a ritmos diferentes, pelo que não deve deixar que sentimentos mais negativos dominem. No princípio, quando o bebé tem mais necessidade de cuidados médicos, é frequente sentirem-se receosos, mas à medida que o tempo vai passando a confiança vai sendo mais forte e presente, para o que contribui o apoio e encorajamento dos profissionais de saúde



COMPETÊNCIAS DO BEBÉ PREMATURO

Há muito tempo que eu estava na barriga da minha Mãe. Só não sabia quem era! Um dia, não sei quando, passei a saber que já era. Nesse dia ouvi o coração da minha Mãe e chorei devagarinho. Ia ser uma Pessoa! Tudo mudou.

A minha Mãe gostava muito de framboesas. Passei a gostar de framboesas! A minha Mãe gostava muito de Rolling Stones. Passei a gostar de Rolling Stones! Se a minha Mãe gostava de qualquer coisa eu também gostava. Se a minha Mãe ficava triste eu também ficava! Corria bem a minha vida! Um dia ouvi a voz do meu Pai! Contou-me uma história de Príncipes e Princesas e nesse dia percebi que era uma Princesa. Não sabia qual era a diferença entre um Príncipe e uma Princesa mas percebi que era uma princesa. Era assim que o meu Pai me chamava e como a minha Mãe ficava contente... eu também ficava!

Um dia senti uma leve pressão na barriga da minha Mãe e ouvi uma voz que não conhecia. Não percebi o que dizia mas a minha Mãe ficou tão preocupada que eu também fiquei! Nunca mais dormi a pensar na minha Mãe. Percebi que tinha que nascer mais depressa senão alguma coisa podia correr mal. Já gostava tanto dela! Não queria que nada de mau lhe acontecesse. Então decidi nascer. E nasci! Só que era muito pequenina e fiquei atrapalhada. Não conseguia respirar! Só que não queria desiludir os meus Pais.

Então vieram muitas pessoas que eu não conhecia. Tinham bom ar mas estavam tão preocupadas... Senti muitas coisas a entrar no meu corpo. Doeu um bocadinho! Depois adormeci descansada! Aquelas pessoas iam ajudar-me a não desiludir os meus Pais.

Depois...

E não foi só ameaça, nasci mesmo muito antes do esperado e nada preparado. (Vou explicar um bocadinho melhor esta parte: fui aquilo a que se costuma chamar um Prematuro, isto é um bebé que nasceu antes do tempo). Foi por causa disto, aliás, que o obstetra mandou a minha mãe ficar muito sossegada para ver se era possível atrasar a altura do nascimento. Quando viu que não era possível, deu-lhe corticóides, um medicamento que acelera o desenvolvimento do bebé e nos ajuda a desembaraçar mais um pouco.

Tantas mudanças ao mesmo tempo foram uma grande complicação: dentro do útero da minha mãe estava quentinho e o ambiente era o de um confortável banho de imersão; cá fora estava frio, muito barulho, uma grande secura e uma luz imensa feria-me os olhos. A minha pele, os pulmões, o coração, todos os órgãos sentiram a diferença e tiveram de fazer um grande esforço para se adaptar, mas com que custo... Doía-me o corpo todo. As minhas grandes

ajudas foram o neonatologista e a enfermeira; mas eram tubos pelo nariz, pela boca, picadas na pele...

Finalmente sosseguei! Na Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais, um sítio com muitos e complicados aparelhos, fiquei confortável. Puseram-me numa incubadora com a temperatura e a humidade da barriga da minha mãe, sem agitação nem barulho (lá dentro era quase silêncio e às vezes havia música). Puseram-me também uns aparelhos com fios que não me faziam dor e que mostravam como estava a trabalhar o coração, os pulmões e qual o nível de oxigénio no meu organismo. Um ventilador ajudava-me a respirar (porque embora eu tivesse feito um grande esforço estava a sentir-me tão cansado que percebia que não ia aguentar) e, como o aparelho digestivo não conseguia funcionar bem, entrava-me a alimentação pela veia que, depois de picada, já não doía nada.

Então a minha Mãe e o meu Pai vieram ver-me. À primeira impressão ficaram entre o assustado e o desiludido. Muito pequenino, não correspondia ao bebé que tinham imaginado; quase não acreditaram em mim.

Mas eu, mesmo sendo prematuro tinha todas as potencialidades, tinha um “hardware” genético excepcional, com ferramentas de regulação de um recém-nascido de termo e despachado. O meu futuro ia depender da forma como se iam passar aqueles primeiros dias na Unidade de Cuidados Intensivos. Reparei, por exemplo, que andavam sempre preocupados a lavar as mãos antes de me mexer e em ter-me sempre limpinho; é que os prematuros também ainda não são capazes de resistir às infecções do mesmo modo que os bebés de termo.

Houve momentos difíceis, mas passo a passo, dia a dia, os progressos aconteciam e as minhas competências melhoravam: fiquei amarelo (isso até foi fácil de resolver), comecei a ser capaz, cada vez mais, de respirar sozinho (há um remédio, o surfactante, que ajudou imenso), a minha circulação sanguínea passou a fazer-se correctamente (fechou o canal arterial que nos prematuros está ainda permeável e complica muito as coisas), comecei a comer, embora, de início, com um tubinho no estômago (a sonda) porque chupar e engolir têm mesmo de ser aprendidos. A minha Mãe vinha muitas vezes ao pé de mim; quando eu estava melhor pegava-me ao colo, falava comigo, fazia-me festinhas, ensinava-me e dava-me o leite dela que era o alimento de que eu mais gostava. O meu Pai passou a vir depois do trabalho, ajudava a dar-me banho e a mudar a fralda. Sentia-me feliz, fiquei até um pouco mimado de tantas coisas boas; depois passei a dormir muito bem.

Tive ajuda, muitos cuidados e ensinaram-me muitas coisas. Senti também a alegria com que todos na Unidade, para já não falar nos meus pais, foram observando os meus progressos, as coisas que fui aprendendo e como me fui tornando capaz.

Chegou o dia de ir para casa; foi uma grande emoção; vim com os meus pais, na cadeirinha, claro, muito aconchegado e todo confortável. Fiquei na Unidade com muitos amigos.

Penso hoje como é espantosa essa capacidade genética com que nascemos e como é importante criar as condições para que o ambiente, o tempo e a aprendizagem, devagar e seguramente, tenham o seu papel e transformem o projecto de criança que eu era ao nascer, no bebé saudável que sou hoje. Se as coisas forem bem feitas somos mesmo capazes de conseguir.

O AMBIENTE DAS UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS NEONATAIS

"Numa unidade de cuidados intensivos onde um bebé de risco pode precisar de estar horas, dias ou semanas, é necessário que ele descubra aí e aí tenha a oportunidade de reconhecer um sentido de pertença, um sentido de confiança que ajude e transforme o instinto de sobrevivência em sensação de que vale a pena viver ..."

Professor Doutor Gomes-Pedro

Os recém-nascidos que precisam de cuidados médicos ou cirúrgicos são internados numa área especial do hospital chamada "Neonatologia" ou Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais

A UCIN combina uma tecnologia muito avançada e diferenciada com profissionais de saúde treinados e especializados na prestação dos cuidados ao bebé prematuro ou doente. Fazem parte da equipa os neonatologistas (pediatras com treino especializado em recém-nascidos), ajudados por vezes por médicos internos de pediatria, as enfermeiras e auxiliares de acção médica. Muitos outros profissionais são chamados à UCIN consoante os problemas específicos de cada recém-nascido, como por exemplo cardiologistas, cirurgiões, neurologistas pediátricos, fisiatras, fisioterapeutas, cinesiterapeutas, terapeutas ocupacionais, geneticistas, radiologistas, oftalmologistas, assistentes sociais ou psicólogos. Os pais são também um elemento fundamental na equipa, a sua presença é sempre encorajada e apoiada e poderão ter uma actuação muito importante consoante cada bebé e a gravidade da sua doença.

Entrar numa UCIN pela primeira vez é certamente um choque para os pais. Não só pela circunstância do seu filho ser muito prematuro ou estar doente e toda a ansiedade natural que isso acarreta, mas pelo ambiente um pouco estranho, desconhecido e por vezes até assustador! As unidades são frequentemente muito movimentadas, com muitas pessoas a desempenharem diferentes funções e com aspecto "muito ocupado", alarmes a tocar e por vezes com luzes estranhas! Mas depois, geralmente o médico ou a enfermeira, vem mostrar o bebé, dar informações clínicas e dizer quais as normas com que a UCIN se rege nomeadamente quanto a visitas. As do pai e da mãe são encorajadas durante todo o dia. Mas sendo um local com tantas crianças gravemente doentes, a grande maioria das unidades só permite uma visita curta dos avós ou irmãos, desde que estes não estejam doentes, por exemplo constipados.

Depois, os pais vão-se habituando a toda a maquinaria da UCIN, assim como às rotinas diárias, incluindo a decifração dos termos médicos mais frequentemente utilizados. Os pais são sempre incentivados a perguntar tudo o que desconheçam, a expor as suas dúvidas e angústias e os profissionais tentam sempre mantê-los a par de tudo o que se vai passando com o seu bebé.

As UCINs estão equipadas com máquinas sofisticadas, monitores e materiais especialmente adequados aos recém-nascidos. Os bebés estão dentro de incubadoras ou berços aquecidos, onde a temperatura e a humidade do ambiente é vigiada. Têm geralmente colocados sensores ligados por fios e cabos a monitores que vigiam os batimentos do coração, a frequência respiratória, a tensão arterial, a temperatura, os níveis de oxigénio e de dióxido carbono e que alarmam se algum dos parâmetros sai fora do normal. Às vezes apitam só por o recém-nascido se mexer ou por haver mau contacto, não quer dizer que haja uma situação complicada e são geralmente as enfermeiras que vêem o que se passa e avaliam a gravidade de cada alarme. É por isso que frequentemente as UCIN são tão barulhentas.

Os bebés que não conseguem respirar sozinhos tem de estar ligados a máquinas que são os ventiladores. Têm um tubo chamado endotraqueal que sai pela boca ou pelo nariz e que por um sistema de outros tubos é ligado ao ventilador. O ventilador vai insuflar ar, com mais ou menos oxigénio, para os pulmões e permitir que se realizem as trocas gasosas fundamentais à vida. Estes recém-nascidos necessitam também de aspiradores de secreções para a ventilação se processar da melhor maneira. Outros conseguem respirar sozinhos, embora necessitem de alguma ajuda, que muitas vezes é conseguida por um sistema de tubos que entram pelo nariz e que forcem o ar para os pulmões é o chamado CPAP nasal.

Como os bebés agudamente doentes não podem ou não conseguem mamar, tem que ser administrados soros que os alimentem, para além das medicações que precisam. São várias as vias para essa administração. Poder-se-á colocar uns tubos dentro dos vasos, que se chamam cateteres, a nível do umbigo através da veia e artéria umbilical ou mesmo através de uma veia periférica. Há crianças que não precisam destes cateteres e podem ter só um pequeno sistema colocado numa veia. Há outros que embora não possam mamar podem ser alimentados com leite, de preferência materno, por uns tubos que entram pela boca ou nariz e vão directamente ao estômago. Muitas vezes o que administra os soros ou o leite para o bebé são umas máquinas chamadas perfusoras, e geralmente estão sempre várias junto de cada criança.

Toda esta tecnologia tem de ser adaptada a cada criança e à sua doença. É frequentemente necessário realizar análises ou exames, nomeadamente ao sangue, para ver a evolução da doença e as atitudes a tomar. Estes nem sempre são desprovidas de incómodo e mesmo de dor para o bebé, mas cada vez mais os profissionais da UCIN estão alerta para detectar precocemente os sinais de dor e administrar os medicamentos necessários.

Por outro lado, salvo naqueles raros casos em que as mães não podem ou não devem amamentar, o seu leite é sempre o melhor para o bebé. Desde o início deve ser incentivada a

recolha do leite da mãe para estimular a sua produção e se poder administrar a cada bebé o melhor leite do mundo, o da sua mãe.

Há recém-nascidos que vão nascer em maternidades que não tem estas UCIN. Se a sua necessidade é prevista antes do nascimento, estes bebés são idealmente transferidos ainda dentro da barriga da mãe para locais onde possam ter todo o apoio de que irão necessitar. Se não, têm de ser transferidos através de uma ambulância do INEM especialmente preparada para eles e ficam longe da mãe. É mais uma dura prova para os pais. Ao pai que deverá vir ver logo o bebé, costuma ser dada uma fotografia do seu filho para levar à mãe e ajudar a que a separação seja menos difícil.

Todas estas máquinas e procedimentos que rodeiam o bebé podem ser intimidantes e afastar os pais do seu bebé. É preciso que os pais percebam para o que serve toda esta tecnologia e que isto não os impeça de estabelecer laços e contacto com o bebé, e dar-lhe todo o carinho de que ele necessita. É só preciso aprender a melhor maneira de o fazer! E todos os profissionais, sobretudo as enfermeiras que cuidam mais directamente e estão mais próximas dele, estarão disponíveis para ajudar.



A PRESENÇA DOS PAIS NAS UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS NEONATAIS

O nascimento de um bebé *prematureiro* está documentado como sendo um acontecimento gerador de *stress* e crise para a família. A percepção de perda e luto, pela antecipada e abrupta interrupção da gravidez; sentimentos de culpa relacionados com a incapacidade de “levar” a termo a gravidez; incerteza, no que concerne ao futuro desenvolvimento saudável do bebé e a imediata separação, por um longo período, do bebé e da família; são alguns dos factores que estão na origem deste problema.

Os pais de bebés *prematureiros* ou doentes, tem sentimentos de impotência, na medida em que as necessidades do seu bebé são complexas e a tecnologia usada nas Unidades de Cuidados Intensivos Neonatais, pode ser intimidante. Neste contexto **a participação e permanência dos pais no hospital** é extremamente benéfica quer para a criança, quer para a integridade da família.

Os profissionais das UCIN's entendem estes sentimentos e sabem que é essencial o envolvimento dos pais nos cuidados. Os pais devem estar cientes de que a permanência na UCIN é temporária, e que mais tarde, assumirão os cuidados do seu filho em casa.

As explicações e informações fornecidas pelos profissionais da UCIN, vão ajudar os pais a compreender as decisões da equipa de saúde, bem como os aspectos técnicos envolvidos nos cuidados a prestar ao bebé. Em muitas situações, é importante para a equipa conhecer os sentimentos e preocupações parentais, para a tomada de decisão: tenha por isso uma relação **franca e aberta**, com os profissionais que cuidam do seu bebé.

Os bebés muito doentes ou *prematureiros*, podem não estar em condições de serem pegados ao colo, mas podem ser tocados, com alguns cuidados, para sentirem o “calor” da presença dos pais. Quando o bebé está melhor e já pode ir para o colo, as enfermeiras, vão explicar-lhe como o fazer. Os pais podem **participar directamente nos cuidados** em algumas áreas específicas como: cuidados de higiene, alimentação, mudança de fraldas... A participação nestas actividades, ajudará a desenvolver competências, que contribuirão para o sucesso do processo de preparação para a alta e o regresso a casa.

O **Método Canguru** é uma técnica, utilizada em muitas UCIN's, com resultados muito positivos demonstrados em todo o mundo e que consiste no contacto, precoce, prolongado e o mais contínuo possível e necessário, de pele com pele, entre a mãe e o recém-nascido, permitindo, um maior envolvimento no cuidado ao recém-nascido. As mães (ou pais) são estimuladas a colocarem seus filhos, após estabilização clínica, numa posição verticalizada entre os seios, debaixo das suas roupas, proporcionando calor humano e estímulos sensoriais positivos. Entre

as vantagens deste método, salientam-se: estimulação do contacto precoce da mãe (ou pai), com o recém-nascido; promoção do vínculo afectivo; diminuição do tempo de separação do recém-nascido com a família; regulação térmica da criança; diminuição da taxa de infecções hospitalares; diminuição do tempo de internamento; promoção da confiança e competência dos pais no cuidado ao seu filho; estimulação do aleitamento materno.

A promoção da **amamentação** é um dos objectivos da equipa de saúde, pelos inúmeros benefícios para o bebé, nomeadamente o fornecimento de nutrientes importantes para o bebé, protecção contra as infecções e promove o estabelecimento de laços afectivos com a mãe. O leite materno pode ser retirado com a ajuda de uma bomba e guardado no frigorífico, para ser usado quando a mãe não está presente ou quando a situação clínica do bebé não o permite.

Mesmo quando as condições clínicas do bebé melhoram, os sentimentos de impotência dos pais podem permanecer. O papel parental desenvolve-se em cada um a ritmos diferentes, pelo que não deve deixar que sentimentos mais negativos dominem. No princípio, quando o bebé tem mais necessidade de cuidados médicos, é frequente sentirem-se receosos, mas à medida que o tempo vai passando a confiança vai sendo mais forte e presente, para o que contribui o apoio e encorajamento dos profissionais de saúde



A PELE DO PREMATURO

A pele é um dos maiores órgãos (cerca de 2500 cm² no recém-nascido) e o maior órgão sensitivo do corpo humano. As suas principais funções são de protecção (barreira, percepção da dor) e de relação (tacto). É um órgão flexível, versátil, adaptável e “inteligente”, que faz a interface com o meio ambiente.

Os bebés prematuros, com menos de 30-32 semanas, não têm ainda formadas as camadas de gordura que são armazenadas no final da gravidez. A pele é mais fina, deixando ver bem os vasos sanguíneos nela existentes.

Nos bebés ainda mais prematuros (24-28 semanas), existe apenas uma fina camada de células à superfície da pele, em vez das múltiplas camadas dos bebés de termo. A perda de água por evaporação através desta fina camada de células é muito grande, sendo também muito frágil ao atrito e aos adesivos. Pode ser tocada pelos nossos dedos, mas não deve ser esfregada nem traccionada, devendo ser usados adesivos especiais para fixação dos sensores e cateteres conectados ao corpo do bebé. Os procedimentos em que é necessário colocar cateteres ou efectuar procedimentos cirúrgicos, que interrompem a fina barreira cutânea, além da preocupação em evitar a dor, são precedidos de desinfecção com produtos específicos.

O facto da pele dos prematuros ser tão fina, também torna muito fácil o arrefecimento do corpo, sendo necessário aquecer e tentar diminuir a perda de água, com películas de plástico especial e irradiadores em incubadoras “abertas” ou fechadas e aquecidas.

Ao longo da formação da pele, há uma fase em que está coberta por uma fina “penugem” chamada lanugo, que desaparece mais tarde ou mais cedo.

Já próximo do termo da gestação, a pele fica geralmente coberta por um “creme” natural, esbranquiçado, chamado vernix, que é um excelente protector e hidratante, por vezes ainda visível nos bebés de termo.

A pele dos prematuros não tem ainda pigmento, sendo rosada, qualquer que seja a raça dos progenitores. A pigmentação vai-se dando gradualmente com o termo e depois.

Após o nascimento, a pele dos bebés prematuros sofre um “amadurecimento” acelerado que consiste na formação de mais camadas superficiais, ficando com um aspecto descamativo e, após 2 semanas de vida, torna-se semelhante à de um bebé de termo.

Dada a fragilidade da pele dos bebés muito prematuros e o seu estado clínico mais ou menos instável nos primeiros dias de vida, só se limpa o estritamente necessário, com água morna ou soro e algodão. Após algumas semanas de vida, poderá ser lavado com água morna, eventualmente com utilização de cremes ou óleos hidratantes depois do “banho”, sempre com

o cuidado de usar produtos sem perfumes, sem conservantes, não detergentes e muito suaves, para evitar a absorção cutânea de substâncias químicas e manter a hidratação da pele.

O sentido do tacto é um dos primeiros a amadurecer nos prematuros e, quando a situação clínica o permite, parece ser benéfico para os bebés (ainda que prematuros) o contacto pele-pele com os pais ou outro adulto. Nos bebés maiores, a massagem da pele feita por pais ou outro pessoal treinado, tem um efeito calmante, reforça os laços afectivos com os progenitores e o sentimento de segurança do bebé, parecendo também possuir um efeito benéfico no seu estado clínico e desenvolvimento.

PROBLEMAS RESPIRATÓRIOS DO BEBÉ PREMATURO

O bebé prematuro, em geral com peso inferior a 2.500 gramas, está mais propenso a problemas de saúde tendo em conta que a gravidez encurtada não permitiu o desenvolvimento suficiente dos órgãos; por isso, ele é mais vulnerável do que o recém-nascido que atinge o termo da gravidez (a partir das 37 semanas completas).

O aparelho respiratório é precisamente uma das partes do organismo afectada que pode levar a problemas de funcionamento do mesmo, de vários tipos, e que originam a chamada dificuldade respiratória ou síndrome de dificuldade respiratória - termo usado correntemente pelos médicos e profissionais de saúde.

Uma vez que é nos pulmões que se verificam as trocas gasosas que permitem levar oxigénio a todos os órgãos do corpo, para compensar tal dificuldade torna-se indispensável dar artificialmente oxigénio ou ar misturado com oxigénio de vários modos, o que exige a prestação de cuidados por equipas de médicos e enfermeiros especializados, a realização de exames e análises várias (de sangue, radiografias, etc.), e a utilização de aparelhos, quer para compensar a dificuldade que os bebés apresentam, quer para vigiar a sua evolução, nas chamadas unidades de cuidados especiais e unidades de cuidados intensivos.

Será, pois, útil que os pais se familiarizem com certos termos da linguagem médica para melhor perceberem a situação da criança quando o médico assistente dá informações e troca impressões com os mesmos.

É natural que os pais façam as seguintes perguntas:

Como se pode manifestar a dificuldade respiratória?

De vários modos:

- Apneia (termo que significa ausência de respiração), podendo surgir em episódios ou crises, típicos do bebé prematuro;

É importante referir que a respiração do bebé recém-nascido em geral é irregular, sendo que por vezes se verificam pausas passageiras de duração inferior a 20 segundos. A apneia verdadeira é a que tem duração superior e é acompanhada de algumas das manifestações descritas a seguir;

- Gemido

- Cianose (o bebé fica roxo) o que significa, em princípio, dificuldade nas trocas gasosas no pulmão o que origina deficiência de oxigenação nos vários órgãos-cérebro, coração, etc.;

- Taquipneia ou “respiração acelerada ou com número elevado de respirações” por minuto. É precisamente o contrário da apneia. Considera-se taquipneia se o nº de respirações por minuto é superior a 60.

- Adejo nasal ou movimento rítmico de abertura do rebordo do nariz, como se o bebé “tentasse” compensar o problema “facilitando” a entrada de ar nos pulmões;

- Retracções no peito (tórax), ou seja, como entra pouco ar nos pulmões ou o mesmo ar não é retido suficientemente, a cada movimento respiratório, verificam-se “covas “ a meio do peito (peito em “funil”), depressão entre as costelas, e na transição das costelas com a barriga que fica mais distendida); diz-se, por vezes, nestas circunstâncias, “que o bebé parece respirar com a barriga dado que, quando o ar “tenta “ entrar nos pulmões, o peito não se expande ou expande-se pouco enquanto a barriga se expande a cada movimento respiratório.

Quais os problemas que podem originar estas manifestações?

Em primeiro lugar é preciso esclarecer que os problemas de respiração também podem afectar os bebés que nascem de termo.

Focando agora a atenção nos problemas de respiração que são típicos do bebé prematuro, eis os mais frequentes:

- Doença das membranas hialinas ou síndrome de dificuldade respiratória da prematuridade, o qual surge tanto mais frequentemente e com tanto maior duração quanto mais encurtada tiver sido a gravidez.

Este problema manifesta-se logo após o nascimento e é explicado pelo facto de os pulmões não completamente desenvolvidos produzirem quantidade insuficiente duma substância (chamada surfactante) que forra interiormente os pequenos sacos aéreos chamados alvéolos; a insuficiência de surfactante não permite, assim, que os referidos sacos aéreos retenham certa quantidade de ar respirado; por isso há tendência para se fecharem e há fuga total de ar o que dificulta as trocas entre o oxigénio inspirado e o anidrido carbónico expirado. Os médicos dizem que os alvéolos “colapsam”, ou seja, fecham-se, esvaziam-se de ar.

- Taquipneia transitória ou “pulmão húmido”. Este problema – que também pode surgir nos bebés não prematuros – explica-se do seguinte modo:

Durante o desenvolvimento do feto dentro do saco das “águas” (líquido amniótico) os pulmões que se vão desenvolvendo estão cheios de líquido que nos casos de parto vaginal é eliminado à medida que vai descendo do útero para a vagina. Ora, nas cesarianas ditas electivas (as realizadas antes do início do trabalho de parto) o bebé “chega ao mundo exterior”, é extraído de modo brusco, com os pulmões cheios do tal líquido e não com as vias respiratórias vazias e prontas para receber o ar para respirar; em condições habituais, como foi dito, o líquido vai

sendo expulso de modo progressivo à medida que o feto “desce” na direcção útero → exterior. Daí a dificuldade em respirar enquanto o mesmo não é expulso na totalidade.

- Displasia broncopulmonar - Trata-se dum problema dos bebés que foram submetidos a ventilação mecânica durante tempo prolongado e que se pode tornar crónico após o período de recém-nascido. A imaturidade dos pulmões, com efeito, torna-os muito mais vulneráveis às medidas salvadoras na fase crucial da doença respiratória (ventilação mecânica e de tratamento com oxigénio); as consequências são a formação de “cicatrices” no pulmão que deformam as vias respiratórias dificultando as trocas gasosas e a chegada de oxigénio em quantidade suficiente aos vários órgãos do organismo.

Virá a propósito dizer que o oxigénio em excesso é tóxico para vários órgãos.

Nas unidades de recém-nascidos como se procede à vigilância destas situações?

Para além da vigilância contínua das equipas de enfermagem e de médicos pediatras-neonatologistas, existem muitos aparelhos (monitores electrónicos) que permitem avaliar de modo contínuo e sem que seja necessário proceder a colheitas de sangue, os seguintes parâmetros, entre outros: o número de batimentos cardíacos, de movimentos respiratórios, a temperatura cutânea, a pressão arterial e o grau de oxigenação do sangue (quer através do chamado oxímetro de pulso que determina a saturação do sangue em oxigénio através de sensor em forma de mola de roupa que emite uma luz vermelha e é aplicado no dedo do bebé, pulso e, por vezes, na orelha, quer através de monitor de pressão de oxigénio e anidrido carbónico transcutâneo cujo sensor é diferente, semelhante a pequeno disco ou moeda aplicado sobre a pele).

Claro que por vezes é preciso tirar sangue do bebé para avaliar o grau de oxigenação e proceder a outras análises; com as novas tecnologias é possível hoje em dia obter muitos resultados com quantidade mínima de sangue.



E quais as medidas de tratamento utilizadas nos recém-nascidos com dificuldade respiratória?

Para além de cuidados gerais a aplicar em todo e qualquer bebé prematuro e descritos noutra capítulo do livro, as medidas específicas a aplicar nos casos de dificuldade respiratória dizem respeito essencialmente a:

1 - Administração de oxigénio (oxigenoterapia) – que depende do estado geral do bebé e da avaliação do grau de deficiência da oxigenação:

2 - Compensação da dificuldade respiratória (assistência respiratória que pode culminar na chamada ventilação mecânica. Assim, há as seguintes possibilidades:

- Campânula transparente utilizada em berço ou em incubadora; a cabeça do recém-nascido fica dentro deste “habitação” ligado a uma fonte de oxigénio cuja concentração em percentagem do ar é medida de modo contínuo com um sensor colocado perto da boca e do nariz (em forma de microfone). O ar tem cerca de 21% de oxigénio; portanto o suplemento de oxigénio (que deve ser humidificado) é regulado conforme a condição clínica; por vezes torna-se necessário 25-30%, por vezes mais; se fosse oxigénio puro (situação rara e a evitar, excepto em casos especiais), o aparelho marcaria 100%. O monitor mostra em écran os valores desta fracção de oxigénio no ar inspirado ou FiO_2 .

- Cânula de oxigénio nasal obrigando a vigilância em litros /minuto e à FiO_2

- Aparelho de CPAP nasal com aplicação de prongas nasais em que a mistura de ar e oxigénio é administrada através dum sistema que permite garantir a expansão alveolar mantida no fim da expiração (pressão positiva contínua no fim da expiração), lutando contra o tal “colapso” a que antes nos referimos; a sigla que médicos e enfermeiras usam na gíria – CPAP é derivada do inglês significando *continuous positive airway pressure*.

- Ventilador que permitem de modo muito eficaz e controlado compensar a alteração do funcionamento pulmonar. Em geral utiliza-se mistura de oxigénio e ar e, em situações especiais, óxido nítrico. Diz-se que o bebé está ventilado ou submetido a ventilação mecânica o que implica a introdução dum tubo na traqueia- tubo endotraqueal - por via nasal ou pela boca.

- Administração de surfactante artificial - Hoje em dia é possível administrar artificialmente surfactante através do tubo traqueal como modo de compensar a deficiência da referida substância que é fundamental para garantir a “abertura dos alvéolos pulmonares” e as trocas gasosas eficientes.

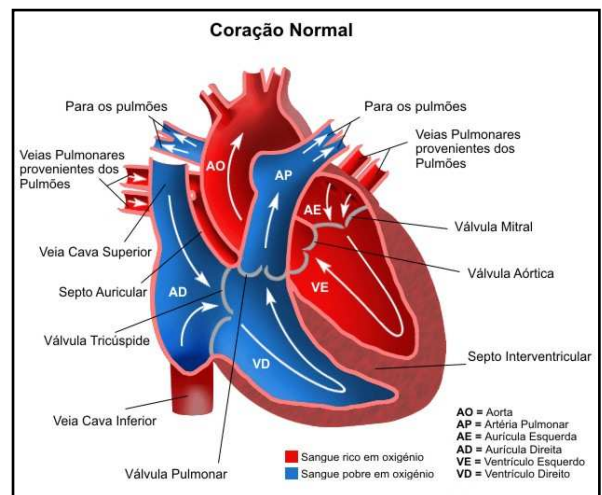
- Outras medidas dizem respeito à manutenção do funcionamento eficaz do coração e da circulação; ou seja, mesmo que a oxigenação pulmonar se processe eficazmente, torna-se necessário que o oxigénio chegue a todos os órgãos, que a “bomba cardíaca” funcione e que as artérias e veias por onde circula o sangue com glóbulos que distribuem oxigénio aos órgãos e dele retiram o anidrido carbónico a eliminar pelos pulmões, também funcionem. A circulação deve também ser eficaz.

Daí a necessidade de medicação com vários fármacos e de vigilância contínua e quantificada dos batimentos cardíacos, dos movimentos respiratórios e da pressão arterial. Estas implicam a aplicação de muitos soros aplicados na veia com agulhas ou tubinhos especiais de vários comprimentos e calibres chamados cânulas ou cateteres.

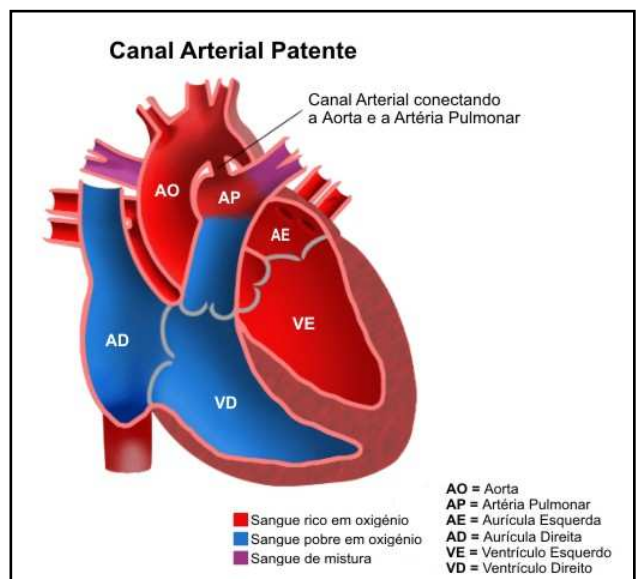
O CORAÇÃO DO BEBÉ PREMATURO

O facto de ter nascido prematuramente não significa que o seu filho seja um bebé com mais risco de ter uma malformação cardíaca congénita. O coração do feto forma-se durante as primeiras oito semanas da gravidez, portanto, mesmo que o parto seja prematuro, o coração já está completamente formado nessa altura. No entanto, o coração e os pulmões de um bebé prematuro ainda não têm a maturidade suficiente para se adaptar à vida fora do útero, pelo que podem surgir algumas complicações cardiovasculares.

O sistema cardiovascular tem uma organização distinta *antes* e *após* o nascimento. Em todos nós, o coração e o pulmão funcionam de forma coordenada. O coração garante que o sangue passe pelas artérias pulmonares, enquanto o pulmão assegura a oxigenação desse sangue, através da respiração. Assim, o sangue pobre em oxigénio chega a uma das quatro cavidades do coração, a aurícula direita, que o vai dirigir para o ventrículo direito, que tem capacidade de ejectar o sangue às artérias pulmonares (Figura 1). Ao circular pelas artérias pulmonares o sangue é enriquecido progressivamente em oxigénio, regressando depois novamente ao coração, a outra cavidade, a aurícula esquerda que o envia ao ventrículo esquerdo. Este é capaz de gerar a força suficiente para ejectar o sangue para a aorta, a artéria principal que sai do coração e que se ramifica em artérias progressivamente mais pequenas que distribuem esse sangue, rico em oxigénio, para todo o corpo.



Ao contrário do que acontece connosco, o feto não respira, dependendo da placenta da mãe para realizar as trocas gasosas, ou seja, para receber oxigénio e eliminar dióxido de carbono. Por esse motivo, não é necessário que todo o sangue que chega ao coração passe para os pulmões. Assim, existe uma artéria que liga a artéria pulmonar à aorta, denominada canal arterial, que permite que o sangue que sai do ventrículo direito seja desviado directamente para a aorta, sem



passar pelas artérias pulmonares que se encontram maioritariamente fechadas (Figura 2). Após o nascimento, quando o bebé respira, as artérias pulmonares abrem rapidamente e o sangue tem de passar pelos pulmões para ser oxigenado. A partir desse momento, o canal arterial deixa de ter utilidade e inicia-se o processo que leva ao seu encerramento, em alguns dias.

Nos recém-nascidos prematuros, dada a sua imaturidade, o canal arterial não está preparado para encerrar, pelo que muitas vezes se mantém aberto, permitindo que sangue da aorta (destinado a ser enviado para o corpo) volte para as artérias pulmonares. Se o canal arterial for muito pequeno, a quantidade de sangue também o é, não provocando complicações. Pelo contrário, se o canal arterial for muito grande, vai permitir a passagem de grandes quantidades de sangue da aorta para as artérias pulmonares, causando dois tipos de problemas: 1) excesso de sangue dirigido aos pulmões, com dificuldades na função pulmonar; 2) roubo de sangue que deveria ser enviado a outros órgãos, como o rim ou o intestino, podendo provocar alterações do funcionamento desses órgãos.

Quando o canal arterial não encerra atempadamente, diz-se que existe um **canal arterial patente ou persistência do canal arterial (PCA)**. O exame físico do bebé permite que se coloque em hipótese este diagnóstico, mas a sua confirmação depende da realização de um ecocardiograma, ou seja, de uma **ecografia ao coração**. Quando o canal arterial é muito grande necessita ser encerrado, recorrendo-se ao tratamento com um medicamento anti-inflamatório (o mais usual é a indometacina) que vai facilitar o processo. Nos casos em que esse medicamento não é eficaz, ou quando o recém-nascido tem outros problemas a impedir a sua utilização, pode ser necessário realizar o encerramento por cirurgia

O encerramento cirúrgico do canal arterial não é uma cirurgia de “coração aberto”. O cirurgião, geralmente na Unidade de Cuidados Intensivos, realiza uma pequena incisão na porção lateral do tórax do recém-nascido prematuro e encerra o canal arterial ligando-o com uma seda ou fechando-o com um clip. **O bebé não sofre** porque está anestesiado durante esta pequena operação, que resolve, definitivamente, o seu problema cardíaco.



A NUTRIÇÃO E O LEITE MATERNO

Nos últimos vinte anos assistiu-se a um notável progresso científico e tecnológico na área da Neonatologia que tem tornado possível a sobrevivência de bebês prematuros cada vez mais pequenos. Para esta situação, muito contribuiu o aparecimento de novas fórmulas de alimentação o que constitui um factor determinante para uma boa sobrevivência em qualquer idade, em especial entre prematuros. Dependendo da idade de gestação em que nasce, o bebê prematuro poderá vir a ser alimentado através das veias por soluções especialmente concebidas para o efeito e logo que esteja livre dos problemas que afectam a sua estabilidade, irá ser alimentado através de sonda ou mesmo pela boca, com o leite da sua mãe.

O estado de nutrição da mãe, tem grande influência na saúde do bebê tanto no ambiente intra-uterino como depois de nascer e até em idades mais tardias. Um meio intra-uterino desfavorável em que o feto se desenvolve parece desempenhar um papel muito importante na possibilidade da criança vir a apresentar na idade adulta determinadas doenças como a hipertensão e a diabetes. Por isso ao nascer, o peso do bebê constitui um parâmetro biológico muito importante.

O crescimento do sistema digestivo está dependente das hormonas intestinais e outros factores cuja produção é estimulada pelo alimento que o bebê irá receber, mesmo a partir de quantidades pequenas. O leite materno, além da nutrição, exerce um poderoso efeito sobre o intestino, estimulando o seu crescimento e a sua maturação funcional, desenvolvendo uma flora saudável e tornando-o apto a iniciar a produção de anticorpos, hormonas e muitas outras substâncias necessárias que além doutras acções garantem uma boa absorção dos alimentos. Deste modo, a interacção entre a nutrição, a imunidade e a infecção tem profundas consequências na nutrição e bem-estar das crianças.

O leite de mãe de um bebê prematuro é substancialmente diferente do leite de uma mãe que tenha tido um bebê no termo da sua gravidez. Porém, ambos são adequados às suas necessidades embora actualmente se pense que os prematuros tenham durante muito tempo uma maior necessidade de proteínas, cálcio e sais minerais. Para satisfazer esta exigência, foi criado um preparado rico em proteínas e outros nutrientes que muitas vezes é adicionado ao leite materno até o bebê atingir maior peso.

O apoio nutricional ao desenvolvimento de um sistema digestivo imaturo deve merecer uma atenção especial nos cuidados ao recém-nascido. Valorizando o efeito protector do leite materno, as mães de prematuros muito pequenos com longas estadias no hospital, merecem redobrada atenção devendo ser apoiadas no processo de amamentação. O leite materno irá adaptar-se progressivamente às necessidades do bebê de modo a que, chegado o dia da alta,

não haja problemas no que se refere ao aumento de peso e tranquilidade dos pais. Nos casos particulares em que a secreção do leite materno se torna manifestamente insuficiente é necessário recorrer a leites artificiais. Existem actualmente fórmulas lácteas especialmente concebidas para bebés prematuros, para serem usados quer durante o internamento, quer nos meses a seguir à alta. Estes leites especiais são reforçados com calorias e nutrientes para que correspondam às exigências nutricionais no período de crescimento rápido dos prematuros.

Após a alta e de um modo geral, o prematuro cresce a um ritmo rápido até à idade corrigida, mas apesar deste facto estes bebés serão mais pequenos e mais leves do que os recém-nascidos de termo da mesma idade. A fase mais rápida do crescimento que irá colocar o bebé a par de outros da mesma idade mas que nasceram de gravidezes de termo situa-se entre os 2 e 3 anos, embora o processo possa estender-se ao longo da adolescência.

O bebé será observado com maior frequência nos primeiros meses, para se avaliar a evolução do peso, do perímetro cefálico e do comprimento e, também, para acompanhamento e apoio dos Pais nas suas dificuldades de adaptação a um bebé tão especial.

A avaliação do crescimento e do desenvolvimento motor e intelectual serão os instrumentos de medida de uma boa nutrição resultantes dos benefícios do aleitamento materno ou da alimentação artificial quando o leite materno se torna insuficiente.

Em suma, a melhor qualidade de vida alcançada em bebés prematuros muito pequenos tem sido possível ultrapassando a imaturidade de vários órgãos e aparelhos, entre os quais o gastrointestinal. Neste sentido, é um desafio garantir ao bebé nascido muito precocemente uma nutrição equivalente à que recebia no ambiente intra-uterino. O leite materno tem um papel primordial nesta adaptação, existindo porém alternativas satisfatórias quando o bebé se vê impedido de ser alimentado em pleno com o leite de sua mãe.



CONSERVAÇÃO DO LEITE MATERNO

Numa fase precoce da vida, o recém-nascido prematuro não tem maturidade que lhe permita digerir aquele que é o seu alimento por excelência - o leite materno (LM).

A necessidade de guardar este leite, pelo menos por algum tempo, torna-se assim inevitável.

O LM é um alimento vivo e os seus constituintes alteram-se de diferentes maneiras sob diferentes condições.

Devido à actividade dos seus factores anti-microbianos, pode ser mantido à temperatura ambiente durante 6-8 horas sem que haja um desenvolvimento anormal de bactérias. Durante esse tempo, contudo, vão sendo degradadas algumas substâncias que auxiliam a digestão do leite.

Um bebé prematuro que receba um leite nestas condições fará um esforço superior para o digerir, além de obter menor quantidade de células de defesa, utilizadas entretanto na destruição das bactérias.

A conservação do LM no frigorífico (4°C) é referida como segura até 3 dias. Isto parece dever-se ao facto de a maioria das bactérias ser inactiva aquela temperatura, enquanto os factores anti-microbianos do leite se mantêm activos.

Este método de conservação leva à perda de algumas células de defesa, sobretudo por aderirem às paredes dos recipientes. Também o teor de vitamina C vai diminuindo ao longo do tempo de refrigeração.

É preciso ter em consideração que durante as experiências feitas com a refrigeração do leite materno a temperatura não variou, o que nas nossas casas corresponde a nunca abrir o frigorífico. Como tal não é possível, o tempo de conservação deve ser diminuído - 24 horas parece ser um prazo sensato. Ainda para evitar variações de temperatura, os recipientes com o leite não devem ser colocados na porta do frigorífico, mas nas prateleiras e o mais atrás possível.

O LM pode manter-se congelado a -20°C até 6 meses, apesar do perfil nutricional e imunológico do leite se alterar permanentemente durante o armazenamento.

Alguns congeladores mantêm o leite, embora congelado, a uma temperatura superior a -20°C. Se for o caso, o tempo de conservação não deve exceder as 2 ou 3 semanas.

Congeladores com função de auto-descongelção estão contra-indicados para a conservação do LM, que não pode ser sujeito a variações de temperatura que provoquem descongelção parcial.

Como a congelação separa a fase lipídica da fase aquosa do leite, as partículas de gordura aderem mais facilmente às paredes dos recipientes, o que leva a uma perda de gordura progressiva ao longo do tempo. Também algumas vitaminas e células de defesa vão diminuindo.

Não obstante, dentro das condições e dos prazos recomendados, o LM congelado continua a ser um alimento de qualidade superior para os bebés, sobretudo prematuros.

A descongelação deve ser feita dentro do frigorífico a 4°C ou sob água quente corrente. Não deve ser utilizado o banho-maria (com água fervente) nem o microondas. Uma vez descongelado, o LM pode ser conservado no frigorífico durante 24 horas.

Além dos métodos de conservação, outros factores interferem na estabilidade das propriedades do leite. São eles a higiene na manipulação, o tipo de recipiente e de bomba utilizada na colheita do leite e o aquecimento.

A colheita do leite impõe uma higiene rigorosa das mãos, mamas e roupas. O facto de o LM dispor de uma série de substâncias protectoras intrínsecas, não pode ser encarado como um factor de absoluta confiança. As barreiras bioquímicas não são inesgotáveis e a manipulação do leite feita em deficientes condições de higiene leva a um aumento da contaminação. Esta satura as defesas, diminuindo a capacidade imunológica do leite.

Relativamente aos recipientes, os mais utilizados são os de vidro e de polipropileno. Em ambos há perda de uma parte de gordura por aderência às paredes e que aumenta com o tempo de armazenamento, como já se disse.

A extracção do LM pode ser feita manualmente, embora desta forma não seja possível extraí-lo na totalidade. Como o último leite extraído é o mais rico em gordura, perde-se uma parte importante de calorias e algumas vitaminas. Parece ser mais eficaz a extracção feita com uma bomba eléctrica. Esta executa movimentos rítmicos capazes de simular a sucção, criando uma pressão negativa e conseguindo extrair até ao ponto de obter a parte do leite rica em gordura.

O leite recentemente extraído não deve ser misturado com outro já guardado no frigorífico ou congelador, para evitar variações de temperatura daquele. As misturas, se necessárias, devem ser feitas pouco antes da toma.

É fundamental que todos os materiais que contactam com o leite possam ser esterilizados.

À semelhança do que se recomenda para a descongelação, o leite LM pode ser ligeiramente aquecido sob água quente corrente. É desaconselhado o uso do microondas, que leva à diminuição franca de propriedades imunológicas e nutricionais.

Como conclusão poder-se-á dizer que parece não existir um modelo ideal de conservação do leite materno.

Importa ter conhecimento das vantagens e desvantagens de cada um deles e saber manipular correctamente o próprio leite e os materiais utilizados na sua colheita e conservação.

AS INFECÇÕES NO RECÉM-NASCIDO PREMATURO

Os recém-nascidos são mais susceptíveis à infecção do que as crianças mais crescidas e a possibilidade de adquirirem uma infecção é tanto maior quanto mais pequeno é o RN.

Na generalidade pode dizer-se que há possibilidade de o RN se infectar de três modos.

Primeiro - Já nasce infectado ou fica infectado durante o nascimento. São as infecções com origem na mãe, que estava infectada mesmo sem saber e sem estar doente. Estas infecções são provocadas por bactérias que vivem normalmente no intestino dos adultos. São muito graves e alguns bebés morrem, sobretudo se já estavam doentes antes de nascerem ou se ficam doentes logo a seguir ao nascimento. Muitas vezes o bebé nasce antes de tempo porque já estava infectado – é a infecção que desencadeia o parto. Em algumas situações é possível saber com antecedência se a mãe é portadora de determinada bactéria e tentar evitar que ela passe ao RN.

Segundo - A infecção é adquirida na unidade de recém-nascidos onde o bebé está internado. Um RN de termo saudável fica junto da mãe quando nasce e ao fim de 2 dias estará em casa junto da família. Quem lhe presta todos os cuidados é a mãe e o pai o que permite que o bebé adquira as bactérias dos pais ao mesmo tempo que a mãe lhe transmite as defesas para essas bactérias através do seu leite. Pelo contrário, quando nasce pré-termo o RN é transferido para uma unidade de cuidados intensivos ou intermédios, é colocado em incubadora e é tratado por médicos e enfermeiras. Muitas vezes necessita de ser ligado a um ventilador para conseguir respirar ou tem que ser alimentado pela veia pelo que precisa de um cateter. Na maior parte dos casos precisa de muitos tratamentos. Estas condições a que o bebé é sujeito condicionam que ele não adquira as bactérias “normais” da mãe e que esteja vulnerável a adquirir infecções provocadas por bactérias do ambiente hospitalar. São situações tanto mais graves e frequentes quanto mais pré-termo e doente é o RN e são uma preocupação constante dos neonatologistas. Por isso é que todos os profissionais que tratam do RN se preocupam tanto com a lavagem das mãos – o principal veículo de transmissão de bactérias. Do mesmo modo, os pais devem sempre lavar bem as mãos antes de tratar do seu filho. Uma maneira de aumentar as defesas do RN contra este tipo de infecções é alimentá-lo com leite da própria mãe e, logo que possível, os cuidados devem ser prestados pelos pais.

Terceiro - A infecção é adquirida em casa depois do bebé ter alta. Já não é recém-nascido, mas continua muito susceptível, teve um internamento prolongado, eventualmente esteve doente e, subitamente, vai entrar em contacto com um meio que lhe é estranho. A possibilidade de adquirir uma infecção causada pelas bactérias ou vírus que provocam infecção nas crianças mais velhas é grande. Os pais devem saber como evitar situações que aumentem este risco de

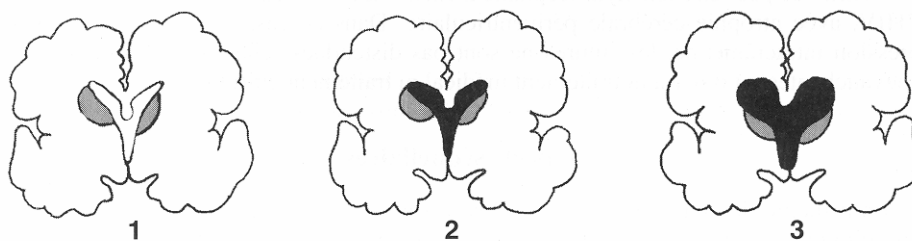
infecção. Se houver irmãos que frequentam infantário devem ser ensinados a lavar as mãos e a cara quando chegam a casa antes de abraçar e beijar o irmãozinho. Pessoas constipadas não devem tratar da criança e, se possível, devem manter-se afastadas. Se forem os pais a ficar constipados devem colocar uma máscara no nariz e boca e lavar cuidadosamente as mãos antes de tratar do bebê. A não ser que o médico assistente dê instruções em contrário a criança pode sair à rua. Os passeios ao ar livre são benéficos. Pelo contrário os “passeios” no ar saturado dos centros comerciais ou locais de grande concentração de pessoas são maléficos e o risco de o bebê contrair uma doença numa dessas saídas é muito grande. Do mesmo modo, andar em transportes públicos, superlotados, é uma aventura a fazer, apenas, em caso de grande necessidade. Os vírus que provocam infecções respiratórias transmitem-se pelas gotículas de saliva que são expelidas quando as pessoas tosse e também pelas mãos.

Estas medidas são essenciais para evitar que o bebê adquira algumas das infecções mais frequentes. Outras infecções graves da infância são prevenidas pelas vacinas. Se cumprir o esquema nacional de vacinação está a proteger o seu filho de doenças muito graves que, no passado, foram responsáveis por sequelas graves ou pela morte de muitas crianças. O médico assistente do seu filho dar-lhe-á todas as indicações sobre este assunto.

O CÉREBRO, O OLHO, O OUVIDO E AS SEQUELAS

O cérebro do bebê prematuro é particularmente frágil. Uma das complicações que pode ocorrer é a hemorragia. Felizmente esta hemorragia ocorre, não no tecido nervoso mas sim nos ventrículos. Estes são espaços localizados no meio do cérebro e preenchidos com líquido cefalorraquidiano. Assim este tipo de hemorragia designa-se por hemorragia intraventricular (HIV). Os ventrículos não têm funções cerebrais e uma pequena quantidade de sangue intraventricular, não tem em geral consequências. No entanto uma hemorragia extensa pode levar a alargamento dos ventrículos com aumento da pressão condicionando mesmo uma hidrocefalia.

A maioria das HIV são ligeiras a moderadas (graus 1 e 2) e resolvem espontaneamente sem deixar sequelas. As hemorragias mais graves (grau 3) podem causar dificuldades ao bebê quer durante o internamento quer no futuro.



Adaptado de Neurologie périnatale –Claudine Amiel –Tison

Fig 1 - Graus de HIV

Estadio1 - hemorragia limitada à zona germinativa. Estadio 2 - hemorragia progride para os ventrículos laterais mas sem dilatação destes. Estadio 3 - hemorragia intraventricular é bilateral, com dilatação das cavidades

O traumatismo de parto e o parto pré-termo são condições que podem favorecer a ocorrência de hemorragia através da rotura dos capilares que constituem a matriz germinal (rede de capilares periventricular).

Cerca de 20-30% das crianças com peso ao nascer inferior a 1500g têm algum tipo de hemorragia mas só cerca de 5% têm HIV grau 3

Aproximadamente metade das HIV ocorrem nas primeiras horas e ultrapassada a primeira semana de vida o risco diminui substancialmente.

A prestação de cuidados que observaram na Unidade de Cuidados Intensivos, com a atenção permanente aos registos dos monitores, na estabilidade da frequência cardíaca e da tensão arterial, bem como na adaptação à ventilação, contribuem para a prevenção da HIV. As

análises feitas com frequência, para além doutros parâmetros monitorizam a eficácia da ventilação e o equilíbrio hidro-eletrolítico, aspectos muito importantes neste delicado equilíbrio .

A ecografia transfontanelar, que viram executar, é um exame não invasivo e que dá uma boa informação há cerca da existência e da evolução destas situações.

Se é diagnosticada uma HIV, não há pois tratamento específico, só se podem tratar as consequências dessa hemorragia, tais como as convulsões, a anemia, a apneia, mas mesmo uma hemorragia grave pode regredir completamente.

E quando o tecido nervoso é atingido?

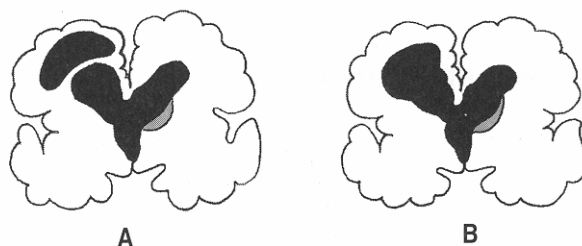
Se o fluxo sanguíneo e o oxigénio são insuficientes numa dada zona do cérebro, pode haver lesão do próprio tecido cerebral. Esta situação pode acontecer mesmo antes do nascimento (problema na gravidez), no parto ou depois do nascimento (por qualquer dos problemas relacionados com a prematuridade). Algumas semanas depois de ocorrer o problema, a ecografia transfontanelar pode mostrar pequenos quistos. Este diagnóstico é seguramente um factor de preocupação, mas não se pode prever o que daí poderá resultar.

Quistos nalgumas áreas do cérebro podem não ter significado, noutras como a periventricular, podem corresponder a leucomalácia com consequências de gravidade variável. Por vezes o diagnóstico é só possível com a repetição da ecografia transfontanelar ou com a realização de ressonância magnética.

Algumas vezes a lesão pode ser difícil de diagnosticar e pode não ter nenhuma manifestação clínica.

Embora não haja tratamento para esta situação, deve realçar-se que o cérebro do prematuro está ainda em desenvolvimento e se a lesão não é muito extensa, e é só dum lado, outras partes do cérebro podem reparar as funções das áreas lesadas.

A leucomalácia estima-se que aconteça em 5% dos prematuros, sendo maior nas idades gestacionais e no peso mais baixo. Há outros factores predisponentes como as infecções pré-natais, a asfixia ao nascer, a ocorrência de complicações associadas à prematuridade e entre elas a hemorragia intraventricular mais grave (grau 3).



Adaptado de Neurologie périnatale – Claudine Amiel – Tison

Fig 2 –HIV estágio 3 e LPV – Lesão extensa do próprio tecido cerebral

Se se confirma uma leucomalácia extensa há um risco elevado de alteração do desenvolvimento mas se é moderada o risco é muito menor.

Cerca de 75% dos bebés com leucomalácia têm alguma sequela que pode ter gravidade muito variável.

A paralisia cerebral é uma situação em que há falência no controle dos movimentos voluntários, devido a uma lesão cerebral. Há várias formas de paralisia cerebral dependendo da localização da lesão. No prematuro os membros inferiores são os mais atingidos, porque os nervos que os controlam passam junto aos ventrículos (diplegia espástica). As alterações cognitivas podem estar associadas à leucomalácia.

O diagnóstico de qualquer destas alterações desencadeia sempre nos pais bastante preocupação e por vezes a procura de estatísticas sobre as consequências previsíveis.

Mas é importante destacar que as estatísticas reportam-se a grupos de crianças e os resultados podem não reflectir o perfil clínico e desenvolvimento do seu filho. Muitas das crianças a quem foi diagnosticada uma lesão no cérebro têm uma inteligência normal e a alteração motora não é impeditiva duma vida normal.

Os olhos, a visão

A partir das 24 semanas o bebé prematuro geralmente abre os olhos e pode ter uma “visão turva “. Gradualmente nas semanas seguintes começa a ter capacidade de focar os objectos à sua volta.

Quando o bebé nasce prematuramente os vasos sanguíneos (artérias e veias) no interior dos olhos ainda não se desenvolveram completamente.

Pelas 16 semanas começa a desenvolver-se na retina uma rede vascular que forma o seu centro e que gradualmente cobre a sua superfície. Durante os primeiros 2- 3meses após o

nascimento (até aproximadamente o tempo em que o bebé devia ter nascido) estes vasos continuam a crescer. Este crescimento vascular nem sempre se dá de acordo com o planeado. Especialmente no recém-nascido prematuro e mais instável os vasos não crescem de forma apropriada e os vasos “sãos “ param de crescer, aproximadamente 2 meses após o nascimento e vasos “aberrantes “ começam a desenvolver-se no seu lugar, condicionando fibrose (cicatriz) no tecido nervoso

É sempre grande factor de ansiedade, o diagnóstico de retinopatia da prematuridade (ROP), mas felizmente em cerca de 80% dos casos há uma regressão espontânea. Alguns bebés necessitam contudo dum tratamento que vai evitar uma lesão, hoje é relativamente raro haver uma perda de visão.

Não se sabe exactamente qual a causa da ROP. Será a variação do ambiente “ in útero” para meio extra-uterino rico em oxigénio? A monitorização da saturação de oxigénio levou à diminuição da ROP, mas continua a ser um problema importante.

São os bebés mais prematuros os que têm maior risco, acima das 32 semanas de gestação é realmente invulgar esta situação.

Cerca de 90% dos recém-nascidos com peso ao nascer inferior a 1000g (idade gestacional menor que 28 semanas) têm algum grau de retinopatia; na maior parte dos casos num grau ligeiro, do qual resulta uma visão normal. Menos de 30% dos prematuros com idade gestacional inferior a 31 semanas, têm ROP 1 ou 2.

Assim se o seu filho nasceu com idade gestacional inferior a 32 semanas sobretudo se necessitou de ventilação e /ou suplementação de oxigénio, a partir das 4 - 6 semanas, o oftalmologista vai passar a examinar a retina e se há alterações o exame será repetido com intervalos de 2 semanas. Na maior parte dos casos há regressão, mas se isso não acontece pode ser necessário um tratamento com Laser que fará parar a proliferação, determinante da doença.

A vigilância oftalmológica é importante no primeiro ano de vida e anualmente de forma seriada, porque a retinopatia condiciona um grau de distorção da retina que pode levar a problemas na refacção no futuro.

O estrabismo é também uma situação mais frequente nos prematuros. Ocorre quando um ou mais músculos que controlam a motilidade ocular estão fragilizados, impedindo que os olhos se movam de forma coordenada.

Nas primeiras semanas o estrabismo é normal, mas se persiste e não se trata pode levar à anulação da visão num dos olhos.

Em resumo:

- A doença afecta sempre os dois olhos
- A doença foi classificada em
 - a) Estádios de “gravidade” (E) 1, 2,3,4,5 (no E5 mais grave)
 - b) Zonas da retina” afectadas”1,2,3 (na zona 1 é mais grave)
- Alguns tratamentos (laser) podem ser feitos, quando a gravidade da doença o justifique, com o objectivo de parar o desenvolvimento dos vasos anormais e a evolução para o descolamento da retina
- O progóstico das formas graves é ainda reservado
- É importante a vigilância oftalmológica no primeiro ano de vida

Os ouvidos, a audição...

A incidência de perda auditiva bilateral significativa é estimada em 1 a 3 por 1000 recém nascidos saudáveis e em 20 a 40 por 1000 RN de risco.

A surdez pode ser congénita quando presente na altura do nascimento ou adquirida quando surge posteriormente.

Os RN prematuros são RN de risco para a surdez.

Uma audição normal é um factor essencial para a normal aquisição da linguagem, que se desenvolve ao longo dos três primeiros anos de vida.

Mesmo pequenas perdas auditivas podem interferir com o normal desenvolvimento da fala.

Assim, a deficiência auditiva deve ser detectada o mais precocemente possível a fim de se iniciar a reabilitação adequada antes dos seis meses de idade, permitindo um desenvolvimento mais harmonioso da criança.

O que é o rastreio auditivo?

Os primeiros exames que se realizam para avaliação da audição são testes de rastreio e designam-se por:

Otoemissões acústicas - Este exame é indolor, inofensivo, executado com o bebé a dormir e leve alguns minutos a completar. Um pequeno microfone é colocado no canal auditivo do bebé.

O microfone que está ligado a um computador envia sons suaves, que provocam uma resposta do ouvido interno. O aparelho analisa as características desta resposta.

Dois tipos de resposta são possíveis: Passa ou refere.

Passa: significa que neste momento a audição do bebé é normal

Refere: significa que não foi possível detectar respostas provenientes do ouvido interno.

Várias causas podem contribuir para isso: a criança estar agitada, existirem secreções no canal auditivo, ou líquido dentro do ouvido médio. Pode também querer dizer que o bebé não tem uma audição normal. O exame será repetido algum tempo depois (antes das 4 semanas).

Os Potenciais evocados auditivos do tronco cerebral são realizados para complemento de estudo e consistem em: Sons suaves que são enviados aos ouvidos através de uns auscultadores. Uns sensores são colocados na cabeça do bebé e conectados ao computador medindo a actividade cerebral em resposta ao som.

As crianças com défice auditivo vão necessitar de acompanhamento por uma equipa interdisciplinar de que fazem parte o pediatra, o médico otorrinolaringologista, o terapeuta da fala, o audiologista e a educadora que juntamente com os pais vão estabelecer um plano de acompanhamento em cuidados de saúde e educação individualizado a fim de permitir a sua integração plena na sociedade.

O CRESCIMENTO E O DESENVOLVIMENTO DO PREMATURO

O prematuro, especialmente o de extremo baixo peso (peso ao nascimento inferior a 1000 gramas), apresenta um maior risco de alteração do crescimento e desenvolvimento.

São crianças habitualmente pequenas, mas que vão tentar recuperar o seu crescimento durante a infância e adolescência.

Em relação ao crescimento, este é mais acelerado entre as 36 e as 40 semanas de idade pós-concepcional. Depois desta fase, verifica-se um crescimento de recuperação (catch-up growth), durante os primeiros 2 a 3 anos de vida, ocorrendo primeiro para o perímetro cefálico e depois para a estatura e peso. No fim deste período, os valores antropométricos encontram-se, habitualmente, dentro dos limites da normalidade das curvas de referência.

O prematuro pode permanecer uma criança pequena até à adolescência. Depois da adolescência e até se tornar adulto, pode atingir uma estatura normal, sendo o potencial genético de grande importância na altura final.

As crianças afectadas de atraso de crescimento intra-uterino, displasia broncopulmonar, ou que apresentam um estado de nutrição inadequado na alta da UCIN, vão apresentar um crescimento comprometido nos primeiros anos de vida, com repercussão na altura final.

O neurodesenvolvimento está mais relacionado com a idade gestacional do que com o peso ao nascimento e é influenciado por factores ambientais. Alguns problemas surgem precocemente, enquanto outros só se tornam evidentes ao fim de vários meses ou anos.

As sequelas neurossensoriais e neuromotoras, representadas pela paralisia cerebral, deficiências auditiva e visual, afectam sobretudo as crianças mais imaturas, que nascem com menos de 26 semanas de idade gestacional.

O atraso no desenvolvimento cognitivo é a perturbação mais comum nos primeiros anos de vida. Na idade escolar predominam os problemas comportamentais e de aprendizagem.

A partir da adolescência, as perturbações do neurodesenvolvimento tendem a atenuar-se, permitindo uma boa integração social na vida adulta.

O meio sócio-económico, cultural e familiar tem grande influência no crescimento e desenvolvimento do ex-prematuro.

O prematuro pode levar uma vida normal, mas necessita de ter um programa de seguimento multidisciplinar para rastreio e intervenção precoce, bem como para apoiar e orientar as famílias de forma a maximizar o crescimento e o desenvolvimento até à vida adulta.

DESENVOLVIMENTO DO PREMATURO SINAIS DE ALARME

Os recém-nascidos prematuros são fetos que se desenvolvem no meio extra-uterino. Neste período o seu cérebro e outros órgãos estão a crescer a uma velocidade maior que em qualquer outro período da vida. Para se desenvolverem adequadamente, necessitam do útero materno, do corpo dos pais, da família e do grupo social. Contudo, ao nascerem prematuros, são retirados de todos estes ambientes e colocados num ambiente médico, altamente tecnológico que, apesar de necessário para a sua sobrevivência, é de elevado risco para vários órgãos, nomeadamente o pulmão, o intestino, os olhos, os ouvidos e o cérebro.

Nascer prematuro implica algumas vezes a existência de doenças específicas. Estas são, nalguns casos, detectadas ainda durante o internamento, como a hemorragia cerebral, a leucomalácia periventricular (pequenos quistos no parênquima cerebral), a retinopatia e a displasia broncopulmonar.

Algumas destas situações têm repercussões sobre o crescimento e desenvolvimento de diferentes órgãos. Estas ocorrem sobretudo em bebés com idade gestacional inferior a 32 semanas. O peso também é importante e os bebés de extremo baixo peso ao nascer (abaixo dos 1000 g) têm um risco aumentado de doença.

A vigilância do crescimento é muito importante, pois uma alimentação adequada deve permitir um aumento regular do peso, comprimento e perímetro cefálico. A alimentação e o aporte calórico adaptados às necessidades específicas destes bebés condicionam não só o crescimento mas também o desenvolvimento cerebral. Contudo uma recuperação demasiado rápida poderá ser prejudicial no caso da displasia broncopulmonar e ser precursora de obesidade e doenças cardiovasculares na idade adulta.

A par das alterações dos diferentes órgãos e sistemas, persistem talvez como mais importantes sequelas da prematuridade, as alterações do neurodesenvolvimento. As sequelas mais conhecidas e temidas são a paralisia cerebral, os défices visuais e os défices auditivos.

As aquisições do neurodesenvolvimento, como sorrir, galrear, gatinhar, andar e falar, ocorre, nas crianças que nasceram prematuras, de acordo com a idade corrigida (idade que estas crianças teriam se nascessem de uma gravidez de termo, de 40 semanas), devendo a sua avaliação ser feita desse modo até aos 2-3 anos.

Consideram-se sinais de alarme para problemas do desenvolvimento:

- *Alterações do tónus* (força dos músculos e articulações)

Estas são frequentes nestes bebés e, muitas vezes, transitórias. Contudo, a hipertonía mantida, como a hiperextensão da cabeça por hipertonía axial, ou o abrir e puxar para trás os braços por hipertonía a nível dos ombros, ou o ficar com as pernas demasiado esticadas, parecendo que o bebé já quer ficar de pé antes dos 6 meses, pode indicar uma situação patológica. O Pediatra que segue a criança na consulta de Desenvolvimento dará indicações sobre o correcto posicionamento da criança e eventual recurso ao tratamento por Fisioterapia nos casos em que estas alterações são mais graves ou persistentes.

- *Assimetria dos movimentos*

Os movimentos dos membros devem ser simétricos e nos primeiros meses as crianças não devem mostrar preferência pela utilização de um dos membros. A utilização preferencial de uma mão para agarrar os objectos, ou mover mais activamente uma das pernas pode ser sinal de lesão cerebral e pode necessitar de tratamento especial de Fisioterapia.

- *Problemas de visão*

A existência de falta de contacto visual ou de um desvio mantido dos olhos, pode ser a manifestação de diminuição da acuidade visual ou de estrabismo e, mais tarde, o aproximar demasiado os objectos da face, pode ser sinal de diminuição da visão.

- *Problemas de audição*

A reacção aos sons pode ser notada desde os primeiros meses, em que o bebé reage à voz dos pais quando estes procuram acalmá-lo. Se o bebé não reage dessa forma, não parecendo interessar-se por estes sons, há que programar com urgência um rastreio auditivo, obrigatório para estas crianças antes dos 6 meses.

- *Perturbações da linguagem*

As crianças prematuras têm um maior risco de desenvolver problemas da linguagem, sobretudo expressiva. Assim, se a criança não atinge as etapas do desenvolvimento linguístico nas idades apropriadas (dizer 10 palavras ou sons com significado aos 18 meses, juntar 2 palavras aos 24 meses, fazer frases de 3 palavras aos 36 meses) ou se houver erros de articulação importantes depois dos 5 anos, deve ser efectuada uma reavaliação da audição, uma avaliação global do desenvolvimento a fim de se verificar se a perturbação da linguagem surge de forma isolada e uma avaliação específica da linguagem. Pode haver necessidade de terapia da fala.

- *Perturbação global do desenvolvimento (défice cognitivo)*

Neste caso, as crianças não adquirem as competências nas diversas áreas do desenvolvimento nas idades esperadas. Por exemplo, a falta de interesse pelos objectos e a má coordenação entre a visão e a manipulação podem estar na base de uma má percepção do espaço e exigir uma intervenção a esse nível.

- *Dificuldades escolares*

As dificuldades escolares também são mais frequentes nas crianças que foram prematuras. Podem surgir perturbações específicas da aprendizagem, como a dislexia ou a discalculia, ou perturbações comportamentais que vão comprometer o desempenho escolar, como por exemplo a perturbação de défice de atenção, associada ou não à hiperactividade. A dislexia surge muitas vezes associada a uma perturbação da linguagem, constituindo esta última, um sinal de alarme para a dislexia. A perturbação de défice de atenção exige uma intervenção terapêutica comportamental e, por vezes, medicamentosa.

Durante o internamento, na maioria das Unidades Neonatais, existem programas de estimulação de acordo com a necessidade do recém-nascido prematuro e da sua família, com a ajuda de diferentes profissionais, de modo a otimizar o seu desenvolvimento. Após a alta mantém-se a necessidade de um acompanhamento adequado destas crianças até à idade escolar e mesmo até à idade adulta de modo a intervir atempadamente, no sentido de minimizar os eventuais défices.

A avaliação multidisciplinar contínua desta população é importante. Para além dos serviços hospitalares, são, por vezes, necessários outros serviços, nomeadamente da educação, de modo a contribuir para que estas crianças que nasceram “antecipadamente” possam ter um crescimento e desenvolvimento semelhante ao dos seus pares

OS GÊMEOS E OUTROS MÚLTIPLOS

A gestação múltipla foi tradicionalmente quase sinónimo de bigemelaridade. A redução da fecundidade e da natalidade, na segunda metade do século XX, acompanhou-se de maternidade mais tardia e do desenvolvimento das técnicas de reprodução assistida, condicionando quer o aumento do número absoluto e relativo de gestações múltiplas, quer da magnitude individual da multigemelaridade (quádrupla, quántupla ou superior), com problemas desconhecidos até então. Na viragem para o século XXI a profunda reflexão sobre o problema das gestações múltiplas de alto grau e a sua prevenção, permitiu controlar a morbilidade e a mortalidade inerentes e elaborar novos protocolos.

A chegada dos gémeos ao núcleo familiar acarreta alterações estruturais importantes da dinâmica e organização familiares que podem prejudicar um ou mais dos seus membros. Se os pais tiverem acesso a informação útil, terão maior capacidade de antecipar dificuldades, o que poderá facilitar o processo de adaptação à nova situação.

A gestação múltipla espontânea deve-se ou à fertilização e implantação de mais do que um óvulo libertado no mesmo ciclo ovulatório ou à duplicação do embrião resultante da fertilização de um único óvulo. Do primeiro processo, resultam gémeos dizigóticos (ou polizigóticos; os “gémeos diferentes”); do segundo, gémeos monozigóticos (“gémeos idênticos”). As gestações múltiplas induzidas (ou iatrogénicas) correspondem à implantação simultânea de mais do que um embrião, resultantes da fertilização de mais do que um óvulo, qualquer que seja o método de fertilização assistida utilizado. É possível que ocorra a separação espontânea de embriões após a sua implantação artificial, mas é uma ocorrência muito rara.



Os gémeos polizigóticos possuem por regra placentas independentes, pois cada embrião implanta-se separadamente no útero. São gémeos pluricoriónicos. Os gémeos monozigóticos podem partilhar uma única placenta (gémeos monocoriónicos) ou possuir placentas individuais (gémeos policoriónicos), o mesmo acontecendo com os sacos amnióticos, conforme o momento da separação dos dois embriões duplicados. Por isso, a multicorionicidade (particularmente a bicorionicidade) não é garantia de polizigotia.

Embora todas as gestações múltiplas sejam potencialmente de maior risco do que as gestações únicas, as gestações gemelares monozigóticas, particularmente as monocoriônicas, são as que envolvem maior risco. **A partilha da placenta** nas gestações monocoriônicas é um dos principais condicionantes de risco acrescido para os fetos.

O maior dos riscos é a **transfusão feto-fetal**: um dos gémeos recebe mais sangue da placenta do que o outro, devido a desequilíbrio nas comunicações entre os vasos da placenta. Esta complicação parece ocorrer em 5 a 25% das gestações bigemelares monocoriônicas (particularmente nas biamnióticas), em qualquer altura da gestação. O risco de morte na transfusão feto-fetal grave pode chegar a 80%.

A **morte fetal de um dos gémeos** é um fenómeno frequente. Gémeos monoamnióticos (1% das gestações gemelares) têm o maior risco de morte fetal (50-60%), devido principalmente ao risco dos cordões se entrelaçarem e sofrerem compressão. Fenómenos de transfusão feto-fetal graves incrementam o risco de morte fetal do gémeo dador mas potencialmente também, num segundo tempo, do receptor. A morte de um dos gémeos desencadeia processos biológicos que afectam o gémeo com o qual partilha a circulação placentar, podendo provocar lesões, particularmente nos órgãos de maior fluxo sanguíneo e circulação terminal, como o sistema nervoso central. Este risco é tanto maior quanto mais tarde ocorrer a morte fetal. Tanto nas gestações mono como nas policoriônicas, a morte de um dos gémeos aumenta a probabilidade de se desencadear prematuramente o trabalho de parto.

A **prematuridade** é outro risco das gestações múltiplas, sendo hoje em dia de grande importância, devido ao aparecimento de maior número de gestações com riscos acrescidos. A idade média de termo espontâneo das gestações bigemelares naturais é às 35 a 37 semanas, sendo de 33 semanas nas gestações trigemelares. A evidência parece demonstrar que não são os fetos, mas sim a gestação que atinge mais cedo o seu termo, provavelmente por causas mecânicas.

A multigemelaridade iatrogénica de elevado grau acompanha-se de uma diminuição desproporcionada do tempo de gestação viável, ocorrendo o parto tanto mais cedo quanto maior o número de fetos. O aumento do número de fetos (e suas placentas) aumenta o risco de complicações grávidicas graves (diabetes, hipertensão, eclâmpsia, síndrome de HELLP, descolamento da placenta, etc.), levando à interrupção médica por causa materna, fetal ou combinada. A fecundação assistida é mais frequente em mulheres de idade mais avançada, as quais possuem por si só um maior risco de patologias grávidicas. As complicações descritas nas gestações monocoriônicas podem provocar precocemente o desencadear espontâneo do parto ou a sua interrupção médica, para salvar um ou todos os gémeos.

As gestações múltiplas apresentam também um risco acrescido de **anomalias congénitas**, cromossômicas e genéticas, ou secundárias a perturbações vasculares ou mecânicas. O aumento do risco de anomalias congénitas é particularmente evidente nas gestações múltiplas monozigóticas, sendo pouco significativo na multigemelaridade dizigótica. Algumas anomalias condicionam problemas clínicos graves, podendo por em risco a vida fetal; por outro lado, a necessidade da correcção precoce pós-natal da anomalia de um dos gémeos leva à interrupção da gestação, podendo o gémeo sem anomalia sofrer as consequências da prematuridade provocada.

A iminência do parto prematuro de uma gestação múltipla pode pressupor um problema para as unidades neonatais, pois exige frequentemente a disponibilidade de um número de vagas de ventilação igual ao de gémeos. Mesmo no caso de cesarianas programadas, nem sempre é possível garantir a prestação de cuidados na instituição na qual ocorre o nascimento, sendo necessária a transferência pós-natal para outra UCIN.

A “Declaração dos Direitos e Necessidades dos Gémeos e Múltiplos de Elevado Grau” (1995) refere explicitamente, o direito ao conhecimento exacto da corionicidade e **determinação da zigotia** dos gémeos do mesmo sexo. As suas vantagens são: (1) determinar os riscos fetais e pós-natais associados à monozigotia e à dizigotia, (2) conhecer riscos tardios de doenças genéticas, (3) informar quando se trata de gémeos “idênticos”, (4) saber se os gémeos serão potenciais dadores mútuos de órgãos compatíveis, (5) determinar o risco de recorrência de gestação múltipla e (6) poder obter dados para estudos de gémeos.

O método mais fácil e barato de determinar a zigotia é verificar o sexo: gémeos de sexos diferentes, não são monozigóticos; gémeos do mesmo sexo, podem ser, ou não, monozigóticos. No período pós-natal, a determinação dos grupos sanguíneos de ambos os recém-nascidos é um método fácil, rápido e barato: grupos diferentes dão certeza de heterozigotia, mas grupos iguais não dão qualquer certeza. O estudo genético, através da análise de séries estabelecidas de genes, permite a determinação com elevada certeza, nos casos mais difíceis.

Depois do parto, podem ocorrer **situações difíceis** para os pais: um dos gémeos pode ter uma anomalia congénita e o outro não; um dos gémeos pode apresentar situação clínica que necessite de internamento em UCIN enquanto que o outro se mantém junto da mãe; um dos gémeos ter alta e o outro permanecer internado mais algum tempo. Quando um dos gémeos morre e o outro sobrevive, os pais ficam divididos entre a alegria do nascimento de um filho e a perda de outro. Também para os profissionais de saúde esta situação é difícil. É importante não subestimar a dor parental e criar oportunidades para conversar sobre a criança que morreu, sempre que os pais assim o desejem.

No **desenvolvimento** pós-natal dos gémeos é importante acompanhar as potenciais consequências das doenças associadas à monocorionicidade, à prematuridade e às anomalias congénitas. A ecografia cerebral é recomendada em gémeos monocoriónicos, particularmente naqueles em que ocorreram incidentes, como transfusão feto-fetal grave ou morte fetal. Deve ser dada atenção especial a sinais de paralisia cerebral e outras perturbações do desenvolvimento psicomotor, cuja incidência se verifica ser maior.

A relação entre os gémeos, que começa com a partilha e a intimidade do útero materno, continua no companheirismo e cumplicidade de crianças que crescem juntas, no apoio e na cooperação. A longevidade desta relação, ao longo da vida, tem vantagens que apenas os gémeos conhecem e usufruem.

A família deve **preparar a chegada dos gémeos**, não só adquirindo roupa e outros equipamentos, mas também procurando obter apoio adicional para as tarefas domésticas. Pode fazê-lo recorrendo a ajuda de familiares que se disponibilizam para ajudar ou contratando serviços especializados, ou, mesmo, recorrendo a instituições de solidariedade social.

OS IRMÃOS MAIS VELHOS

Um nascimento prematuro afecta, não só o casal, que tinha idealizado um «bebé perfeito», gordinho, robusto e saudável, mas também os outros membros da família, nomeadamente os irmãos mais velhos.

Subitamente são informados que o bebé já nasceu, mas que é muito pequeno e frágil, e por isso tem de ficar na incubadora para receber «tratamentos especiais» que o irmão ajudar a ficar «mais forte» e a recuperar.

Consoante a idade, os irmãos poderão não compreender porque razão o bebé, que estava na barriga da mãe, nasceu tão depressa e não pode ir para casa, conforme estavam à espera.

Podem também sentir uma sensação de «abandono», de receio de serem menos amados pelos pais, que nesse momento estão mais centrados no bebé prematuro, ficando mais ausentes de casa durante o período em que permanecem na Unidade de Neonatologia.

Quando o bebé estiver clinicamente mais estabilizado, uma boa forma de minimizar estes sentimentos e estabelecer o contacto e interligação entre os irmãos é incentivar as visitas à Unidade.

É aconselhável levar fotografias do recém-nascido para casa, sugerir aos filhos mais velhos que façam desenhos para levar ao bebé, tirar-lhes também fotografias e colocá-las na incubadora, para quando vierem visitar o irmão à unidade o poderem identificar mais facilmente.

É importante reforçar o seu amor por eles e realçar a união familiar, para que, em conjunto possam ultrapassar as dificuldades inerentes a esta fase.

Os pais devem tentar explicar-lhes, por palavras simples, as suas preocupações e receios e incentivar os filhos mais velhos a expressar os sentimentos, dúvidas e frustrações, pois isso ajudá-los-á a superar este período e a serem, quando crescerem, pessoas mais fortes e compreensivas.

Quando os pais se sentirem mais angustiados, confusos, preocupados com a situação clínica do bebé prematuro, é importante que procurem ajuda, quer junto da equipa da Unidade Neonatal (médicos, enfermeiros, psicólogos), quer com outros grupos de apoio (pais de ex-prematuros) que, por terem vivido uma experiência semelhante, os compreenderão, apoiarão e confortá-los-ão ao darem o seu testemunho pessoal que, decerto, os ajudará a ultrapassarem melhor esta fase difícil que estão a atravessar.

Quando o bebé tem alta é fundamental preparar previamente os outros filhos da chegada do membro mais novo da família. Explicar-lhes que o bebé está melhor, mais crescido, que já pode sair da Unidade e vai poder juntar-se à família.

Os pais deverão estar preparados para que os filhos mais velhos possam ter uma conduta regressiva e mais imatura (querer outra vez a chupeta ou o biberão, usar novamente fraldas,

etc), podendo denunciar um comportamento mais irrequieto, demonstrando medo, raiva, ciúme ou ressentimento, na ânsia de chamar a atenção sobre si, como modo de expressar a sua necessidade de atenção e carinho.

Nesta fase, os pais deverão ser mais tolerantes, pois com o passar do tempo eles voltarão a sentir-se seguros e a ter um comportamento adequado à sua idade.

Com a vinda do bebê para casa, os pais estarão mais disponíveis e poderão permitir que os irmãos mais velhos colaborem nos cuidados prestados ao bebê (sempre que for possível e com a vigilância necessária), como seja pegar-lhe ao colo ou ajudar a mudar a fralda.

Sempre que possível, os pais devem procurar ter ajuda em casa, contando com a participação dos avós ou de outro familiar ou amigo, para assim poderem dar maior atenção aos outros filhos.

Os pais devem aproveitar o tempo em que o bebê está a dormir para dar atenção aos outros filhos, jogar com eles, ler-lhes uma história ao deitar, ir buscá-los ao infantário / escola, participar nas suas brincadeiras, o que requer tempo e paciência.

Este esforço conjunto será, no futuro, recompensado com uma relação familiar mais forte e coesa.

NOTAS ANTES DA ALTA

O nascimento de um recém-nascido prematuro é motivo de grande ansiedade e preocupação para os Pais, que devem receber uma informação constante sobre a evolução clínica do estado do seu filho.

Os Pais devem ser envolvidos, pouco a pouco, nos cuidados a prestar ao bebé, de forma a sentirem-se parte integrante no processo de tratamento e recuperação.

Adquirem conhecimentos e experiência em áreas tão importantes como a alimentação, o sono e o repouso, os cuidados de higiene, entre outros, que aumentam a confiança e a capacidade de assumir toda a responsabilidade no domicílio.

O plano de alta do recém-nascido deve ser estabelecido precocemente, desde que esteja estável e em fase de recuperação.

A abordagem e orientação do recém-nascido prematuro é multidisciplinar e deve incluir:

- Pais ou cuidadores do recém-nascido
- Neonatologista
- Enfermeira
- Médico dos Cuidados de Saúde Primários
- Assistente Social
- Pediatra do Desenvolvimento
- Fisiatra (Medicina Física e reabilitação)
- Oftalmologista
- Otorrinolaringologista

....

O ambiente familiar e a situação sócio-económica são avaliados. Quando necessário é solicitado a colaboração do Serviço de Assistência Social.

O recém-nascido deve estar bem, alimentar-se adequadamente, com boa sucção deglutição e respiração e deve ter um aumento sustentado de peso. A temperatura corporal do bebé deve ser normal, vestido, num berço aberto e num ambiente de 24-25°C. A função cardio-respiratória deve ser estável.

É feito o rastreio metabólico (fenilcetonúria e hipotiroidismo congénito), o rastreio da retinopatia da prematuridade e o rastreio auditivo.

É observado pelo Pediatra do Desenvolvimento e pelo médico de Medicina Física e Reabilitação que orientam, posteriormente, o recém-nascido para as consultas de seguimento.

Efectua as imunizações do Plano Nacional de Vacinação de acordo com a idade cronológica, após contacto com o médico responsável dos Cuidados de Saúde Primários.

Inicia a profilaxia das infecções respiratórias a vírus sincicial respiratório, no início da época, com Palivizumab, quando indicado. As administrações posteriores são efectuadas mensalmente.

A orientação nutricional do recém-nascido (alimentação, vitaminas) é explicada e partilhada com os Pais.

O recém-nascido é colocado na cadeira de transporte 30 minutos antes da alta, para avaliação da função cardio-respiratória.

É importante avaliar antes da alta os conhecimentos adquiridos pelos Pais/cuidadores nos cuidados ao recém-nascido, como: alimentação, higiene, detecção de sinais e sintomas de doença, medidas preventivas de Síndrome de Morte Súbita do Lactente, transporte seguro do recém-nascido, etc.

Na alta do recém-nascido os Pais recebem o Boletim de Saúde Infantil e Juvenil (BSIJ), devidamente preenchido, e uma cópia da informação clínica, com indicação dos problemas médicos não resolvidos e consultas de seguimento no ambulatório. O BISJ deve acompanhar sempre o recém-nascido nas consultas de seguimento ou no Serviço de Urgência.

A mesma informação é fornecida ao médico assistente e/ou médico dos Cuidados de Saúde Primários.

Também é dada uma carta de enfermagem destinada à equipa de enfermagem do Centro de Saúde da área de residência.

O CHORO DO BEBÉ

Durante algumas semanas, ou mesmo alguns meses, o bebé prematuro permaneceu na Unidade de Neonatologia, até estar apto a alimentar-se por tetina, a controlar a temperatura, a não «se esquecer» de respirar,... enfim, o tempo necessário para recuperar de um nascimento precoce.

Mas, finalmente chegou o dia tão esperado pelos pais – o dia da alta.

Em casa, vão começar uma nova etapa juntos. Para os jovens pais, sobretudo quando se trata do primeiro filho, e mais sendo prematuro, a chegada do bebé a casa é um misto de felicidade, mas também de dúvidas e anseios.

No momento da alta, a maioria dos bebés prematuros têm uma idade inferior à que teriam se tivessem nascido de termo.

Inicialmente pode ser difícil compreender os padrões de comportamento do bebé, o que pode causar frustração e stress aos pais.

As dúvidas aparecem...

«Será que sou capaz de cuidar do meu bebé?»

«Como vou perceber aquilo de que ele necessita?»

«Porque está a chorar? O que terá?»

«Porque não consigo consolá-lo?»

Contudo, à medida que vão passando as semanas, irá haver maior maturidade e desenvolvimento do sistema nervoso central e as suas respostas serão mais adequadas e previsíveis.

O choro é a linguagem universal dos bebés e é através dele que exprimem as suas necessidades. É a forma mais precoce de comunicação.

Nos primeiros meses de vida, o choro, o tónus muscular, o olhar, o movimento corporal, tudo é linguagem. É deste modo que o bebé expõe, à sua maneira, as suas necessidades, sentimentos e sensações.

À medida que o tempo passa, o bebé irá melhorar a sua capacidade de comunicar e os pais aprenderão a interpretar e descodificar o significado de certos sinais.

Todos os bebés choram. Inicialmente o bebé prematuro chora pouco, por períodos de curta duração, sendo facilmente consolável, ao ser acariciado ou quando lhe é oferecida a chupeta.

À medida que se aproxima a altura prevista do parto (38 – 40 semanas de idade corrigida) o choro torna-se mais frequente, sendo um bom sinal de desenvolvimento normal da criança.

Alguns prematuros, sobretudo os que nasceram com menos semanas de gestação, podem estar agitados e chorar durante cerca de 6 horas por dia, com um pico máximo aos 3 – 4 meses de idade corrigida.

Ao ficarem mais maduros, tranquilizam-se mais facilmente, choram menos, os períodos de sono tornam-se mais regulares e o bebé «aprende» a acalmar-se e a autoconsolar-se.

O choro persistente ocorre em cerca de 20% dos bebés, contudo, menos de 5% tem uma causa orgânica que justifique o choro.

O recém-nascido humano é completamente dependente dos cuidados maternos. A mãe, ao contrário dos outros prestadores de cuidados, está biologicamente programada para atender e responder ao choro do seu filho. Ao ouvir o bebé chorar ocorrem transformações neuro-hormonais que a preparam física e psicologicamente, ajudando-a a suportar o stress e o cansaço, fortificando assim a relação de afecto entre a díade mãe-filho.

Decifrar o choro é um desafio que mistura intuição, conhecimento, percepção e aprendizagem por parte dos pais. Com o passar do tempo, os pais vão descobrindo e aprendendo que o seu bebé chora de diferentes modos, tons e sonoridades, consoante aquilo que nos quer transmitir.

Podemos destacar como causas do choro:

→ **Causas físicas:**

- Fome;
- Estar sujo ou molhado;
- Roupa desconfortável;
- Frio ou calor excessivo;
- Sono;
- Fadiga;
- Excesso de estímulos;
- Dificuldade em estabelecer auto-controlo.

→ **Causas emocionais:**

- Exigir a presença dos pais;
- Insegurança;
- Falta de atenção;
- Pedido de consolo / Mimo.

→ **Causas patológicas:**

- Dor;
- Síndrome de privação (mãe consumidora de drogas);
- «Cólicas» / Dificuldade nas dejectões;

- Apresenta concomitantemente sinais de doença:
 - Febre / Hipotermia;
 - Gemido;
 - Prostração / Irritabilidade;
 - Alteração da coloração (palidez, cianose, pele marmoreada)
 - Dificuldade / Recusa alimentar:
 - Vômitos / Diarreia;
 - Dificuldade respiratória.

Quando as causas físicas foram verificadas e o choro persiste, podemos pensar em causas de desconforto emocional. Na maioria das vezes o choro acalma e cede quando confortamos o bebé.

Se o choro mesmo assim persistir, mais tempo do que é habitual e se tornar incontrolável, apesar das medidas de conforto que habitualmente lhe prestamos, ou se for acompanhado de sinais clínicos de doença, a criança deverá ser de imediato orientada para o médico assistente / urgência hospitalar, para despiste de causas médicas ou cirúrgicas que sejam causadoras do choro.

Apesar de todo o esforço para os entender e consolar, há «bebés difíceis». A família, sobretudo os pais, ficam cansados e por vezes desesperados. Estabelece-se assim um ciclo vicioso entre o choro persistente da criança e a ansiedade, o cansaço e o desespero dos pais. Nalgumas situações os pais necessitam de apoio para poderem ultrapassar esta fase.

Assim, **é recomendável:**

- Mobilizar o apoio de familiares e amigos;
- Fazer «turnos»;
- Tentar descontrair;
- Descansar pelo menos uma vez por dia enquanto o bebé está a dormir;
- Ter ajuda nas tarefas domésticas;
- Despistar sinais de depressão materna;
- Falar com outros pais com problemas semelhantes;
- Procurar apoio em «linhas de ajuda» / técnicos de saúde.

Qual a atitude mais correcta a ter quando o bebé chora?

Atendê-lo de imediato? Ou deixá-lo chorar?

- Responder ao apelo com tranquilidade, sem ansiedade nem angústia
- Satisfazer as suas necessidades físicas
- Pegar ao colo, aconchegar, embalar

- Falar calmamente, acariciar, massajar
- Oferecer o peito / Chupeta como pacificador
- Criar e respeitar as rotinas do bebé.

É importante responder ao apelo do choro com uma resposta pronta, mas comedida por parte dos pais. Assim, o bebé sente que o seu pedido de ajuda foi compreendido e mereceu uma resposta. Isto irá contribuir para a sua auto-estima, proporcionando-lhe assim mais segurança e tranquilidade.

À medida que o bebé cresce, entre as 3 e as 12 semanas de idade corrigida, é habitual surgirem períodos de choro persistente. Ocorrem subitamente como episódios de choro agudo e persistente, sem causa identificável, com duração superior a 3 horas por dia, mais de 3 dias por semana e mais de 3 meses, em crianças saudáveis. Estes episódios acompanham-se de congestão facial, movimentos de flexão dos membros inferiores e agitação motora.

É uma situação transitória que surge em lactentes com um exame físico e desenvolvimento normais. No passado atribuíam-se estes episódios às «cólicas», hoje pensa-se que possam ter uma etiologia multifactorial (aerofagia, imaturidade gastro-intestinal, intolerância às proteínas do leite de vaca, refluxo gastro-esofágico, tensão emocional, alterações do mecanismo de auto-regulação).

Com o passar dos meses, o lactente tem agora maior capacidade de resolver sozinho os seus «problemas». Nesta fase é recomendável que os prestadores de cuidados não respondam ao choro de imediato, aguardem um pouco para verificar o modo como a criança lida com a frustração, ajudando-a assim, a conhecer-se e a autocontrolar-se.

O choro, agora menos frequente, continua a ser apelativo, exigente e por vezes manipulador.

A criança aprendeu que pode comunicar de outros modos que não só pelo choro. Estes meses deram tempo a que pais e filhos tivessem oportunidade de aprender a comunicar e a conhecerem-se mutuamente.

As mensagens do bebé são agora mais claras e melhor compreendidas por uns pais mais experientes e mais auto-confiantes..

TRANSPORTE DO RECÉM-NASCIDO NO AUTOMÓVEL

As crianças são seres humanos delicados, que confiam em nós para que cuidemos delas com toda a segurança. E nós adultos, será que correspondemos a essa confiança? Até que ponto é que as protegemos devidamente quando as transportamos de carro?

Os acidentes rodoviários são a principal causa de morte e incapacidade temporária ou definitiva em crianças e jovens, em Portugal. A criança deve ser sempre transportada no automóvel com um sistema de retenção (cadeiras) adequado ao peso e à idade da criança.

A primeira viagem do recém-nascido em automóvel deve ser segura, motivo pelo qual é fundamental sair da maternidade já numa cadeira apropriada.

Independentemente da segurança é obrigatório por lei proceder a estes cuidados de transporte como definido no código da estrada vigente em Portugal (Artigo 55º):

- 1 - As crianças com menos de 12 anos de idade e menos de 150 cm de altura, transportadas em automóveis equipados com cintos de segurança, devem ser seguras por sistema de retenção homologado e adaptado ao seu tamanho e peso.*
- 2 - O transporte das crianças referidas no número anterior deve ser efectuado no banco da retaguarda, salvo nas seguintes situações:*
 - a) Se a criança tiver idade inferior a 3 anos e o transporte se fizer utilizando sistema de retenção virado para a retaguarda, não podendo, neste caso, estar activada a almofada de ar frontal no lugar do passageiro;*
 - b) Se a criança tiver idade igual ou superior a 3 anos e o automóvel não dispuser de cintos de segurança no banco da retaguarda, ou não dispuser deste banco.*
- 3 - Nos automóveis que não estejam equipados com cintos de segurança é proibido o transporte de crianças de idade inferior a 3 anos.*
- 4 - Nos automóveis destinados ao transporte público de passageiros podem ser transportadas crianças sem observância do disposto nos números anteriores, desde que não o sejam nos bancos da frente.*
- 5 - Quem infringir o disposto nos números anteriores é sancionado com coima de € 120 a € 600 por cada criança transportada indevidamente.*

Quando escolhemos o sistema de retenção (SR/cadeira/cadeirinha) devemos ter presente vários critérios de decisão:

1º - Possuir a etiqueta “E”. Esta dá-nos a certeza que cumpre os critérios de segurança para o transporte da criança. Na etiqueta **E** poderemos ver várias inscrições que fornecem informações importantes (Fig.1)

- a) - Categoria a que pertence a cadeira - devemos escolher a Universal pois significa que poderá ser usada em todos os veículos.
- b) - Grupo de peso – Esta informação é muito importante pois é o dado mais adequado para a escolha da cadeira ao longo do crescimento da criança (Ver Quadro I)
- c) - “**E**” seguido de um número. Este número identifica o país de origem da cadeira.

d) - Número de aprovação – É o número de aprovação da cadeira e que deverá começar com 03, pois significa que este SR foi submetido às normas internacionais mais recentes, que presentemente é o R 44/03 da ECE/ONU.

2º - A cadeira deve ser experimentada no automóvel para termos a certeza que o comprimento dos cintos é adequado.

3º - A cadeira deve ser leve e de fácil instalação e transporte.

Quadro I

GRUPO	PESO	Idade	Posição da Cadeira	Lugar no automóvel
0	Até 10 kg	Até 1 ano	VT	BT ou BF*
0+	=<13 kg	Até 18-24 meses	VT	BT ou BF*
I	9-18 kg		VT ou VF	
II	15-25		VF	BT
III	22-36		VF	BT
0+/I	Até 18 kg		VT ou VF	BF ou BT
VT- Voltada para trás BF – Banco da frente (* se não tiver <i>airbag</i>) VF- Voltada para a frente BT – Banco de trás				

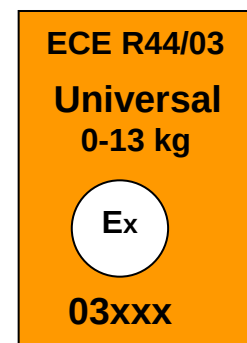


Figura 1

TRANSPORTE DO RECÉM-NASCIDO

Existem dois grupos de cadeiras que podem ser usados desde o nascimento.

1- No primeiro grupo incluem-se:

- a - Cadeiras **0** - Até aos 10 kg (0 aos 9 meses)
- b - Cadeiras **0+** - Até aos 13 kg (0 -18 meses).
- c - Alcofas – até 10 kg

2- No Segundo grupo incluem-se:

- a - Cadeiras Grupo 0/ I e 0+/I – Dos 0 meses aos 4 anos (somente as que possam ser colocadas voltadas para a retaguarda)

Cadeira Grupo 0 e 0+

Entre a cadeira 0 e 0+ aconselhamos vivamente a compra do grupo 0+ pois irá transportar o seu filho em melhores condições até mais idade.

É a cadeira indicada para o transporte do bebé desde o nascimento até cerca dos 15-18 meses (Figura 2). Esta cadeira só pode ser colocada voltada para a retaguarda (Sentido inverso ao da marcha do veículo). Deverá ser colocada no banco traseiro ou eventualmente no banco da frente (nunca colocar neste banco se o seu automóvel tiver airbag activo). Quando andar no banco da frente devem chegá-lo o mais atrás possível, ficando assim a cadeira mais afastada

do *tablier* do automóvel. Se a cadeira vai colocada no banco de trás, então devemos puxar o banco do passageiro o mais à frente possível.

Esta cadeira deverá ser colocada com o encosto num ângulo de 45°.

Os cintos da cadeira deverão sair do encosto a nível dos ombros ou ligeiramente abaixo.

Deve ter atenção com a recolocação dos cintos se retirar roupa acolchoada (o bebé fica “mais pequeno”). No dia a dia da cidade a cadeira deverá andar no lugar atrás do banco do passageiro para permitir colocar e retirar a cadeira do lado do passeio.

A criança deve andar nesta cadeira até o mais tarde possível. O momento de mudar de cadeira surge quando o topo da cabeça do bebé ultrapassa o topo do encosto da cadeira (Figura. 3).

Alcofa

A alcofa deve ser rígida e ter igualmente a etiqueta E. A alcofa é presa com os cintos do automóvel no banco traseiro e deverá ter arnês para “prender” o bebé, impedindo a sua projecção em caso de acidente. A criança deverá ser colocada na alcofa com a cabeça para o interior do veículo.

Este sistema de retenção é pesado e de difícil transporte, quando comparado com a cadeira do grupo 0+.

O recém-nascido vai deitado em decúbito dorsal. A alcofa ocupa no mínimo 2/3 do banco traseiro.

A alcofa está indicada em algumas situações nomeadamente nos casos de recém nascidos com hipotonia severa, problemas respiratórios quando está em posição semi-sentada, cirurgia recente à coluna, aparelhos que impeçam a colocação do cinto da cadeira, colar cervical ou outros devidamente avaliados pelo pessoal de saúde com conhecimentos para tal.

Em resumo, só aconselhamos a alcofa para situações especiais, devendo optar sempre que possível pela cadeira do grupo 0+.

Cadeiras Grupo 0/ I e 0+/I

A maior parte das crianças fica grande de mais para a cadeira 0-13 kg antes de atingir os 13 kg, pelo que será necessário mudar para a cadeira 0 -18 kg voltada para trás.

Até aos 18 meses, estas cadeiras devem ser instaladas voltadas para trás (como as cadeirinhas do grupo 0+) no banco da frente ou de trás e, posteriormente, colocadas de frente como os outros assentos, mas neste caso somente no banco de trás. Deve evitar utilizar estas cadeiras viradas para a frente.

Nas cadeiras 0-18 kg, a criança já viaja completamente sentada, pelo que estas apesar de referidas como possíveis de transportar a criança desde o nascimento, não são adequadas para bebés com menos de 6 a 9 meses.

A criança deve viajar voltada para trás até quando?

O bebé tem o pescoço muito frágil e a cabeça grande e pesada. Por isso, se a criança estiver voltada para a frente antes dos 18 meses, o seu pescoço pode ser puxado com demasiada força mesmo num acidente a baixa velocidade ou até numa travagem brusca, podendo resultar lesões graves da espinal-medula (paralisia ou mesmo a morte).

Devemos manter esta posição até o mais tarde possível, idealmente no banco de trás e até aos 3 anos.

TRANSPORTE DE RECÉM-NASCIDOS PREMATUROS

A maioria dos sistemas de retenção homologados e existentes no mercado é desenhada a pensar nos recém-nascidos de termo e não está adaptada para o transporte de recém-nascidos prematuros (com menos de 37 semanas de gestação) ou mesmo abaixo de 2,5 kg. Para o recém-nascido ir bem “contido”, a distância entre o ponto de inserção dos cintos que passam nos ombros e o assento da cadeira não deve exceder 25 cm. A distância entre a inserção do cinto que passa entre as pernas e as costas da cadeira não deve ser superior a 13.7cm (figura 4). Se não dispuser de uma cadeira com estas características, então proceda como iremos referir abaixo.

Os bebés prematuros tem menor tónus e controlo cefálico que os bebés nascidos a termo. Durante uma colisão frontal ou pela retaguarda, travagens, e mesmo com o atrito normal da condução, a sua cabeça é mais facilmente projectada para a frente e lateralmente e daí resultar maior risco de lesão da coluna cervical. Por outro lado, quando sentados normalmente numa cadeirinha a 45º adquirirão uma posição mais flectida o que pode causar compromisso respiratório ou agravamento de refluxo gastro-esofágico.

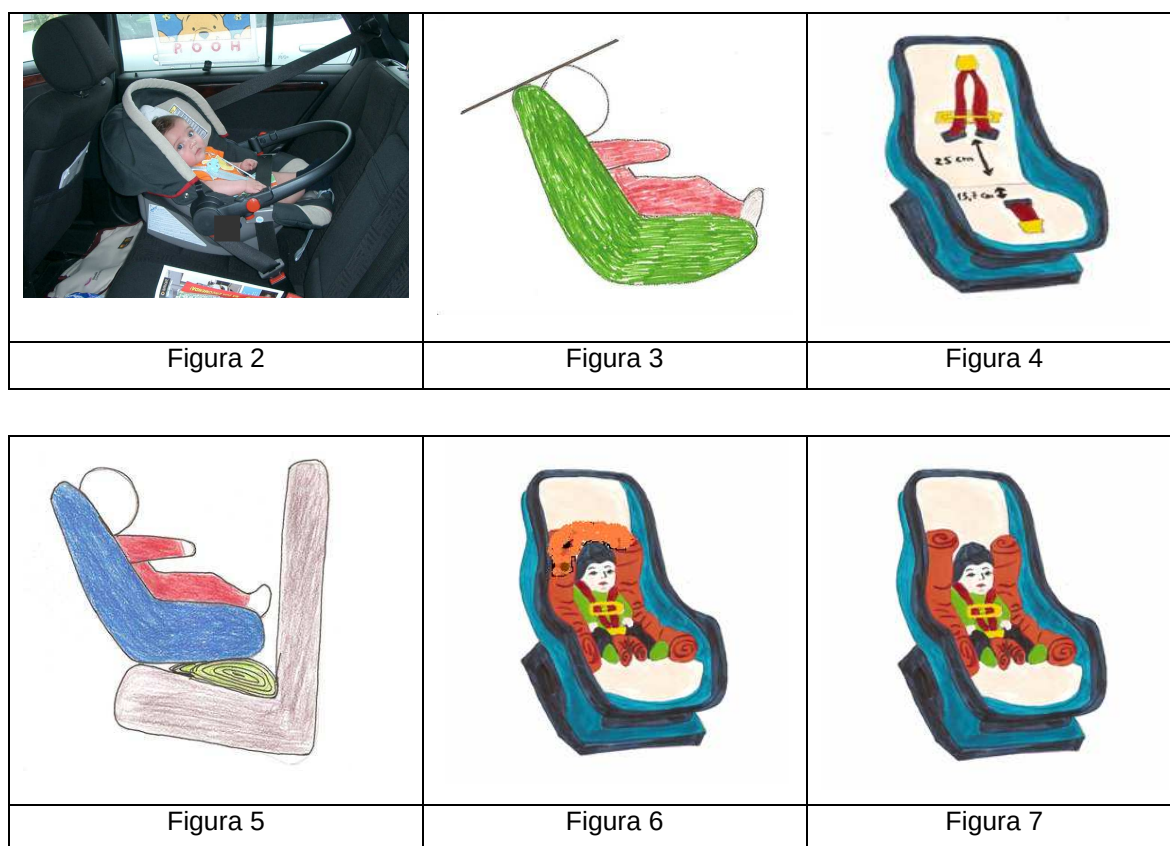
As unidades de cuidados intensivos deverão estar equipadas com cadeiras de forma a garantir aos pais o ensino correcto da sua utilização.

A Academia Americana de Pediatria recomenda a monitorização sistemática dos recém-nascidos prematuros com predisposição a apneias, alterações da frequência cardíaca e refluxo gastro-esofágico. Deve experimentar na UCIN a cadeira que o seu bebé irá usar, e conjuntamente com o apoio dos profissionais de saúde deverá ser encontrado o plano de inclinação ideal para o seu bebé. Para a maioria dos RN prematuros, o ângulo de inclinação óptimo é de cerca de 45 graus, como acontece para os não prematuros. Se o assento do banco do automóvel for muito inclinado, poderá ser necessário colocar uma toalha enrolada

debaixo da cadeira (entre o assento de carro e a parte anterior da cadeirinha) como pode ver na Figura 5.

Após ter sido seleccionado o ângulo de inclinação óptimo na cadeira, colocar protecções na cabeça e protecções laterais em ambos os lados do bebé, ou lateralmente envolvendo também a cabeça (fig.6 e Fig.7) (fraldas de pano ou uma toalha de rosto enrolada) de forma que o seu filho fique numa posição correcta (bem centrado e bem retido na cadeira). Colocar uma ou duas fraldas de pano enroladas entre as pernas do bebé que deve passar debaixo do cinto do assento da cadeira (faz um enchimento).

Não deve colocar almofadas nem outras protecções debaixo ou atrás da criança pois impedirão que esta fique bem retida no fundo e nas costas da cadeira.



Colocar os cintos dos ombros no encaixe mais baixo até que o bebé cresça. Se tiver dispositivo de ligação dos cintos superiores este deve ficar colocado na parte média do tórax e não acima do abdómen ou no pescoço do bebé (sistema amarelo na Fig.4 e 5)

Prematuros com respiração mais instável poderão necessitar de ser colocados numa alfofa homologada para automóvel, pelo menos nos dois a três primeiros meses após a alta hospitalar.

Se a criança tiver necessidade de monitorização contínua durante o transporte, o monitor deve ser colocado em local onde não se transforme em projectil em caso de acidente.

Os bebés prematuros devem ser monitorizados sentados nas cadeiras uma semana antes da alta hospitalar para garantir o plano de inclinação adequado que não afectará os seus sinais vitais. Se de todo não for possível ir efectuando esta avaliação durante uma semana, no dia de alta têm que obrigatoriamente fazer a avaliação durante 1 hora, ficando todo o registo de sinais vitais apenso ao processo clínico do bebé. Se durante esta avaliação surgir alguma alteração da frequência cardíaca, alterações respiratórias ou diminuição da saturação do oxigénio, deve ser transportado em alcofa.

As viagens longas devem ser desencorajadas no bebé prematuro enquanto este não tiver um bom controlo do pescoço.

Lembre-se:

Transportar uma criança num automóvel sem o respectivo sistema de retenção é um comportamento irresponsável que, em caso de acidente ou travagem brusca, pode ter consequências fatais. É também uma contra-ordenação grave punida por lei com coima e sanção acessória de inibição de conduzir.

AS VACINAS

Durante a gravidez há passagem de anticorpos maternos (defesas contra as infecções) da mãe para o feto. Quando as crianças nascem antes das 37 semanas estes anticorpos estão presentes em níveis mais baixos e durante um período de tempo inferior, pelo que tem todo o interesse iniciar as imunizações, o mais precocemente possível.

Assim, a Circular Normativa nº 08/DT de 21/12/2005 da Direcção Geral de Saúde determina que:

“As crianças pré-termo cuja situação clínica seja satisfatória, devem ser vacinadas de acordo com o esquema recomendado no PNV (Plano Nacional de Vacinação), **com as mesmas doses e na mesma idade cronológica que as crianças de termo**, independentemente do peso à nascença, excepto para o BCG e para a Vacina de Hepatite B (VHB).” As contra-indicações às vacinas são as mesmas dos outros latentes (*ver no final*).

Nos recém nascidos de termo as vacinas BCG e da Hepatite B são geralmente administradas nos primeiros dias. No entanto, “nas crianças nascidas com peso inferior a 2000g, a BCG deve ser adiada para quando atingirem esse peso.” O mesmo se passa com a VHB que “deve ser adiada para o mês de idade ou para quando as crianças atingirem os 2000g”.

No entanto se a mãe tiver hepatite B (**Ag HBs positivo**), os recém-nascidos devem receber imunoglobulina específica e ser vacinados com a **VHB** independentemente do tempo de gravidez e do peso de nascimento. Mas se o seu bebé tiver peso inferior a 2 000 g, deve ser seguido um esquema ligeiramente diferente com **quatro doses**, a administrar aos **0, 1** (ou 2000g), **2 e 6 meses de idade**. Deve ser feito um controlo da eficácia da vacina entre os 9 e os 15 meses de idade, para verificar o sucesso da imunoprofilaxia. Se os testes forem negativos devem repetir a vacina com **VHB**.

O Plano Nacional de Vacinação actual é:

Vacinas contra:	Idade										
	Aos 2 kg	2 meses	3 meses	4 meses	5 meses	6 meses	15 meses	18 meses	5-6 anos	10-13 anos	Toda a vida 10/10 anos
Tuberculose	BCG										
Poliomielite		VIP 1		VIP 2		VIP 3			VIP 4		
Difteria– Tétano-Tosse convulsa		DTPa 1		DTPa 2		DTPa 3		DTPa 4	DTPa 5	Td	Td
Haemophilus influenza b		Hib 1		Hib 2		Hib 3		Hib 4			
Hepatite B	VHB 1	VHB 2				VHB 3				VHB 1,2,3	
Sarampo-Parotidite epidémica-Rubéola							VASPR 1		VASPR 2		
Meningococo C			MenC 1		MenC 2		MenC 3				

Hib - Haemophilus influenzae do serótipo b; **VHB** - Hepatite b; **MenC** - Neisseria meningitidis do serogrupo C; **VIP** – Poliomielite; **BCG** – Tuberculose; **DTPa** - Difteria Tétano - Tosse convulsa; **VASPR** - Sarampo - Parotidite epidémica Rubéola; **Td** - Tétano - Difteria

Relativamente às **vacinas não incluídas no Plano Nacional de Vacinação** e disponíveis actualmente no mercado estas podem ser administradas, segundo indicação médica, nas doses e idades habituais.

Contra-indicações às vacinas

São muito **raras** as situações em que as vacinas não podem ser administradas: Reacção alérgica grave ou doença grave em que exista imuno-depressão (susceptibilidade aumentada a doenças infecciosas).

Quando o seu filho tiver uma doença grave, com ou sem febre, deve adiar a vacinação mas deve fazê-la **“logo que haja melhoria da sintomatologia”**.

Todas as situações não expressas, constituem falsas contra-indicações para a vacinação e podem levar a que o seu filho não tenha o calendário vacinal actualizado, tornando-o susceptível às doenças para as quais as vacinas o protegem.

AS INFECÇÕES NO RECÉM-NASCIDO PREMATURO

Os recém-nascidos são mais susceptíveis à infecção do que as crianças mais crescidas e a possibilidade de adquirirem uma infecção é tanto maior quanto mais pequeno é o RN.

Na generalidade pode dizer-se que há possibilidade de o RN se infectar de três modos.

Primeiro - Já nasce infectado ou fica infectado durante o nascimento. São as infecções com origem na mãe, que estava infectada mesmo sem saber e sem estar doente. Estas infecções são provocadas por bactérias que vivem normalmente no intestino dos adultos. São muito graves e alguns bebés morrem, sobretudo se já estavam doentes antes de nascerem ou se ficam doentes logo a seguir ao nascimento. Muitas vezes o bebé nasce antes de tempo porque já estava infectado – é a infecção que desencadeia o parto. Em algumas situações é possível saber com antecedência se a mãe é portadora de determinada bactéria e tentar evitar que ela passe ao RN.

Segundo - A infecção é adquirida na unidade de recém-nascidos onde o bebé está internado. Um RN de termo saudável fica junto da mãe quando nasce e ao fim de 2 dias estará em casa junto da família. Quem lhe presta todos os cuidados é a mãe e o pai o que permite que o bebé adquira as bactérias dos pais ao mesmo tempo que a mãe lhe transmite as defesas para essas bactérias através do seu leite. Pelo contrário, quando nasce pré-termo o RN é transferido para uma unidade de cuidados intensivos ou intermédios, é colocado em incubadora e é tratado por médicos e enfermeiras. Muitas vezes necessita de ser ligado a um ventilador para conseguir respirar ou tem que ser alimentado pela veia pelo que precisa de um cateter. Na maior parte dos casos precisa de muitos tratamentos. Estas condições a que o bebé é sujeito condicionam que ele não adquira as bactérias “normais” da mãe e que esteja vulnerável a adquirir infecções provocadas por bactérias do ambiente hospitalar. São situações tanto mais graves e frequentes quanto mais pré-termo e doente é o RN e são uma preocupação constante dos neonatologistas. Por isso é que todos os profissionais que tratam do RN se preocupam tanto com a lavagem das mãos – o principal veículo de transmissão de bactérias. Do mesmo modo, os pais devem sempre lavar bem as mãos antes de tratar do seu filho. Uma maneira de aumentar as defesas do RN contra este tipo de infecções é alimentá-lo com leite da própria mãe e, logo que possível, os cuidados devem ser prestados pelos pais.

Terceiro - A infecção é adquirida em casa depois do bebé ter alta. Já não é recém-nascido, mas continua muito susceptível, teve um internamento prolongado, eventualmente esteve doente e, subitamente, vai entrar em contacto com um meio que lhe é estranho. A possibilidade de adquirir uma infecção causada pelas bactérias ou vírus que provocam infecção nas crianças mais velhas é grande. Os pais devem saber como evitar situações que aumentem este risco de

infecção. Se houver irmãos que frequentam infantário devem ser ensinados a lavar as mãos e a cara quando chegam a casa antes de abraçar e beijar o irmãozinho. Pessoas constipadas não devem tratar da criança e, se possível, devem manter-se afastadas. Se forem os pais a ficar constipados devem colocar uma máscara no nariz e boca e lavar cuidadosamente as mãos antes de tratar do bebê. A não ser que o médico assistente dê instruções em contrário a criança pode sair à rua. Os passeios ao ar livre são benéficos. Pelo contrário os “passeios” no ar saturado dos centros comerciais ou locais de grande concentração de pessoas são maléficos e o risco de o bebê contrair uma doença numa dessas saídas é muito grande. Do mesmo modo, andar em transportes públicos, superlotados, é uma aventura a fazer, apenas, em caso de grande necessidade. Os vírus que provocam infecções respiratórias transmitem-se pelas gotículas de saliva que são expelidas quando as pessoas tosse e também pelas mãos.

Estas medidas são essenciais para evitar que o bebê adquira algumas das infecções mais frequentes. Outras infecções graves da infância são prevenidas pelas vacinas. Se cumprir o esquema nacional de vacinação está a proteger o seu filho de doenças muito graves que, no passado, foram responsáveis por sequelas graves ou pela morte de muitas crianças. O médico assistente do seu filho dar-lhe-á todas as indicações sobre este assunto.

A SAÚDE ORAL DO SEU BEBÉ

A Amamentação

Durante a amamentação, a criança movimenta os músculos da face favorecendo a respiração nasal e ajudando na prevenção de problemas de posicionamento incorrecto dos dentes. O bebé deve mamar em ambos os seios, desenvolvendo assim os músculos igualmente de ambos os lados da face, evitando no futuro, problemas dentários e o uso de aparelhos ortodônticos. Quando o bebé parar de mamar retire-o do peito.



O Biberão

O ideal é tentar reproduzir ao máximo a amamentação no seio, mesmo não sendo a mãe a dar o biberão. Na posição de amamentação, o bebé fica ligeiramente sentado, impedindo que o leite vá para as fossas nasais e para o canal do ouvido - causa de otites, permitindo uma adequada sucção / deglutição

A Chupeta

É muito importante oferecer a chupeta aos bebés prematuros para fortalecimento dos músculos orais o que permitirá uma adequada amamentação. Se o bebé colocar o dedo na boca, devemos imediatamente trocá-lo pela chupeta (é mais fácil tirar a chupeta que o dedo mais tarde).

Deve-se retirá-la entre os 2-3 anos de idade, porque aí o bebé já passou o período das primeiras descobertas do mundo e sente-se mais tranquilo e seguro.

A Higiene Oral

A higiene, enquanto não existem dentes, deve ser feita todos os dias, após a amamentação, com uma gaze embebida em água morna em volta do dedo e, com movimentos rotativos, limpar os lábios e a boca, passando pela gengiva e língua. Com o aparecimento dos primeiros dentes, a higiene deve ser feita com escova dental - trocar a cada três meses - que deve ser macia e ter a cabeça pequena.

Para os bebês que vomitam com muita frequência, a higienização deve ser mais rigorosa pois o risco de cárie é superior.

Hábitos que não se devem instalar

Os defeitos relativos à forma, ao tamanho ou à disposição dos dentes podem ser um problema estético mas também podem interferir com a mastigação e a fonética e levar aparecimento de cáries e problemas gengivais. Convém, portanto, detectá-los o mais cedo possível e corrigi-los antes de se ter concluído o desenvolvimento dos ossos maxilares. É frequente que um problema dentário se deva à persistência de certos maus hábitos adquiridos durante a infância.

- Evite que o bebê chupe no dedo.
- Evite que durma com as mãos sob a cabeça, deitando-o no berço sempre para o mesmo lado.
- Não deixe usar o biberão como chupeta, nem o deixe com o biberão na mão a passear pela casa.
- Evite que morda os lábios e bochechas, bem como roer as unhas
- Não deixe o bebê andar com pacotes de bolachas, rebuçados, salgadinhos, etc.

A prevenção das doenças orais não se limita exclusivamente a evitar as cáries, mas também, os problemas gengivais, musculares, faciais, de fala, ortodônticos e estéticos. Muitos dos tratamentos caros e demorados durante a adolescência poderiam ser evitados apenas com medidas preventivas na 1ª infância.

A MORTE SÚBITA DO LACTENTE - COMO A EVITAR

A ocorrência de morte súbita é rara no primeiro mês de vida, aumenta até um valor máximo entre os 2 e os 4 meses e cerca de 95% dos casos surgem antes dos 6 meses de idade. Acontece geralmente no domicílio, sendo o bebé encontrado sem vida no berço.

Em Portugal um estudo retrospectivo mostrou um aumento do número de casos de 1974 a 1990, com decréscimo a partir de 1992. Verificou-se um predomínio acentuado no lactente no sexo masculino, entre ao 1 e 4 meses, nos meses de Dezembro a Março, aos fins-de-semana, no domicílio, em períodos de sono e à noite.

A concepção actual de morte súbita do lactente é a de um acidente multifactorial, no qual vários aspectos serão considerados, entre os quais: 1) causas genéticas / constitucionais - a maturação do controlo das funções vitais (ritmo cardíaco-respiratório, sono...), maturação essa, programada geneticamente, que se efectua nos primeiros meses de vida, com importantes variações individuais; 2) causas desencadeantes - as patologias habituais desta faixa etária, numerosas e variadas, por vezes acumuladas, nomeadamente infecção, refluxo gastro-esofágico, hipertonia vagal, hipertermia; 3) causas favorecedoras ligadas ao ambiente do lactente, como sejam, condições sócio-económico-culturais deficientes, o tabagismo e a posição no berço.

As campanhas de sensibilização para colocar os lactentes em decúbito dorsal no berço resultaram numa acentuada diminuição da incidência da morte súbita em vários países, embora esta continue a ser a maior causa de mortalidade nos lactentes após o período neonatal. Após esta redução, o peso da exposição ao tabaco, como factor de risco, aumentou.

Como deitar o seu filho

Se o seu filho é ou foi pré-termo e esteve internado numa unidade de cuidados intensivos ou intermédios, pode acontecer tê-lo visto por vezes em decúbito ventral. Essa posição é por vezes usada na unidade para estabilizar a respiração se o bebé é muito pequeno, mesmo quando está ventilado. Contudo, na unidade, o seu filho estava monitorizado e qualquer diminuição da frequência respiratória seria logo detectada.

Em casa, não esqueça, o seu filho deve ser sempre deitado de costas.

Geralmente ocorre em recém-nascidos /lactentes com um alta prevalência de episódios de ameaça vital (ALTE - apparent life threatening event), nos quais a avaliação exaustiva em cada caso pode ajudar a identificar recém-nascidos e lactentes, em risco de morte súbita, particularmente nos grupos de risco. Este “Acontecimento com aparente ameaça de vida” é

definido como “episódio assustador para o observador, caracterizado por alguma combinação de apneia (central ou ocasionalmente obstrutiva), alteração da cor (cianose ou palidez, ocasionalmente aspecto pletórico), alteração do tônus muscular (usualmente marcada hipotonia), sufocação, ou engasgamento”.

Está demonstrado, actualmente, que a posição em decúbito ventral no berço é um factor de risco. Algumas das razões porque o decúbito ventral é considerado a causa mais directa de Síndrome da morte súbita do lactente são relacionadas com a respiração do próprio ar expirado, condicionando uma elevada concentração de anidrido carbónico no ar inspirado, a inibição dos reflexos laríngeos atrás mencionada e o sobreaquecimento por diminuição de perda de calor pelo rosto e pela cabeça, entre outras. Condições coadjuvantes seriam o colchão inapropriado, como colchão mole; uso de edredão em vez de lençóis e cobertor, com possibilidade de sufocação; condições sociais marginais; dormir na cama dos pais

Estudos epidemiológicos, realizados demonstram que a publicidade contra a posição ventral permitiu reduções de morte entre 20 % e 67 %, sem aumento do número de mortes por aspiração de vómito.

Em Abril de 1992 a Academia Americana de Pediatria, baseada na avaliação cuidadosa dos estudos publicados, recomenda o decúbito dorsal para os lactentes. Esta recomendação é também publicada no mesmo ano, em Portugal, pela Direcção Geral de Saúde e consta do Boletim de Saúde Infantil e Juvenil.

Numa altura em que tanto se fala em Medicina Baseada na Evidência, há evidência suficiente para que nos nossos serviços, nas nossas unidades, os bebés que estiverem em berço se coloquem em decúbito dorsal (excepto se contra-indicado), e que o mesmo seja aconselhado aos pais, tanto na alta como em ambulatório.

Mas... na Medicina como no Amor nem sempre nem nunca, e situações particulares existem em que possa haver uma indicação clínica para o decúbito ventral, como é o caso dos doentes com refluxo gastro-esofágico. Nesta situação, a recomendação para a prevenção da morte súbita consiste em usar um colchão firme, bem adaptado às dimensões do berço, não cobrir demasiado o lactente - a roupa não deve ultrapassar os ombros e evitar o sobreaquecimento. O decúbito ventral deverá ser, pois, uma prescrição médica.

Em Portugal, a divulgação dos conhecimentos sobre morte súbita do lactente e a formação dos profissionais e pais não adquiriu a dimensão das campanhas realizadas noutros países da Europa. No boletim de saúde infantil é referido, nos conselhos aos pais, que o bebé deve ser colocado “preferencialmente de costas”. Este aspecto, ainda motivo de admiração de muitos pais, é confirmado muitas vezes nas consultas de saúde infantil com o Pediatra.

O seu bebé deve ser colocado de barriga para cima quando for dormir, posição que lhe permite respirar o ar ambiente normalmente; em caso de febre pode facilmente libertar-se da roupa que o cobre, não correndo o risco de se sufocar. O bebé não deve dormir de barriga para baixo a não ser em caso de indicação médica particular. Ensine-o a brincar de barriga para baixo e a dormir de barriga para cima.

Procure manter o bebé na posição vertical um quarto de hora após ter mamado.

Até aos 2 anos deve dormir numa cama de grades, sobre um colchão firme e bem adaptado ao tamanho da cama ou berço, para que não fique qualquer espaço entre o colchão e as grades. Não deve usar almofada e não lhe deve dar fraldas para a mão, e muito menos tapar-lhe a face. A roupa da cama não deve cobrir a cabeça do bebé e não devem ser utilizados cobertores pesados. Assim evita que o bebé fique entalado entre o colchão e a grade ou sufoque. A temperatura do quarto deve ser entre os 18º e 20º, e se tiver febre deve ser despido (arrefecimento físico).

Os pais devem ser igualmente informados dos malefícios do fumo do tabaco, tanto durante a gravidez como após o nascimento, pois também está implicado como factor de risco de morte súbita. Sabe-se que um recém-nascido ou lactente privado do sono é mais vulnerável, pelo que o seu sono deve ser respeitado.

A monitorização no domicílio só terá lugar em casos seleccionados pois é um factor de stress para a família, e não permite a detecção das apneias obstrutivas.

Como pode reduzir o risco de morte súbita

A posição mais segura no Berço

- Coloque o bebé de costas
- De lado não é tão seguro como de costas

O lugar mais seguro para dormir

- Coloque o bebé num berço seguro em colchão firme e bem adaptado ao berço
- Nunca o coloque numa cadeira, sofá, cama de água ou pele de carneiro
- Nunca o coloque na sua cama
- O cobertor não deve ultrapassar os ombros para evitar o sobreaquecimento.
- Não coloque no berço almofada ou fralda pois pode abafar, nem brinquedos pois pode magoar-se

Outras maneiras de reduzir o risco

- Não deixe que o seu bebê fique muito quente enquanto dorme. Mantenha o quarto com temperatura confortável para o adulto.
- Não fume na gravidez. Não deixe que fumem perto do seu filho. A exposição ao fumo do tabaco aumenta o risco de morte súbita.
- A chupeta reduz o risco de morte súbita, mas se o bebê rejeita não force.
- Os monitores em casa não diminuem o risco de morte súbita.
- Deixe-o brincar de barriga para baixo para fortalecer os músculos do pescoço
- Partilhe esta informação com a pessoa que trata do seu filho.

APOIOS NA COMUNIDADE

Vinte anos de cuidados intensivos neonatais, conduziram a um aumento da sobrevivência de recém nascidos de muito baixo peso, sendo estes os mais frágeis entre os mais pequenos.

A prevenção de défices neurossensoriais, associadas ao parto pré-termo, constitui hoje em dia um dos principais objectivos dos cuidados perinatais.

Esta é uma nova população que a todos deve preocupar, fazer pensar e agir através do apoio às suas famílias.

São crianças que tiveram longos internamentos e após a alta, à medida que vão crescendo torna-se necessário mantê-las sob vigilância (consulta de desenvolvimento, fisioterapia, neurologia, oftalmologia, audiologia, psicologia, apoios educativos e serviço social). Durante os primeiros anos de vida vão exigir maior recurso a cuidados de saúde multidisciplinares, frequentemente têm uma maior taxa de re-internamentos e tudo isto contribui para o grande stress a que estas famílias ficam sujeitas, com repercussões a longo prazo.

Existem estudos que demonstram que a maior parte dos pais de recém nascidos prematuros se adaptam razoavelmente bem às novas condições tanto laborais como familiares. No entanto isto não minimiza as dificuldades experimentadas e sempre agravadas com a insegurança resultante da vulnerabilidade destas crianças. Porque a VIDA ainda não significa qualidade da mesma, alguns destes bebés podem crescer com limitações graves no seu desenvolvimento.

Toda esta problemática é aliviada quando o processo ocorre num ambiente familiar estável com boa aceitação da criança. Para isso é importante uma intervenção empenhada dos técnicos de saúde. Assim é fundamental pensar e actuar no apoio aos pais e família pois só com o reforço da segurança e bem estar psicológico destes, podemos garantir uma melhoria dos cuidados ao ex-prematuro, diminuindo o impacto do risco das possíveis alterações de desenvolvimento.

A instituição hospitalar que abrigou o recém-nascido nos seus primeiros tempos de vida deve estar sempre aberta para orientar os cuidadores da criança nos primeiros tempos após a alta.

Também o pediatra, responsável pela vigilância de saúde da criança é um pilar importante neste processo. É ele que, merecendo a confiança da família, oferece a sua disponibilidade para ajudar a esclarecer as múltiplas dúvidas que vão surgindo aos pais.

Para além disso deve ser incentivado o convívio entre famílias que têm em comum a existência de ex-prematuros no seu seio. Esta troca de experiências contribui para destruir receios, esclarecer dúvidas, corrigir comportamentos e conseqüentemente aumentar a segurança e melhorar a confiança.

É referido no art. 7 da Declaração dos Direitos das Crianças de Alto Risco:

....."Têm direito a uma sociedade que saiba criar todas as condições necessárias e adequadas para dar sentido às vidas que quis salvar".

As associações de pais e amigos das crianças de alto risco que vão surgindo em Portugal (IPPS) têm um papel relevante nestes apoios. Têm por objectivos, contribuir para a inclusão social destas crianças, através de iniciativas de:

- Intervenção precoce, em tempo útil
- Apoio aos pais
- Intervenção comunitária
- Coordenação de Acções/Serviços de apoio
- Sensibilização dos órgãos do poder
- Solidariedade da Comunidade
- Convívios de carácter lúdico
- Defesa dos direitos da criança

As IPSS, são Instituições Particulares de Solidariedade Social constituídas sem finalidade lucrativa, por iniciativa de particulares, com o propósito de dar expressão organizada ao dever moral de solidariedade e de justiça entre os indivíduos, não administradas pelo Estado nem por um corpo autárquico, para prosseguir, entre outros, os seguintes objectivos, mediante a concessão de bens e a prestação de serviços:

- Apoio a crianças e jovens;
- Apoio à família;
- Apoio à integração social e comunitária;
- Protecção dos cidadãos na velhice e invalidez e em todas as situações de falta ou diminuição de meios de subsistência ou de capacidade para o trabalho;
- Promoção e protecção da saúde, nomeadamente através da prestação de cuidados de medicina preventiva, curativa e de reabilitação;
- Educação e formação profissional dos cidadãos;
- Resolução dos problemas habitacionais das populações.

Estas diversas instituições estão sedeadas por todo o país. Os seus contactos, serviços prestados e os horários de funcionamento, podem ser consultados em (<http://195.245.197.196/left.asp?01.03.01>) ou nos Centros de Saúde da área de residência.

Os prematuros, ao nascer, possuem capacidades próprias da sua etapa de amadurecimento; porém a sua exposição aos cuidados intensivos neonatais numa fase tão precoce do amadurecimento exige a participação de competências ainda não existentes, sobrecarregando o seu processo de desenvolvimento integral. Assim sendo após a alta hospitalar, as equipas de saúde multidisciplinares, devem estar atentas para detectar e intervir sempre que for necessário, sendo a avaliação do desempenho intelectual uma parte importante desse acompanhamento.

Os problemas surgem frequentemente na entrada da escola, na aprendizagem da leitura e do cálculo, podendo gerar atitudes educativas coercivas por parte da família. Esta compreensão é importante para que se possa oferecer a essas crianças e suas famílias o suporte adequado.

Vários factores contribuem para o futuro desempenho dessas crianças. A família tem um papel fundamental, podendo potencializar esse desenvolvimento, amenizando os efeitos das lesões pós-natais quando existem, ou pelo contrário, exercer um efeito devastador, como no caso de negligência e de maus-tratos.

Os programas de intervenção precoce visando a integração com sucesso destas crianças na comunidade, terão forçosamente de ser centrados na família, valorizada como um dos principais pilares de intervenção, que vai além dos pais e pode incluir outros parentes.

INTERVENÇÃO PRECOCE

A Quem se destina? A Intervenção Precoce (IP) destina-se a crianças pré-escolares, que apresentem **alterações no seu desenvolvimento psicomotor** ou se encontrem em situações de **alto risco** para os vir a ter. Uma criança está em risco, quando está exposta a situações de natureza **biológica ou ambiental**, que podem interferir com o normal desenvolvimento. Exemplos de factores de risco biológico são a **prematuridade** e o **atraso de crescimento intra-uterino**, a **asfixia** ou **infecções** que ocorrem especialmente durante o parto ou nos primeiros dias de nascimento. A **pobreza**, o **baixo nível sócio cultural** e a **psicopatologia familiar**, são exemplos de situações ambientais que colocam a criança em risco, se associam a um desenvolvimento mais lento e portanto necessitam de IP.

Intervir precocemente porquê? Há várias razões para se intervir o mais cedo possível:

1. Sabe-se que o desenvolvimento e comportamento humanos podem ser modificados por **influências ambientais**, positivas e negativas. Os genes e o ambiente interagem de forma dinâmica durante o desenvolvimento, constituindo ambos fonte de potencial e crescimento, assim como risco e disfunção. Daí a importância de um ambiente saudável e estimulante.
2. A investigação científica sugere uma base neurobiológica para a IP, relacionada com a chamada “**plasticidade do sistema nervoso**”, em que o cérebro se comporta de forma mais “maleável” e é mais susceptível à aprendizagem quando estimulado. Quanto mais nova é uma criança maior a possibilidade de responder positivamente à estimulação.
3. **Factores de risco e deficiências**, têm o potencial para agravar ou levar ao aparecimento de deficiências secundárias. Uma surdez não corrigida, p.e., vai dar origem a um atraso na fala e linguagem que se podem tornar irreversíveis mesmo que a surdez seja corrigida mais tarde.
4. Os **pais de crianças** com problemas ou em risco, podem necessitar de apoio profissional para estabelecer as adequadas capacidades parentais. Ninguém está verdadeiramente preparado para ter um filho com problemas e nesta situação, geralmente é necessária ajuda.

O que é a Intervenção Precoce?

Na prática a IP consiste na prestação de serviços, dirigidos à criança e à família, com o objectivo de reduzir os efeitos dos factores de risco ou da deficiência no desenvolvimento da criança. A IP pode assim ser **melhorativa**, quando remedeia um problema de desenvolvimento ou **preventiva** quando evita a sua ocorrência ou reduz os seus efeitos.

Os serviços de IP devem ser prestados por equipas interdisciplinares, com profissionais da área da educação, da saúde e do serviço social, de forma a poder dar resposta à gama de problemas que estas crianças e famílias apresentam. O tipo de apoio que uma criança saudável, que vive numa família em que a mãe é analfabeta e o pai alcoólico necessita, é compreensivelmente diferente daquele é adequado a uma criança com uma deficiência severa, filha de pais sem problemas sócio-económicos.

Outros aspectos importantes a ter em conta para que a IP seja prestada de acordo com “**boas práticas**” são:

Intervenção “centrada na família”. Os serviços de IP não devem ser exclusivamente dirigidos à criança e aos seus problemas. Em crianças pequenas, só faz sentido que o trabalho seja feito com a família, no sentido de a envolver e de melhorar as suas competências para lidar com o seu filho.

Intervenção de “**base comunitária**”. Sempre que possível, a IP deve ser prestada por equipas a funcionar na comunidade em oposição à IP a funcionar em grandes centros, onde os pais têm de se deslocar para obter serviços. Essa deslocação pode contudo ser necessária para intervenções diagnosticas ou terapêuticas mais sofisticadas. Fazer uma TAC ou ir a uma consulta de desenvolvimento ou genética, por exemplo.

IP em “**contextos naturais**”. Deve ser prestada nos locais onde as crianças habitualmente estão (creches, jardins de infância, amas ou domicílio) e não em Instituições de Ensino Especial. As crianças com necessidades especiais têm o direito a fazer a sua aprendizagem integradas em ambientes não segregados.

A Intervenção Precoce funciona?

Após mais de 50 anos de investigação, há evidência, quer quantitativa, quer qualitativa, de que a IP não só acelera e reforça o desenvolvimento da criança mas também melhora o funcionamento da família e reduz os gastos da sociedade com educação especial e outros serviços reabilitativos. Os primeiros programas de IP, só se preocupavam com o desenvolvimento da criança e actuavam numa perspectiva médico-terapêutica. Actualmente, têm uma abordagem mais social. São hoje considerados também importantes objectivos da IP,

a melhoria dos conhecimentos e da autonomia das famílias, para poderem lidar com os problemas dos seus filhos.

Em Portugal, a legislação que regulamenta a IP é o Despacho Conjunto 891/99 (Ministérios da Saúde, Segurança Social e Educação). Em caso de dúvida sobre a organização dos Serviços de IP da sua zona de residência, devem dirigir-se ao Centro Distrital de Segurança Social, Administração Regional de Saúde ou Direcção Regional de Educação para obtenção de informações.



EM QUE MEDIDA A LEI PROTEGE OS PREMATUROS E SEUS PAIS?

O direito à protecção na maternidade e paternidade é reconhecido, constitucionalmente, como valor social eminente e factor primordial de valorização da família.

Na generalidade, os direitos dos pais de um prematuro são idênticos aos dos pais de um bebé que nasceu após as 37 semanas de gravidez, com algumas particularidades que iremos assinalando:

AS LICENÇAS

LICENÇA DE MATERNIDADE

*É concedida durante: **120 dias seguidos**, 90 dos quais obrigatoriamente a seguir ao parto.*

*A mãe pode optar por **150 dias seguidos**, de licença por maternidade, sendo o acréscimo (30 dias) gozado depois do parto, recebendo 80% do vencimento/mês durante os 5 meses.*

A intenção de gozar a licença prolongada deve ser comunicada à entidade patronal nos 7 dias após o parto

Sabendo que o **internamento** hospitalar dos RN prematuros é por vezes prolongado, os pais podem solicitar **suspensão da contagem** do tempo de licença de maternidade / paternidade enquanto este durar. Esta suspensão dá lugar a perda do ordenado. Existe, no entanto, a possibilidade de incluir durante este período os 30 dias que os pais têm direito para assistência na doença / internamento aos filhos menores.

Algumas vezes os RN prematuros têm um irmão **gémeo**, nesse caso o período a licença de que temos estado a falar é acrescida de **30 dias**, por cada gémeo.

LICENÇA DE PATERNIDADE

*O pai tem direito a uma licença de **cinco dias úteis**, seguidos ou alternados, no primeiro mês a seguir ao nascimento do filho, devendo informar a entidade patronal cinco dias antes do período que pretende gozar ou, em caso de urgência comprovada, logo que possível.*

*O pai tem ainda direito a gozar **15 dias de licença parental** remunerada desde que sejam gozados imediatamente a seguir à licença de maternidade.*

*Quando a mãe não trabalha, o pai tem que obrigatoriamente gozar estes **20 dias** seguidos, pode ainda fazê-lo por opção e de acordo com a entidade patronal.*

EM QUE SITUAÇÃO PODE OU DEVE SER O PAI A GOZAR A LICENÇA DE MATERNIDADE?

Se a prematuridade foi devida a doença materna da qual possa resultar incapacidade física ou psíquica da mãe ou a sua morte (no intervalo de 98 dias imediatamente a seguir ao parto) a lei confere ao pai o direito de gozar a licença de paternidade por período igual ao que a mãe teria direito.

No caso de morte da mãe, situação felizmente raríssima, o pai tem direito a um mínimo de 30 dias de licença ou o que faltar para concluir o período de licença por maternidade. Neste caso deve informar a entidade patronal, apresentar certidão de óbito ou atestado médico comprovativo e, declarar qual o período de licença já gozado pela mãe.

O pai poderá, de acordo com a mãe, dividir a licença de maternidade, no entanto, a mãe deverá gozar obrigatoriamente **6 semanas** a seguir ao parto. Deve informar a entidade patronal com a antecedência de 10 dias e apresentar a documentação necessária: comprovativo da decisão conjunta ou certidão de óbito da mãe (se esse for o caso)

Que outros elementos da família têm direito a licenças para apoio ao RN

Quando nasce um neto, filho de uma menor de 16 anos - desde que este viva consigo em comunhão de mesa e habitação é concedido, a um dos avós, uma licença de até **30 dias seguidos**, a gozar após o nascimento deste

LICENÇA DE ALEITAMENTO

O leite materno é um bem da natureza e é uma das poucas coisas que só a mãe pode fazer. Amamentar um prematuro é um desafio, especialmente quando o seu filho está internado em cuidados intensivos.

*A mãe tem direito a ser dispensada em cada dia de trabalho por **dois períodos** distintos de duração máxima de **uma hora**, durante um ano. Após esse período, a licença mantém-se enquanto durar a amamentação desde que fundamentada pelo Médico.*

Se a mãe não amamentar esta licença pode ser gozada quer pela mãe quer pelo pai.

No caso de gravidez gemelar a dispensa para amamentação é acrescida de **30 minutos por gémeo** (1,5 hora quando 2 gémeos / 2 horas quando se tratar de gravidez trigemelar)

*Se a mãe ou pai tiverem um regime de trabalho em **tempo parcial** esta licença é reduzida proporcionalmente às horas de trabalho diário efectivo, **não podendo ser inferior a 30 minutos**.*

OUTROS DIREITOS

DISPENSA DE TRABALHO NOCTURNO:

*A mãe pode ser dispensada de efectuar horário nocturno durante um período de **112 dias** antes e depois do parto, dos quais pelo **menos metade antes da data presumível do parto**. Pode ainda sê-lo durante todo o tempo que durar a amamentação, se for apresentado certificado médico que ateste que tal é necessário para a sua saúde ou para a da criança.*

FALTAS AO TRABALHO

Cada prematuro tem um percurso pré-natal na UCIN e uma constelação de complicações que dá origem a um seguimento individualizado. Quando o seu filho nasceu cedo e requereu intervenção médica é preciso estar mais atento ao seu crescimento / desenvolvimento. Quando o seu filho for para casa, tenha ou não problemas decorrentes da sua prematuridade, é estabelecido um plano de seguimento.

*Não esqueça que os pais podem faltar até **30 dias por ano** em caso de doença dos filhos menores de 10 anos, ou, independentemente da idade, caso sofram de deficiência ou doença crónica e que em caso de hospitalização, o pai ou a mãe, mas só um deles, têm direito a faltar durante o tempo que durar o internamento hospitalar. No entanto estas dão lugar a perda de ordenado.*

Após a alta das Unidades de Cuidados Intensivos Neonatais (UCIN), as crianças que nasceram muito prematuras são diferentes em muitos aspectos do seu desenvolvimento, dos bebés que nasceram após uma gravidez de duração normal. Estas diferenças são habitualmente benignas e vão atenuar-se com o crescimento. Mas, em alguns casos elas persistem e podem estar associadas a problemas a longo prazo, que podem ser minimizados ajudando as famílias a compreender melhor as circunstâncias subjacentes que influenciam o desenvolvimento da criança.

Encontrar o equilíbrio entre o trabalho e a família constitui o desejo da maioria dos pais. Os primeiros meses são os mais difíceis. Se o seu filho necessita de acompanhamento mais diferenciado saiba que:

*O pai ou a mãe trabalhadores têm direito a licença por período até **seis meses**, prorrogável com limite de **quatro anos**, para acompanhamento de filho que seja doente crónico ou*

deficiente, durante os primeiros 12 anos de vida. Considera-se deficiência o que se traduz por um atraso ou paragem do normal desenvolvimento da criança.

E que:

Se ele for portador de uma deficiência, congénita ou adquirida, a mãe ou o pai trabalhadores têm direito a uma redução do horário de trabalho de cinco horas semanais, até o filho perfazer 1 ano de idade.

Para justificação de faltas ao trabalho a entidade patronal pode exigir ao trabalhador prova do carácter inadiável e imprescindível da assistência;

LICENÇA PARENTAL

Para além do atrás mencionado os pais têm ainda a hipótese de gozar alguns períodos de licença para apoio/acompanhamento dos filhos. Durante estas licenças não haverá direito a remuneração. Para mais pormenores consultar o artigo 43^a do código do trabalho

A lei que regula todos os direitos dos pais – Lei 35/2004 pode ser consultada em:

http://www.iapmei.pt/resources/download/Lei_35_2004.pdf?PHPSESSID=da0e13f851ab313a84088115c5fff239#search=%22Lei%2035%2F2004%22

O alargamento da licença de maternidade e respectiva retribuição foi regulado pelo Decreto-Lei n°77/2005 de 13 de Abril de 2005:

http://www.fenprof.pt/DynaData/SM_Doc/Mid_115/Doc_791/Anexos/77_2005.pdf

A legislação que protege a maternidade e paternidade está em vias de ser alterada. Na data da publicação deste manual, as informações contidas neste capítulo poderão ter sido revistas...

A ADOLESCÊNCIA DO PREMATURO

A adolescência é um período de transição que coloca o jovem e a família perante desafios únicos. Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), a adolescência ocorre desde a idade de 10 anos até os 19 e configura um período crítico para a formação de valores e padrões de conduta; distinguindo-se por maior rebeldia, procura de independência e visão diferenciada da vida. Constitui uma etapa em que os jovens pretendem alcançar independência sócio-económica, afastando-se de modo progressivo dos pais e da família na tentativa de criar um modelo pessoal de comportamento; ao mesmo tempo, passam pela adaptação às mudanças fisiológicas e anatómicas, criam novas relações no seu meio social e desenvolvem as potencialidades para actividades ocupacionais e de diversão.

Os pais dos jovens nascidos de muito baixo peso estão conscientes que eles pertencem a um grupo de risco, o que vem aumentar ainda mais o seu leque das incertezas, como tão bem referem os pais do Francisco quando se interrogam “será que vai ter dificuldades de aprendizagem?” A quantidade dos “ses” nas suas mentes é infinita. E nós profissionais continuamos sem respostas definitivas para oferecer e por vezes a nossa incerteza é para eles incompreensível.

As consequências do nascimento prematuro variam, indo desde muito leves a muito graves. Algumas crianças passam a vida toda sem problemas. Outras podem ter problemas mais graves. Podemos, por exemplo, acompanhar uma criança e ver que ela passou o 1º ano de idade, o 2º e não anda e isso é grave. Outras crianças vão seguir normalmente e, aos 8, 10 anos de idade, os pais vão perceber que têm dificuldades para acompanhar os colegas na escola. É um problema menos grave, mas que vai atrapalhar muito a vida desses jovens.

Mesmo as crianças sem défices motores e que ultrapassaram a infância relativamente bem terão alguma vulnerabilidade acrescida. O maior risco em relação aos seus pares, são perturbações do desenvolvimento, nomeadamente nas áreas cognitivas e comportamentais. As alterações cognitivas em geral surgem mais tardiamente, afectam especialmente funções cognitivas, como a memória e/ou linguagem, envolvendo principalmente a função de processamento simultâneo e o processamento de informações complexas que requerem raciocínio lógico e orientação espacial e que podem estar associadas a perturbações de défice de atenção.

Ou seja, tais alterações, quando não correctamente identificadas, podem ter implicações no rendimento escolar até mesmo naquelas crianças que possuem bom desempenho intelectual. Os apoios educativos e orientação específica oferecendo o suporte adequado aos jovens e família poderão ter papel decisivo na escolha da via educacional e até profissionalizante.

Os problemas respiratórios iniciais (a ventilação, as apneias a displasia broncopulmonar, as bronquites recorrentes da infância etc.), e que tantas angustias motivaram como bem demonstram os testemunhos dos pais, não são relevantes na adolescência.

No entanto testes da função pulmonar efectuados em adolescentes ex-pretermos mostram redução em alguns índices respiratórios, predispondo-os a um maior risco de doenças obstrutivas na vida adulta como a asma, a pieira e a tosse crónica. Mais do que nunca é fundamental o papel dos pais e da sociedade na promoção de formas de vida saudável, livre de fumo, de drogas, e onde a prática de actividade física adequada, como a natação, poderá vir a ter um papel preponderante.

Todos os pais acompanharam as preocupações dos profissionais de saúde no que diz respeito à visão e audição dos seus filhos, nomeadamente com os cuidados na administração de oxigénio e o rastreio da retinopatia e da surdez. Ultrapassada essa fase, permanece o risco de maior incidência de problemas visuais, nomeadamente uma menor acuidade visual, maior percentagem de astigmatismo, estrabismo e erros de refração (miopia). Mais uma vez um plano de vigilância cuidadoso permitirá minimizar os eventuais défices.

Quando os filhos se juntam a outras crianças, seja no pátio da escola ou nas festinhas de aniversário, todos os pais ficam ávidos para se certificarem de que os seus pimpolhos estão na média da estatura do grupo. Tanta preocupação parece justificar-se na medida que peso e altura são, de facto, desde o nascimento, importantes indicadores do desenvolvimento da criança. O processo de crescimento rápido em relação ao peso e altura ocorre nos primeiros 2 a 3 anos de vida, colocando estas crianças dentro dos limites da normalidade das curvas de referência no final desse período. Mas este processo pode prolongar-se ao longo da adolescência, principalmente nos de extremo baixo peso. Nestes casos os rapazes adolescentes podem ser em média 4 cm mais baixos e 8 kg mais leves e as raparigas 8 cm mais baixas que os seus pares. É preciso deixar bem claro para estes pais que ser baixo não é doença, mas há que ficar atento.

O desejo de serem mais altos, o considerarem-se menos atractivos e menos atléticos contribui para um défice de auto-estima neste período tão vulnerável do desenvolvimento: têm menos amigos, mais dificuldade nas relações interpessoais, crises de ansiedade e depressão, falta de motivação podendo complicar a transição para a fase adulta numa sociedade onde a tecnologia impera, onde terão de competir num mercado de trabalho altamente tecnológico, que requer educação, flexibilidade e adaptabilidade. Ajuda profissional específica para uma correcta avaliação do seu ajustamento social e emocional permitirá delinear estratégias de intervenção atempadas, visando uma integração social adequada.

As taxas de sobrevivência na população de muito baixo peso têm vindo a aumentar ao longo dos últimos vinte anos e a sua qualidade de vida a longo prazo assume cada vez maior relevância. Pouco ainda se sabe para além da 1ª década de vida e em particular durante a progressão da adolescência para a idade adulta. Só agora os 1ºs sobreviventes de muito baixo peso estão a transitar para a fase adulta...

Para os outros, que todos os dias têm alta das nossas Unidades, cada vez mais imaturos e de menor peso à nascença, mas que beneficiaram da optimização dos cuidados intensivos, de melhores estratégias de nutrição, melhor intervenção precoce fica a esperança : que as limitações funcionais , a maior utilização de recursos médicos e apoios educacionais não venha a aumentar. O desafio para atingirem o máximo do seu potencial de desenvolvimento, que resulta de uma interacção dinâmica contínua entre os factores biomédicos e ambientais, continuará a exigir a coordenação de equipas multidisciplinares, da família e da comunidade sem esquecer um ambiente sócio-económico favorável.

A INTERNET: FONTES ACESSÍVEIS DE INFORMAÇÃO

A maioria dos recursos sobre bebés prematuros existentes na Internet está na língua inglesa. Seleccionámos alguns que poderão ser um precioso auxiliar na procura de informação médica sobre temas relacionados com a prematuridade e suas complicações.

Poderá ainda consultar a página da Secção de Neonatologia, que tem uma área destinada a país onde estão contemplados, entre outros, os textos deste livro e onde estarão disponíveis endereços electrónicos de interesse para os pais.

www.lusoneonatologia.net

Outros sites na língua portuguesa:

Nascer prematuro	www.nascerprematuro.org
SOS amamentação	www.sosamentacao.org.pt
Diagnóstico Precoce.....	www.diagnosticoprecoce.org
Saúde 24	www.saude24.pt
Direcção Geral de Saúde	www.dgs.pt/
Sociedade Portuguesa de Pediatria.....	www.spp.pt
Associação para a Promoção da Segurança Infantil	www.apsi.org.pt/
Associação Portuguesa de Diagnóstico Pré-Natal	www.apdpn.org.pt/
Grupo de Gémeos	gemeos.servisoft.pt
Doenças Raras	www.rarissimas.pt
Nascer antes (Brasil)	nascerrantes.com.br

E em espanhol

www.prematuros.info/

Associação Argentina de Pais de Prematuros..... www.apaprem.org.ar

Associação valenciana de Pais de Bebés Prematuros www.avaprem.org/

COMUNIDADE / PAIS

<http://www.cipap.net/> - Centro de informação, prevenção e acompanhamento da prematuridade

(francês)

www.chilbirth.org/articles/comp.html - Oferece informação detalhada sobre possíveis complicações da gravidez

www.comeunity.com/premature - Informação e recursos para pais de prematuros. Informação sobre as consequências a longo prazo do nascimento prematuro. Endereços electrónicos de pais de prematuros com mais de 4 anos

www.prematurity.org - Tem como objectivo fornecer aos pais a informação de que necessitam para cuidar do seu filho prematuro.

www.preemie.com - Roupas e outros produtos para prematuros

www.premie.org - Organização que tem como finalidade ajudar os pais a entrar em contacto com outros pais de prematuros.

www.sidelines.org - Apoio para mãe com gravidez complicada a necessitar de repouso

www.preemie.info/

AMAMENTAÇÃO

www.lalecheleague.org - Informação e conselhos sobre amamentação

GÉMEOS

www.mostonline.org - www.synspectrum.com/multiplicity.html

www.ttsfoundation.org - Informação sobre transfusão feto-fetal e contacto com outros pais cujos filhos tiveram o mesmo problema

UCIN E INFORMAÇÃO MÉDICA

www.ericec.org - Acesso a uma livraria extensa sobre prematuridade e cuidados especiais

www.pediatrics.wisc.edu/childrenshosp/parents_of_preemies - Livro para pais de prematuros

www.pediatrics.wisc.edu/patientcare/preemies/ - Informação em inglês e em espanhol sobre doenças / patologias e medicamentos

www.preemie-L.org - Site para a família dos prematuros com grupos de discussão e contactos

CUIDADOS CENTRADOS NA FAMÍLIA

www.familycenteredcare.org

www.theschwartzcenter.org

RECURSOS PARA PAIS

<http://members.aol.com/MarAim/preemie.htm>

www.prematurity.org/preemiepgs.html

www.pregnancy.org/topics.php

www.sidelines.org

www.storknet.com/cubbies/index.html

ALIMENTAÇÃO

www.feedingcenter.org/discussion.html

<http://hometown.aol.com/Lmwill262/>

www.network54.com/Hide/Forum/109925

DEPRESSÃO PÓS-PARTO

www.depressionafterdelivery.com/

www.postpartum.net

APOIO AQUANDO INSUCESSO / MORTE DE UM BEBÉ

www.climb-support.org

www.dougy.org - Apoio a pais que perderam o filho

www.compassionatefriends.org - Apoio a pais que perderam o filho

www.misschildren.org - Apoio a pais que perderam o filho

www.nationalshareoffice.com

CUIDADOS ESPECIAIS

PROBLEMAS DO DESENVOLVIMENTO

www.childmed - Produtos desenhados especialmente para incentivar o desenvolvimento de bebés prematuros

www.dragonflytoys.com - Brinquedos para crianças com necessidades especiais

www.interdys.org - Informação e apoio sobre dislexia

www.irsc.org/disability.htm - links para sites com informações sobre sequelas

www.familyvillage.wisc.edu - Website com informação extensa de recursos sobre prematuridade e suas sequelas

www.ldanatl.org - Informação e apoio sobre problemas de aprendizagem

www.modimes.org - Informações sobre saúde, diagnóstico pré-natal e algumas sequelas

www.nichcy.org - Disponibiliza informação sobre sequelas, intervenção precoce, educação especial. Informação em espanhol

www.ucpa.org - Informação sobre paralisia cerebral e outros problemas decorrentes da prematuridade

www.childrensdisabilities.info - <http://cd.net.au/>

<http://childrenwithspecialneeds.com/>

www.oneaddplace.com

www.our-kids.org

PROBLEMAS RESPIRATÓRIOS

<http://www.cheo.on.ca/english/9210.shtml> - Informação detalhada sobre o que é displasia
broncopulmonar, como tratar e quais as preocupações dos pais
www.rsvinfo.com - Informação sobre RSV – Vírus Sincicial Respiratório

REFLUXO GASTRO-ESOFÁGICO

www.reflux.org - Informação sobre refluxo gastro-esofágico

VISÃO

www.blindchildrenscenter.org - Ajuda a pais com deficit da visão

www.iqc.org/afb/ - Ajuda a pais com deficit da visão

E ainda...

www.neonatology.org

<http://www.childbirth.org/>

<http://www.pregnancy.com/>

<http://www.baby.com/>

Contactos úteis

Saúde24 - 808 24 24 24 (*chamada local*)

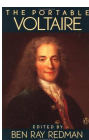
Grupo de gémeos – 222085737 / 227625767 / 227628145

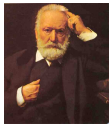
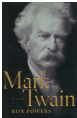
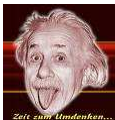
SOS Grávida – 808 201 139 (*chamada local*)

SOS Criança – 800 202 651 (*grátis*)

ELES TAMBÉM FORAM PREMATUROS...

Alguns famosos nasceram prematuros e cresceram mesmo antes dos avanços nos cuidados ao recém-nascido.

NOME		Data	Em que se destacou	O que disseram deles
Thomas Hobbes		1588 a 1679	Cientista	
Newton		1642 a 1727	Cientista	Pesava 1360g. "Nasceu muito prematuro e não estava previsto sobreviver" "Não cabia num "penico" "Nasceu verde"
Voltaire		1694 a 1778	Literatura Filosofia	Tão doente que recebeu a extrema-unção Pequeno, doente, feio
Charles Wesley		1707 a 1788	Músico	
Rousseau		1712 a 1778	Literatura Filosofia	"Nasceu quase morto"
Goethe		1749 a 1832	Literatura Filosofia	Nasceu sem vida e miserável parecia nado-morto
Napoleão		1769 a 1821	Politico	
Daniel Webster		1782	Politico	
John Keats		1795 a 1821	Literatura Filosofia	"Uma coisa pequena cuja vida desesperava..."

Victor Hugo		1802- a 1885	Literatura	<i>Não estava previsto sobreviver</i> <i>Encomendado berço + caixão</i> <i>“Não era maior que 1 faca</i>
Charles Darwin		1809 a 1882	Cientista	
Mark Twain		1835 a 1910	Literatura	<i>Nasceu 2 M mais cedo – 2270g</i> <i>Não espera criar este bebé, pois não?</i> <i>Vou tentar... Era um objecto feio para criar</i>
Pierre Renoir		1841 a 1919	Pintura	
Churchill		1874 a 1965	Politico	<i>Nasceu 1,5 M mais cedo. “Muito saudável considerando a sua prematuridade”</i>
Einstein		1879 a 1955	Cientista	<i>Nasceu 2 M prematuro</i> <i>Quase não falava aos 3A</i>
Picasso		1881 a 1973	Pintura	<i>Deixado numa mesa como</i> <i>1 nado morto</i>
Anna Pavlova		1881 a 1931	Ballet	
Roosevelt		1882 a 1945	Politico	<i>Azul e hipotónico com respiração de morto</i>
Sidney Poitier.		1924	Cinema	<i>O Pai foi procurar uma caixa de sapatos para o enterrar</i> <i>Avó: “Andaria com os reis...”</i> <i>1360g</i>
Stevie Wonder		1950	Música	<i>Esteve 56 d numa incubadora</i> <i>É cego em virtude do excesso de oxigénio que lhe foi administrado – retinopatia da prematuridade</i>

Farouk		1921 a 1965	Monarca	
Michael J Fox		1961	Actor	

Linden DW, Paroli ET, Doron MW. Premies – The essential guide for parents of premature babies. New York, Pocket books 2000.

A história de uma Extrema-Prematura...

Ia já no 5º mês e meio de gravidez, quando numa das consultas, o médico alertou para o facto de as minhas tensões terem subido repentinamente. Não estavam altas mas estavam no limite do "aceitável"! Disse-me para ir estando atenta e ir medindo as tensões diariamente e se verificasse que a mínima ultrapassasse dos 9 para ir ter com ele ao consultório imediatamente... Assim o fiz nos dias que se seguiram e as tensões encontravam-se sempre normais! No entanto, um dia ao acordar num sábado de manhã senti-me especialmente inchada... Nunca me tinha sentido assim! Principalmente as mãos e o rosto estavam inchadíssimos e mesmo as pessoas comentavam esse pormenor... Nunca pensei que pudessem ser das tensões, achava que seria normal no estado em que me encontrava e não liguei muito! Só na segunda-feira, depois de sair do trabalho é que fui novamente à farmácia para medir as tensões e assustei-me! As tensões não estavam altas, estavam altíssimas!!! A mínima estava quase em 11!!! E acho que a máxima a 17!!! Liguei logo ao meu marido e fomos imediatamente ao médico! Já no consultório, ele mediu-me as tensões uma meia dúzia de vezes e nos dois braços! Passou-me para a maca para fazer a ecografia e ele deve ter estado a olhar para o monitor uns 10 ou 15 minutos e não dizia nada... eu já estava a desesperar mas ao mesmo tempo tinha medo de fazer alguma pergunta! Foi então que ele me disse que lamentava mas que tinha de me internar!!! Bem... o meu coração disparou! Explicou que as tensões se não baixassem ou fossem controladas que poderia prejudicar a bebé e que tinha de ficar em repouso absoluto mas com acompanhamento hospitalar! Disse então, para no dia seguinte às 9h ir ter com ele ao Hospital! De início foi um choque muito grande e chorei muito a caminho de casa da minha mãe onde me esperava para jantar mas logo, logo encarei a situação com muita calma e coragem, acreditando sempre que tudo iria correr bem! Fui internada dia 19 de Março de 2003 (Dia do Pai) no Hospital da Póvoa de Varzim mas logo no dia seguinte fui transferida para o Hospital Pedro Hispano em Matosinhos! As minhas tensões estavam muito "agressivas" e tudo indicava que não iam normalizar... Fiquei logo a saber que teria de ficar internada até a bebé nascer e que o objectivo seria aguentar a gravidez o máximo de tempo possível! Soube logo que o mais certo seria ela nascer antes do tempo e que depois teria de ser entregue às mãos dos Neonatologistas! Fiquei a saber que o que tinha era uma pré-eclampsia, uma espécie de doença que surge na gravidez derivado às tensões

altas e que poderia ser prejudicial não só à bebé mas também a mim! Sendo grave pode conduzir à morte!!!

O problema é que além da pré-eclampsia a minha bebé estava a ter também um atraso no crescimento e desenvolvimento! Dia 25 de Março (aniversário do pai) submeteram-me a uma amniocentese para verificar se algum outro problema era detectável, o que não se verificou, após uma espera de resultados de 10 dias, graças a Deus! Depois disso ainda levei 2 ciclos de corticóides para que os pulmões da minha pequenina amadurecessem... Por fim, dia 09 de Abril de 2003 a minha pequenina nasceu através de uma cesariana com anestesia geral às 11h45 com 625gr e 32cm!!!

Apenas a vi no dia seguinte e ainda hoje não consigo definir o que senti... era tudo muito confuso e ela era tão pequenina... era a mais pequenina de todos os bebés que ali se encontravam! Estava ligada ao ventilador e ainda ficou durante 10 dias! Apenas tive alta dia 15 desse mesmo mês e morria de medo que algo de mal lhe acontecesse... Apesar de tão pequenina que era, só tinha vontade de lhe pegar ao colo e de lhe dar muitos beijinhos mas não era possível! Todas as noites chorava e pedia a Deus que a salvasse! Morava e moro a 25km desse hospital, em Vila do Conde e todos os dias percorria o mesmo caminho para ir para a beira dela. A 1ª coisa que fazia quando chegava era ver o peso dela para ver quanto já tinha engordado, pois a vontade de a trazer para casa era enorme! Dia após dia, hora após hora fui vendo a sua evolução e sempre a acompanhei... Infelizmente não lhe pude dar muito do meu leite, era muito pouco e rapidamente secou mas apesar disso ela portou-se sempre muito bem! Precisou de umas transfusões de sangue, de fazer análises, exames...mas por fim tudo correu bem! Ela foi uma grande LUTADORA e VITORIOSA! No dia 28 de Junho desse ano teve alta com 1,790kg mas a marota teve de vir ainda com o oxigénio para casa!!! Habitou-se ao "cheirinho" mas rapidamente deixou de precisar dele... As consultas que se seguiram foram mais que muitas: pediatria, oftalmologia, desenvolvimento... e ainda continua mas não com tanta regularidade e graças a Deus tudo tem estado bem e não ficou com qualquer sequela! Antes pelo contrário, está uma espertalhona! É uma criança cheia de vida, nunca pára quieta, é inteligente e muito feliz!

Fez este ano 3 aninhos e vai para a pré-primária no próximo mês de Setembro!

O Pediatra particular que a tem seguido desde a altura que ela teve alta, uma vez disse-me a mim e ao pai: "Escusam de jogar no Euromilhões! O Euromilhões já vos saiu..." E é bem verdade...

Desde a altura da alta nunca teve nada de muito especial... Apenas me lembro de ter tido uma gastroenterite e uma vez, pelo Natal de 2004 teve uma pequena infecção respiratória o que a levou a ter de tomar umas 3 injeções de antibiótico intravenoso mas acabou por ficar bem!

No entanto, o ano passado, no final do mês de Agosto apanhei um susto de morte! A minha bonequinha começou a ficar com febre muito alta e nem o Brufen, nem o Bem-u-ron a baixavam... Como ela já tinha tido umas febres (daquelas esquisitas originadas pelas viroses que normalmente duram 3 dias), pensei que fosse o mesmo mas estranhei, porque neste caso, a febre podia baixar qualquer coisa mas rapidamente voltavam a subir! Liguei ao meu pediatra, (já ela se encontrava com febre há 2 dias), ele fez umas perguntas e aconselhou-me a ir às Urgências do Hospital, que se encontrava lá a esposa (também Pediatra) e que lhe ia ligar para que lhe fizesse umas análises à Urina. Estive lá imenso tempo para fazer com que ela fizesse xixi, o que estava a ser uma tarefa super complicada! Como não fazia, resolvi falar com uma das enfermeiras que me deu um saquinho para lhe colar à vagina e para a deixar à vontade que sem dar por isso acabaria por fazer! Foi o que aconteceu... estava a ver que nunca mais conseguia que ela fizesse xixi para a análise ser feita... Acabamos por ficar ainda mais algum tempo a aguardar os resultados!

Entretanto, a médica chamou-me ao consultório e disse-me: "As análises da sua criança não estão nada boas...!" e eu perguntei porquê? Ela falou de uma possível infecção urinária mas que teriam de fazer mais análises e testes para se certificarem de que é que se tratava na realidade e que teria de ficar internada...!!! Naquele momento o mundo desabou... Fiquei em estado de choque! Deixei de a ouvir... apenas voltei a mim quando ela me perguntou se tinha alguém que pudesse ir lá levar as coisinhas dela e o pijama e que eu poderia ficar com ela...Foi então que me lembrei do meu marido que desde que chegámos tinha ficado à porta das urgências à nossa espera uma vez que só um de nós poderia entrar com ela! Fui ter com ele e expliquei o que se passava... nem ele queria acreditar!

Bem... mesmo sem estar preparada, tive de ficar com ela! Levaram-me à Unidade de Pediatria, indicaram-me o berço para ela ficar e levaram-na para colher sangue... Sentei-me ao lado do berço e ouvi-a chorar e automaticamente também eu desatei num pranto! As enfermeiras chamaram-me para a ir acalmar e perguntaram-me porque é que eu estava a chorar... Porque é que seria? Estávamos ali as duas e nem ainda sabia bem o porquê... Colocaram-lhe um cateter para soro e medicação e parecia que estava a reviver tudo o que passei quando ela esteve na neonatologia...! O meu maior medo era que algum problema que não tivesse sido detectável devido à prematuridade, apenas se estivesse a manifestar naquela altura...

Nessa noite ainda teve febre e durante o dia seguinte também mas já não estava tão alta! Depois deixou de ter febre... estive lá internada durante 5 dias! Teve uma infecção, inicialmente pensaram que era nos rins mas afinal foi apenas na corrente sanguínea... Poderia ter afectado algum órgão mas não chegou a afectar! Já estava boa... tínhamos férias marcadas para o Algarve no início de Setembro e pensando que já não iria, o médico disse que não havia qualquer problema, teria de tomar um antibiótico durante 10 dias e o mais difícil nisto tudo (para ela) foi mesmo conseguir tomar o antibiótico!

Ao longo destes 5 anos não tem tido nada de anormal.