

**POLÍTICAS PÚBLICAS COM ÊNFASE NA ASSISTÊNCIA À CRIANÇA
PREMATURA**

Linha Enfermagem e Saúde Materno-Infantil

ARAÚJO, W.C.T.; SANTOS, R.P.; RIBEIRO, P. M.; CARVALHO, R.C.; ROSA, S.C.P.

Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Alfenas, UNIFAL-MG.

RESUMO

Introdução: Este estudo aborda as políticas públicas de assistência, no contexto da prematuridade. **Objetivo:** realizar uma Revisão Integrativa de Literatura em relação às Políticas Públicas de Saúde vigentes a despeito da assistência à criança prematura no Brasil. **Método:** realizou-se uma Revisão Integrativa, nas Bases de Dados LILACS, NLM-PubMed e BDENF; e classificação do nível de evidência. **Resultados:** encontrou-se um total de 23 artigos científicos, no entanto onze fizeram parte da amostra final. Os artigos abordaram assuntos inerentes à temática da prematuridade, tais como: a Assistência à criança prematura e sua família, Políticas Públicas de Saúde vigentes, a Mortalidade Infantil e seus fatores de risco, a Continuidade da assistência de saúde à criança após alta hospitalar, a Assistência de Enfermagem à criança prematura no âmbito domiciliar, dentre outros. **Conclusão:** explicitou-se que o profissional de Enfermagem, que atua em Saúde Pública, tem a obrigação de atuar juntamente ao binômio mãe-criança prematura e à família, desde o acompanhamento gestacional no pré-natal, do período puerperal, na internação nas UTI Neonatais e, posteriormente, na continuidade da atenção às crianças prematuras no âmbito domiciliar.

Palavras-Chave: Prematuridade; Políticas Públicas; Cuidado ao lactante.

INTRODUÇÃO

Este estudo enfoca as políticas públicas de assistência à criança prematura, visto que a gravidez configura-se como um ciclo de inúmeras e constantes modificações biopsicossociais na vida da mulher. Sendo representada como um fenômeno complexo e individual, demonstrando que os cuidados à gestante devem ultrapassar a dimensão biológica e compreender todo o contexto biopsicossocial envolvido na gravidez (LEITE et al., 2014) e no binômio mãe-filho.

Conforme Duarte et al.(2010), é imprescindível garantir a continuidade no preparo materno, indo desde o pré-natal, até os serviços de alta complexidade, visto que, a prematuridade também é considerada um problema de Saúde Pública e, o

esclarecimento prévio acerca dessa condição pode minimizar as dificuldades maternas, em relação aos cuidados do bebê, após a alta hospitalar. Assim, a atenção primária deverá traçar estratégias de cuidado para os recém-nascidos prematuros a partir do que foi vivenciado e orientado à mãe cuidadora e sua família durante todo o período de internação hospitalar, visando oferecer segurança e apoio à mãe nos cuidados domiciliares com seu prematuro. Diante desse íterim, objetivou-se integrar o conhecimento científico produzido acerca das políticas públicas vigentes de assistência à criança prematura.

MÉTODOLOGIA

Realizou-se uma revisão integrativa de Whitemore e Knafl (2005), a qual permite sintetizar as pesquisas já concluídas e, a partir delas, obter conclusões sobre um tema de interesse. Ao desenvolvimento da presente pesquisa, adotou-se as seguintes etapas: identificação do tema; formulação de uma questão norteadora; busca e seleção da literatura científica; categorização e avaliação dos estudos e, por fim, apresentação da revisão (SOUZA et al., 2010). À elaboração da revisão integrativa analisou-se artigos científicos, teses e dissertações, nas bases de dados: 1) Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS); 2) U.S. National Library of Medicine (NLM-PubMed); 3) Base de Dados em Enfermagem (BDEnf). Como estratégia de busca empregou-se, de forma associada, os seguintes descritores da Biblioteca Virtual de Saúde - BVS: 1) “infant, premature” / “recém-nascido prematuro”, 2) “public health policy” / “política pública de saúde” e 3) “infantcare” / “cuidado ao prematuro” e o operador booleano AND. No que lhes concerne, os critérios de elegibilidade adotados foram artigos disponíveis na íntegra, publicados no período compreendido entre 2010 e 2016, nos idiomas português, inglês e espanhol. Ademais, analisou-se também o nível de evidências (NE) dos estudos, pautando-se na classificação proposta por Melnyk, Fineout-Overholt (2005), tendo a qualidade das evidências, sete níveis de classificação: nível um, as evidências são provenientes de revisão sistemática ou metanálise de relevantes ensaios clínicos randomizados controlados ou oriundas de diretrizes clínicas, baseadas em revisões sistemáticas, de ensaios clínicos randomizados controlados; nível dois, evidências derivadas de pelo menos um ensaio clínico randomizado controlado bem delineado; nível três, evidências obtidas de ensaios clínicos bem delineados não-randômicos; nível quatro, evidências provenientes de estudos de coorte e de caso-

controle bem delineados; nível cinco, evidências oriundas de revisão sistemática de estudos descritivos e qualitativos; nível seis, evidências derivadas de um único estudo descritivo ou qualitativo; por fim, nível sete, evidências advindas de opinião de autoridades e/ou relatório de comitês de especialistas.

RESULTADOS

Na busca inicial, encontrou-se um total de 23 artigos potenciais à revisão. Após a leitura dos resumos, foram excluídos estudos que não atendiam aos critérios de elegibilidade; sendo assim, foram lidos 18 artigos na íntegra, contudo, apenas 11 abordavam a temática desejada e compuseram a amostra final desta pesquisa. Por sua vez, com base nas definições, foram extraídas as informações pertinentes ao objetivo proposto nesta revisão. Quanto ao nível de evidência (NE), um estudo foi classificado em NE I; três (27,3%) foram classificados no NE IV; quatro estudos (36,4%) no NE VI; e, por fim, três (27,3%) estudos foram classificados no nível de evidência VII, ressaltando que além de uma lacuna de conhecimento da temática e poucas publicações sobre o tema, os estudos apresentam algumas fragilidades; corroborando então, à relevância desse estudo. Os resultados ainda foram classificados em duas categorias:

Contextualizando a prematuridade: características gerais e epidemiológicas e Políticas Públicas

A Organização Mundial da Saúde – OMS/ WHO (2015) define como prematuro todo bebê nascido com idade gestacional inferior a 37 semanas (mais de 196 e menos de 259 dias completos de gestação). Para o recém-nascido prematuro ou prematuro extremo algumas condições clínicas são específicas. Assim, uma grande variedade de problemas de saúde pode acometê-los, antes e após a alta hospitalar, dentre esses destacam-se problemas de alimentação, de crescimento, as morbidades cardiorrespiratórias, dentre outros (CHO et al., 2012).

Em relação às políticas públicas concernentes à continuidade da assistência ao recém-nascido prematuro vigentes, um estudo evidenciou inúmeras dificuldades que as mães e familiares enfrentaram para conseguir o acompanhamento ambulatorial das crianças prematuras, o qual deveria ser articulado entre a rede hospitalar e unidades básicas de saúde. Denotando assim, uma participação incipiente das instituições de saúde no atendimento da criança. Partindo do princípio de que uma assistência neonatal

adequada não se restringe à garantia da sobrevivência do prematuro até a alta, o seguimento e o suporte adequado às crianças egressas das unidades neonatais são ainda enormes desafios, assim como o suporte que as famílias têm para cuidar desta criança. Nesse ínterim, os profissionais de enfermagem devem incorporar sistematicamente na assistência das famílias de crianças prematuras, desde a sua admissão na UTI-neonatal, orientações que visem auxiliá-las após a alta hospitalar, integrando as mães no cuidado do filho. Sumarizando, urge a reestruturação de políticas públicas que forneçam tal aparato aos prematuros, que possibilitem uma assistência pré-natal que atenda a integralidade do binômio mãe-filho, com suporte adequado no período neonatal, acompanhamento do desenvolvimento e que, especialmente, confira continuidade de atenção em saúde até a idade escolar (MORAIS et al., 2012).

Gerenciando o Cuidado à Criança Prematura no Âmbito Domiciliar

Conforme Botêlho et al. (2012), o bebê prematuro é uma criança considerada de alto risco e necessita, após a alta hospitalar, de cuidados especiais por um período prolongado, com vistas à melhora no seu desenvolvimento, além de especificidades na atenção à saúde. Assim sendo, ele necessitará de uma atenção específica por parte dos serviços de saúde, para que tenha um desenvolvimento satisfatório; visto que a prematuridade, por si só, já é considerada como um fator de risco aos atrasos no desenvolvimento psicomotor dessa criança.

Visando garantir a continuidade do cuidado destas crianças, tornam-se necessárias algumas medidas, são elas: disponibilidade de profissionais de saúde capacitados às famílias e crianças, desde a atenção primária, até a terciária, caso necessário; deve-se fornecer também informações adequadas e contínuas sobre o crescimento e desenvolvimento do prematuro, o qual difere de um recém-nascido a termo; formação de grupo de pais de crianças prematuras e acesso prioritário desta criança ao sistema de saúde, de forma que possa atendê-la em suas múltiplas necessidades (MORAIS et al., 2012). Não obstante, Lansky et al. (2014) ressaltam que a rede de atenção perinatal deve assegurar ao binômio mãe-filho o acesso, em tempo adequado aos serviços de saúde, com o nível apropriado de complexidade.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os profissionais devem reforçar o direito à saúde da criança em todas as esferas de atenção, primária, secundária e terciária, incluindo a adequada referência e contra-referência; e, não obstante, a educação em saúde, visando capacitar e empoderar os pais e cuidadores a prestarem assistência adequada às crianças prematuras no próprio domicílio, objetivando torná-los protagonistas no cuidado de sua criança, para assim conferir maior segurança aos cuidadores, um cuidado mais efetivo à saúde da criança e, conseqüentemente, uma melhora na qualidade de vida do binômio mãe-filho e de toda a família.

Por fim, cabe ressaltar que o estudo fora embasado em apenas três bases de dados, o que é uma limitação, sugerimos estudos de desenhos semelhantes, no entanto em outros contextos e com um maior número de bases de dados.

REFERÊNCIAS

1. BOTÊLHO, S.M. et al. Maternal care of the premature child: a study of the social representations. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**. v. 46, n. 4, p. 929-934, 2012.
2. CHO, J.Y. et al. Parental Concerns about Their Premature Infants' Health after Discharge from the Neonatal Intensive Care Unit: A Questionnaire Survey for Anticipated Guidance in a Neonatal Follow-up Clinic. **Korean Journal of Pediatrics**. v.55, n. 8, p. 272-279, 2012.
3. DUARTE, A.S. et al. Promoção da saúde às genitoras de bebês prematuros: ação da enfermagem na alta hospitalar. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste – Rev. Rene**. v.11, n.3, p. 162-170, 2010.
4. WHITTEMORE, R.; KNAFL, K. The integrative review: updated methodology. **Journal of Advanced Nursing**. v.52, n.5, p. 546-553, 2005.
5. WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Preterm birth. 2015. Disponível em: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs363/en/>. Acesso em: 15 out. 2016.
6. SOUZA, M.T.; SILVA, M.D.; CARVALHO, R. Revisão integrativa: o que é e como fazer. **Einstein (São Paulo)**. v.8, n.1, p. 102-106, 2010.
7. MORAIS, A.C.; QUIRINO, M.D.; CAMARGO, C. L. Suporte social para cuidar da criança prematura após a alta hospitalar. **Revista Eletrônica de Enfermagem**. v.16, n.4, p. 826-837, 2012.
8. LANSKY, S. et al. Pesquisa Nascer no Brasil: perfil da mortalidade neonatal e avaliação da assistência à gestante e ao recém-nascido. **Cadernos de Saúde Pública**. v.30, n.1, p. s192-s207, 2014.
9. LEITE, M.G. et al. Sentimentos advindos da maternidade: revelações de um grupo de gestantes. **Psicologia em Estudo**. v.19, n.1, p. 115-124, 2014.