

Henri Augusto Korkes | Francisco Lazaro Pereira de Souza
Enoch de Sá Barreto | Ricardo de Carvalho Cavalli
(Organizadores)

PREMATURIDADE



Atena
Editora
Ano 2022



Apoio Científico

BIO SYNEX

Parceria



Prematuridade.com
ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE PAIS, FAMILIARES,
AMIGOS E CUIDADORES DE BEBÊS PREMATUROS

Celerio

Patrocínio

Henri Augusto Korkes | Francisco Lazaro Pereira de Souza
Enoch de Sá Barreto | Ricardo de Carvalho Cavalli
(Organizadores)

PREMATURIDADE



Atena
Editora
Ano 2022



Apoio Científico

BIOSYNEX

Parceria



Prematuridade.com
ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE PAIS, FAMILIARES,
AMIGOS E CUIDADORES DE BEBÊS PREMATUROS

Celer

Patrocínio

Editora chefe

Profª Drª Antonella Carvalho de Oliveira

Editora executiva

Natalia Oliveira

Assistente editorial

Flávia Roberta Barão

Bibliotecária

Janaina Ramos

Projeto gráfico

Bruno Oliveira

Camila Alves de Cremo

Luiza Alves Batista

Natália Sandrini de Azevedo

Imagens da capa

iStock

Edição de arte

Luiza Alves Batista

2022 by Atena Editora

Copyright © Atena Editora

Copyright do texto © 2022 Os autores

Copyright da edição © 2022 Atena Editora

Direitos para esta edição cedidos à Atena Editora pelos autores.

Open access publication by Atena Editora



Todo o conteúdo deste livro está licenciado sob uma Licença de Atribuição *Creative Commons*. Atribuição-Não-Comercial-NãoDerivativos 4.0 Internacional (CC BY-NC-ND 4.0).

O conteúdo dos artigos e seus dados em sua forma, correção e confiabilidade são de responsabilidade exclusiva dos autores, inclusive não representam necessariamente a posição oficial da Atena Editora. Permitido o *download* da obra e o compartilhamento desde que sejam atribuídos créditos aos autores, mas sem a possibilidade de alterá-la de nenhuma forma ou utilizá-la para fins comerciais.

Todos os manuscritos foram previamente submetidos à avaliação cega pelos pares, membros do Conselho Editorial desta Editora, tendo sido aprovados para a publicação com base em critérios de neutralidade e imparcialidade acadêmica.

A Atena Editora é comprometida em garantir a integridade editorial em todas as etapas do processo de publicação, evitando plágio, dados ou resultados fraudulentos e impedindo que interesses financeiros comprometam os padrões éticos da publicação. Situações suspeitas de má conduta científica serão investigadas sob o mais alto padrão de rigor acadêmico e ético.

Conselho Editorial**Ciências Biológicas e da Saúde**

Profª Drª Aline Silva da Fonte Santa Rosa de Oliveira – Hospital Federal de Bonsucesso

Profª Drª Ana Beatriz Duarte Vieira – Universidade de Brasília

Profª Drª Ana Paula Peron – Universidade Tecnológica Federal do Paraná

Prof. Dr. André Ribeiro da Silva – Universidade de Brasília

Profª Drª Anelise Levay Murari – Universidade Federal de Pelotas

Prof. Dr. Benedito Rodrigues da Silva Neto – Universidade Federal de Goiás



Prof. Dr. Cirênio de Almeida Barbosa – Universidade Federal de Ouro Preto
Prof^o Dr^a Daniela Reis Joaquim de Freitas – Universidade Federal do Piauí
Prof^o Dr^a Débora Luana Ribeiro Pessoa – Universidade Federal do Maranhão
Prof. Dr. Douglas Siqueira de Almeida Chaves – Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro
Prof. Dr. Edson da Silva – Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri
Prof^o Dr^a Elizabeth Cordeiro Fernandes – Faculdade Integrada Medicina
Prof^o Dr^a Eleuza Rodrigues Machado – Faculdade Anhanguera de Brasília
Prof^o Dr^a Elane Schwinden Prudêncio – Universidade Federal de Santa Catarina
Prof^o Dr^a Eysler Gonçalves Maia Brasil – Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira
Prof. Dr. Ferlando Lima Santos – Universidade Federal do Recôncavo da Bahia
Prof^o Dr^a Fernanda Miguel de Andrade – Universidade Federal de Pernambuco
Prof. Dr. Fernando Mendes – Instituto Politécnico de Coimbra – Escola Superior de Saúde de Coimbra
Prof^o Dr^a Gabriela Vieira do Amaral – Universidade de Vassouras
Prof. Dr. Gianfábio Pimentel Franco – Universidade Federal de Santa Maria
Prof. Dr. Helio Franklin Rodrigues de Almeida – Universidade Federal de Rondônia
Prof^o Dr^a Iara Lúcia Tescarollo – Universidade São Francisco
Prof. Dr. Igor Luiz Vieira de Lima Santos – Universidade Federal de Campina Grande
Prof. Dr. Jefferson Thiago Souza – Universidade Estadual do Ceará
Prof. Dr. Jesus Rodrigues Lemos – Universidade Federal do Piauí
Prof. Dr. Jônatas de França Barros – Universidade Federal do Rio Grande do Norte
Prof. Dr. José Aderval Aragão – Universidade Federal de Sergipe
Prof. Dr. José Max Barbosa de Oliveira Junior – Universidade Federal do Oeste do Pará
Prof^o Dr^a Juliana Santana de Curcio – Universidade Federal de Goiás
Prof^o Dr^a Lívia do Carmo Silva – Universidade Federal de Goiás
Prof. Dr. Luís Paulo Souza e Souza – Universidade Federal do Amazonas
Prof^o Dr^a Magnólia de Araújo Campos – Universidade Federal de Campina Grande
Prof. Dr. Marcus Fernando da Silva Praxedes – Universidade Federal do Recôncavo da Bahia
Prof^o Dr^a Maria Tatiane Gonçalves Sá – Universidade do Estado do Pará
Prof. Dr. Maurilio Antonio Varavallo – Universidade Federal do Tocantins
Prof^o Dr^a Mylena Andréa Oliveira Torres – Universidade Ceuma
Prof^o Dr^a Natiéli Piovesan – Instituto Federaci do Rio Grande do Norte
Prof. Dr. Paulo Inada – Universidade Estadual de Maringá
Prof. Dr. Rafael Henrique Silva – Hospital Universitário da Universidade Federal da Grande Dourados
Prof^o Dr^a Regiane Luz Carvalho – Centro Universitário das Faculdades Associadas de Ensino
Prof^o Dr^a Renata Mendes de Freitas – Universidade Federal de Juiz de Fora
Prof^o Dr^a Sheyla Mara Silva de Oliveira – Universidade do Estado do Pará
Prof^o Dr^a Suely Lopes de Azevedo – Universidade Federal Fluminense
Prof^o Dr^a Vanessa da Fontoura Custódio Monteiro – Universidade do Vale do Sapucaí
Prof^o Dr^a Vanessa Lima Gonçalves – Universidade Estadual de Ponta Grossa
Prof^o Dr^a Vanessa Bordin Viera – Universidade Federal de Campina Grande
Prof^o Dr^a Welma Emídio da Silva – Universidade Federal Rural de Pernambuco



Diagramação: Natália Sandrini de Azevedo
Correção: Mariane Aparecida Freitas
Indexação: Amanda Kelly da Costa Veiga
Revisão: Os autores
Organizadores: Henri Augusto Korkes
Francisco Lazaro Pereira de Souza
Enoch de Sá Barreto
Ricardo de Carvalho Cavalli

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

P925 Prematuridade / Henri Augusto Korkes, Francisco Lazaro Pereira de Souza, Enoch de Sá Barreto, et al. - Ponta Grossa - PR, 2022.

Outro autor
Ricardo de Carvalho Cavalli

Formato: PDF
Requisitos de sistema: Adobe Acrobat Reader
Modo de acesso: World Wide Web
Inclui bibliografia
ISBN 978-65-258-0581-8
DOI: <https://doi.org/10.22533/at.ed.818221008>

1. Prematuros - Cuidado e tratamento. 2. Assistência materna. I. Korkes, Henri Augusto. II. Souza, Francisco Lazaro Pereira de. III. Barreto, Enoch de Sá. IV. Título.

CDD 618.92011

Elaborado por Bibliotecária Janaina Ramos – CRB-8/9166

Atena Editora
Ponta Grossa – Paraná – Brasil
Telefone: +55 (42) 3323-5493
www.atenaeditora.com.br
contato@atenaeditora.com.br



DECLARAÇÃO DOS AUTORES

Os autores desta obra: 1. Atestam não possuir qualquer interesse comercial que constitua um conflito de interesses em relação ao artigo científico publicado; 2. Declaram que participaram ativamente da construção dos respectivos manuscritos, preferencialmente na: a) Concepção do estudo, e/ou aquisição de dados, e/ou análise e interpretação de dados; b) Elaboração do artigo ou revisão com vistas a tornar o material intelectualmente relevante; c) Aprovação final do manuscrito para submissão.; 3. Certificam que os artigos científicos publicados estão completamente isentos de dados e/ou resultados fraudulentos; 4. Confirmam a citação e a referência correta de todos os dados e de interpretações de dados de outras pesquisas; 5. Reconhecem terem informado todas as fontes de financiamento recebidas para a consecução da pesquisa; 6. Autorizam a edição da obra, que incluem os registros de ficha catalográfica, ISBN, DOI e demais indexadores, projeto visual e criação de capa, diagramação de miolo, assim como lançamento e divulgação da mesma conforme critérios da Atena Editora.



DECLARAÇÃO DA EDITORA

A Atena Editora declara, para os devidos fins de direito, que: 1. A presente publicação constitui apenas transferência temporária dos direitos autorais, direito sobre a publicação, inclusive não constitui responsabilidade solidária na criação dos manuscritos publicados, nos termos previstos na Lei sobre direitos autorais (Lei 9610/98), no art. 184 do Código Penal e no art. 927 do Código Civil; 2. Autoriza e incentiva os autores a assinarem contratos com repositórios institucionais, com fins exclusivos de divulgação da obra, desde que com o devido reconhecimento de autoria e edição e sem qualquer finalidade comercial; 3. Todos os e-book são *open access*, *desta forma* não os comercializa em seu site, sites parceiros, plataformas de *e-commerce*, ou qualquer outro meio virtual ou físico, portanto, está isenta de repasses de direitos autorais aos autores; 4. Todos os membros do conselho editorial são doutores e vinculados a instituições de ensino superior públicas, conforme recomendação da CAPES para obtenção do Qualis livro; 5. Não cede, comercializa ou autoriza a utilização dos nomes e e-mails dos autores, bem como nenhum outro dado dos mesmos, para qualquer finalidade que não o escopo da divulgação desta obra.



CELER BIOTECNOLOGIA

A Celer Biotecnologia é uma empresa mineira que atua no segmento de diagnóstico clínico humano e veterinário e no desenvolvimento e produção de sistemas de instrumentação e automação laboratorial.

Fundada em 2001, pelo pesquisador e engenheiro Dr. Denilson Laudares Rodrigues, com o objetivo modernizar e automatizar processos de diagnóstico, a Celer Biotecnologia desenvolve e entrega soluções inovadoras em diagnóstico rápido, de forma ágil e acessível, buscando gerar valor para a sustentabilidade do sistema de saúde.

Por meio de uma equipe altamente qualificada e relacionamentos com universidades, institutos de pesquisa e empresas da saúde, a Celer leva inovação e ciência para a área, oferece soluções em automação laboratorial e fornece um suporte técnico preventivo e corretivo com garantia de operação. Além disso, a empresa possui um sistema de gestão da qualidade no processo de produção com rastreabilidade de todos os componentes.

BIOSYNEX

Biosynex é um laboratório francês, especializado na concepção, produção e distribuição de tecnologias *Point of Care*, Biologia Molecular e Testes de Diagnóstico Rápido. Sua missão é contribuir para a saúde pública, através do desenvolvimento de soluções diagnósticas inovadoras, rápidas, simples e que facilitem a prevenção, o rastreamento e a implementação do tratamento médico.

Desde 2020, Biosynex tornou-se um ator importante no mercado mundial na luta contra a Covid-19 e está presente hoje em mais de 80 países.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PATOLOGIA CLÍNICA MEDICINA LABORATORIAL

Através da realização de exames laboratoriais, a Patologia Clínica/Medicina Laboratorial fornece informações ao médico, de modo a proporcionar-lhe os meios necessários para atuar na prevenção, diagnóstico, tratamento, prognóstico e acompanhamento das enfermidades em geral. Para atingir esse propósito, o médico depende, essencialmente, da rapidez, precisão e exatidão dos valores fornecidos pelo laboratório de sua confiança.

Os exames mais frequentes são realizados em sangue, urina, fezes e outros líquidos biológicos. Através desses exames é possível identificar substâncias e quantificar muitas delas. As metodologias utilizadas são variadas. Os laboratórios brasileiros dispõem de

instrumentos iguais aos utilizados em países mais desenvolvidos.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE PAIS, FAMILIARES, AMIGOS E CUIDADORES DE BEBÊS PREMATUROS

A Associação Brasileira de Pais, Familiares, Amigos e Cuidadores de Bebês Prematuros (ONG Prematuridade.com) é a única organização sem fins lucrativos dedicada, em âmbito nacional, à prevenção da prematuridade, à educação continuada para profissionais de saúde e à defesa de políticas públicas voltadas aos interesses das famílias de bebês prematuros.

Desde 2014, a ONG é referência para ações voltadas à prematuridade e representa o Brasil em iniciativas e redes globais que visam o cuidado com a saúde materna e neonatal. A organização desenvolve ações políticas e sociais, bem como projetos em parceria com a iniciativa privada, tais como campanhas de conscientização, ações beneficentes, capacitação de profissionais de saúde, colaboração em pesquisas, aconselhamento jurídico e acolhimento às famílias, entre outras.

Atualmente, são cerca de 5 mil famílias cadastradas, mais de 200 voluntários em 23 estados brasileiros e um Conselho Científico Interdisciplinar de excelência.

Mais informações: <https://www.prematuridade.com>.

SOBRE OS ORGANIZADORES

HENRI AUGUSTO KORKES- Mestre e Doutor em ciências pelo Departamento de Obstetrícia da EPM / Unifesp. Doutorado Sanduíche pelo Departamento de Medicina da Harvard Medical School. Diretor Científico da Sogesp Sorocaba. Coordenador da Clínica Obstétrica da Faculdade de Medicina de Sorocaba / PUC-SP

FRANCISCO LAZARO PEREIRA DE SOUZA - Mestre e Doutor em Ciências pela Universidade Federal de São Paulo – UNIFESP, com estadia de pesquisa de Doutorado na Universidade Friedrich-Schiller de Jena/Alemanha. Professor do Departamento de Tocoginecologia do Centro Universitário Lusiada, Santos/SP.

ENOCH DE SÁ BARRETO - Mestre e Doutor pelo Departamento de Obstetrícia da EPM/ UNIFESP. Especialização em Medicina Fetal pela EPM/UNIFESP. Certificate of Fetal Brain Imaging – International Society of Ultrasound in Obstetrics and Gynecology (ISUOG). Coordenador Técnico-Científico do Hospital Maternidade Escola de Vila Nova Cachoeirinha. Médico Assessor – Medicina Fetal / Neurosonografia Fetal - Fleury

RICARDO DE CARVALHO CAVALLI - Mestrado e Doutorado em Ginecologia e Obstetrícia na Universidade de São Paulo. Ribeirão Preto e Pós-Doutorado no Beth Israel Deaconess Medical Center. na Harvard Medical School em Boston. Professor titular do Departamento de Ginecologia e Obstetrícia da FMRP-USP. Membro da Rede Brasileira sobre Estudos da Hipertensão na Gestação. Coordenador Adjunto da Medicina III na CAPES. Especialista em Ultrassonografia e Medicina Fetal pela FEBRASGO.

SOBRE OS AUTORES

ALINE C HENNEMANN - Enfermeira Esp. Área Materno Infantil. Mestre em saúde da criança PUC RS. Vice diretora executiva da Associação Brasileira de Pais e Familiares de Bebês Prematuros - ONG Prematridade.com. Ativista da causa da Prematuridade. Membro do Comitê de Ética do Hospital Materno Infantil Presidente Vargas. Assessora técnica no Ministério da Saúde - coordenação de saúde perinatal e aleitamento materno - CGPAM

ANA LUCIA GOULART - Professora Associada da Disciplina de Pediatria Neonatal do Departamento de Pediatria da Escola Paulista de Medicina.

ANA MARIA ANDRÉLLO GONÇALVES PEREIRA DE MELO - Médica Pediatra e Neonatologista. Mestre em Ciências da Saúde pela Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. Médica Neonatologista do Hospital Universitário da Universidade de São Paulo. Médica Neonatologista da UTI Neonatal do Hospital Samaritano Higienópolis e Médica Neonatologista – Grupo Américas, United Health Group Brazil. Coordenadora da UTI Neonatal do Hospital Metropolitan Lapa – Grupo Américas, United Health Group Brazil.

ANTONIO FERNANDES MORON - Livre Docente em Saúde Materno-Infantil pela Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo. Pós-doutorado em Medicina Fetal pela University of Wisconsin Medical School (EUA). Professor Titular do Departamento de Obstetrícia da Escola Paulista de Medicina da Universidade Federal de São Paulo. Diretor Médico do Centro Paulista de Medicina Fetal. Coordenador da Medicina Fetal do Hospital e Maternidade Santa Joana.

ANTONIO RODRIGUES BRAGA NETO - Professor de Obstetrícia da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio de Janeiro e da Universidade Federal Fluminense. Mestre, Doutor, Pós-Doutor e Livre Docente em Obstetrícia pela Universidade Estadual Paulista. Pós-Doutor pela Harvard Medical School e pelo Imperial College of London.

ARMANDO A. FONSECA - Graduado em Medicina e titulado pela Associação Médica Brasileira em Pediatra e Patologia Clínica. Diretor médico científico do Grupo Pardini e Médico Responsável Laboratório DLE. Ex-presidente e atualmente membro do conselho de ex-presidentes da Sociedade Brasileira de Patologia Clínica e Medicina Laboratorial - SBPC/ML; Nomeado Especialista em NBS (Triagem Neonatal) pela SBAC-Sociedade Brasileira de Análises Clínicas; Membro correspondente do Brasil na Força Tarefa Global para Triagem Neonatal da IFCC/ISNS; Sócio Fundador, Ex-presidente e atualmente membro da Diretoria da Sociedade Brasileira de Triagem Neonatal e Erros Inatos do Metabolismo – SBTEIM; Membro da Sociedade Brasileira de Genética Médica, da Sociedade Brasileira de Pediatria, da Sociedade Portuguesa de Doenças Metabólicas - SPDM e Sociedade para o Estudo dos Erros Inatos do Metabolismo – SSIEM.

CAROLINA PIMENTEL - Graduação em nutrição pela Universidade Católica de Santos (UNISANTOS); Mestrado e doutorado pela Faculdade de Saúde Pública da USP (FSPUSP), Brasil. Especialização e certificação internacional pelo International Board of Lifestyle Medicine – IBLM.

CECÍLIA MICHELETTI - Médica pediatra e geneticista do departamento de pediatria da Universidade Federal de São Paulo – UNIFESP. Assessora Científica do Laboratório DLE / grupo Pardini

CLAUDIO RODRIGUES PIRES - Mestre e Doutor pela Escola Paulista de Medicina da Universidade Federal de São Paulo. Fundador e Professor do Cetrus Diagnóstico e Faculdade Cetrus.

CONRADO MILANI COUTINHO - Médico Assistente do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. Mestrado e Doutorado em Tocoginecologia pela Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto. Pós-doutorado em Medicina Fetal pela St. George's University of London.

CYNARA MARIA PEREIRA - Professora da Faculdade de Medicina da Universidade Estadual de Minas Gerais e da Faculdade Atenas.

DANIEL SIMÕES NERIS - Jornalista, professor, tradutor e ativista na área da saúde, atuando como voluntário do Grupo Esperança, MBHV e ONG Prematuridade.com

DENISE SUGITANI - Fundadora e diretora executiva da Associação Brasileira de Pais e Familiares de Bebês Prematuros. Ativista da causa da prematuridade. Membro do Comitê Global da Organização Mundial da Saúde para a edição da década do relatório “Born Too Soon”. Membro do Conselho Consultivo da Aliança Global para o Cuidado dos Recém-nascidos (GLANCE Network). Membro do Comitê de Ética em Pesquisas do Hospital Materno-infantil Presidente Vargas, de Porto Alegre (RS). Nutricionista graduada pelas Faculdades IPA-IMEC de Porto Alegre, RS (2002), mestre em Nutrição Clínica e Imunologia pela Roehampton University da Inglaterra (2006).

EDNA APARECIDA BUSSOTTI - Doutora em Ciências pela Universidade Federal de São Paulo. Enfermeira do System of Excellence Materno-Fetal-Children, da UnitedHealth Group. Especialista em Gerenciamento dos Serviços de Enfermagem pela Universidade Federal de São Paulo. Especialista no atendimento à Criança de Alto Risco pela Universidade de São Paulo.

EDUARDO DE SOUZA - Professor Associado, Livre Docente do Departamento de Obstetrícia da Escola Paulista de Medicina da Universidade Federal de São Paulo.

ENOCH QUINDERÉ DE SÁ BARRETO - Coordenador Técnico Científico do Hospital Municipal e Maternidade Escola de Vila Nova Cachoeirinha. Mestre e Doutor pela Escola Paulista de Medicina Fetal na Universidade Federal de São Paulo.

ERDNAXELA FERNANDES DO CARMO SOUZA - Doutora em Ciências e Tecnologia da Saúde pela Universidade de Campinas (Unicamp). Enfermeira Obstetra do Hospital Samaritano Higienópolis. Docente do Curso de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Guarulhos. Supervisora da Equipe de Enfermagem Obstétrica da Central de Regulação Obstétrica e Neonatal do Município de São Paulo (CRON). Idealizadora e Proprietária do Consultório de Enfermagem, Educação em Saúde e Práticas Integrativas e Complementares da Saúde Humana.

EVELYN TRAINÁ - Professora Adjunta do Departamento de Obstetrícia da Escola Paulista de Medicina da Universidade Federal de São Paulo.

FÁBIO PELUZO ABREU - Ortopedista pediátrico da Casa da Esperança de Santos, AACD, Santa Casa de Santos, Hospital Guilherme Álvaro e, SP. Mestre em Medicina pelo Centro Universitário Lusíada (UNILUS). Membro titular da SBOT e da SBOP.

FILOMENA BERNARDES DE MELLO - Médica Pediatra, Neonatologista do Hospital e Maternidade Santa Joana, São Paulo.

FLÁVIA SIMPHRONIO BALBINO - Doutora em Ciências pela Universidade Federal de São Paulo. Enfermeira Universidade Federal de São Paulo. Especialista em Enfermagem Neonatológica.

FRANCISCO LÁZARO PEREIRA DE SOUSA - Mestre e Doutor em Ciências pela Universidade Federal de São Paulo com estadia de pesquisa na Universidade Friedrich-Schiller de Jena/Alemanha na área de Imunologia da Reprodução. Professor do Departamento de Tocoginecologia do Centro Universitário Lusíada/UNILUS-Santos, SP. Especialista em Ginecologia e Obstetrícia pela Federação Brasileira das Sociedades de Ginecologia e Obstetrícia. Membro da Rede Brasileira de Estudos de Hipertensão na Gravidez.

GABRIEL FERNANDO TODESCHI VARIANE - Médico Neonatologista. Doutor em Ciências da Saúde pela Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo. Médico assistente do Serviço de Neonatologia da Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo. Diretor Médico da UTI Neonatal Neurológica da ISCMSP. Presidente da Protecting Brains & Saving Futures e Co-Chair do Comitê de Comunicação e Networking da Newborn Brain Society.

GABRIELA PAIVA - Professora de Obstetrícia da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio de Janeiro. Mestra em Saúde Perinatal pela Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio de Janeiro

GIOVANNA GUARDIA CARTOLANO - Graduada em Medicina pela Universidade Estadual de São Paulo – UNESP. Ginecologista e Obstetra pelo Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo – HCFMRP-USP.

HENRI AUGUSTO KORKES - Mestre e Doutor pelo Departamento de Obstetrícia da Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP). Doutorado Sanduiche pelo Departamento de Medicina da Harvard Medical School. Professor Assistente Doutor e Coordenador da Clínica Obstétrica da Faculdade de Medicina da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUC-SP). Diretor Científico da SOGESP – Regional Sorocaba e Vale do Ribeira. Membro Fundador da Rede Brasileira de Estudos sobre Hipertensão na Gravidez - RBEHG

IVAN FERNANDES FILHO - Professor da Disciplina de Obstetrícia e Ginecologia da Faculdade de Medicina da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUC-SP). Mestrando do Programa de Educação nas áreas de saúde da Faculdade de Medicina da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUC-SP)

JACINTA PEREIRA MATIAS - Professora Adjunta da Disciplina de Obstetrícia da FMJ.

JACQUELINE HAROUCHE R. FONSECA - Diretora Médica de Bioquímica Genética e de Pesquisa em Medicina Personalizada do Laboratório DLE/Grupo Pardini; Especialista em Patologia Clínica- Medicina Laboratorial pela AMB; Especialista em Análise de Ácidos Orgânicos por Cromatografia Gasosa acoplada a Espectrometria de Massas; MBA Executivo em Saúde pela COPPEAD/UFRJ; Conselheira Fiscal da Sociedade Brasileira de Triagem Neonatal e Erros Inatos do Metabolismo- SBTEIM; Membro da Sociedade Brasileira de Patologia Clínica / Medicina Laboratorial- SBPC/ML; Membro da Sociedade Brasileira de Triagem Neonatal e Erros Inatos do Metabolismo- SBTEIM; Membro da Sociedade Portuguesa de Doenças Metabólicas- SPDM; Membro da Society For The Study of Inborn Errors of Metabolism-SSIEM.

JADE KAROLYNNA DE ARAÚJO DIAS FORECHI - Acadêmica de Medicina na Universidade Federal de Roraima. Mãe da Ágatha (prematura de 25 semanas) e do Pedro (1 ano), ambos invisíveis. Guardiã do fim de vida com aperfeiçoamento em como ajudar quem está morrendo, fundamentos de Cuidados Paliativos e comunicação compassiva.

JAIR LUIZ FAVA - Mestre em Obstetrícia pelo Departamento de Obstetrícia da Escola Paulista de Medicina da Universidade Federal de São Paulo.

JULIANA MERILIN DA SILVA DE OLIVEIRA - Pedagoga, mãe de Manuela e de Gael, natimorto de 40 semanas. Fundadora do Girassol - Grupo de apoio aos pais enlutados devido à perda perinatal e infantil, desde 2019, em Sorocaba/SP. Co-criadora da Lei Municipal nº 12231/2020. Militante na defesa dos direitos de pais enlutados em relação à despedida de seus filhos e acolhimento respeitoso nas maternidades de Sorocaba e região.

JUSSARA LEIKO SATO - Mestrado e Doutorado pela Escola Paulista de Medicina da Universidade Federal de São Paulo e Gerente da Clínica Obstétrica do Hospital e Maternidade Escola de Vila Nova Cachoeirinha.

KEIKO MIYASAKI TERUYA - Doutora em Medicina Preventiva. Pediatra Especialista em Aleitamento Materno pela Wellstar Lactation Program San Diego. Professora de Pediatria aposentada do curso de Medicina da Fundação Lusíada. Membro da Câmara Técnica de Aleitamento Materno e Consultora do MS. Presidente da Rede de Amamentação da Costa da Mata Atlântica em Aleitamento Materno. Membro do Departamento Científico de Aleitamento da Sociedade São Paulo de Pediatria.

LILIAN DOS SANTOS RODRIGUES SADECK - Doutora em pediatria pela Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. Pediatra e Neonatologista do Centro de Neonatal do Instituto da Criança e Adolescente do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. Secretária do Departamento Científico de Neonatologia da Sociedade Brasileira de Pediatria. Diretora de Cursos e Eventos da SBP, Secretária da Sociedade de Pediatria de São Paulo.

LUANDA DE ABREU FIGUEIRA - Professora Colaboradora da Disciplina de Obstetrícia da FMJ.

LUIS ALBERTO MUSSA TAVARES - Médico Pediatra nos Serviços de Emergência em Pediatria do Hospital da Unimed de Campos dos Goytacazes. Pediatra da Unidade Pré-Hospitalar Municipal de Guarus e serviços de emergência em pediatria no Hospital da Unimed de Campos dos Goytacazes.

MARCELO LUÍS NOMURA - Médico Assistente. Doutor da área de Obstetrícia e Medicina Fetal do Centro de Atenção Integral à Saúde da Mulher da Universidade Estadual de Campinas.

MARCELO SANTUCCI FRANÇA - Mestrado pela Escola Paulista de Medicina. Doutorando pela Escola Paulista de Medicina. Pesquisador e Médico responsável pelo Setor de Predição e Prevenção do Parto Pré-termo do Departamento de Obstetrícia da EPM/UNIFESP.

MARIA LÚCIA LEAL DOS SANTOS - Neurologista pediátrica. Diretora clínica da Casa da

Esperança de Santos(SP). Professora no Curso Medicinado Centro Universitário Lusíada (UNILUS).Mestre em Medicina pelo Centro Universitário Lusíada (UNILUS).

MAURÍCIO SAITO - Mestre em Ciências e Saúde pelo Centro Universitário Lusíada, Diretor Científico da UNIMEF CONCEPTUS São Paulo – SP. Membro Titular da Academia Latino-americana de Ultrassonografia. Membro Titular da Academia Brasileira de Ultrassonografia Sociedade Brasileira de Ultrassonografia. Título de Área em atuação em Medicina Fetal e Ultrassonografia em Ginecologia e Obstetrícia pela Federação Brasileira das Sociedades de Ginecologia e Obstetrícia. Responsável pelo Departamento de Ultrassonografia do Hospital Amparo Maternal. Responsável pelos Departamento de Cirurgia Fetal do Hospital Cruz Azul, e Hospital de Medicina Fetal do Hospital Municipal de Barueri e do Hospital Portinari, todos São Paulo – SP. Colaborador da Medicina Fetal do Hospital e Maternidade Interlagos.

NELSON SASS - Professor Afiliado do Departamento de Obstetrícia da Escola Paulista de Medicina e Reitor da Universidade Federal de São Paulo.

PAULA CARTURAN - Mestre em Saúde e Meio Ambiente. Professora assistente da Disciplina de Obstetrícia da Universidade Metropolitana de Santos.

RENATO PASSINI JÚNIOR - Professor Associado da Divisão de Obstetrícia do Departamento de Tocoginecologia da Faculdade de Ciências Médicas e do Centro de Atenção Integral à Saúde da Mulher da Universidade Estadual de Campinas.

RICARDO DE CARVALHO CAVALLI - Professor Titular do Departamento de Ginecologia e Obstetrícia da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo.

RICARDO PORTO TEDESCO - Professor Titular da Disciplina de Obstetrícia da FMJ.

ROBERTA MARQUES GREGHI HERNANDEZ - Médica Pediatra e Neonatologista. Responsável pelo Ambulatório de Recém-nascidos de Risco do Hospital Guilherme Álvaro Médica pediatra do Banco de leite “Dra. Keiko Teruya”. Coordenadora da Rede Social de Amamentação da Costa da Mata Atlântica.

ROBERTO ANTONIO DIAS CARDOSO - Mestre em Obstetrícia e Doutor em Ciências pela Universidade Federal de São Paulo. Membro fundador e Presidente da Academia Brasileira de Ultrassonografia. Sócio-fundador e Comendador da Sociedade Brasileira de Medicina Fetal. Membro da Diretoria do Femme – Laboratório da Mulher.

RODOLFO DE CARVALHO PACAGNELLA - Professor Livre-docente do Departamento de Tocoginecologia da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas.

RODRIGO RUANO - Professor em Obstetrícia e Ginecologia e Chefe do Serviço de Medicina Materno-Fetal na Universidade de Miami, Miami. Diretor of Health Jackson Fetal Care Center. Professor Livre-docente pela Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. Professor Adjunto da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo. Chefe do Serviço de Medicina Materno-Fetal-Infantil do Grupo Américas, United Health Group Brazil, São Paulo.

ROGÉRIO GOMES DOS REIS GUIDONI - Mestre em Ciências pelo Departamento de Obstetrícia da Escola Paulista de Medicina da Universidade Federal de São Paulo (EPM/UNIFESP). Diretor Técnico da Clínica CONCEPTUS-Unidade de Medicina Fetal do ABC.

ROSIANE MATTAR - Professora Titular do Departamento de Obstetrícia da Escola Paulista de Medicina Universidade Federal de São Paulo. Coordenador a científica de Obstetrícia da Sogesp. Presidente da CNE de Gestação de Alto Risco da Febrasgo.

RUBENS BERMUDES MUSIELLO - Mestre em Obstetrícia pelo Departamento de Obstetrícia da Escola Paulista de Medicina da Universidade Federal de São Paulo.

SÉRGIO FLORIANO DE TOLEDO - Mestre em Ciências da Saúde pelo Centro Universitário Lusíada. Professor da Disciplina de Obstetrícia da Faculdade de Ciências Médicas de Santos. Título de Especialista pela FEBRASGO. Coordenador do ambulatório de endocrinopatias e gestação do Hospital Escola Guilherme Álvaro em Santos.

SILVIO MARTINELLI - Assistente Doutor da Clínica Obstétrica do Hospital das Clínicas da FMUSP. Professor titular da Disciplina de Obstetrícia da Universidade Metropolitana de Santos.

STEPHANNO GOMES PEREIRA SARMENTO - Médico-Responsável pelo Serviço de Prevenção do Parto Prematuro do Hospital. Universitário da Faculdade de Medicina de Jundiá. Diretor Administrativo do Centro Paulista de Medicina Fetal.

SUE YAZAKI SUN - Professora de Obstetrícia da Escola Paulista de Medicina da Universidade Federal de São Paulo. Mestre e Doutora em Obstetrícia pela Escola Paulista de Medicina da Universidade Federal de São Paulo e Pós-Doutora pela Harvard Medical School.

TAMARA CRISTINA GOMES FERRAZ RODRIGUES - Médica Ginecologista e Obstetra pelo Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. Mestranda Profissional pela Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo.

TATIANA EMY NISHIMOTO KAWANAMI HAMAMOTO - Mestre pelo Departamento de Obstetrícia da Escola Paulista de Medicina Universidade Federal de São Paulo.

TERESA MARIA LOPES DE OLIVEIRA URAS BELEM - Médica Pediatra e Neonatologista. Coordenadora da UTI Neonatal do Complexo Hospitalar dos Estivadores. Coordenadora da UTI Neonatal do Hospital Samaritano Higienópolis e membro do Serviço de Medicina Fetal e Infantil do Grupo Américas, United Health Group Brazil. Professora de Pediatria da Universidade Anhembí Morumbi. MBA em Gestão e Saúde pela Wharton School of the University of Pennsylvania.

THAÍS VALÉRIA E SILVA - Professora da Universidade Católica de Pernambuco. Preceptora da Residência de Ginecologia e Obstetrícia da Universidade de Pernambuco.

PREFÁCIO

Com muita honra e alegria, recebi a tarefa gratificante de escrever algumas palavras no prefácio desta obra que se inaugura. Agradeço esta oportunidade e reitero minha gratidão aos professores Enoch Quinderé de Sa Barreto, Henri Augusto Korkes, Francisco Lazaro Pereira Sousa e Ricardo de Carvalho Cavalli. Posso testemunhar a qualificação e o entusiasmo deles com densa carreira acadêmica.

Oferecer qualificação e segurança na saúde materno-infantil em nosso país tem sido uma enorme tarefa. Nos dias atuais, diante do enfrentamento da Covid-19, muito foi-se perdido diante da tragédia sanitária que nos abateu recentemente. Diante disso, muitas ações foram adiadas ou desperdiçadas em vista das necessidades urgentes que se apresentavam. Frente a nova realidade e, em especial, nas áreas da saúde materno-infantil, precisamos estar prontos para retomar, de forma qualificada, as tarefas acumuladas.

Ao longo de nossa travessia, a prematuridade sempre nos assolou diante de muitas condições clínicas intrigantes, tais como a ruptura prematura das membranas e infecções frequentemente associadas, bem como a necessidade da tomada de decisões sensíveis diante de quadros graves de pré-eclâmpsia, nos quais os riscos de morte materna exigiam a antecipação do parto. Em muitos casos, momentos críticos foram decisivos para interromper a gestação em idades gestacionais extremamente precoces onde as chances de sobrevivência do recém-nascido eram praticamente impossíveis. Acrescente-se ainda que, muitas vezes, a ocorrência de morte materna também se instalava ao redor.

Estas histórias marcantes ainda rondam a assistência materna e fetal em nosso país e, infelizmente, ações efetivas para esta redução caminham em passos muito lentos. Desta forma, tenho convicção de que os itens que compõem esta obra, em especial relacionados à prematuridade, poderão apoiar a tomada de decisões e reduzir danos maternos e neonatais.

Entretanto, um elemento intrigante ainda se sobrepõe: mesmo diante do atual nível de conhecimento dos problemas aqui relacionados, as taxas de partos prematuros e suas consequências, aparentemente, se mantêm com relativa estabilidade. Mesmo países com melhor qualificação na assistência, quando comparados com a realidade brasileira, ainda não conseguiram reduzir de forma expressiva seus indicadores.

Então, a quem se destina esta obra? Em primeiro lugar, garantir a melhor qualificação para a fixação de conhecimentos preciosos entre os que se iniciam na área, ou seja, alunos e residentes em formação. Em segundo lugar, oferecer atualização para que a melhor técnica empregada seja adotada entre os profissionais dedicados às áreas da saúde,

resultando nos melhores desfechos possíveis. Por último, inspirar pesquisas e técnicas inovadoras diante do cenário que se apresenta relacionados ao conhecimento atual.

Assim sendo, tenho ampla convicção de que esta obra irá atingir estes objetivos, considerando a qualificação e a dedicação daqueles que se debruçaram nesta tarefa.

Nelson Sass


Professor Associado Livre Docente do Departamento de Obstetrícia da UNIFESP

SUMÁRIO

CAPÍTULO 1..... 1

EPIDEMIOLOGIA DA PREMATURIDADE

Gabriela Paiva
Sue Yazaki Sun
Antonio Rodrigues Braga Neto

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.8182210081>

CAPÍTULO 2..... 10

FATORES DE RISCO E ESTÁGIOS DE PREVENÇÃO


Eduardo de Souza
Jair Luiz Fava
Rubens Bermudes Musiello

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.8182210082>

CAPÍTULO 3..... 17

CONDUTA INTEGRADA NA PREVENÇÃO DA PREMATURIDADE ESPONTÂNEA

Antonio Fernandes Moron
Stephanno Gomes Pereira Sarmiento
Marcelo Santucci França

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.8182210083>

CAPÍTULO 4..... 35

O PAPEL DO ECO GLANDULAR ENDOCERVICAL (EGE)


Claudio Rodrigues Pires
Antonio Fernandes Moron
Rosiane Mattar

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.8182210084>

CAPÍTULO 5..... 53

SLUDGE – PONTECIALIDADES E CONDUTA

Alan Roberto Hatanaka
Luiza Graça Coutinho da Silva
Antonio Fernandes Moron







 <https://doi.org/10.22533/at.ed.8182210085>







CAPÍTULO 6..... 61

VISÃO DA PREMATURIDADE SOB A ÓTICA DA ESTADIAMENTO DE RISCO

Enoch Quinderé de Sá Barreto
Rogério Gomes dos Reis Guidoni


 <https://doi.org/10.22533/at.ed.8182210086>

CAPÍTULO 7	68
INSUFICIÊNCIA ISTMOCERVICAL	
Rosiane Mattar Evelyn Trainá Tatiana Emy Nishimoto Kawanami Hamamoto	
 https://doi.org/10.22533/at.ed.8182210087	
CAPÍTULO 8	75
O PAPEL DA PROGESTERONA	
Marcelo Luís Nomura Renato Passini Júnior	
 https://doi.org/10.22533/at.ed.8182210088	
CAPÍTULO 9	89
A APLICABILIDADE DO PESSÁRIO CERVICAL NA PREVENÇÃO DA PREMATURIDADE	
Rodolfo de Carvalho Pacagnella Cynara Maria Pereira Thaís Valéria e Silva	
 https://doi.org/10.22533/at.ed.8182210089	
CAPÍTULO 10	99
CORTICOIDE ANTENATAL	
Luanda de Abreu Figueira Jacinta Pereira Matias Ricardo Porto Tedesco	
 https://doi.org/10.22533/at.ed.81822100810	
CAPÍTULO 11	114
ROTURA PREMATURA DAS MEMBRANAS OVULARES E PROFILAXIA DA SEPSE NEONATAL POR <i>STREPTOCOCOS</i> DO GRUPO B (EGB)	
Henri Augusto Korkes Sergio Floriano de Toledo Ivan Fernandes Filho	
 https://doi.org/10.22533/at.ed.81822100811	
CAPÍTULO 12	132
TRABALHO DE PARTO PREMATURO: DIAGNÓSTICO E TOCÓLISE	
Ricardo de Carvalho Cavalli Giovanna Guardia Cartolano	
 https://doi.org/10.22533/at.ed.81822100812	

CAPÍTULO 13.....	147
VITALIDADE FETAL NA PREMATURIDADE	
Tamara Cristina Gomes Ferraz Rodrigues Conrado Milani Coutinho Ricardo de Carvalho Cavalli	
 https://doi.org/10.22533/at.ed.81822100813	
CAPÍTULO 14.....	161
NEUROPROTEÇÃO FETAL	
Silvio Martinelli Paula Carturan	
 https://doi.org/10.22533/at.ed.81822100814	
CAPÍTULO 15.....	173
PREMATURIDADE ELETIVA: RELEVÂNCIA E PRINCIPAIS CAUSAS	
Francisco Lázaro Pereira de Sousa Maurício Saito Roberto Antonio Dias Cardoso	
 https://doi.org/10.22533/at.ed.81822100815	
CAPÍTULO 16.....	199
ASSISTÊNCIA AO PARTO PREMATURO	
Jussara Leiko Sato Nelson Sass	
 https://doi.org/10.22533/at.ed.81822100816	
CAPÍTULO 17.....	207
LIMITES DA VIABILIDADE FETAL	
Lilian dos Santos Rodrigues Sadeck Teresa Maria Lopes de Oliveira Uras Belem Rodrigo Ruano	
 https://doi.org/10.22533/at.ed.81822100817	
CAPÍTULO 18.....	217
ASPECTOS NEONATAIS DA PREMATURIDADE	
Ana Maria Andrélo Gonçalves Pereira de Melo Gabriel Fernando Todeschi Variane Teresa Maria Lopes de Oliveira Uras Belem	
 https://doi.org/10.22533/at.ed.81822100818	
CAPÍTULO 19.....	241
ASPECTOS NEUROLÓGICOS E ORTOPÉDICOS NO DESENVOLVIMENTO DO	

PREMATURO


Maria Lúcia Leal dos Santos
Fábio Peluzo Abreu

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.81822100819>

CAPÍTULO 20.....282

AMAMENTAÇÃO - O QUE FAZ UM PREMATURO SOBREVIVER FELIZ E COM QUALIDADE DE VIDA NO FUTURO?

Keiko Miyasaki Teruya
Roberta Marques Gregghi Hernandez

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.81822100820>

CAPÍTULO 21.....288

ENFERMAGEM: ARTE E CIÊNCIA NA ASSISTÊNCIA AO NEONATO PREMATURO E SUA FAMÍLIA

Edna Aparecida Bussotti
Erdnaxela Fernandes do Carmo Souza
Flávia Simphronio Balbino

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.81822100821>

CAPÍTULO 22.....314

ASPECTOS PSICOAFETIVOS E LUTO PERINATAL


Juliana Merilin da Silva de Oliveira
Jade Karolynna de Araújo Dias Forechi
Luis Alberto Mussa Tavares

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.81822100822>

CAPÍTULO 23.....338

O PAPEL DAS ORGANIZAÇÕES NÃO GOVERNAMENTAIS (ONGS) NO CONTEXTO DA PREMATURIDADE


Aline Hennemann
Daniel Simões neris
Denise Suguítani

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.81822100823>

CAPÍTULO 24.....363

ASPECTOS NUTRICIONAIS NA PREMATURIDADE

Henri Augusto Korkes
Carolina Pimentel
Ivan Fernandes

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.81822100824>

CAPÍTULO 25.....375

PREMATURIDADE E TRIAGEM NEONATAL

Armando A. Fonseca

Cecília Micheletti

Jacqueline H.R. Fonseca


 <https://doi.org/10.22533/at.ed.81822100825>

CAPÍTULO 26.....388

CUSTOS DA ASSISTÊNCIA A PREMATURIDADE

Filomena Bernardes de Mello

Ana Lucia Goulart

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.81822100826>

Data de aceite: 09/08/2022

Juliana Merilin da Silva de Oliveira

Jade Karolynna de Araújo Dias Forechi

Luis Alberto Mussa Tavares

A NEONATOLOGIA E O SOFRIMENTO

A neonatologia moderna é uma modalidade recente da atividade de cuidado em saúde. Foi somente no século XIX, graças ao obstetra Pierre Budin, através do desenvolvimento de técnicas de atenção com a alimentação de bebês prematuros, que a neonatologia surgiu como ciência especialmente dedicada ao cuidado neonatal.

Com sua chegada, a mãe foi aos poucos afastada do cuidado do seu filho, cuidado esse assumido pelo profissional, que, em nome dessa ciência nascedoura, passou a estabelecer procedimentos, normas, condutas e tornar-se o protagonista do cuidado.

A neonatologia cresceu desde então e é inegável que prestou desde aí serviços de qualidade inquestionável aos recém-nascidos. O avanço na descoberta de tratamento para males antes considerados sem solução foi aos poucos motivando cada vez mais novas pesquisas

e novas descobertas, e sempre trazendo consequências que passaram a marcar essa era que passamos a conhecer como a era da tecnologia em saúde.

O profissional de saúde foi aos poucos aprendendo a se alinhar com a necessidade cada vez maior de curar e tratar o mal que se apresentava à sua frente. Isso gerou nesse profissional, sem que ele percebesse, uma forma de conduta que podemos conhecer hoje como obstinação terapêutica. Dentro desta perspectiva, ele foi perdendo o sentido de até onde devia e pode ir, porque foi se habituando a seguir um caminho único de continuar sem limites até o fim. E, quando, por algum motivo não encontrava sucesso nas suas investidas de tratamento, este profissional, sem perceber seu papel de cuidador, se sentia frustrado e derrotado, quando na verdade estava o tempo inteiro ao lado e dando apoio a quem cuidava. Mas a obstinação o adoeceu. E foi se tornando preciso rever esse desvio da forma de cuidar.

Mas a mesma neonatologia que fez o profissional acreditar-se magnífico, insuflou o coração de centenas de milhares de mães no mundo inteiro em busca da cura dos males de seus filhos. Milhares desses bebês receberam de volta a saúde e o bem-estar por conta do amparo e da tecnologia aplicada por uma neonatologia

cada vez mais moderna, cada vez mais mínima, cada vez mais detalhista. Mas também cada vez mais cara e cada vez mais acessível a cada vez menos pessoas.

A ciência sempre foi um retrato da desigualdade social do planeta. Entretanto, cada vez que a ciência aumenta a esperança, porque já é capaz de curar tal mal, e não cura, seja o motivo porque a instituição não tem aparelhos ou dispõe somente três aparelhos no estado, ou porque não há vagas, ou algo parecido, quando isso acontece, a dor e o sofrimento de toda uma família se multiplicam, pois ver a esperança se esvaír por uma possibilidade que a ciência disponibiliza, mas que a realidade não coloca ao seu alcance é um punhal e dói como uma ferida que não cicatriza.

A neonatologia cresceu muito nas últimas décadas. Mas organizou inúmeras exposições de bebês prematuros vivos em incubadoras no início dos anos 1900, nos Estados Unidos, como se esses bebês fossem peças de um grande espetáculo que no final das contas promoveu a ciência e a tecnologia como o milagre de uma era moderna e salvadora.

A neonatologia cresceu muito nas últimas décadas. Mas foi somente no final dos anos 1970, na Colômbia, que os médicos Edgar Rey e Hector Martinez, através do Método Mãe Canguru, trouxeram de volta a mãe para o cuidado neonatal, e mesmo sendo combatidos em suas sociedades médicas, resistiram e, hoje, graças a sua perseverança e resistência pacífica e serena, o Método Mãe Canguru é uma prova rara da redenção da ciência à humanidade e ao cuidado.

A neonatologia cresceu muito nas últimas décadas. Todavia, ela não aprendeu ainda a lidar com a perda. E deve isso ao seu olhar hipertrofiado para a cura biológica. Nas escolas de saúde, aprendemos normas, condutas e rotinas, mas o sofrimento humano não está nas páginas de nossos livros. A dor está lá, mas não a solidão materna.

As instituições ainda se comparam por índices de óbitos, nunca por índices de sofrimento. Sofrimento de seus pacientes. Sofrimento de seus profissionais. É comum ouvir um médico dizer: “no meu plantão ninguém morre”. Não é comum ouvir um médico dizer: “no meu plantão ninguém sofre”. Porque médicos sofrem. E pacientes sofrem. E suas famílias. E toda sociedade sofre com isso. Os profissionais que aparentemente são frios e demonstram que não se importam com a dor alheia, não oferecem acolhimento, nem apoio, nem trazem no seu olhar sinais de delicadeza e consideração por quem pede carinho por olhos tristes e cansados, muitas vezes são profissionais que não souberam lidar com a dor alheia, por isso se trancaram para ela. Talvez não sejam o mal em sua essência. Estão apenas, muitas vezes, se protegendo numa forma profunda de desgaste pouco reconhecida. Se exilaram e agora são exilados, pela maioria como maus profissionais,

quando tudo que precisam é acolhimento e escuta.

Debaixo de todo esse peso está o sofrimento materno e familiar de um bebê que se vai ou que se encontra numa situação difícil. Uma mãe que não encontra eco para os gritos mudos de seu coração. Para o socorro de que necessita. Um personagem que representa a guinada que a ciência precisa dar até perceber que o olhar para a fisiologia do recém-nascido necessita estar acompanhado deste mesmo olhar para sua família nesta hora.

A neonatologia cresceu muito nas últimas décadas. Em pouco mais de dois séculos de história, desvendou os mistérios da biologia do neonato a níveis jamais imaginados quando tudo começou, mas ao mesmo tempo em que a sobrevivência neonatal mudava absurdamente sob a ação da tecnologia, a quantidade de bebês e famílias que passaram a viver a necessidade de suporte clínico e emocional aumentaram exponencialmente em todo o planeta, e este percebeu que não se preparou para dar suporte ao resultado das suas iniciativas. A cada ano aumenta em todo mundo o número de nascimentos prematuros, e entende-se com isso, o número de bebês e de famílias precisando de suporte, e, dependendo das condições sociais do atendimento, o número de perdas, o volume de sofrimento.

Mas é de Patch Adams¹ a frase que diz: “Ao cuidar de uma doença você pode ganhar ou perder. Ao cuidar de uma pessoa você sempre ganha.” Então a ciência precisa compreender, de uma vez por todas, que é possível ganhar sempre. É necessário ao ser humano cuidar do ser humano em primeiro lugar.

A tarefa da neonatologia não termina enquanto existir sofrimento a ser cuidado. Sofrimento físico, sofrimento espiritual, sofrimento familiar, sofrimento social e sofrimento emocional.

Estamos dando os primeiros passos na direção de uma longa caminhada de proteção e cuidado. Ainda há muito o que fazer, um universo a ser enfrentado, sendo preciso olhar as dores por trás da dor que se apresenta a mais evidente e cuidar da pessoa humana, a que está dos dois lados do leito, e seguir em direção a um futuro melhor. Que o amor seja nossa grande fonte de inspiração para todo o sempre.

A MATERNIDADE DESCONSTRUÍDA DIANTE DA REALIDADE DA PREMATURIDADE

Ao tornar-se mãe, a mulher é impulsionada a mudar sua rotina e afazeres a fim de responder às mudanças decorrentes da maternidade, as quais influenciarão na construção da identidade ocupacional materna². A maternidade, como ocupação e as implicações de se tornar mãe de um bebê pré-termo, somadas ao contexto de internação do filho,

geram uma repercussão significativa na vida da mulher que abdica dos demais papéis para acompanhar o recém-nascido durante o período de hospitalização.

O processo de construção desta identidade materna é percebido como complexo e influenciado socialmente, sendo suscetível a mudanças e às ressignificações vivenciadas pela mulher que se tornou mãe. E ser mãe de um bebê prematuro exige adaptação, pois a maternidade exercida durante a internação do filho poderá ser afetada pela separação precoce, diminuição da possibilidade de contato pós-parto e pela necessidade de lidar com a condição de prematuridade³.

Sendo assim, as mães de prematuros apontam interações limitadas em razão da separação física e da falta de oportunidades habituais de contatos com o filho, manifestando sentimentos de ansiedade, culpa e insegurança para assumir o cuidado com o bebê. Além disso, a mãe convive constantemente com a iminência da morte e a incerteza da evolução clínica do bebê. Quando ocorre a morte do bebê, sucede uma desconstrução da maternidade, ou seja, a perda da identidade materna. Nesse sentido, o óbito do filho poderá comprometer o comportamento da mãe e do pai muitas vezes, potencializando o sofrimento mental e impactando diversas esferas da vida.

Quando olhamos especificamente para a mãe, estas, além de perderem o filho, também perdem a vida que planejaram com ele. Pois tudo que uma mãe e um pai sonham é que após o parto eles possam cuidar de seu bebê em casa.

Entretanto, infelizmente, nem sempre é isso que acontece, pois de acordo com o segundo novo relatório de uma coalizão global que inclui o Unicef e a Organização Mundial da Saúde (OMS), quase 15 milhões de bebês em todo o mundo nascem cedo demais e pequenos demais a cada ano e precisam de cuidados especializados para sobreviver. Ele ressalta também que muitos sobreviventes enfrentam uma vida inteira de deficiências, incluindo dificuldades de aprendizagem, problemas visuais e auditivos, entre outros⁴.

No Brasil, o nascimento de bebês prematuros corresponde a 12,4% dos nascidos vivos, de acordo com dados do Sistema de Informações Sobre Nascidos Vivos (Sinasc)⁵ do Ministério da Saúde. A prevenção de mortes e complicações do parto prematuro começa com a saúde da mãe. Porém, o que mais se vê nas UTIs Neonatais do Brasil é um despreparo dos profissionais ao lidar com as mães e pais desses bebês neste período e após a internação, sobressaindo a falta de acolhimento quando o bebê vem a óbito.

Relatos de mulheres⁶ que tiveram um bebê prematuro retratam que, além do sentimento de incapacidade, da dor do parto e da cirurgia muitas vezes, da culpa, da impotência, de que eram deixadas totalmente em segundo plano e ainda eram cobradas a “aguentar e ser forte” como se não tivessem fragilizadas pela situação em que vivenciavam,

assim como, eram cobraram a não sucumbir em nenhum momento. Inclusive quando isso acontecia, não havia ninguém para ajudar, ninguém para orientá-las a fazerem algo além de ir e voltar do hospital, demonstrando preocupação e cuidado inclusive da saúde mental delas, ninguém perguntava se elas estavam se alimentando, se estava se hidratando, pois se ela não se hidrata o leite poderia não ser tão bom.

Enfim, ponderando que naquele local, a UTI Neo, o bebê era o paciente, fica a pergunta: e a mãe? Quem é a mãe neste contexto?

A mãe, esta mulher que diariamente se desdobra para estar o máximo de tempo com o seu filho internado, que doa tempo e disposição, já que o cuidado não cabe a ela neste momento, precisa ser olhada e precisa de cuidados, pois quando se atenta para uma mãe que tem seu filho prematuro em uma UTI Neo, é evidente o seu sofrimento. Esse sofrimento poderia ser diminuído se houvesse uma conversa acolhedora com apoio, preferencialmente, da equipe multihospitalar.

O sofrimento precisa ser acolhido pelos profissionais, inicialmente, por quem vai oferecer as informações sobre o bebê, ou seja, pela equipe médica, depois por enfermeiros, psicólogos, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais e assistentes sociais, visto que, o que mais se ouve é sobre o medo da perda e de sequelas por parte destes pais, principalmente das mães que se encontram numa grande solidão, onde vão e voltam dos hospitais por dias e até mesmo meses, ordenhando leite, afastadas de amigos e familiares, com isso a identidade pessoal vai se esvaindo com o tempo, muitas vezes, ela acaba perdendo emprego e, não raramente, o casamento, mas permanece buscando sempre a fé e esperança.

Essa família, esses pais sem bebê não são vistos como importantes, não são cuidados, não recebem afeto, não recebem visitas e às vezes, nem atenção das pessoas próximas, afinal de contas, não há bebê em casa. Além de sair do hospital, depois da alta, de colo vazio em meio a tantas famílias felizes com seus bebês nos braços.

Sendo assim, esses pais já podem desenvolver sentimentos comuns ao luto, como expressões de raiva, sentimento de culpa, autorrecriação, ansiedade, solidão, fadiga mental, desamparo, choque, estaremcentimento, tristeza profunda, angústia, descrença, confusão e são, muitas vezes, confundidos com depressão⁷.

Semelhantes são mulheres que relatam terem desenvolvido doenças psicossomáticas após o período de UTI, mesmo os filhos tendo sobrevivido. No caso de filhos terem morrido, a maioria das mães não são orientadas e acompanhadas, como se a história destes bebês tivessem acabado ali, sendo assim, elas não se permitem se sentirem frágeis, muitas não falam mais em seus filhos e tudo que viverem com eles, vão lidando da maneira que

conseguem e com isso sempre fica uma cicatriz que não some nunca, tenha filho vivo ou tenha filho morto.

Quem cuida das mães de UTI?
Que esperam por seus filhos, assustadas?
Quem toma-lhes as mãos, frágeis e trêmulas?
Quem seca-lhes as lágrimas sentidas?
Quem abranda-lhes as feições apavoradas,
E as suas noites de sono mal dormidas,
E os seus dias inteiros, pensativas,
E as suas horas inteiras, angustiadas?

Quem cuida das mães de UTI?
Que oram por suas crianças internadas?
Quem descobre seus medos escondidos?
Quem compreende suas culpas descabidas?
Quem dá voz às suas vozes paralisadas?
E os seus corações que mal se aguentam,
Quem ouve, quem entende, quantos tentam?
Quem dá colo a sua dor desfigurada?

Quem cuida das mães de UTI?
Que sabem pensar em seus filhos e em mais nada?
Quem oferece-lhes repouso e abrigo?
Quem dá-lhes um pouco de paz e de água fresca?
Quem torna suas esperanças renovadas?
Quem mostra-lhes que há luz por entre os sustos?
Quem observa essa suavidade dos seus rostos?
Quem doa seu tempo a essas mães despedaçadas?

Quem cuida das mães de UTI?
Que decoram de seus filhos suas risadas?
Que caminham lento por entre monitores,
Que esbarram em incubadoras, distraídas,
Que aprendem palavras estranhas, pouco usadas,

Que tocam seus bebês em berços aquecidos,
Que enxergam detalhes quase despercebidos,
Que cultivam felicidades adiadas?

Quem cuida das mães de UTI?
Que vivem pros seus filhos, agoniadas?
Quem explica sua força contagiante
Capaz de fazê-las sorrir, mesmo se tristes,
Esperançando as horas arrasadas?
Quem cuida das mães de UTI, mães silenciosas,
Quem cuida das mães de UTI, mães preciosas,
Quem cuida das mães de UTI, mães extremadas?
(Dr. Luis Alberto Mussa Tavares)

PERDA PERINATAL, LUTO MATERNO E PATERNO.

Quando ocorre a perda perinatal, ocorre também uma desconstrução da maternidade, ou seja, a perda da identidade materna. Nesse sentido, o óbito do filho poderá comprometer o comportamento da mãe e do pai, muitas vezes, potencializando o sofrimento mental e impactando nas diversas esferas da vida⁷.

Para este tipo de perda, muitos acreditam que não há motivo para luto, pois é como se o amor pudesse ser medido pelo tempo de convivência com o filho, desconsiderando as fantasias e vínculos estabelecidos. Por isso, é comum não haver espaço para rituais de despedida quando a morte acontece tão precocemente dentro dos hospitais brasileiros.

Levando em consideração a complexidade de diferentes pontos de vista sobre a morte e o luto, considera-se emocionalmente, como óbito fetal, a morte do feto ou do embrião, em qualquer momento da gravidez, na qual os pais já possuem uma relação com este bebê que está por vir e já o considere como filho.

Ao falarmos em mortes perinatais, é importante pensarmos sobre o que estamos conceituando por esta morte particularmente. Segundo a definição do Ministério da Saúde⁸, óbito fetal é descrito como óbito intraútero, ocorrido a partir da 22^a semana completa de gestação, ou com peso igual ou superior a 500g, até o momento do parto. Essa é a definição utilizada pela legislação, e para ser considerado um óbito fetal, a morte deve acontecer antes da expulsão ou de sua extração completa do corpo da mãe. Antes da vigésima segunda semana de gestação, se o feto morre considera-se que não havia ainda

uma vida completa.

No Manual de Vigilância de Óbito Infantil e Fetal⁹, elaborado pelo Ministério da Saúde em 2009, reconhece-se que a mortalidade fetal ainda é pouco estudada e não há muitos dados e análises disponíveis na literatura e estatísticas brasileiras, reflexo da baixa visibilidade, interesse e compreensão em torno desse tipo de morte. As constantes subnotificações do óbito fetal no nosso país comprometem o real dimensionamento do problema. A taxa oficial de mortalidade fetal (contadas a partir da 22^a semana de gestação) no Brasil equivale, aproximadamente, a onze mortes fetais para cada mil nascidos vivos, sendo ressaltado pelos próprios órgãos de pesquisa que essa taxa, na prática, é ainda maior. Quando consideradas todas as mortes intraútero, acredita-se que uma em cada cinco gestantes passam por essa experiência¹³. As mortes neonatais são consideradas em bebês a partir do primeiro dia até 28 dias de vida e pós-neonatal a partir do 28^o dia até completar o primeiro ano de vida, de acordo com Ministério da Saúde¹⁰.

Entretanto, determinar quando a vida tem início é uma das questões mais delicadas da atualidade e não deve ser assim compreendida. Para alguns pais, se trata mesmo de um bebê já no início da gestação desde o “positivo”, para outros permanece como um feto ainda sem uma antecipação de sua humanização.

Quando acontece a perda de um filho antes ou logo depois do nascimento, há a impressão de que se interrompe com a ordem natural da vida, assim como interrompe os sonhos, as esperanças, as expectativas que geralmente são depositadas na criança tão esperada. A morte de um feto é a morte de um sonho, assim como a morte neonatal e esse luto é muito mais complicado de se elaborar.

Ao falarmos em luto, Sigmund Freud é uma referência, pois foi o primeiro pesquisador que o descreveu como algo doloroso, por haver a perda de um objeto de amor. Para ele, o luto não é uma doença, ou seja, não é uma patologia, já que pode ser superado com o passar do tempo. Ainda assim, Freud acreditava que era muito difícil deixar de desejar aquilo que fora perdido. Esse processo, o do luto, era considerado, na obra *Luto e Melancolia*¹¹, como algo que iria ocorrer lentamente, e desta forma, o enlutado poderia apresentar um desinteresse pela vida.

Após os estudos e conclusões de Freud sobre o luto, outros autores descreveram esse processo. Entre eles, John Bowlby, que nomeou o luto como consequência ao rompimento de um vínculo afetivo¹².

Referente às perdas e ao luto, esse processo ocorre em quatro fases, que não são definidas de forma inflexível quanto ao tempo, e que também permite haver oscilação entre duas delas durante o processo. A primeira fase é denominada de torpor, que geralmente é

o choque inicial, no qual o enlutado tem dificuldades de acreditar que a perda é real. Essa fase pode durar de horas até semanas e poderá ser interrompida por manifestações de raiva ou consternação; a segunda fase, denominada de anseio e busca, seria a busca da figura que foi perdida, sentimentos ambivalentes podem surgir, em razão do processo ainda ser inicial, sendo capaz de haver uma oscilação entre a realidade da perda e a descrença do seu acontecimento. Sinais podem ser interpretados como um retorno da pessoa perdida e esse comportamento representa a esperança em ter o ente querido de volta. A terceira fase, desorganização e desespero, é caracterizada pela percepção real, a consciência de que a pessoa perdida não irá mais voltar. Essa consciência pode trazer reações como angústia, depressão, ansiedade, entre outras. E, por fim, a reorganização, onde o enlutado se dá conta de suas oscilações emocionais, percebendo que a perda é permanente e que sua vida deve ser ressignificada, e que dessa forma, precisará fazer uma mudança comportamental e identitária em sua vida¹².

Já Worden¹³, outro estudioso, oferece um modelo mais simplista que considera quatro tarefas a serem completadas no trabalho do luto. O autor optou pelas “tarefas” e não “fases”, por acreditar que nelas, há a possibilidade do sujeito ser ativo no processo de integração da perda, podendo agir diante de seu sofrimento. O processo do luto pode ser muito doloroso e assustador, pois sempre há uma mudança na concepção de si a partir daquela perda, fazendo com que o enlutado não mais assume o papel que tinha, mas sim tendo que se recriar.

O estudo do luto conta com contribuições fundamentais de Colin Murray Parkes¹⁴ considerado o maior estudioso sobre luto na atualidade, que o definiu como: Uma reação a qualquer perda significativa, seja essa perda concreta ou simbólica, só podendo haver luto quando há um vínculo significativo entre o “objeto perdido” e, no caso em que ocorre a morte, o sobrevivente. A perda desse vínculo causa imenso pesar, sendo esta reação tão poderosa que, por algum tempo, obscurece todas as outras fontes de dificuldade.

O luto é uma ruptura de um vínculo, um processo que não acompanha uma ordem e um impacto profundo que não tem data limite para acabar, é algo que estará sempre na vida das pessoas que sobreviveram, afinal, o vínculo e a relação estarão sempre na memória do enlutado, sendo constantemente lembrado de sua perda. Esse processo é extremamente particular, não havendo uma forma certa ou errada de viver essa perda¹⁵.

Também pode ser classificado de diversas formas, entre elas, como “não reconhecido”. O termo “luto não reconhecido” foi cunhado por Doka¹⁶ e é utilizado quando há a experiência da perda, embora não seja admitida abertamente. Dessa forma, o luto não pode ser expresso ou socialmente suportado. O não reconhecimento pode acontecer quando a sociedade inibe o luto ao estabelecer normas sobre quando, quem, por quem,

onde e como deve ser o luto.

Assim, quem foge a esse padrão tem seu direito ao luto negado, portanto, essas pessoas vivenciam um isolamento social e um silêncio tácito bastante danosos para sua elaboração. A não permissão de viver o luto pode ser tanto dada pela própria pessoa, quanto pela sociedade, e acontece por diversas razões. Reconhecer a dor é admitir uma coisa como verdadeira, não o fazer pode ocorrer por ignorância de sua existência, por ambiguidades existentes ou para se defender de uma emoção que ela provoca¹⁷.

No luto não reconhecido há um fracasso do ambiente social em oferecer suporte e aceitação ao enlutado, que lhe garantiriam segurança, conexão e pertencimento. Por isso, os grupos de ajuda mútua podem fornecer um importante espaço de elaboração e expressão da perda, garantindo o sentimento de compreensão e pertencimento ao enlutado, encontrando pessoas que passaram por uma situação parecida e que podem compreender e apoiar os sentimentos do luto. Doka afirma que o luto não reconhecido traz para o enlutado pouca ou nenhuma oportunidade de viver sua perda em público.

Na perda gestacional e neonatal, os lutos envolvidos devem considerar desde a morte física do filho até todos os sonhos, fantasias e planos envolvidos na maternidade e paternidade. Há, portanto, um luto tanto pelo filho imaginado quanto pelo filho real.

O luto perinatal é um tabu em nossa sociedade e tem sido descrito pelos autores acima citados, como uma vivência particular, não autorizada e reconhecida. Entretanto, há poucos estudos nesta temática.

Diante disso, pouco se tem documentado sobre qual é o tipo de acolhimento ofertado ou que deveria ser oferecido a estes pais e mães no momento da notícia da perda e assistência nos momentos seguintes - como estes pais gostariam que fosse lhes dado a notícia da morte, qual tipo de acompanhamento e assistência deveriam ser oferecidos pela instituição hospitalar, como eles gostariam que seus bebês fossem tratados até o momento da despedida definitiva e como eles acreditam que deveria ser o ritual de despedida de seu filho.

Assim, a cultura na qual o indivíduo viveu, cresceu e moldou seus comportamentos passa a ser a protagonista nessa não autorização. As normas e valores da cultura são fundamentais personagens nos lutos não reconhecidos.

Antigamente, a atitude perante a morte era mais natural, uma vez que era vista como familiar e esperada¹⁸, sendo um processo natural da vida. Ela deveria ser anunciada por um ritual, pois a morte repentina era considerada infame e vergonhosa. Havia muitas cerimônias de despedida, aproximando a morte às pessoas, entendida como um processo completamente natural.

Quando a morte ainda era “domada”¹⁸, os rituais eram bem-vindos e faziam parte do processo de elaboração do luto. Hoje em dia, a sociedade ocidental tem uma urgência com relação aos funerais, o que pode talvez ser uma tentativa de evitar o confronto com a dor da perda.

Entretanto, o ritual é definido como um poderoso ato simbólico que confere significado a certos eventos da vida ou experiências. São veículos poderosos que provêm estrutura e oportunidade para conter e expressar emoções. Eles permitem que a comunidade testemunhe e intérprete um acontecimento. Os rituais são um direito, frequentemente, negado aos enlutados por perda não reconhecida. A sociedade atual cultua um certo amedrontamento pela morte, culmina em pouco ou nenhum ritual.

Existe no Brasil uma Lei¹⁹ que pontua a importância de que seja realizado o atendimento humanizado, em que seja reconhecido o conjunto das necessidades dos indivíduos envolvidos na atenção à saúde, como também na atenção ao óbito neonatal, inclusive pontua a necessidade do acolhimento, inclusive nestes casos.

Como valor das práticas de saúde, o acolhimento é construído de forma coletiva, a partir da análise dos processos de trabalho e tem como objetivo a construção de relações de confiança, compromisso e vínculo entre as equipes/serviços, trabalhador/equipes e usuário com sua rede socioafetiva⁸.

A instituição hospitalar e os médicos devem ter conhecimento sobre as políticas públicas de saúde, reconhecendo os direitos da família e mediando, junto às situações de óbito, as quais representam a concretização dos objetivos do Sistema Único de Saúde (SUS), pelo menos em teoria, no que concerne à humanização da atenção. É importante ressaltar que o dever quanto ao acolhimento respeitoso e humanizado é de toda a equipe de saúde e não somente dos profissionais envolvidos diretamente, como os médicos e equipe de enfermagem.

O acolhimento é uma forma de operar os processos de trabalho em saúde, em busca de atender a todos os que procuram esses serviços, ouvir seus pedidos e assumir uma postura capaz de acolher, escutar e oferecer respostas adequadas aos usuários da Instituição. Na perspectiva de assistência às pessoas enlutadas, esta deve ser entendida para além de questões físicas, lembrando-se que muitas vezes é necessário haver uma rede de apoio a toda a família e não somente aos pais. Assim como a oferta de apoio em relação aos assuntos burocráticos com acolhimento e empatia, pois muitas vezes é o pai que resolve tais assuntos e nem sempre ele está em condições de fazê-lo.

Quando o bebê tem um tamanho e peso considerados suficientes para que seja enterrado, geralmente, o pai soluciona as questões burocráticas do serviço, e por ainda

estarem hospitalizadas, muitas vezes, as mães não podem participar dos rituais. Isso pode auxiliar numa complicação da elaboração do luto, pois, afinal, não houve tempo e momento para se despedir, concretizar a perda, chorar sua dor, ser amparado e poder falar sobre o filho, os sonhos e o desespero em não o ter mais por perto.

Mesmo após o enterro, diversos rituais podem ser feitos, se o pai e mãe se sentirem à vontade. Eles encontrarão uma forma que tenha sentido e significado para os dois, porque o processo de luto é muito singular. Todavia, muitas vezes muitas perguntas precisam de resposta, como: o que guardar quando o bebê nem saiu do hospital, nem usou roupas e acessórios, nem fotos foi possibilitado tirar dele?

Muito pode ser feito para que o processo de luto seja amenizado após a perda, na qual é possível registrar os momentos, únicos muitas vezes, de contato da mãe e sua família com o bebê morto e sua passagem por aqui.



Figura 1 e 2 - Mães se despedindo dos filhos prematuros de forma respeitosa. Fonte: Fotógrafa Paula Beltrão.

Independentemente da idade gestacional ou do tempo de vida deste bebê é possível realizar diversas “memórias” com ele, para que a sua família possa ter um processo de luto mais ameno e com recursos para atravessá-lo.

Só foi possível que eu soubesse de tais possibilidades quando, com a perda de meu filho ainda em meu ventre as quarenta semanas de gestação, em abril de 2019. Eu não tive a oportunidade de me despedir dele de uma forma respeitosa, paciente e empática. Então pude sentir na pele a dor e a solidão de estar na posição da mãe enlutada e sem apoio. Consequentemente, surgiu em mim o questionamento sobre o porquê de não me oferecerem este tipo de despedida e uma assistência adequada. Igualmente, pude perceber o quanto é importante e urgente uma mudança dentro das instituições hospitalares no que se refere ao acolhimento de pais e mães enlutados decorrentes da morte de seu bebê, sendo durante a gestação ou nos dias, semanas ou meses seguintes ao seu nascimento.

Posto isso, decidi criar um grupo de apoio a pais e mães que vivem ou já vivenciaram o luto perinatal. Assim, nasceu o Girassol, um grupo de apoio à perda gestacional, neonatal e infantil, na cidade de Sorocaba, interior de São Paulo, que conta com apoio de psicólogos e obstetras de alto risco nas conduções das reuniões de acolhimento presenciais e *on-line* que acontecem bimestralmente e oferece acolhimento, apoio e troca de experiências gratuitamente.

Com a criação e condução do Girassol, somado a minha vivência pessoal e os testemunhos de pais e mães participantes, percebi o quanto a dor e sofrimento decorrente da falta de acolhimento adequado e ritual de despedida de nossos filhos reflete e afeta as nossas vidas e a partir de então milito em minha cidade, e além dela, em favor do acolhimento às mães de prematuros, mães enlutadas devido à prematuridade, ao direito da despedida respeitosa e da humanização da morte, principalmente no que se refere às perdas perinatais.

A partir de uma pesquisa realizada em março de 2022, mães enlutadas responderam a um questionário na página do Grupo Girassol e os seus relatos estão descritos abaixo e servem para elucidar a realidade encontrada nas maternidades de todo o Brasil.

Nesta pesquisa, a metade das mães entrevistadas expressaram que os médicos não passaram todas as informações que acreditavam serem necessárias antes do bebê morrer, conforme verificado na fala a seguir:

“Não explicam direito, apenas falavam ser delicado e cada profissional é de uma forma. O que confundia muito os meus pensamentos. Enquanto um dizia: Amanhã ele vai mamar, o outro dizia: Você sabe que é extremamente delicado e difícil ele sobreviver. Essa mistura de informações dificultou muito o meu entendimento” (Giovana).

A metade das mães que responderam à pesquisa, informaram estarem satisfeitas com a comunicação da equipe médica, relataram a importância de receberem as informações de forma clara, sem linguagem técnica, sendo que esta estava alinhada entre

todos os membros da equipe de cuidado, sem existir contradições entre os profissionais, onde todos eram sinceros com o risco que a situação implicava, conforme verificado na fala a seguir:

“Os médicos foram bem sinceros desde o início e nos explicaram todos os riscos”. (Patrícia)

Quando perguntadas sobre como receberam a notícia e quem repassou a informação de que seu bebê havia falecido, as que estavam satisfeitas com a forma comunicada alegaram que obtiveram o conhecimento através do médico responsável, e que este comunicou de forma acolhedora, permitindo ambos os responsáveis no local, disponibilizando o tempo necessário para realizarem a despedida, garantindo que havia feito tudo ao alcance para garantir à vida do bebê, além de falar do mesmo com muito respeito. Como nas falas:

“Recebi a notícia da médica responsável pelo setor da UTI e do médico que estava cuidando dele após a troca de plantão. Foram bem humanos na hora de comunicarem, fizeram com que ainda sentíssemos orgulho do nosso filho, falando que ele foi forte até o fim. A despedida foi super emocionada com todos nos dando total apoio.” (Verônica)

“A equipe permitiu que eu e meu marido ficássemos o tempo que fosse necessário com ela. A entregaram em nossos colos e nos deram seus pertences. Ao menos a despedida foi do jeito que precisamos. Não sei ao certo quanto tempo foi. O suficiente nunca será, mas foi o bastante para podermos cheirar, carregar e registrar cada detalhe dela.” (Mayara)

“A Pediatra me deu atenção, explicando o que tinha acontecido e o quanto tentaram salvar ela, sendo sincera. Não me lembro exatamente das palavras dela, hoje isso é um borrão na memória. Eles a trouxeram, deixaram eu ficar com ela no colo, me deram espaço, me respeitando e respeitando a minha dor naquele momento.” (Angélica)

As mães que relataram insatisfação, alegaram que a forma como foi dita a informação não foi como esperavam, pois, além de ser uma realidade não imaginada de se enfrentar, a maneira que repassaram a informação foi desumana e não acolhedora, por vezes até dando a entender as frases ditas como uma espécie de culpa ou responsabilidade do falecimento sobre os pais. Assim como não garantiram a privacidade para a despedida, o contato com o bebê e rituais que os pais consideravam importantes, como tirar fotos, segurar no colo e ter tempo para a despedida. Demonstrados nos relatos a seguir:

“No dia da morte, não perguntaram se tinha alguém comigo, entrei primeiro por ser mãe e ter acesso livre. A médica me parou e jogou na lata que minha filha tinha falecido, sem mais nem menos, dizendo que tinha tido três paradas e na última não conseguiram reanimá-la. Ainda completou com: “Ela poderia ficar com sequelas”, como se isso fosse o conforto para quem acaba de

perder um filho.” (Mayara)

“Não tive nenhum acolhimento. O máximo que ouvi foi a frase clichê: “Você ainda é jovem e logo estará grávida novamente”. Outros profissionais perguntaram se eu não tinha percebido que o meu filho estava correndo risco, colocando disfarçadamente a culpa sobre mim”. (Juliana)

“Quem me deu a notícia foi o médico da ultrassonografia, ele disse: Saco gestacional, vesícula vitelina, embrião. Eu sinto muito Márcia! Sem os batimentos cardíacos. Localizado na trompa esquerda, com o DIU no lugar. Não tive despedida ou pude enterrar. Simplesmente mandaram meu bebê para biópsia, só pra confirmar que foi uma gravidez ectópica.” (Márcia)

“Não pude nem ao menos tocá-lo. Na hora do parto, a médica ainda perguntou se eu queria vê-lo, mas devido ao choque e à grande dor, eu não consegui. No mesmo instante, o levaram para o necrotério e eu não pude me despedir.” (Juliana)

“Gostaria de ter dado colo já que era tão grave e a chance de morte enorme, poderiam ter me dado a opção de escolha mesmo diante dos riscos. Após a morte, queria foto, carregar o bebê peladinho ou com uma roupa da minha escolha, e não embrulhado em um lençol como tive a experiência do primeiro colo. Fiquei com a sensação de frieza e que não pude dar 1 minutinho de colo que ele tanto merecia”. (Giovana)

Ao entrevistar as mães sobre existir algo que gostariam que tivesse sido feito diferente, algumas sinalizaram aspectos simples e que poderiam ter sido proporcionados de maneira bem prática, como por exemplo ter uma fotografia do filho e também com ele, ter mais tempo para se despedir, ficar em um local separado de outras mães com bebês recém-nascidos e receber orientações em como proceder nas questões burocráticas relacionadas ao enterro. Como nas falas a seguir:

“Gostaria de ter tido mais fotos delas.” (Tatiane)

“Única foto que tenho dele é no caixão”. (Aline)

“Gostaria de ter mais tempo na despedida, pois não consegui ir ao enterro”. (Gabriely)

“Fiquei em um quarto com mães com seus bebês, o choro deles eram como fachadas, não por eles, mas por saber que jamais ouviria o choro da minha filha. Foi muito doído o fato de que eram todas meninas lá, inclusive uma tinha o mesmo nome que minha anjinha.” (Angélica)

“A questão de estar em outros quartos com mães e seus bebês, me deixou desconfortável em ter que se justificar a todo momento onde estava meu filho.” (Aline)

“Ninguém veio até nós. Apenas entregaram um papel para resolvermos a parte burocrática de velório/enterro. Quem em sã consciência após perder um filho consegue ir atrás disso?” (Mayara)

Algumas mães sinalizaram ainda, aspectos acolhedores e que podem ser disponibilizados para outros pais que passam pela experiência de perda, como nos

seguintes relatos:

“Me deixaram pegar no colo e me despedir dela dentro de uma sala isolada. Foi muito importante”. (Patrícia)

“Quando chegamos a maternidade ela já tinha falecido. Nos colocaram em uma salinha. Ela estava enroladinha em um bercinho, já fria. Mas a desenrolaram, tiraram a touca, e pude a pegar no colo, sentir seu cheiro e ver a perfeição do ser mais lindo do mundo”. (Patrícia)

Poder dar um nome a este luto é muito importante na elaboração da perda, colocando o enlutado em um lugar central, de protagonismo e validação¹⁷, assim como validar os desejos dos pais no momento da morte.

Tendo em vista a importância da rede de apoio aos pais enlutados e à sua família, a escassez de investigações sobre o tema da atenção primária em acolhimento a estes pais e mães e o papel de equipes de saúde diante dessa situação, fica a pergunta: o que pode, enquanto profissionais de saúde, ser feito para aliviar esse sofrimento e acolher de forma adequada?

O QUE OS PROFISSIONAIS DE SAÚDE PODEM FAZER QUANDO A FINITUDE DO MEU FILHO SE FIZER PRESENTE.

Determinadas coisas fogem do alcance de quem cuida, não cabendo ao médico ou profissional de saúde decidir entre fornecer a vida ou a morte do bebê prematuro. Mesmo assim, o cuidado que pode ser disponibilizado é fundamental para que o prematuro que passa pela fase de fim de vida, tenha essa honrada, e com isso os familiares consigam seguir vivendo a partir da ausência de quem se ama.

Ainda é comum que durante a formação de profissionais de saúde não ocorra o preparo e abordagem necessária para que esse consiga lidar no contexto da finitude humana e questões como a morte e o morrer. Em grande parte dos cursos de graduação em saúde, ainda existe o predomínio do ensino focado na abordagem do cuidado com finalidade curativa, de modo que quando esse não é obtido, não é possível enxergar possibilidades para ser adoecido. Podendo inclusive o profissional considerar como um cuidado sem “sucesso”, quando encontra as abordagens terapêuticas esgotadas, podendo se sentir frustrado em não alcançar a cura do paciente.

Os profissionais de saúde escolhem trabalhar com a morte e o morrer, trazendo sua forma pessoal de lidar com dor e perdas. Não conseguem evitar a morte ou aliviar o sofrimento traz ao profissional a vivência de sua finitude. Estabelece-se relação entre intenso estresse, colapso e luto não reconhecido. Alguns profissionais não aceitam e reconhecem seu luto¹⁸.

Em um cenário onde muitos dos que cuidam não sabem ofertar abordagens de fim de vida de forma qualificada somado a inexistência de residências médicas e poucas especializações adequadas em Cuidados Paliativos, observamos profissionais de saúde sem a formação necessária a cuidar do ser adoecido de forma completa, de modo que acabam não considerando a morte, como constituinte da vida, impossibilitando que o adoecido vivencie a finitude com a qualidade que deve ser ofertada.

A qualidade de vida é resultante da preocupação dos profissionais que consideram os paradigmas de cura e cuidar. Sendo que no paradigma da cura a preocupação é para salvar vidas. Já no paradigma do cuidado, faz parte da condição humana a morte, logo essa é aceita²¹.

Os Cuidados Paliativos consistem na assistência promovida por uma equipe multidisciplinar, que objetiva a melhoria da qualidade de vida do paciente e seus familiares, diante de uma doença que ameace a vida, por meio da prevenção e alívio do sofrimento, da identificação precoce, avaliação impecável e tratamento de dor e demais sintomas físicos, sociais, psicológicos espirituais²².

Quando consideramos a qualidade de vida e as abordagens que são necessárias para o ser que adoce, temos que levar em consideração o conceito de dor total, o qual diz que o ser humano pode enfrentar a dor a partir do sofrimento em qualquer de suas dimensões, podendo ser física, espiritual, social e emocional²³. É comum observar que os profissionais de saúde priorizem apenas a primeira dessas dimensões, gerando desamparo dos pacientes e familiares. Sendo que para o alívio da dor, é necessária uma visão completa do ser adoecido.

Na dimensão física é importante que a equipe responsável pelo cuidado garanta o manejo de sintomas e controle da dor. Pois pode ser de extremo sofrimento para uma mãe, pai ou responsável vivenciar o acometimento físico de quem se ama, ainda mais sabendo que é incapaz de resolver tal situação.

Na dimensão espiritual, o profissional que cuida pode acolher os familiares, de modo a identificar se existe algum ritual ou cerimônia que a família gostaria de realizar, como um batismo, apresentação, unção e bênção de algum líder religioso. Sempre respeitando as crenças particulares e individualidades de cada um. Podendo o profissional até mesmo facilitar a entrada dos envolvidos e possibilitar os ritos que se fazem importantes para a família.

Na dimensão social pode ser verificado se existe algum assistente social ou familiar que não sejam os pais (que se encontram fragilizados) para auxiliar nas questões burocráticas e velório, por exemplo. Ainda deve ser perguntado aos responsáveis quem

se faz importante naquele momento. Podendo ser verificada a disponibilidade de visita de outros familiares para que tenham contato e conheçam o bebê, possibilitando a despedida. Como por exemplo os irmãos, avós, tios (ou qualquer outro familiar que os pais considerem importante).

Na dimensão emocional deve ser fornecido acolhimento com escuta compassiva, suporte ao luto (antes, durante e após o falecimento) e acompanhamento multiprofissional para que sejam disponibilizadas possibilidades de abordagem do sofrimento de forma completa.

As abordagens de acolhimento no momento de despedida devem ser ofertadas, como por exemplo disponibilizar o tempo que for necessário para que os pais possam observar as características e detalhes do filho prematuro, assim como informar a possibilidade dos responsáveis os segurarem no colo, de maneira a sentir o calor da pele. Perguntar aos familiares se gostariam de tirar uma foto com o bebê, para que quando a lembrança se fizer distante dos pensamentos, através da imagem seja possível recordar. Assim como verificar se os pais gostariam de dar um banho no bebê ou se existe alguma roupa que gostariam de vestir. Os profissionais que cuidam devem garantir a privacidade no ambiente de UTI, para que seja ofertada a possibilidade de os acompanhantes dizerem o que precisa ser dito. Não importa se existirem disponíveis alguns minutos, horas ou meses. Que esse tempo em que a vida se faz presente, seja honrada como merece ser.

Se faz importante perguntar aos responsáveis o que eles consideram como o melhor cuidado a ser ofertado, pois talvez seja segurar a criança, ter um tempo com ela e guardar algumas lembranças, ou pode ser que considerem como melhor abordagem não ter contato algum com o bebê. O valioso é que sejam ditas e explicadas as opções possíveis naquele momento e que independente do que for escolhido, que a opção seja respeitada, assegurando aos pais o conhecimento das opções possíveis naquele momento. Seja sincero com os pais, utilizando a linguagem mais clara que conseguir, sempre tentando confirmar se os pais compreenderam o que foi dito e caso seja possível, se disponibilize a sanar as dúvidas que possam surgir e ajudar no que estiver ao seu alcance.

O processo de despedida, quando não vivenciado de forma acolhedora, pode gerar aos pais complicações com o luto, pois a gravidez se consolida com o decorrer da gestação, porém o ato de segurar o bebê e vivenciar momentos após o nascimento, inclusive com o bebê natimorto, consolida a maternidade. Quando se perde um filho, toda a vida que planejaram para o bebê encontra-se rompida. O primeiro dente, o primeiro sorriso, as primeiras palavras, os primeiros passos, a primeira ida à escola. Como os pais conseguirão continuar sendo quem são a partir da ausência de quem tanto amam e os coloca nesse lugar de fala?

Ter que voltar para casa após a perda de um filho pode ser tarefa difícil, pois terão que se deparar com o quarto vazio, as roupas ainda penduradas no armário, os brinquedos pelo quarto e ao se depararem com a família e amigos, provavelmente não encontrarão espaço para falar sobre o ocorrido, pois muitos preferem não tocar no assunto, fingindo que nada ocorreu, acreditando ser a melhor alternativa de evitar sofrimento.

Além da ausência física, o tempo que alguns tanto insistem em dizer que irá contribuir com a saudade, leva consigo lembranças bem preciosas como a inexistência do futuro ao lado do filho, o toque da pele, o cheiro do bebê, o som do choro, a forma do sorriso, o olhar, além de todas as recordações que vão se tornando vagas e podem gerar muito sofrimento. Com isso, é primordial que seja possibilitado aos pais maneiras de preservar tais memórias.

Algo que pode acontecer é a pessoa que cuida acreditar que precisa falar algo para demonstrar que está comovida com a situação de perda e acabar dizendo coisas desnecessárias. O silêncio é precioso, e naquele momento não vai existir nada que diga capaz de amenizar a dor da perda. Não utilize frases como: “Logo, logo você terá outro filho”, “Foi melhor assim”, “Deus não dá um fardo para quem não pode carregar”, pois menosprezam a dor dos pais e contestam a existência do filho tão amado. Se faça presente em silêncio. Se for da sua vontade falar algo, pode dizer que sente muito pelo que aconteceu, e ao olhar nos olhos diga que caso precisem de alguma coisa que você de ajuda-los, e que estará disponível, e mesmo que seja apenas para ouvir, você estará atento.

PEQUENO MANUAL DE COMO OFERTAR A CONSTRUÇÃO DE UM LEGADO AFETIVO

Como alternativa de preservar lembranças do bebê, o profissional pode oferecer aos pais um cuidado muito além de medidas curativas ao filho, como a possibilidade de registrar algumas das memórias que se fazem importantes, de forma simples, auxiliando na construção de um legado afetivo dos pais com o bebê.

O reconhecimento da dor é parte importante para os pais que perdem um filho, pois a incapacidade de compreender a dor do outro não a inviabiliza. Se faz importante a construção de um legado, fornecendo aos pais a possibilidade de ter o momento vivido registrado, sendo capaz de eternizar a vida do filho também através de lembranças que naturalmente são esquecidas com o tempo.



Figura 3 - Mães segurando o filho no colo, enquanto recebe de forma acolhedora, apoio dos profissionais envolvidos no cuidado. Fonte: Fotógrafa Paula Beltrão.

Ofereça aos pais uma folha de papel e tinta de carimbo, auxiliando para que possam registrar os pés e mãos do prematuro. Disponibilize também um saquinho ou recipiente para armazenamento e uma tesoura, sugerindo o corte de uma mecha de cabelo do bebê. Atualmente, existem empresas as quais confeccionam pingentes com leite materno, contendo uma mecha de cabelo do bebê e até mesmo partes da placenta.





Figura 4 – Tela com carimbo das mãos e pés e saco transparente armazenando mecha do cabelo do bebê falecido. **Figura 5** – Folha de papel com o carimbo dos pés do bebê falecido.
Fonte: Fotografia Paula Beltrão.

Verifique a disponibilidade de um *pendrive* ou outro meio de armazenamento, os quais podem registrar os batimentos cardíacos do prematuro, ou até mesmo a gravação de uma ultrassonografia para posterior entrega aos pais.

Viabilize uma fotografia dos responsáveis acompanhando ou segurando o bebê no colo, as quais poderão ser entregues aos mesmos de maneira impressa ou virtual. Pergunte aos responsáveis se gostariam de vestir alguma roupinha ou envolver o bebê em uma manta, para que o cheiro do prematuro fique contido nos mesmos, verifique se gostariam de enterrar o bebê com elas, de ajudar no banho ou no que for possível auxiliar, possibilitando mais contato dos pais com o filho.





Figura 5 – Responsável vestindo amorosamente o bebê morto com a roupa levada para a maternidade. **Figura 6** – Mãe beijando a testa do filho morto após o parto. Fonte: Fotógrafa Paula Beltrão.

Atualmente, é possível encontrar empresas que fazem ursos de pelúcia a partir da peça de roupa do bebê. Sendo essa uma viabilização da representação física quando a saudade se faz presente. Você pode ainda armazenar todos esses itens em uma caixa e entregar aos pais como uma lembrança de afeto, demonstrando que a vida do filho foi honrada, vivida e que recebeu amor no tempo em que esteve presente.

Após o falecimento do bebê, o cuidado deve continuar, através do apoio e suporte ao luto familiar. Uma ligação ou carta podem ser maneiras bem acolhedoras de se fazer essa abordagem com a família, pois irão valorizar a vida que foi perdida, e trarão conforto aos familiares que estarão sendo lembrados.

REFERÊNCIAS

Baldissera O. Patch Adams além do cinema: como o médico revolucionou os hospitais [Internet]. posdigital.pucpr.br. 2021 [Acesso em: 16 de maio de 2022]. Disponível em: <<https://posdigital.pucpr.br/blog/patch-adams>>.

Martins S. Gravidez nas adolescências: construções das identidades ocupacionais maternas durante a gestação. [Internet]. <https://repositorio.ufscar.br/>. 2017 [Acesso em: 30 de março de 2022]. Disponível em: <<https://repositorio.ufscar.br/bitstream/handle/ufscar/8977/DissSM.pdf?sequence=1&isAllowed=y>>.

Melo RA, Araújo AKC, Marques WF, Santos NM, Fernandes FECV, Bezerra CS. Sentimentos de mães de recém-nascidos internados em uma unidade de terapia intensiva neonatal. *Id on Line Revista de Psicologia* [Internet]. 2016. [Acesso em: 30 de março de 2022]. Disponível em: <<https://doi.org/10.14295/idonline.v10i32.569>>.

Nações Unidas no Brasil. OMS: cerca de 30 milhões de bebês nascem prematuros por ano no mundo | As Nações Unidas no Brasil [Internet]. brasil.un.org. 2018. [Acesso em: 12 de abril de 2022]. Disponível em: <<https://brasil.un.org/pt-br/81878-oms-cerca-de-30-milhoes-de-bebes-nascem-prematuros-por-ano-no-mundo>>.

Secretaria de Vigilância em Saúde. Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC). [Internet]. svs.aids.gov.br. [Acesso em: 25 de março de 2022]. Disponível em: <<http://svs.aids.gov.br/dantps/cgiae/sinasc/>>.

Veronez M, Borghesan NAB, Corrêa DAM, Higarashi IH. Vivência de mães de bebês prematuros do nascimento a alta: notas de diários de campo. *Revista Gaúcha de Enfermagem*. [Internet] 2017. [Acesso em: 30 de março de 2022]. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1983-1447.2017.02.60911>>.

Freitas JL. Luto, pathos e clínica: uma leitura fenomenológica. *Psicologia USP* [Internet]. 2018. 50–7. [Acesso em: 24 de abril de 2022]. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0103-656420160151>>.

Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. *HumanizaSUS: Documento base para gestores e trabalhadores do SUS / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização*. – 4. ed. 4. reimp. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2010. 72 p.

Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. *Manual de vigilância do óbito infantil e fetal e do Comitê de Prevenção do Óbito Infantil e Fetal / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde*. – 2. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2009. 96 p.

Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. *Manual AIDPI neonatal / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas, Organização Pan-Americana de Saúde*. – 3ª. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2012. 228 p.

Freud S. *Luto e melancolia*. São Paulo: Cosac Naify, 2012. 144 p.

Bowlby J. *Apego e Perda: Separação - Angústia e Raiva*. 4ª ed. São Paulo: Martins Fontes; 2021. 516 p.

Worden JW. *Terapia do luto e da perda. Um manual para profissionais da saúde mental*. 4ª ed. São Paulo: Roca, 2013. 248 p.

Parkes CM. *Luto: estudos sobre a perda na vida adulta*. 3º ed. São Paulo: Summus; 1998. 296 p.

Franco MHP. *Estudos avançados sobre o luto*. Campinas: Livro Pleno; 2002. 172 p.

Doka KJ. *Disenfranchised grief: recognizing and treating hidden sorrow*. 1º ed. San Francisco: Jossey-Bass Publishers; 1998. 348 p.

Cassellato G. *O resgate da empatia: suporte psicológico ao luto não reconhecido*. 1º ed. São Paulo: Summus; 2015. 264 p.

Ariès P. *História da Morte no Ocidente*. Nova Fronteira; 2017. 296 p.

Brasil. Lei nº 8080, de 19 de setembro de 1990. *Condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências*. [Internet]. Planalto. 1990 [Acesso em: 30 de março de 2022]. Disponível em: <<http://www.planalto.gov>>.

br/ccivil_03/leis/l8080.htm

Kovács MJ. Sofrimento da equipe de saúde no contexto hospitalar: cuidando do cuidador profissional. *O mundo da saúde*, 2010; 34, (4): 420-429.

Kovács MJ. Bioética nas questões da vida e da morte. *Psicologia USP*. 2003;14(2):115-67

World Health Organization. Palliative care. 2021.

Castro MCF de, Fuly P dos SC, Santos MLSC dos, Chagas MC. Total pain and comfort theory: implications in the care to patients in oncology palliative care. *Rev Gaúch Enfer*, v. 42. p. 3-6. 2021.

4 | CONCLUSÃO

Os custos financeiros relacionados aos cuidados de pacientes de muito baixo peso envolvem o período de internação hospitalar, e também o pós-alta, devido à elevada ocorrência de sequelas nestes pacientes. O custo efetivo deve ser levado em consideração, pois a redução da mortalidade não é o único objetivo dos cuidados e terapêuticas adotados.

REFERÊNCIAS

1. Zupancic JA, Richardson DK, Lee K, McCormik MC. Economics of prematurity in the era of managed care. *Clinics in perinatology* 2000; 27(2):483-97.
2. Russell RB, Green NS, Steiner CA, Meikle S, Howse JL, Poschman K, Dias T, Potetz L, Davidoff MJ, Damus K, Petrini JR. Cost of hospitalization for preterm and low birth weight infants in the United States. *Pediatrics* 2007; 120(1):e1-e9. Disponível em: = www.pediatrics.org/cgi/content/full/120/1/e1.
3. Rogowski J. Measuring the cost of neonatal and perinatal care. *Pediatrics* 1999; 103(1E):329-35.
4. Victorian Infant Collaborative Study Group. Economic outcome for intensive care of infants of birthweight 500-999g born in Victoria in the post surfactant era. *J Paediatr Child Health* 1997; 33:202.
5. Cuevas KD, Silver DR, Brooten D, Youngblut JM, Bobo CM. The Cost of Prematurity: Hospital Charges at Birth and Frequency of Rehospitalizations and Acute Care Visits over the First Year of Life. *Am J Nurs* 2005; 105(7):56-64.
6. Phibbs CS, Schmitt SK. Estimates of the cost and length of stay changes that can be attributed to one-week increases in gestational age for premature infants. *Early Human Development* 2006; 82(2):85-95.
7. Khoshnood B, Lee KS, Corpuz M *et al.* Models for determining cost of care and length of stay in neonatal intensive care units. *Int J Technol Assess Health Care* 1996; 12:62.
8. Phibbs CS, Phibbs RH, Wakeley A, *et al.* Cost effects of surfactant therapy for neonatal respiratory distress syndrome. *J Pediatr* 1993; 123:953.
9. Lewit EM, Baker LS, Corman H *et al.* The direct cost of low birth weight. *Future Child* 1995; 5:35.
10. Shankaran S, Cohen SN, Linver M *et al.* Medical care costs of high-risk after neonatal intensive care: a controlled study. *Pediatrics* 1988; 81-372.
11. American Academy of Pediatrics Committee on Infectious Diseases and Committee on Fetus and Newborn. Prevention of respiratory syncytial virus infections: indications for the use of palivizumab and up a date on the use of RSV-IGIV. *Pediatrics* 1998; 102:1211-16.
12. Saigal S, Feeny D, Rosenbaum P *et al.* Self-perceived health status and health-related quality of life of extremely low-birth-weight infants at adolescence. *Jama* 1996; 276:453.

🌐 www.arenaeditora.com.br
✉ contato@arenaeditora.com.br
📷 @arenaeditora
📘 www.facebook.com/arenaeditora.com.br

PREMATURIDADE



Atena
Editora
Ano 2022



Apoio Científico

BIOSYNEX



Parceria



Prematuridade.com
ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE PAIS, FAMILIARES,
AMIGOS E CUIDADORES DE BEBÊS PREMATUROS

Celer

Patrocínio

 www.arenaeditora.com.br
 contato@arenaeditora.com.br
 [@arenaeditora](https://www.instagram.com/arenaeditora)
 www.facebook.com/arenaeditora.com.br

PREMATURIDADE




Atena
Editora
Ano 2022



Apoio Científico

BIOSYNEX

Parceria



Prematuridade.com
ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE PAIS, FAMILIARES,
AMIGOS E CUIDADORES DE BEBÊS PREMATUROS

Celer 

Patrocínio