

FATORES ASSOCIADOS AO GANHO DE PESO EM PREMATUROS NA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA NEONATAL: UMA REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

FACTORS ASSOCIATED WITH WEIGHT GAIN IN PREMATURE NEONATAL INTENSIVE CARE UNIT: A LITERATURE REVIEW.

LAURINDO PEREIRA DE SOUZA^{1*}, MARCIA GUERINO DE LIMA²

1. Especialista em Unidade de Terapia Adulto-Pediátrico e Neonatal (UNINGA/2011), Título em unidade de terapia intensiva adulto (ABENTI/AMIB-2012), Mestrando em Ciências da Saúde (IAMSPE- SP), Docente do curso de Enfermagem-FACIMED, Coordenador Pós Graduação Lato Sensu Enfermagem em UTI/FACIMED, Coordenador Regional RUTE SIGs Cacoal/RO, Assistencialista UTI Adulto/HRC-RO; 2. Especialista em Obstetrícia e Obstetrícia Social, Docente do curso de Enfermagem- FACIMED, Pós- Graduada em Didática do Ensino Superior- FACIMED.

* Rua Pedro Kemper, Nº 3660, Parque Alvorada, Cacoal –RO. CEP: 76961-591. laurindosorrisox@hotmail.com

Recebido em 16/09/2013. Aceito para publicação em 29/09/2013

RESUMO

O estudo objetivou analisar as produções bibliográficas acerca dos fatores associados ao ganho de peso em RN na unidade de terapia intensiva neonatal entre os anos de 2000 a 2010. Foi realizada extensa revisão bibliográfica sobre o tópico sendo selecionado material oriundo de livros, revistas e periódicos disponível na internet, através de busca em base de dados indexados na BVS: LILACS, SCIELO e sites do Ministério da Saúde. Síntese dos dados: A partir da literatura levantada evidenciou-se que o recém-nascido prematuro de baixo peso requer cuidados especializados, onde a alimentação é considerada um fator preponderante para o desenvolvimento, e uma importante variável de avaliação do crescimento considerado prioritário em serviço de neonatologia, determinando a alta hospitalar, através dos fatores considerados importantes para o ganho de peso estão: método Mãe Canguru, aleitamento materno, leite pasteurizado, fórmulas infantis por sondas orogástricas (SOG) ou VO e sucção não nutritiva. Conclusão: O prematuro é um ser exposto ao risco inerente à situação vivida, devido a sua baixa resistência e imunidade, os fatores que levam a adquirir ganho de peso e desenvolvimento são de extrema importância para garantir a sua sobrevivência.

PALAVRAS-CHAVE: Prematuro, UTI neonatal, ganho de peso em RN, enfermagem na assistência ao prematuro.

ABSTRACT

The most important objective to analyze the production of literature on factors associated with weight gain in infants in neonatal intensive care unit between the years 2000 to 2010. We performed extensive literature review on the topic and

selected material comes from books, magazines and periodicals available on the Internet through a search in the database indexed with VHL: LILACS and SCIELO sites and the ministry of health. Summary of data, from the literature up to the newly born premature with low weight requires specialized care where the food is considered a predominant factor for the development and an important variable for assessing the growth given priority in the neonatology department, determines the hospital, through the important factors for weight gain: Kangaroo Mother method, breastfeeding, milk, infant formulas by SOG and VO and non nutritive sucking. Conclusion, The premature is being exposed to the risk inherent in the situation due to its low resistance and immunity, the factors that lead to gain weight gain and development are of utmost importance to ensure their survival.

KEYWORDS: Premature infant, neonatal ICU, the weight gain in infants; Nursing Care in premature.

1. INTRODUÇÃO

A prematuridade tem se tornado cada vez mais um problema de saúde pública. Além das patologias específicas da gravidez que desencadeiam o trabalho de parto prematuro, este pode também ser desencadeado pelo desgaste físico e emocional da vida moderna que tem interferido intensamente no ciclo gravídico. Paralelamente, os avanços tecnológicos na área da saúde, têm propiciado a sobrevivência de bebês cada vez menores e mais imaturos, sendo a maioria das vezes, essa sobrevivência sem sequelas, quando essas tecnologias são utilizadas de forma correta no recém-nascido (RN)¹.

A unidade de terapia intensiva neonatal (UTIN) em geral, é repleta de equipamentos e rica em tecnologias de alta complexidade. Os recém-nascidos (RNs) de risco convivem com inúmeras terapias agressivas, estressantes e dolorosas, advindas dos avanços tecnológicos e das intervenções a eles realizadas, como a exemplo da incubadora para mantê-lo aquecido, de oxigênio para evitar asfixia, de sondas ou cateteres para alimentá-lo, ou outros dispositivos invasivos².

Corroboram com esta ideia referindo que a hospitalização em UTIN introduz o RN a um ambiente inóspitalar, onde há exposição intensa a estímulos, como o estresse e a dor que são frequentes, além da exposição excessiva aos ruídos, a luz intensa e contínua, bem como procedimentos clínicos invasivos e dolorosos sempre que necessário².

Portanto a prematuridade predispõe a uma complicação, que interfere na qualidade de vida da criança e do núcleo familiar. O desafio da equipe de saúde que assiste a esse recém-nascido prematuro de baixo peso é possibilitar sua inserção na família e sociedade, o mais precocemente possível, e em condições cada vez melhores, diminuindo ao máximo as sequelas advindas da sua condição de prematuro, como também pelo tempo de tratamento intensivo ao qual tenha sido submetido, que o predispõe as complicações áudio visuais, neurológicas, pulmonares e ao risco de infecção hospitalar¹.

Entretanto deve implementar medidas que melhorem a qualidade da assistência a esses recém-nascidos prematuros, visando diminuir complicações futuras e contribuindo para o ganho de peso em RN submetido a tais condições^{1,2}.

O peso constitui uma importante variável de avaliação do crescimento e desenvolvimento do RN, sendo considerado prioritário em serviços de neonatologia, determinando a alta hospitalar. Relacionado a isso, evidenciamos na literatura que alguns prematuros ao nascer apresentam o mesmo peso e a mesma idade gestacional, contudo com diferentes ganhos de peso. Para esses autores, isso se deve há alguns fatores tais como: Aleitamento Materno (AM), Método Mamãe Canguru (MMC), Nutrição parenteral e enteral³.

Neste contexto, o enfermeiro exerce várias funções relevantes, que contribuem para o ganho de peso e desenvolvimento, reforçando a importância e a necessidade de se planejar e implementar, a assistência de enfermagem, embasada em conhecimento teórico e científico.

Tal assistência deve ser desenvolvida, com base em parâmetros norteadores definidos na Resolução COFEN nº 358/2009, art. 2º afirmando que:

“A implementação da Sistematização da Assistência

de Enfermagem SAE deve ocorrer em toda instituição da saúde, pública e privada amparada pela Lei 7498/86, que regulamenta o exercício da enfermagem e suas atribuições”⁴.

Consideramos este estudo de extrema relevância para a área da saúde, pois possibilita o conhecimento e reflexão de novas abordagens ao RN, para favorecer seu crescimento e desenvolvimento adequado, observamos que a equipe de enfermagem assume papel fundamental nos cuidados ao prematuro, e que a assistência e a prática destes profissionais contribuem significativamente para o desenvolvimento e crescimento, especificamente ao ganho de peso do RN internado em uma UTIN.

Diante do exposto o objetivo deste estudo foi analisar as produções bibliográficas acerca dos fatores associados ao ganho de peso em RN na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal, produzidas entre os anos de 2000 a 2010.

2. MATERIAL E MÉTODOS

Trata-se de um estudo qualitativo, descritivo realizada por meio de revisão bibliográfica, com a finalidade de analisar as produções literárias acerca dos fatores associados ao ganho de peso em prematuros na UTI Neonatal produzida entre os anos de 2000 a 2010.

A pesquisa bibliográfica tem como objetivo procurar explicar um problema a partir de referências teóricas publicadas em documentos, podendo ser, desenvolvida a partir de material já elaborado, constituído principalmente de livros, artigos científico, dissertações de mestrados e teses de doutorados^{5,6}.

A pesquisa qualitativa não busca apenas estudar o fenômeno, mas “entender seu significado individual ou coletivo para a vida das pessoas”, significado esse estruturante⁶.

O estudo descritivo identifica, sistematiza e classifica as características dos fenômenos. Através desta dinâmica surgem novos estudos descritivos que procuram explicar esses fenômenos, ou seja, analisar as variáveis que influenciam ou causam o surgimento dos fatos⁷.

Dessa forma, este tipo de estudo visa proporcionar um maior conhecimento para o pesquisador acerca do assunto, a fim de que esse possa formular problemas mais precisos ou criar hipóteses que possam ser pesquisadas por estudos posteriores⁶.

Os dados foram coletados em revistas e periódicos disponíveis na internet, através de busca em base de dados indexadas na BVS: LILACS, SCIELO e sites do Ministério da Saúde, tendo por descritores Decs: “Prematuro”, “UTI – Neonatal”, “ganho de peso em RN”, “enfermagem na assistên-

cia ao prematuro”.

Ao final, evidenciamos 31 artigos publicados entre os anos de 2000 a 2010. Destes, foram excluídos 08 artigos por não contemplarem as necessidades desta pesquisa. Portanto, foi analisado neste estudo o total de 23 artigos científicos e demais bibliografias.

3. DESENVOLVIMENTO

A Prematuridade

A Organização Mundial de Saúde (OMS) define como recém-nascido pré-termo (prematuro) todo aquele que nasce antes das 37 semanas completas de idade gestacional, e com baixo peso, todo RN que pesa menos de 2.500 gramas ao nascer. No Brasil, a Federação Brasileira das Sociedades de Ginecologia e Obstetrícia refere que pré-termo é todo aquele que nasce, entre a 22^o e a 36^o e 6 dias de idade gestacional, ou seja de duzentos e cinquenta e oito dias contados a partir do primeiro dia do último período menstrual³.

Para este pesquisador o recém-nascido prematuro, também conhecido como pré-termo, é todo aquele que nasce entre a vigésima e a trigésima sétima semana de gestação²².

O recém-nascido prematuro apresenta características anátomo-fisiológicas que o diferencia de um recém-nascido a termo, o prematuro tem uma cabeça relativamente grande, quando comparado a um a termo. O pescoço e os membros são curtos em relação ao tronco. Os olhos são proeminentes e a língua protusa²³.

O tórax é relativamente pequeno em relação ao abdômen. E os ossos e músculos da caixa torácica são debilitados, o que aumenta a dificuldade respiratória. A pele é enrugada, fina, translúcida e de cor vermelho-escura. Há pouco tecido adiposo subcutâneo. E quanto mais prematura a criança, maior a quantidade de lanugem que recobre o seu corpo^{22,23}.

As unhas dos pés e das mãos são frágeis e não ultrapassam a extremidade digital. Ocorre a ausência do relevo e a flacidez do pavilhão auricular, assim como ocorre à ausência de estriação plantar²³.

Os reflexos de sucção e de deglutição encontram-se enfraquecidos, e a regurgitação e o refluxo são frequentes, aumentando assim os riscos de aspiração do leite materno. Nos prematuros do sexo masculino, os testículos ainda não estão na bolsa escrotal, enquanto que nas meninas os grandes lábios não recobrem as ninfas^{24,25}.

A importância da UTI Neonatal

A UTIN é um local para receber os recém nascidos, que necessitam de cuidados especializados, tais como monitorização hemodinâmica, tratamento medicamentoso e alimentação².

As primeiras instalações de berçários para atender a prematuros surgiram no final do século XIX. No início do século XX, passaram a atender os demais recém-nascidos. A finalidade desses berçários era manter a termorregulação dos bebês, alimentá-los através de técnicas cuidadosas e protegê-los de infecções através do isolamento. Ao longo do século XX, os berçários transformaram-se em Unidades de Internação Neonatal e Unidades de Terapia Intensiva Neonatal^{2,11,12}.

O ambiente da UTIN propicia uma experiência ao recém-nascido bastante diferente daquela do ambiente uterino, uma vez que este é o ideal para o crescimento e desenvolvimento fetal, pois possui características distintas, como temperatura agradável e constante, aconchego, e os sons extrauterinos são filtrados e diminuídos^{11,12}.

Essas unidades são consideradas de alta complexidade assistencial, pela gravidade das condições de vitalidade dos recém-nascidos e pelo uso da tecnologia de ponta. Tecnologias complexas são capazes de reanimação, termorregulação, nutrição parenteral, suporte para a insuficiência respiratória, cirurgias para correção de anomalias congênitas, garantindo maior sobrevivência aos recém-nascidos de alto risco².

Outro estudo realizado mostrou que os objetivos dos cuidados neonatais intensivos incluem evitar ou minimizar complicações, submeter o RN a um estresse menor possível e intensificar a ligação entre pais e bebê²⁶. Nesse contexto, “o surgimento das UTI trouxe um universo mais amplo à assistência aos recém-nascidos, permitindo a sobrevivência de bebês que teriam poucas chances há alguns anos”^{28,29}.

Os fatores ao ganho de peso em uma UTI neonatal

O Sabe-se que o ganho de peso do recém-nascido prematuro de baixo peso implica em melhoria de sua qualidade de vida e, conseqüentemente, aumenta a perspectiva da alta hospitalar, reduzindo os efeitos adversos da internação, inserindo-o mais rapidamente ao seu núcleo familiar³⁰.

Através de pesquisa bibliográfica foram encontrados vários métodos existentes que favorecem e estimulam ao processo de ganho de peso em RN, tais como: Método mamãe canguru; Nutrição parenteral total; Alimentação enteral; Leite mater-

no/aditivos.

A seguir, iremos apresentar uma breve discussão acerca desses métodos.

Método “Mamãe Canguru”

O método canguru (MC) é uma estratégia de assistência a RN de baixo peso ao nascer, criada na Colômbia, em 1979, para remediar as deficiências de infraestrutura no seu sistema público de saúde. No Brasil, a implantação ocorreu no início da década de 90, como forma de promover um contato mais precoce entre mãe e filho, uma alternativa para a otimização dos leitos neonatais, muitas vezes escassos em diversas regiões do país e, ainda, como possibilidade de alta hospitalar precoce. Em 2000, ao lançar o Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento, o Ministério da Saúde instituiu normas para a implantação do método pela Portaria nº 693, de 5 de julho de 2000^{1,3,12,19,21}.

O método mãe canguru (MMC) é o contato pele a pele precoce, prolongado e contínuo entre os pais e seu bebê de baixo peso no hospital é mantido após alta precoce, até pelo menos 40 semanas de idade gestacional pós-natal, com amamentação exclusiva e acompanhamento adequado³¹.

Este contato entre mãe e RN proporcionado pelo MC, estimula o ganho ponderal de forma mais acelerada, a partir do controle da termorregulação e da promoção do aleitamento materno.

Todos os neonatos clinicamente estáveis, com peso superior a 1.250g, ao invés de permanecer na incubadora até atingir o peso de 2.000g, encontram-se aptos para participar do método^{21,28,30}.

Portanto, entre os critérios para participação no MC destacam-se a disponibilidade materna, a estabilidade clínica da mãe e do neonato, o peso do neonato, a preparação da equipe para desenvolver o método, a preparação da instituição para adotá-lo como uma metodologia assistencial.

O método também está associado à redução de risco de infecção hospitalar, redução de enfermidades graves, redução de infecção do trato respiratório inferior e maior ganho ponderal diário. Há evidências de impacto positivo do método sobre a prática da amamentação, embora o método pareça reduzir a morbidade infantil. As evidências são ainda insuficientes para que a mesma seja recomendada rotineiramente^{12,19,21}.

Para esses autores o ganho diário de peso que significa importante variável para a evolução do RN prematuro e sua consequente alta hospitalar, defende que o método canguru implica num ganho de peso diário maior e num tempo para a alta hospitalar menor que no tratamento convencional³⁰.

Para tanto, uma série de medidas estão sendo

implementadas pelo Ministério da Saúde, que desde 1999 implantou em todo Brasil a “Norma de atenção humanizada ao recém-nascido prematuro de baixo peso - Método Canguru” e, desde então, não tem medido esforços na tentativa de difundir o Método Canguru e capacitar os profissionais envolvidos na assistência ao recém-nascido prematuro de baixo peso. Por outro lado, a adesão dos profissionais pode ser facilitada se as evidências das vantagens do Método Canguru forem consolidadas^{3,10,11,30,32}.

Nutrição parenteral total

A Nutrição Parenteral consiste na aplicação de alimento direta na veia central ou periférica. A importância do suporte nutricional relaciona-se ao fato de que a nutrição assume papel fundamental no crescimento e no desenvolvimento do recém-nascido¹⁵.

O RN prematuro possui uma reserva nutricional baixa, devendo-se introduzir alimento o mais rápido possível, verificando se há necessidade ou não de suplemento calórico. Os recém-nascidos prematuros perdem de 10 a 20% de seu peso corporal nos primeiros dias de vida e esgotam rapidamente seus limites de reserva e nutriente. As reservas de calorias não-proteicas não conseguem manter o metabolismo basal por mais de dois dias, necessitando de um suplemento calórico e proteico, dentro dos primeiros dois dias após o nascimento^{23,33}.

Outros autores referem que a indicação para a nutrição parenteral em RN com peso ao nascer menor ou igual a 1.500g³⁴. Para aqueles que pesam menos que 1.000g, isso é frequentemente feito em conjunto com nutrição enteral lentamente progressiva^{33,34}.

Alimentação enteral

Entende-se por nutrição enteral a administração de nutrientes por via digestiva, seja por via oral, sonda ou estoma. Está indicada sempre que o uso do trato gastrointestinal for viável. A administração de nutrientes por sonda deve ser feita em presença ou em risco de desnutrição, quando a via oral for insuficiente para evitar a perda de peso^{3,32}.

O nascimento de uma criança prematura representa uma urgência nutricional. Elas apresentam reservas nutricionais para poucos dias e, quanto menor o peso ao nascer, menor é sua reserva nutricional²³.

As necessidades nutricionais, a dinâmica de crescimento e a formação do vínculo mãe-filho têm, no período pós-natal, um momento crítico com possíveis implicações em curto e em longo prazo.

As reservas de calorias não-proteicas não conseguem manter o metabolismo basal por mais de dois dias, necessitando de um suplemento calórico e proteico dentro dos primeiros dois dias após o nascimento.

Neste tipo de alimentação por sonda orogástrica administram-se quantidades cuidadosamente medidas de alimento (leite materno ou na ausência deste uma fórmula especialmente concebida para RN prematuros) diretamente no estômago, através de um tubo ou sonda, onde vão ser processadas pelo aparelho digestivo^{33,35}.

Leite materno

O leite materno (LM) possui eletrólitos com maior concentração de sódio no leite materno de prematuros e menor de potássio, existe também as concentrações de lactoferrina, lisozima, IgA e complemento são maiores no colostro de mães de Recém Nascido Pré Termo (RNPT), assim também como a lactose, glutamina, arginina e a acetilhidrolase³⁶.

Tem sido responsável pela redução da morbimortalidade infantil. As frações de mortalidade evitável por amamentação ultrapassam os 60% e os 80%, respectivamente, para os casos de infecção respiratória e de diarreia, as duas principais causas de óbito após o período neonatal precoce^{9,14,17,36}.

O leite da mãe de um RN prematuro é substancialmente diferente do leite de uma mãe que tenha um RN no termo da sua gravidez. Porém, ambos são adequados às suas necessidades, embora atualmente o que se pense os prematuros tenham durante muito tempo uma maior necessidade de proteínas, cálcio e sais minerais. Para satisfazer esta exigência, foi criado um preparado rico em proteínas e outros nutrientes (fortificante) que muitas vezes é adicionado ao leite materno até o RN atingir maior peso^{14,17,36}.

Para o RNPT as recomendações do aleitamento materno (AM) tem sido defendida com base nas propriedades imunológicas, no papel na maturação gastrointestinal, na formação do vínculo mãe filho no melhor desempenho neurocomportamental. A coordenação da sucção/deglutição dos prematuros é maior que nos níveis da pressão parcial de oxigênio transcutânea, a saturação de oxigênio e a temperatura corporal são mais elevadas do que os obtidos durante alimentação com mamadeira⁹.

O leite produzido pela mãe de RNPT nas primeiras 4 semanas pós parto contém maior concentração de nitrogênio, proteínas com função imunológica, lipídios totais, ácidos graxos de cadeia média, vitamina A, D e E, cálcio, sódio e energia que aquele da mãe do RN a termo^{9,36}.

Amamentar prematuros é sem dúvida um desafio,

os RNPT apresentam imunidade fisiológica e neurológica, hipotonia muscular e hiper-reatividade aos estímulos do meio ambiente. São descrito que as estimulações orais de RNPT podem acelerar a aquisição de habilidade de sucção facilitando a aceitação precoce de maiores volumes de leite por via oral³¹.

É indiscutível o benefício advindo do leite materno, considera-se imprescindível dispor de leite humano, em quantidades que permitam o atendimento, nos momentos de urgência, a todos os lactentes que, por motivos clinicamente comprovados, não disponham de aleitamento ao seio, situação essa para qual os Bancos de Leite Humano (BLH) constituem uma solução^{3,8,32}.

Enfermagem no cuidado ao RN e sua importância para o ganho de peso

O trabalho do enfermeiro dentro de uma UTIN é um desafio constante, pois requer vigilância, habilidade, respeito e sensibilidade, porque o paciente que vai ser atendido não fala, é extremamente vulnerável e altamente dependente da equipe que lhe está prestando assistência, portanto o planejamento e a liberação de cuidados de enfermagem a neonatos gravemente enfermos constitui um processo muito complexo e cuidadoso, e requer uma cuidadosa avaliação para determinar a eficácia tanto da terapia médica quanto da enfermagem³⁸.

O enfermeiro é responsável por promover a adaptação do RN ao meio externo (manutenção do equilíbrio térmico adequado, quantidade de umidade, luz, som e estímulo cutâneo), observar o quadro clínico (monitorização de sinais vitais e emprego de procedimentos de assistência especial), fornecer alimentação adequada para suprir as necessidades metabólicas dos sistemas orgânicos em desenvolvimento (se possível, aleitamento materno).

Os autores afirmam, em neonatologia é necessário a conscientização de que quanto mais cedo forem identificados os fatores de risco para o RN, melhores as condições para serem ajudados. Este é um dos papéis da enfermagem neonatal para promover segurança ao RN. Além da assistência ao RN, caberá à enfermagem o controle do uso e conservação dos materiais e instrumentais registros de todas as ocorrências importantes referentes ao RN^{34,38}.

Um aspecto importante para assistência de enfermagem neonatal é a criação de um ambiente propício para o tratamento do RN, livre de estímulos nocivos, que promova o desenvolvimento positivo do RN e minimize os efeitos negativos da doença e da separação dos pais. É necessário explicar os procedimentos realizados, o tratamento e reforçar continuamente as informações passadas pelo

médico do RN em relação à sua condição e prognóstico. O enfermeiro constitui, portanto, a fonte de apoio para os pais³⁸.

No tocante à equipe de enfermagem, essa assume um leque de atribuições, capacidades e responsabilidades que são essenciais para avaliar, entender e apoiar com segurança o RN e a sua família durante esse tempo crítico³⁷.

A legislação básica para o exercício profissional da enfermagem lei 7498/86, conforme Resolução nº 358/2009 Compreende as etapas do processo de enfermagem investigação, diagnóstico, planejamento, implementação e avaliação/evolução de enfermagem. O processo de enfermagem é considerado a metodologia de trabalho mais conhecida e aceita no mundo, facilitando a troca de informações entre enfermeiros de várias instituições. A aplicação do processo de enfermagem proporciona ao enfermeiro a possibilidade da prestação de cuidados individualizados, centrada nas necessidades humanas básicas. Este é definido como "a dinâmica das ações sistematizadas e inter-relacionadas, visando à assistência ao ser humano", podendo ser denominada ainda, como Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE)⁴.

Contextualização

Após leitura dos artigos, foi possível identificar a visão de diversos autores a respeito do ganho de peso e desenvolvimento do recém-nascido (RN) prematuro dentro de uma UTI neonatal, onde cada pesquisador defende um método adequado para o ganho de peso em prematuro.

Segundo alguns autores o MMC juntamente com o aleitamento materno apresenta benefícios ao desenvolvimento e ganho ponderal do peso diário maior⁸. Enquanto outros autores reforçam que o MMC juntamente com o leite materno exclusivo, mais complemento com leite pasteurizado e fórmulas infantil promove variável de crescimento maior^{9,10}. A fórmula infantil foi mais consumida por SOG e copinho juntamente com o método MC^{1,11}.

Estes autores destacam que o MMC apresenta como uma abordagem de intervenção complementar para promover contato direto do neonato com a mãe desde o momento em que ambos apresentam condições clínicas para desenvolvê-los, a preparação e o acolhimento da equipe para desenvolver o método é de extrema importância^{1,11}.

O contato pele a pele com o peito da mãe, traz inúmeros benefícios para o prematuro no seu peso, temperatura, afetividade, prática no aleitamento materno, além da provável redução no tempo de internação e risco de infecção¹².

O método mãe canguru realizado num período de 2 horas/dia não constata melhora no ganho de peso e redução no tempo de internação, mas reforça que o Método MC não compromete o ganho de peso e sim humaniza a prática da assistência com os cuidados especializados de forma humana, buscando restituí-los o mais rápido possível ao seu núcleo familiar com qualidade de vida¹.

Alguns pesquisadores revelam que profissionais entre médicos e enfermeiros têm mostrado resistência ao método, possivelmente porque o método MC contradiz o modelo convencional de atendimento neonatal, porque permite a permanência dos pais junto ao filho seja na unidade de terapia intensiva ou no alojamento conjunto, estimulando a sua participação no tratamento e nos cuidados com o RN, o que oferece autonomia aos pais para tomar decisões junto à equipe quanto aos procedimentos realizados, tais como: coleta de materiais para exames, a respeito ao sono, estimulação, alimentação e alta hospitalar¹².

O leite materno é o mais indicado para o prematuro, onde traz diversas vantagens como: maturação gastrointestinal, formação do vínculo mãe-filho, aumento do desempenho neurocomportamental, menor incidência de infecção, fonte de nutrientes, sendo a sucção direta no seio constitui um fator importante para a manutenção da lactação. A amamentação não iniciada nas primeiras horas após o parto por ingurgitamento mamário recomenda a colocação de SOG e administração do leite materno por essa via, a equipe de Enfermagem atua diretamente nos cuidados e fornecem as mães informações, orientações e aconselhamento sobre amamentação¹⁴.

A dieta parenteral introduzida precocemente, bem como a dieta enteral com um volume adequado reduz o déficit de caloria e proteína que interfere no ganho de peso, reforçando que o alimento preferido é o leite materno, e deve ser iniciado no dia do nascimento, sendo fundamental para não alterar o estado nutricional, estimulando o desenvolvimento e garantindo o peso adequado e recuperação mais rápida durante a hospitalização¹⁵.

Correlacionando o fator ganho de peso em prematuro numa unidade de terapia intensiva, houve um ganho de peso considerável em prematuro com a utilização da chupeta e bico de mamadeira com a sucção não nutritiva em RN prematuro para alimentação eficiente por via oral e o adequado desenvolvimento motor oral¹⁶.

O prematuro que recebe o alimento através de sonda gástrica priva de uma série de estímulos sensoriais. Por não realizarem a sucção, o desenvolvimento motor oral poderá ser afetado e ocorrer

desorganização da sucção não-nutritiva. Deste modo, a estimulação da sucção não-nutritiva poderá minimizar essa privação sensorial, capacitando o RN a alimentar-se por via oral o mais precocemente possível^{16,17,18}.

Conclui que a sucção não-nutritiva, a estimulação oral pode contribuir para a melhora das taxas de amamentação na alta. Portanto, deve ser incluída no rol de intervenções dirigidas a mãe e a criança, para a promoção do aleitamento materno^{16,17}.

4. CONCLUSÃO

Este estudo tem por finalidade identificar ações que favoreçam e desenvolvam o ganho de peso de RN prematuro em uma unidade de terapia intensiva. Foi realizada através de pesquisa bibliográfica, produções científicas acerca dos métodos existentes e utilizados nos serviços de neonatologia. Ressaltamos que o estudo em questão não tem interesse em apontar um método eficiente no ganho do peso do RN prematuro, porque isso depende muito de cada instituição e também da autonomia do profissional envolvido no atendimento do RN.

Dentre os achados desta pesquisa os estudos apontados ao longo do trabalho referem que o RN prematuro hospitalizado requer cuidados especiais, sendo um ser exposto ao risco inerente à situação vivida, por sua baixa resistência e imunidade, onde os seus órgãos estão em desenvolvimento. Os prematuros constituem uma população que obedece a um perfil de crescimento muito peculiar, podendo vir a sofrer influência de determinados fatores relacionados à maturidade, às condições clínicas e ao suporte nutricional que lhes é oferecido. Os cuidados e os métodos para o ganho de peso de RN prematuros vêm sendo amplamente discutido sobre vários aspectos, com o objetivo de promover melhor qualidade de vida para estes prematuros e sua família e melhores condições para o crescimento e desenvolvimento saudáveis, já que devido aos investimentos e avanços tecnológicos na atenção neonatal, sua sobrevivência aumentou sensivelmente.

Sabe-se que a unidade de terapia intensiva é um ambiente que propicia a sua sobrevivência e sua evolução. Os métodos focados para o favorecimento ao ganho de peso em prematuro numa UTIN foram: o aleitamento materno e com aditivo, método mamãe canguru, dieta por SOG e nutrição parenteral que em conjunto fornecem melhor ganho ponderal e desenvolvimento adequado ao longo da internação.

Evidenciamos em nossa pesquisa pouca publicação referente ao tema e também pouco interesse dos profissionais da área em pesquisar o tema em questão, visto que é um assunto de extrema importância e que os casos de prematuridade vêm au-

mentando consideravelmente nos dias atuais.

Cuidar de RN prematuros é um desafio os profissionais que atuam na assistência neonatal, necessitam de constante aprimoramento e apoio de órgãos gestores em saúde, para que possam proporcionar uma atenção de qualidade aos prematuros e seus familiares. Acreditamos que o estudo fornecerá subsídio para a prática profissional em relação aos métodos apontados e assim prestar um atendimento de melhor qualidade para esses RNs que necessitam de cuidados cada dia mais especializados.

Precisamos adquirir novos conhecimentos acerca da prematuridade para proporcionar o ganho de peso do RN prematuro a fim de integrá-lo ao convívio de sua família o mais precocemente possível.

REFERÊNCIAS

- [1] Rodrigues MAG, Cano MAT. Estudo de ganho de peso e duração da internação do recém-nascido pré-termo de baixo peso com a utilização do método canguru. *Rev Eletr Enf.* 2006; 08(02):185-91.
- [2] Reichert APS; Lins RNP; Collet N. Humanização do Cuidado da UTI Neonatal. *Rev Eletr Enf.* 2009; 9(1):200-13.
- [3] Ministério da Saúde (Brasil), Secretaria de Política de Saúde, Área Técnica da Saúde da Criança. Atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso: Método Mãe Canguru. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.
- [4] Conselho Federal de Enfermagem [home Page na internet]. Resolução COFENn° 358/09. Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem e a Implementação do Processo de Enfermagem em ambientes, públicos, privados em que ocorrem os cuidados do profissional de enfermagem. Acesso em: 01 jan 2011] disponível em <http://www.portalcofen.gov.br/node/4384>.
- [5] Cervo AL, Berviam PA. Metodologia Científica. 4.ed. São Paulo: Macron Books. São Paulo, 1996.
- [6] Gil AC. Como elaborar Projetos de Pesquisa. 3.ed. São Paulo: Atlas, 1999.
- [7] Chizzotti A. Pesquisa em ciências humanas e sociais. São Paulo, Cortez, 1991.
- [8] Javorski M, Caetano LC, Vasconcelos MGL, Leite AM, Scochi CGS. As Representações Sociais do Aleitamento Materno para Mães de Prematuros em Unidade de Cuidado Canguru. *Ver Latino Am Enfermagem.* 2004; 12(6):890-8.
- [9] Nascimento MR, Isller H. Aleitamento materno em prematuros: manejo clínico hospitalar. *Jornal Pediatría.* 2004; 80(5):163-72.
- [10] Freitas JO, Camargo CL, Método Mãe-Canguru: evolução ponderal de recém-nascidos. *Acta Paul. Enfermagem.* 2007; 20(1):75-81.
- [11] Cabral IE, Moraes JRMM, Santos FF. O egresso da terapia intensiva neonatal de três instituições públicas e a demanda de cuidados especiais. *Escola Anna Nery de Enfermagem.* 2004; 13(3):452-58.
- [12] Neves FAM, Orlandi MHF, Sekine CY, Skalinski LM. Assistência humanizada ao neonato prematuro e/ou de baixo peso: implantação do método mãe canguru em

- hospital universitário. *Acta Paul Enfermagem*. 2006; 19(3):349-53.
- [13] Furlan CEFB, Scochi CGS, Furtado MCC. Percepção dos pais sobre a vivência no método mãe-canguru. *Rev Latino Am Enfermagem*. 2003; 11(4):444-52.
- [14] Serra SOA, Scochi CGS. Dificuldades maternas no processo de aleitamento materno de prematuros em uma UTI neonatal. *Rev. Latino Am Enfermagem*. 2004. 12(4):597-605.
- [15] Oliveira AG, Siqueira PP, Abreu LC. Cuidados nutricionais no recém-nascido de muito baixo peso. *Revista Brasileira Cresc Desenvolv Humano*. 2008. 18(2):148-54.
- [16] Caetano LC, Fujinaga CIDE, Scochi CGS. Sucção não nutritiva em bebês prematuros: estudo bibliográfico. *Rev. Latino Am Enfermagem*. 2003; 11(2):232-36.
- [17] Neiva FCB, Leone CR. Sucção em recém-nascidos pré-termo e estimulação da sucção. *Pró-Fono R Atual Cient*. 2006; 18(2):141-50.
- [18] Pimenta HP, Moreira M, Rocha AD, *et al*. Efeitos da sucção não-nutritiva e da estimulação oral nas taxas de amamentação em recém-nascidos pré-termo de muito baixo peso ao nascer: um ensaio clínico randomizado. *J Pediatría*. 2008; 84(5):423-27.
- [19] Lamy ZC, Gomes MAS, Mendes GNOM, Hennig MAES. Atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso – Método Canguru: a proposta brasileira. *Ciênc Saúde Col*. 2005; 10(3):659-68.
- [20]Guimaraes GP, Monticelli MA. formação do apego pais/ recém-nascido pré termo e/ou de baixo peso no método mãe canguru: uma contribuição da enfermagem. *Texto & Contexto Enfermagem*. 2007; 16(4):626-35.
- [21]Arivabene JC, Tyrrell MAR. Método mãe canguru: vivências maternas e contribuições para a enfermagem. *Rev. Latino Am Enfermagem*. 2010; 18(2):131-6.
- [22]Basegio LD. *Manual de Obstetrícia*. Rio de Janeiro: Revinter, 2000.
- [23]Filho JR, Montenegro CAB. *Obstetrícia Fundamental*. 11ª. Ed., Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2008.
- [24] Junior CA. *Prevenção e Tratamento do Trabalho de Parto*. Editora. FEBRASGO - Manual de Orientação: Assistência Pré-Natal. 2004.
- [25] Milanez FM. *Fatores de risco materno para o nascimento prematuro*. HU- UFSC-2005.
- [26] Kenner C. *Enfermagem neonatal*. 2.Ed. Rio de Janeiro: Reichmann & Affonso, 2001.
- [27] Scochi CGS. Incentivando o vínculo mãe-filho em situação de prematuridade: as intervenções de enfermagem no Hospital das Clínicas de Ribeirão Preto. *Rev. LatinoAm Enfermagem*.2006: 11(4).
- [28] Miranda DC. Contribuição para formação de vínculo entre pais e filhos: proporcionado pela equipe de enfermagem em unidade de terapia intensiva UTI neonatal, Cuiabá, 2004.
- [29] Kamada I; Rocha S.M; Barbeira CBS. Internações em unidade de terapia intensiva neonatal no Brasil-1998-2001. *Ver Latino Am Enfermagem*. 2005; 11(4).
- [30] Cattaneo A, Davanzo R, Uxa F. *et al*. Recomendações para a aplicação do Método Mãe Canguru para baixo peso ao nascer. Rede Internacional sobre o Método Mãe Canguru. *Acta Paediatric*. 2000.
- [31] Carvalho MR; Tomaz RN. *Amamentação: Base científica para a pratica profissional*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002.
- [32] Brasil, Ministério da Saúde. *Caderno de Informação de saúde informações gerais*. Brasília: Ministério da Saúde. 2005.
- [33] Magalhães LMS, Bicudo JN. *Complicações na nutrição parenteral em recém-nascidos prematuros*. Revista Ana Costa. 2006.
- [34] John P. *et. al*. *Manual de Neonatologia*. 5.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005.
- [35] Martinez FE, Camelo JR. Alimentação do recém-nascido pré-termo. *J Pediatría*. 2001; 77(supl.01).
- [36] Matuhara AM, Naganuma M. *Manual instrucional para aleitamento materno de Recém-Nascido pré-termo*. São Paulo. Unifesp.2006.
- [37] Moreira MEA. *Estressores em mães de recém-nascidos de alto risco: sistematização da assistência de enfermagem*. [Mestrado]. João Pessoa (PB): Programa de Pós-Graduação em Enfermagem/UFPB; 2001.
- [38] Diniz EMA. *et al*. *Manual de Neonatologia*. São Paulo: Sociedade de Pediatria de São Paulo: Physivinter. 1994.

