

AVALIAÇÃO PONDERAL DO RECÉM-NASCIDO PRÉ-TERMO NA UNIDADE NEONATAL DE CUIDADOS INTERMEDIÁRIOS

Maria Vera Lúcia Moreira Leitão Cardoso*
Lydia Meneses de Moura**
Márcia Maria Coelho Oliveira***

RESUMO

Os profissionais de saúde devem se familiarizar com o acompanhamento do crescimento do recém-nascido (RN) e com as técnicas e critérios utilizados em sua avaliação. O presente estudo objetivou avaliar a evolução ponderal dos RN prematuros de uma unidade neonatal, descrever as variáveis via de administração e tipo de leite, terapêutica medicamentosa e alterações gastrointestinais como aspectos influenciadores do ganho ponderal do prematuro. É um estudo exploratório-descritivo realizado com dezoito RNs pré-termo internados em uma maternidade em Fortaleza – Ceará - Brasil, de julho a agosto de 2005. Foram extraídos dos prontuários dados do peso diário, tipo e via de alimentação, uso de medicações e alterações gastrointestinais. Identificaram-se dezesseis (88,9%) RNs pré-termo moderados e 10 (55,6%) de baixo peso (<2.500g). Os resultados evidenciaram ganho ponderal diário de 20 a 30g, considerado satisfatório, no entanto, com influências na nutrição, uso de suplementos nutricionais e antibióticos. Concluiu-se que a avaliação ponderal da criança prematura é uma estratégia para promoção da saúde na unidade neonatal.

Palavras-chave: Recém-nascido. Enfermagem Neonatal. Peso ao nascer. Unidades de Terapia Intensiva Neonatal.

INTRODUÇÃO

A evolução dos cuidados ofertados ao recém-nascido (RN) ampliou o universo da assistência neonatal, porém a melhora desses cuidados, ao serem prestados por uma equipe de profissionais capacitados, reduz a morbimortalidade. O aparato tecnológico nas unidades de terapia intensiva neonatal (UTINs) envolve condutas terapêuticas e cuidados intensivos complexos, que contribuem para a sobrevivência dos neonatos com diagnóstico de prematuridade, muito baixo peso, anoxia perinatal, malformações ou cardiopatias. Não obstante, o RN pré-termo (RNPT) e o de muito baixo peso (MBP) apresentam maior vulnerabilidade à displasia broncopulmonar, septicemia e enterocolite, responsáveis por altos índices de morbimortalidade. Tais diagnósticos são decorrentes da imaturidade e fragilidade pulmonar, cutânea e imunológica, do trato gastrointestinal (TGI) e outros fatores⁽¹⁾. Neste contexto, dá-se ênfase à imaturidade metabólica do TGI, que implica dificuldade no processo

digestivo, visto que alguns componentes são insuficientes para propiciar digestão e absorção dos nutrientes⁽¹⁻²⁾.

Além disso, os RNPT e MBP perdem peso nos primeiros dias, em decorrência da redistribuição dos fluidos e de seu catabolismo, que não recebe aporte nutricional adequado⁽³⁾. Alterações funcionais e estruturais se dão em período crítico da vida, comprometem as condições de sobrevivência e afetam negativamente o crescimento e desenvolvimento pós-natal⁽⁴⁾.

Esses fatores implicam em modificação do cotidiano da assistência em unidades neonatais, por requererem dos profissionais a reorganização de atendimento bem como atividades assistenciais definidas e planejadas, que considerem o nível de cuidados do paciente, a área assistencial, os recursos humanos necessários, as condutas e procedimentos a serem normatizados⁽⁵⁾.

Estudos sobre crescimento de crianças ocupam lugar de destaque entre profissionais em unidades neonatais, tendo-se em vista que

*Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professora Associada do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal do Ceará (UFC). Coordenadora do Projeto de Pesquisa Saúde do Binômio Mãe-filho/UFC. Pesquisadora CNPq. Brasil. E-mail: cardoso@ufc.br

**Enfermeira do Programa de Saúde da Família da cidade do Eusébio. Fortaleza-Ce. E-mail: lydri24@yahoo.com.br

***Enfermeira da Unidade Neonatal da Maternidade-Escola Assis Chateaubriand MEAC/UFC. Doutoranda em Enfermagem pelo programa de Pós-Graduação da UFC. E-mail: marciacoelho.oliveira@bol.com.br

fatores estressores como a ambiência, os procedimentos e a limitação do vínculo afetivo dos pais implicam na perda de peso⁽⁴⁻⁵⁾. Em consequência, essas crianças sofrem influências relacionadas às condições clínicas e terapêuticas e ao suporte nutricional que lhes é oferecido. A nutrição enteral deve ser introduzida precocemente, nas primeiras 48 horas de vida, em pequenas quantidades. Nesta fase, é preciso atentar para as perdas excessivas e a demora na recuperação de peso no nascimento⁽⁶⁻⁷⁾.

A relação entre estado nutricional, crescimento e desenvolvimento da criança tem sido muito estudada e há suficientes evidências quanto à importância da nutrição, tanto no período intrauterino quanto no pós-natal⁽⁷⁾. Nessas circunstâncias, é pertinente a avaliação ponderal por meio da vigilância dos fatores que influenciam o aumento ou diminuição do peso, visto que é a medida antropométrica mais utilizada na avaliação nutricional de RNs e lactentes e reflete o conteúdo dos músculos, da pele, dos ossos e dos órgãos⁽⁸⁾.

O interesse pelo estudo sobre as necessidades nutricionais e fatores que contribuem para uma evolução ponderal satisfatória surgiu do fato de que todo o período de internação dos neonatos é considerado crítico. A prática assistencial de enfermagem e as evidências científicas sinalizam para o fato de que a atenção neonatal avança em tecnologias complexas para a condução clínica e cuidados ao RN, por isso é importante refletir sobre os aspectos relacionados à transição da prática do cuidado na UTIN para a da unidade de cuidados intermediários (UCI).

Nos cuidados que visam a promover a recuperação da saúde desses bebês, as evidências servirão de base para a identificação da inadequada nutrição, bem como fornecerão subsídios ao planejamento de ações preventivas de déficit no crescimento.

Diante dessas considerações, objetivou-se avaliar a evolução ponderal dos RNPT internados em uma unidade neonatal de Cuidados Intermediários e descrever as variáveis via de administração e tipo de leite, terapêutica medicamentosa e alterações gastrointestinais como os fatores que influenciam o ganho ponderal.

METODOLOGIA

O presente estudo é de caráter exploratório-descritivo com abordagem quantitativa, método que utiliza procedimentos ordenados e sistemáticos para reunir informações numéricas, sendo esses procedimentos analisados por meios estatísticos⁽⁹⁾. O trabalho foi realizado em uma unidade neonatal da maternidade pública de nível terciário, nos meses de julho e agosto de 2005, em Fortaleza - Ceará - Brasil.

Esta unidade de internação neonatal (UIN) atende a clientela do Sistema Único de Saúde (SUS) e compõe-se de duas unidades de terapia intensiva (UTI) e duas de cuidados intermediários (UCI - 1 e 2). Geralmente são admitidos na UTIN os RNs prematuros extremos e os de baixo peso, que evoluem com desconforto respiratório intenso, requerem ventilação mecânica, monitoração contínua, nutrição parenteral e controle de exames mais frequentes. À proporção que evolui o quadro clínico, os bebês são transferidos para a UCI-2, já com estado geral mais estável.

Este ambiente destina-se ao atendimento de RNs de risco que, após a alta da UTI, ainda necessitam de observação. Ali eles dispõem de assistência médica e de enfermagem ininterrupta. A clientela dessa unidade de tratamento pode apresentar labilidade clínico-laboratorial e desconforto respiratório leve; requer monitoração constante, algum tipo de suporte respiratório tipo Oxi-Hood ou oxigênio inalatório (livre ou em cateter) e alimentação por gavagem, que consiste na alimentação (leite) pela força da gravidade, através de tubo nasogástrico, orogástrico ou jejunal⁽³⁾.

Foram incluídos no estudo prematuros de parto normal e/ou cesáreo, internados na UCI-2 nos meses de julho e agosto de 2005, em fase de ganho ponderal. Foram excluídos RNs com evolução clínica de infecções congênitas, síndromes genéticas e malformação. Estabelecidos esses critérios, a amostra constituiu-se de dezoito RNs.

Para a coleta de dados foi preenchido um formulário, extraindo-se dos prontuários os registros quanto às condições de nascimento, terapêutica utilizada, tipo de leite ofertado, via de alimentação, além do acompanhamento do peso diário (geralmente a equipe de enfermagem faz a mensuração do peso com balança

eletrônica digital, marca Filizola, no turno da manhã, antes da primeira alimentação). A seguir, os dados foram apresentados em tabelas, com análise de frequência simples, e interpretados com base no referencial bibliográfico pertinente ao tema.

Em observância à Resolução 196/96, do Conselho Nacional de Saúde, que regulamenta as normas de pesquisa com seres humanos, o estudo foi apreciado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da referida instituição e aprovado sob o protocolo n.º 134/05.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A população em estudo é classificada segundo os critérios de idade gestacional (IG) e peso ao nascer adotados pela Organização Mundial de Saúde (OMS). Assim, o RN é considerado nascido pré-termo (RNPT) quando nasce até 36 semanas e seis dias de IG; nascido a termo (RNT), quando nasce entre 37 e 41 semanas e seis dias; e nascido pós-termo (RNPoT) aquele que nasce com tempo superior a 42 semanas de IG. Quanto ao peso de nascimento, RN de baixo peso (RNBP) apresenta peso inferior a 2.500g; de muito baixo peso (RNMBP), nascido com peso menor que 1.500g; e de extremo baixo peso (RNEBP), aquele nascido com peso inferior a 1.000g⁽¹⁾.

Analisaram-se dezoito RNs, onze (61,1%) dos quais eram do sexo masculino e sete (38,8%) do sexo feminino. Do total, 11(61,1%) nasceram por cesárea e sete (38,8%) por via vaginal. Desses RNs, dezesseis (88,9%) foram classificados como nascidos pré-termo moderado e dois (11,0%), pré-termo extremo, dez (55,6%) eram RNBPs, seis (33,3%), RNMBPs e dois (11,1%), RNEBPs. Segundo as condições de nascimento, no primeiro minuto de vida, 10 (55,7%) prematuros apresentaram Apgar de 7 a 10, seis (33,3%) com escore de 4 a 6, considerados deprimidos, e dois (11,1%), até 3, denominados deprimidos graves. O número de dias avaliados de cada RN variou de dois a 20 dias na UCIN, entretanto o tempo de internação variou de 16 a 49 dias, visto que alguns desses RNs foram internados primeiramente nas unidades de alto risco.

É de suma importância a equipe de profissionais da neonatologia entender as

classificações do RN, em face das diversidades fisiológicas, que implicam em condutas terapêuticas diferentes. Autores afirmam que a compreensão das limitações do TGI imaturo auxilia no atendimento das necessidades nutricionais bem como na promoção do crescimento dessa clientela⁽¹⁻²⁾.

Tendo-se em vista que a análise do crescimento e desenvolvimento é um critério essencial, considera-se risco para o crescimento destes RNs eles receberem nutrição inadequada⁽¹⁰⁾. A oferta inicial de nutrição tem a finalidade de garantir ganho de peso adequado e recuperação do RNPT o mais precocemente possível. Por outro lado, a alimentação do bebê depende de suas condições clínicas, da disponibilidade da mãe na unidade de internação bem como da oferta do banco de leite humano (BLH) responsável pela atividade de coleta, processamento e controle de qualidade do colostro e do leite humano, para posterior distribuição⁽¹¹⁾.

Considerando-se os objetivos propostos, os dados são apresentados em figura, tabelas e quadro que mostram a via de administração e o tipo de leite administrado, o ganho ponderal do neonato e os medicamentos utilizados por eles.

Tabela 1. Distribuição do tipo de leite (dieta) administrado em prematuros na Unidade de Cuidados Intermediários. Fortaleza, julho-agosto/2005

Tipo de Alimentação	N	%
Leite humano hipercalórico	16	82,9
Leite humano pasteurizado	10	55,6
Leite materno	4	22,2
Dieta zero	1	5,5

Fonte: Prontuários dos RN

A tabela 1 mostra três tipos de leite geralmente ofertados ao RN, de algumas maneiras: leite materno (aleitamento materno), por sucção ou ordenhado, leite humano pasteurizado (LHP) e leite humano hipercalórico, cada um com suas particularidades. Significa dieta zero a ausência de alimento, por algum horário ou período, em decorrência de problemas respiratórios ou gástricos que impedem o RN de se alimentar.

Verifica-se que 16 (88,9%) RNs receberam leite humano hipercalórico; dez (55,6%), leite pasteurizado e apenas quatro (22,2%), leite materno. O quantitativo de leite ofertado difere

do número da amostra de RNs, pois para alimentá-los analisam-se sua evolução clínica e fatores associados ao seu estado nutricional. Caso essas condições sejam favoráveis, a criança é amamentada pela genitora, e no caso de seu leite ser insuficiente, complementa-se com leite do BLH.

A hipogalactia é a diminuição da secreção láctea. Ela ocorre, frequentemente, entre mães de bebês impossibilitados de sugar, que ficam internados por muito tempo, como é o caso dos RNs prematuros, para os quais o início da amamentação ao seio materno muitas vezes é retardado⁽¹²⁾. Em virtude de imaturidade fisiológica e neurológica dos reflexos de sucção e deglutição, os prematuros apresentam dificuldade de ganho ponderal, por não satisfazerem adequadamente suas necessidades nutricionais⁽¹³⁻¹⁴⁾.

Nessas circunstâncias, as doações do BLH otimizam as condições alimentares dos bebês internados e suprem a falta de leite materno, especialmente nos períodos de transição e estabilização do neonato⁽¹⁵⁾.

Em estudo que avaliou a evolução ponderal de RNs internados na enfermaria mãe canguru mostrou que a média relativa de ganho de peso, quando alimentados com leite da genitora, foi de 11,9 g/kg/dia, e nos alimentados com leite materno complementado com leite pasteurizado foi de 14,5 g/kg/dia⁽⁶⁾. Percebe-se que houve um diferencial no ganho de peso ao se considerar os tipos de leite ofertado.

O leite humano é constituído de mais de cinquenta substâncias e integra três frações: emulsão, suspensão e solução. A fração emulsão congrega os constituintes lipossolúveis, como gordura, vitaminas e ácidos graxos. Quanto maior o conteúdo de gordura, maior o aporte energético, caracterizando assim, o leite hipercalórico⁽¹¹⁾.

Estudos que utilizaram leite posterior da própria mãe resultaram em melhor ganho de peso de prematuros, pois apresenta alto teor de gordura/calorias e corresponde a 2/3 do leite maduro. O uso de leite posterior é uma estratégia utilizada em RNs que não alcançam o peso esperado para priorizar o leite materno exclusivo nos nascidos pré-termo⁽¹³⁾.

A avaliação do estado nutricional é uma tarefa complexa e considerada o primeiro passo

na prevenção da desnutrição infantil, visto que representa um dos problemas de grande relevância na saúde pública, principalmente nas regiões menos desenvolvidas, como é o caso da zona rural do Nordeste Brasileiro⁽¹⁶⁾. Envolve a conduta dos profissionais de analisar diariamente a quantidade de leite administrada, a presença de resíduo gástrico ou regurgitações e/ou alterações do trato digestivo. Tais informações são registradas pela equipe de enfermagem e são fundamentais para o estabelecimento de condutas terapêuticas futuras por parte da equipe médica.

Esse contexto assinala pontos indispensáveis no tocante à alimentação do RN, os quais, inclusive, são pautados em práticas integralizadoras do cuidado de enfermagem. Algumas considerações que contribuem na alimentação enteral do RN devem ser ressaltadas, como o incentivo à amamentação e/ou cuidado na técnica de alimentá-lo, devendo-se levar em conta que as necessidades nutricionais dos prematuros são variáveis de acordo com a idade gestacional, idade pós-natal, peso de nascimento, condições ambientais, método de alimentação e doenças concomitantes⁽³⁾.

Na tabela 2 são apresentadas as técnicas de alimentação do neonato, durante a internação.

Tabela 2. Distribuição das vias de alimentação utilizadas pelos recém-nascidos internados na UCI. Fortaleza, julho-agosto/2005

Via de Alimentação	N	%
Sonda orogástrica	15	83,3
Transição	10	55,6
Via oral	2	11,1
Seio materno	1	5,6

Fonte: MEAC. Prontuário

Conforme a tabela 2, as formas de alimentação podem ser: por sonda orogástrica (SOG), quando o RN está impossibilitado de recebê-la por sucção; por via oral (VO); por transição, que se refere à combinação da gavagem com introdução gradativa de leite na cavidade oral, por apresentar coordenação de sucção, deglutição e respiração^(3,17).

Na tabela 2 observa-se que houve maior ingestão de leite pela sondagem orogástrica (SOG), uma vez que a imaturidade dos RNPTs favorece esta condição, até que seja iniciada a

transição para a alimentação oral, o que coincide com a maturação neurológica. O número de RNs difere do quantitativo de vias de alimentação porque alguns bebês se alimentam de diversas maneiras. Assim, quinze (83,3%) foram alimentados por SOG, dez (55,6%) por dieta em transição (em que pequenos volumes de leite são ofertados na boca e, gradativamente se faz o desmame pela sonda), e apenas dois (11,1%) alimentaram-se por via oral (VO) e um (5,6%), por sucção.

Enfatiza-se que a sondagem orogástrica é um procedimento imprescindível à nutrição do prematuro com até 34 semanas de IG, pois este não possui reflexos de sucção e deglutição plenamente desenvolvidos⁽¹⁵⁾. Muitas vezes a alimentação por gavagem associa-se à nutrição parental como suporte calórico adequado ao crescimento e desenvolvimento, em virtude de o RN apresentar perda inicial de peso, ainda na UTI⁽⁶⁾.

Na unidade neonatal, os RNPTs recebem volume oferecido de acordo com protocolos fixados pela equipe profissional, que estabelece, precocemente, a evolução ponderal do prematuro. A oferta hídrica e calórica é aumentada gradualmente até o máximo de 200 ml/kg/dia e 120 cal/kg/dia, respectivamente⁽³⁾. Para se atingir ganho de peso adequado, a oferta calórica deve exceder em 50 kcal/kg o gasto energético de repouso⁽⁹⁾.

Por estes motivos, a monitoração de peso pós-natal é um excelente indicador das condições de saúde e de nutrição da criança. Na tabela 3 estão apresentados os dados correspondentes ao ganho ponderal do neonato durante a internação.

Tabela 3. Ganho ponderal diário dos recém-nascidos internados na UCI. Fortaleza, julho-agosto/2005

Ganho de peso diário	N	%
< 23g	2	11,1
23g – 28	5	27,8
29g – 33g	8	44,4
34g – 39g	3	16,7
TOTAL	18	100,0

Fonte: MEAC. Prontuário= 18 recém-nascidos

Segundo estudo sobre recém-nascidos pré-termos, o ganho de peso diário está relacionado ao seu peso ao nascer, tipo de dieta e outros aspectos referentes a internações na unidade

neonatal; o ganho de peso diário variou de 20,2g a 37,9g⁽¹⁸⁾. De acordo com os dados deste estudo, verifica-se que oito (44,4%) RNs atingiram maior ganho de peso diário - em média, entre 29g e 33g - e cinco (27,8%) tiveram ganho entre 23g e 28g/dia; portanto, a média de ganho ponderal diário foi satisfatória. Apenas dois (11,1%) apresentaram média de peso menor, com 12 e 20g, respectivamente. Ressalta-se que dez (55,6%) RNs tiveram média de perda de 22g/dia, com valor mínimo de -10g e o máximo, de -50g.

Estudos de avaliação do crescimento de crianças indicam que a perda inicial, nos prematuros, é conhecida como fase de retardo de crescimento, sendo tanto maior quanto menor for a idade gestacional e o peso de nascimento⁽⁴⁾. No Brasil, verificaram que a perda de peso do nascimento dentro da primeira semana de vida, em 4 a 6 dias, variou de 5,9% a 9,7%, e o peso de recuperação, entre 16 e 19 dias. Autores reforçam que, quando recuperado o peso de nascimento, o RN mantém taxas crescentes de ganho ponderal^(4,13).

Estudo recente afirma que a média de tempo para recuperação do peso de nascimento do RN eutrófico foi de 16,9 dias e 19,8 dias para os desnutridos, e o tempo de atingir o peso mínimo e de recuperação foi de cinco dias e entre 11 e 21 dias, respectivamente. Ressalta que a aquisição do peso depende da idade gestacional e do peso de nascimento⁽¹⁸⁾.

Em circunstâncias adversas, o estado nutricional pode ser afetado por alterações decorrentes da ingestão, absorção, transporte, utilização, excreção e reserva dos nutrientes, resultando em desequilíbrio nutricional. O estado nutricional resulta da interação entre ingestão de alimentos, retenção e utilização de energia e nutrientes⁽¹⁴⁾.

No quadro 1 são apresentadas as alterações intestinais e o uso de medicamentos que podem influenciar na perda ou ganho de peso do neonato.

Fatores	N	%
Alterações gastrointestinais	3	16,6
Uso de antibioticoterapia	8	44,4
Uso de vitaminas	18	100,0

Quadro 1. Distribuição dos recém-nascidos pré-termo quanto à presença de alterações intestinais e uso de medicamentos. Fortaleza, julho-agosto/2005

No tocante a alterações intestinais, apenas três (16,6%) crianças apresentaram eliminação de resíduo gástrico, regurgitação e sangramentos gastrintestinais. Tais complicações são atribuídas à medicação com domperidona para refluxo gastroesofágico.

Em virtude desses sinais clínicos, RNs permaneceram em dieta zero, no primeiro dia de avaliação, o que constitui fator preponderante para perda de peso. De forma que nessas condições, duas crianças tiveram perda de peso entre 10 e 20g. Além disso, dos oito (44,4%) RNs que foram confirmados infecção e administrados antibióticos, quatro permaneceram entre 25 a 45 dias internados, apresentando perda de peso de 10 a 20g/dia.

Estas situações que envolvem o tipo de diagnósticos e condutas terapêuticas tornam o RN de risco, susceptível à perda de peso e agravos a saúde, devido ao número de microorganismos na ambiência neonatal e a produção insuficiente do neonato quanto à resposta inflamatória. Enfatiza-se que o papel do enfermeiro se faz relevante na busca e manutenção de um ambiente saudável nos vários cenários da prática de enfermagem⁽¹⁹⁾.

Mediante as necessidades clínicas do RN, a equipe médica prescreve infusão contínua de medicamentos vasoativos, administração intermitente de antibióticos, analgésicos, ansiolíticos e antieméticos. Sendo a administração dessas infusões uma prática realizada cotidianamente pela equipe de enfermagem, consideram-se situações potenciais para efeitos adversos das drogas que podem ser de grandes proporções, uma vez que possibilita comprometimento do sistema renal e hepático, visto serem responsáveis pelo metabolismo e excreção dos fármacos, além das reações de hipersensibilidade⁽²⁰⁾.

Dentre as inúmeras possibilidades de interferência entre administração do medicamento, deduz-se que a prescrição simultânea de vários medicamentos a um mesmo paciente é uma das causas de interações medicamentosas. Portanto, a prática de enfermagem requer conhecimentos de farmacologia relacionados ao tipo da droga, mecanismos de ação, excreção, atuação nos sistemas orgânicos; além de conhecimentos de semiologia e semiotécnica, e avaliação clínica do

estado de saúde do cliente⁽²⁰⁾.

A Figura 1 apresenta a diversidade de medicamentos utilizados nos RNs durante a internação.

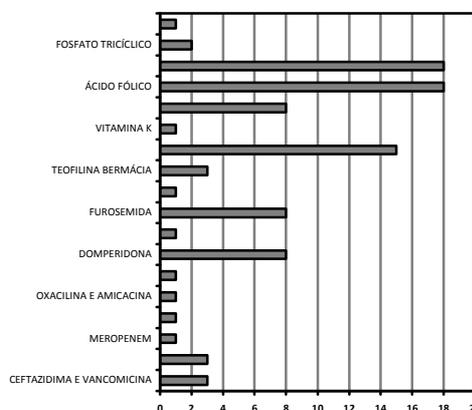


Figura 1. Medicamentos utilizados nos prematuros durante a internação na UCI. Fortaleza-Ceará. 2005.

Na terapêutica medicamentosa, os medicamentos farmacológicos para tratamento de infecção incluem penicilinas, cefalosporinas e aminoglicosídeos, bem como a utilização dos corticoides, diuréticos e broncodilatadores para o diagnóstico de broncodisplasia pulmonar. Em todos os prematuros foram administrados multivitamínicos e suplementos como sulfato ferroso, ácido fólico, fosfato tricálcico e vitamina K. Ressalta-se que a suplementação vitamínica tem como objetivo acelerar a taxa de crescimento, melhorar a mineralização óssea e diminuir o tempo de hospitalização⁽²⁰⁾.

Neste estudo, em quatro RNs que perderam peso, foram aplicados os antibióticos ceftazidima, vancomicina, oxacilina e cefotaxima. Tais eventos seriam responsáveis pelo quadro clínico e as estratégias terapêuticas propostas são voltadas para estes mecanismos fisiopatológicos.

CONCLUSÃO

Na amostra de 18 RNs prematuros internados, em fase de ganho de peso, predominou o sexo masculino, com onze (61,1%) RNs; dez (55,6%) apresentaram baixo peso e onze (61,1%) nasceram por cesárea. Quanto à oferta e administração de leite, o humano hipercalórico foi mais utilizado quando

se relacionou com a oferta do leite humano pasteurizado e o leite materno.

A maior parte dos RNs internados alimentou-se por gavagem, e, posteriormente, por dieta por transição. Isso leva a deduzir que a amamentação pouco influenciou no ganho ponderal, talvez em virtude da influência de determinados fatores relacionados à maturidade, às condições clínicas e ao suporte nutricional que lhes é oferecido durante a internação.

Os dados revelaram média de ganho de peso diário satisfatória, em torno de 20g a 30g/dia; no entanto os prematuros apresentaram perda de peso, em média, de 22g, no período de ganho ponderal. Descreveram-se as possíveis alterações e situações que poderiam contribuir para a alteração do peso, como infecção, terapêutica com antibióticos de amplo espectro e suplementos vitamínicos, além do surgimento de alterações que impediam de alimentá-los.

Diante dos resultados deste estudo, foi possível retratar a dinâmica de crescimento ponderal da população estudada, o que possibilita eventuais intervenções assistenciais para o ganho de peso ao RN internado. Conclui-

se que os prematuros representam um grupo de risco, mas eles têm potencial para recuperar o seu crescimento, desde que recebam os devidos cuidados neonatais. Evidentemente, é necessária uma atenção reforçada de todos que atuam neste cenário, para identificar precocemente os fatores de risco que implicam em alterações no crescimento da criança.

Sabe-se que o primeiro ano de vida corresponde a época de maior vulnerabilidade a agravos nutricionais, infecciosos e ambientais, por isso se torna relevante o monitoramento do crescimento infantil, visando à promoção da saúde, à qualidade de vida e a melhores condições para o crescimento e um desenvolvimento saudável.

Este estudo foi realizado com uma pequena amostra de prematuros de um serviço especializado, por isso, no sentido de ampliar os conhecimentos quanto aos aspectos do crescimento ponderal, sugere-se a realização de estudos que avaliem amostras maiores, na busca da otimização do cuidado e evolução do neonato.

WEIGHT EVALUATION OF PREMATURE NEWBORN IN THE NEONATAL INTERMEDIATE CARE UNIT

ABSTRACT

Health care professionals should become familiar with the follow up of a newborn (NB) growth as well as the techniques and the criteria used in its evaluation. It aimed to evaluate the weight gain of premature newborns at a Neonatal Unit and describe the variables on feeding and types of milk, medications, and gastrointestinal alterations that have been influencing on their weight gain. Exploratory-descriptive study carried out with eighteen premature newborns hospitalized in a maternity of Fortaleza-Ceará-Brazil, from July to August 2005. The data about daily weight, ways and type of feeding, use of medications, gastrointestinal alterations were extracted from patient's records. It was identified that 16 (88.9%) were moderate preterm, and 10 (55.6%) were low birth weight (<2.500g) babies. The findings showed a gain of 20 to 30g of weight per day, which is considered satisfactory; however, it had influences on the nutrition with the use of nutritional supplements and antibiotics. It was concluded that the weight evaluation of premature babies is a strategy to promote health at Neonatal Intensive Care Unit.

Key words: Infant, Newborn. Neonatal Nursing. Birth Weight. Intensive Care Units Neonatal.

EVALUACIÓN PONDERAL DEL RECIÉN NACIDO PREMATURO EN LA UNIDAD NEONATAL DE CUIDADOS INTERMEDIOS

RESUMEN

Los profesionales de la salud deben familiarizarse con el acompañamiento del crecimiento del recién nacido (RN) y con las técnicas y criterios utilizados en su evaluación. El estudio tuvo como objetivo evaluar la evolución ponderal de los recién nacidos prematuros de una unidad neonatal, describir las variables vía de administración y tipo de leche, terapéutica medicamentosa y alteraciones gastrointestinales como aspectos que influyen la ganancia ponderal del prematuro. Es un estudio exploratorio-descriptivo realizado con dieciocho RNs prematuros internados en una maternidad en Fortaleza-Ceará-Brasil, de julio a agosto del 2005. Fueron extraídos de los prontuarios datos del peso diario, tipo y vía de alimentación, uso de medicaciones y las alteraciones gastrointestinales. Se identificaron dieciséis (88,9%) RNs prematuros moderados y diez (55,6%) de bajo peso (<2.500g). Los resultados evidenciaron ganancia ponderal diario de 20 a 30g, considerado satisfactorio, sin embargo, con influencias en la nutrición, uso de suplementos nutricionales y antibióticos. Se concluye que la

evaluación ponderal del niño prematuro es una estrategia para la promoción de la salud en la unidad neonatal.

Palabras clave: Recién Racido. Enfermería Neonatal. Peso al Nacer. Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales.

REFERÊNCIAS

1. Leone RL. Epidemiologia, desafios e perspectivas. In: Costa HPF, Marba ST. O recém-nascido de muito baixo peso. São Paulo: Atheneu; 2004. p.3-10.
2. Ministério da Saúde. Manual de atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso:método mãe-canguru. Brasília(DF); 2002.
3. Tamez RN, Silva MJP. Enfermagem na UTI neonatal: assistência ao recém-nascido de alto risco. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2009.
4. Oliveira MMC, Almeida PC, Cardoso MVLML. Growth of premature children with very low weight coming from the neonatal unit - descriptive study. Online Braz J Nurs. [Internet]. 2009 April 16; [acesso 2010Jul3]; 8(1). Disponível em: <http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/2256>.
5. Bochembuzio L, Gaidzinski RR. Instrumento para classificação de recém-nascidos de acordo com o grau de dependência de cuidados de enfermagem. Acta Paul Enferm. 2005;18(4):382-9.
6. Freitas JO, Camargo CL. Método mãe-canguru: evolução ponderal de recém-nascidos. Acta Paul Enferm.2007;20(1):75-81.
7. Souza FIS, Teske M, Sarni ROS. Nutrição parenteral no recém-nascido pré-termo: proposta de protocolo prático. Rev Paul Pediatr.2008;26(3):278-89.
8. Oliveira RMS, Franceschini SCC, Priore SE. Avaliação antropométrica do recém-nascido prematuro e/ou pequeno para idade gestacional. Rev Bras NutrClin. 2008;23(4):298-304.
9. Polit DF, Beck C, Hungler BP. Fundamentos de pesquisa em enfermagem. 3ª ed. Porto Alegre: Artes Médicas; 2004.
10. Gianini NM, Vieira AA, Moreira MEL. Avaliação dos fatores associados ao estado nutricional na idade corrigida de termo em recém-nascidos de muito baixo peso. J Pediatr. 2005;81(1):34-40.
11. Fundação Oswaldo Cruz. Programa Nacional de Qualidade em Bancos de Leite Humano. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2003.
12. Gaíva MAM, Medeiros LS. Lactação insuficiente: uma proposta de atuação do enfermeiro. CiencCuidSaude.2006;5(2):255-62.
13. Nascimento MBR, Issler H. Aleitamento materno em prematuros: manejo clínico hospitalar. J Pediatr. 2004;80(5 Supl):S163-S172.
14. Caetano LC, Fujinaga CI, Scochi CGS. Sucção não-nutritiva em bebês prematuros: estudo bibliográfico. Rev Latino-Am Enfermagem.2003;11(2):232-6.
15. 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.
16. Motta ME, Silva GA, Araújo OC, Lira PI, Lima MC. O peso ao nascer influencia o estado nutricional ao final do primeiro ano de vida? J Pediatr. 2005;81(5):377-82.
17. Borrel JG, Silva IA. Sonda gástrica em recém-nascido pré-termo: estudo das alterações de flexibilidade do polímero constituinte. RevEscEnferm USP. 2000;34(3):302-8.
18. Anchieta LM, Xavier CC, Colosimo EA. Crescimento de recém-nascidos pré-termo nas primeiras 12 semanas de vida. J Pediatr. 2004;80(4):267-76.
19. Cardoso MVLML. Enfermagem e ambiente [editorial]. Rev RENE. 2009;10(4):13.
20. Secoli SR. Interações medicamentosas: fundamentos para a prática clínica da enfermagem. RevEscEnferm USP.2001;35(1):28-34.

Endereço para correspondência: Márcia Maria Coelho Oliveira. Rua Carlos Vasconcelos, 3100, apto 1202, Bairro Joaquim Távora, CEP: 60135-182, Fortaleza, Ceará.

Data de recebimento: 06/05/2009

Data de aprovação: 21/09/2010