

FACULDADE PERNAMBUCANA DE SAÚDE – FPS

GANHO PONDERAL DOS RNPT NA PRIMEIRA E
SEGUNDA ETAPA DO MÉTODO CANGURU.

Recife/PE – 2018

GLÓRIA EVELYN COSTA CABRAL BARBOSA

MARIA ROSA DOS SANTOS GOMES

SARA SANTOS DA SILVA

GANHO PONDERAL DOS RNPT NA PRIMEIRA E
SEGUNDA ETAPA DO MÉTODO CANGURU

Projeto de pesquisa apresentado ao Comitê de Ética e Pesquisa do Instituto de Medicina Integral Profº Fernando Figueira – IMIP como parte dos requisitos para elaboração do TCC - Trabalho de Conclusão de Curso da Faculdade Pernambucana de Saúde –FPS.

Orientadora: Claudiane Mª Urbano Ventura

Coorientadora: Analice Paula Schver

Recife/PE – 2018

GANHO PONDERAL DOS RNPT NA PRIMEIRA E SEGUNDA ETAPA DO MÉTODO CANGURU

Glória Evelyn Costa Cabral Barbosa

Acadêmica de Enfermagem da Faculdade Pernambucana de Saúde - FPS.
(81) 98672-3710/ Gloriaevelyn@hotmail.com

Maria Rosa dos Santos Gomes

Acadêmica de Enfermagem da Faculdade Pernambucana de Saúde - FPS.
(81) 99661-2464/ M.rosa.gomes2017@bol.com.br

Sara Santos da Silva

Acadêmica de Enfermagem da Faculdade Pernambucana de Saúde - FPS.
(81) 98571-1163/ Sarasoliveira09@gmail.com

Claudiane Maria Urbano Ventura

Mestre em Saúde Materno Infantil do Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira - IMIP.

Especialista em Enfermagem Neonatal pela UNISA.

Gerente de Enfermagem da Unidade Neonatal do Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira - IMIP.

Tutora do 5º período da Faculdade Pernambucana de Saúde – FPS.

(81) 98797-6708/ Claudianebrenda@yahoo.com.br

Analice Paula Schver

Fonoaudióloga pela UNICAP -2015

Enfermeira da UCINCA –IMIP

Especialista em Neonatologia e Pediatria

(81) 987310801/ 271020@gmail.com

SUMÁRIO

JUSTIFICATIVA	5
HiPÓTESE	6
OBJETIVO GERAL E OBJETIVOS ESPECÍFICOS	7
RESUMO	8
INTRODUÇÃO	10
MÉTODO	15
RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	16
CONCLUSÃO	25
REFERÊNCIAS	27
ANEXO I	30
APÊNDICE II	33

JUSTIFICATIVA

A oportunidade de desenvolver habilidades para a realização de um trabalho científico sobre um tema relevante na área da saúde da criança nos estimula para a futura prática profissional. Além do aperfeiçoamento no uso das opções metodológicas para a elaboração de um trabalho científico.

Durante o nosso percurso acadêmico e estágio curricular, desenvolvemos o interesse em pesquisa na área da enfermagem Neonatal, principalmente sobre o Método Canguru, pois consiste em um modelo de assistência ao recém-nascido prematuro internado nas unidades neonatais e sua família, voltado para o cuidado humanizado reunindo estratégias de intervenções.

Como estudantes e pesquisadoras nossa finalidade é aprofundar nosso conhecimento sobre as etapas do método canguru, evidenciando seus benefícios e repercussão no ganho ponderal dos recém-nascidos pré-termos.

HIPÓTESE

Este trabalho prevê que o ganho ponderal dos RNPT seja maior na segunda etapa do Método Canguru, visto que nessa etapa o RN se apresenta mais estável, onde a mãe participa ativamente nos cuidados do recém-nascido e o contato pele a pele do binômio mãe-filho favorece o menor gasto de energia.

Pressupõe-se também, que se tenha o aumento da frequência e conseqüentemente volume do aleitamento materno pelos RNs que se encontram internados na segunda etapa, considerado como essencial para o ganho ponderal.

OBJETIVO GERAL

Avaliar o ganho ponderal dos RNPT na primeira e segunda etapa do método canguru.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Em recém-nascidos pré-termos no método canguru:

- Descrever as características biológicas (sexo, idade gestacional, peso).
- Identificar o ganho ponderal na primeira e segunda etapa do método canguru.
- Identificar o tipo de dieta oferecida durante o período de internamento na primeira e segunda etapa do método canguru.
- Associar o ganho ponderal entre a primeira e segunda etapa do método canguru.

Ganho ponderal dos RNPT na primeira e segunda etapa do método canguru.

Glória Evelyn Costa Cabral Barbosa¹

Maria Rosa dos Santos Gomes²

Sara Santos da Silva³

Claudiane M^a Urbano Ventura⁴

Analice Paula Schver⁵

^{1,2,3,4} Faculdade Pernambucana de Saúde. Av. Jean Emile Favre, n° 422, Imbiribeira, Recife, PE, Brasil. CEP: 51.200-060. Fone: (81) 3035.7777.

^{4,5} Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira – IMIP, R. dos Coelhos, 300, Boa Vista, Recife, PE, Brasil. CEP 50070-550, Fone: (81) 2122.4100.

RESUMO

Cenário: A prematuridade e o baixo peso ao nascer constituem um problema de saúde pública e representa um alto percentual de morbimortalidade no período neonatal. A perda de peso nos primeiros dias de vida é decorrente da redistribuição dos fluidos e de seu catabolismo que não recebe aporte nutricional adequado. Essas alterações de peso ocorrem num período crítico da vida, em que se concentra a maioria dos óbitos.

Objetivo: Determinar o ganho ponderal dos RNPT na primeira e segunda etapa do método canguru. **Método:** Trata-se de um estudo do tipo corte transversal, descritivo, retrospectivo, de abordagem quantitativa que foi realizado no Instituto de Medicina Integral Prof^o Fernando Figueira – IMIP, através da análise de prontuários no período de Fevereiro de 2018 a Abril de 2018. A amostra foi composta por 53 recém-nascidos que receberam alta na segunda etapa do método canguru. Os dados foram analisados utilizando os Softwares SPSS 13.0 (StatisticalPackage for the Social Sciences) os resultados estão apresentados em formato de tabela com suas respectivas frequências absoluta e relativa. Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética n° 2.480.993 considerando os preceitos da Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde.

Resultados e discussões: A idade gestacional foi uma das características biológicas mais marcantes, visto que todos foram classificados como RN Pré-termo limítrofe, com média de idade gestacional 32 semanas. Em relação ao peso de nascimento a média foi de 1,498g sendo classificado como muito baixo peso ao nascer, sendo os resultados de muita relevância em função do conhecimento que se tem da associação entre menor peso e maior risco para morbimortalidade no período neonatal. Verificamos que o ganho ponderal foi maior na segunda etapa do método canguru, com média 29,8g, isto porque no período de internamento na segunda etapa do método canguru o recém-nascido é caracterizado por uma maior estabilidade clínica e aumento progressivo de peso e comprimento. **Conclusão:** O ganho ponderal na segunda etapa do método canguru é maior quando comparado com a primeira, visto que nessa etapa o prematuro se apresenta mais estável e há um maior contato entre o bebê e a mãe, que participa ativamente nos cuidados do prematuro.

Palavras Chave: Método Canguru, Recém-nascido pré-termo, Ganho de Peso.

ABSTRACT

Background: Prematurity and low birth weight are a public health problem and represent a high percentage of morbidity and mortality in the neonatal period. Weight loss in the first days of life is due to the redistribution of fluids and their catabolism that does not receive adequate nutritional intake. These weight changes occur in a critical period of life, where most of the deaths are concentrated. **Objective:** To determine the weight gain of the PTNB in the first and second stages of the kangaroo method. **Method:** This is a cross-sectional, descriptive, retrospective, quantitative study that was carried out at Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira - IMIP, through the analysis of medical records from February 2018 to April 2018. The sample consisted of 53 newborns who were discharged in the second stage of the kangaroo method. The data were analyzed using the SPSS 13.0 (Statistical Package for the Social Sciences) software. The results are presented in table format with their respective absolute and relative frequencies. This study was approved by Ethics Committee No. 2,480,993 considering the precepts of Resolution 466 / 12 of the National Health Council. **Results and Discussions:** Gestational age was one of the most striking biological characteristics, since all were classified as preterm NB, with a mean gestational age of 32 weeks. Regarding birth weight, the mean was 1.498g and was classified as very low birth weight, and the results are very relevant due to the knowledge of the association between lower weight and higher risk for morbidity and mortality in the neonatal period. We verified that the weight gain was higher in the second stage of the kangaroo method, with a mean of 29.8g, because in the second stage of the kangaroo method the newborn is characterized by a greater clinical stability and progressive increase in weight and length. **Conclusion:** The weight gain in the second stage of the kangaroo method is higher when compared to the first, since at this stage the premature infant is more stable and there is a greater contact between the baby and the mother, who actively participates in the care of the premature infant. **Key-words:** Kangaroo – Mother Care Method, Infant, Premature, Weight Gain.

INTRODUÇÃO

A prematuridade e as condições a ela associadas contribuem com elevados índices de mortalidade nos países em desenvolvimento. Apesar da redução nos índices de mortalidade infantil no Brasil, as taxas de mortalidade perinatal e neonatal vêm aumentando em termos proporcionais, tendo como principais causas a prematuridade e o baixo peso ao nascer, tornando-se um problema de saúde pública, causando danos no processo de crescimento e desenvolvimento da criança, além de aumentar custos sociais e econômicos ¹.

A evolução dos cuidados ofertados aos recém-nascidos ampliou o universo da assistência neonatal e proporcionou a melhora dos cuidados a serem prestados por uma equipe de profissionais capacitados. 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 e baixo peso, pois estes apresentam maior vulnerabilidade e são responsáveis por altos índices de morbimortalidade ³.

A avaliação do crescimento dos recém-nascidos (RN) logo após o nascimento é um procedimento rotineiro e que envolve a obtenção de medidas antropométricas que deverão ser comparadas com dados fornecidos por gráficos ou tabelas padronizadas de acordo com a idade gestacional e o sexo ².

As medidas usualmente utilizadas como índices de crescimento são: peso, comprimento e perímetro cefálico ². O peso constitui uma importante variável de avaliação do crescimento, e a evolução ponderal do RN prematuro é fator considerado prioritário em serviços de neonatologia como um dos critérios para análise do seu crescimento e desenvolvimento, determinando a alta hospitalar ¹.

Os recém-nascidos prematuros (RNPT) perdem peso nos primeiros dias de vida, em decorrência da redistribuição dos fluidos e de seu catabolismo que não recebe aporte nutricional adequado. Essas alterações de peso iniciais ocorrem num período crítico da vida, em que se concentra a maioria dos óbitos. Além das alterações funcionais e estruturais que comprometem as condições de sobrevivência e afetam negativamente o crescimento e o desenvolvimento pós-natal ⁴.

Tendo-se em vista que os fatores estressores como a ambiência, os procedimentos e a limitação do vínculo afetivo dos pais implicam na perda de peso. Em consequência essas crianças sofrem influências relacionadas às condições clínicas e terapêuticas e ao suporte nutricional que lhes é oferecido.³ 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 RN's e lactentes e reflete o conteúdo dos músculos, a pele, os ossos e órgãos ³.

Sabe-se que a saúde dos recém-nascidos está diretamente relacionada ao ganho de peso dentro do útero materno, bem como a manutenção do peso após o nascimento. O fator peso associado ao nascimento prematuro pode trazer diversas complicações à saúde da criança ⁵.

Devido à internação em UTIN, o vínculo mãe-filho é prejudicado, dificultando e retardando o início da amamentação, fator este que pode complicar ainda mais a saúde da criança. O prematuro pode apresentar problemas ao tentar sugar o leite do peito da mãe, principalmente, o prematuro de muito baixo peso, aqueles com peso menor de 1.500g. Isso acontece, por não conseguirem coordenar a sucção-deglutição-respiração, podendo apresentar risco de aspição ⁵.

A introdução de nutrição parenteral e enteral precoce para crianças de peso baixo ao nascer, durante as primeiras 24 horas de vida, resultam em uma rápida recuperação do peso perdido. A nutrição parenteral é a maior fonte de nutrição para os prematuros extremos nos primeiros dias de vida, e traz como foco do seu estudo a importância dos minerais na nutrição dos prematuros, visto que eles apresentam funções diferenciadas no organismo ⁵.

A meta nutricional na abordagem do recém-nascido de muito baixo peso é alcançar o crescimento pós-natal em uma taxa que se aproxime do crescimento e do ganho de peso intrauterino de um feto normal de mesma idade gestacional, sem produzir deficiências nutricionais, efeitos metabólicos indesejáveis ou toxicidades decorrentes de uma exagerada oferta nutricional ⁵.

Para evitar as reações adversas, hoje as boas práticas consistem em iniciar a alimentação nos primeiros dias de vida em pequenas quantidades, estratégia conhecida como alimentação enteral mínima. A alimentação enteral mínima apresenta benefícios como o ganho de peso mais rápido, menos intolerância alimentar, menor necessidade de fototerapia e obtenção da alimentação enteral completa mais rapidamente. O trato gastrointestinal do bebê é imaturo, e a nutrição enteral é importante para evitar a atrofia das vilosidades da mucosa intestinal. Portanto, restringir a ingestão oral de crianças ao nascer pode não apenas atrasar o desenvolvimento, como também pode reduzir a função intestinal como resultado da falta de estímulo ⁵.

Antes da idealização do Método Mãe-Canguru - MMC, os serviços de atenção neonatal mantinham os prematuros nas incubadoras até alcançarem o peso ideal para alta, o que trazia implicações para a mãe e seu filho, tais como: desestímulo ao aleitamento materno; rompimento do vínculo afetivo; tempo de permanência prolongado nas unidades de internamento ¹.

Sabe-se da grande dificuldade de manutenção da temperatura corpórea nos RNPT de baixo peso devido, principalmente, à falta de sudorese, à produção defeituosa de calor por menor movimentação, à imaturidade dos centros nervosos, à escassez de tecido celular subcutâneo e à oferta de oxigênio, limitado por distúrbios respiratórios. A hipotermia prolongada exige maior consumo de energia e oxigênio para produção de calor, o que prejudica o ganho ponderal. Dessa forma, a retirada do RNPT da incubadora ocorre quando o mesmo demonstra maturidade em relação ao controle térmico, independentemente do seu peso. Assim, o RNPT se conserva normotérmico, ou seja, com temperatura axilar oscilando entre 36 e 36,5 °C¹³.

Os resultados revelaram um aumento significativo da temperatura, a mediana dos valores da temperatura, antes da aplicação do método, era de aproximadamente 36,4 °C e, após 30 minutos da aplicação, passou a ser 36,65 °C. Esses resultados encontraram aumento significativo e atribuíram ao método a melhora do controle térmico, tão importante ao RNPT, devido a sua grande tendência à hipotermia, contribuindo, dessa forma, para a homeostase do mesmo. A posição Canguru evita a perda de calor corporal e está associada com a manutenção ou aumento de calor durante essa posição. Assim sendo, o MMC é extremamente positivo para contribuir para o ganho ponderal dos RNs e evitar conseqüências deletérias de perda de calor. ⁶.

A partir do MMC, padronizado pelo Ministério da Saúde no nosso país em 2002, o RN prematuro e de baixo peso passa a ter contato direto com a mãe, desde o momento em que apresente condições clínicas estáveis. O método encontra-se subdividido em três etapas: na primeira etapa o RN está internado na unidade neonatal, sendo a fase inicial de adaptação ao meio extra-uterino; a segunda etapa corresponde a unidade canguru, e o RN está clinicamente estável e em ganho de peso; por fim, a terceira etapa é o acompanhamento ambulatorial ¹.

Os benefícios do método incluem redução da morbidade e do período de internação dos bebês, melhoria na incidência e duração da amamentação e contribui para o senso de competência dos pais ⁵. Esta prática inicia-se dentro do hospital e continua em casa, mediante o acompanhamento da equipe de saúde. É de reconhecimento pleno, tanto pela discussão oficial, quanto pelos estudiosos da área, que o MMC é uma tecnologia passível de propiciar assistência integrada ao binômio mãe-filho em situação de prematuridade ⁷.

No que se refere à nutrição do recém-nascido na segunda etapa do método podemos observar transição da alimentação por sonda para alimentação no peito sob livre demanda, é uma mudança importante para o bebê pré-termo por sua fragilidade clínica e desenvolvimento imaturo. Este bebê precisa aprender a se alimentar o mais rápido possível e os seus pais como alimentá-lo de forma segura ⁸.

Buscando uma forma mais fisiológica para transição da dieta por gavagem na sonda orogástrica, para uma dieta por via oral, no peito, surgiu a translactação, método iniciado no próprio IMIP em Agosto de 1998. Além da translactação utiliza-se a relactação e sonda-peito como método de transição da alimentação por gavagem para o peito materno ⁸.

Diante desse contexto fica evidente a importância do estudo desenvolvido, fundamentado na relevância de oferecer discussões a cerca do ganho ponderal do recém-nascido nas etapas do método canguru, além de contribuir com dados que possam direcionar as ações propostas pelos diversos serviços de assistência a saúde. Portanto o estudo teve como objetivo determinar o ganho ponderal dos RNPT na primeira e segunda etapa do método canguru.

MÉTODO

Trata-se de um estudo do tipo corte transversal, descritivo, retrospectivo, de abordagem quantitativa.

Foi realizado na Unidade Neonatal do Instituto de Medicina Integral Prof^o Fernando Figueira – IMIP considerado como hospital de referência no Estado de Pernambuco. A estrutura do serviço consta de 71 leitos dos quais, 32 são de UCINCo e 18 leitos de UTIN considerada como a primeira etapa do método canguru e 21 leitos UCINCa, considerada como a segunda etapa do método

O estudo foi realizado no período de Novembro de 2017 a Maio de 2018, após ter sido aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do IMIP. A amostra foi composta de 53 recém-nascidos que permaneceram internados na primeira e segunda etapa do método canguru, cujo critério de exclusão foi os recém-nascidos portadores de ostomia, cardiopatias e malformação congênita por se tratar de fatores que interferem no ganho de peso.

Os dados foram coletados através dos prontuários dos RN de alta hospitalar no canguru, utilizando-se um formulário estruturado, elaborado pelas próprias pesquisadoras com base nos estudos mais recentes para identificação das variáveis.

As variáveis de análise independentes (preditoras) presentes nesse estudo são: sexo, idade gestacional, peso e dieta. E variável dependente (desfechos) é o ganho ponderal.

O banco de dados foi formulado utilizando o programa Microsoft Excel 2010, analisando-se os dados pelo softwares SPSS 13.0 (*Statistical Package for the Social Sciences*) para Windows e o Excel 2010. Todos os testes foram aplicados com 95% de confiança; os resultados estão apresentados em formato de tabela com suas

respectivas frequências absoluta e relativa; as variáveis numéricas estão representadas pelas medidas de tendência central e medidas de dispersão.

O presente estudo atende aos requisitos da Resolução 466/12, foi submetido à apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira (IMIP), com início somente após sua aprovação N° 2.480.993. O presente estudo utilizou o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE que foi assinado pelo responsável legal durante a alta dos RN's na segunda etapa do método canguru, com a justificativa de tratar-se de um estudo retrospectivo, que empregou informações de prontuários, sistemas de informação institucional e/ou demais fontes de dados e informações clínicas disponíveis na instituição, porém sem utilização de material biológico.

Todos os dados foram manejados e analisados de forma anônima, sem identificação nominal dos participantes de pesquisa. Os resultados decorrentes do estudo foram apresentados de forma agregada, não permitindo a identificação individual dos participantes.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Tabela 1 – Distribuição das variáveis biológicas dos recém-nascidos que permaneceram internados na primeira e segunda etapa do método canguru do IMIP-PE. Recife, 2018.

Variáveis	n	%
Sexo		
Masculino	28	52,8
Feminino	25	47,2
Adequação para idade gestacional		
PIG	27	50,9
AIG	26	49,1
GIG	0	0
Morbidades		
Sim	50	94,3
Não	3	5,7

* PIG: Pequeno para idade gestacional; AIG: adequado para idade gestacional; GIG: Grande para idade gestacional.

1.1. Sexo

Quanto às características dos recém-nascidos relativas ao sexo nasceram 52,8% do sexo masculino, podendo estar relacionado às patologias com maior incidência no mesmo sexo ¹².

Em estudo realizado nos anos 1959-1961, na cidade de Nova York, afirma que a incidência de baixo peso ao nascer é maior no sexo feminino ¹³.

Porém em outros estudos recentes, realizados na Holanda, demonstraram que o sexo masculino está associado ao aumento de risco de sofrimento fetal ¹⁴.

Já em um estudo brasileiro conduzido na Unidade Neonatal de Cuidados Intensivos da Fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará, que objetivou verificar o perfil de recém-nascidos prematuros de muito baixo peso, evidenciou-se que dos 37 RNs que se enquadraram nos critérios para participação da pesquisa, 73% eram do sexo feminino, 73% eram prematuros extremos e 73% nasceram pequenos para idade gestacional (PIG).

1.2. Adequação do peso para idade gestacional

No presente estudo o número de recém-nascidos classificados como PIG foi maior, correspondendo a 50,9%.

A adequação do peso para a idade gestacional é obtida através da correlação entre peso ao nascer e idade gestacional, sendo avaliado como PIG – peso abaixo do percentil 10, AIG – peso entre o percentil 10 e 90 e GIG – peso acima do percentil 90 ¹⁵.

Essa classificação vem sendo amplamente estudada por vários autores, demonstrando sua grande importância, pois sem dúvidas os riscos neonatais estão diretamente relacionados com a menor idade gestacional e o baixo peso ¹⁶.

Os RN's com índices localizados abaixo do percentil 10 têm maior frequência de afecções como asfixia neonatal, síndrome do desconforto respiratório,

distúrbios metabólicos, hiperbilirrubinemia, sepse, pneumonia congênita, entre outras afecções perinatais. Verifica-se que os RN's identificados como índice baixo peso apresentam maior frequência de afecções próprias do RN pré-termo e do RN pequeno para a idade gestacional (PIG) o que justifica a necessidade de internações em UTI-neonatal ¹⁷.

1.3. Morbidades

Os dados mostrados na tabela 1 permitem comprovar a preponderância de morbidades, estando presente em 94,3% da amostra do estudo. Entre estas morbidadesas mais presentes foram TTRN (54,7%), Ictericia (54,7%), SDR (34%), Sepse (13,2%). Podemos evidenciar em outros estudos que as comorbidades estão amplamente associadas à RN pequenos para sua idade gestacional, sendo a infecção perinatal uma das principais causas do trabalho de parto prematuro, devido a menor capacidade imunológica do recém-nascido. A SDR também acomete RN's menores, relacionada ao não amadurecimento pulmonar pela idade gestacional reduzida¹⁷.

Tabela 2 – Distribuição das variáveis biológicas numéricas dos recém-nascidos que permaneceram internados na primeira e segunda etapa do método canguru do IMIP-PE. Recife, 2018.

Variáveis	Média ± DP	Mediana (Q1; Q3)	Mínimo	Máximo
IG	32,0 ± 2,2	32,0 (31,0; 34,0)	25,0	36,0
Peso	1498,1 ± 352,2	1480,0 (1248,0; 1732,0)	775,0	2212,0
Comprimento	39,3 ± 3,1	40,0 (36,5; 41,3)	34,0	45,2

* IG: Idade gestacional.

2.1. Idade Gestacional

No que diz respeito à idade gestacional o estudo mostrou uma média de 32 semanas, sendo a mínima 25 semanas e a máxima 36 semanas.

Visto que, de acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS) RN Pré-Termo inclui todo recém-nascido vivo com menos de 37 semanas completas de

gestação, contados a partir do primeiro dia do último período menstrual. E demais RN A Termo, todos os nascidos entre 37 a 41 semanas e 6 dias de gestação e RN Pós-Termo todas as crianças nascidas vivas com 42 semanas ou mais de idade gestacional ¹⁸.

Assim constatamos que, das características biológicas da população estudada a idade gestacional é uma das mais marcantes, visto que todos foram classificados como RN Pré-Termo Limítrofe.

2.2. Peso de Nascimento

Os resultados encontrados foram de relevância em função do conhecimento que se tem da associação entre menor peso e maior risco para morbidades e mortalidade neonatal, verificando-se que a média de peso foi de 1,498g sendo classificado como muito baixo peso, onde o peso mínimo foi de 775,0g e o máximo de 2,212g. Portanto, de acordo com a classificação em relação ao peso de nascimento, são considerados como: baixo peso: peso > 2,500g, muito baixo peso: peso > 1500g e extremo baixo peso: peso > 1000g ¹⁹.

2.3. Comprimento

De acordo com o comprimento dos recém-nascidos o presente estudo obteve uma média de 39,3 cm, sendo o mínimo 34,0 cm e o máximo 45,2cm. Sabe-se que o crescimento é um processo contínuo, complexo, resultante da interação de fatores genéticos, nutricionais, hormonais e ambientais. Diante dessa nova realidade de sobrevivência dos prematuros, é difícil prever como será o crescimento de um RNPT de muito baixo peso. São crianças que podem apresentar muitas intercorrências clínicas, que aumentam o gasto energético e as necessidades nutricionais, e ainda enfrentam sérias restrições na oferta e/ou no aproveitamento dos nutrientes. Nas crianças nascidas prematuras, a deficiência pômbero-estatural observada nos primeiros meses de vida pode persistir por toda a infância, adolescência e idade adulta ²⁰.

Tabela 3 – Distribuição das variáveis numéricas: Nutrição parenteral e tipos de nutrição enteral dos recém-nascidos que permaneceram internados na primeira e segunda etapa do método canguru do IMIP-PE. Recife, 2018.

Variáveis	N	%
Parenteral		
Sim	31	58,5
Não	22	41,5
Tipo de Enteral na primeira etapa		
Leite materno	15	29,1
Leite pasteurizado	9	17,6
Fórmula	7	13,7
Leite humano (BL+LM)	10	19,6
Mista (LM +fórmula)	18	35,3
Tipo de Enteral na segunda etapa		
Leite materno	44	83,0
Leite pasteurizado	1	1,9
Fórmula	6	11,3
Leite humano (BL+LM)	9	17,0
Mista (LM +fórmula)	2	3,8

* BL: Banco de Leite; LM: Leite Materno.

3.1. Tipo de dieta enteral na primeira etapa X Tipo de dieta enteral na segunda etapa.

Observamos na tabela 3 que o tipo de dieta enteral dominante durante o período de internamento do recém-nascido na UTI foi Mista (Leite materno + Fórmula), com 35,3%.

O trato gastrointestinal do bebê é imaturo, e a nutrição enteral é importante para evitar a atrofia das vilosidades da mucosa intestinal. Com relação à nutrição enteral, o alimento ideal é o leite materno e deve ser iniciado no dia do nascimento, ou o mais precocemente possível, pois este aumenta a proteção contra infecção hospitalar²².

A administração do colostro de mães de prematuros de extremo baixo peso, por meio da orofaringe, apresentou resultados satisfatórios e mostrou-se uma estratégia barata, fácil e bem tolerada pelos bebês, visto que os mesmos não apresentaram efeitos adversos após o procedimento, como episódios de apneia, bradicardia e hipotensão²³.

Além disso, durante a internação em UTIN, o vínculo mãe-filho é prejudicado, dificultando e retardando o início da amamentação, fator este que pode

complicar ainda mais a saúde da criança. O prematuro pode apresentar problemas ao tentar sugar o leite do peito da mãe, principalmente, o prematuro de muito baixo peso, aqueles com peso menor de 1.500g. Isso acontece, por não conseguirem coordenar a sucção-deglutição -respiração, resultando na diminuição do estímulo a lactação²³.

Já os resultados referentes à dieta enteral durante o período de internamento do recém-nascido na segunda etapa, o Leite Materno se destaca com 83,0%. Isso se deve ao fato de que o método canguru evita a separação prolongada entre a mãe e seu bebê, contribuir para o aumento na produção do leite e duração da amamentação, aumento do vínculo afetivo e diminuição de morbidades e mortalidade neonatal²⁴.

Tabela 4 – Distribuição das variáveis numéricas: Pesos de alta, dias de internamento e ganhos ponderais dos recém-nascidos que permaneceram internados na primeira e segunda etapa do método canguru do IMIP-PE. Recife, 2018.

Variáveis	Média ± DP	Mediana (Q1; Q3)	Mínimo	Máximo
Início da NPT (dias)	1,1 ± 0,4	1,0 (1,0; 1,0)	1,0	3,0
Duração NPT (dias)	5,3 ± 3,8	5,0 (1,0; 9,0)	1,0	13,0
Início da dieta Enteral (dias)	2,0 ± 1,9	1,0 (1,0; 2,0)	1,0	11,0
Dias de internamento/ primeira etapa	16,1 ± 10,8	13,0 (8,5; 20,0)	2,0	52,0
Peso alta da primeira etapa.	1562,6 ± 230,5	1545,0 (1360,0; 1737,5)	1260,0	2240,0
Ganho ponderal/primeira etapa	-3,6 ± 1 9,2	4,1 (-11,8; 11,0)	-58,0	20,1
Dias de internamento da segunda etapa	15,3 ± 5,2	15,0 (11,0; 19,0)	2,0	25,0
Peso alta/ segunda etapa.	1991,0 ± 213,0	1950,0 (1840,0; 2047,5)	1720,0	2870,0
Ganho Ponderal/ segunda etapa	29,8 ± 1 7,2	26,3 (19,7; 33,6)	6,2	114,2

* NPT: Nutrição parenteral total.

4.1. Início da nutrição parenteral e duração da NPT na primeira etapa

Os dados presentes na tabela 4 nos permitem observar o início precoce da nutrição parenteral nos recém-nascidos prematuros, sendo mínima de um dia e máxima de três dias. Isto porque a terapia nutricional da população em estudo representa um enorme desafio, pois quanto menor o peso e a idade gestacional do recém-nascido, maiores serão as suas necessidades nutricionais para atingir crescimento e desenvolvimento adequados. Os prematuros têm reservas reduzidas e maior imaturidade do trato gastrointestinal e de outros órgãos, sistemas e aparelhos, o que impossibilita a utilização da via enteral de forma exclusiva ²¹.

Sabe-se que as reservas energéticas destas crianças são bastante limitadas, estima-se que um recém-nascido de 1.000g teria reservas energéticas suficientes para sobreviver, sem terapia nutricional, por apenas quatro dias, não devendo ser postergado o início da nutrição parenteral por mais do que 48 horas se o peso for inferior a 1500g e 72 horas se peso superior a 1500g ²¹.

De acordo com a Sociedade Brasileira de Nutrição Parenteral e Enteral a utilização precoce da NP melhora o crescimento e neurodesenvolvimento, e parece reduzir o risco de mortalidade e os resultados adversos ²².

Não obstante das vantagens da nutrição parenteral para os recém-nascidos pré-termo, esta deve ser gradualmente associada à nutrição enteral, e substituída tão rapidamente quanto possível, a fim de minimizar os efeitos colaterais da exposição. Pois a ingestão inadequada de substratos na infância pode provocar em longo prazo efeitos negativos, propiciando aumento do risco de doenças na vida adulta ²².

4.2. Início da Nutrição Enteral na primeira etapa

Em relação à idade de início da nutrição enteral os resultados mostraram que também foram iniciados precocemente, com média de dois dias, sendo a idade mínima de um dia e máxima onze dias.

Sabe-se que a nutrição enteral deve ser administrada, preferencialmente, com leite humano e ainda o mais precocemente possível (nas primeiras 48 horas de vida), mesmo em pequenos volumes, por representar potente fator de estímulo para maturação do trato gastrintestinal e proteção contra infecções, além de outras vantagens. Deve-se lembrar de que o uso de leite humano se associa à melhor tolerância e, portanto, pode-se efetuar progressão mais rápida da dieta por via enteral. Na impossibilidade de utilizar leite materno, a opção mais apropriada é o emprego de fórmulas infantis específicas para o pré-termo ²¹.

4.3. Peso de alta da primeira etapa X Peso da segunda etapa

Foi observado que o peso de alta foi maior na segunda etapa do método canguru com média 1,991g, quando comparado com a primeira etapa, a média foi de 1,562g.

Sabe-se que nos primeiros dias de vida, em que estão internadas na UTI (Primeira etapa) essas crianças podem apresentar muitas intercorrências clínicas, que aumentam o gasto energético e as necessidades nutricionais, e enfrentam sérias restrições na oferta e/ou no aproveitamento dos nutrientes ²¹.

Além de tudo ocorrer perda de peso, que pode ser comparada à perda de peso inicial do RN a termo sadio, mas que apresenta intensidade e duração inversamente proporcional à IG e diretamente relacionada à gravidade do quadro neonatal. Ou seja, quanto menor a IG e o PN, maior a gravidade da situação clínica, e conseqüentemente maior a perda de peso. O peso mais baixo é encontrado entre o 4º e o 7º dia de vida ²¹.

Justificando assim o menor peso de alta na primeira etapa do método canguru.

4.4. Dias de Internamento na primeira etapa X Dias de Internamento na segunda etapa

Em relação aos dias de internamento, foi observado que os valores foram de grande proximidade em ambas as etapas do método canguru, sendo na primeira com média de 16,1 dias e na segunda etapa, média de 15,3 dias, deferindo apenas do tempo máximo de internação, onde a primeira etapa com 52 dias e a segunda com 25. Esse resultado se justifica pelas condições clínicas e instabilidade dos recém-nascidos, necessitando de uma maior monitoração e cuidados específicos, até que ocorra a estabilização das intercorrências clínicas e melhor aporte calórico, devendo ocorrer entre o 8º e 24º dia de vida, sendo a recuperação mais precoce quanto maior o peso de nascimento ²¹.

4.5. Ganho Ponderal na primeira etapa X Ganho Ponderal na segunda etapa.

Em relação ao ganho ponderal, podemos verificar que foi maior na segunda etapa do método canguru, tendo em média 29,8g, com mínima de 6,2g e máxima de 114,2.

O ganho ponderal desejável é acima de 15,0g, isso significa dizer que o recém-nascido está ganhando aporte nutricional adequado. Durante o período de internamento na segunda etapa do método canguru o recém-nascido é caracterizado por uma maior estabilidade clínica, aumento progressivo de peso e comprimento. Até que este consiga uma velocidade de crescimento comparável às crianças saudáveis nascidas a termo²⁴.

Observamos um ganho ponderal negativo dos RN internados na primeira etapa do método canguru (-3,6), tal resultado é explicado por vários fatores, um deles é

em decorrência da redistribuição dos fluidos e de seu catabolismo que não recebe aporte nutricional adequado durante os primeiros dias de vida, então alcançar um ganho ponderal apropriado no neonato prematuro é frequentemente difícil pela imaturidade metabólica e gastrointestinal além da função imunológica comprometida²⁶.

O aleitamento materno exclusivo é recomendado como o modo mais natural e seguro de alimentação para o neonato, pois vários são os aspectos que tornam esse leite adequado para a alimentação desse indivíduo como: facilidade de digestão desse tipo de leite pelo neonato, facilitando o ganho de peso, redução do risco para enterocolite necrotizante (ECN), proteção imunológica conferida por ele e redução da mortalidade²⁶.

Entretanto, ao nascer prematuramente, o RNPT é alocado em incubadora, em posição que favoreça a manipulação, o contato é frequentemente intrusivo e a manipulação tem como foco a recuperação do corpo fisiológico do RN, sendo poucas as intervenções afetuosas, as quais geralmente vêm dos pais²⁷.

A separação prolongada entre a mãe e seu bebê pode contribuir para a produção insuficiente de leite, menor duração de aleitamento materno exclusivo, maior suscetibilidade a infecções, visto que o leite materno possui várias propriedades anti-infecciosas, baixo vínculo afetivo e aumento de morbidades²⁴.

CONCLUSÃO

A partir dos resultados obtidos foi possível descrever as características biológicas da população estudada, aprofundar o conhecimento sobre as etapas do método canguru, evidenciando os benefícios, particularidades e repercussão no ganho ponderal dos recém-nascidos pré-termo.

Confirmamos que houve um ganho ponderal maior na segunda etapa do método canguru, isto porque, nesta etapa os recém-nascidos estão clinicamente mais

estáveis, onde a mãe participa ativamente nos cuidados do prematuro e o contato pele a pele do binômio mãe-filho favorece menor gasto de energia. Confirmamos também o aumento do aleitamento materno considerado como essencial para o ganho ponderal desses RN's. Além de um período de dias de internamento menor nessa etapa.

REFERÊNCIAS

1. Oliveira, F. Método Mãe-Canguru: evolução ponderal de recém nascidos. 2006. 94f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Escola de Enfermagem, Universidade Federal da Bahia. Salvador. 2006.
2. Medeiros C; Chermont; Batista P; Fortes F; Moraes R; Cesaria P; Souza R; Rodrigues S; Moraes B; Cícero F; Soibelmam P; Garbes; Nascimento F; Guinesburg. Seguimento Ambulatorial do Prematuro de risco. São Paulo – SP: arte&composição, 2012, 73p.
3. Leitão C; Meneses M; Coelho O. Avaliação ponderal do recém nascido pré-termo na unidade neonatal de cuidados intermediários. *Ciência, Cuidado e Saúde, Paraná*, v9, n3, 2010.
4. Ana C; Uliani A; Carvalho; Barros F. Evolução ponderal de recém-nascidos de muito baixo peso. *Jornal de Pediatria, Rio de Janeiro*, 1966, 72(6).
5. Rebolça J; Silva R; Guimarães F; Gomes A; Simoara A; Tavares M. Nutrição em recém-nascido prematuros e de baixo peso: Uma revisão integrativa. *Rev.Soc.Bras.Enferm.Ped*, v.14, n.1, p.40-6, Julho, 2014
6. Costa; Monticelli. Método Mãe-canguru. *SciELOAnalytics*. São Paulo. V18, N4. Oct/Dez 2005.
7. Almeida CM, Almeida AFN, Forti EMP. Efeitos do Método Mãe Canguru nos sinais vitais de recém-nascidos pré-termo de baixo peso. *Rev. bras. fisioter.* [Internet]. 2007 Feb [cited 2018 July 23] ; 11(1): 1-5. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-35552007000100002&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-35552007000100002>.
8. Raposo R. Alimentação do recém-nascido pré-termo: métodos de transição da gavagem para o peito materno. 21, fevereiro, 2006, f.81, Dissertação (Mestrado), Departamento Materno Infantil do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco.
9. Costa R.K; Souza N.L; Silva R.A; Silva B.J; Ladislão P.R; Oliveira S.J, O ganho de peso em prematuros relacionados ao tipo de leite, *Revista eletrônica de enfermagem* v.16, n3, jul/set de 2014.
10. Marcuarte C.A; Malveira S.S; Perfil de recém-nascidos prematuros de muito baixo peso internados em unidade de cuidados intensivos neonatais, *Revista Brasileira de Ciência da Saúde; Pará*; v21, n1, p5-10, 2017.

11. Bardal F.N; Recuperação Nutricional dos Recém-Nascidos Prematuros da UTI Neonatal do HRAS, Monografia (Especialista em neonatologia), Brasília DF, 17p, 2012.
12. Figueiró-Filho EA, Oliveira VM, Ferreira CM, Silva VM, Tinos AL, Kanomata LB. Variáveis perinatais e associação de recém-nascidos de muito baixo peso ao nascer em hospital público universitário do Brasil. Rev Bras Ginecol Obstet. 2014; 36(1): 10-6.
13. Yerushalmy, J. et al. Birthweight and gestation as indices of maturity. Amer. J. Dis. Child., 109:43-57, 1965.
14. Ramos HAC e Cuman RKN. Fatores de risco para prematuridade: pesquisa documental. Esc. Anna Nery Rev. Enferm 2009; 13(2): 297-304.
15. Margotto PR. Crescimento intra-uterino: Percentis de peso, estatura e perímetro cefálico ao nascer de RN únicos de gestação normais e seus correspondentes pesos placentários em diferentes períodos gestacionais. Tese de Doutorado. CLAP/OMS, 1991.
16. Marinice, C.M.J, Jose N.A.C.B, Antônio J.D.J e Antônio M.J.L. Crescimento Intra Uterino. Agosto de 1978. Disponível em: (<http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/17422/v85n2p137.pdf?sequence=1>).
17. José R.D.B, Marcos C.R , Gabriela A.K, Rosângela G, Neil F.N. Associação de afecções neonatais com a relação peso/ comprimento e a adequação de peso para idade gestacional. Einstein. 2011; 9(3 Pt 1):288-93.
18. BASEGIO, L. D. Manual de Obstetricia. Rio de Janeiro: Revinter, 2000.
19. Caderno de atenção à saúde da criança recém nascido de risco, Secretária do Estado da Saúde do Paraná. Disponível em: (<http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/opdf1.pdf>).
20. Adriane A.C.D, Antonio C.B, Regina P.G.V.C.S, Margaret C.S.B. Crescimento de crianças nascidas prematuras. Artigo de revisão. Arq Bras Endocrinol Metab. 2011;55(8):534-40.
21. Fabíola I.S.S. Márcia T. Roseli O.S..S. Nutrição parenteral no recém-nascido pré-termo: proposta de protocolo prático. Artigo de revisão. Rev Paul Pediatr 2008;26(3):278-89.
22. Sociedade Brasileira de Nutrição Parenteral e Enteral. Terapia Nutricional no Prematuro Extremo. Projeto Diretrizes. 5 de setembro de 2011. Disponível em:

https://diretrizes.amb.org.br/BibliotecaAntiga/terapia_nutricional_no_prematuro_extremo.pdf)

23. Jamile R.D, Regina C.C.S, Francisco R.G.X.N, Adriana G.N.F, Antonia S.R.S, Márcia M.T.M. Nutrição em recém-nascidos prematuros e de baixo peso: uma revisão integrativa. Rev. Soc. Bras. Enferm. Ped. | v.14, n.1, p 40-6 | Julho 2014.

24. Maria A.S.M.DanielaC.G ,Enaldo V.M , Rosana C.Recém-nascidos prematuros assistidos pelo Método Canguru: avaliação de uma coorte do nascimento aos seis meses. Revista Paulista de Pediatria, vol. 32, núm. 2, junho, 2014, pp. 171-177 Sociedade de Pediatria de São Paulo São Paulo, Brasil.

25. Moreira L.E.M; Rocha D.A; O recém-nascido de alto risco: teoria e prática do cuidar, Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2004, 564p.

26. Silva RKC, Souza NL, Silva RAR, Silva JB, Ladisláo NBPR, Oliveira SIM. O ganho de peso em prematuros relacionado ao tipo de leite. Rev. Eletr. Enf. [Internet]. 2014 jul/set;16(3):535-41. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5216/ree.v16i3.21748>.

27. Fabíola LP , Fernanda SN , Luciana MM , Carmen GSS , Thaíssa CC , Adriana ML. A manipulação de prematuros em uma Unidade de Terapia Intensiva Neonatal. RevEscEnferm USP 2013; 47(6):1272-8 www.ee.usp.br/reeusp/

ANEXO I



Instituto de Medicina Integral
Prof. Fernando Figueira
Escola de Pós-graduação em Saúde Materno Infantil
Instituição Civil Filantrópica

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

GANHO PONDERAL DOS RNPT NA PRIMEIRA E SEGUNDA ETAPA DO MÉTODO CANGURU

Você está sendo convidado (a) a participar de uma pesquisa porque foi atendido (a) ou está sendo atendido (a) nesta instituição. Para que você possa decidir se quer participar ou não, precisa conhecer os benefícios, os riscos e as consequências pela sua participação.

Este documento é chamado de Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e tem esse nome porque você só deve aceitar participar desta pesquisa depois de ter lido e entendido este documento. Leia as informações com atenção e converse com o pesquisador responsável e com a equipe da pesquisa sobre quaisquer dúvidas que você tenha. Caso haja alguma palavra ou frase que você não entenda, converse com a pessoa responsável por obter este consentimento, para maiores esclarecimentos. Caso prefira, converse com os seus familiares, amigos e com a equipe médica antes de tomar uma decisão. Se você tiver dúvidas depois de ler estas informações, entre em contato com o pesquisador responsável.

Após receber todas as informações, e todas as dúvidas forem esclarecidas, você poderá fornecer seu consentimento, rubricando e/ou assinando em todas as páginas deste Termo, em duas vias (uma do pesquisador responsável e outra do participante da pesquisa), caso queira participar.

PROPÓSITO DA PESQUISA

Determinar o ganho ponderal dos RNPT na primeira e segunda etapa do método canguru.

PROCEDIMENTOS DA PESQUISA

Se você concordar, os pesquisadores responsáveis por esta pesquisa consultarão seus dados clínicos e laboratoriais que se encontram no seu prontuário. Os dados coletados no prontuário serão mantidos em sigilo e confidencialidade.

CUSTOS

Você não pagará por nenhum custo dessa pesquisa.

CONFIDENCIALIDADE

Se você optar por participar desta pesquisa, as informações sobre a sua saúde e seus dados pessoais serão mantidas de maneira confidencial e sigilosa. Seus dados somente serão utilizados depois sem sua identificação. Apenas os pesquisadores autorizados terão acesso aos dados individuais, resultados de exames e testes bem como às informações do seu registro médico. Mesmo que estes dados sejam utilizados para propósitos de divulgação e/ou publicação científica, sua identidade permanecerá em segredo.

PARTICIPAÇÃO VOLUNTÁRIA



Instituto de Medicina Integral

Prof. Fernando Figueira

Escola de Pós-graduação em Saúde Materno Infantil

Instituição Civil Filantrópica

A sua participação é voluntária e a recusa em autorizar a sua participação não acarretará quaisquer penalidades ou perda de benefícios aos quais você tem direito, ou mudança no seu tratamento e acompanhamento médico nesta instituição. Você poderá retirar seu consentimento a qualquer momento sem qualquer prejuízo. Em caso de você decidir interromper sua participação na pesquisa, a equipe de pesquisadores deve ser comunicada e a coleta de dados relativos à pesquisa será imediatamente interrompida.

ACESSO AOS RESULTADOS DE EXAMES

Você pode ter acesso a qualquer resultado relacionado à esta pesquisa. Estes resultados serão enviados ao seu médico e ele falará com você. Se você tiver interesse, você poderá receber uma cópia dos resultados.

BENEFÍCIOS

Os benefícios estarão condicionados a divulgação do estudo através de artigos científicos que poderão contribuir para ampliar o conhecimento sobre o tema abordado

RISCOS

É um estudo não intervencionista (sem intervenções clínicas) e sem alterações/influências na rotina/tratamento do participante de pesquisa, e consequentemente sem adição de riscos ou prejuízos ao bem-estar dos mesmos.

GARANTIA DE ESCLARECIMENTOS

A pessoa responsável pela obtenção deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido lhe explicou claramente o conteúdo destas informações e se colocou à disposição para responder às suas perguntas sempre que tiver novas dúvidas. Você terá garantia de acesso, em qualquer etapa da pesquisa, sobre qualquer esclarecimento de eventuais dúvidas e inclusive para tomar conhecimento dos resultados desta pesquisa. Neste caso, por favor, ligue para a Claudiane Maria Urbano Ventura no telefone **(081) (98797-6708)**. Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do IMIP, **Se você tiver alguma consideração ou dúvida sobre esta pesquisa, entre em contato com o comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos do IMIP (CEP-IMIP) que objetiva defender os interesses dos participantes, respeitando seus direitos e contribuir para o desenvolvimento da pesquisa desde que atenda às condutas éticas.**

O CEP-IMIP está situado à Rua dos Coelhos, nº 300, Boa Vista. Diretoria de Pesquisa do IMIP,

Prédio Administrativo Orlando Onofre, 1º Andar tel: 2122-4756 – Email: comitedeetica@imip.org.br O CEP/IMIP funciona de 2ª a 6ª feira, nos seguintes horários: 07:00 às 11:30 h (manhã) e 13:30 às 16:00h (tarde)

Este termo está sendo elaborado em duas vias, sendo que uma via ficará com você e outra será arquivada com os pesquisadores responsáveis.

CONSENTIMENTO

Li as informações acima e entendi o propósito do estudo. Ficaram claros para mim quais são

procedimentos a serem realizados, riscos, benefícios e a garantia de esclarecimentos permanentes. Ficou claro também que a minha participação é isenta de despesas e que tenho garantia do acesso aos dados e de esclarecer minhas dúvidas a qualquer tempo.

Entendo que meu nome não será publicado e toda tentativa será feita para assegurar o meu

anonimato. Concordo voluntariamente em participar desta pesquisa e poderei retirar o meu consentimento a qualquer momento, antes ou durante o mesmo, sem penalidade ou prejuízo ou perda de qualquer benefício que eu possa ter adquirido.



Instituto de Medicina Integral
Prof. Fernando Figueira
Escola de Pós-graduação em Saúde Materno Infantil
Instituição Civil Filantrópica

Eu, por intermédio deste, dou livremente meu consentimento para participar nesta pesquisa.

Nome e Assinatura do participante	Data
-----------------------------------	------

Nome e Assinatura do Responsável Legal/Testemunha Imparcial	Data
---	------

Eu, abaixo assinado, expliquei completamente os detalhes relevantes desta pesquisa ao paciente indicado acima e/ou pessoa autorizada para consentir pelo mesmo. Declaro que obtive de forma apropriada e voluntária o Consentimento Livre e Esclarecido deste paciente para a participação desta pesquisa.

Nome e Assinatura do Responsável pela obtenção do Termo	Data
---	------

APÊNDICE I

FORMULÁRIO DE PESQUISA

Avaliação do ganho ponderal do RNPT na primeira e segunda etapa do método canguru

(Formulário de Pesquisa)

Número do Formulário:

Pesquisador: _____

Local: _____

Data da coleta: ___/___/___

SEÇÃO I – Características Biológicas dos Recém-nascidos

Idade Gestacional: ___ semanas

Sexo: 1. Masculino 2. Feminino 3. Indefinido

Peso ao nascer: , gramas.

Comprimento ao nascer: ___ cm

Adequação para idade gestacional: 1. FIG 2. AIG 3. GIG

Presença de morbidades da prematuridade: 1. Sim 2. Não Quais: _____

SEÇÃO II – Unidade de Tratamento Intensivo Neonatal

(Primeira Etapa do Método Canguru)

Data de admissão na primeira etapa do método canguru: ___/___/___ Sem informação

Idade de início da nutrição parenteral: ___ dias / Sem informação

Duração da NPT: ___ dias / Sem informação

Idade de início da dieta enteral: ___ dias/ Sem informação

Tipo de dieta enteral: 1. Leite materno 2. Leite pasteurizado 3. Fórmula 4. Leite humano (BL+LM) 5. Mista (LM +fórmula)

Peso com 30 dias: ___/ Sem informação

Peso na alta da Primeira etapa do método canguru : ___gramas/ Sem informação

Idade gestacional corrigida na alta hospitalar: ___/ Sem informação

SEÇÃO III – Canguru

Data de Admissão na segunda etapa do método canguru: __/__/__

Tipo de dieta enteral: 1. Leite materno 2. Leite pasteurizado 3. Fórmula 4. Leite humano (BL+LM) 5. Mista (LM +fórmula)

Peso com 30 dias: __/ Sem informação

Peso na alta da Segunda etapa do método canguru: __/__/__

Idade gestacional corrigida na alta hospitalar: __/ Sem informação