



12º FÓRUM DE EXTENSÃO E CULTURA DA UEM
"A Arte, o Esporte e a Saúde na qualidade de vida"
De 04 a 06 de junho de 2014

12º FÓRUM DE EXTENSÃO E CULTURA DA UEM

AVALIAÇÃO DAS CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS, SOCIAIS E EVOLUÇÃO AMBULATORIAL DOS BEBÊS DE RISCO ATENDIDOS NO AMBULATÓRIO CANGURU DO HURM E A CORRELAÇÃO COM A REALIZAÇÃO DA POSIÇÃO CANGURU DURANTE A INTERNAÇÃO

Karen Isadora Borges¹
Letícia da Silva Gomes²
Mariana Damasio³
Lidia Kameyo Ueda⁴
Letícia Yatsuda Bernardo⁵
Giovana Smaha Procidonio⁶
Darci Aparecida Martins Corrêa⁷

Este estudo teve como objetivo analisar os aspectos clínicos, sociais e evolução ambulatorial dos bebês de risco atendidos no Ambulatório Canguru (AC) do HURM no período de janeiro de 2010 a julho de 2012, e correlacionar esses dados com a realização da posição canguru durante a internação hospitalar. É um estudo descritivo e exploratório, do tipo corte histórico, em que foram colhidos dados de prontuários de 74 bebês de risco acompanhados no Ambulatório Canguru do HURM no período de janeiro de 2010 a julho de 2012. Os dados foram avaliados conjuntamente e a seguir divididos em dois grupos, ou seja: os que realizaram a posição canguru ou não. Na análise comparativa utilizou-se o teste Exato de Fischer e teste de Qui-quadrado. Os resultados das características sociais, clínicas do bebê e do parto foram semelhantes às encontradas em literatura sobre recém-nascidos de alto risco, com exceção da amamentação exclusiva que foi menor do que o descrito em trabalhos com o método, porém avaliamos somente a porcentagem de amamentação exclusiva na alta ambulatorial, diferentemente destes estudos que avaliam na alta hospitalar. A semelhança da evolução ambulatorial entre os grupos que relatavam a realização ou não da posição canguru durante a internação reflete todo o cuidado inerente ao método, além da posição propriamente dita. A caracterização desta população permite a análise dos dados epidemiológicos e favorece a elaboração de estratégias de saúde que busquem atender de forma ainda mais aprimorada as necessidades dos bebês e suas famílias.

Palavras-chave: Método Canguru. Baixo peso ao nascer. Prematuridade.

Área temática: Saúde

Coordenadora do projeto: Prof. Dra. Darci Aparecida Martins Corrêa. osculo@nobel.br. Departamento de Enfermagem - Universidade Estadual de Maringá – UEM, Maringá-PR.

¹ Acadêmica de enfermagem. Departamento de enfermagem. Universidade Estadual de Maringá.

² Médica endocrinologista e clínica do Hospital Santa Casa de Misericórdia de Maringá. Aluna não-regular da disciplina do curso de Pós-Graduação em Ciências da Saúde: Tópicos Especiais no Cuidado à Saúde da Criança e do Adolescente. Universidade Estadual de Maringá

³ Médica pediatra e neonatologista do Hospital Universitário Regional de Maringá. Aluna não-regular da disciplina do curso de Pós-Graduação em Ciências da Saúde: Tópicos Especiais no Cuidado à Saúde da Criança e do Adolescente. Universidade Estadual de Maringá.

⁴ Acadêmica do curso de enfermagem. Departamento de Enfermagem. Universidade Estadual de Maringá.

⁵ Acadêmica do curso de enfermagem. Departamento de Enfermagem. Universidade Estadual de Maringá.

⁶ Acadêmica do curso de enfermagem. Departamento de Enfermagem. Universidade Estadual de Maringá.

⁷ Enfermeira Doutora Professora Associada Departamento de Enfermagem da Universidade Estadual de Maringá.



Introdução

O número de Unidades de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN) no Brasil tem aumentado, permitindo maior adequação do tratamento dos casos de baixo peso ao nascimento e prematuridade [1, 2]. Associado aos avanços tecnológicos, inúmeros movimentos buscam o cuidado integral do bebê e de sua família durante a internação em UTIN.

O Método Canguru (MC) foi criado pelos médicos Reyes Sanabria e Hector Martinez, em 1979, no Instituto Materno infantil de Bogotá, Colômbia. Foi adotado por falta de recursos e incubadoras, como uma alternativa para tornar mais baratos os custos do período perinatal para recém nascidos pré-termos (RNPT), diminuindo o tempo de internação e facilitando o contato pele-a-pele entre o bebê e familiares [5]. Porém ao longo dos anos notou-se que as vantagens do MC vão além da questão da sobrevivência em países pobres, pois atualmente vários países desenvolvidos apontam o método como uma forma de atenção vantajosa, viável e segura que proporciona maior contato entre a família e o bebê [6].

No Brasil, O Ministério da Saúde lançou a portaria número 693 de 05/07/2000, que diz respeito a Norma de Atenção Humanizada do Recém-Nascido de Baixo peso (Método Canguru) [7]. Atualmente o Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (PNHAH) está implantado em várias Unidades Hospitalares do Paraná e dentro deste programa está incluído o Método Mãe Canguru [8].

O Método Canguru foi implantado no Hospital Universitário Regional de Maringá (HURM) da Universidade Estadual de Maringá (UEM) em junho de 2002, com intuito de fornecer ao prematuro uma assistência humanizada, promovendo uma recuperação mais rápida do bebê, aumentando o vínculo entre mãe e filho e incentivando o aleitamento materno. Este método é aplicado na UTI neonatal, Unidade de Terapia Semi-Intensiva Neonatal e Clínica Pediátrica [2].

O Ambulatório Canguru dá continuidade à assistência ao recém-nascido. O objetivo principal é manter a periodicidade das consultas individualizadas, de acordo com o fator de risco, para que a intervenção, quando necessária, ocorra precocemente [9]. O ambulatório do HURM da UEM tem como proposta o acompanhamento desses bebês, por meio de consulta médica e de enfermagem, desde a alta hospitalar até atingirem peso ideal de nascimento, que é 3000g, ou quando estiverem estáveis. Após a ambulatorial, o bebê é encaminhado para a unidade básica de saúde mais próxima de sua residência ou para a puericultura do HURM. Assim sendo, este estudo descritivo histórico tem o intuito de analisar o perfil clínico, social e a evolução após a alta dos bebês atendidos no Ambulatório Canguru do HURM no período de janeiro de 2010 a julho de 2012.

Materiais e Métodos

Trata-se de um estudo descritivo e exploratório, do tipo coorte histórico, em que foram colhidos dados dos bebês de risco acompanhados no AC do HURM no período de janeiro de 2010 a julho de 2012. Neste período 74 bebês foram acompanhados, sendo que todos fizeram parte da amostra inicial deste estudo.



Os dados foram obtidos através de informações contidas na ficha de acompanhamento do bebê no AC. O projeto foi aprovado pela Comissão de Regulamentação das Atividades Acadêmicas (COREA) do HURM e pelo Comitê Permanente de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos (COPEP) da UEM.

Os parâmetros investigados para a caracterização da amostra foram divididos em:

- a) características sociais: estado civil da mãe, idade e escolaridade dos pais;
- b) características clínicas dos bebês e dos partos: sexo, tipo de parto, APGAR, idade gestacional, peso ao nascer, tempo de internação, realização de posição canguru durante a internação, tipo de amamentação até o fim do acompanhamento ambulatorial;
- c) evolução do crescimento e desenvolvimento dos bebês do nascimento até a alta ambulatorial: tempo de internação pós-parto, idade, peso, ganho de peso, número de consultas e tempo de acompanhamento ambulatorial.

Os dados coletados foram arquivados e analisados estatisticamente. Inicialmente foi realizada análise descritiva dos dados, e então a amostra foi dividida em dois grupos para análise conforme o relato das mães, ou seja: os que realizaram a posição canguru ou não. Na análise utilizou-se o teste Exato de Fischer e teste de Qui-quadrado. Os resultados foram considerados estatisticamente significativos para p-valor menor que 0,05.

Discussão de Resultados

Foi realizado levantamento dos dados de fichas ambulatoriais de 74 bebês. Destes, 40 (67,8%) apresentavam resposta positiva em ficha de acompanhamento no Ambulatório Canguru sobre a realização da posição canguru durante a internação, e 19 (32,2%) resposta negativa. Os dados foram analisados dividindo-se nestes dois grupos e também como total, incluindo os 15 pacientes que não apresentavam resposta em ficha sobre a realização da posição canguru.

A maioria das mães dos recém nascidos analisados no estudo apresentavam parceiro, sendo 49 (81,67%) casadas ou amasiadas em oposição a 11 (18,33%) solteiras ou separadas. Com relação à escolaridade materna encontramos uma média de 8,89 anos de estudo, e da paterna de 8,45 anos de estudo, sendo que a maioria não completou o ensino médio. A idade média das mães foi de 24,98 anos e dos pais 29,23 anos. Sabe-se que a gravidez na adolescência tem sido considerada como de alto risco por ser mais sujeita a maior incidência de complicações na gestação, parto e puerpério. No nosso estudo 15 mães apresentavam idade menor que 19 anos, representando 20,83% do total. Dentre as mães avaliadas, 6,94% (5) apresentavam mais de 35 anos. A gravidez nessa idade pode levar à ganho de peso materno excessivo, obesidade, diabetes mellitus, hipertensão arterial, miomas uterinos, bebês de baixo peso, com anormalidades cromossômicas, abortamentos espontâneos, entre outras complicações [15].

Não houve diferença estatisticamente significativa entre os grupos avaliados conforme a realização da Posição Canguru durante a internação. Dos 73 RN avaliados, 53,42% (39) eram do sexo feminino e 46,58% (34) do sexo masculino. Um RN não apresentava descrição de sexo em prontuário.



12º FÓRUM DE EXTENSÃO E CULTURA DA UEM
"A Arte, o Esporte e a Saúde na qualidade de vida"
De 04 a 06 de junho de 2014

Das 74 fichas avaliadas, 8 não continham a informação sobre o tipo de parto. Dos 66 RN restantes, 71,21% (47) nasceram através de cesariana, demonstrando um pequeno número de partos normais. As complicações próprias do parto normal são menos graves quando comparadas com aquelas advindas do parto cirúrgico. A cesariana tem tido suas indicações ampliadas buscando melhores resultados maternos e perinatais, principalmente em gestações de alto risco. Porém grande parte das intervenções são desnecessárias motivando preocupação com sua redução [16].

Com relação à idade gestacional (IG) 20 RN foram classificados como extremamente prematuros (IG de 24 a 30 semanas), 32 moderadamente prematuros (31 a 36 semanas) e 16 bebês limítrofes (37 semanas incompletas) [13]. Apesar de visualmente os recém-nascidos do grupo que realizou Posição Canguru demonstrarem uma menor idade gestacional, não houve diferença significativa na análise estatística. Na avaliação do APGAR do quinto minuto, 54 bebês apresentaram-se sem asfixia (APGAR 8 a 10), 7 com asfixia leve (APGAR 7), nenhum com asfixia moderada (APGAR 4 a 6) e 1 com asfixia grave (APGAR 3) [17].

Estudos revelam que o Método Canguru está associado a altas taxas de aleitamento materno. Nosso estudo demonstrou uma taxa de amamentação exclusiva de 33,9% e amamentação mista de 52,54%, totalizando 86,44% de bebês em uso de leite materno até o final do acompanhamento ambulatorial. A média de peso ao nascer foi maior no grupo que não realizou o método canguru (1973,89 g X 1430,25 g), sendo compatível com um menor tempo de internação, porém sem diferença estatisticamente significativa, o que também foi observado nos demais dados. A média de peso da alta ambulatorial dos bebês foi de 3141g, compatível ao objetivo do ambulatório. Poucos bebês receberam alta ou perderam o seguimento com menos de 3000g, porém já apresentavam-se com mais de 2800 g. O ganho de peso aumentou significativamente após a alta, como descrito em literatura [1,2].

Conclusões

Alguns estudos apontam benefícios próprios da realização da posição canguru em domicílio após alta hospitalar [10]. No presente estudo não foi encontrada diferença estatisticamente significativa na evolução ambulatorial dos bebês que fizeram uso da Posição Canguru durante a internação e dos que não fizeram. Possivelmente isso reflete todo o cuidado inerente ao método, além da posição propriamente dita, que visa aumentar o vínculo entre a família e o bebê, estimulando o aleitamento materno, melhorando a competência do cuidado prestado pelos pais, além do acompanhamento ambulatorial após a alta [1, 3, 6]. Entretanto estudos prospectivos com um número maior de pacientes seriam necessários para avaliar mais cuidadosamente a presença de diferenças. A caracterização desta população permite a análise dos dados epidemiológicos e favorece a elaboração de estratégias de saúde que busquem atender de forma ainda mais aprimorada as necessidades dos bebês e suas famílias.

Referências



12º FÓRUM DE EXTENSÃO E CULTURA DA UEM
"A Arte, o Esporte e a Saúde na qualidade de vida"
De 04 a 06 de junho de 2014

1. Carvalho MR, Prochnik M. Método mãe-canguru de atenção ao prematuro. Rio de Janeiro: BNDES, 2001. P11 - 34. Disponível em: http://federativo.bndes.gov.br/bf_bancos/experiencias/x0001959.pdf (acessado em Maio/2004).
2. 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 Enferm 2006;19(3):349-53.
3. Lamy Filho F et al. Evaluation of neonatal outcomes of the kangaroo mother method in Brazil. J Pediatr 2008; 84(5): 428-435.
4. Walsh-Sukys M. et al. Reducing light and sound in the neonatal intensive care unit: an evaluation of patient safety, staff satisfaction, and cost. J Perinatol 2001; 21:230-235. Erratum in: J Perinatol 2001; 21: 572.
5. Rey E, Martinez H. Manejo racional del niño prematuro. Bogotá (Colombia): Universidad Nacional; Curso de Medicina Fetal, 1983.
6. Tomas TS. A inclusão da família nos serviços de atenção ao bebê de baixo peso. BIS – Bol Inst Saúde 2003; 30: 24-25.
7. Ministério da Saúde. Portaria GM n. 693 – Norma de orientação para a implantação do método canguru. Diário Oficial da União 2000; 5 jul.
8. <http://www.portalhumaniza.org.br/ph/texto.asp?id=58&Texto> (acessado em agosto de 2007).
9. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Atenção Humanizada ao RN de baixo peso: método mãe canguru: manual do curso. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.
10. Nguag SB et al. Perception and practice of Kangaroo Mother Care after discharge from hospital in Kumasi, Ghana: A longitudinal study. Bio Med Central Pregnancy and Childbirth 2011, 11:99.
11. Martins DC, Mello DF, Scochi CGS. Crianças prematuras e de baixo peso ao nascer em famílias de baixo nível socioeconômico: uma revisão da literatura. Pediatria Moderna set/2001, v 37, n 9, p 452-459.
12. Brasil MS. Conselho Nacional de Saúde. Resolução 196/1996. Pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília: DF; 1996.
13. Segre CAM. RN pré-termo. In: Segre CAM. Perinatologia: fundamentos e pratica. São Paulo: Savier; 2002. 96-114
14. Uzuki CM et al. Análise comparativa da frequência de prematuridade e baixo peso entre filhos de mães adolescentes e adultas. Rev bras crescimento e desenvolv hum [online] 2007. Vol 17, n 3, pp 95-103. ISSN 0104-1282
15. Andrade PC, et al. Resultados perinatais em grávidas com mais de 35 anos: estudo controlado. Rev Bras Ginecol Obstet. Vol 26, n 9, p 697-701, 2004.
16. Queiroz MVO, Silva NSJ, Jorge MSB, Moreira TMM. Incidência e características de cesáreas e de partos normais: estudo em uma cidade no interior do Ceará. Rev Bras Enferm [online] 2005. Vol 58, n 6, p 687-69.
17. Kilsztajn S; Lopes ES; Carmo MSN; Reyes AMA. Vitalidade do recém-nascido por tipo de parto no Estado de São Paulo, Brasil. Cad Saúde Pública [online] 2007. Vol 23, n 8, pp 1886-1892.