

## 9º FÓRUM DE EXTENSÃO E CULTURA DA UEM

### PERFIL DOS BEBÊS ATENDIDOS NO AMBULATÓRIO CANGURU

Paolla Roveri Furlan<sup>1</sup>;  
Darci Aparecida Martins Corrêa<sup>2</sup>;  
Herika Faganello Gonzales<sup>1</sup>;  
Larissa Camila Dianin<sup>1</sup>;  
Vivian Busatto<sup>1</sup>;

Com os avanços tecnológicos, a sobrevivência de recém nascidos (RN) de risco, ou seja, aqueles com problemas decorrente da gestação e do parto é cada vez mais frequente. O recém-nascido de risco é a criança de 0 a 28 dias que apresenta risco de vida, em decorrência de imaturidade de múltiplos sistemas ou de algum processo patológico, necessitando, assim, de cuidados intensivos para sua sobrevivência (WHALEY; WONG, 1999). Buscando a diminuição dos índices de mortalidade infantil no país e na tentativa de humanizar o nascimento, o Ministério da Saúde, lançou o Método Mãe Canguru (MMC). Este Método divide-se em três etapas. A 1ª é o período após o nascimento do RN de risco que, impossibilitado de ir para o alojamento conjunto, necessita de internação na unidade. Na 2ª etapa o RN se encontra estabilizado e poderá ficar com acompanhamento contínuo de sua mãe. A 3ª etapa consiste no adequado acompanhamento da criança no ambulatório após a alta (Brasil, 2002). O Ambulatório Canguru (AC) representa a terceira etapa do MMC, dando continuidade à assistência ao RN prematuro e/ou baixo peso, após alta hospitalar da UTI Neonatal. O AC tem como proposta, o acompanhamento desses bebês por meio da consulta de enfermagem e médica, até atingirem peso ideal de nascimento, ou seja, 3.000g ou quando estiverem estáveis. Após a alta do AC, o bebê é encaminhado para a Unidade Básica de Saúde mais próxima de sua residência ou para a puericultura do Hospital Universitário de Maringá (HUM). Objetivo: Analisar o perfil de morbidade destes bebês durante seu acompanhamento no AC. Metodologia: Trata-se de um estudo descritivo retrospectivo realizado com todos os bebês atendidos no Ambulatório Canguru do HUM nos anos de 2008 a 2010. Através da caracterização dessa população pode-se conhecer seus dados epidemiológicos, bem como os principais problemas de saúde que acometeram estes bebês, permitindo desta forma, um atendimento diferenciado e individualizado, bem como encaminhamentos e orientações que permitiu aprimorar a qualidade de atendimento prestado aos bebês e sua família como também, garantir-lhes melhor qualidade de vida.

**Palavra-chave:** Crescimento e desenvolvimento. Avaliação em Saúde. Recém-nascido de risco.

**Área temática:** Saúde da criança.

---

<sup>1</sup> Graduanda em Enfermagem. Departamento de Enfermagem.

<sup>2</sup> Enfermeira Doutora. Docente do Departamento de Enfermagem da Universidade Estadual de Maringá – UEM - PR.

**Coordenadora do projeto:** Darci Aparecida Martins. Departamento de Enfermagem da Universidade Estadual de Maringá (UEM). E-mail [osculo@nobel.com.br](mailto:osculo@nobel.com.br)

## **Introdução**

O Recém-Nascido (RN) de risco é a criança de 0 a 28 dias que apresenta risco de vida, em decorrência de imaturidade de múltiplos sistemas ou de algum processo patológico, necessitando, assim, de cuidados intensivos para sua sobrevivência (WHALEY; WONG, 1999).

Buscando a diminuição dos índices de mortalidade infantil no país, o Ministério da Saúde, lançou o Método Mãe Canguru (MMC). Este método dividi-se em três etapas. A 1ª etapa é o período após o nascimento do RN de risco que, impossibilitado de ir para o alojamento conjunto, necessita de internação na unidade. Na 2ª etapa o RN se encontra estabilizado e poderá ficar com acompanhamento contínuo de sua mãe. Nessa etapa, após o período de adaptação e treinamento realizados na fase anterior, a mãe e a criança estarão aptas a permanecer em enfermaria conjunta, onde a posição canguru será realizada o maior tempo possível. A 3ª etapa consiste no adequado acompanhamento da criança no ambulatório após a alta (BRASIL, 2002).

O atendimento ambulatorial ofertado ao RN de risco, após alta hospitalar da UTI Neonatal (UTIN), do Hospital Universitário Regional de Maringá (HUM), da Universidade Estadual de Maringá (UEM), tem como proposta, o acompanhamento desses bebês, até atingirem peso ideal de nascimento, ou seja, 3.000g ou quando estiverem estáveis; garantir a continuidade da assistência; avaliar, incentivar, encorajar e apoiar o aleitamento materno; acompanhar estado vacinal; acompanhar e avaliar ganho pômdero-estatural e o grau de desenvolvimento. Após a alta do Ambulatório Canguru, o bebê é encaminhado para a Unidade Básica de Saúde, mais próxima de sua residência, ou para a puericultura do HUM.

De acordo com Martins, Mello e Scochi (2001), conhecer os dados epidemiológicos de uma determinada população oportuniza maior clareza em relação aos problemas de saúde infantil. Desse modo, o conhecimento a cerca do perfil das mães, das famílias e dos RNs prematuros e/ou baixo peso ao nascer, pode contribuir para a melhoria da qualidade do atendimento e, conseqüentemente, da qualidade de vida das crianças e suas famílias.

Portando, conduziu-se este estudo com o intuito de analisar o perfil dos bebês que são atendidos no Ambulatório Canguru, do HUM, o qual realiza o MMC desde o ano de 2002.

## **Materiais e Métodos**

Esta pesquisa foi realizada no Ambulatório Canguru (AC), do Hospital Universitário de Maringá, Paraná (HUM). Trata-se de um estudo descritivo exploratório, do tipo coorte, realizado com bebês de risco, internados no HUM no período de janeiro de 2008 a dezembro de 2010, e que foram atendidos no AC. Neste período, foram acompanhados 96 bebês dos quais todos fizeram parte da amostra deste estudo. As informações foram obtidas por meio do prontuário, visando informações tanto do bebê como da mãe. Sobre o bebê observou-se: tipo do parto (normal ou cesárea), APGAR, peso ao nascer, Idade Gestacional (IG) e se estava ou não em Amamentação Materna Exclusiva (AME). Sobre a mãe observou-se: se era casada, amasiada ou solteira, a idade, a escolaridade, se o bebê foi planejado ou não e se já

havia tido filho prematuro.

## **Discussões de Resultados**

Observou-se no levantamento feito, que mais da metade das mães, 52, representando 54,1% do total, não esperavam o nascimento dos seus filhos. A gravidez não desejada se relaciona com o parto prematuro, pois o fato de não querer o bebê, está ligado com a paragem na sucessão de fases do processo de desenvolvimento da gravidez (SEGRE, 2002).

Verificou-se que a maioria das mães dos bebês atendidos tem parceiro, 81 delas (51 casadas e 30 amasiadas), em oposição a 15 solteiras. Conforme Segre (2002), assim como o não planejamento do bebê, o fato de ter ou não um parceiro influencia na prematuridade do parto.

Para Uzuki et al. (2007) a escolaridade e a idade materna, são alguns dos demais fatores que influenciam o nascimento do bebê prematuramente. Notou-se neste estudo que 52% das mães, ou 50 mulheres, estudaram até o ensino médio; 38,5%, ou 37 mulheres, estudaram até o ensino fundamental e 4,1%, ou 4 mulheres, estavam cursando ensino superior.

Quanto à idade materna, 22, ou 22,91%, tem idade entre 15 e 20 anos; 48, ou 50%, tem idade entre 21 e 30 anos; 25, ou 26%, tem idade entre 31 e 40 anos e apenas uma mais de 40 anos. A gravidez na adolescência é considerada de alto risco, uma vez que ela está sujeita a maior incidência de complicações na gestação, parto e puerpério. Já a gestação em mulheres com 35 anos ou mais está associada ao risco aumentado para complicações tanto para a mãe como para o bebê. Para a mãe as complicações mais comuns são: maior ganho de peso, obesidade, diabetes melito, hipertensão arterial crônica e miomas, enquanto que para o bebê: anormalidades cromossômicas e abortamentos espontâneos, baixo peso ao nascer, sofrimento fetal, internação em UTI e óbito neonatal (ANDRADE et al., 2004).

De acordo com Andrade et al. (2004), outro fator de risco para o parto prematuro é o fato de já ter tido alguma gravidez anterior interrompida antes do termo. Nesta pesquisa observou-se que 12, ou 12,5%, mulheres tiveram anteriormente parto prematuro; 49, ou 51%, estavam passando pela experiência de ter um filho prematuro pela primeira vez (primeiro filho) e 35, ou 36,4%, não tiveram parto prematuro anterior.

Constatou-se, durante o estudo, um grande número de nascimentos por parto cesáreo. Observou-se que em 6 fichas não existia a informação sobre qual o tipo de parto havia sido realizado. Portanto, das 90 fichas restantes, constava em 58, ou 64,5% delas, que o parto realizado era a cesariana, e, em 32, ou 35,5%, o parto normal.

A cesariana tem tido suas indicações ampliadas em todo o mundo na intenção de se obter melhores resultados maternos e perinatais. Porém, grande proporção de intervenções são desnecessárias, ou proporcionam benefício mínimo, motivando preocupação para sua redução (SOCOL; PEACEMAN, 1999).

Segundo Queiroz et al. (2005), as complicações próprias do parto normal são menos graves quando comparadas com aquelas advindas do parto cirúrgico. A amamentação do recém-nascido se torna mais fácil e, mais saudável a ele; a infecção hospitalar é muito menos freqüente no parto normal.

O RN é classificado de acordo com a Idade Gestacional (IG) em três categorias: extremamente prematuro - recém nascido que possui de 24 a 30 semanas de gestação; moderadamente prematuro- período de 31 a 36 semanas; prematuro

limítrofe - 37 semanas, porém incompletas. A cima de 37 semanas o bebê é classificado como a termo. Quanto menor forem as semanas de gestação, piores serão as condições do RN na vida extra-uterina, ou seja, maior dificuldade de sobrevivência, maior déficit neurológico e físico e maior tempo de permanência na UTI Neonatal (SEGRE, 2002).

Na pesquisa, observou-se que a IG gestacional dos bebês foi a seguinte: um bebê com 25 semanas; 4 com 27 semanas; 18 entre 28 e 29 semanas; 21 entre 30 e 32 semanas; 39 entre 33 e 35 semanas; 6 com 36 semanas; 4 entre 39 e 40 semanas. Em 3 fichas não havia a informação sobre a IG do bebê. Portanto, foram atendidos 25 bebês extremamente prematuros; 64 bebês moderadamente prematuros e 4 bebês a termo.

Outra maneira de avaliar as condições do recém nascido é através do APGAR, sendo esta uma tabela na qual é analisado o ajuste imediato do recém-nascido à vida extra-uterina no primeiro e no quinto minutos de vida. O índice varia de 0 a 10 e avalia cinco sintomas objetivos: frequência cardíaca, respiração, irritabilidade reflexa, tônus muscular e cor. As notas dadas para cada sintoma objetivo são somadas ao final, dando um score total. O APGAR no primeiro minuto é utilizado para a classificação do score. O score entre 8 e 10 significa que o bebê nasceu em ótimas condições. O score 7 significa que o bebê teve uma dificuldade leve. Entre 4 e 6, indica-se uma dificuldade de grau moderado e entre 0 e 3 uma dificuldade de ordem grave (KILSZTAJN et al., 2007).

O APGAR no primeiro e no quinto minutos de vida dos bebês atendidos foi: 40 bebês com APGAR entre 8/10 e 9/10; 2 bebês com APGAR 7/7; 11 com APGAR 6/8; 15 com APGAR entre 4/6 e 4/8; 5 com APGAR 2/2 e um bebê com APGAR 01/05. Constatou-se que 23 fichas não apresentavam esta informação. Por conseguinte, dos bebês atendidos no Ambulatório Canguru: 40 bebês nasceram em ótimas condições; 2 bebês nasceram com dificuldades leves; 26 bebês nasceram com dificuldades moderadas e 6 bebês tiveram dificuldade grave ao nascer.

Um importante pilar do Cuidado Mãe Canguru é o estímulo à amamentação. Os serviços que praticam o MMC mostram que mães que realizam o contato pele a pele com seu bebê prematuro apresentam um volume diário de produção de leite significativamente maior quando comparadas com mães que não o realizam. Além disso, o abandono da lactação é mais freqüente entre as mães que não fazem uso do método (BRASIL, 2002).

Durante as consultas realizadas no ambulatório, as dúvidas das mães a respeito da amamentação são sanadas, as crenças populares são desmistificadas e reforça-se a importância do leite materno. Dessa forma, as mães sentem-se mais confiantes para amamentar e continuar a praticar o aleitamento materno exclusivo (AME), como pode ser evidenciado no resultado da pesquisa: 60, ou 62,5%, bebês estavam em AME durante o período de avaliação ambulatorial e 36, ou 37,5%, encontravam-se em aleitamento materno parcial (AMP).

O peso ao nascer é considerado um indicador do estado nutricional progressivo (intra-uterino) e também prospectivo (pós-natal), na medida em que possibilita prever o prognóstico da criança em curto e longo prazo (EUCLYDES, 2000). Os RNs com baixo peso são aqueles com peso ao nascer inferior a 2500g e os de muito baixo peso são aqueles que apresentam peso ao nascer menor que 1500g. Uma nova faixa de peso é considerada devido aos grandes avanços na Medicina, que permitiram aumentar a sobrevivência de recém-nascidos de extremo baixo peso, definidos como aqueles com peso ao nascimento abaixo de 1000g (CAÇOLA; BOBBIO, 2010).

Na pesquisa observou-se que o peso ao nascer dos bebês atendidos foi: 6 bebês pesaram menos de 1000g, 36 bebês pesaram entre 1000g e 1500g, 33 bebês pesaram entre 1500g e 2000g, 12 entre 2000g e 2300g, 5 entre 2300g e 2700g e 3 mais de 2700g. Uma ficha não possuía esta informação. Então, dos bebês atendidos no Ambulatório Canguru, 6 bebês tiveram extremo baixo peso ao nascer, 46 tiveram muito baixo peso ao nascer, 38 baixo peso ao nascer e 5 bebês peso normal ao nascer.

## **Conclusão**

Através da caracterização dessa população, pode-se conhecer seus dados epidemiológicos, bem como os principais problemas de saúde que acometeram estes bebês, permitindo desta forma, um atendimento diferenciado e individualizado, bem como encaminhamentos e orientações que permitiram aprimorar a qualidade de atendimento prestado aos bebês e sua família como também, garantir-lhes melhor qualidade de vida.

## **Referências:**

- ANDRADE, P.C. et al. Resultados perinatais em grávidas com mais de 35 anos: estudo controlado. *Rev. Bras. Ginecol. Obstet.* [online]. 2004, vol.26, n.9, pp. 697-701. ISSN 0100-7203. doi: 10.1590/S0100-72032004000900004.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Área de Saúde da Criança. Atenção humanizada ao RN de baixo peso: método mãe canguru : manual do curso. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.
- CAÇOLA, P.; BOBBIO, T.G. Baixo peso ao nascer e alterações no desenvolvimento: a realidade atual. *Rev Paul Pediatr* 2010; 28(1):70-6.
- EUCLYDES, M.P. Crescimento e desenvolvimento do lactente. In: EUCYDES, M.P. Nutrição do lactente. Base científica para uma alimentação adequada. 2. ed. Viçosa, MG: 2000. p 9-22 capítulo 1.
- KILSZTAJN, S.; LOPES, E.S.; CARMO, M.S.N.; REYES, A.M.A. 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. ISSN 0102-311X. doi: 10.1590/S0102-311X2007000800015.
- MARTINS, D.C.; MELLO D.F.; SCOCHI, C.G.S. Crianças prematuras e de baixo peso ao nascer em famílias de baixo nível socioeconômico: uma revisão da literatura. *Pediatria Moderna*, v. 37, n. 9, p. 452-9, set. 2001.
- QUEIROZ, M.V.O.; SILVA, N.S.J.; JORGE, M.S.B.; MOREIRA, T.M.M. 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, pp. 687-691. ISSN 0034-7167.
- SEGRE, C.A.M. Rn pré-termo. In: SEGRE, C.A.M. Perinatologia:fundamentos e prática. São Paulo: Savier; 2002. 96-114.
- SOCOL, M.L.; PEACEMAN, A.M. Active management of labor. *Obstet Gynecol Clin North Am* 1999; 26:287-94.
- UZUKI, C.M.; CECCON, M.E.J.; FALCAO, M.C.;VAZ, F.A.C. Análise comparativa da frequência de prematuridade e baixo peso entre filhos de mães adolescentes e adultas. *Rev. bras. crescimento desenvolv. hum.* [online]. 2007, vol.17, n.3, pp. 95-103. ISSN 0104-1282.

WHALEY, L.F.; WONG, D.L. Cuidados de enfermagem com o recém-nascido de alto risco e a família. In: Enfermagem pediátrica: elementos essenciais à intervenção efetiva. 5. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1999, p. 200-219.