

UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA

FACULDADE DE MEDICINA

PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE

AMANDA RAMOS VIEIRA

**IMPACTO DA IMPLEMENTAÇÃO DO MÉTODO CANGURU NAS VIAS DE
ALIMENTAÇÃO DE RECÉM-NASCIDOS PRÉ-TERMO E MUITO BAIXO PESO**

Revista da Escola de Enfermagem da USP

UBERLÂNDIA

2019

AMANDA RAMOS VIEIRA

**IMPACTO DA IMPLEMENTAÇÃO DO MÉTODO CANGURU NAS VIAS DE
ALIMENTAÇÃO DE RECÉM-NASCIDOS PRÉ-TERMO E MUITO BAIXO PESO**

Trabalho de Conclusão de Residência Multiprofissional apresentado ao Programa de Residência Multiprofissional em Saúde, da Faculdade Medicina da Universidade Federal de Uberlândia, como requisito parcial para obtenção do título de especialista em Atenção à saúde da criança.

Orientadora: Profª. Dra. Paula Carolina Bejo Wolkers.

Coorientadora: Profª. Dra. Vivian Mara Gonçalves de Oliveira Azevedo.

UBERLÂNDIA

2019



Instruções aos autores

Categorias de Publicações

Artigo original: resultado de pesquisa primária, com metodologia rigorosa, clara, discussão aprofundada e interface com a literatura científica nacional e internacional. Limitado a 15 páginas (incluindo resumo, tabelas, figuras e referências).

Página de título (deve conter):

Título: máximo de 16 palavras, somente no idioma do artigo, em negrito, utilizando caixa alta somente no início do título e substantivos próprios.

Não devem ser usadas abreviaturas, siglas ou a localização geográfica da pesquisa. O título é a parte mais lida e divulgada de um texto e tem como objetivo informar o conteúdo do artigo. Deve ser claro, exato e atraente.

Nomes dos autores: completos e sem abreviações, numerados em algarismos arábicos, com as instituições às quais pertencem, o local, o estado e o país.

Instituições: até três hierarquias institucionais de afiliação (Universidade, Faculdade, Departamento).

Autor correspondente: indicação do nome, endereço para correspondência, telefone para contato e e-mail.

Manuscrito extraído de dissertação ou tese: indicar por asterisco, em nota de rodapé o título, o ano e a instituição onde foi apresentada. Se houver título em inglês deverá ser informado.

Estrutura e Preparo dos Manuscritos

Texto: ortografia oficial em folhas A4; espaço entrelinhas de 1,5; fonte Times New Roman, tamanho 12, inclusive nas tabelas. As margens superiores, inferiores e laterais devem ter 2,5 cm.

Resumo: somente no idioma do artigo, até 1290 caracteres com espaço. Deve ser estruturado em: **objetivo, método, resultados e conclusão**. Exceção para os **estudos teóricos**. Os ensaios clínicos devem apresentar o número do registro no final do resumo.

Descritores: três a seis descritores que identifiquem a temática, acompanhando o idioma do resumo português (descritores), inglês (descriptors) ou espanhol (descriptores); separados entre si por ponto e vírgula; extraídos do vocabulário DeCS (Descritores em Ciências da Saúde), elaborado pela BIREME, ou MeSH (Medical Subject Headings), elaborado pela NLM (*National Library of Medicine*).

Conteúdo do texto: Introdução, Método, Resultados, Discussão, Conclusão e Referências, apresentados em tópicos distintos. Os Objetivos devem ser inseridos no final da Introdução.

Introdução: Breve definição do problema estudado, justificando sua importância e as lacunas do conhecimento, com base em referências nacionais e internacionais atualizadas.

Objetivo: Estabelecer a questão principal e as hipóteses a serem testadas.

Método: Subdividir a seção nos tópicos: Tipo ou Desenho do estudo; População ou Cenário; Critérios de seleção; Definição da amostra (se for o caso); Coleta de dados; Análise e tratamento dos dados; Aspectos éticos.

Parecer do Comitê de Ética e a coleta de dados: máximo 5 anos.

Resultados: Apresentação e descrição somente dos dados encontrados, sem interpretações ou comentários. Para facilitar a compreensão, podem ser acompanhados por tabelas, quadros e figuras. O texto deve complementar ou destacar o que é mais importante, sem repetir os dados das tabelas ou das figuras. O número de participantes da pesquisa faz parte dos Resultados.

Discussão: Deve restringir-se aos dados obtidos e aos resultados alcançados, enfatizando aspectos novos e relevantes observados no estudo e discutindo as concordâncias e as divergências com outras pesquisas já publicadas, nacionais e internacionais. Deve apontar as limitações do estudo e os avanços para a área da enfermagem/saúde.

Conclusão: Deve ser direta, clara e objetiva, em resposta às hipóteses ou aos objetivos, fundamentada nos resultados e na discussão. Não citar referências.

Referências: máximo de 30 (exceto em estudos de revisão, a depender da busca e da seleção de inclusão dos estudos). Seguir a proporcionalidade de 80% de artigos de periódicos, no mínimo metade deles citáveis em bases de dados internacionais. Permite-se 15% de autocitação dentre os citáveis.

Citações de referências no texto: enumeradas consecutivamente, em algarismos arábicos, sobrescritos e entre parênteses, sem menção do nome dos autores (exceto os que constituem referencial teórico). Quando forem sequenciais, indicar o primeiro e o último número, separados por hífen. Ex.: (1-4); quando intercaladas, deverão ser separados por vírgula, ex.: (1-2,4).

Citações de referências no final do texto: estilo “Vancouver”, disponível no endereço eletrônico (https://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform_requirements.html). A lista apresentada no final do artigo deve ser numerada de acordo com a sequência em que os autores foram citados no texto. Os títulos dos periódicos abreviados de acordo com: List of Journals Indexed for MEDLINE (<http://www.nlm.gov/tsd/serials/lji.html>).

Incluir as referências estritamente pertinentes ao assunto abordado, atualizadas (dos últimos 5 anos), de abrangência nacional e internacional. Evitar a inclusão de número excessivo de referências na mesma citação. A exatidão das referências é de responsabilidade dos autores.

Referências de artigos publicados na Revista da Escola de Enfermagem da USP e de outros periódicos brasileiros bilíngues devem ser citadas no idioma inglês.

Depoimentos: Frases ou parágrafos ditos pelos sujeitos da pesquisa devem ser citados em *italico*. Sua identificação deve ser codificada a critério do autor e entre parênteses.

Citações textuais: devem ser descritas entre aspas, sem itálico e na sequência do texto.

Ilustrações: no máximo cinco entre Tabelas, Quadros e Figuras, devem estar inseridas obrigatoriamente no corpo do texto, com informações não repetidas e com títulos informativos e claros. Nas Tabelas, os títulos devem conter o local, a sigla do estado, o país e o ano da coleta de dados.

Gráficos, fluxogramas ou similares, devem ser preferencialmente editáveis, em formato vetorial. Fotos, imagens, ou similares devem ter resolução final de 300 DPI. Ambos podem ser coloridos e devem ser legíveis.

Quando não elaboradas pelos autores, todas as ilustrações devem indicar a fonte de onde foram extraídas.

Siglas: Restrita ao mínimo possível. Devem ser citadas por extenso na primeira vez que aparecerem no texto; não usar em título e resumo.

Impacto da implementação do Método Canguru nas vias de alimentação de recém-nascidos pré-termo e muito baixo peso

Amanda Ramos Vieira¹, Fernanda Nascimento Alves², Gabriel de Oliveira Faria³, Lúcio Borges de Araújo⁴, Vivian Mara Gonçalves de Oliveira Azevedo⁵, Paula Carolina Bejo Wolkers⁶

¹ Universidade Federal de Uberlândia, Faculdade de Medicina. Uberlândia - Minas Gerais, Brasil.

² Universidade Federal de Uberlândia, Hospital de Clínicas de Uberlândia. Uberlândia - Minas Gerais, Brasil.

³ Universidade Federal de Uberlândia, Faculdade de Medicina. Uberlândia - Minas Gerais, Brasil.

⁴ Universidade Federal de Uberlândia, Faculdade de Matemática. Uberlândia - Minas Gerais, Brasil.

⁵ Universidade Federal de Uberlândia, Uberlândia - Minas Gerais, Brasil.

⁶ Universidade Federal de Uberlândia, Hospital de Clínicas de Uberlândia. Uberlândia - Minas Gerais, Brasil.

Os autores negam conflitos de interesses.

Autor correspondente: Amanda Ramos Vieira, Av. Pará, 1720, Bloco 2H, Sala 16, Uberlândia-MG, Brasil. Tel.: +55 (34) 3225-8602.e-mail: amandavieiraenfpd@gmail.com

*Extraído da dissertação: “Associação da segunda e terceira etapas do Método Canguru nas variáveis clínicas neonatais”, Universidade Federal de Uberlândia, 2018”.

Resumo

Objetivo: Descrever o impacto da implementação do Método Canguru nas vias de alimentação de recém-nascidos pré-termo muito baixo peso (RNPTMBP) internados em uma Unidade Neonatal (UN). **Método:** Trata-se de um estudo retrospectivo, com abordagem quantitativa. Os dados foram coletados por meio de análise documental em prontuários. Foram incluídos RNPTMBP ao nascer (<1500 g), com menos de 37 semanas de idade gestacional internados na UN no período de 01 de janeiro a 31 de dezembro de 2015 e 01 junho de 2016 a 31 de dezembro de 2017. Os 93 RNPTMBP incluídos foram divididos em dois grupos: Grupo de Cuidados Convencionais GCCo (n=57) – composto por aqueles assistidos na Unidade de Cuidados Intermediários Neonatal Convencionais; Grupo de Cuidado Canguru GCCa (n=36) – composto por aqueles que foram assistidos na Unidade de Cuidados Intermediários Neonatal Canguru. **Resultados:** O peso de alta no GCCa foi inferior quando comparado com o GCCo. Observamos uma redução do tempo de internação no GCCa ($p=0,30$), e ainda o GCCa necessitou de menor tempo em dias para atingir o início de amamentação ($p=0,12$). Não houve diferenças significativas nas demais variáveis estudadas. **Conclusão:** o Método Canguru é um método alternativo no cuidado dos RNPTMBP. Os resultados do estudo apontam que o MC favoreceu a alta hospitalar com menor peso, reduzindo o tempo de internação. Outras variáveis analisadas não foram estatisticamente significantes. Sugerimos que outros estudos, com análise prospectiva dos dados, sejam realizados no contexto desta temática.

Descritores: Método Canguru; Recém-nascido pré-termo; Recém-nascido de muito baixo peso; Aleitamento Materno.

Introdução

Em todo o mundo, a cada ano, nasce mais de 25 milhões de recém-nascido de baixo peso ao nascer, a maioria em países desenvolvidos⁽¹⁾. Segundo a Organização Mundial da Saúde, recém-nascidos muito baixo peso são aqueles que apresentam peso inferior a 1.500g ao nascer. Outra classificação empregada é quanto à idade gestacional ao nascimento, sendo que os menores de 37 semanas são intitulados recém-nascidos pré-termo (RNPT). Essa população deve ser foco prioritário na assistência, pois o peso e a idade gestacional ao nascer são fatores que acarretam altas taxas de morbimortalidade neonatal, gerando danos físicos e psicológicos para os recém-nascidos (RN) e suas famílias, além de prejuízos financeiros inerentes ao elevado número de procedimentos invasivos necessários para a manutenção da vida e consequentemente maior tempo de internação⁽²⁾.

A alimentação do RNPTMBP representa um constante desafio para os profissionais responsáveis pela assistência e nutrição do neonato⁽²⁾. Estudos relatam a importância de iniciar a alimentação tão logo após o nascimento devido à perda de peso que esses neonatos apresentam⁽²⁻³⁾. O início da dieta precoce por via nutrição enteral e parenteral nas primeiras 24 horas de vida possibilita na recuperação do peso perdido⁽³⁾, já que o ganho de peso em RNPT é um parâmetro importante na assistência destes⁽⁴⁾.

O aleitamento materno (AM) é a maneira mais natural e segura de nutrir os RN. A literatura apresenta um rico referencial a respeito dos benefícios e vantagens da amamentação para o binômio mãe-filho, e destaca que o leite materno e o início precoce da amamentação como um importante aliado para a recuperação do RNPT⁽³⁻⁴⁾. O leite humano de puérperas mães de RNPT é composto por propriedades nutritivas e imunológicas únicas, com alto teor de proteínas, calorias, sódio e menor quantidade de lactose que o leite de termo, além de ser um fator protetor contra doenças. No entanto, RNPTMBP apresentam limitações fisiológicas que dificultam o estabelecimento pleno do AM⁽⁴⁻⁵⁾. Estresse materno, condições clínicas do RN, afastamento e vínculo prejudicado entre mãe e filho e o tempo de internação, podem ser citados como fatores dificultadores da amamentação⁽²⁾.

Neste contexto se insere o Método Canguru (MC), iniciado no Brasil em 1999, com a perspectiva de mudanças de paradigmas na atenção perinatal com intuito de promover um cuidado mais humanizado e integral ao RN⁽⁶⁻⁷⁻⁸⁾.

Estudos demonstram que o MC está associado com a melhora do vínculo e apego entre mãe-filho, favorece no ganho de peso, estimula do aleitamento materno⁽⁶⁾, possibilita as

maiores taxas de AM e menor tempo de internação hospitalar⁽⁹⁾. O Brasil se destaca, pois, adota este método como política pública de saúde⁽¹⁰⁾.

Nessa perspectiva, o MC se configura como uma ferramenta que auxilia na assistência aos RN e seus familiares, no qual suas premissas são pautadas em ações humanizadas e integrais com intuito de promover a qualidade da assistência a essa clientela. O estímulo do aleitamento materno compõe-se em um dos pilares do método, visto que a alimentação é um importante aliado no desenvolvimento e crescimento dos RN. Apesar de diversos estudos sobre o método, ainda notamos lacunas na literatura científica no que diz respeito a sua implantação, assim conduzimos esse estudo com objetivo de descrever o impacto da implementação do Método Canguru nas vias de alimentação de RNPTMBP internados em uma UN.

Métodos

Desenho e Cenário do estudo

Trata-se de um estudo retrospectivo com abordagem quantitativa. A pesquisa foi realizada no Serviço de Neonatologia do Hospital de Clínicas de Uberlândia da Universidade Federal de Uberlândia (HCU-UFU), UN. A UN possui 41 leitos, sendo 15 leitos destinados a unidade de terapia intensiva neonatal, 20 a UCINco e 06 de UCINca. A UCINca, implementada em junho de 2016, recebe egressos da UTIN, conforme os critérios de elegibilidade, definidos pelo Manual Técnico do Ministério da Saúde⁽⁶⁾. Os dados foram colhidos com RNPTMBP com elegibilidade para participar do Método Canguru antes e após a implementação do método na UN.

População e critérios de seleção

Foram considerados elegíveis os RNPTMBP ao nascer (<1500 g), com menos de 37 semanas de idade gestacional internados no período de 01 de janeiro a 31 de Dezembro de 2015, antecedente a implementação do MC e 01 junho de 2016 a 31 de Dezembro de 2017, período que corresponde após implantação do MC. Como critérios de exclusão consideraram-se aqueles RN que apresentavam cardiopatias graves, alterações neurológicas sintomáticas e

aqueles cujas mães foram expostas ao vírus HIV; e ainda foram excluídos do estudo aqueles RN que apresentavam alguma outra condição que os impossibilitavam ou desfavoreciam a aplicação do posicionamento canguru e a alimentação por meio da amamentação.

Os RNPTMBP incluídos foram divididos em dois grupos: Grupo de Cuidados Convencionais (GCCo) – composto por aqueles RN que nasceram no período de 01 de janeiro a 31 de Dezembro de 2015, com critérios de elegibilidade, conforme demonstrado no quadro 1 para participação UCINCa, mas que permaneceram na UCINCo pois neste período a UCINca ainda não estava em funcionamento; Grupo de Cuidado Canguru (GCCa), composto por RN, assistidos na UCINCa, que nasceram no período de 01 junho de 2016 a 31 de Dezembro de 2017 período que correspondeu a implantação da unidade na instituição.

Quadro 1 - Critérios de elegibilidade de alta da primeira para segunda etapa do Método Canguru⁽⁶⁾.

Critérios relacionados ao RN	Estabilidade clínica Nutrição enteral plena (peito, sonda gástrica ou copo) Peso mínimo de 1.250 gramas
Critérios relacionados à mãe	Desejo de participar Disponibilidade de tempo e de rede social de apoio Consenso entre mãe, familiares e profissionais de saúde Capacidade de reconhecer os sinais de estresse e as situações de risco do recém-nascido Conhecimento e habilidade para manejar o RNPT em posição canguru.

Considerando a média anual de nascimentos de RNPTMBP nos dois anos de avaliação deste estudo na instituição estudada, e um nível de confiança de 95%, estabeleceu-se após cálculo amostral o mínimo de 63 prontuários. No entanto, como se tratou de uma pesquisa retrospectiva, realizada por meio de análise de prontuários, na qual há possibilidade de perdas de informações, optou-se por avaliar todos os RN incluídos no período, sendo totalizados 93 prontuários.

Coleta de dados

Os dados foram obtidos por meio de análise de prontuário com auxílio de um formulário estruturado construído pelos próprios pesquisadores do estudo, no qual buscou verificar o impacto da implementação do Método Canguru nas vias de alimentação dos RNPTMBP.

Aspectos éticos

A pesquisa foi conduzida mediante a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da referida universidade e do hospital universo de estudo, conforme o número de parecer: 2521553. Devido à retrospectividade da amostra, o estudo foi isento da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), ficando os autores responsáveis pela confidencialidade das informações e a não identificação dos participantes, em acordo com a Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (CNS).

Análise e tratamento dos dados

Ao término da coleta de dados, estes foram digitados e armazenados em planilhas no programa Microsoft Excel® 2010, processados e analisados no software SPSS v.20. As variáveis foram descritas, através de média, mediana, desvio padrão, máximo e mínimo. Além disso, aplicou-se o teste de normalidade Shpiro-Wilk. As variáveis não apresentaram distribuição normal e foi aplicado o teste de Mann-Whitney para comparar os grupos. As associações das variáveis quantitativas foram avaliadas por meio do coeficiente de correlação de Sperman. Todos os testes foram aplicados utilizando um nível de significância de 5 % ($p < 0.05$).

Resultados

Um total de 93 prontuários foram avaliados, sendo 57 do grupo GCCo e 36 do GCCa. Observa-se na Tabela 1 a caracterização da amostra conforme as variáveis numéricas dos RNPT internados na UN.

Percebemos que os dois grupos avaliados foram estatisticamente homogêneos, no entanto quando analisamos as descritivas numéricas referentes aos valores mínimo (mín) e máximo (máx) nos deparamos com variáveis significativamente relevantes.

Tabela 1 - Caracterização da amostra quanto as variáveis numéricas dos RNPTMBP internados na UN - Uberlândia, MG, Brasil, 2018.

Variáveis	GCCo		GCCa		*p
	Mediana	Mín - Máx	Mediana	Mín - Máx	
Idade materna (anos)	24,00	14 - 40	25,00	17 - 36	0,94
Número de gestações	2,00	1 - 6	1,00	1 - 6	0,43
Peso de nascimento (gramas)	1050,00	560 - 1495	1055,00	670 - 1475	0,79
Idade gestacional (semanas)	29,00	24 - 34	28,50	26 - 35	0,79
Apgar 5º minuto	8,00	4 - 10	9,00	6 - 10	0,19

Legenda: *p: valor p (significativo para $p < 0,05$); Mín - mínimo; Máx - máximo.

Evidenciamos na Tabela 2 as características das variáveis relacionadas à alimentação e a duração da internação dos RNPT. Destaca-se diferença significativa entre os dois grupos em relação ao peso de alta. Nota-se que os RNPT submetidos ao GCCa receberam alta com peso menor quando comparado com aqueles do grupo GCCo.

Tabela 2 - Distribuição das variáveis relacionadas às vias alimentação e o tempo de internação dos RNPT incluídos no estudo - Uberlândia, MG, Brasil, 2018.

Variáveis	GCCo		GCCa		*p
	Mediana	Mín - Máx	Mediana	Mín - Máx	
Tempo de nutrição parenteral (dias)	13,00	1 - 37	14,50	0 - 52	0,50
Dia de início de via enteral (dias)	2,00	1 - 11	2,00	1 - 30	0,13
Dia de via enteral plena (dias)	18,00	7 - 40	16,00	5 - 56	0,55
Menor peso (gramas)	884,00	442 - 1345	831,00	508 - 1410	0,96
Dia de início de amamentação (dias)	25,50	2 - 68	23,50	4 - 49	0,12
Duração da internação inicial (dias)	67,00	30 - 108	57,00	27 - 95	0,30
IGC na alta hospitalar (semanas)	38,00	34 - 47	38,00	35 - 43	0,53
Peso de alta	2120,00	1915 - 3510	2027,00	1820 - 2730	0,00

IGC: idade gestacional corrigida; *p: valor p (significativo para $p < 0,05$); Mín - mínimo; Máx máximo.

Durante todo o período estudado, apenas sete RN receberam alta hospitalar em aleitamento materno exclusivo, sendo 01 no GCCo e 06 no GCCa.

Discussão

Com o intuito de descrever o impacto da implementação do MC nas vias de alimentação de RNPTMBP internados em uma UN, verificamos em nosso estudo uma homogeneidade estatística entre os dois grupos comparados, entretanto ao verificar os valores máximos e mínimos nos deparamos com resultados relevantes. Destaca-se a diferença do peso da alta entre os grupos, no GCCa o peso da alta foi menor quando comparado com GCCo ($p=0,00$).

O MC é uma tecnologia leve que proporciona a atenção humanizada ao RNPT e sua família, no qual o principal instrumento de recurso para o desenvolvimento do método é a presença dos pais no cuidado com o filho⁽¹¹⁾. A prática de colocar o RN sobre o peito favorece a estabilização térmica, possibilita à formação laços afetivo e maior vínculo entre a díade mãe-filho⁽¹¹⁻¹²⁾. Além de estimular o início precoce da amamentação, que é um dos pilares fundamentais do método, a mãe produz mais leite, e consegue manter a amamentação por um tempo mais prolongado⁽¹²⁾. Apesar de estatisticamente não significativa, encontramos no nosso estudo que o dia de início da amamentação no grupo GCCa variou de 4 a 49 dias (valores mínimos e máximos), já o GCCo a variação foi de 2 a 68 dias. O grupo de RNPT submetidos pelo MC necessitou de menor tempo em dias para atingir o início de amamentação, isso se justifica principalmente pelo livre acesso e presença dos pais, em especial da mãe durante 24 horas na unidade o que favorece o contato pele a pele implicando em efeitos positivos no estímulo e na frequência da amamentação⁽¹³⁾. Em serviços que é implantado o MC, e que realizam o contato pele a pele entre mãe-bebê o volume de leite materno nessas é significativamente aumentado quando comparado com mães que não realizam o MC o que favorece no aumento das taxas de aleitamento materno e na probabilidade da amamentação exclusiva na alta⁽¹⁴⁾.

Em estudo brasileiro da avaliação do MC, AME na alta foi muito mais expressivo no MC (2,34 vezes mais) do que nos métodos convencionais⁽¹⁵⁾. Em uma Revisão sistemática com metanálise⁽¹⁴⁾ obteve-se que os bebês submetidos ao MC apresentavam maiores probabilidade de amamentar exclusivamente ou parcialmente na alta da unidade, em contrapartida autores destacam em seus resultados a baixa prevalência do aleitamento materno na alta hospitalar daqueles bebês que foram submetidos ao MC, como fator contribuinte para esse resultado os autores ressaltam a falta de orientações, suporte e promoção do aleitamento materno por parte dos profissionais de saúde⁽¹⁶⁾. Em nosso estudo apenas seis RN assistidos pelo MC receberam alta hospitalar em AME, contudo é importante ressaltar que no GCCo

este valor foi ainda menor. Além disto, este estudo remete ao período inicial da implementação da segunda etapa do MC na instituição.

O início da dieta por via enteral, o mais precocemente possível, vem sendo relatado por diversos estudos, com resultados otimistas. A redução no tempo de utilização de nutrição parenteral, melhor evolução para dieta enteral plena e consequentemente, menor tempo de internação e melhor ganho de peso⁽¹⁷⁾.

Verificamos em nossa pesquisa que o tempo para início da dieta enteral foi de aproximadamente dois dias nos grupos estudados e não houve diferenças significativas no tempo para atingir a via enteral plena e no tempo de uso de nutrição parenteral, o que também foi observado por outros autores⁽¹⁸⁾.

O início da dieta enteral é importante para evitar a atrofia das vilosidades da mucosa intestinal, além de promover a maturação intestinal, aumentar a tolerância à alimentação, e diminuir o tempo para atingir a alimentação completa. Contudo a dificuldade do início da dieta enteral favorece o início da alimentação por via parenteral. A nutrição parenteral na grande maioria dos casos é a primeira oferta de nutrientes aos nascidos prematuramente e de baixo peso. Esse método apresenta um custo caro e de difícil preparo técnico, está relacionado a um elevado risco de infecções de corrente sanguínea e complicações como: colestase, icterícia, trombose e sepse associada ao cateter. As pesquisas ressaltam que as concepções médicas a respeito da nutrição enteral veem se modificando, pois a via alimentar enteral está sendo cada vez prescrita mais cedo, com a progressão dos volumes de acordo com a clínica do neonato⁽³⁾.

Em estudo realizado em neonatos de uma unidade de terapia intensiva neonatal pública brasileira, demonstrou uma relação positiva entre o início do aleitamento materno com a alta mais precoce da unidade⁽¹⁹⁾. Em outro estudo realizado em um hospital de Fortaleza, Ceará de caráter prospectivo entre os anos de 2012 a 2014, aos autores ressaltam os resultados comparando os grupos de cuidados convencionais e canguru, aqueles RNPT que foram submetidos ao MC receberam alta hospitalar mais cedo quando comparado com aqueles do grupo de cuidados convencionais⁽²⁰⁾. Em um estudo, após análises ajustada não verificou diferença significativa no tempo de internação comparando grupo de cuidados convencionais com o do MC, contudo foi notado diferença de cinco dias a menos nos neonatos do MC⁽¹⁵⁾.

Em nosso estudo, notamos uma pequena redução do tempo de internação no grupo GCCa, apesar da análise estatística não demonstrar diferença significativa. Embora observado

diferença significativa em relação o peso de alta, menor no grupo GCCa, em outro estudo os autores ressaltam que não houveram diferenças quando comparado o peso de alta nos RN submetidos ao grupo de cuidados convencionais e canguru⁽²⁰⁾. O peso menor durante a alta, pode ser explicado pela maior possibilidade de alta precoce no GCCa devido à maior autonomia das mães nos cuidados e nutrição do RNPTMBP e a possibilidade de acompanhamento ambulatorial mais intenso na terceira etapa do método⁽⁶⁾. A literatura ainda sugere que a alta hospitalar precoce daqueles RN submetidos ao MC pode estar relacionada à presença materna durante todo período de internação o que proporciona efeitos positivos advindos da posição canguru⁽¹⁸⁾.

Os profissionais consideram o MC como um novo olhar no qual envolve amplas dimensões do cuidado pautado em ações integrais e humanizadas ao bebê e a seus familiares. No entanto durante a rotina assistencial se deparam com situações conflitantes e frustrantes, principalmente devido à escassez de recursos humanos, materiais, sobrecarga de trabalho e pouca qualificação da equipe de saúde, refletindo na assistência prestada⁽²¹⁾.

Os profissionais de saúde devem encorajar a prática do MC, dada a sua relevância para o RN e seus familiares. A equipe de Enfermagem está entre as profissões que mais se relaciona com a família, no qual essa deve ser vista como parte integradora do cuidado. Para a adequada realização do MC faz-se necessário à equipe de saúde entender os sentidos e significados da prática e do desenvolvimento adequado do método⁽²²⁾.

Destacamos como limitações do presente estudo, o tipo retrospectivo, no qual impossibilitou a melhor avaliação de outras variáveis relevantes, além de possíveis perdas de informações devido à coleta de dados terem sido realizadas em prontuários. Nesse sentido tornam-se indispensáveis novos estudos com objetivo investigar melhor essa tecnologia, a fim de propiciar registros sistematizados e fidedignos, e promover a qualidade da assistência neonatal.

Conclusão

Concluimos, portanto, que o MC é um método alternativo no cuidado dos RNPTMBP, no qual é notório o destaque na literatura a respeito de seus benefícios e vantagens para a tríade mãe-filho e familiares. No entanto, percebemos discussões superficiais no que diz respeito ao nutrir o RNPTMBP. Os resultados do estudo apontam que o MC favorece a alta com menor peso, reduzindo o tempo de internação. Outras variáveis analisadas

não foram estatisticamente significantes, dessa forma, sugerimos que mais estudos sejam realizados no contexto desta temática. É fundamental investir na implementação efetiva do MC em todas as maternidades brasileiras, além de promover a educação permanente da equipe de saúde, com intuito de que esses reconheçam a sua importância na aplicação e manutenção dessa tecnologia, a fim de propiciar uma assistência pautada em ações humanizadas e integral aos RN e seus familiares, para que os resultados do MC no Brasil alcancem seus objetivos.

Referências

1. Arti Madhukar Wasnik. Efficacy of Skilled based Teaching Program on Kangaroo Mother Care among Postnatal Mothers in a Rural Tertiary Care Teaching Hospital of Central India. Asian J. Nur. Edu. and Research. 2016; 6(3): 331-336.
2. Pessoa-Santana MCC, Silveira BL, Santos ICS, Mascarenhas MLVC, Dias EGC. Métodos Alternativos de Alimentação do Recém-Nascido Prematuro: Considerações e Relato de Experiência. R bras ci Saúde.2016;20(2):157-162.
3. Damasceno JR, Silva RCC, Ximenes Neto FRG, Ferreira AGN, Silva ASR, Machado MMT. Nutrição em recém-nascidos prematuros e de baixo peso: uma revisão integrativa. Rev Soc Bras Enferm Ped.2014;14(1):40-46.
4. Santos MH, Filho FMA. Benefícios do método mãe canguru em recém-nascidos pré-termo ou baixo peso: uma revisão da literatura. Universitas: Ciências da Saúde.216;14(1):67-76.
5. Sassá AH, Schmidt KT, Rodrigues BC, Ichisato SMT, Higarash IH, Marcon SS. Bebês pré-termo: aleitamento materno e evolução ponderal. Rev Bras Enferm.2014;67(4):594-600.
6. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso: Método Canguru: Manual Técnico. 3. ed., 1. reimpr., Brasília, 2017.

7. Menezes MA, Garcia DC, de Melo EV, Cipolotti R. Preterm newborns at Kangaroo Mother Care: a cohort follow-up from birth to six months. *Rev Paul Pediatr* 2014; 32(2):171–176.
8. Almeida H, Venâncio SI, Sanches MT, Onuki D. The impact of kangaroo care on exclusive breastfeeding in low birth weight newborns. *J Pediatr (Rio de Janeiro)* 2010; 86(3):250-253.
9. Sharma D, Murki S, Oleti TP. To compare cost effectiveness of “Kangaroo Ward Care” with “intermediate intensive care” in stable very low birth weight infants (birth weight <1100 grams): a randomized control trial. *Ital J Pediatr*.2016;42(4):2-6.
10. Conde-Agudelo A, Díaz-Rossello JL. Kangaroo mother care to reduce morbidity and mortality in low birthweight infants. *Cochrane Database Syst Rev* 2014 Apr 22;(4):CD002771. DOI: 10.1002/14651858.CD002771.pub3.
11. Maia JA, Oliveira MP, Furtado SS, Silva LM, Pereira MLB. Método Canguru: a importância da família na recuperação do recém-nascido de baixo peso. *Enfermagem em Foco*, 2011; 2(4): 231-234.
12. Zirpoli DB, Mendes RB, Barreiro MSC, Reis TS, Menezes AF. Benefits of the Kangaroo Method: An Integrative Literature Review. *Rev Fund Care Online*. 2019.11(n. esp):547-554. DOI: <http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.2019.v11i2.547-554>.
13. Díaz CA, Torres IU, Romero CA, Antón BF, Maestro ML, Pablos DF, et al. Prácticas de alimentación con leche materna en recién nacidos menores de 1.500 g o de menos de 32 semanas. *Anales de Pediatría*. 2016; 85(1): 26-33.
14. Boundy EO, Dastjerdi R, Spiegelman D, Fawzi WW, Missmer SA, Lieberman E, et al. Kangaroo Mother Care and Neonatal Outcomes: A Meta-analysis. *Pediatrics*. 2016;137(1):e20152238.
15. Lamy Filho F, Silva AA, Lamy ZC, Gomes MA, Moreira ME, Grupo de Avaliação do Método Canguru, Rede Brasileira de Pesquisas Neonatais. Evaluation of the neonatal

outcomes of the kangaroo mother method in Brazil. *J Pediatr* (Rio de Janeiro) 2008; 84(5):428-435.

16. Farias SR, Dias FSB, Silva JB, Cellere ALLR, Beraldo L, Carmona EV. Posição canguru em recém-nascidos pré-termo de muito baixo peso: estudo descritivo. *Rev. Eletr. Enf.* [Internet]. 2017[acesso em:03/01/2019];19(15):1-11. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5216/ree.v19.38433>.
17. Leaf A, Dorling J, Kempley S, McCormick K, Mannix P, Linsell L, et al. Early or delayed enteral feeding for preterm growth-restricted infants: a randomized trial. *Pediatrics*. 2012; 129: 1260-1268.
18. Ghavane S, Murki S, Subramanian S, Gaddam P, Kandraju H, Thumalla S. Kangaroo mother care in kangaroo ward for improving the growth and breastfeeding outcomes when reaching term gestational age in very low birth weight infants. *Acta Paediatr*. 2012;101(12):545-549.
19. Lopes CC, Machado RCM, Lima GCF, Reis D, Saunders C, Padilha PC. Enteral nutrition practices in preterm infants in the neonatal unit of a public maternity ward. *O Mundo da Saúde*. 2018;42(3): 696-709.
20. Silva MGC, Barros MCM, Pessoa UML, Guinsburg R. Kangaroo-mother care method and neurobehavior of preterm infants. *Early Hum Dev*. 2016;95:55-59.
21. Silva LJ, Leite JL, Scochi CGS, Silva LR, Silva TP. A adesão das enfermeiras ao Método Canguru: subsídios para a gerência do cuidado de Enfermagem. *Rev Latino Am Enfermagem*. 2015;23(3):483-90.
22. Silva RA, Barros MC, Nascimento MHM. Conhecimento de técnicos de enfermagem sobre o método canguru na unidade neonatal. *Rev Bras Prom Saude*. 2014;27(1): 124-130.