

INFLUÊNCIA DO GRAU DE PREMATURIDADE E DO PESO AO NASCIMENTO NA ALIMENTAÇÃO DO RECÉM-NASCIDO DURANTE A INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Resumo simples:

Introdução: considera-se prematuro o recém-nascido com idade gestacional menor que 37 semanas. Em decorrência das diferentes condições clínicas que podem apresentar, a via oral de alimentação pode ser impedida nos primeiros momentos de vida. **Objetivo:** verificar a associação entre o grau de prematuridade, o peso ao nascimento e as etapas da alimentação do recém-nascido durante a internação hospitalar. **Métodos:** estudo descritivo com abordagem quantitativa, aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (pareceres 3.589.241 e 4.222.766) realizado por meio da análise de dados de 114 recém-nascidos prematuros, nascidos em um hospital público. Utilizou-se como variável independente o grau de prematuridade (extremo, muito pré-termo, moderado e tardio) e o peso ao nascimento (extremo baixo peso, muito baixo peso, baixo peso, peso insuficiente, peso adequado). As variáveis dependentes foram: idade gestacional corrigida (IGC) à via oral plena, peso à via oral plena, IGC e peso à sucção ao seio materno, dias de uso da sonda, tipo de dieta e peso à alta. Utilizaram-se os testes Kruskal-Wallis e Qui-quadrado de Pearson com nível de significância de 5%. **Resultados:** 3,5% dos neonatos foram classificados como prematuros extremos, 16,7% como muito prematuros, 26,3% como moderados e 52,6% como tardios. Houve associação entre o grau de prematuridade e as variáveis dependentes: IGC à via oral plena ($p < 0,001$), peso à via oral plena ($p < 0,001$), IGC à sucção ao seio materno ($p < 0,001$), peso à sucção ao seio materno ($p < 0,001$), dias de uso da sonda ($p < 0,001$) e peso à alta ($p = 0,038$). Verificou-se associação entre o peso ao nascimento e as variáveis dependentes: IGC à via oral plena ($p = 0,003$), IGC à sucção ao seio materno ($p < 0,001$), dias de uso da sonda ($p < 0,001$) e peso à alta ($p < 0,001$). **Conclusão:** o grau de prematuridade e o peso ao nascimento influenciaram nas etapas da alimentação do recém-nascido durante a internação hospitalar.

Palavras chaves: neonatologia; recém-nascido prematuros; aleitamento materno.

Resumo expandido:

Introdução

Considera-se prematuro o recém-nascido com idade gestacional menor que 37 semanas¹. Devido às condições clínicas, a alimentação do prematuro pode se tornar um desafio. Em decorrência da imaturidade cerebral, dificuldade de permanecer em estado de alerta, redução do tônus muscular, diminuição ou ausência dos reflexos orais e fraqueza geral, a via oral de alimentação pode ser impedida nos primeiros

momentos de vida². Estes fatores podem dificultar o ganho de peso dos recém-nascidos prematuros (RNPT) e levar à indicação de sondas, adiando a alimentação por via oral e a alta hospitalar. Isso acontece, principalmente, nos RNPT menores que 32 semanas, em que a coordenação entre as funções de sucção, deglutição e respiração (S/D/R) ainda não está desenvolvida³.

Objetivos

Verificar a associação entre o grau de prematuridade, o peso ao nascimento e as etapas da alimentação do recém-nascido durante a internação hospitalar.

Métodos

Estudo descritivo com abordagem quantitativa, realizado por meio da análise de um banco de dados. Os dados foram obtidos a partir de consulta aos prontuários de 114 recém-nascidos prematuros em um hospital público.

Considerou-se como critério de inclusão: a criança ter nascido na maternidade do referido hospital, ser prematura e ter permanecido internado em Unidade de Tratamento Intensiva Neonatal por no mínimo 48 horas. Como critérios de exclusão, adotou-se: ter sido transferido para outra instituição, a mãe ter diagnóstico de HIV/AIDS, apresentar diagnóstico suspeito ou confirmado de alguma síndrome, hemorragias peri ou intraventricular graus 3 e 4, ou apresentar alguma disfunção ou anomalia congênita que impedisse ou dificultasse a sucção ou a absorção e digestão de leite materno.

As informações coletadas nos prontuários, foram organizadas no Excel. Para análise, utilizaram-se como variáveis independente o grau de prematuridade (extremo, muito pré-termo, moderado e tardio)¹ e o peso (extremo baixo peso, muito baixo peso, baixo peso, peso insuficiente, peso adequado)^{4;5}. Como variáveis dependentes: peso no dia de início da dieta oral plena, idade gestacional corrigida (IGC) no dia de início da dieta oral plena, peso no dia de início da sucção ao seio materno (SM), IGC no dia de início da sucção ao SM, dias de uso da sonda, tipo de dieta à alta e peso à alta. Na sequência, realizou-se a análise descritiva das variáveis categóricas com uso de médias e desvio-padrão e análise inferencial por meio do teste Kruskal-Wallis e Qui-Quadrado de Pearson, adotando-se nível de significância de 5%.

O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (pareceres 3.589.241 e 4.222.766). Todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e/ou o Termo de Assentimento.

Resultados

A amostra foi composta por 43% de RNPT do sexo feminino e 57% do masculino. Quanto ao grau de prematuridade, quatro neonatos (3,5%) foram classificados como extremo, 19 (16,7%) como muito prematuro, 30 como moderado (26,3%) e 61 como tardio (52,6%). Houve associação entre o grau de prematuridade e as demais variáveis (Tabela 1).

Tabela 1. Associação entre o grau de prematuridade e as demais variáveis dependentes

Grau de prematuridade	RNPT extremo (n=4)	RNPT muito prematuro (n=19)	RNPT moderado (n=30)	RNPT tardio (n=61)	Valor de p
IGC à via oral plena (dias)	240,75 ^A	230,89 ^{BD}	241,33 ^{CD}	252,02 ^{ABC}	p<0,001
Peso à via oral plena (g)	1251,49 ^{AE}	1574,26 ^{BD}	1927,17 ^{CDE}	2227,72 ^{ABC}	p<0,001
IGC à sucção ao SM (dias)	269,50 ^{ADE}	239,68 ^{BD}	241,97 ^{CE}	251,78 ^{ABC}	p<0,001
Peso à sucção ao SM (g)	1977,5	1892,37 ^A	1916,83 ^B	2224,26 ^{AB}	p<0,001
Tempo de uso de sonda (dias)	100,5 ^A	43,0 ^{BDE}	17,53 ^{CD}	12,75 ^{ABCE}	p<0,001
Peso à alta (g)	2837,5 ^A	2577,89	2300,5 ^A	2448,11	p=0,038

Legenda: N=número de participantes; RNPT=recém-nascido prematuro, IGC=idade gestacional corrigida, g=gramas, SM=seio materno. Teste Kruskal-Wallis, valor de p significativo $\leq 0,05$, letras sobrescritas iguais indicam que os grupos apresentam diferenças estatisticamente significativas.

Houve associação entre o peso ao nascimento e as variáveis: IGC à via oral plena, IGC à sucção ao SM, tempo de uso de sonda e peso à alta.

Tabela 1. Associação entre o peso ao nascimento e as variáveis dependentes

Peso ao nascimento	Adequado (n=2)	Insuficiente (n=13)	Baixo peso (n=82)	Muito baixo peso (n=12)	Extremo baixo peso (n=4)	Valor de p
IGC à via oral plena (dias)	257,50	254,62 ^{AB}	244,27 ^A	240,67 ^B	241,25	p=0,003
IGC à sucção ao SM (dias)	257,50	254,23 ^{BDE}	245,61 ^{AB}	242,27 ^{CE}	279,75 ^{ACD}	p<0,001
Tempo de uso de sonda (dias)	6,50 ^{CF}	9,31 ^{DG}	17,37 ^{AB}	42 ^{AEFG}	113 ^{BCDE}	p<0,001
Peso à alta (g)	3450,00 ^B	2830,00 ^C	2303,96 ^{ABC}	2604,58	2987,50 ^A	p<0,001

Legenda: N=número de participantes; RNPT=recém-nascido prematuro, IGC=idade gestacional corrigida, g=gramas, SM=seio materno. Teste Kruskal-Wallis, valor de p significativo $\leq 0,05$, letras sobrescritas iguais indicam que os grupos apresentam diferenças estatisticamente significativas.

O tipo de dieta à alta também apresentou associação com peso e idade gestacional ao nascimento (Tabela 3).

Tabela 3. Associação entre o grau de prematuridade e o peso ao nascimento e a variável dependente tipo de dieta à alta

Tipo de dieta à alta	Leite materno exclusivo	Leite materno e fórmula	Fórmula	Valor de p
Grau de prematuridade				
RNPT extremo	0	2	2	p<0,001
RNPT muito prematuro	2	11	6	
RNPT moderado	21	8	1	
RNPT tardio	35	24	2	
Peso ao nascimento				
Adequado	2	0	0	p<0,001
Insuficiente	10	3	0	
Baixo peso	44	33	5	
Muito baixo peso	2	7	3	
Extremo baixo peso	0	1	3	

Legenda: RNPT=recém-nascido prematuro. Teste Qui-quadrado de Pearson, valor de p significativo $\leq 0,05$.

Discussão

Devido à complexidade dos mecanismos envolvidos na alimentação e à necessidade de coordenação entre as funções de S/D/R, a alimentação dos RNPT menores que 32 semanas pode trazer mais desafios. Os RNPT extremos e muito prematuros, aqueles com idade gestacional inferior a 32 semanas¹, apresentam dificuldades em realizar essa sequência de funções, tendendo a sugar e deglutir com um padrão inadequado de respiração⁶. Os RNPT que utilizaram a sonda por um maior período foram os extremos, além de terem demorado mais a realizar a sucção ao SM, o que é justificado pela ausência desta coordenação.

Os RNPT muito prematuros, em relação à IGC, foram os primeiros a estabelecerem a dieta oral plena (33 semanas de IG), além de terem apresentado o menor peso à sucção ao SM. Devido à maior estabilidade clínica e menor número de intercorrências em comparação com os extremos⁷, o estabelecimento da alimentação por via oral exclusiva dos RNPT muito prematuros pode ter sido favorecido.

Os RNPT tardios utilizaram a sonda pelo menor tempo, já os moderados foram os primeiros a serem levados ao SM. Por apresentarem maior idade gestacional ao nascimento, a atuação fonoaudiológica com os moderados e tardios inicia-se mais próxima a data do nascimento do que com os outros RNPT. Além disso, próximo da 34^a semana de idade gestacional, o padrão de sucção do RNPT muitas vezes será suficiente para o início do aleitamento⁸.

Quanto ao tipo de dieta à alta, em relação ao grau de prematuridade, observou-se que metade dos RNPT apresentaram o leite materno exclusivo como tipo de dieta à alta, sendo este tipo de alimentação mais frequente entre os tardios.

Referente ao peso ao nascimento, os prematuros com muito baixo peso tiveram a sucção ao SM com menor IGC. Os RNPT com peso adequado utilizaram sonda por menos tempo e apresentaram maior peso à alta, o que pode ser justificado pela maior estabilidade clínica apresentada por estes neonatos e pela menor necessidade de utilização de vias alternativas de alimentação, uma vez que, por apresentarem maior idade gestacional e coordenação entre as funções, há menos intercorrências no período de internação e maior estabilidade clínica⁷.

Quanto ao tipo de dieta à alta, em relação ao peso ao nascimento, o LME foi mais frequente entre os com baixo peso, peso insuficiente e peso adequado, e quanto à IG, entre os tardios e moderados, isso pode ser explicado por estes recém-nascidos já apresentarem coordenação entre as funções de S/D/R e maior estabilidade clínica⁷. Devido aos benefícios do leite materno, sua oferta deve ser incentivada, principalmente, para os prematuros, pois este alimento auxiliará na maturação gastrointestinal além de contribuir para uma menor incidência de infecção e de internações hospitalares⁹.

Conclusão

O grau de prematuridade e o peso ao nascimento influenciam nas diferentes etapas da alimentação do recém-nascido durante a internação hospitalar.

Referências bibliográficas:

1. World Health Organization. Born too soon: The global action report on preterm birth. Geneva: World Health Organization; 2012. 126p.
2. Brusco TR, Delgado SE. Characterization of the feeding development of preterm infants between three and twelve months. Rev Cefac. 2014;16:917-28.
3. Caetano LC, Fujinaga CI, Scochi CG. Sucção não nutritiva em bebês prematuros: estudo bibliográfico. Re Latino-Am Enfermagem. 2003;11:232-6.
4. Ministério da Saúde. (2016). Guia de orientações para o Método Canguru na Atenção Básica: cuidado compartilhado. (1a ed.). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília, DF: Ministério da Saúde.
5. Puffer RR, Serrano C. Patterns of birth weight. Washington (DC): PAHO; 1987.
6. Otto DM, Almeida ST. Desempenho da alimentação oral em recém-nascidos prematuros estimulados pela técnica treino de deglutição. Audiol Commun Res. 2017;22:e1717.

7. Andrade IS, Guedes ZC. Sucção do recém-nascido prematuro: comparação do método Mãe-Canguru com os cuidados tradicionais. Rev Bras Saúde Mater Infant. 2005;5(1):61-9.
8. Piazza FB. O trabalho da fonoaudiologia hospitalar em UTI neonatal. [monografia]. São Paulo (SP): CEFAC Pós-Graduação em Saúde e Educação; 1999.
9. Silva EF, Muniz F, Cecchetto FH. Aleitamento materno na prematuridade: uma revisão integrativa. Rev Enferm UFSM. 2012;2(2):434-41.