

Perfil de Recém-Nascidos Prematuros de Muito Baixo Peso Internados em Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais

Profile of Premature Newborns with Very Low Birth Weight Admitted to a Neonatal Intensive Care Unit

AMANDA CHAVES MARCUARTÚ¹
SALMA SARÁTY MALVEIRA²

RESUMO

Objetivo: Verificar o perfil de recém-nascidos prematuros de muito baixo peso, internados em unidade de cuidados intensivos neonatais. **Materiais e métodos:** Estudo quantitativo transversal descritivo retrospectivo com recém-nascidos com menos de 37 semanas e peso menor que 1.500g, que receberam alta no período de janeiro a junho de 2015 em um Hospital de referência materno-infantil. Foram coletadas informações de 37 recém-nascidos. Para análise estatística foi utilizado Teste Qui-quadrado de aderência e o Teste *t-Student* para amostras independentes. **Resultados:** Recém-nascidos do sexo feminino (73%), prematuros moderados (73%), pequeno para idade gestacional (73%), nascidos de cesárea (62,2%). Tempo médio de internação 43,8 dias com média de ganho diário de 12,3g. A média de aumento do perímetro cefálico foi 4 cm. Foi encontrado um elevado índice de Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde (91,9%) e Síndrome do Desconforto Respiratório (62,2%). A média para recuperação do peso de nascimento foi de 12,5 dias. 37,8% dos bebês nasceram com peso abaixo do percentil <3 e 94,6% receberam alta abaixo do percentil <3, o mesmo ocorreu com o perímetro cefálico, 40,6% nasceram abaixo do percentil <3 e 54,1% receberam alta abaixo do percentil <3. Foi encontrada uma média de 2,4 dias para início da dieta enteral mínima. O tipo de alimentação na alta predominante foi o aleitamento materno complementado com a fórmula (56,8%). **Conclusão:** O déficit de crescimento esteve relacionado ao longo tempo de internação, à nutrição inadequada ou insuficiente e os altos índices de infecção. É indispensável oferecer as condições necessárias de suporte ao seu crescimento.

DESCRIPTORIOS

Prematuro. Crescimento e Desenvolvimento. Comorbidade.

ABSTRACT

Objective: To describe the profile of premature newborns with very low birth weight admitted to a neonatal intensive care unit. **Materials e methods:** This was a retrospective cross-sectional quantitative study with newborns less than 37 weeks, weighing less than 1.500 g, who were discharged in the period from January to June 2015 in a maternal/child reference hospital. Information concerning the 37 newborns were collected. The statistical analysis was performed using the Chi-square and Student's *t* test for independent samples. **Results:** There was a predominance of female newborns (73%); moderate preterm (73%); short for gestational age (73%); and cesarean births (62.2%). The mean hospital stay was 43.8 days, with an average daily gain of 12.3 g. The average increase in head circumference was 4 cm. A high infection rate related to health care (91.9%) and respiratory distress syndrome (62.2%) were found. The average period for recovery of birth weight was 12.5 days. A total of 37.8% of individuals were born weighing below percentile <3 and 94.6% were discharged below percentile <3. The same happened concerning the head circumference, in which 40.6% were born below percentile <3 and 54.1% discharged below percentile <3. An average of 2.4 days for early minimal enteral diet was found. The predominant type of feed after discharge was breastfeeding complemented by the formula (56.8%). **Conclusion:** The growth deficit was related to the long hospitalization stay, inadequate or insufficient nutrition and high rates of infection. Thus, it is essential to provide the necessary conditions to support the infants' growth.

DESCRIPTORS

Preterm. Growth and Development. Comorbidity.

1 Nutricionista especialista em Saúde da Mulher e da Criança, nutricionista residente na Fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará pelo programa de Residência Multiprofissional da Universidade Estadual do Pará (UEPA) em Belém- Pará, Brasil.

2 Médica, Doutora em Pediatria e Ciências Aplicadas à Pediatria. Médica gerente da neonatologia da Fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará em Belém- Pará, Brasil.

Estima que anualmente nasçam cerca de 15 milhões de recém-nascidos prematuros (RNPT) no mundo, representando mais de um em cada 10 nascimentos. O Brasil está na décima posição entre os países onde mais nascem prematuros¹. O último resultado dos Indicadores e Dados Básicos (IDB) para a Saúde no Brasil foi divulgado em 2013 e revelou que o número de nascidos vivos, prematuros e com baixo peso (BP) foi de 138.625. Os dados de BP ao nascer se manteve estável desde 2.000, em torno de 8% do total de nascimentos².

A prematuridade é a principal causa de morte de crianças no primeiro mês de vida. Atualmente, a taxa brasileira de mortalidade de crianças abaixo de 1 ano é de 16/1000 nascidos vivos, segundo a Rede Interagencial de Informações para a Saúde (RIPSA). Cerca de 70% das mortes acontecem nos primeiros 28 dias de nascimento³.

A relação entre estado nutricional, crescimento e desenvolvimento da criança tem sido muito estudada e há suficientes evidências quanto à importância da nutrição, tanto no período intrauterino quanto no pós-natal⁴. Uma forma de avaliação do estado nutricional e da qualidade da assistência prestada aos recém-nascidos (RN) é a verificação do seu ganho ponderal. Deve-se ficar atento a perdas excessivas e a demora em recuperar o valor do peso ao nascer, tendo como uma das terapias de prevenção e controle, o manejo nutricional⁵. Devido a estes achados e no dia-a-dia da instituição podemos perceber a demora e o crescimento insuficiente que os recém-nascidos internados apresentam, de modo que se torna necessário conhecer mais a fundo o perfil destes pacientes.

Desta forma o presente estudo teve por objetivo traçar o perfil de recém-nascidos prematuros de muito baixo peso (<1500g) internados na unidade de cuidados intensivos neonatais de um Hospital público de referência em Belém.

MATERIAIS E MÉTODOS

Trata-se de estudo transversal descritivo retrospectivo realizado de janeiro a junho de 2015, na Unidade Neonatal de Cuidados Intensivos da Fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará (FSCMP).

A FSCMP é um símbolo na área de saúde pública do Estado. É uma instituição que se tornou referência no atendimento oferecido pelo Sistema Único de Saúde (SUS), sendo um hospital é credenciado como Amigo da Criança pelo Ministério da Saúde e hoje é considerado o maior centro de neonatologia do Brasil e da América Latina.

As variáveis foram coletadas por meio de busca ativa nos prontuários por profissional especializado e

treinado e registrados em banco. A amostra incluiu todos os RNs com menos de 37 semanas e peso menor que 1.500g que receberam alta da Unidade Neonatal. Foram excluídos do estudo todos os recém-nascidos com mais de 37 semanas, peso maior de 1.500g, que apresentassem má-formação congênita, cromossomopatias, erro inato do metabolismo, PCA (Persistência do Canal Arterial) ou infecção congênita do grupo TORCH (toxoplasmose, rubéola, citomegalovírus, herpes simples, sífilis, e hepatite vírus B e HIV), os que não nasceram na instituição, os que foram internados na Unidade de Cuidado Intermediário, os que foram a óbito no período da pesquisa e os que apresentaram falta de informações no prontuário no momento da coleta.

A coleta foi realizada através de protocolo próprio contendo as variáveis: gênero, tipo de parto, idade gestacional ao nascimento, idade corrigida na alta, classificação segundo peso de nascimento, classificação segundo a idade gestacional através da curva de Battaglia e Lubchenco, tempo de internação (dias), tempo para recuperação do peso de nascimento, peso ao nascimento e na alta, classificação do peso de nascimento e de alta segundo a curva de crescimento proposta por Fenton e Kim, perímetro cefálico (PC) ao nascimento e na alta, classificação do PC de nascimento e de alta segundo Curva de crescimento proposta por Fenton e Kim e comorbidades presentes.

Além do protocolo, foi utilizado ainda uma Ficha de Acompanhamento de Peso, onde foram coletados todos os pesos aferidos durante a internação dos recém-nascidos.

As técnicas utilizadas na presente investigação referem-se ao Teste Qui-quadrado de aderência e o Teste *t-Student* para amostras independentes. O nível de significância estabelecido para todos os testes foi de 5% ($p < 0,05$). Os programas BioEstat 5.0 e o SPSS - versão 8.0 foram utilizados para as análises estatísticas.

O projeto (CAAE-40698915.3.0000.5171) foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da FSCMP com o número de Parecer 954.426, não havendo qualquer procedimento que possa interferir nas ações assistenciais e as rotinas das Unidades de Cuidados Intensivos Neonatais da FSCMP.

RESULTADOS

Dos 37 RNs que se enquadraram nos critérios para participação da pesquisa, 73% eram do sexo feminino, 73% eram prematuros extremos, 62,2% nasceram de cesáreas e 73% nasceram pequenos para idade gestacional (PIG). O tempo médio de internação foi de 43,8 dias. A média de peso de nascimento foi de 1.246,1g e o peso na alta de 1.786,3g, totalizando uma média de ganho de peso durante a internação de 527,9g,

sendo a média de ganho diário de 12,3g. A média total de dias para recuperação do peso de nascimento foi de 12,5 dias. Em relação ao ganho de peso de acordo com o gênero, o sexo masculino mostrou melhor ganho de peso (548,5g).

A média do comprimento do PC ao nascimento foi de 26,2 cm e na alta de 28 cm, totalizando uma média de aumento do PC durante a internação de 4 cm, sendo a média de ganho diário de 0,09 cm.

Em relação às comorbidades associadas, foram encontradas: Síndrome do Desconforto Respiratório (62,2%), Icterícia (40,5%), Hemorragia Peri-Intraventricular (21,6%), Cardiopatia (2,7%), Taquipnéia transitória do recém-nascido (5,4%), Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde (91,9%) Pneumonia (21,6%), Anóxia (8,1%) e Enterocolite Necrosante (2,7%).

A classificação do peso segundo o percentil revelou que a maioria dos Recém-nascidos de extremo baixo peso (RNEBP) nasceu com percentil adequado, entre o percentil 10 e o 90 (60%) e receberam de alta com o percentil inadequado, entre <3 e <10 (100%), porém uma situação diferente se apresentou com os recém-nascidos de muito baixo peso (RNMBP), onde 71,8% nasceram com o percentil inadequado e 100% saíram com percentil também inadequado.

A classificação do PC segundo o percentil revelou que da mesma forma que o peso, a maioria do PC ao nascimento dos RNEBP peso é adequado, >50 a <90 (60%), porém na alta a maioria tornar-se inadequado, <3 a <10 (60%). Entretanto para os RNMBP a maioria apresentou percentil de nascimento inadequado, <3 a <10 (81,2%) e na alta, na maioria dos casos (84,4%) o PC continuou inadequado, entre <3 e <10.

Quanto ao início da nutrição enteral (NE) mínima, foi encontrada uma média de 2,4 dias. Para os RNEBP a média foi de 3 dias, e para os RNMBP foi de 2,3 dias.

O tipo de dieta na alta hospitalar foi caracterizado da seguinte forma: Aleitamento Materno Exclusivo (AME), Alimentação Artificial e Aleitamento Materno (AM) Complementado, segundo a nomenclatura da OMS⁶.

O tipo de alimentação dos RNs na alta pode ser observado na Tabela 1.

DISCUSSÃO

Em relação à influência do gênero, estudo indica a superioridade no crescimento pós-natal dos RN do sexo masculino em relação ao sexo feminino, até mesmo demonstrando melhor incorporação de massa muscular nos meninos, sugerindo que diferentes fatores, além da prática nutricional, influenciam o crescimento⁷. Esta afirmação coincidiu com o encontrado no presente estudo, onde em média os RNs do sexo masculino tiveram melhor ganho de peso. Em estudo feito no Rio de Janeiro⁵, o simples fato do RN ser do sexo masculino determinou uma possibilidade 0,4 vezes menor de ser desnutrido à idade gestacional corrigida de termo.

Em relação ao número de partos realizados foi encontrado um elevado índice de cesáreas, resultado semelhante ao de outros estudos^{8,9}. Pode-se relacionar o elevado número de cesáreas ao tipo de assistência especializada que a Instituição oferece, sendo referência na atenção à gestante de alto risco.

O grande percentual de RNs PIG pode ser associado principalmente ao alto índice de gravidez de risco atendidas na Instituição, que podem levar a restrição do crescimento e desenvolvimento do RN. Um estudo⁸ observou uma quantidade menor de RNs PIG, porém, outros^{10,11} encontraram altos percentuais comprovando que o nascimento de um RNPT e PIG compromete de forma mais significativa a recuperação do crescimento, e podem persistir menores que em crianças da mesma idade.

Quanto ao tempo de internação, um estudo¹² avaliou a percepção das mães sobre o cuidado prestado ao RN de BP também revelaram uma permanência hospitalar relativamente prolongada.

O tempo médio de internação do presente estudo foi de 52,5 dias, compatível a outras pesquisas^{13,14}. Outro estudo⁹ obteve um tempo máximo de internação de 195 dias e mínimo de 14. Porém duas pesquisas⁸⁻¹⁵ encontraram tempo de internação que variou de 15 a 50 dias.

Este tempo prolongado de internação dos RNPT e de BP pode ser associado à sua dificuldade de adaptação ao meio extrauterino e está altamente relacionado com as comorbidades presentes. Tal situação de maior tempo de hospitalização também está relacionada com possíveis repercussões no crescimento

Tabela 1. Tipo de alimentação na alta hospitalar, janeiro a junho de 2015, Belém- PA.

n	Alimentação		Am Complementado	AME	p-valor
	Artificial				
	n (%)	n (%)	n (%)		
<1.000g	5 (20%)	2 (40%)	2 (40%)	0,000	
1.001-1.500g	32 (0%)	19 (59.4%)	13 (40.6%)	0,000	
TOTAL	37 (2.7%)	21 (56.8%)	15 (40.5%)	0,000	

NOTA: p-valor referente ao teste Qui-quadrado de aderência

e desenvolvimento destes RNs, como acarretar desequilíbrio nos mecanismos de homeostase e no desenvolvimento cognitivo e de aprendizagem devido, por exemplo, ao excesso de manipulação, repouso inadequado, luminosidade e sons intensos, favorecendo o estresse e estimulação sensorial inadequada, podendo afetar a morbidade destes pacientes.

A média de ganho de peso diário para os RNEBP foi de 15,5g e para os RNMBP de 12,9g. Uma pesquisa¹⁶ realizada com 61 RNs realizada na Maternidade de Campinas que nasceram com peso maior ou igual a 500g e menor que 1.500g, obtiveram um resultado de ganho diário semelhante, porém os RNs com maior peso de nascimento ganharam mais do que os com menor peso de nascimento.

O ganho de peso diário do RNPT está relacionado ao seu peso ao nascer, tipo de dieta e outros aspectos referentes a internações na unidade neonatal¹⁷. O ganho de peso diário variou de 20,2g a 37,9g, resultado maior do que o encontrado na atual pesquisa. É considerado adequado o ganho de peso de 20 a 30g por dia nas primeiras 20 semanas de vida³. Desse modo, no presente estudo o ganho de peso diário está abaixo do recomendando, o que sugere que apesar do cuidado humanizado ao recém-nascido e do incentivo às mães para estimular sua produção láctea, o estresse do meio hospitalar e a nutrição disponível para estes recém-nascidos não estão conseguindo promover um ganho adequado.

A avaliação periódica do ganho de peso permite acompanhar o progresso dos RNs, identificando riscos e sinalizando uma possível desnutrição, porém quando o ganho de peso dos RNs é avaliado, muitos fatores, tais como a idade pós-natal, estado clínico, nutrição, condições do meio ambiente devem ser levados em consideração, fatores estressores como a ambiência, os procedimentos e a limitação do vínculo afetivo dos pais implicam na perda de peso¹⁸.

Os RNMBP apresentam uma velocidade de crescimento abaixo da esperada, culminando em um crescimento extrauterino restrito, seja na avaliação ao termo, seja por ocasião da alta hospitalar⁵. Essa afirmação se confirma através dos resultados encontrados.

Em relação ao ganho de comprimento do PC, um estudo¹⁸ encontrado obteve um resultado semelhante ao presente estudo.

O PC apresenta, na fase rápida de crescimento, entre 30 a 40 semanas de IG, um aumento médio de 1 cm por semana³ e de 2 a 3 cm por mês¹⁹.

A recuperação do PC ocorre até os 12 meses de vida, deste modo o aumento do PC nos RNs estudados pode não ter atingido o comprimento necessário durante sua estada no hospital, porém seu desenvolvimento não pode ser considerado comprometido¹³.

Em uma pesquisa que incluiu todos os recém-nascidos com idade gestacional menor do que 34 semanas, admitidos na UTI neonatal do Hospital Regional da Asa Sul em Brasília, a maioria dos RNPT apresentou queda do percentil de PC ao longo da internação, o mesmo foi observado nos bebês selecionados para o presente estudo¹⁵.

A condição clínica dos RN influencia diretamente no seu ganho ponderal. Assim, tendo isso em vista, esta investigação procurou verificar quais as comorbidades mais comuns presentes durante a internação dos RNs.

Diversos estudos^{13-20,21} encontraram várias enfermidades semelhantes às encontradas no presente resultado, como Taquipnéia transitória do recém-nascido, anóxia e podemos destacar o grande número de infecções, causadas devido a maior susceptibilidade dos RNs, as inadequações em relação ao uso de adornos, materiais de proteção de risco e higienização das mãos dos profissionais e pela necessidade de cuidados invasivos.

É consenso que o crescimento do RNPT deve seguir o padrão de crescimento intrauterino. Entretanto, observa-se grande dificuldade em se manter esse ritmo de crescimento, particularmente em vigência de comorbidades que determinam aumento das necessidades metabólicas e liberação de fatores estimulantes do catabolismo²².

O curso clínico e o prognóstico são diferentes em RNs de BP adequados e pequenos para a idade gestacional. Quanto mais imaturo o recém-nascido, mais graves e mais precoces serão as manifestações²¹.

A recuperação do peso de nascimento é inversamente proporcional ao peso de nascimento, ou seja, os recém-nascidos menores perdem mais peso e demoram mais a recuperar o peso de nascimento que os maiores¹⁷. O peso de nascimento costuma ser recuperado entre 8 e 24 dias de vida¹⁶. Recém-nascidos menores que 1.000 g geralmente recuperam o peso do nascimento em torno da terceira semana de vida²³.

A recuperação do peso de nascimento ocorre entre 10 a 20 dias de vida³, corroborando com os resultados da pesquisa tanto para os RNEBP como para os RNMBP.

Deve ser levado em consideração que a dinâmica de crescimento dos RNPT de MPB não lhes permite atingir a composição corporal de um feto da mesma idade pós-concepcional, e por ocasião da alta hospitalar, seus parâmetros antropométricos encontram-se muito aquém do percentil mínimo considerado de normalidade nas curvas de crescimento intrauterino²³.

Durante algum tempo, o RN ficará abaixo da curva do percentil 10¹³, que condiz com o resultado da classificação de percentil do peso e do PC encontrados

na recente pesquisa. O mesmo resultado pode ser observado em outros estudos⁵⁻¹⁰.

Foi observado que após a perda inicial os RNs não conseguiram alcançar o mesmo percentil do nascimento e permaneciam no percentil 3 até as 40 semanas de IGc²⁴.

A maior parte dos RNPT menores de 1.500g, não consegue recuperar o desenvolvimento durante o período de estadia nas unidades neonatais⁵⁻²⁵. Porém, de modo geral, 80% dos prematuros atingem a normalidade dos percentis para estatura e PC até os 3 anos de idade e 70% para o peso, estando a ausência de recuperação associada ao baixo nível socioeconômico e à ocorrência de doenças²⁵.

Algumas práticas nutricionais utilizadas no período neonatal, associadas às características próprias dos RNs têm sido identificadas nas últimas décadas como fatores de risco para o aumento da mortalidade e da morbidade, tanto no período perinatal quanto nos posteriores, sendo uma delas o início tardio da NE²⁵.

A rotina de alimentação da Unidade Neonatal da Instituição preconiza que a NE trófica ou, NE mínima, seja prescrita pelo médico nas primeiras 24 horas ou entre o 2º e o 5º dia de vida, conforme condições clínicas do bebê. A dieta é iniciada, em todos os casos, com leite materno (do BLH ou da própria mãe), porém em alguns casos os médicos da unidade modificam para fórmulas hidrolisadas ou semi-hidrolisadas dependendo da evolução clínica do RN.

O estudo¹⁴ observou que os resultados dos RNs alimentados por volta do sexto dia de vida, não condiziam com o que é preconizado na literatura. Outra pesquisa¹⁵, no entanto, observou uma média de 3,4 dias para início da NE, condizente com o preconizado, porém deve-se ficar atento às novas diretrizes e às condutas utilizadas em cada unidade.

A atual pesquisa encontrou um resultado satisfatório em relação ao tempo de início da NE, entretanto para os RNEBP o tempo para início da dieta enteral foi um pouco maior, porém dentro do preconizado pelo protocolo da Unidade.

Ao longo da internação, diferentes tipos de dieta podem ser administradas aos prematuros. Contudo, a dificuldade em manter o aleitamento destes, tem sido uma realidade em várias unidades neonatais.

Devido à internação na 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 das mamas da mãe, principalmente, o RNPT de MBP. Isso acontece por não conseguirem coordenar a sucção-deglutição-respiração, podendo apresentar risco de aspiração. Além disso, sugar pode levar a um gasto excessivo de energia levando-o a perder peso. No entanto, tão logo a criança

apresente melhora do quadro clínico, a amamentação deve ser incentivada²⁷.

Estudo¹⁴ observou que na alta, o tipo de dieta mais frequente foi o aleitamento materno complementado, seguido da alimentação artificial e do AME, respectivamente, porém deve-se ressaltar que o hospital envolvido nesta pesquisa não possuía unidade Canguru nem BLH.

Estudo realizado com recém-nascidos com menos de 30 semanas internados na UTIN²⁸ encontrou uma taxa de aleitamento materno em 48% na alta hospitalar, sem distinção entre AME e aleitamento materno complementado. Outro estudo¹⁶ avaliou 51 RNs e encontrou uma taxa de 62,7% de AME.

O presente estudo encontrou taxas semelhantes, porém é necessário elucidar que estes percentuais não são os adequados para um Hospital Amigo da Criança que visa mobilizar os funcionários dos estabelecimentos de saúde para que mudem condutas e rotinas responsáveis pelos elevados índices de desmame precoce.

Contudo vários fatores devem ser levados em consideração, como a hipogalactia, a falta de estímulo das mamas por parte das mães e apoio por parte de todos os funcionários, que são fatores determinantes na manutenção da lactação.

Nessas circunstâncias, as doações do BLH otimizam as condições alimentares dos bebês internados e suprem a falta de leite materno, especialmente nos períodos de transição e estabilização do neonato²⁹.

Porém, podemos observar o constante nível insuficiente de leite humano que possui o BLH da Instituição em relação à demanda de RNs, apesar das campanhas e da parceria com o Corpo de Bombeiros, através do projeto Bombeiros da Vida, que não é possível atender de forma integral a todos.

Esse fator torna-se importante, pois a partir disso evidenciasse que o recomendado não está sendo cumprido, que seria primeiramente oferecer ao RN o leite da sua própria mãe, o que nos leva novamente aos 13 passos Preconizados pela Iniciativa Hospital Amigo da Criança.

CONCLUSÃO

Os achados deste estudo evidenciam que os RNPT apresentam um déficit de crescimento e os fatores relacionados ao longo tempo de internação que podem contribuir são nutrição inadequada ou insuficiente e os altos índices de infecção. Estes RNs têm potencial para chegar ao crescimento adequado, porém, para que isso ocorra, é indispensável oferecer condições necessárias de suporte ao seu crescimento. Portanto, é preciso estar atento às práticas de todos os profissionais na unidade

neonatal. Destacamos que esta investigação foi conduzida com uma pequena população de RNTP de MBP, o que possivelmente é uma limitação, entretanto é necessária uma pesquisa mais aprofundada em relação ao tipo de alimentação ofertada a estes RNs. Contudo, tal pesquisa propiciou conhecer a população estudada sob os aspectos do seu crescimento e práticas realizadas na unidade, trazendo contribuições para o serviço, possibilitando mudanças no manejo destes

bebês e de todos aqueles que contribuem para seu desenvolvimento. Uma estratégia para possibilitar a melhora no ganho ponderal destes pacientes seria a presença da mãe 24 horas por dia, assim como um maior apoio por parte da equipe em relação ao AM e, na impossibilidade deste, a otimização na dieta. Em relação ao tempo de internação e às comorbidades, é necessário um maior controle de infecção hospitalar e o uso adequado dos equipamentos de proteção individual.

REFERÊNCIAS

- World Health Organization. Preterm birth. Fact sheet N°363. Updated November 2015. Disponível em: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs363/en/>. Acesso em: 03 jan. 2016.
- Matiijasevich A, Silveira MF, Matos ACG, Neto DR, Fernandes RM, Maranhão AG *et al*. Estimativas corrigidas da prevalência de nascimentos pré-termo no Brasil, 2000 a 2011. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*. 2013; 22 (4): 557-564.
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Atenção à saúde do recém-nascido: guia para os profissionais de saúde: Cuidado com o recém-nascido pré-termo. Brasília: Ministério da Saúde, 2011. v4. 156p. (Série A. Normas e Manuais Técnicos).
- Souza FIS, Teske M, Sarni ROS. Nutrição parenteral no recém-nascido pré-termo: proposta de protocolo prático. *Revista Paulista de Pediatria*. 2008; 26 (3): 278-89.
- Gianini NM, Vieira AA, Moreira MEL. Avaliação dos fatores associados ao estado nutricional na idade corrigida de termo em recém-nascidos de muito baixo peso. *Jornal de Pediatria*. 2005; 81 (1): 34-40.
- Heymann J, Raub A, Earle A. Breastfeeding policy: a globally comparative analysis. *Bulletin of the World Health Organization*, 2013; 91: 398-406.
- Saigal S, Stoskopf BL, Streiner DL, Burrows E. Physical growth and current health status of infants who were of extremely low birth weight and control at adolescence. *Pediatrics*. 2001;108(2): 407-415.
- Galvão GMM. A dinâmica do crescimento do perímetro cefálico em recém-nascidos pré-termo com peso ao nascer menor que 2000 gramas (do nascimento à idade corrigida de 42 semanas) [dissertação]. Belo Horizonte: Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais; 2007.
- Cardoso MVLML, Moura LM, Oliveira MMC. Avaliação ponderal do recém-nascido pré-termo na unidade neonatal de cuidados intermediários. *Ciência, Cuidado e Saúde*. 2010; 9(3): 432-439.
- Oliveira MMC. Avaliação do crescimento de crianças prematuras de muito baixo peso egressas da unidade de Internação Neonatal [dissertação]. Fortaleza: Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem da Universidade Federal do Ceará; 2005.
- Cardoso-Demartini AA, Bagati AC, Silva RPGVX, Boguszewski MCS. Crescimento de crianças nascidas prematuras. *Arquivo Brasileiro de Endocrinologia Metabologia*. 2011; 55 (8): 534-540.
- Fonseca EL, Marcon SS. Percepção de mães sobre o cuidado domiciliar prestado ao bebê nascido com baixo peso. *Revista Brasileira de Enfermagem*. 2011; 64 (1): 11-17.
- Rugolo LMS, Bertlin MR, Junior AR, Dalben I, Trindade CEP. Crescimento de prematuros de extremo baixo peso nos primeiros dois anos de vida. *Revista Paulista de Pediatria*. 2007; 25 (2): 142-149.
- Valette CO, Sichiari R, Peyneau DPL, Mendonça LF. Análise das práticas de alimentação de prematuros em maternidade pública no Rio de Janeiro. *Revista de Nutrição*. 2009; 22 (5): 653-659.
- Bardal NF. Recuperação nutricional dos recém-nascidos prematuros da UTI neonatal do HRAS [monografia]. Brasília: Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal; 2012.
- Uliani ACCA, Carvalho R, Filho AAB. Evolução ponderal de recém-nascidos de muito baixo peso. *Jornal de Pediatria*. 1996; 72 (6): 388-393.
- Anchieta LM, Xavier CC, Colosimo EA. Crescimento de recém-nascidos pré-termo nas primeiras 12 semanas de vida. *Jornal de Pediatria*. 2004; 80(4): 267-276.
- Oliveira MMC, Almeida PC, Cardoso MVLML. Growth of premature children with very low weight coming from the neonatal unit - descriptive study. *Online Brazilian Journal of Nursing*. 2009; 8 (1).
- Xavier CC, Anchieta LM, Ornelas SL. Crescimento do recém-nascido prematuro. Minas Gerais: Nestlé, 2004. n 77.
- Tamez RN, Silva MJP. *Enfermagem na UTI neonatal: assistência ao recém-nascido de alto risco*. 5ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2013.
- Varaschini GB, Molz P, Pereira CS. Perfil nutricional de recém-nascidos prematuros internados em uma UTI e UCI neonatal. *Cinergis*. 2015; 16 (1): 05-08.
- Hay WWJ. Strategies for Feeding the Preterm Infant. *Neonatology*. 2008; 94 (4): 245-254.
- Ehrenkranz RA. Growth outcomes of very low-birth weight infants in the newbornintensive care unit. *Clinics in Perinatology*. 2000; 27 (2): 325-345.
- Bertino E, Coscia A, Mombrò M, Boni L, Rossetti G, C Fabris *et al*. Postnatal weight increase and growth velocity of very low birthweight infants. *Archives of Disease in Childhood Fetal Neonatal Edition*. 2006; 91 (5): 349-356.
- Ehrenkranz RA, Younes N, Lemons JA, Fanaroff AA, Donovan EF, Wright LL *et al*. Longitudinal growth of hospitalised very low birth weight infants. *Pediatrics*. 1999; 104 (2): 280-289.
- Monset-Couchard M, Bethmann O. Catch-up growth in 166 small-for-gestational age premature infants weighing less than 1,000 g at birth. *Biology of the Neonate*. 2000; 78 (3): 161-167.
- Fonseca LMM, Scocchi CGS. Cuidados com o bebê prematuro: orientações para a família. Ribeirão Preto-SP: FIERP, 2005.
- Pineda RG. Predictors of breastfeeding and breastmilk feeding among very low birth weight infants. *Breastfeeding Medicine*. 2011; 6 (1):15-19.
- Serra SOA, Scocchi CGS. Dificuldades maternas no processo de aleitamento materno de prematuros em uma UTI neonatal. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*. 2004; 12 (4): 597-605.

Correspondência

Amanda Chaves Marcuartú

Endereço: Travessa Quintino Bocaiuva, nº 1043, apt. 1904. Bairro: Reduto.

CEP: 66053-240

Belém - Pará - Brasil

E-mail: amanda-marcuartu@hotmail.com