

## ALIMENTAÇÃO LÁCTEA E PREVALÊNCIA DO ALEITAMENTO MATERNO EM PREMATUROS DURANTE INTERNAÇÃO EM UM HOSPITAL AMIGO DA CRIANÇA DE RIBEIRÃO PRETO-SP, BRASIL<sup>1</sup>

Carmen Gracinda Silvan Scochi\*\*

Fernanda Yeza Ferreira\*\*\*

Fernanda dos Santos Nogueira de Góes\*\*\*\*

Cristina Ide Fujinaga\*\*\*\*\*

Geovana Magalhães Ferecini\*\*\*\*\*

Adriana Moraes Leite\*\*\*\*\*

### RESUMO

Apesar das vantagens apresentadas na literatura e de recomendações de organizações nacionais e internacionais, a prevalência do aleitamento materno (AM) ainda é reduzida para os recém-nascidos pré-termo (RNPT). O objetivo do estudo foi identificar o tipo de alimento lácteo, a via e técnica de administração utilizados na primeira alimentação prescrita para os RNPT, bem como o tipo de aleitamento e a prevalência do AM por ocasião da alta hospitalar. Trata-se de estudo retrospectivo realizado em Hospital Amigo da Criança de Ribeirão Preto-SP. Dentre os 214 RNPTs assistidos no período de 09/2003 a 08/2004, fez-se levantamento dos prontuários de 116 deles que atendiam aos critérios de inclusão. A alimentação láctea foi iniciada precocemente com leite materno e administrada por gavagem. Na alta hospitalar 76,72% dos RNPTs estavam em aleitamento materno. Os dados encontrados corroboram a literatura em relação ao uso do leite materno como primeiro alimento lácteo e a influência do peso, idade gestacional e tempo de internação sobre o tipo de aleitamento na alta hospitalar. Apesar da melhoria dos indicadores do AM na instituição, fruto dos esforços realizados pela equipe, observa-se que as taxas do AM exclusivo na alta hospitalar ainda estão distantes daquelas esperadas.

**Palavras-chave:** Aleitamento Materno. Prematuro. Prevalência.

### INTRODUÇÃO

O objetivo da alimentação para os recém-nascidos pré-termo (RNPTs) é promover crescimento adequado sem produzir efeitos metabólicos indesejáveis<sup>(1)</sup>. Além disso, as funções imunológica, respiratória, hepática e hemodinâmica dependem da higidez nutricional para seu bom desempenho<sup>(2)</sup>.

Neste sentido, além de cuidados especiais, o RNPT necessita de atenção diferenciada no sentido de apoiar a prática do aleitamento materno (AM) a fim de assegurar-lhe uma

melhor qualidade de vida<sup>(3)</sup>.

Entre as vantagens do AM para os RNPTs destacam-se suas propriedades nutritivas e imunológicas<sup>(4)</sup>, seu papel na maturação gastrointestinal e formação do vínculo mãe-filho, aumento do desempenho neurocomportamental, proteção contra enterocolite necrosante, menor incidência de infecção (incluindo sepse e meningite), menor incidência de reospitalização e melhor coordenação sucção-deglutição<sup>(2)</sup>.

Destacam-se, ainda, as vantagens sociais e psicoemocionais, as quais são particularmente importantes para o RNPT. Como se sabe, o

<sup>1</sup> Trabalho com financiamento CNPq - Bolsa Produtividade em Pesquisa e Edital Universal.

\* Enfermeira. Professora Titular do Departamento de Enfermagem Materno-Infantil e Saúde Pública da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (EERP-USP). Bolsista CNPq.

\*\* Enfermeira. Bolsista PIBIC/USP/CNPq 2004/2005.

\*\*\* Enfermeira. Doutoranda do Programa de Pós-Graduação Enfermagem em Saúde Pública da EERP-USP. Bolsista PIBIC/USP/CNPq 2004/2005.

\*\*\*\* Fonoaudióloga. Doutora. Docente da UNICENTRO.

\*\*\*\*\* Enfermeira. Doutoranda do Programa de Pós-Graduação Enfermagem em Saúde Pública da EERP-USP.

\*\*\*\*\* Enfermeira. Professora Doutora do Departamento de Enfermagem Materno-Infantil e Saúde Pública da EERP-USP.

nascimento prematuro e de baixo peso é considerado um dos maiores riscos para o crescimento e desenvolvimento do RN. Envolve vários aspectos, entre eles o social e o econômico. Especialmente este último deve ser considerado no Brasil, pois o país é caracterizado pela má distribuição de renda e tal fato apresenta-se como um importante fator de risco para o nascimento prematuro e desenvolvimento infantil. Assim, alimentar um bebê ao seio é mais barato do que com leite artificial, em especial os RNPTs, que, quando não alimentados com leite materno ou leite de banco de leite humano, necessitam de fórmulas especiais.

Pelas vantagens apresentadas, o AM tem sido recomendado por organizações nacionais<sup>(5)</sup> e internacionais<sup>(6)</sup>, todavia sua prevalência é reduzida, em prematuros ou não.

Além da imaturidade fisiológica e neurológica de muitos RNPTs, há outras barreiras impostas por alguns hospitais, o que contribui para as baixas taxas de AM nessa clientela. Impedimento da permanência da mãe em unidades de cuidados intensivos e intermediários neonatais, períodos prolongados de internação, critérios rígidos e/ou baseados em indicadores físicos na indicação de aleitamento em seio materno são algumas dessas barreiras. De forma geral, a decisão de iniciar o AM baseia-se no peso e na idade gestacional, critérios considerados isolados, sem levar em conta a habilidade motora oral e os aspectos globais do RNPT<sup>(7)</sup>. Tal conduta pode levar ao desmame precoce e à diminuição da produção láctea.

O desmame precoce decorre muitas vezes da condição clínica do RNPT, que retarda a sucção direta do seio materno, do período prolongado de internação, do estresse materno e da falta de rotinas sistematizadas que incentivem o AM<sup>(8)</sup>.

Várias estratégias têm sido implementadas com vista ao AM, entre elas a Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC), idealizada em 1990 pela Organização Mundial da Saúde (OMS) e pelo Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF); entretanto, essa estratégia tem como foco os bebês a termo, deixando de atender às especificidades e demandas dos RNPTs.

Uma estratégia criada especificamente para os RNPTs ou de baixo peso ao nascer é o Método Canguru. Tal cuidado tem como um dos

focos o incentivo ao AM, e tem se configurado amplamente viável, pois o contato pele a pele estimula a produção láctea, favorece o vínculo afetivo e diminui os períodos sem estimulação sensorial<sup>(5)</sup>.

No Hospital Universitário de Ribeirão Preto – SP, ações como o contato pele a pele precoce, a implantação do método canguru, o estímulo à permanência materna junto ao seu bebê, grupos de apoio às mães e outras foram implantadas pela equipe de saúde para incentivar o AM. A partir dessas e outras práticas, a instituição recebeu o título de Hospital Amigo da Criança em dezembro de 2002.

Considera-se necessário avaliar o impacto dessas estratégias na prevalência do AM, entendendo que esta prática é resultado de um conjunto de fatores sociais e culturais, além daqueles meramente fisiológicos. O apoio da família e da sociedade, a condição econômica e a cultura familiar podem interferir no sucesso da amamentação materna neste segmento populacional de risco.

A partir das vantagens do AM para os RNPTs apresentadas na literatura e das estratégias implementadas no hospital, conhecer o impacto destas práticas nos indicadores do AM constitui-se em motivação para o presente estudo, tendo como objetivo identificar o tipo de alimento lácteo, a via e a técnica de administração utilizados na primeira alimentação prescrita para os RNPTs bem como o tipo de aleitamento e a prevalência do AM por ocasião da alta hospitalar.

## METODOLOGIA

Trata-se de estudo documental retrospectivo, realizado no Hospital Universitário de Ribeirão Preto - SP, Brasil, de referência terciária para a atenção perinatal da XIII Divisão Regional de Saúde do Estado de São Paulo. O referido hospital dispõe de unidade de cuidado intensivo neonatal com 20 leitos e unidade de cuidado intermediário com 24 leitos, além do alojamento conjunto.

Os dados foram coletados a partir do levantamento dos prontuários dos RNPTs assistidos nas unidades neonatais no período de setembro de 2003 a agosto de 2004 que atenderam aos seguintes critérios: idade

gestacional menor que 37 semanas; admissão na unidade de terapia intensiva e intermediária neonatal sem ter recebido alimentação láctea enteral; alta hospitalar no período definido para a coleta de dados; acompanhamento da mãe; e ausência de problemas neonatais e maternos que contra-indicassem o AM.

Os dados foram registrados em um formulário adaptado<sup>(9)</sup> e estruturado em duas partes - a primeira contendo dados de identificação do bebê e a segunda, dados sobre a alimentação láctea - e constaram de idade pós-natal e corrigida, peso, tipo de aleitamento (artificial, misto e materno exclusivo), via de administração (sonda orogástrica, nasogástrica e oral), técnica (gavagem, seio materno, copo e mamadeira) e diagnósticos clínicos.

As definições utilizadas neste estudo são aquelas recomendadas pela Organização Mundial da Saúde<sup>(6)</sup>: aleitamento materno exclusivo (AME) (proporção de crianças que receberam apenas o leite materno como única fonte de nutrição durante as últimas 24 horas), aleitamento materno misto (AMM) (proporção de crianças que estavam recebendo leite materno e leite artificial durante as últimas 24 horas) e aleitamento artificial (AA) (crianças que recebem somente outros tipos de substitutos do leite).

Após o processo de dupla digitação em planilha Excel para aferição dos dados, estes foram exportados para o *Ambiente Computacional "R"* e passaram por processamentos estatísticos. Foi utilizado o teste *Kruskal-Wallis* para comparar o tipo de aleitamento com o peso ao nascer, a idade gestacional e o tempo de internação, ao nível de significância de 5%.

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do hospital, obtendo-se dispensa do termo de consentimento livre e esclarecido (parecer 5649/2004).

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

No período em estudo foram atendidos 214 RNPTs, dos quais 116 atendiam aos critérios de inclusão, sendo 50,0% do sexo feminino e 50,0% do masculino. Predominaram nascimentos por cesárea (60,3%), Apgar de sete

e oito (38,0%) no primeiro minuto e de nove e dez (72,0%) no quinto minuto.

A idade gestacional variou de 24 semanas a 36 semanas e cinco dias; a média foi de 32 semanas e três dias, com desvio-padrão de 2,39 semanas, e a moda ficou no intervalo de 31 a 34 semanas (59,5%). O peso ao nascer variou de 500 a 2910g; a média foi de 1482g, com desvio-padrão de 531g, e a moda ficou no intervalo de 1000 a 1499g.

No que se refere aos diagnósticos mais frequentes, além da prematuridade, destacam-se o baixo peso ao nascer (95,7%), desconforto respiratório precoce (54,3%) e a bolsa rota há mais de 24 horas (11,2%). Vários RNPTs apresentaram mais de um diagnóstico.

Todos os prematuros iniciaram a alimentação láctea nos primeiros sete dias de vida, sendo que 98,3% receberam exclusivamente leite humano e 1,7%, leite humano e fórmula láctea.

O leite materno tem sido a escolha para o início da alimentação láctea em vários serviços neonatais, porém em proporção menor do que a encontrado neste estudo. O estudo constatou que, dentre 244 RNPTs, 41,6% iniciaram o leite materno em até cinco dias<sup>(10)</sup>. Dos 360 RNPTs avaliados em outro estudo, 41,7% receberam leite materno e 58,3% receberam leite materno associado a leite artificial na primeira semana de vida<sup>(11)</sup>.

Pesquisa realizada nos Estados Unidos encontrou índice inferior ao deste estudo. Avaliou-se o impacto das estratégias do IHAC em uma unidade neonatal, na qual foram revisados 110 prontuários antes da implantação do IHAC e 117 após a implantação; destes, 55,3% e 66,5% eram prematuros, respectivamente. Entre o total geral de recém-nascidos, o uso de leite humano como primeiro alimento lácteo aumentou de 34,6% para 74,4% após a implantação do IHAC, e o uso de leite humano, associado ou não ao leite artificial durante o processo de internação, aumentou de 27,9% para 65,9%<sup>(12)</sup>.

Em Cuiabá - MT, 64,8% dos bebês internados na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN), de 1990 a 1996, receberam o leite materno como primeiro alimento<sup>(8)</sup>. Estudo mais recente realizado na mesma instituição encontrou o índice de 85%, entretanto 60% dos RNPTs receberam leite materno associado ao leite artificial<sup>(9)</sup>.

O início precoce da alimentação láctea previne os efeitos iatrogênicos relacionados à dieta parenteral prolongada. Ao ser fornecido precocemente, o leite materno modifica a motilidade intestinal, com o aparecimento de padrões mais ordenados, maior presença de atividade motora migratória e menor duração de trânsito intestinal<sup>(13)</sup>.

Um estudo avaliou 212 recém-nascidos de baixo peso randomizados em dois grupos: no primeiro foi utilizado leite humano e no segundo, fórmula. A incidência de infecção foi menor no grupo que utilizou leite humano (29,3%) em comparação com o grupo que utilizou fórmula (47,2%). A ocorrência de sepse ou meningite foi menor no grupo de leite humano (19,5%) em comparação com o grupo que utilizou fórmula (32,6%)<sup>(14)</sup>.

O uso de fortificantes tem sido recomendado para recém-nascidos (RNs) com peso inferior a 1500g para otimizar o ganho de peso. Há divergências quanto ao início deste tipo de dieta, à composição da fórmula, à forma de administração (oral ou por sonda) e à quantidade de leite a ser administrada<sup>(15)</sup>. Destaca-se que na instituição em estudo, atualmente, se a mãe estiver presente, é realizada a amamentação materna caso o RNPT tenha maturidade para sugar, ou é administrado o leite materno cru pela sonda ou copo. Na ausência da mãe, é administrado o leite materno ordenhado com fortificante, manipulado pelo banco de leite humano, até que o bebê complete 40 semanas de idade corrigida.

Acredita-se que o uso de fortificantes deve ser utilizado com cautela, para não gerar sentimentos maternos negativos associados à sua incapacidade de nutrir o filho prematuro e à percepção de que o seu leite é fraco.

A tabela 1 mostra a via e técnica de administração utilizadas na primeira alimentação dos RNPTs, constatando-se que a maioria deles recebeu o leite humano administrado pela sonda orogástrica (84,5%).

A alimentação por sonda gástrica é amplamente utilizada em prematuros que ainda não coordenam a sucção-deglutição-respiração. Em estudo realizado em uma UTIN de Porto Alegre com prematuros de peso menor que 1500g constatou que 87,7% deles fizeram uso de sonda orogástrica para alimentação láctea<sup>(16)</sup>.

**Tabela 1.** Distribuição dos RNPTs segundo a via técnica de administração do primeiro alimento lácteo utilizada durante internação no Hospital Universitário de Ribeirão Preto, no período de 09/2003 – 08/2004, Ribeirão Preto.

| Vias            | Técnicas           | f          | %            |
|-----------------|--------------------|------------|--------------|
| Gástrica        | gavagem – SOG      | 98         | 84,5         |
|                 | gavagem – SNG      | 1          | 0,8          |
| Gástrica e oral | gavagem - SOG e SM | 1          | 0,8          |
| Oral            | SM                 | 6          | 5,2          |
|                 | SM e copo          | 4          | 3,5          |
|                 | Copo               | 6          | 5,2          |
| <b>Total</b>    |                    | <b>116</b> | <b>100,0</b> |

SOG – sonda orogástrica; SNG – Sonda nasogástrica; SM – seio materno

Em uma instituição de Belo Horizonte - MG verificou-se que 76,8% dos bebês de alto risco, independentemente da idade gestacional, receberam dieta por sonda gástrica, e destes, 28% iniciaram dieta por copo ou mamadeira nos primeiros dez dias de vida<sup>(3)</sup>.

Pesquisa realizada nos Estados Unidos constatou, através de cálculos de razões de chance, que os RNPT, que receberam dieta por gavagem tiveram 4,5 vezes mais chances de ser amamentados no momento da alta e 9,4 vezes mais chances de ser exclusivamente amamentados<sup>(16)</sup>.

A administração de leite pela sonda orogástrica ou nasogástrica é uma prática amplamente documentada, sendo a administração realizada em pequenos volumes, lentamente, fracionados a cada três horas, com leite homogeneizado<sup>(13)</sup>. Na instituição em estudo, a sonda orogástrica foi o método mais utilizado para início da alimentação láctea, sendo usada até que o recém-nascido esteja apto para iniciar a sucção no seio materno ou para receber o leite pelo copo, a depender de avaliação da equipe multiprofissional.

Percebe-se que as rotinas alimentares instituídas na unidade estão de acordo com a literatura pesquisada, a qual incentiva o uso de sonda oro ou nasogástrica até que os RNPTs tenham habilidade para coordenar a sucção-deglutição-respiração.

Outra técnica utilizada no serviço e descrita na literatura para a suplementação do AM é o uso do copo, recurso preconizado em substituição à mamadeira, visando favorecer a amamentação. Trata-se de um método artificial de proporcionar uma alimentação segura ao

RNPT até que esteja forte e maduro para o AME. Entre as vantagens do uso do copo para alimentação láctea destacam-se: pouco gasto de energia, regulação da ingesta, estabilidade dos parâmetros fisiológicos e envolvimento dos pais nos cuidados do RNPT<sup>(5)</sup>.

Não obstante, algumas investigações apontam inconvenientes quanto ao uso do copo. Estudo etnográfico em uma maternidade do Reino Unido descreveu as experiências e crenças das mães e profissionais de saúde sobre a suplementação do AM. Foram entrevistados 30 mães e 30 profissionais de saúde. Entre os resultados obtidos, destacam-se: todos os profissionais e mães relatam saber sobre a confusão de bico com o uso da mamadeira; algumas mães relataram ter tido dificuldade em retornar o aleitamento materno após o uso do copo e em determinar o volume ingerido, pois muitas vezes o leite é derramado fora da boca na fralda; e dois terços dos profissionais de saúde preferem o copo, por permitir ao recém-nascido regular sua ingesta, porém relatam que a técnica de suplementação com o uso do copo é demorada em relação à mamadeira<sup>(18)</sup>.

Por ocasião da alta hospitalar predominou o AMM (48,3%), seguido do AME (28,4%) e AA (23,2%); 76,7% dos RNPTs estavam em amamentação na alta, complementada ou não por fórmula láctea.

No estudo de Belo Horizonte os índices foram superiores aos encontrados neste estudo, pois dentre os 244 RNPTs, 94,3% receberam alta em AM<sup>(9)</sup>. Outros autores também encontraram índices superiores, com alta de 54,7% dos recém-nascidos (RNs) em AME e 37,1% em

AMM<sup>(3)</sup>. Cabe ressalva que neste último estudo os dados foram coletados em prontuário, independentemente da idade gestacional.

Na instituição em estudo verificou-se que dentre os 222 recém-nascidos de baixo peso (RNBP) avaliados, 50,5% eram prematuros; a taxa de aleitamento materno foi de 86,5%<sup>(2)</sup>.

Estudo realizado nos Estados Unidos avaliou 42 mães de prematuros nascidos com menos de 1250 gramas e constatou que 36 (72%) delas iniciaram a ordenha mamária e 11 mantiveram a amamentação por mais de um mês após a alta hospitalar<sup>(19)</sup>.

Há discrepância entre os benefícios do leite humano e o baixo índice de AME nos recém-nascidos de baixo peso (RNBP), sugerindo que as estratégias de promoção e manutenção da lactação nas unidades de cuidados intensivos neonatais não são efetivas<sup>(19)</sup>. Esta afirmação corrobora estudo realizado em um local<sup>(10)</sup> onde há um programa específico para oferecer às mães dos RNPs hospitalizados suporte para continuarem amamentando, no qual a prevalência do AM na alta foi a maior dentre os estudos publicados.

Pela análise da tabela 2 verifica-se que a prevalência do AME aumenta com o aumento do peso ao nascer, sendo maior entre os RNPTs nascidos com peso superior ou igual a 2500g; a prevalência do AMM foi maior nos RNPTs nascidos com peso entre 1000 e 1999g e o AA entre aqueles com peso inferior a 1000g ou de extremo baixo peso. Foi encontrada diferença estatisticamente significativa entre o tipo de alimentação e o peso ao nascer pelo teste de Kruskal-Wallis ( $p=0,0000292$ ).

**Tabela 2.** Distribuição do tipo de alimentação na alta hospitalar segundo o peso ao nascer de RNPTs assistidos no Hospital Universitário de Ribeirão Preto no período de 09/2003 a 08/2004, Ribeirão Preto/SP.

| Peso ao nascer<br>(gramas) | Tipo de alimentação na alta |      |     |      |    |      |       |       |
|----------------------------|-----------------------------|------|-----|------|----|------|-------|-------|
|                            | AME                         |      | AMM |      | AA |      | Total |       |
|                            | f                           | %    | f   | %    | f  | %    | f     | %     |
| < 1000                     | 2                           | 9,1  | 8   | 36,4 | 12 | 54,5 | 22    | 100,0 |
| 1000 a 1499                | 11                          | 25,6 | 22  | 51,2 | 10 | 23,2 | 43    | 100,0 |
| 1500 a 1999                | 11                          | 34,4 | 18  | 56,2 | 3  | 9,4  | 32    | 100,0 |
| 2000 a 2499                | 6                           | 42,9 | 6   | 42,9 | 2  | 14,2 | 14    | 100,0 |
| ≥ 2500                     | 3                           | 60,0 | 2   | 40,0 | -  | -    | 5     | 100,0 |
| <b>Total</b>               | 33                          | 28,4 | 56  | 48,3 | 27 | 23,3 | 116   | 100,0 |

Estudo realizado em um hospital Amigo da Criança em Belo Horizonte - MG verificou que 38,5% dos RNPTs nascidos com menos de 2500g receberam AME, contra 68,5% daqueles com peso superior a 2500g<sup>(3)</sup>.

Em Cuiabá - MT foi constatado que por ocasião da alta hospitalar dos RNPTs prevaleceu o AM (85%): dentre os 31 RNPTs com menos de 2500g, 27,9% estavam em AME e 48,6% em AMM<sup>(9)</sup>.

Estudo realizado na mesma instituição onde se desenvolveu esta investigação verificou que entre os 222 recém-nascidos (RNs) avaliados, 192 eram de baixo peso e foram amamentados; dentre estes, 51 (26,5%) tinham peso inferior a

2000g e 141 (73,4%) pesavam entre 2000-2500g<sup>(1)</sup>.

A tabela 3 mostra o tipo de alimentação na alta hospitalar segundo a idade gestacional, verificando-se que a prevalência do AME foi maior entre os nascidos com prematuridade moderada (31 a 34 semanas de gestação); o AA foi mais prevalente entre os mais imaturos ( $\leq 30$  semanas de gestação) e o AMM entre aqueles nascidos com prematuridade limítrofe (35 a 36 semanas de gestação). Foi encontrada diferença estatisticamente significativa entre o tipo de alimentação e a idade gestacional pelo teste de Kruskal-Wallis ( $p=0,006763$ ).

**Tabela 3.** Distribuição do tipo de alimentação na alta segundo a idade gestacional de RNPT assistidos no hospital universitário de Ribeirão Preto no período de 09/2003 a 08/2004, Ribeirão Preto/SP.

| Idade gestacional<br>(semanas) | Tipo de alimentação na alta |      |     |      |    |      |       |       |
|--------------------------------|-----------------------------|------|-----|------|----|------|-------|-------|
|                                | AME                         |      | AMM |      | AA |      | Total |       |
|                                | f                           | %    | f   | %    | f  | %    | f     | %     |
| $\leq 30$                      | 3                           | 12,5 | 9   | 37,5 | 12 | 50,0 | 24    | 100,0 |
| 31 a 34                        | 24                          | 34,8 | 32  | 46,4 | 13 | 18,8 | 69    | 100,0 |
| 35 a 36                        | 6                           | 26,1 | 15  | 65,2 | 2  | 8,7  | 23    | 100,0 |
| <b>Total</b>                   | 33                          | 28,4 | 56  | 48,3 | 27 | 23,3 | 116   | 100,0 |

Tem-se demonstrado que entre os fatores associados à continuidade da ordenha mamária estão o peso ao nascer e a idade gestacional ( $p < 0,05$ ), sendo que as mães daqueles RNPTs com maior peso ao nascer e idade gestacional mantiveram a ordenha mamária por mais tempo<sup>(20)</sup>, enquanto mães de bebês de muito baixo peso e mais imaturos apresentam maiores dificuldades em manter a lactação.

Acredita-se que o baixo índice de AM entre prematuros, especialmente os de extremo baixo peso, deve-se ao medo e insegurança da mãe e à ausência de orientações adequadas a respeito da manutenção da lactação, além das determinações socioculturais, o que contribui para a diminuição da produção láctea<sup>(9,21)</sup>.

Muitas vezes as estratégias de trabalho dirigidas a essas mães são impositivas, autoritárias e impessoais, e não contribuem para a decisão materna de amamentar; além disso, fatores emocionais e familiares também podem interferir nessa decisão<sup>(21)</sup>.

Nesse sentido, um aspecto importante diz respeito à manutenção da lactação por meio da ordenha mamária até que o bebê possa sugar o seio materno.

O tempo de internação dos RNPTs variou de um a 128 dias; a média foi de 35,6 dias, com desvio-padrão de 20,82, e a mediana foi 32,5 dias. A tabela 4 mostra que quanto maior é o tempo de internação dos prematuros, maior é também a prevalência do AA na alta, seguido pelo AMM e, com menor frequência, pelo AME. Foi encontrada diferença estatisticamente significativa entre o tipo de alimentação e o tempo de internação do RNPT pelo teste de Kruskal-Wallis ( $p=0,0001452$ ).

Outra pesquisa demonstrou que, dos recém-nascidos internados por menos de 30 dias, 54,7% receberam alta em AME, e entre aqueles com mais de 30 dias de internação o índice se reduziu para 23,8%<sup>(4)</sup>.

Não obstante, em Joinville - SC foram encontradas taxas de AM na alta superiores àquelas encontradas em outros estudos entre os 244 RNPTs filhos de mães que receberam orientações sobre o AM e foram encorajadas a manter a lactação através da ordenha manual. Do total, 231 (94,6%) saíram de alta recebendo leite materno, sendo 84,4% em AME e 10,2% em AAM. Tais taxas se devem às intervenções adotadas na instituição - como o apoio às mães, o uso de copo ou gavagem para impedir o uso de

bicos artificiais, o estímulo à permanência materna no hospital a partir do momento em que as condições clínicas do prematuro permitiam o

AM e o apoio social do serviço social às mães carentes<sup>(10)</sup>.

**Tabela 4.** Distribuição do tipo de alimentação na alta segundo o tempo de internação de RNPTs assistidos no Hospital Universitário de Ribeirão Preto no período de 09/2003 a 08/2004, Ribeirão Preto/SP.

| Tempo de internação (dias) | Tipo de alimentação na alta |             |           |             |           |             |            |              |
|----------------------------|-----------------------------|-------------|-----------|-------------|-----------|-------------|------------|--------------|
|                            | AME                         |             | AMM       |             | AA        |             | Total      |              |
|                            | f                           | %           | f         | %           | f         | %           | f          | %            |
| ≤ 15                       | 9                           | 42,9        | 10        | 47,6        | 2         | 9,5         | 21         | 100,0        |
| 16 a 30                    | 14                          | 41,2        | 15        | 44,1        | 5         | 14,7        | 34         | 100,0        |
| 31 a 45                    | 6                           | 21,4        | 17        | 60,7        | 5         | 17,9        | 28         | 100,0        |
| 46 a 60                    | 2                           | 14,3        | 7         | 50,0        | 5         | 35,7        | 14         | 100,0        |
| ≥ 61                       | 2                           | 10,5        | 7         | 36,9        | 10        | 52,6        | 19         | 100,0        |
| <b>Total</b>               | <b>33</b>                   | <b>28,4</b> | <b>56</b> | <b>48,3</b> | <b>27</b> | <b>23,3</b> | <b>116</b> | <b>100,0</b> |

Ao analisar os dados encontrados neste estudo nota-se que a não-ocorrência de AM e AME está relacionada ao peso e idade gestacional, que, por sua vez, determinam um tempo maior de internação.

Estudo realizado na África do Sul avaliou os motivos que influenciaram a escolha materna da forma de alimentar seu bebê após a alta hospitalar, constatando que, dentre outros fatores, o baixo peso ao nascer e o tempo prolongado de internação devido à imaturidade afetaram negativamente a intenção de amamentar<sup>(22)</sup>.

Sabe-se que poucos dias de separação do binômio mãe e bebê são suficientes para interferir negativamente na amamentação. As mães precisam ser orientadas, entre outros aspectos, quanto à ordenha mamária para a manutenção da lactação, pois a ansiedade, a preocupação com o bebê e a expressão tardia do leite podem determinar a insuficiência láctea. Assim, além dos fatores sociais e culturais, o peso ao nascer, a idade gestacional e o tempo prolongado de internação podem interferir no processo de amamentação.

Os RNPTs precisam de cuidados especializados e estão mais susceptíveis à superestimulação ambiental. Além disso, permanecem por mais tempo internados, o que concorre para a baixa produção de leite ou até mesmo para o comprometimento do vínculo mãe-bebê, podendo diminuir as chances de estabelecer o AM plenamente.

Conforme já explicitado, a instituição em estudo é de referência terciária, por isso recebe muitos RNs de alta complexidade advindos de outras cidades. Este fato dificulta o acesso da

família, especialmente da mãe (muitas delas, por dificuldades econômicas, deixam de ir a esse hospital de referência), fato que diminui ainda mais as chances de o prematuro sugar o seio materno.

Estudos com mães de RNPTs têm demonstrado que rotinas hospitalares e a falta de estrutura física têm interferido no processo de amamentação.

Pesquisa realizada em Cuiabá - MT encontrou situações que dificultaram o AM e interferiram negativamente no desejo materno de amamentar. As mães relataram dificuldades em ordenhar o leite devido à falta de orientação prática, ausência de área física reservada para realizar a ordenha e amamentação e também dificuldades logísticas para deslocamento até o hospital onde o filho estava internado<sup>(9)</sup>.

Outro estudo também corrobora os dados acima, pois mães de RNPTs apreenderam que o bebê saudável é aquele alimentado ao seio materno e que amamentar um prematuro é uma experiência difícil e desgastante. Muitas mães relataram o desejo de amamentar, porém ante a iminência do fracasso do AM e a abordagem biologizante adotada pela equipe de saúde, muitas apresentavam diminuição da produção láctea, fato que dificultava o sucesso do AM, gerando ansiedade e sentimentos de culpa e frustração<sup>(21)</sup>.

Acredita-se que estratégias devem ser implantadas para viabilizar a permanência materna junto ao filho, como o método canguru ou alojamento materno.

Na instituição em estudo, inúmeras intervenções sistematizadas foram elaboradas para incentivar o AM, como: a maior articulação

das ações desenvolvidas pelas equipes das unidades de cuidados intensivos e intermediários neonatais e do banco de leite humano; a liberação da permanência materna ou do pai junto ao filho nas unidades neonatais, em especial no cuidado intermediário, com participação ativa no cuidado; o contato precoce do neonato com o mamilo materno (roçar), possibilitando o estímulo e a amamentação sempre que possível; o uso do método canguru; o oferecimento do leite materno cru, mesmo que por sonda orogástrica; o uso do copo para complementar a amamentação materna, mediante indicação da fonoaudióloga; a manutenção da sonda orogástrica para alimentação láctea até que seja possível a amamentação materna.

Apesar de a prevalência do AME na alta hospitalar dos prematuros não ter aumentado em relação ao estudo anterior<sup>(1)</sup>, a qualidade do primeiro leite administrado e as intervenções elaboradas têm contribuído para melhoria da assistência prestada ao RNPT ao longo de aproximadamente 20 anos.

### CONSIDERAÇÕES FINAIS

As estratégias realizadas pela equipe que atua junto às mães de RNPTs internados nas unidades neonatais do hospital foram insuficientes para melhorar expressivamente as taxas de AM na alta, pois estas ainda estão distantes daquelas esperadas e semelhantes àquelas encontradas há 17 anos em estudo semelhante. Não obstante, houve uma melhoria nos índices em relação ao tipo de leite oferecido.

A maturidade e o peso ao nascer, além das condições clínicas decorrentes destas variáveis, podem interferir no processo de transição da alimentação láctea do prematuro.

Cabe ressaltar que a instituição em questão tem características específicas, como ser de referência terciária na atenção perinatal e neonatal e atender gestantes e recém-nascidos de patologias diversas e complexas, os quais demandam cuidados específicos e longos períodos de internação. Pode-se inferir que tal perfil da demanda pode influenciar no processo e dificultar o AM.

Acredita-se que a qualidade da assistência oferecida ao binômio mãe-filho no momento do parto, puerpério e UTIN tem melhorado ao longo dos anos e muitas estratégias foram implantadas para incentivar a amamentação materna e facilitar o vínculo entre mãe e filho.

Considera-se também que outras variáveis interferem negativamente no AM, como o tempo de hospitalização e o desejo amamentar das mães, especialmente das mães de RNPTs. Assim, estratégias devem ser incrementadas para incentivar o AM, contemplando as dificuldades vivenciadas pela mãe e pela família.

Considerando-se as vantagens do AM, sua prática deve ser iniciada o mais precocemente possível entre este segmento populacional de risco. Destaca-se que para isso é necessário o instrumental específico para avaliar a prontidão do prematuro e uma intervenção multiprofissional dirigida não só ao bebê, mas também à mãe e à família.

O AM é uma atividade complexa e requer comprometimentos da instituição, da equipe de saúde, da mãe e da família, além de uma rede de apoio social para continuidade da assistência na rede básica de saúde e no domicílio.

O estudo tem como limitação o fato de utilizar como fonte de coleta de dados o prontuário dos prematuros, cujos registros podem apresentar lacunas ao não conterem todos os procedimentos utilizados para alimentação dos bebês.

---

## MILK FEEDING AND PREVALENCE OF BREASTFEEDING IN PREMATURE INFANTS ATTENDED AT A CHILD-FRIENDLY HOSPITAL IN RIBEIRÃO PRETO-SP, BRAZIL

### ABSTRACT

Despite the advantages identified in the literature and recommendations of national and international organizations the prevalence of breastfeeding (BF) is still low for the preterm infants (PTI). The purpose of the present study was to identify the type of feeding, the administration route and the techniques used for the first oral feeding prescribed to PTI and the prevalence of BF on the occasion of hospital discharge. A retrospective study was carried out at a child-friendly hospital in Ribeirão Preto-SP. Two hundred fourteen PTI were attended between 09/2003 and 08/2004. We surveyed the files of 116 of them, who attended to the following inclusion criteria. Milk feeding was started at an early stage with mother's milk administered by gavage. Upon discharge

from hospital, 76.72% of the PTI were being breastfed. The results corroborate with the literature regarding the use of breast milk as the first dairy food and the influence of weight, gestational age and hospitalization time on the type of milk offered upon hospital discharge. Despite the improvements in BF rates at the institution, as a result of the team's efforts, exclusive BF rates at the time of discharge are still distant from those expected.

**Keywords:** Breast Feeding. Infant Premature. Prevalence.

## ALIMENTACIÓN LÁCTEA Y PREVALENCIA DEL AMAMANTAMIENTO MATERNO EN PREMATUROS DURANTE INTERNACIÓN EN UN HOSPITAL AMIGO DEL NIÑO DE RIBEIRÃO PRETO - SP, BRASIL

### RESUMEN

A pesar de las ventajas identificadas en la literatura, y de recomendaciones de organizaciones nacionales e internacionales, el predominio del amamantamiento materno (AM) sigue siendo bajo para los recién nacidos pretérmino (RNPT). El objetivo del estudio fue identificar el tipo de alimento lácteo, la vía y técnica de administración utilizados en la primera alimentación prescrita para los RNPT, así como el tipo de amamantamiento y la prevalencia del amamantamiento materno AM por ocasión del alta hospitalaria. Se trata de un estudio retrospectivo realizado en un hospital amigo del niño de Ribeirão Preto - SP. Entre los 214 RNPT asistidos en el período de 09/2003 a 08/2004, se averiguó los archivos de 116 de ellos que atendían a los criterios de inclusión. La alimentación láctea fue iniciada precozmente con leche materna y administrada por gavage. En el alta hospitalaria, el 76,72% de los RNPT estaban recibiendo amamantamiento materno. Los datos encontrados corroboran con la literatura con relación al uso de la leche materna como primero alimento lácteo y la influencia del peso, edad gestacional y tiempo de internación sobre el tipo de amamantamiento en el alta hospitalaria. A pesar de la mejora en los índices de AM en la institución, resultado de los esfuerzos realizados por el equipo, se observa que las tasas del AM exclusivo en el alta hospitalaria siguen siendo distantes de los esperados.

**Palabras clave:** Lactancia Materna. Prematuro. Prevalencia.

### REFERÊNCIAS

1. Xavier CC, Jorge SM, Gonçalves AL. Prevalência do aleitamento materno em recém-nascidos de baixo peso. *Rev Saude Publica*. 1991;25(5):381-7.
2. Nascimento BR, Issler H. Breastfeeding: making the difference in the development, health and nutrition of term and preterm newborns. *Rev Hosp Clin Fac Med Sao Paulo*. 2003;58(1):49-60.
3. Bicalho-Mancini PG, Velásquez-Meléndez G. Aleitamento materno exclusivo na alta de recém-nascidos internados em berçários de alto risco e os fatores associados a essa prática. *J Pediatr*. 2004;80(3):241-8.
4. Carvalho WO, Darli AS. Causas redutíveis de morte perinatal em três municípios brasileiros. *Ciênc. Cuidado Saúde*. 2002;1(1):89-93.
5. Brasil. Portaria nº 693 de 5 de julho de 2000. Dispõe sobre a norma para implantação do método canguru, destinado a promover a atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso. *Diário Oficial da União*, 2000 Jul 06; Seção 1:15
6. World Health Organization. Child and adolescent health and development: nutrition, infant and young child, exclusive breastfeeding. [cited 2004 Jul 23]. Disponível em: [http://www.who.int/child-adolescent-health/nutrition/infat\\_exclusive.htm](http://www.who.int/child-adolescent-health/nutrition/infat_exclusive.htm).
7. Fujinaga CI, Zamberlan NE, Rodarte MDO, Scochi CGS. Confiabilidade do instrumento de avaliação da prontidão do prematuro para alimentação oral. *Pro-fono*. 2007;19(2):143-50.
8. Gaíva MAM, Gomes MMF, Scochi CGS, Barbeira CBS. Aleitamento materno em recém-nascidos internados em UTI neonatal de um Hospital Universitário de Cuiabá- MT. *Pediatr Moderna*. 2000;36(3):119-30.
9. Serra SOA. Alimentação de bebês recém-nascidos prematuros e dificuldades vivenciadas pelas mães no AM: a prática em uma UTI neonatal de Cuiabá - MT. 2001. [Dissertação]. Ribeirão Preto: Universidade de São Paulo; 2001.
10. Nascimento BR, Issler H. Breastfeeding the premature infant: experience of a baby-friendly Hospital in Brazil. *J Hum Lact*. 2005;21(1):47-52.
11. Vannuchi MTO, Monteiro CA, Rea MF, Andrade SM, Matsuo TA. A iniciativa hospital amigo da criança e aleitamento materno em unidade de neonatologia. *Rev Saude Publica*. 2004; 8(2):422-8.
12. Merewood AMC, Philipp BL, Chawla N, Cimo S. The baby-friendly Hospital Initiative increases breastfeeding rates in a US Neonatal Intensive Care. *J Hum Lact*. 2003;19(2):166-71.
13. Mena NP. Cuando y como iniciar la alimentación enteral en el premature extreme. *Rev Chil Pediatr*. 2005;72(5):247-50.
14. Hylander MA, Strobino DM, Dhanireddy R. Human milk feeding and infection among very low birth weight infants. *Pediatrics*. 1998;102(3):38-46.
15. Martinez FE, Camelo Jr JSA. A alimentação do recém nascido pré-termo. *J. Ped*. 2001;77(7):S32-40.
16. Delgado SE, Halpern R. Amamentação de prematuros com menos de 1500gramas: funcionamento motor-oral e apego. *Pro-Fono*. 2005;17(2):141-52.

17. Kliettermers PA, Cross ML, Lanese MG, Johnson KM, Simon SD. Transitioning preterm infants with nasogastric tube supplementation: increased likelihood of breastfeeding. *JOGN*. 1999;28(3):264-73.
18. Cloherty M, Alexander J, Holloway I, Galvin K, Inch S. The cup-versus-bottle debate: a theme from an ethnographic study of the supplementation of breastfed infants in hospital in United Kingdom. *J Hum Lact*. 2005;21(2):151-62.
19. Richards MT, Lang MD, McIstosh C. Breastfeeding of very low birth weight infant: successful outcome and maternal expectations. *Pediat Res*. 1996;39:383A.
20. Meier PP, Engstrom JL, Mingoelli SS, Miracle DJ, Kiesling S. The rush mother's milk club: breastfeeding interventions for mothers with very-low-birth-weight infants. *JOGNN*. 2003;32(5):164-74.
21. Javorski M, Caetano LS, Vasconcelos MGL, Leite AM, Scochi CGS. As representações sociais do aleitamento materno para mães de bebês prematuros em unidades de cuidado canguru. *Rev Latino Am Enfermagem*. 2004;12(6):890-8.
22. Hallbauer U, Grobler JM, Niemand I. Factors influencing a mother's choice of feeding after discharge of her baby from neonatal unit. *S Afr Med J*. 2002;92:634-7.

**Endereço para correspondência:** Camen Gracinda Silvan Scochi. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. Av. Bandeirantes, 3900, Cidade Universitária, Ribeirão Preto – SP. E-mail: cscochi@eerp.usp.br

Recebido em: 08/10/2007

Aprovado em: 31/03/2008