

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA  
FACULDADE DE MEDICINA  
MESTRADO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE**

**Ana LÍlian Caixeta de Oliveira Sousa**

**AVALIAÇÃO DA TÉCNICA DE AMAMENTAÇÃO DAS DUPLAS  
MÃES/RECÉM-NASCIDOS PRÉ-TERMO DE MUITO BAIXO PESO AO  
NASCER**

**UBERLÂNDIA**

**2011**

**ANA LÍLIAN CAIXETA DE OLIVEIRA SOUSA**

**AVALIAÇÃO DA TÉCNICA DE AMAMENTAÇÃO DAS DUPLAS  
MÃES/RECÉM-NASCIDOS PRÉ-TERMO DE MUITO BAIXO PESO AO  
NASCER**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós Graduação em Ciências da Saúde da Universidade Federal de Uberlândia, como requisito parcial para obtenção do título de mestre em Ciências da Saúde.

Área de concentração: Ciências da Saúde

Linha de pesquisa: O leite humano e o processo de aleitamento materno na nutrição infantil

Orientadora: Prof<sup>a</sup>. Dra. Vânia Olivetti Steffen  
Abdallah

**UBERLÂNDIA**

**2011**

**ANA LÍLIAN CAIXETA DE OLIVEIRA SOUSA**

**AVALIAÇÃO DA TÉCNICA DE AMAMENTAÇÃO DAS DUPLAS  
MÃES/RECÉM-NASCIDOS PRÉ-TERMO DE MUITO BAIXO PESO AO  
NASCER**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós Graduação em Ciências da Saúde da Universidade Federal de Uberlândia, como requisito parcial para obtenção do título de mestre em Ciências da Saúde.

Área de concentração: Ciências da Saúde

Linha de pesquisa: O leite humano e o processo de aleitamento materno na nutrição infantil

Orientadora: Prof<sup>a</sup>. Dra. Vânia Olivetti Steffen Abdallah

Uberlândia, 28 de fevereiro de 2011

Banca Examinadora:

---

Prof<sup>a</sup> Dra. Vânia Olivetti Steffen Abdallah (Orientadora) – UFU

---

Prof<sup>o</sup> Dr. Joel Alves Lamounier – UFMG

---

Prof<sup>a</sup> Dra. Angélica Lemos Debs Diniz – UFU

*Dedico este trabalho à minha mãe, **Maria Aparecida Caixeta de Oliveira**,  
que sempre esteve presente apoiando e incentivando os meus estudos*

*Ao meu pai, **Elias de Oliveira Pena**,  
que mesmo não estando mais presente sempre foi um grande exemplo para mim.*

*Ao meu esposo, **Rones Aureliano de Sousa**,  
pela compreensão, carinho, dedicação e companheirismo. Te amo!*

## AGRADECIMENTOS

Em primeiro lugar à Deus, que é a Luz que conduz os meus passos. Pelas oportunidades que me proporcionou e por me dar a graça de concluir mais esta etapa da minha vida.

À Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Vânia Olivetti Steffen Abdallah, por sua dedicação enquanto profissional e enquanto pessoa. Pelos conhecimentos transmitidos, pela paciência e empenho para que este trabalho pudesse ser realizado. Que Deus lhe devolva em dobro toda a compreensão e dedicação que recebi durante todo este tempo.

À médica Daniela Marques Lima Mota Ferreira, por sua disposição e dedicação que muito contribuíram para a realização deste estudo.

À nutricionista Ângela Maria de Moraes Oliveira, coordenadora do Banco de Leite Humano do HC-UFU, que com prontidão disponibilizou o espaço para a realização desta pesquisa.

À Isis Borges Custódio, médica neonatologista do Banco de Leite Humano do HC-UFU, que com muita paciência e empenho me acolheu nas consultas realizadas no Banco de Leite Humano.

Aos funcionários do Serviço de Neonatologia do HC-UFU, em especial à neonatologista Rosemeire Aparecida Nobile Aquino, sempre receptiva, educada e disposta a fornecer informações necessárias para a realização deste trabalho.

Ao Prof<sup>o</sup> Dr<sup>o</sup> Rogério de Melo Costa Pinto, pela análise estatística dos dados coletados.

Às mães, que com prontidão aceitaram a participar deste estudo juntamente com seus filhos.

A todos que direta ou indiretamente contribuíram para a realização deste trabalho.

*“Isto foi obra do Senhor; é um prodígio aos  
nossos olhos. Esse é o dia que o Senhor fez: seja  
para nós dia de alegria e de felicidade.”*

*Salmo 117,23-24*

## RESUMO

**SOUSA, Ana Lílian C. O. Avaliação da técnica de amamentação das duplas mães/recém-nascidos pré-termo de muito baixo peso. Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Uberlândia, Uberlândia, 2011.**

O leite humano é o alimento ideal para a criança por vários motivos dentre eles, a adequação nutricional, proteção contra infecções, melhor desenvolvimento motor e intelectual e redução de doenças crônicas. No entanto, apesar da grande importância do aleitamento materno (AM) para os recém-nascidos pré-termo (RNPT), estes encontram grandes dificuldades para seu estabelecimento e continuidade. Este trabalho objetivou avaliar a técnica de amamentação de RNPT de muito baixo peso na alta hospitalar, uma semana e um mês após a alta; conhecer o índice de AM dos RNPT aos 6 meses de idade cronológica e as principais dificuldades encontradas pelas mães durante a amamentação. Participaram da pesquisa recém-nascidos (RN) com idade gestacional menor que 37 semanas e peso de nascimento menor que 1500g, que receberam alta no período de 15 de novembro de 2008 a 14 de novembro de 2009 e que, na semana antecedente à alta estavam em AM. Foram realizadas avaliações da técnica de amamentação na alta, 1 semana e 1 mês após a alta, empregando-se o formulário proposto pelo UNICEF. Nesses momentos, foram verificados ainda o peso, o tipo da alimentação; e, entre as crianças que não estavam em AM, foi questionada a causa do desmame. Aos 6 meses de idade cronológica, foi realizado um contato telefônico para verificação da continuidade do AM. Participaram do estudo 45 duplas mãe/RNPT de muito baixo peso. Quanto às avaliações da técnica de amamentação, devido às particularidades do RNPT, o presente estudo encontrou como fatores de dificuldade a sonolência do RN e as mamas vazias das mães, que contribuíram para os escores regular e ruim encontrados nos aspectos *Respostas e Anatomia das Mamas*, respectivamente. Uma semana e um mês após a alta e aos 6 meses de idade cronológica estavam em AM 81,4%, 48,7% e 23,2%, respectivamente. A média de duração do AM foi de 80 dias e as principais dificuldades encontradas pelas mães foram: pouco leite, dificuldade na pega e recusa do RN em aceitar o seio materno. Entre as duplas que receberam na alta escore regular em algum dos aspectos, apenas 11,1% permaneceram em AM até os 6 meses de idade cronológica e, entre aquelas que receberam escore ruim em algum aspecto, nenhuma permaneceu, sugerindo que as dificuldades encontradas na avaliação da técnica de amamentação podem comprometer o AM e, portanto, precisam ser detectadas para que condutas adequadas sejam tomadas.

**Palavras - chave:** Aleitamento materno, recém-nascido pré-termo, avaliação de mamada.

## ABSTRACT

**SOUSA, Ana Lílian C. O. Assessment of breastfeeding technique of the mother/ very low birth weight preterm infant. Dissertation (Master's degree) – Medical School, Uberlandia's Federal University, Uberlandia, 2011.**

Human milk is the ideal food for the child for several reasons, among them are the nutritional adequacy, protection against infections, better motor and intellectual development and reduction of chronic diseases. However, despite the importance of breastfeeding (BF), when it comes to newborn preterm infants, they face great difficulties in its establishment and continuity. This study aimed to evaluate the breastfeeding technique of preterm infants at discharge, one week, and one month after discharge; to know the rate of breastfeeding of preterm infants at 6 months of chronological age; and the main difficulties faced by mothers during breastfeeding. Participated in this study newborns (NB) with gestational age below 37 weeks and with birth weight less than 1500g, who were discharged between November 15 2008 and November 14 2009, and who were breastfed in the week preceding discharge. The breastfeeding technique was evaluated at discharge, 1 week, and 1 month after discharge, employing the protocol proposed by UNICEF. At these times it was also recorded the weight, the feeding type, and among the children who were not being breastfed it was asked the cause of weaning. At 6 months of chronological age, a telephone contact was made to check the ongoing of BF. Participated in the study a total of 45 pairs of mother/preterm infants. As for the ratings of the breastfeeding technique, due to the peculiarities of preterm newborns, this study found as difficulty factors the drowsiness of the newborn and the empty breasts of mothers, which contributed to the regular and low scores in the aspects *Breast Response* and *Anatomy* respectively. One week and one month after discharge and at 6 months of chronological age 81.4%, 48.7% and 23.2% were BF respectively. The average duration of breastfeeding was 80 days and the main difficulties faced by mothers were little milk, difficulty in grip and the refusal of the newborns to accept the mother's breast. Among the pairs who received a regular score at discharge in any of the aspects, only 11.1% remained BF up to 6 months of chronological age, and among those who received a low score in any aspect, none remained breastfeeding, suggesting that the difficulties encountered in evaluating the breastfeeding technique can jeopardize BF and, therefore must be detected so that appropriate measures are taken.

**Keywords:** Breastfeeding, preterm newborn, breastfeeding evaluation.



## LISTA DE FIGURAS

- Figura 1** - Critérios para classificação da avaliação da mamada, segundo cada aspecto avaliado..... 21
- Figura 2** - Fluxograma das duplas mães/RNPT de muito baixo peso ao nascer incluídas no estudo e que comparecem nos retornos agendados – Uberlândia, 15 de novembro de 2008 a 14 de novembro de 2009 ..... 28

## LISTA DE TABELAS

<b>Tabela 1</b> - Dados demográficos e obstétricos das mães dos RNPT de muito baixo peso ao nascer – Uberlândia, 15 de novembro de 2008 a 14 de novembro de 2009 .....	24
<b>Tabela 2</b> - Características dos RNPT de muito baixo peso ao nascer – Uberlândia, 15 de novembro de 2008 a 14 de novembro de 2009 .....	25
<b>Tabela 3</b> - Média de idade de início de dieta enteral, oral completa e alimentação ao seio materno dos RNPT de muito baixo peso em relação ao peso de nascimento e idade gestacional – Uberlândia, 15 de novembro de 2008 a 14 de novembro de 2009.....	26
<b>Tabela 4</b> - Classificação dos escores de avaliação da técnica de amamentação das duplas mães/RNPT de muito baixo peso ao nascer na alta, uma semana e um mês após a alta – Uberlândia, 15 de novembro de 2008 a 14 de novembro de 2009.....	29
<b>Tabela 5</b> - Tipo de alimentação, média de idade e peso dos RNPT de muito baixo peso ao nascer na alta, uma semana e um mês após a alta e aos 6 meses de idade cronológica – Uberlândia, 15 de novembro de 2008 a 14 de novembro de 2009.....	31

## **LISTA DE SIGLAS**

AA – Aleitamento artificial

AM – Aleitamento materno

AME – Aleitamento materno exclusivo

BLH- Banco de leite humano

CEP – Comitê de Ética em Pesquisa

HC-UFU – Hospital de Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia

IG – Idade gestacional

OMS – Organização Mundial de Saúde

PAF – Fator ativador de plaquetas

PN – Peso de nascimento

RN – Recém-nascido

RNMBP – Recém-nascido de muito baixo peso

RNPT – Recém-nascido pré-termo

RNT – Recém-nascido de termo

SUS – Sistema Único de Saúde

UNICEF – The United Nations Children's Fund

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO</b> .....	13
<b>2 OBJETIVOS</b> .....	18
<b>3 METODOLOGIA</b> .....	19
3.1 Local do estudo.....	19
3.2 População do estudo.....	19
3.2.1 Critérios de inclusão e exclusão.....	19
3.3 Instrumentos para coleta de dados.....	20
3.4 Análise estatística .....	21
<b>4 RESULTADOS</b> .....	23
4.1 Características da população estudada.....	23
4.2 Evolução dos RNPT.....	26
4.3 Avaliações da técnica de amamentação. ....	27
4.4 Tipo de alimentação, idade e peso dos bebês em cada momento da avaliação.....	31
<b>5 DISCUSSÃO</b> .....	32
<b>6 CONCLUSÃO</b> .....	39
<b>REFERÊNCIAS</b> .....	40
<b>APÊNDICES</b> .....	49
<b>APÊNDICE A</b> – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	49
<b>APÊNDICE B</b> – Formulário para levantamento de informações na alta .....	50
<b>APÊNDICE C</b> – Questionários para levantamento de informações nos retornos após uma semana e após um mês da alta e aos seis meses de idade cronológica.....	51
<b>ANEXOS</b> .....	52
<b>ANEXO A</b> – Autorização do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Federal de Uberlândia.....	52
<b>ANEXO B</b> – Formulário de observação e avaliação de mamada.....	54

## 1 – INTRODUÇÃO

O leite humano é o alimento ideal para a nutrição da criança por vários motivos dentre eles, a adequação nutricional, proteção contra infecções, melhor desenvolvimento motor e intelectual e redução de doenças crônicas (LEÓN-CAVA et al., 2002; KRAMER, 2010)<sup>1</sup>. Além disso, a lactação é um processo natural, um momento em que a mãe e o bebê estão se conhecendo, aprendendo e interagindo (FERNANDES, 2000).

Como o leite materno contém todos os nutrientes que a criança precisa nos primeiros meses de vida, a OMS (Organização Mundial de Saúde) recomenda a amamentação exclusiva até seis meses de vida, e após esta idade, a introdução de alimentos complementares, mantendo-se o aleitamento materno (AM) até os dois anos de idade ou mais (WHO, 1995).

O aleitamento materno exclusivo (AME) é definido pela OMS como aquele que ocorre quando a criança recebe somente leite humano, sem outros líquidos ou sólidos, com exceção de gotas ou xaropes contendo vitaminas, suplementos minerais ou medicamentos (WHO, 1991).

É conhecido que crianças que recebem leite materno adoecem menos, necessitando de menos atendimento médico, hospitalizações e medicamentos. Dessa forma, a prática da amamentação traz benefícios não apenas para as crianças e suas famílias, mas também para toda a sociedade (UNICEF, 1999).

Inúmeras são as vantagens descritas na literatura referentes ao AM. Essas incluem a saúde infantil, o desenvolvimento motor e intelectual da criança, a redução de doenças crônicas ao longo da vida (LEÓN-CAVA et al., 2002), menor risco de sepse bacteriana (HYLANDER; STROBINO; DHANIREDDY, 1998) e de doença celíaca causada por intolerância ao glúten (IVARSSON et al., 2002). Há evidências de que a amamentação está associada a taxas reduzidas de alergias, obesidade, diabetes, hipertensão, câncer e doença de Crohn (LEÓN-CAVA et al., 2002).

As taxas de diarreia, infecções do trato respiratório, otite média e outras infecções, bem como as mortes por estas doenças, também são mais baixas nos bebês amamentados do que naqueles não amamentados (GIUGLIANI, 2000; LEÓN-CAVA et al., 2002; CHANTRY; HOWARD; AUINGER, 2006; IP et al., 2007).

---

<sup>1</sup> Citações de acordo com a NBR-1520/2002 da Associação Brasileira de Normas e Técnicas. Comissão de Estudos de Documentação, Rio de Janeiro.

Um estudo multicêntrico, incluindo 9424 bebês e suas mães, mostrou que o risco de morrer foi muito maior em bebês não amamentados do que em bebês predominantemente amamentados ou parcialmente amamentados (BAHL et al., 2005). Outro estudo mostrou que os recém-nascidos (RN) que receberam líquidos à base de leite de vaca ou alimentos sólidos, além de leite humano no período pós-natal, tiveram um aumento de quatro vezes no número de mortes em comparação com aqueles que eram exclusivamente amamentados (EDMOND et al., 2006).

A amamentação contribui também para a saúde e o bem estar das mães. Dentre os benefícios do aleitamento para a nutriz, está a redução do câncer de mama, a proteção contra alguns tipos de cânceres ovarianos, a recuperação mais rápida do peso pré-gestacional, a diminuição do sangramento pós-parto, a redução de fraturas por osteoporose e a amenorréia lactacional (LEÓN-CAVA et al., 2002; REA, 2004; IP et al., 2007).

Pode-se ainda destacar a importância do AM para as famílias, principalmente as mais carentes, através da diminuição dos gastos com a compra de leite artificial e mamadeiras. Vale ressaltar que, devido ao custo elevado do leite artificial, muitas mães diluem a mamadeira excessivamente; muitas vezes, a baixa qualidade da água e da técnica de limpeza da mamadeira e bico pode contaminar o leite durante sua preparação (ARAÚJO et al., 2004). Segundo Goldman, Hopkinson e Rassin (2007), em países em desenvolvimento, a contaminação da água pode ser um fator responsável pelo aumento da mortalidade entre crianças não amamentadas.

A importância do leite materno se mostra ainda maior para os recém-nascidos pré-termo (RNPT). Dentre as vantagens do AM para os RNPT, destacam-se as propriedades nutritivas e imunológicas do leite humano, seu papel na maturação gastrointestinal e formação do vínculo mãe-filho, aumento do desempenho neurocomportamental, proteção contra enterocolite necrosante, menor incidência de infecção, melhor desenvolvimento cognitivo e psicomotor, melhor coordenação da sucção-deglutição e menor incidência de re-hospitalização (SCHANLER, 2001; NASCIMENTO; ISSLER, 2003; CALLEN; PINELLI, 2005; VOHR et al., 2006; GOLDMAN; HOPKINSON; RASSIN, 2007; PARISH; BHATIA, 2008). Em estudo realizado por Schanler et al. (2005), os RNPT amamentados com o leite de sua própria mãe tiveram menores taxas de sepse tardia do que aqueles amamentados com leite de doadoras ou com fórmula.

É possível que, na prematuridade, as doenças ocorram pela exposição a radicais livres que são liberados após hipóxia. O excesso desses radicais livres aumenta o risco de enterocolite necrosante, displasia broncopulmonar, hemorragia intraventricular e retinopatia

da prematuridade. Como o leite humano oferece melhor proteção antioxidante que os leites artificiais, seu uso reduz o risco de tais doenças (FRIEL et al., 2002).

O leite produzido por mães que tiveram parto prematuro possui maior quantidade de acetil-hidrolase, enzima inibidora do fator ativador de plaquetas (PAF). Essa enzima, ao reduzir o PAF produzido pela flora intestinal, contribui para o efeito protetor do leite humano contra a enterocolite necrosante, que é uma complicação comum nos RNPT (MOYA et al., 1994). O leite humano contém ainda vitamina A, importante na proteção do epitélio respiratório em relação à displasia broncopulmonar (MATUHARA; NAGANUMA, 2006).

Os ácidos graxos ômega 3 são essenciais para que haja desenvolvimento normal da retina, em especial nos recém-nascidos de muito baixo peso (RNMBP) (UAUY; HOFFMAN, 2000). É conhecido que a incidência e a gravidade da retinopatia da prematuridade são significativamente reduzidas nos RNPT que foram alimentados exclusivamente com leite humano (NASCIMENTO; ISSLER, 2004; MATUHARA; NAGANUMA, 2006). Além disto, o uso do leite materno para RNPT e de baixo peso leva a maiores índices de inteligência (LUCAS et al., 1992) e acuidade visual (BIRCH et al., 1993).

Apesar de todas as vantagens do AM, muitas dificuldades podem ser encontradas pela nutriz durante a amamentação pelas características peculiares do RNPT, resultando na introdução precoce de outros alimentos e contribuindo, assim, para o desmame (KILLERSREITER et al., 2001; LAU, 2001; REZENDE et al., 2002; FURMAN; MINICH, 2006).

Essas dificuldades ocorrem, pois o RNPT frequentemente apresenta alterações clínicas, como dificuldade respiratória, hipoxemia, instabilidade hemodinâmica, secreções excessivas, náuseas, infecções, depressão do sistema nervoso central ou evidências de doenças graves que podem impedir o AM (XAVIER; JORGE; GONCALVES, 1991). Os RNPT apresentam também imaturidade fisiológica e neurológica, e por isto são hipotônicos, hiperreativos a estímulos externos e permanecem alertas por curtos períodos de tempo, dificultando o reflexo de busca e o estabelecimento da amamentação (NASCIMENTO; ISSLER, 2004). Sendo assim, esses bebês recebem, nos primeiros dias após o parto, a nutrição parenteral total e posteriormente alimentação através de uma sonda naso ou orogástrica (DUSICK et al., 2003; TYSON; KENNEDY, 2005), o que retarda a sucção ao seio materno resultando em diminuição do estímulo para produção do leite (LAWRENCE; LAWRENCE, 2010).

Além disso, os vários estímulos orais do RNPT, como entubação endotraqueal, a sonda orogástrica e a dificuldade de coordenar a sucção, deglutição e respiração, podem

influenciar negativamente a transição para a fase oral e, conseqüentemente, o AM (ISAACSON, 2006; NYE, 2008).

Além das dificuldades inerentes à fisiologia do RNPT, suas mães vivem situações bem diferentes das mães de um recém-nascido de termo (RNT) que influenciam negativamente o processo de amamentação. Essas mulheres convivem constantemente com sentimentos de tristeza, angústia e dúvidas com relação ao estado de saúde de sua criança, o que interfere na produção e manutenção da produção láctea e no desejo de amamentar. Somam-se a isso as dificuldades encontradas no ambiente hospitalar, o qual, muitas vezes, não incentiva e não fornece condições para que o bebê seja colocado ao seio assim que suas condições clínicas permitam e para que a mãe faça a ordenha do leite, garantindo a produção de leite, enquanto o RN não tem condições de efetivamente sugar o seio materno (SERRA; SCOCHI, 2004; SILVA; SILVA, 2009).

Portanto, não basta que a mulher receba informações sobre as vantagens do AM. Para que possa amamentar, é necessário que a mesma esteja inserida em um ambiente favorável à amamentação e conte com o apoio de um profissional habilitado para ajudá-la, se necessário (GIUGLIANE; LAMOUNIER, 2004; BRAGA; MACHADO; BOSI, 2008).

Diante das dificuldades em relação ao AM, ações de apoio têm sido reconhecidas como capazes de contribuir para a continuidade da amamentação (ALDAIR; POPKIN; GUILKEY, 1993). Dentre essas ações, o UNICEF (The United Nations Children's Fund) tem recomendado a prática de observar e avaliar a técnica de amamentação das duplas mães/recém-nascidos durante uma mamada completa por meio de um formulário específico, a fim de encontrar as principais dificuldades enfrentadas pelas mães, que podem levar ao desmame. Esse formulário permite avaliar a postura corporal da mãe e bebê, as respostas do bebê, os laços afetivos entre mãe e filho, a anatomia das mamas e a sucção (UNICEF, 1993; CARVALHAES; CORRÊA, 2003).

A avaliação da técnica de amamentação pode ser particularmente importante no RNPT. A resposta inicial desses bebês, quando em contato com o peito da mãe, é de lambe e degustar ao invés de sugar. Além disso, a capacidade do RN para pegar o seio com eficiência e permanecer fixo a ele depende, pelo menos parcialmente, da habilidade da mãe em posicionar o bebê corretamente no peito (NYQVIST, 2008). Atualmente, sabe-se que o posicionamento durante a mamada é um fator importante para a continuidade da amamentação (WEIGERT et al., 2005). Uma má pega, definida por uma posição que dificulta que o bebê abocanhe toda a aréola, pode então prejudicar o estabelecimento e a continuidade do AM (MATUHARA; NAGANUMA, 2006).



Righard et al. (1992), avaliando a técnica de amamentação na primeira semana de vida, demonstraram que a técnica correta de sucção tem forte influência sobre a duração do AM. Esta avaliação pode contribuir para que o profissional de saúde identifique precocemente dificuldades que coloquem em risco o estabelecimento da amamentação e atue de forma eficaz, contribuindo assim para melhores índices de AM. A importância da avaliação da técnica de amamentação pode ser ainda mais importante nos RNPT por suas características próprias que dificultam o estabelecimento e a continuidade do AM.

Assim, devido à importância do AM e diante da escassez de estudos que avaliem o processo de amamentação do RNPT de muito baixo peso ao nascer, em especial, a técnica de amamentação, este estudo foi realizado.

## **2 – OBJETIVOS**

**1-** Avaliar a técnica de amamentação das duplas mães/recém-nascidos pré-termo de muito baixo peso ao nascer no momento da alta, após uma semana e um mês da alta hospitalar.

**2-** Conhecer o índice de aleitamento materno aos 6 meses de idade cronológica dos recém-nascidos pré-termo de muito baixo peso ao nascer que receberam alta em aleitamento materno.

**3-** Identificar as principais dificuldades referidas pelas mães durante a amamentação que determinaram o desmame.

### **3 – METODOLOGIA**

Foi realizado um estudo longitudinal prospectivo após aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Federal de Uberlândia, sob o protocolo 268/08/2008 (ANEXO A).

#### **3.1 – Local do estudo**

O estudo foi realizado no Serviço de Neonatologia e no Banco de Leite Humano (BLH) do Hospital de Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia (HC-UFU). O HC-UFU é uma unidade hospitalar conveniada ao Sistema Único de Saúde (SUS), que pertence à Universidade Federal de Uberlândia, sendo o único hospital público de referência para média e alta complexidade da região, prestando atendimento para uma população de quase três milhões de pessoas, oriundas de 86 municípios do Triângulo Mineiro e do Alto Paranaíba.

A unidade de internação do Serviço de Neonatologia do HC-UFU possui 15 leitos de cuidados intensivos, 26 leitos de cuidados intermediários e proporciona acesso livre aos pais, que podem permanecer junto a seus filhos. As mães contam ainda com o apoio do BLH que faz orientações quanto à importância do AM, realiza a ordenha do leite e ainda disponibiliza um consultório específico para acompanhamento de dificuldades na amamentação.

#### **3.2 – População do estudo**

A população deste estudo foi composta por RNPT de muito baixo peso ao nascer, em aleitamento materno, atendidos no Serviço de Neonatologia do HC-UFU, que receberam alta no período de 15 de novembro de 2008 a 14 de novembro de 2009.

##### **3.2.1 – Critérios de inclusão e exclusão**

Foram incluídos na pesquisa todos os RN com idade gestacional (IG) menor que 37 semanas e peso de nascimento (PN) menor que 1.500g, atendidos na unidade de internação do Serviço de Neonatologia do HC-UFU, que, na semana antecedente à provável alta, estavam em AM e cuja mãe aceitou participar do estudo mediante a assinatura do Termo de

Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE A). O RNPT que amamentasse ao seio pelo menos uma vez ao dia foi considerado em AM.

Os RN filhos de mães HIV positivo ou com mal formação oro-facial, foram excluídos do estudo.

### **3.3 – Instrumentos para coleta de dados e avaliação da técnica**

Antes da alta do RN, foram coletados os seguintes dados referentes à mãe: idade, estado civil, escolaridade, paridade, tipo de parto e número de consultas pré-natais. Em relação ao RN, foram coletados os seguintes dados: sexo, PN, IG, Apgar no 1º e 5º minuto, diagnóstico, tempo de internação, idade corrigida e idade cronológica do bebê no momento da alta, peso da alta, idade de início da dieta enteral e início da alimentação ao seio materno, idade em que o RN passou a receber todo volume de dieta por via oral sem a utilização de sonda (dieta oral completa) (APÊNDICE B).

Na semana que antecedeu a provável alta, foi realizada uma observação do comportamento da mãe e do bebê durante uma mamada completa. Nessa observação, foi empregado o Formulário de Observação de Mamadas proposto pelo UNICEF (ANEXO B), que faz parte da Iniciativa Hospital Amigo da Criança, e pode ser utilizado pelo profissional de saúde para favorecer o reconhecimento de dificuldades durante a amamentação (UNICEF, 1993).

Segundo esse formulário, a mamada é avaliada em relação à posição corporal da mãe e do RN, às respostas do binômio ao iniciarem a mamada, à eficiência da sucção, à anatomia da mama e ao estabelecimento de laços afetivos entre a mãe e seu filho. Esses comportamentos são classificados em favoráveis à amamentação ou sugestivos de dificuldades.

A mamada foi classificada em boa, regular e ruim, seguindo o critério adotado por Carvalhaes e Corrêa (2003), que se baseia no número de comportamentos sugestivos de dificuldades para cada aspecto avaliado (Figura I). Caso fossem detectadas dificuldades durante a amamentação, as mesmas foram comunicadas à equipe de profissionais do Serviço de Neonatologia que realizaram as orientações necessárias.

No momento da alta, além das consultas de rotina de *follow up* do RNPT, foram agendados retornos extras após uma semana e um mês da alta hospitalar no consultório de amamentação do BLH. Nesses dois encontros, foi empregado o mesmo formulário proposto pelo UNICEF (ANEXO B), utilizado no momento da alta, além da aferição do peso do bebê e

verificação da continuidade do AM. Entre as crianças que não estavam em AM, foi questionada a causa do desmame e qual o tipo de alimentação a criança estava recebendo (APÊNDICE C).

Aspectos avaliados	Número de comportamentos negativos	Comportamentos negativos observados/Classificação dos escores		
		Bom	Regular	Ruim
Posição mãe/criança	05	0-1	2-3	4-5
Resposta da dupla	06	0-1	2-3	4-6
Adequação da sucção	06	0-1	2-3	4-6
Anatomia das mamas	04	0	01	2-4
Afetividade	03	0	01	2-3

**Figura 1** – Critérios para classificação da avaliação da mamada, segundo cada aspecto avaliado

Fonte: Cavalhaes e Corrêa, 2003

O RNPT que recebesse somente leite humano, sem outros líquidos ou sólidos, com exceção de gotas ou xaropes contendo vitaminas, suplementos minerais ou medicamentos, foi considerado em AME (WHO, 1991).

Como as avaliações foram pontuais, mesmo que o RN não estivesse em AME na avaliação anterior, ele foi considerado em AME se no momento da avaliação recebesse somente leite humano.

Aos 6 meses de idade cronológica do bebê, foi realizado um contato telefônico com a mãe a fim de verificar a continuidade do AM (APÊNDICE C).

Para as duplas mães/RNPT de muito baixo peso que não compareceram aos retornos, ou cujo contato telefônico aos 6 meses não foi possível, os dados referentes ao tipo de alimentação, peso e idade foram levantados através da análise do prontuário médico.

Todas as avaliações da técnica de amamentação, em todos os momentos estudados, foram realizadas por um único pesquisador.

### 3.4 – Análise estatística

Foi realizada análise descritiva de todas as variáveis estudadas, apresentando-se médias e proporções. Para as correlações foi utilizado o coeficiente de correlação de Spearman, para os dados do PN o teste de Mann-Whitney e para a comparação de IG o teste de Kruskal-Wallis com comparação entre as amostras por meio do teste de Dunn. Considerou-se significância estatística de 5% ( $p \leq 0,05$ ). A estatística não paramétrica foi utilizada porque os dados não apresentaram distribuição normal ( $p < 0,05$  - Teste de Lilliefors).

## **4 – RESULTADOS**

### **4.1 – Características da população estudada**

No período de coleta dos dados, receberam alta 76 RN com IG menor que 37 semanas e PN menor que 1500 gramas. Desses, 28 não estavam em AM por causas relacionadas à mãe ou ao próprio RN e 3 mães recusaram participar do estudo. Participaram, então, do estudo 45 RNPT de muito baixo peso e 44 mães, pois 1 dupla era gemelar.

Os dados demográficos e obstétricos das mães encontram-se na Tabela 1. Não foi possível identificar o estado civil, a escolaridade e o número de consultas de pré-natal de uma das mães. Observa-se que a maioria das mães era jovem, com idade média de 23,6 anos, primíparas, foram submetidas à cesariana e realizaram em média 5,6 consultas de pré-natal.

Os dados relacionados aos RNPT de muito baixo peso ao nascer encontram-se na Tabela 2. O índice de Apgar de 3 RNPT de muito baixo peso ao nascer não constavam no prontuário médico. A média de peso foi de 1190g, com variação de 790g a 1490g, e a IG média foi de 31 semanas, com variação de 27 a 35 semanas.

**Tabela 1** – Dados demográficos e obstétricos das mães dos RNPT de muito baixo peso ao nascer – Uberlândia, 15 de novembro de 2008 a 14 de novembro de 2009

<b>Variável</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
<b>Idade (anos)</b>		
15-25	30	68,2
26-35	12	27,3
>35	2	4,5
<b>Estado Civil</b>		
Solteira	10	23,3
União Estável	33	76,7
<b>Escolaridade (anos)</b>		
≤ 8	12	27,9
9-11	26	60,5
> 11	5	11,6
<b>Procedência</b>		
Uberlândia	31	70,4
Outras Cidades	13	29,6
<b>Paridade</b>		
Primigesta	24	54,5
Secundigesta	11	25,0
Multigesta	9	20,5
<b>Número de consultas de pré-natal</b>		
1-3	5	11,6
4-6	28	65,1
> 6	10	23,3
<b>Tipo de parto</b>		
Normal	12	27,3
Cesárea	32	72,7



**Tabela 2** – Características dos RNPT de muito baixo peso ao nascer – Uberlândia, 15 de novembro de 2008 a 14 de novembro de 2009

<b>Variável</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
<b>Sexo</b>		
Masculino	23	51,1
Feminino	22	48,9
<b>Peso (gramas)</b>		
<1000	12	26,7
1000-1500	33	73,3
<b>Idade gestacional (semanas)</b>		
≤ 28	2	2,2
28-31	15	40,0
32-34	22	55,6
> 34	6	2,2
<b>Índice de Apgar (1º minuto)</b>		
<7	15	35,7
≥7	27	64,3
<b>Índice de Apgar (5º minuto)</b>		
<7	2	4,8
≥7	40	92,2
<b>Local de Nascimento</b>		
HC-UFU*	41	91,1
Outros Hospitais	4	8,9

\*HC-UFU: Hospital de Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia

## 4.2 – Evolução dos RNPT

O tempo médio de hospitalização dos bebês foi de 52,2 dias, com variação de 24 a 102 dias. A média de início da dieta enteral foi de 4,5 dias, de início de alimentação ao seio materno de 17,3 dias e de dieta oral completa de 40,6 dias.

O PN apresentou correlação negativa com a idade de dieta oral completa ( $r=-0,857$ ) e com a idade de início de alimentação ao seio materno ( $r=-0,590$ ) ( $p<0,001$ ), ou seja, quanto maior o PN menor a idade para se atingir a dieta oral completa e de início de alimentação ao seio materno. O PN não apresentou correlação significativa com a idade de início da dieta enteral ( $p = 0,11$ ).

Na Tabela 3 encontram-se as médias de idade de início de dieta enteral, oral completa e alimentação ao seio materno em relação ao PN e a IG.

**Tabela 3** – Média de idade de início de dieta enteral, oral completa e alimentação ao seio materno dos RNPT de muito baixo peso em relação ao peso de nascimento e idade gestacional – Uberlândia, 15 de novembro de 2008 a 14 de novembro de 2009

	Média de idade de início de dieta enteral (dias)	Média de idade de dieta oral completa (dias)	Média de idade de início de alimentação ao seio (dias)
<b>PN (gramas)</b>			
<1000	6,4 <sup>a</sup>	58,9 <sup>a</sup>	29,3 <sup>a</sup>
1000-1500	3,8 <sup>a</sup>	34,0 <sup>b</sup>	13,4 <sup>b</sup>
<b>IG (semanas)</b>			
≤ 28	4,0 <sup>a</sup>	60,5 <sup>a, b</sup>	35,0 <sup>a</sup>
28-31	6,4 <sup>a</sup>	50,7 <sup>a</sup>	21,2 <sup>a</sup>
32-34	3,4 <sup>a</sup>	33,2 <sup>b</sup>	14,1 <sup>a</sup>
>34	4,2 <sup>a</sup>	36,2 <sup>a, b</sup>	14,3 <sup>a</sup>

PN (Peso de Nascimento) – As médias seguidas pela mesma letra, na coluna, não diferiram entre si pelo teste de Mann-Whitney ( $p>0,05$ )

IG (Idade Gestacional) – As médias seguidas pela mesma letra, na coluna, não diferiram entre si pelo teste de Kruskal-Wallis ( $p>0,05$ )

Para a comparação da IG entre as amostras foi utilizado o Teste de Dunn

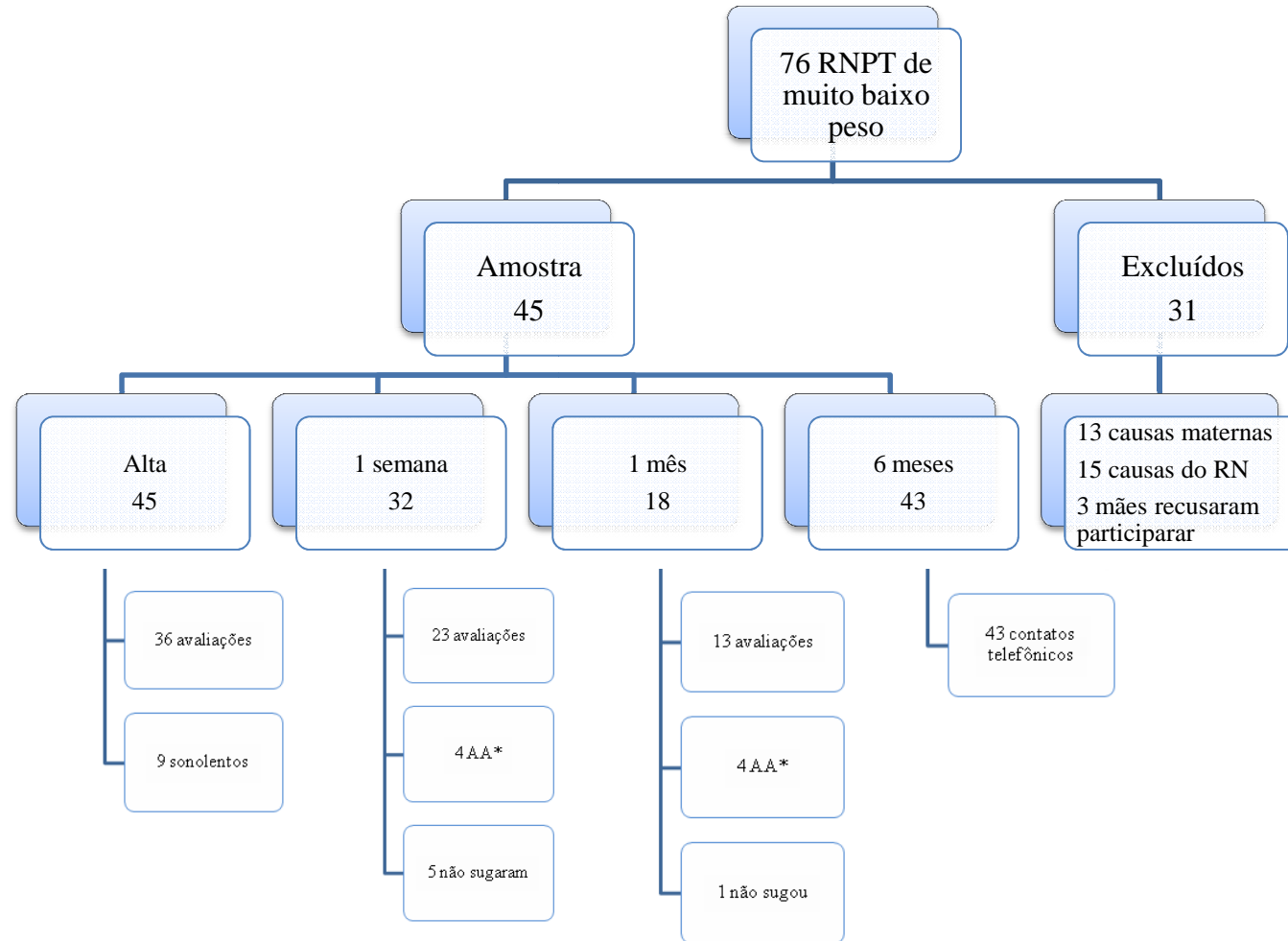
A média de idade de início de alimentação ao seio materno e de idade para se alcançar a dieta oral completa foi menor nos RNPT com PN entre 1000g e 1500g do que naqueles com PN menor que 1000g ( $p<0,05$ ).

A média de idade para se alcançar a dieta oral completa foi menor nos RNPT com IG entre 32 a 34 semanas do que naqueles com IG entre 28 e 31 semanas ( $p<0,05$ ).

### **4.3 – Avaliações da técnica de amamentação**

A figura 2 apresenta o fluxograma das duplas mães/RNPT de muito baixo peso ao nascer que foram incluídos na pesquisa e que compareceram aos retornos agendados.

A classificação dos escores de avaliação da técnica de amamentação na alta, uma semana e um mês após a alta é apresentada na Tabela 4.



**Figura 2** - Fluxograma das duplas mães/RNPT de muito baixo peso ao nascer incluídas no estudo e que comparecem nos retornos agendados – Uberlândia, 15 de novembro de 2008 a 14 de novembro de 2009

\*AA – Aleitamento artificial

**Tabela 4** – Classificação dos escores de avaliação da técnica de amamentação das duplas mães/RNPT de muito baixo peso ao nascer na alta, uma semana e um mês após a alta – Uberlândia, 15 de novembro de 2008 a 14 de novembro de 2009

Aspectos avaliados	Classificação dos escores na alta (n=36)			Classificação dos escores uma semana após a alta (n=23)			Classificação dos escores um mês após a alta (n=13)		
	Bom	Regular	Ruim	Bom	Regular	Ruim	Bom	Regular	Ruim
Posição mãe/RNPT	36 (100%)	–	–	23 (100%)	–	–	13 (100%)	–	–
Respostas	31 (86,1%)	5 (13,2%)	–	21 (91,3%)	2 (8,7%)	–	10 (76,9%)	3 (23,1%)	–
Adequação da sucção	35 (97,2%)	1 (2,8%)	–	23 (100%)	–	–	12 (92,3%)	1 (7,7%)	–
Anatomia das mamas	15 (41,6%)	17 (58,3%)	4 (11,1%)	11 (47,8%)	9 (52,2%)	3 (13%)	7 (53,8%)	6 (46,2%)	–
Afetividade	34 (94,4%)	2 (5,6%)	–	20 (87%)	3 (13%)	–	13 (100%)	–	–

Na alta, foi possível avaliar a amamentação de 36 RN, pois 9 estavam sonolentos. No retorno uma semana após a alta, foi realizada a avaliação da mamada de 23 crianças, pois, das 32 que compareceram ao retorno, 4 não estavam em AM e 5 não sugaram no momento da avaliação. No retorno um mês após a alta, foi realizada a avaliação da mamada de 13 crianças, pois, das 18 que compareceram ao retorno, 4 não estavam em AM e 1 não sugou no momento da avaliação.

O aspecto *Posição* recebeu a melhor avaliação, sendo que 100% das duplas mães/RNPT de muito baixo peso ao nascer apresentaram escore bom nos três momentos da avaliação. Os aspectos *Sucção* e *Estabelecimento de Laços Afetivos* foram bem avaliados em 100% das duplas uma semana e um mês após a alta, respectivamente. O aspecto *Anatomia das Mamas* apresentou os piores resultados e é o único com escore ruim tanto na alta quanto uma semana após a alta. O aspecto *Respostas*, apesar de não ter apresentado nenhum escore ruim, apresentou escore regular em todos os momentos da avaliação.

Entre os 4 RN que apresentaram escore ruim no aspecto *Anatomia das Mamas* na alta, 3 não estavam em AM no retorno com 1 semana, e nenhum deles permaneceu em AM até os 6 meses de idade cronológica. Entre os 3 RN que receberam escore ruim no aspecto *Anatomia das Mamas* no retorno uma semana após a alta, apenas 1 estava em AM aos 6 meses de idade cronológica.

Considerando a avaliação da técnica de amamentação na alta, entre as duplas que receberam escore bom em todos os aspectos, 50% permaneceram em AM até os 6 meses de idade cronológica, sendo que, destas, 42,8% estavam em AME. Entre as duplas que receberam escore regular em algum aspecto, apenas 11,1% permaneceram em AM até os 6 meses de idade cronológica e entre as duplas que receberam escore ruim em algum aspecto, nenhuma permaneceu em AM até os 6 meses de idade cronológica.

Cada aspecto da avaliação de mamada na alta, uma semana e um mês após a alta foi correlacionado com o início de alimentação ao seio materno e com a idade de dieta oral completa. Apenas na alta, o aspecto *Respostas* apresentou correlação com a idade de início de dieta oral completa ( $p= 0,012$ ), sendo que quanto menor a idade para atingir a dieta oral completa melhor a resposta do RN ao seio materno.

Apesar de não fazer parte do formulário de avaliação da mamada, chamou a atenção a sonolência dos bebês e a mama vazia das mães, que foram considerados e pontuados como comportamentos sugestivos de dificuldade. Com relação à sonolência dos bebês, 47,2% estavam sonolentos na alta, 21,7% no retorno com uma semana e 7,8 % no retorno com um

mês. Com relação à mama vazia das mães, 55,5% tinham as mamas vazias na alta, 34,8% no retorno com uma semana e 38,5% no retorno com um mês.

#### 4.4 – Tipo de alimentação, idade e peso dos RNPT de muito baixo peso ao nascer em cada momento da avaliação

Uma semana após a alta, compareceram ao retorno 32 crianças; e, com um mês, 18 crianças, sendo que os dados das demais crianças foram obtidos do prontuário médico.

Na Tabela 5, estão os dados referentes ao tipo de alimentação, média de idade e peso dos bebês na alta, uma semana e um mês após a alta e aos 6 meses de idade cronológica.

**Tabela 5** – Tipo de alimentação, média de idade e peso dos RNPT de muito baixo peso ao nascer na alta, uma semana e um mês após a alta e aos 6 meses de idade cronológica – Uberlândia, 15 de novembro de 2008 a 14 de novembro de 2009

	<b>Alta (n=45)</b>	<b>1 semana após a alta (n=43)</b>	<b>1 mês após a alta (n=37)</b>	<b>6 meses de idade (n=43)</b>
<b>AME</b>	1 (2,2%)	4 (9,3%)	2 (5,4%)	4 (9,3%)
<b>AM</b>	44 (97,8%)	31 (72,1%)	16 (43,3%)	6 (13,9%)
<b>AA</b>	0	8 (18,6%)	19 (51,3%)	33 (76,8%)
<b>Idade</b>				
(média em dias)	52,5	61,2	84	–
<b>Peso (média em gramas)</b>	2208	2427	3218	–

AME – aleitamento materno exclusivo; AM – aleitamento materno; AA – aleitamento artificial

O índice de AM aos 6 meses de idade cronológica entre os RNPT de muito baixo peso ao nascer que receberam alta em AM foi de 23,3% e a média de duração do AM foi de 80 dias. As principais causas de desmame relatadas pelas mães foram pouco leite (57,5%), dificuldade na pega (26,3%) e recusa do RN em aceitar o seio materno (26,3%).

## 5 – DISCUSSÃO

Atualmente, a prática da amamentação salva a vida de milhões de crianças a cada ano, sendo, portanto, de fundamental importância para a saúde das crianças, especialmente nos seis primeiros meses de vida (GIUGLIANI, 2000; BONGIOVANNI, 2006).

Apesar da grande importância do leite materno, principalmente para os RNPT, inúmeras dificuldades podem ocorrer durante o estabelecimento do AM entre estas crianças. Sabe-se que a prática da amamentação é um ato complexo, sendo influenciada não somente por fatores biológicos, mas também socioculturais, além de envolver a decisão da mãe por amamentar (GIUGLIANI, 2000; ALMEIDA; NOVAK, 2004). Dessa forma, o conhecimento do perfil demográfico e obstétrico das mães é importante, já que fatores como a idade, a escolaridade, o estado civil e o tipo de parto são citados como fatores que interferem na prática da amamentação (KILLERSREITER et al., 2001; NASCIMENTO, 2001; BONGIOVANNI, 2006; LEE; GOULD, 2009).

Quanto à idade, mães muito jovens tendem a amamentar menos seus filhos (LEE; GOULD, 2009). Em estudo realizado por Taylor, Lim e Neville (2009), as taxas de AME aumentaram com o aumento da idade materna, sendo maior entre as mães com idade entre 30 e 34 anos. No presente estudo, observou-se um predomínio de mães jovens, com uma média de idade de 23,6 anos, sendo que quase 70% delas tinham idade menor que 25 anos (tabela 1). Outros estudos encontraram média de idade materna maiores, variando de 29 a 34 anos, entre as mulheres que amamentaram bebês imaturos e de baixo peso (BIER et al., 1997; NYQVIST; EWALD, 1999; DELGADO; HALPERN, 2005; FURMAN; MINICH, 2006).

A baixa escolaridade também é citada como um fator de risco que influencia negativamente a prática do AM (KILLERSREITER et al., 2001), embora Nyqvist e Ewald (1999) tenham demonstrado o contrário em seu estudo. Nesta pesquisa, a maioria das mães estudou de 9 a 11 anos (Tabela 1).

Almeida e Novak (2004), traçando um perfil histórico da amamentação, apontaram como um dos fatores do declínio do AM as mudanças da estrutura familiar na sociedade moderna urbana, visto que a figura do pai é importante para o AM. Sabe-se que há maior tendência ao AM, principalmente nos primeiros 6 meses, entre as mães que receberam incentivo dos pais das crianças (BONGIOVANNI, 2006). Neste estudo, houve predomínio de união estável, o que foi coincidente com os estudos de Delgado e Halpern (2005), Bongiovanni (2006) e Furman e Minich (2006).



Estudos sugerem que há uma menor prevalência de AM em crianças nascidas de cesariana (NASCIMENTO, 2001; CARVALHAES; CORRÊA, 2003). No presente estudo, assim como em outros realizados com bebês imaturos e de baixo peso, predominou o parto cirúrgico (KILLERSREITER et al., 2001; DELGADO; HALPERN, 2005; SCOCHI et al. 2008), que é justificado pelo fato do nascimento de um RNPT estar associado a situações de risco que podem ser indicativas de cesariana (RADES; BITTAR; ZUGAIB, 2004).

Além das dificuldades enfrentadas pelas mães, os RNPT apresentam características próprias que podem comprometer o estabelecimento e a continuidade do AM. O baixo peso de nascimento e a baixa idade gestacional, por exemplo, podem interferir no sucesso do AM, pois se associam a quadros clínicos mais graves e maior tempo de internação (SCOCHI et al., 2008; KIRCHNER et al., 2009; LEE; GOULD, 2009).

Neste estudo, o tempo médio de hospitalização foi de 52,2 dias, as médias de PN e IG foram 1190g e 31 semanas (Tabela 2), respectivamente, não diferindo do que é referido por outros estudos (DELGADO; HALPERN, 2005; FURMAN; MINICH, 2006; NYQVIST, 2008; SCOCHI et al. 2008; SILVA; SILVA, 2009). Foi encontrada correlação negativa entre o PN e a idade de início de alimentação ao seio materno e com a idade na qual a alimentação oral completa foi conseguida, demonstrando que o baixo PN é um dos fatores que dificultam o estabelecimento do AM (SCOCHI et al. 2008)

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 PN e o tempo prolongado de internação afetaram negativamente a intenção de amamentar (HALLBAUER; GROBLER; NIEMAND, 2002).

Diante das dificuldades em relação ao AM, ações de apoio têm sido reconhecidas como capazes de contribuir com a amamentação. Atualmente, sabe-se que o posicionamento durante a mamada é um fator importante para a sua continuidade (WEIGERT et al., 2005). O UNICEF desde 1993 tem recomendado a prática de observação e avaliação da técnica de amamentação por meio de um formulário específico, a fim de encontrar as principais dificuldades enfrentadas pela mãe que podem levar ao desmame. Esse formulário, preenchido pelo profissional de saúde, permite avaliar a postura corporal da mãe e bebê, as respostas do bebê, os laços afetivos entre mãe e filho, a anatomia das mamas e a sucção (UNICEF, 1993).

Os estudos que utilizaram o protocolo sugerido pelo UNICEF referem-se a RNT e demonstraram que as principais dificuldades foram nos aspectos *Posição* (CARVALHAES; CORREA, 2003), *Sucção* e *Respostas* (MARTINS; OLIVEIRA, 2006; MARQUES; MELO, 2008).

Com relação aos RNPT e de baixo peso, outros instrumentos de avaliação da amamentação são descritos na literatura. Delgado e Halpern (2005) utilizaram um instrumento que inclui avaliação das estruturas do sistema estomatognático, dos reflexos orais, da sucção não-nutritiva e nutritiva e de sinais de vínculo mãe-bebê.

Furman e Minich (2006) utilizaram o Infant Breastfeeding Assessment Tool (IBFAT). Este instrumento foi originalmente desenvolvido para RNT saudáveis que, nos primeiros 5 dias de vida, apresentaram alguma dificuldade com relação ao AM. Suas categorias de avaliação incluíam o estado de alerta no início da alimentação, a estimulação necessária para começar a mamada, as respostas do bebê, o tempo que o bebê levava para pegar o peito e começar a sugar bem, o padrão da sucção e a satisfação materna com a amamentação.

Em outros dois estudos realizados por Nyqvist e Ewald (1999) e Nyqvist (2008), foi utilizado um instrumento denominado Preterm Infant Breastfeeding Behaviour Scale (PIBBS), que avaliou as respostas do bebê, a adequação da pega, o padrão de sucção, o número máximo de sucções consecutivas, a deglutição e o tempo que o bebê permaneceu no seio. No primeiro estudo, as avaliações foram realizadas pelas mães e posteriormente pelo profissional de saúde para comparação. No segundo trabalho, as avaliações foram realizadas pelas mães, com o objetivo de se conhecer o desenvolvimento do comportamento oral durante a amamentação de RNPT.

No presente estudo, foi utilizado o formulário proposto pelo UNICEF em 1993, que é validado e difundido mundialmente e já tem sido utilizado no Serviço de Neonatologia do HC-UFU para a avaliação da amamentação de RNT. Na avaliação da técnica de amamentação das duplas mães/RNPT de muito baixo peso ao nascer, as principais dificuldades encontradas foram a sonolência do bebê e a mama vazia das mães. Esses itens não faziam parte da ficha de avaliação de mamada, mas, como já são descritos como fatores que podem dificultar o estabelecimento e a continuidade do AM (LAU, 2001; DELGADO; HALPERN, 2005, FURMAN; MINICH, 2006; SCOCHI et al., 2008), foram pontuados e contribuíram para os escores regular e ruim encontrados nos aspectos *Respostas* e *Anatomia das Mamas*, respectivamente.

No aspecto *Respostas* da avaliação da mamada (ANEXO B), houve dificuldade na avaliação do quarto item, que apresenta como comportamento indicativo de facilidade, bebê calmo e alerta ao peito, e, como comportamento indicativo de dificuldade, bebê inquieto ou chorando. Neste estudo, realizado com RNPT, devido às características desta população, um

comportamento sugestivo de dificuldade na avaliação da mamada foi a sonolência da criança, que não se encontrava, portanto, nem alerta e nem inquieta.

No Manual da Iniciativa Hospital Amigo da Criança mais recente, traduzido para o português e difundido pelo Ministério da Saúde em 2009, após o início do presente estudo, foram realizadas algumas alterações e o item “bebê parece sonolento ou doente” já foi inserido na avaliação das *Respostas* do RNT (BRASIL, 2009a). A sonolência dos bebês foi destacada também por Delgado e Halpern (2005) e por Furman e Minich (2006), sendo que os instrumentos de avaliação utilizados por ambos contemplaram este item.

Delgado e Halpern (2005) observaram em seu estudo que, dos bebês que tinham sucção nutritiva inadequada (aspecto da avaliação que contempla o item estado de consciência durante a mamada), 84,2% estavam sonolentos durante a amamentação. Furman e Minich (2006) observaram que os bebês permaneciam alerta ao seio 49% do tempo total da amamentação e precisavam receber estímulo durante 41% do tempo.

Essa dificuldade deve-se à imaturidade fisiológica e neurológica desses bebês que permanecem alertas por curtos períodos de tempo, dificultando o reflexo de busca e consequentemente o estabelecimento do AM (NYQVIST; EWALD; SJÖDÉN, 1996). A sonolência é relatada como fator de influência no sucesso alimentar e sua predominância interfere na manutenção do ritmo e na sustentação da força na mamada ao mesmo tempo em que determina uma falha no “feedback” de interação da dupla mãe/RN (BRAZELTON, 1988).

Este estudo reforça essas observações, na medida em que, as crianças com melhores respostas foram aquelas que atingiram a capacidade de receber alimentação oral completa com menor idade pós-natal.

No aspecto *Anatomia das Mamas* da avaliação da mamada (ANEXO B), houve dificuldade na avaliação do primeiro item, que apresenta como comportamento indicativo de facilidade mamas macias e cheias antes da mamada e como comportamento indicativo de dificuldade mamas ingurgitadas e duras. O indicativo de dificuldade mais encontrado neste estudo, que não consta nos itens de avaliação, foi mamas murchas e vazias.

É importante ressaltar que nenhum dos instrumentos utilizados nos estudos citados anteriormente contemplou esse item nos aspectos de avaliação da mamada.

O pequeno volume de leite observado neste estudo foi também uma das principais dificuldades relatadas pelas mães como causa de desmame. Contribui para a baixa produção de leite as preocupações e o estresse das mães dos RNPT (LAU, 2001), a inadequação do

número e duração das mamadas, a posição e pega incorretas, a incapacidade do bebê em extrair o leite de forma efetiva e a separação entre mãe e bebê (WIGHT, 2001).

O fato dos RNPT permanecerem internados por longos períodos, também contribui com a baixa produção láctea, interferindo até mesmo no vínculo mãe-bebê, o que pode comprometer o estabelecimento do AM (NYQVIST; EWALD, 1999; SCOCHI et al. 2008).

Como os RNPT permanecem algum tempo sem poderem se alimentar, em decorrência das alterações clínicas, pode acontecer que suas mães não sejam estimuladas suficientemente a ordenhar de forma eficaz (GORGULHO; PACHECO, 2008) e com uma frequência necessária para manter a produção láctea.

Dessa forma, os profissionais de saúde devem incentivar a ordenha mamária ressaltando a importância de sua realização, principalmente quando o RN ainda não está amamentando, pois, neste período pré-amamentação, quanto maior o estímulo mais facilmente ocorrerá a continuidade da produção de leite para quando o RN iniciar a sucção ao seio (GORGULHO; PACHECO, 2008).

Problemas no início da estimulação láctea e na execução da ordenha podem causar baixa produção de leite, levando as mães a se sentirem desmotivadas (GORGULHO; PACHECO, 2008).

A ordenha deve ser iniciada o mais rapidamente possível, a cada 3 horas, por aproximadamente 10 a 15 minutos e sempre que possível junto ao leito do bebê. Assim que a quantidade de leite aumentar, a ordenha deverá ser realizada por 20 a 30 minutos (LAWRENCE; LAWRENCE, 2010).

O método canguru está associado ao aumento das taxas de AM (AHMED; SANDS, 2010; BRAMSON et al., 2010) e deve ser iniciado o mais precocemente possível (KIRSTEN; BERGMAN; HANN, 2001; LAWRENCE; LAWRENCE, 2010). A sucção não nutritiva com a colocação do RN para mamar no peito vazio também tem sido utilizada com o objetivo de facilitar o estabelecimento do AM (PINELLI; SYMINGTON, 2007; LAWRENCE; LAWRENCE, 2010; VENSON; FUJINAGA; CZLUNIAK, 2010).

As dificuldades vivenciadas pelo RNPT comprometem o estabelecimento do AM e contribuem para que o índice de AM, principalmente AME, ainda seja baixo nestes bebês (KILLERSREITER et al. 2001; LAU, 2001; FURMAN; MINICH; 2006). Dessa forma, apesar da equipe de saúde e a mãe desejarem e empenharem-se para alcançar o AME, poucos RN recebem alta sem a necessidade de complemento (SILVA; SILVA, 2009) fato observado neste estudo, onde 97,8% dos RN receberam alta com a prescrição de complemento.

Neste estudo, no momento da alta, 59,2% dos RNPT de muito baixo peso ao nascer estavam em AM. Lee e Gould (2009) encontraram 61,1 %, Pineda (2010) 48%, enquanto Killersreiter et al. (2001) encontraram apenas 40,2% dos RNPT em AM no momento da alta. As dificuldades para instituir o AM se prolongam e prejudicam a sua continuidade. Um estudo que incluía RNT e RNPT, observou que embora em algumas áreas dos Estados Unidos mais de 85% das mulheres tenham iniciado o AM no hospital, 75% delas descontinuaram a amamentação por volta de 9 semanas após o parto (RYAN, 1997).

As dificuldades na continuidade do AM contribuem ainda para os baixos índices aos 6 meses de idade. Estudo realizado por Li et al. (2003) com RNT e RNPT observou que aos 6 meses de idade apenas 7,9% das crianças estavam em AME e 27,0% em AM. No Brasil, a última pesquisa nacional sobre a prevalência do AM nas capitais e no Distrito Federal, não restrita a RNPT, apontou uma prevalência de AME de 41% em menores de 6 meses e duração média do AM de 341,6 dias (BRASIL, 2009b). Em Uberlândia, um estudo realizado com crianças menores de 6 meses, que compareceram à campanha de multivacinação em 2008, revelou uma prevalência de 85% de AM e de 39,7% de AME aos 6 meses de idade (SALUSTIANO, 2010).

A média de duração do AM foi de 36 dias em estudo realizado por Killersreiter et al. (2001) com RNPT e de 43 dias em estudo realizado por Pineda (2010) com RNMBP. No presente estudo, realizado com uma população de alto risco, apesar de todas as dificuldades, o índice de AM aos 6 meses de idade cronológica dos RNPT de muito baixo peso ao nascer que receberam alta em AM foi de 23,3% e a média de duração do AM de 80 dias, mostrando que amamentar prematuros ainda é um desafio, mas é possível desde que haja apoio, especialmente por parte dos profissionais de saúde.

Uma das formas de o profissional apoiar e contribuir com o AM é a utilização da avaliação da técnica de amamentação, a fim de identificar dificuldades que coloquem em risco o AM. Righard et al. (1992), avaliando a técnica de amamentação na primeira semana de vida, demonstraram que a técnica correta de sucção tem forte influência sobre a duração do AM.

Os resultados encontrados neste estudo revelaram que, das duplas que receberam na alta escore regular em algum dos aspectos, apenas 11,1% permaneceram em AM até os 6 meses de idade cronológica e das duplas que receberam na alta escore ruim em algum aspecto, nenhuma permaneceu em AM até os 6 meses de idade cronológica, sugerindo que as dificuldades encontradas durante a avaliação da técnica de amamentação podem comprometer o AM e, portanto, precisam ser detectadas para que condutas adequadas sejam tomadas.

Na avaliação da técnica de amamentação do RNPT de muito baixo peso, observou-se que o instrumento utilizado não contemplava a sonolência e as mamas vazias das mães como fatores dificultadores do AM. Esses fatores, que contribuíram para os escores regular e ruim encontrados nos aspectos *Respostas e Anatomia das Mamas*, foram reforçados pelas mães que relataram como principais dificuldades encontradas durante a amamentação a pouca quantidade de leite, a recusa do RN em aceitar o seio e a dificuldade na pega, que muitas vezes acontece devido à sonolência do bebê.

O formulário de avaliação da técnica de amamentação proposto pelo UNICEF em 1993 e atualizado em 2009, após o início deste estudo, apesar de já contemplar o item “bebê parece sonolento ou doente” não contempla as mamas vazias das mães. Os resultados encontrados neste estudo sugerem que para a avaliação da técnica de amamentação de duplas mães/RNPT de muito baixo peso ao nascer, utilizando-se o formulário proposto pelo UNICEF, deve-se considerar também a inclusão do item mamas murchas e vazias das mães, no aspecto *Anatomia das Mamas*.

Ressalta-se ainda a importância de mais estudos sobre a avaliação da técnica de amamentação do RNPT de muito baixo peso ao nascer utilizando o formulário proposto pelo UNICEF e também novos instrumentos desenvolvidos especificamente para esta população devido às suas características peculiares e às inúmeras vantagens do AM.

## 6 – CONCLUSÃO

- Na avaliação da técnica de amamentação das duplas mães/RNPT de muito baixo peso ao nascer no momento da alta, 1 semana e 1 mês após a alta, constatou-se que os piores escores foram nos aspectos *Respostas* e *Anatomia das Mamas*.
- Nos aspectos *Respostas* e *Anatomia das Mamas* da avaliação da técnica de amamentação, foram identificados dois fatores indicativos de dificuldade que não faziam parte do instrumento utilizado para avaliação: a sonolência do RNPT, no aspecto *Respostas*, e mamas murchas e vazias das mães, no aspecto *Anatomia das Mamas*.
- O índice de aleitamento materno aos 6 meses de idade cronológica foi de 23,3% e a duração média do aleitamento materno, de 80 dias.
- As principais dificuldades relatadas pelas mães foram pouco leite, dificuldade na pega e recusa do RN em aceitar o seio materno.

## REFERÊNCIAS

- AHMED, A. H.; SANDS, L. P. Effect of pre and postdischarge interventions on breastfeeding outcomes and weight gain among premature infants. **JOGNN**, [s.l.], v. 39, n. 1, p. 53-63, 2010.
- ALDAIR, L.S.; POPKIN, B.M.; GUILKEY, D.K. The duration of breastfeeding: how is it affected by biological, sociodemographic, health sector, and food industry factors? **Demography**, Chapel Hill, v. 30, p. 63-80, 1993.
- ALMEIDA, J.A.G.; NOVAK, F. R. Amamentação: um híbrido natureza-cultura. **Jornal de Pediatria**, Rio de Janeiro, v. 80, n. 5, p. 119-125, 2004.
- ARAÚJO, M. F. M. et al. Custo e economia da prática do aleitamento materno para a família. **Revista Brasileira Saúde Materno Infantil**, Recife, v.4, n.2, p.135-141. abr./jun. 2004.
- BAHL, R. et al. Infant feeding patterns and risks of death and hospitalization in the first half of infancy: multicentre cohort study. **Bull World Health Org.**, [s.l.], v. 83, n. 6, p. 418-426, jun. 2005.
- BIER, J. A. B. et al. Breastfeeding infants who were extremely birth weight. **Pediatrics**, Elk Grove Village, v. 100, n. 6, p. e3, dec., 1997.
- BIRCH, E. E. et al. Breastfeeding and optimal visual development. **Journal of Pediatric Ophthalmology and Strabismus**, [s. l.], v.30, p.33-38, 1993.
- BONGIOVANNI, R. G. **Aleitamento materno e programa de saúde da família**: a prática do aleitamento materno de crianças de 0 a 6 meses cadastradas em núcleos de saúde da família do município de Ribeirão Preto, 2006. 104f. Dissertação (Mestrado)-Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2006.
- BRAGA, D. F.; MACHADO, M. M. T.; BOSI, M. L. M. Amamentação exclusiva de recém-nascidos prematuros: percepções e experiências de lactentes usuárias de um serviço público especializado. **Rev. Nutr.**, Campinas, v. 21, n. 3, p. 293-302, maio/jun., 2008.



BRAMSON et al. Effect of early skin-to-skin mother-infant contact during the first 3 hours following birth on exclusive breastfeeding during the maternity hospital stay. **J Hum Lact**, [s. l.], v. 26, n. 2, p. 129-137, 2010.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Iniciativa Hospital amigo da Criança: revista, atualizada e ampliada para o cuidado integrado. Módulo 3. **Promovendo e incentivando a amamentação em um Hospital Amigo da Criança**: curso de 20 horas para equipes de maternidade. Brasília: Ministério da Saúde, 2009a. 276 p.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de ações programáticas e estratégicas. **II pesquisa de prevalência de aleitamento materno nas capitais brasileiras e Distrito Federal/Ministério da Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009b.

BRAZELTON, T. **O desenvolvimento do apego**. Porto Alegre: Artes Médicas; 1988.

CALLEN, J.; PINELLI, J. A review of the literature examining the benefits and challenges, incidence and duration, and barriers to breastfeeding in preterm infants. **Advances in Neonatal Care**, Philadelphia, v. 5, n. 2, p. 72-88, april, 2005.

CARVALHAES. M. A. B. L. CORRÊA. C. R. H. Identification of difficulties at the beginning of breastfeeding by means of protocol application. **J Pediatría**, Rio de Janeiro, v. 79, n. 1, p. 13-20, 2003.

CHANTRY, C. J.; HOWARD, C. R.; AUINGER, P. Full breastfeeding duration and associated decrease in respiratory tract infection in US children. **Pediatrics**, Elk Grove Village, v. 117, n. 2, p. 425-432, feb., 2006.

DELGADO, S. E.; HALPERN, R. Amamentação de prematuros com menos de 1500 gramas: funcionamento motor-oral e apego. **Pró-Fono Revista de Atualização Científica**, Barueri, v. 17, n. 2, p. 141-152, maio-ago., 2005.

DUSICK, A. M. et al. Growth failure in the preterm infant: can we catch up? **Seminars in Perinatology**, [s. l.], v. 27, n. 4, p. 302-310, aug., 2003.

EDMOND, K. M. et al. Delayed breastfeeding initiation increases risk of neonatal mortality. **Pediatrics**, Elk Grove Village, v. 117, n. 3, p. 380-386, march, 2006.

FERNANDES, F.B.U. **Pensando no bebê**: benefícios, técnicas e dificuldades do aleitamento materno. 2000. 45f. Monografia (Especialização)-Centro de Especialização em Fonoaudiologia Clínica e Motricidade Oral, Rio de Janeiro, 2000.

FRIEL, J. K. et al. Milk from mothers of both premature and full-term infants provides better antioxidant protection than does infant formula. **Pediatric Research**, [s. l.], v. 51, n. 5, p. 612-618, 2002.

FURMAN, L.; MINICH, N. M. Evaluation of breastfeeding of very low birth weight infants: can we use the infant breastfeeding assessment tool? **Journal of Human Lactation**, [s. l.], v.22, n. 2, p.174-181, 2006.

GIUGLIANI, E. R. J. O aleitamento materno na prática clínica. **Jornal de Pediatria**, Rio de Janeiro, v. 76, n. 3, p. 238-252, 2000.

GIUGLIANI, E. R. J.; LAMOUNIER, J. A. Aleitamento materno: uma contribuição científica para a prática do profissional de saúde. **Jornal de Pediatria**, Rio de Janeiro, v. 80, n. 5 (Supl), p. S117-S118, 2004.

GOLDMAN, A. S.; HOPKINSON, J. M.; RASSIN, D. K. Benefits and risks of breastfeeding. **Advances in Pediatrics**, [s. l.], v. 54, p. 275-304, 2007.

GORGULHO, F. R.; PACHECO, S. T. A. Amamentação de prematuro em uma unidade neonatal: a vivência materna. **Esc Anna Nery Rev Enferm**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 1, p. 19-24, mar. 2008.

HALLBAUER, U.; GROBLER, J.M.; NIEMAND, I. Factors influencing a mother's choice of feeding after discharge of her baby from neonatal unit. **SAMJ**, [s. l.], v.92, p. 634-637, 2002.

HYLANDER, M.A.; STROBINO, D.M.; DHANIREDDY, R. Human milk feedings and infection among very low birth weight infants. **Pediatrics**, Elk Grove Village, v. 102. n. 3, p. e38, sep., 1998.

IP et al. Breastfeeding and maternal and infant health outcomes in developed countries. **Evid Rep Technol Assess**, [s. l], n. 153, p. 1-186, apr., 2007.

ISAACSON, L. J. Steps to successfully breastfeed the premature infant. **Neonatal Network**, San Francisco, v. 25, n. 2, p. 77-86, mar./abr. 2006.

IVARSSON, A. et al. Breast-feeding protects against celiac disease. **Am J Clin Nutr**, [s. l], v. 75, p.914–921, 2002.

KIRCHNER et al. Long hospitalization in the most important risk factor for early weaning from breast milk in premature babies. **Acta Paediatrica**, Oslo, v. 98, p. 981-984, 2009.

KILLERSREITER, B. et al. Early cessation of breast milk feeding in very low birthweight infants. **Early Human Development**, [s. l], v. 60, p.193-205, 2001.

KIRSTEN, G.F.; BERGMAN, N.B.; HANN, F.M. Kangaroo mother care in the nursery. Breastfeeding 2001, part II: The Management of breastfeeding. **Pediatrics Clinics of North America**, [s. l], v. 48, n. 2, p. 443-452, 2001.

KRAMER, M. S. “Breast is best”: the evidence. **Early Human Development**, [s. l], v. 86, p. 729-732, 2010.

LAU, C. Effects of stress on lactation. Breastfeeding 2001, part I: The evidence for breastfeeding. **Pediatrics of North America**, [s. l], v. 48, n. 1, p. 221-234, 2001.

LAWRENCE, R. A.; LAWRENCE, R. M. Premature infants and breastfeeding. In: \_\_\_\_\_. **Breastfeeding: a guide for the medical profession**. 7. Ed. Elsevier, p. 515-549, 2010.

LEE, H. C.; GOULD, J. B. Factors influencing breast milk versus formula feeding at discharge for very low birth weight infants in California. **The Journal of Pediatrics**, Cincinnati, v. 155, p. 657-662, 2009.

LEÓN-CAVA, N. et al. **Quantifying the benefits of breastfeeding**: a summary of the evidence. Pan American Health Organization, Washington, 2002.

LI, R. et al. Prevalence of breastfeeding in the United States: the 2001 national immunization survey. **Pediatrics**, Elk Grove Village, v. 111, n.5, p. 1198-1201, 2003.

LUCAS, A. et al. Breast milk and subsequent intelligence quotient in children born preterm. **Lancet**, [s. l], v. 339, p.261-264, 1992.

MARQUES, M. C. S.; MELO, A. M. Amamentação no alojamento conjunto. **Rev CEFAC**, São Paulo, v. 10, n. 2, p. 261-271, abr./jun., 2008.

MARTINS, E. F.; OLIVEIRA, C. M. E. Breastfeeding initial difficulties – descriptive study. **Online Brazilian Journal of Nursing**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 1, 2006.

MATUHARA, A. M.; NAGANUMA, M. Manual instrucional para aleitamento materno de recém-nascido pré-termo. **Pediatria**, São Paulo, v. 28 n. 2, p. 81-89, 2006.

MOYA, F.R. et al. Platelet-activating factor acetylhydrolase in term and preterm human milk: a preliminary report. **J Pediatr Gastroenterol Nutr**, New York, v. 19, p.236-239, 1994.

NASCIMENTO, L. F. C. Fatores perinatais associados à duração da amamentação. **Pediatria**, São Paulo, v. 23 n. 4, p. 298-304, 2001.

NASCIMENTO, M.B.R.; ISSLER, H. Breastfeeding: making the difference in the development, health and nutrition of term and preterm newborns. **Rev. Hosp. Clín. Fac. Med. S. Paulo**, São Paulo, v. 58, n. 1, p. 49-60, 2003.

NASCIMENTO, M.B.R.; ISSLER, H. Breastfeeding in premature infants: in-hospital clinical management. **Jornal de Pediatria**, Rio de Janeiro, v. 80 (supl. ), p.S163-S172, 2004.

NYE, C. Transitioning premature infants from gavage to breast. **Neonatal Network**, San Francisco, v. 27, n. 1, p. 7-13, jan./fev., 2008.

NYQVIST, K. H. Early attainment of breastfeeding competence in very preterm infants. **Acta Paediatrica**, Oslo, v. 97, p. 776-781, 2008.

NYQVIST, H.; EWALD, U. Infant and maternal factors in the development of breastfeeding behaviour and breastfeeding outcome in preterm infants. **Acta Paediatrica**, Oslo, v. 88, p. 1194-1203, 1999.

NYQVIST, K.H.; EWALD, U.; SJÖDÉN, P. Supporting a preterm infant's behaviour during breastfeeding: a case report. **J Hum Lact.**, [s. l.], v. 12, n. 3, p. 221-228, 1996.

PARISH, A.; BHATIA, J. Feeding strategies in the ELBW infant. **Journal of Perinatology**, [s. l.], v. 28, p. S18-S20, 2008.

PINEDA, R. G. Predictors of breastfeeding and breastmilk feeding among very low birth weight infants. **Breastfeeding Medicine**, [s. l.], v. 5, n. 6, p. 1-5, 2010.

PINELLI, J.; SYMINGTON, A. Non-nutritive sucking for promoting physiologic stability and nutrition in preterm infants. **Cochrane Database of Systematic Reviews**, n. 4, 2007.

RADES, E.; BITTAR, R. E.; ZUGAIB, M. Determinantes diretos do parto eletivo e os resultados neonatais. **RBGO**, [s. l.], v. 26, n. 8, p. 655-662, 2004.

REA, M. F. Os benefícios da amamentação para a saúde da mulher. **Jornal de Pediatria**, Rio de Janeiro, v. 80, n.5, p.142-146, nov., 2004.

REZENDE, M.A. et al. O processo de comunicação na promoção do aleitamento materno. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 10, n. 2, p.234-238, mar./abr., 2002.

RIGHARD, L.; ALADE, M. O. Sucking technique and its effect on success of breastfeeding. **Birth**, [s. l.], v. 19, n. 4, p. 185-189, 1992.

RYAN, A. S. The resurgence of breastfeeding in the United States. **Pediatrics**, Elk Grove Village, v. 99, n.4, p. e12, 1997.

SALUSTIANO, L. P. Q. **Avaliação dos fatores associados ao desmame precoce em crianças menores de seis meses no município de Uberlândia**. 2010. 70f. Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal de Uberlândia, Faculdade de Medicina, Uberlândia, 2010.

SCHANLER, R.J. The use of human milk for premature infants. Breastfeeding 2001, part I: The evidence for breastfeeding. **Pediatrics of North America**, [s. l.], v. 48, n. 1, p. 207-219, 2001.

SCHANLER, R.J. et al. Randomized trial of donor human milk versus preterm formula as substitutes for mothers' own milk in the feeding of extremely premature infants. **Pediatrics**, Elk Grove Village, v. 116, n. 2, p. 400-406, aug., 2005.

SCOCHI, C. G. S. et al. Alimentação láctea e prevalência do aleitamento materno em prematuros durante internação em um hospital amigo da criança de Ribeirão Preto-SP, Brasil. **Cienc Cuid Saude**, Maringá, v. 7, n. 2, p. 145-154, abr./jun., 2008.

SERRA, S. O. A.; SCOCHI, C. G. S. Dificuldades maternas no processo de aleitamento materno de prematuros em uma UTI neonatal. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.12, n.4, p.597-605, jul./ago., 2004.

SILVA, R. V.; SILVA, I. A. A vivência de mães de recém-nascidos prematuros no processo de lactação e amamentação. **Esc Anna Nery Rev Enferm**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 1, p. 108-115, 2009.

TAYLOR, L. K.; LIM, K.; NEVILLE, S.E. Newborn feeding practices at the time of discharge from hospital in NSW in 2007: a descriptive study. **NSW Public Health Bulletin**, v. 20, p.177-181, 2009.

TYSON, J. E.; KENNEDY, K.A. **Trophic feeding for parenterally fed infants**. (2005) Disponível em: <<http://www.nichd.nih.gov/cochrane/tyson/tyson.htm>>. Acesso em: 05 jan. 2011.

UAUY, R.D.; HOFFMAN, D. R. Essential fat requirements of preterm infants. **American Journal of Clinical Nutrition**, Bethesda, v. 71 (Supl.), p. 245S-50S, 2000.

UNICEF. **Breastfeeding management and promotion in a babyfriendly hospital**: an 18-hour course for maternity staff. New York: UNICEF; 1993.

UNICEF. **Breastfeeding**: foundation for a healthy future. New York: UNICEF, 1999. 14p.

VENSON, C.; FUJINAGA, C. I.; CZLUNIAK, G. R. Estimulação da sucção não nutritiva na “mama vazia” em bebês prematuros: relato de casos. **Rev Soc Bras Fonoaudiol.**, São Paulo, v. 15, n. 3, p. 452-457, 2010.

VOHR, B. R. et al. Beneficial effects of breast Milk in the neonatal intensive care unit on the development outcome of extremely low birth weight infants at 18 months of age. **Pediatrics**, Elk Grove Village, v. 118, n. 1, p.e115-e123, jul., 2006.

XAVIER, C. C.; JORGE, S. M.; GONCALVES, A. L. Prevalência do aleitamento materno em recém-nascidos de baixo peso. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v.25, n.5, p.381-387, oct., 1991.

WEIGERT. E.M. et al. Influência da técnica de amamentação nas freqüências de aleitamento materno exclusivo e lesões mamilares no primeiro mês de lactação. **Jornal de Pediatria**, Rio de Janeiro, v. 81, n. 4, p. 310-316, 2005.

WIGHT, N.E. Management of common breastfeeding issues. Breastfeeding 2001, part I: The evidence for breastfeeding. **Pediatrics Clinics of North America**, [s. 1.], v. 48, n.1, p. 321-344, 2001.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Indicators for assessing breastfeeding practices**. World Health Organization, Geneva, 1991.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. The World Health Organization's infant-feeding recommendation. **Bull World Health Organ**, v.73, p. 165-74, 1995.



## APÊNDICES

### APÊNCICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado(a) a participar da pesquisa intitulada: “Avaliação da técnica de amamentação das duplas mães/recém-nascidos prematuros atendidos no Serviço de Neonatologia do Hospital de Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia”, que tem por objetivo avaliar a técnica de amamentação das duplas mães/recém-nascidos prematuros atendidos no Serviço de Neonatologia do HC-UFU.

A pesquisa será realizada sob responsabilidade da mestrandia Ana Lílian Caixeta de Oliveira Sousa e sob orientação da Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Vânia Olivetti Steffen Abdallah.

Fica assegurado que essa pesquisa terá a finalidade exclusivamente científica, que você não será identificada por ocasião da divulgação dos resultados e que será mantido o caráter confidencial das informações relacionadas com a sua privacidade.

Este estudo não oferece riscos ao seu filho, e você não será exposta a qualquer tipo de teste de substâncias, drogas ou dispositivos para a saúde.

As informações serão coletadas por meio de um questionário.

Você não terá despesa ou ganho financeiro por participar da pesquisa.

Fica assegurado que você terá a liberdade de retirar o seu consentimento a qualquer momento, e deixar de participar do estudo, no que será prontamente atendido, sem constrangimento e sem prejuízo algum.

Uma cópia desse Termo de Consentimento Livre e Esclarecido ficará com você e, no caso de surgir qualquer dúvida relacionada à pesquisa você poderá entrar em contato com:

#### **Pesquisadores:**

Mestranda: Ana Lílian Caixeta de O. Sousa  
Universidade Federal de Uberlândia  
Av. Amazonas, s/n Bloco 4K, sala 137  
Bairro Umuarama  
Fone: (34) 3218-2407

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Vânia Olivetti Steffen Abdallah  
Universidade Federal de Uberlândia  
Av. Pará, n.º 1720  
Bairro Umuarama  
Fone: (34) 3218-2454

\_\_\_\_\_  
(Assinatura da pesquisadora)

\_\_\_\_\_  
(Assinatura da orientadora)

#### **Consentimento:**

Por este Termo de Consentimento, eu \_\_\_\_\_, de acordo com as informações citadas no texto acima, concordo livre e voluntariamente em participar da referida pesquisa.

Uberlândia, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2008.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do participante da pesquisa

Comitê de Ética e Pesquisa - Universidade Federal de Uberlândia  
Av. João Naves de Ávila, n° 2121, bloco J – Santa Mônica – CEP: 38408-100  
Fone: (34) 3239-4531

**APÊNCICE B - FORMULÁRIO PARA LEVANTAMENTO DE INFORMAÇÕES NA  
ALTA**

**I - Dados da mãe:**

Número:		Idade:	
Endereço:			Telefone:
Estado civil:		Escolaridade:	
Procedência:		Paridade:	
Tipo de parto:		Número de consultas pré-natais:	

**II - Dados do RNPT:**

Número do Recém-nascido:		Sexo: ( ) M ( ) F	
Data de nascimento: __/__/____	Peso de nascimento:	Diagnósticos:	
Apgar: 1'-                      5'-	Idade gestacional:		
Local de nascimento:			
Idade de início da dieta enteral:			
Idade da dieta oral completa:			
Idade de início da alimentação ao seio materno:			
<b>Alta hospitalar</b>			
Idade corrigida:		Idade Cronológica:	
Peso na alta:		Tempo de internação:	
Tipo de alimentação:			

### APÊNCICE C

#### QUESTIONÁRIO PARA LEVANTAMENTO DE INFORMAÇÕES NO RETORNO APÓS UMA SEMANA DA ALTA

Número:	Data: __/__/____
Peso do RN:	
A criança se encontra em aleitamento materno:	
<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Idade e causa do desmame: Qual o tipo de alimentação o RN esta recebendo: Se o RN está em aleitamento materno, este é: <input type="checkbox"/> Exclusivo <input type="checkbox"/> Parcial Idade de início do complemento: Qual o complemento utilizado:	

#### QUESTIONÁRIO PARA LEVANTAMENTO DE INFORMAÇÕES NO RETORNO APÓS UM MÊS DA ALTA

Número:	Data: __/__/____
Peso do RN:	
A criança se encontra em aleitamento materno:	
<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Idade e causa do desmame: Qual o tipo de alimentação o RN esta recebendo: Se o RN está em aleitamento materno, este é: <input type="checkbox"/> Exclusivo <input type="checkbox"/> Parcial Idade de início do complemento: Qual o complemento utilizado:	

#### QUESTIONÁRIO PARA LEVANTAMENTO DE INFORMAÇÕES AOS 6 MESES DE IDADE CRONOLÓGICA

Número:	Data: __/__/____
A criança se encontra em aleitamento materno:	
<input type="checkbox"/> Exclusivo <input type="checkbox"/> Parcial Causa: Idade de início de outros alimentos: Alimentos ingeridos atualmente <input type="checkbox"/> Não Idade e causa do desmame: Alimentação atual	

## ANEXOS

### ANEXO A - AUTORIZAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA (CEP) DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA



Universidade Federal de Uberlândia  
Pró-Reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação  
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA - CEP

Avenida João Naves de Ávila, nº. 2160 - Bloco J - Campus Santa Mônica - Uberlândia-MG –  
CEP 38400-089 - FONE/FAX (34) 3239-4531/4173; e-mail: [cep@propp.ufu.br](mailto:cep@propp.ufu.br);  
[www.comissoes.propp.ufu.br](http://www.comissoes.propp.ufu.br)

ANÁLISE FINAL Nº. 572/08 DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA PARA O PROTOCOLO  
REGISTRO CEP/UFU 268/08/08

Projeto Pesquisa: Avaliação técnica da amamentação das duplas mães/recém nascidos prematuros atendidos no serviço de neonatologia do Hospital de Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia.

Pesquisador Responsável: Vânia Olivetti Steffen Abdalah

De acordo com as atribuições definidas na Resolução CNS 196/96, o CEP manifesta-se pela aprovação do projeto de pesquisa proposto.

O protocolo não apresenta problemas de ética nas condutas de pesquisa com seres humanos, nos limites da redação e da metodologia apresentadas.

O CEP/UFU lembra que:

a- segundo a Resolução 196/96, o pesquisador deverá arquivar por 5 anos o relatório da pesquisa e os Termos de Consentimento Livre e Esclarecido, assinados pelo sujeito de pesquisa.

b- poderá, por escolha aleatória, visitar o pesquisador para conferência do relatório e documentação pertinente ao projeto.

c- a aprovação do protocolo de pesquisa pelo CEP/UFU dá-se em decorrência do atendimento a Resolução 196/96/CNS, não implicando na qualidade científica do mesmo.

Data para entrega do relatório final: setembro de 2010.

SITUAÇÃO: PROTOCOLO DE PESQUISA APROVADO.

OBS: O CEP/UFU LEMBRA QUE QUALQUER MUDANÇA NO PROTOCOLO DEVE SER INFORMADA IMEDIATAMENTE AO CEP PARA FINS DE ANÁLISE E APROVAÇÃO DA MESMA.

Uberlândia, 30 de outubro de 2008.

Profa. Dra. Sandra Terezinha de Farias Furtado  
Coordenadora do CEP/UFU

#### Orientações ao pesquisador

- O sujeito da pesquisa tem a liberdade de recusar-se a participar ou de retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma e sem prejuízo ao seu cuidado (Res. CNS 196/96 - Item IV.1.f) e deve receber uma cópia do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, na íntegra, por ele assinado (Item IV.2.d).
- O pesquisador deve desenvolver a pesquisa conforme delineada no protocolo aprovado e descontinuar o estudo somente após análise das razões da descontinuidade pelo CEP que o aprovou (Res. CNS Item III.3.z), aguardando seu parecer, exceto quando perceber risco ou dano não previsto ao sujeito participante ou quando constatar a superioridade de regime oferecido a um dos grupos da pesquisa (Item V.3) que requeira ação imediata.
- O CEP deve ser informado de todos os efeitos adversos ou fatos relevantes que alterem o curso normal do estudo (Res. CNS Item V.4). É papel de o pesquisador assegurar medidas imediatas adequadas frente a evento adverso grave ocorrido (mesmo que tenha sido em outro centro) e enviar notificação ao CEP e à Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA – junto com seu posicionamento.
- Eventuais modificações ou emendas ao protocolo devem ser apresentadas ao CEP de forma clara e sucinta, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas. Em caso de projetos do Grupo I ou II apresentados anteriormente à ANVISA, o pesquisador ou patrocinador deve enviá-las também à mesma, junto com o parecer aprobatório do CEP, para serem juntadas ao protocolo inicial ( Res. 251/97, item III.2.e). O prazo para entrega de relatório é de 120 dias após o término da execução prevista no cronograma do projeto, conforme norma da Res. 196/96 CNS.

## ANEXO B - FORMULÁRIO DE OBSERVAÇÃO E AVALIAÇÃO DE MAMADA.

Comportamentos indicativos de facilidades	Comportamentos indicativos de dificuldades
<b>Posição</b>	
<input type="checkbox"/> Mãe relaxada e confortável <input type="checkbox"/> Corpo e cabeça do bebê tocando o peito <input type="checkbox"/> Queixo do bebê tocando o peito <input type="checkbox"/> Nádegas do bebê apoiadas	<input type="checkbox"/> Mãe c/ ombros tensos e inclinada sobre o bebê <input type="checkbox"/> Corpo do bebê distante do da mãe <input type="checkbox"/> O bebê está com o pescoço virado <input type="checkbox"/> O queixo do bebê não toca o peito <input type="checkbox"/> Só ombros/cabeça apoiados.
<b>Respostas</b>	
<input type="checkbox"/> O bebê procura o peito quando sente fome <input type="checkbox"/> O bebê roda e busca o peito <input type="checkbox"/> O bebê explora o peito com a língua <input type="checkbox"/> Bebê calmo e alerta ao peito <input type="checkbox"/> Bebê mantém a pega da aréola <input type="checkbox"/> Sinais de ejeção de leite (vazamento, cólicas uterinas, físgadas).	<input type="checkbox"/> Nenhuma resposta ao peito <input type="checkbox"/> Nenhuma busca observada <input type="checkbox"/> O bebê não está interessado no peito <input type="checkbox"/> Bebê inquieto ou chorando <input type="checkbox"/> Bebê não mantém a pega da aréola <input type="checkbox"/> Nenhum sinal de ejeção de leite .
<b>Estabelecimento de laços afetivos</b>	
<input type="checkbox"/> Mãe segura o bebê no colo com firmeza <input type="checkbox"/> Mãe e bebê mantém contato visual <input type="checkbox"/> Grande quantidade de toques mãe/filho	<input type="checkbox"/> Mãe segura o bebê nervosamente, sacudindo-o, tremendo ou fracamente <input type="checkbox"/> Nenhum contato ocular mãe/filho <input type="checkbox"/> Mãe e bebê quase não se tocam
<b>Anatomia das mamas</b>	
<input type="checkbox"/> Mamas macias e cheias antes da mamada <input type="checkbox"/> Mamilos projetando-se para fora <input type="checkbox"/> Tecido mamário com aparência saudável <input type="checkbox"/> Mamas com aparência arredondada	<input type="checkbox"/> Mamas ingurgitadas e duras <input type="checkbox"/> Mamilos planos ou invertidos <input type="checkbox"/> Tecido mamário com escoriação, fissuras, vermelhidão <input type="checkbox"/> Mamas esticadas ou caídas
<b>Sucção</b>	
<input type="checkbox"/> Boca bem aberta <input type="checkbox"/> Lábio inferior projeta-se para fora <input type="checkbox"/> Língua do bebê assume a forma de um cálice ao redor do bico do peito <input type="checkbox"/> Bochechas de aparência arredondada <input type="checkbox"/> Sucção lenta e profunda com períodos de atividade e pausa <input type="checkbox"/> É possível ver e/ou ouvir a deglutição	<input type="checkbox"/> Boca quase fechada, fazendo um bico para a frente <input type="checkbox"/> Lábio inferior virado para dentro <input type="checkbox"/> Não se vê a língua do bebê <input type="checkbox"/> Bochechas tensas ou encovadas <input type="checkbox"/> Sucção rápida com estalidos <input type="checkbox"/> Pode-se ouvir barulhos altos, mas não a deglutição

**Fonte:** Adaptado de UNICEF, 1993