

MINISTÉRIO DA SAÚDE

FIOCRUZ - FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ

INSTITUTO FERNANDES FIGUEIRA

INSTITUTO FERNANDES FIGUEIRA
Biblioteca

*Estudo da prevalência de aleitamento materno em Unidades
de Tratamento Intensivo Neonatal de Hospitais Amigos da Criança
do Município do Rio de Janeiro*

ELIZABETH TIMOTHEO CRIVARO

Dissertação apresentada à Coordenação do
Mestrado em Saúde da Mulher e da
Criança do Instituto Fernandes Figueira /
Fundação Oswaldo Cruz, para obtenção
do Título de Mestre.

Orientador: Prof. Dr. João Aprigio Guerra de Almeida

Co-Orientadora: Prof^a Luciana Maria Borges da Matta Souza

Rio de Janeiro, dezembro 2002

**FICHA CATALOGRÁFICA NA FONTE
CENTRO DE INFORMAÇÃO CIENTÍFICA E TECNOLÓGICA
BIBLIOTECA DO INSTITUTO FERNANDES FIGUEIRA**

C936e0

CRIVARO, Elizabeth Timotheo

Estudo da prevalência de aleitamento materno em unidades de tratamento intensivo neonatal de hospitais amigos da criança do município do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro: [s.n.], 2002.

xii, 76 p. : il., tab.

Dissertação (mestrado). Instituto Fernandes Figueira, 2002.

Orientador: João Aprígio Guerra de Almeida

Co-orientador: Luciana Maria Borges da Matta Souza

1. Aleitamento materno. 2. Unidades de terapia intensiva neonatal. 3. Recém-nascido. I. Título.

CDD – 20a.ed. 649.33

*Nós somos culpados de muitos erros e muitas faltas,
mas o nosso maior crime é o de abandonar as crianças,
negligenciando a fonte da vida.
Muitas coisas que necessitamos podem esperar.
A criança não pode.
E justamente agora que seus ossos estão
se formando, seu sangue está sendo
feito e seus sentidos estão se desenvolvendo.
Para elas não podemos responder AMANHÃ seu nome é Hoje.*

(Gabriela Mistral)

Dedico este trabalho à minha família.

Aos meus filhos Eduardo, Ellen e Thiago, através dos quais encontro o sentido da vida.

Aos meus pais por tudo, que fizeram por mim.

À memória afetuosa de minha avó.

AGRADECIMENTOS

A realização deste trabalho foi muito gratificante, pelo aprendizado e pela oportunidade de conhecer de perto pessoas especiais (colegas e professores). Porém, construí-lo só foi possível porque recebi apoio e ajuda de muitas pessoas.

Um agradecimento muito especial ao meu orientador, mestre e amigo, pelo qual tenho a mais profunda admiração – Dr. João Aprigio Guerra de Almeida – pela construção deste estudo e por ter despertado em mim o interesse pela pesquisa.

Aos profissionais das instituições que compuseram o campo de estudo, pela receptividade, apoio e colaboração, que muito facilitou o meu trabalho.

À Profa. Luciana Maria Borges da Matta Souza, pela atenção e orientação valiosa nos momentos de sua folga.

Aos meus amigos e companheiros de trabalho do Banco de Leite, que não só me ajudaram na construção deste trabalho, como também suportaram, com compreensão, a sobrecarga causada pela minha ausência.

Aos clientes, que sempre me estimularam a buscar conhecimentos.

Aos meus amigos e colegas do Instituto Fernandes Figueira, por contribuírem para o meu aprendizado.

À Profa. Kátia Silveira Silva, pela importante contribuição na construção deste trabalho.

À Coordenação do Mestrado e a todo o corpo docente, por todos os ensinamentos, por terem ampliado as minhas possibilidades e também pela contribuição dada através dos seminários.

A todos do Departamento de Ensino, e especialmente à equipe da Secretaria Acadêmica, pela atenção, suporte e apoio.

À Profa. Nicole Oliveira Mota Gianini, pela atenção carinhosa e eficiente presteza no atendimento às minhas solicitações.

Aos meus colegas de turma, pelo convívio gostoso, companheirismo, ajuda na elaboração das tarefas e pelos momentos de alegria e solidariedade nas horas difíceis.

Ao Prof. Geraldo Marcelo e Silmar, pela ajuda no trabalho com os dados.

Aos meus filhos, pela paciência e compreensão nos momentos de estresse e de ausência.

RESUMO

Estudo da prevalência de aleitamento materno em Unidades de Tratamento Intensivo Neonatal de Hospitais Amigos da Criança do Município do Rio de Janeiro

A pesquisa tem como enfoque a prevalência de aleitamento materno (AM) no momento da alta dos recém-nascidos internados em unidades de tratamento intensivo neonatal (UTI neonatal) de hospitais Amigos da Criança, no município do Rio de Janeiro. As práticas institucionais podem tanto favorecer o desmame quanto estimular a amamentação. Nessa perspectiva, a Iniciativa Hospital Amigo da Criança estimula a implementação e o desenvolvimento de programas capazes de apoiar e melhorar os índices de aleitamento materno. Contudo, a complexidade que envolve o ambiente da UTI, os problemas clínicos do recém nascido e o momento difícil vivido pela família são fortes obstáculos a serem vencidos para o bom desenvolvimento do processo amamentação. Partindo do pressuposto que as unidades neonatais embora regidas por normas e rotinas semelhantes podem influenciar de forma distinta as taxas de aleitamento materno exclusivo, o estudo buscou traçar o perfil de alimentação desses recém- nascidos, com os objetivos de: analisar de forma descritiva os alimentos utilizados nas Unidades de Tratamento Intensivo Neonatal dos Hospitais Amigos da Criança do Município do Rio de Janeiro, identificar fatores que possam concorrer para os índices de prevalência AM e analisar comparativamente as tendências observadas nas instituições estudadas. Realizou-se um estudo do tipo descritivo, em que os dados foram coletados através de prontuários (n = 2266) e as variáveis foram: tempo de internação, destino do recém-nascido que sai de alta da UTI- neonatal e tipo de alimento utilizado no momento da saída da UTI. Principais resultados observados: 64,1% de aleitamento materno exclusivo (AME) ; 30,4% AM não exclusivo; 94,5% de AM total; 5,5 de não AM. O estudo evidenciou que a prevalência de AM foi inversamente influenciada pelo tempo de internação. Quanto maior o tempo de internação no ambiente da UTI-neonatal menor a prevalência de AM. O destino alojamento conjunto e enfermaria-canguru mostrou uma influência positiva na prevalência de AME. Os dados apresentados foram estimuladores, o que confere o importante papel da IHAC. Entretanto, estratégias e políticas outras como a possibilidade de manter a mãe na instituição para a continuidade do acompanhamento neonatal, assim como o método canguru, tiveram uma relevante contribuição nos índices de AME nas instituições estudadas.

SUMMARY

Study on the proportion of exclusive breast-feeding in Neonatal Intensive Care Units of Children's Friend Hospitals, in the municipality of Rio de Janeiro

The research focuses on the proportion of exclusive breast-feeding at a time when there is a high number of newborns in neonatal intensive care units (neonatal ICU) of Children's Friend hospitals, in the municipality of Rio de Janeiro. Institutional practices may favor weaning as well as stimulate breastfeeding. Under this perspective, the Children's Friend Hospital Initiative (IHAC) stimulates the implementation and development of programs to support breastfeeding and increase its rate. However, the complexity involving the ICU environment, the newborn's clinical problems and the difficult period the family is going through are strong obstacles to be overcome for successful development of the breastfeeding process. Based on the assumption that neonatal units, although governed by similar norms and routines, can influence the rates of exclusive breastfeeding in different ways, the study aimed at obtaining the feeding profile of these newborns, with the purpose of: (a) analyzing descriptively the foods used in Neonatal Intensive Care Units of Children's Friend Hospitals in the Municipality of Rio de Janeiro, (b) identify factors that might increase the proportion of breastfeeding and (c) analyze comparatively the tendencies observed in the institutions studied. A descriptive study was carried out, in which data was collected through medical questionnaires (n – 2266) and the variables were: period of stay, destination and type of food. The main results obtained were: 64.1% of exclusive breastfeeding; 30.4% of non-exclusive breastfeeding; 94.5% of total breastfeeding; 5.5% of no breastfeeding. The study showed that the rates were strongly influenced by the duration of stay. The longer the period of stay in the neonatal ICU, the greater the proportion of weaning. The destination of joint lodging and kangaroo care showed a positive influence on the proportion of exclusive breastfeeding. The data obtained were stimulating, and confirm the importance of the role played by the IHAC. However, the possibility of maintaining the mother in the institution for continuity of neonatal follow-up, as well as of the kangaroo method, contributed significantly to breastfeeding rates.

LISTA DE TABELAS E FIGURAS

TABELAS

Tabela 1 – Distribuição de prontuários excluídos por instituição	36
Tabela 2 – Distribuição de prontuários selecionados por instituição	37
Tabela 3 – Caracterização das instituições segundo altas e a disponibilidade de leitos em 2001	37
Tabela 4 – Distribuição das altas das UTI neonatais no ano de 2001 em função dos meses	38
Tabela 5 – Distribuição das altas por classes de tempo de internação em dias, global e por instituição no ano de 2001	39
Tabela 6 – Distribuição das altas segundo destino dos RN global e por instituição no ano de 2001	40
Tabela 7 – Distribuição dos tempos de internação global e por instituição no ano de 2001	41
Tabela 8 – Relação entre altas e número de leitos em 2001	42
Tabela 9 – Prevalência de aleitamento materno no momento da alta da UTI neonatal global e por instituição no ano de 2001	44
Tabela 10 – Distribuição Global das altas por classes de tempo de internação em dias, segundo modalidades de alimentação no ano de 2001	46

FIGURAS

Figura 1 – Distribuição das altas por classes de tempo de internação em dias, segundo modalidades de alimentação nas instituições de 1 a 3 no ano de 2001	47
Figura 2 – Distribuição das altas por classes de tempo de internação em dias, segundo modalidades de alimentação nas instituições de 4 a 6 no ano de 2001	48
Figura 3 – Distribuição das altas por destino segundo modalidades de alimentação nas instituições de 1 a 3 no ano de 2001	50
Figura 4 – Distribuição das altas por destino segundo modalidades de alimentação nas instituições de 4 a 6 no ano de 2001	51

ÍNDICE

1. INTRODUÇÃO	11
2. OBJETIVOS DA PESQUISA	14
2.1. Objetivo Geral.....	14
2.2. Objetivos Específicos	14
3. QUADRO TEÓRICO	15
4. PRESSUPOSTO	32
5. METODOLOGIA	33
5.1. Campo de Estudo Selecionado	33
5.2. População Estudada	33
5.3. Critério de Inclusão.....	33
5.3. Coleta de Dados.....	34
5.5. Tabulação e Análise dos Dados.....	34
6. RESULTADOS.....	35
7. DISCUSSÃO	54
8. CONSIDERAÇÕES FINAIS	62
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	64
ANEXOS	69
Tabela 11 – Distribuição das Altas por Classe de Tempo de Internação em dias segundo Modalidades de Alimentação no Ano de 2001 – Instituição 1	70
Tabela 12 – Distribuição das Altas por Classe de Tempo de Internação em dias segundo Modalidades de Alimentação no Ano de 2001 – Instituição 2.....	71
Tabela 13 – Distribuição das Altas por Classe de Tempo de Internação em dias segundo Modalidades de Alimentação no Ano de 2001 – Instituição 3	71
Tabela 14 – Distribuição das Altas por Classe de Tempo de Internação em dias segundo Modalidades de Alimentação no Ano de 2001 – Instituição 4.....	74
Tabela 15 – Distribuição das Altas por Classe de Tempo de Internação em dias segundo Modalidades de Alimentação no Ano de 2001 – Instituição 5	72
Tabela 16 – Distribuição das Altas por Classe de Tempo de Internação em dias segundo Modalidades de Alimentação no Ano de 2001 – Instituição 6.....	72
Formulário de Coleta dos Dados.....	73

1. INTRODUÇÃO

Diante da vulnerabilidade do recém-nascido que necessita de cuidados intensivos neonatais, inúmeros estudos buscam respostas para melhor fundamentar as práticas e condutas, no intuito de alcançar para, esses recém-nascidos, melhor qualidade de vida futura.

Neste cenário, numerosos são os estudos que destacam como os fatores inerentes à alimentação e nutrição são capazes de interferir nas taxas de morbidade e mortalidade infantil, evidenciando, de forma unânime, as vantagens conferidas pela amamentação. Em diversas partes do mundo, pesquisas atestam o valor da amamentação para o bom desenvolvimento físico e mental da criança, a proteção contra doenças infecto-contagiosas, os benefícios maternos e muitos outros de igual importância (Cruz, 2001; Moore, 1996; Lucas, 2000; Gianini, 2001; Vieira, 2002).

A Academia Americana de Pediatria (1997), com base em estudos epidemiológicos, evidencia a superioridade do leite humano em relação a outros alimentos, tanto pela sua capacidade de promover um melhor crescimento e desenvolvimento, quanto pela significativa diminuição das incidências de doenças crônicas e agudas. Em decorrência, recomenda a prática do aleitamento materno exclusivo até o sexto mês e afirma ainda que o leite humano é o melhor alimento para todas as crianças, inclusive as prematuras. Nesta perspectiva, faz notar que raramente existe uma real necessidade de suplementação ou contra indicação, recomendando ainda que sejam substituídas as políticas e práticas institucionais que favorecem o desmame precoce por aquelas capazes de oportunizar, dar apoio, suporte e estimular a promoção da amamentação.

Apesar das evidências favoráveis à amamentação, estudiosos do assunto reconhecem que se trata de um processo complexo, sujeito a influências biológicas,

sociais e emocionais (Javorsky, 1997; Almeida, 1999).

Assim, há de se destacar a importância da adoção de medidas facilitadoras, como os Dez Passos para o Sucesso da Amamentação, que compõem o eixo central de programas de promoção do aleitamento materno e que contribuem significativamente com efeitos positivos à prática do aleitamento materno (OMS/UNICEF, 2001).

As instituições hospitalares, a depender do modelo assistencial e de suas práticas, exercem um importante papel e podem tanto contribuir com o desmame como favorecer a amamentação. Nesta perspectiva, a introdução precoce de mamadeiras e a utilização indiscriminada de berçários, se constituem em exemplos de obstáculos à amamentação e favorecem o desmame precoce (Martins Filho, 1987; Souza, 1996; Rotemberg, 1999). A adoção do sistema de alojamento conjunto e do sistema mãe-canguru, a implementação de diretrizes para a Iniciativa Hospitais Amigos da Criança, a implantação de bancos de leite, a reciclagem e capacitação dos profissionais de saúde com vistas à humanização do parto e ao manuseio técnico apropriado dos cuidados com os recém-nascidos e com a puérpera e, ainda, a capacitação para as habilidades de aconselhamento e a regulamentação do código de comercialização dos substitutos do leite materno são algumas medidas de impacto no incentivo à prática da amamentação (Rotemberg, 1999).

O desmame precoce, assim como o tardio, pode levar a criança ao risco nutricional e, sendo a prática da amamentação entendida como processo, evidencia-se um limite tênue entre os fatores que contribuem para a amamentação e os que favorecem o desmame. A amamentação se dá como uma experiência “(...) *única com cada filho, compreendendo diferentes momentos e diferentes dimensões que conformam uma totalidade*” (Rotemberg, 1999:71).

Freire (1979) sinaliza que o homem se relaciona com a realidade, o que o torna um ser de relação com o mundo e, nessas relações, há uma pluralidade de respostas na qual ele se altera, organiza-se, reflete e escolhe caminhos.

O pensar a amamentação envolve uma trama de ações que passam por nutrir melhor, propiciar melhor desenvolvimento físico, psíquico, emocional e social. Por acreditar na magnitude deste processo, muitos profissionais buscam todo empenho possível para promover, manter e restabelecer a amamentação. Por outro lado, existem aqueles que não crêem com tanta veemência e consideram a viabilidade da substituição deste processo sem grandes repercussões.

O presente estudo tem como objeto a prevalência do aleitamento materno no momento da alta dos recém-nascidos internados em unidades de tratamento intensivo neonatais (UTI neonatais) dos hospitais Amigos da Criança no município do Rio de Janeiro. O conceito de prevalência aqui considerado *“informa o número de casos existentes; assim nesses resultados estão misturados os casos novos e os antigos”* (Pereira, 1999:76).

A concepção do objeto, nasceu de reflexões sobre a minha experiência profissional no Instituto Fernandes Figueira – Fundação Oswaldo Cruz, onde atuei no campo da Neonatologia e desenvolvi atividades desde a terapia intensiva até o seguimento de egressos, quando me foi dada a oportunidade de observar, a partir da minha vivência, o impacto dos cuidados neonatais. Hoje, como enfermeira do Banco de Leite Humano, experienciando toda uma vivência com o bebê e sua família e com a preocupação de prestar uma assistência que vá além das questões biológicas, passei a me questionar sobre o reflexo da assistência neonatal no que diz respeito à amamentação.

2. OBJETIVOS DA PESQUISA

2.1. Objetivo Geral

Determinar a prevalência de aleitamento materno e demais modalidades de alimentação utilizadas nas unidades de tratamento intensivo neonatal dos Hospitais Amigos da Criança, no município do Rio de Janeiro, ao longo do ano de 2001.

2.2. Objetivos Específicos

a) Conhecer os alimentos utilizados nas Unidades de Tratamento Intensivo Neonatal dos hospitais Amigos da Criança do Município do Rio de Janeiro.

b) Identificar fatores que possam concorrer para os índices de prevalência determinados neste estudo.

c) Analisar comparativamente as tendências de aleitamento materno observadas entre as instituições contempladas na pesquisa.

3. QUADRO TEÓRICO

A unidade de tratamento intensivo neonatal (UTI-Neonatal) é destinada a receber recém-nascidos que correm risco de vida (na maioria, prematuros) e que necessitam de cuidados, observação clínica e monitorização contínua (Fontes, 1984).

A Neonatologia emerge como um campo vasto em desenvolvimento, na medida em que se ocupa do recém-nascido nas primeiras quatro semanas de vida (Viegas & Moraes, 1991). A finalidade dessa sub-especialidade da Pediatria é a assistência ao recém-nascido, bem como a pesquisa clínica, sendo suas principais metas a redução da mortalidade e morbidade perinatais e a busca da sobrevida do recém-nascido nas melhores condições funcionais possíveis (Marcondes, 1991).

As unidades de cuidados intensivos neonatais exercem um importante papel na queda das taxas de mortalidade infantil neonatal. Assim demonstram os vários estudos epidemiológicos realizados em países desenvolvidos nos quais observa-se um aumento significativo de sobrevida de recém-nascidos que nasceram em condições de risco e foram atendidos nessas unidades (Zullini, Bonati & Sanvito, 1997).

Nessa linha Gomes (2002), ao descrever a assistência neonatal na Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro no período de 1995-2000 encontrou a partir da implantação de um conjunto de estratégias uma mudança importante no panorama da assistência perinatal, entre as quais destaca-se uma tendência de redução dos óbitos passando de 15,2 por 1000 nascidos vivos em 1994 para 11,2 óbitos por 1000 nascidos vivos em 2000. No mesmo estudo a autora evidenciou uma redução ainda maior - 33,8% entre os neonatos com peso ao nascer menor que 1500g.

Em um hospital de Bombain (OMS, 1997), observou-se uma redução significativa na mortalidade de três categorias de prematuros (<1.250g; 1.251- 1.500g e >1500g), bem como na mortalidade neonatal total, na frequência dos episódios de

diarréia e com gastos com assistência médica. Também foi evidenciado, a partir do acompanhamento dos bebês, que a mortalidade pós-natal deste grupo foi menor que a da população em geral de Bombaim, possivelmente pelo fato de poucas mães terem desmamado seus bebês com um ano. Estes resultados foram observados após implementação de uma estratégia que, além de enfatizar a participação da mãe nos cuidados com o filho, com um mínimo de manipulação e intervenção. Alguns pontos considerados essenciais da assistência foram também cuidadosamente observados, tais como:

- alimentação exclusiva com leite humano;
- estabelecimento de “cadeia de calor”, iniciada na sala de parto, para garantir regulação térmica do bebê;
- estabilização dos bebês na unidade neonatal, através de reaquecimento e oxigenação rápidos, quebrando o ciclo de hipotermia-hipóxia-hipoglicemia;
- estabelecimento de auditoria perinatal;
- desenvolvimento de normas de tratamento para condições como angústia respiratória e asfixia;
- treinamento de enfermeiras e parteiras da unidade neonatal e enfermaria de puerpério;
- utilização de enfermaria de puerpério como unidade intermediária.

Bastos (1997) indica, em seus estudos, uma melhoria gradativa na qualidade da assistência neonatal e afirma que essa melhoria se deve principalmente ao avanço da tecnologia, a um melhor conhecimento da fisiopatologia e à introdução de novas terapêuticas tanto na medicina pré-natal como na neonatologia.

Apesar da evidente melhora na qualidade da assistência neonatal, alguns estudos chamam a atenção para outros fatores que afetam a sobrevivência de recém-nascidos na

unidade de cuidado intensivo. Nesta linha, Richardson et al. (1999) apontam para a existência de uma diferença de morbidade e mortalidade entre as unidades de cuidados intensivos neonatais, influenciadas, entre outros aspectos, pelas diferentes características de atenção obstétrica e práticas de cuidados perinatais. Na mesma perspectiva, o estudo de Nava (1998) evidencia que existem alguns fatores de risco inerentes ao período gestacional, outros ligados ao parto e outros, ainda, relacionados a alterações patológicas e assistência ao recém-nascido. O autor indica como a segunda causa da mortalidade neonatal as infecções, principalmente a septicemia.

Vale ressaltar que alguns fatores aumentam o risco para infecções, como: idade, maior tempo de permanência na unidade de tratamento intensivo neonatal, procedimentos invasivos, o tempo de duração de tubos e cateteres e o manuseio excessivo desses recém-nascidos (Freddi, 1994).

Entretanto, estudiosos apontam para importantes aspectos que envolvem a relação existente entre a nutrição do recém-nascido e as infecções. A depender do tipo de alimento utilizado, a colonização do trato gastrointestinal do neonato poderá sofrer alterações. Quando a alimentação for aleitamento materno exclusivo, haverá crescimento de uma flora microbiótica rica em *lactobacillus bifidus*. O contrário ocorre quando a criança utiliza fórmulas lácticas onde esta flora se altera para uma predominância de enterobactérias e outros anaeróbios, reduzindo, então, as bifidus bactérias, que além de serem essenciais para uma boa digestibilidade, exercem importante função de defesa contra as infecções (Moore & Dorothy, 1996; Novak, 2001). Assim, além da imaturidade e fragilidade orgânica do recém-nascido internado na unidade intensiva, este ambiente que o circunda pode ser um fator de peso no que se refere às questões relacionadas com as infecções.

Para Carvalho (2000), o ambiente da UTI-Neonatal tornou-se motivo de intensa análise crítica, por ser considerado fonte de estresse tanto para os profissionais que nele atuam quanto para os recém-nascidos que necessitam dessa assistência. O autor chama a atenção para o efeito do estresse sobre os intensivistas e sobre os recém-nascidos, concluindo que:

O ambiente da moderna Unidade de Terapia Intensiva Neonatal é extremamente estressante não só para profissionais de saúde como também para os recém-nascidos. Este estresse têm repercussões significativas nos próprios profissionais, na assistência neonatal prestada e na fisiologia do recém-nascido de alto risco.

Na mesma perspectiva, Melleiro & Tronchin (1999) também reconhecem em seus estudos a grande contribuição dos avanços tecnológicos e terapêuticos, nas últimas décadas. Porém, ressaltam que esse desenvolvimento não tem garantido a humanização da assistência, imprimindo ao atendimento à mulher e ao recém-nascido o paradigma tecnicista.

Gomes (1996), ao investigar o significado para a família que tem um filho internado em uma unidade de tratamento intensivo neonatal, identifica o estresse vivido nesta unidade pela equipe, recém-nascido e família, e descreve também que, muitas vezes, estas reações se agravam quando a equipe não entende o processo de estresse vivido pelos pais. A autora observou que quando os pais não atendiam ao padrão de comportamento desejado pela equipe, o relacionamento dos profissionais, principalmente de enfermagem, mudava para uma forma fria e distante. Em seu estudo, este ambiente foi retratado pelos pais como um cotidiano difícil de habitar.

Vale considerar o fato concreto da impossibilidade de ordem física, em razão das ações médicas que a doença requer, ou seja, o distanciamento mãe-filho; o ambiente da unidade de tratamento intensivo que envolve o recém-nascido com fios, tubos e máquinas; a preocupação constante com a íntima relação piora clínica/recuperação,

vida/morte, presentes de forma intensa durante o período de internação. Esses aspectos próprios dessa situação podem, certamente, dificultar a adoção de medidas que favoreçam o desenvolvimento do apego, elemento fundamental no processo de amamentação. Contudo, há de se guardar a devida distância entre as reais dificuldades decorrentes da ambiência de uma UTI-Neonatal e a suposta autorização, muitas vezes incorporada pela equipe, para adoção de normas, rotinas e atitudes que podem inviabilizar a amamentação.

Almeida (1999) ressalta que as questões relativas à prática da amamentação têm-se tornado, ao longo da história, objeto de interesse para diferentes atores e grupos sociais:

Em todas as épocas, o ser humano foi levado a construir rotas alternativas para responder à demanda das mulheres que, por opção ou imposição, trilham o caminho do desmame precoce. Desde a secular figura da ama-de-leite, até a emblemática vanguarda científica construída pelo marketing dos fabricantes de leites modificados, a alimentação do lactente tem servido a propósitos que não se circunscrevem exclusivamente às questões ligadas à saúde, denotando, em muitas situações, interesses relacionados à modulação de comportamento social e à oportunidade de auferir lucros de toda espécie (p. 15).

Para este autor, a amamentação, além de ser biologicamente determinada, é condicionada pelos aspectos sociais, econômicos, políticos e culturais, tornando-se, portanto, “*um ato regulável pela sociedade*”. E acrescenta:

A depender da realidade social que se considere, a ambigüidade amamentação-desmame pode se traduzir como um embate entre saúde e doença, entendendo-se que estes processos se associam em todos os momentos a variáveis econômicas e sociais (Almeida, 1999:15).

No início dos anos 90, a indústria de leites modificados penetrou no campo da alimentação do lactente, construindo socialmente a biologia da excepcionalidade, ou seja, a possibilidade de transformar uma situação excepcional em uma regra para o uso de leites industrializados. Ao escolher o recém-nascido de baixo peso e/ou prematuro como elemento preferencial da nova estratégia de marketing da indústria, além dos portadores de alergias alimentares e distúrbios digestivos, pelo menos duas questões são

facilmente identificáveis: a retração do mercado dos leites modificados no final da década de 80 no Brasil e a necessidade da indústria de retomar a hegemonia no campo da alimentação de lactentes, como ocorreu entre as décadas de 40 e 70. Com a retração do mercado brasileiro para leites modificados, a indústria sentiu necessidade de conquistar novos espaços e canais de comercialização. Conforme relatos do Ministério da Saúde, os recém-nascidos que demandavam cuidados neonatais especiais representavam de 11% a 14% dos nascimentos nesse período (Instituto Nacional de Alimentação e Nutrição *apud* Almeida, 1999). Era evidente, para a indústria, a excelente opção mercadológica diante desses índices, que se somam ao fato de mais de 90% dessa demanda ser processada pela rede pública e, sendo assim, os custos com essa alimentação não eram repassados ao usuário (Almeida, 1999). Portanto:

Longe de se tratar de uma escolha meramente casual, a nutrição do recém-nascido prematuro e/ou de baixo peso representava – além dos aspectos aqui já considerados – um terreno fértil para especulações científicas, necessárias à lógica da vanguarda científica promovida pela indústria de leites modificados, tendo em vista as inúmeras indagações que persistiam e ainda persistem sobre as peculiaridades fisiológicas do metabolismo desses lactentes (Almeida, 1999:45).

Em paralelo, a ciência se opõe aos argumentos da indústria, de modo que não há mais como discutir cientificamente qualquer vantagem do emprego de fórmula sobre o uso de leite humano. A superioridade do leite humano, devido ao seu valor biológico, tornou-se unanimidade científica (Almeida, 1999).

Com o desenvolvimento de fórmulas específicas para a alimentação do recém-nascido prematuro, a indústria propaga que este alimento melhora o ganho ponderal e, conseqüentemente, favorece a evolução clínica e a alta precoce. De fato, as fórmulas especiais possibilitam um ganho de peso mais rápido para o bebê internado, porém o aumento de peso e o estado nutricional guardam entre si uma importante distância (Moreira, 1997).

Em estudos realizados em São Petersburgo, no período de agosto/setembro de 1993, constatou-se que a amamentação também é possível para bebês de baixo peso ao nascer e doentes, ressaltando-se que isto seria o melhor para estas crianças. Na mesma oportunidade, o autor fez alusão às intencionalidades decorrentes das pesquisas pseudo-científicas, apoiadas pela indústria de fórmulas lácteas, cujo principal objetivo é provar que os leites artificiais são melhores que o leite materno (Levin, 1999).

Para Klaus e Fanaroff (1990), a avaliação do estado nutricional deve incluir não apenas os efeitos de curto prazo sobre o crescimento, como também o desenvolvimento, a inteligência e a qualidade de vida da criança. Os autores afirmam ainda que, teoricamente, o leite humano pode não preencher todas as necessidades de crescimento do neonato pré-termo e/ou de risco, porém é importante estimular o aleitamento materno para essas crianças, pois o leite humano possui propriedades físicas e imunológicas exclusivas para o recém-nascido humano, é melhor absorvido e provoca menos problemas intestinais do que as fórmulas lácteas. Segundo eles, “*nos países desenvolvidos, a amamentação ao seio produz uma redução de morbidez infantil e, nos países em desenvolvimento, tanto a morbidez quanto a mortalidade são reduzidas*” (p. 112).

Para os prematuros, o leite humano é especialmente importante, pois contém numerosos fatores capazes de promover um bom neurodesenvolvimento, segundo Lucas (2000). Em 1992, o autor evidenciou, em seus estudos, a influência positiva do leite humano no coeficiente de inteligência dos prematuros.

Os imunobiológicos do leite humano se configuram nos principais elementos de sustentação da recomendação de seu uso, particularmente quando se trata de leite da própria mãe para recém-nascidos de baixo peso e ou prematuros (Carneiro & Sampaio, 1992), em detrimento de aspectos ligados ao ganho ponderal.

Entre muitos, um fator importante que reforça a justificativa dessa recomendação diz respeito à composição do leite da mãe de prematuro, que possui teor aumentado de cálcio, sódio, ferro, proteínas e outros nutrientes importantes, que fazem com que esse leite seja mais adequado ao organismo que ainda apresenta imaturidade funcional (Ranasethu; Jeyaseelan & Kirubakaran, 1993).

No que tange à alimentação da criança prematura, faz-se necessária uma atenção especial devido à imaturidade do tubo digestivo. Assim, ao se lançar mão, por diversos motivos, da utilização de fórmulas lácteas, deve-se considerar as possíveis repercussões, uma vez que a proteína heteróloga deste alimento poderá determinar alterações clínicas mínimas, até o desenvolvimento de intolerância alimentar (Martinez & Camelo, 2001).

Na mesma linha, Vieira (2002) reafirma que, ao pensar a nutrição do recém-nascido prematuro, é importante e necessário considerar as limitações do seu organismo, devido à imaturidade do tubo digestivo, hepático e renal.

Monteiro (1995), em seus estudos sobre a mortalidade infantil, ao se referir a alimentação no período neonatal, ressalta a importância de se considerar e evitar a ocorrência de deterioração do cuidado infantil pelo declínio da prática da amamentação assim como, a promoção competente sem ambigüidades do aleitamento materno exclusivo.

A amamentação no período perinatal é tratada por Martins Filho (1995) como algo fundamental para os bebês de baixo peso, prematuros e de alto risco, por entender que o leite humano, além de fornecer nutrientes para o adequado crescimento e desenvolvimento, é também prevenção de problemas imunológicos e infecciosos. Ressalta ainda que a equipe (obstetra, pediatra, neonatologista, enfermeiros, etc.) deve estar consciente de suas responsabilidades no que diz respeito à lactação, pois nada é

difícil de se conseguir resolver quando todos estão perfeitamente cômnicos da vantagem da amamentação.

Javorsky (1997), ao discutir o tema, considera que a nutrição do *“recém-nascido pré-termo tem afrontado os pesquisadores por suas especificidades anatomo-fisiológicas e necessidades protéico-calóricas elevadas, para atender ao processo acelerado de crescimento”* (p.65). Concordando com Jarvorsky, e preocupada com essa questão, Gianini (2001) ressalta que esse desafio *“se agiganta com o aumento da sobrevivência desses recém-nascidos”* (p. 1).

As equipes que atuam no cenário da UTI-Neonatal seguem desenvolvendo rotinas, priorizando o mais emergente e, apesar de imbuídas do desejo de fazer o melhor, por vezes não se dão conta dos reflexos desse cuidar, em que cada manuseio, gestos e palavras podem ajudar mais, muito mais, ou menos, muito menos.

Há que se admitir a importância dos avanços tecnológicos, dos procedimentos técnicos, das rotinas que, sem dúvida, nesse campo permitiram ampliar as possibilidades desse assistir. Mas não se pode valorizar esses aspectos em detrimento de outros igualmente importantes.

Hoje é preciso estar atento a todos os aspectos que envolvem o assistir, prestar um atendimento que contemple não só as questões biológicas, compreender os reflexos da assistência para adequá-la, da melhor maneira possível, às reais necessidades dos assistidos.

Os recém-nascidos de alto risco são crianças que necessitam de uma assistência intensa, principalmente nas primeiras horas de vida e com grande probabilidade de extensão desses cuidados por um período longo de tempo. Assim sendo, são crianças que necessitam de internação em uma unidade de tratamento intensivo neonatal, são também seres em processo de crescimento e desenvolvimento acelerado. Portanto, na

maioria das vezes, são extremamente imaturas e/ou acometidas por patologias diversas, o que as faz vulneráveis e dependentes de inúmeros cuidados (Trezza, 1987).

Essas crianças que, naturalmente, possuem formas diferenciadas de comunicação para exprimir seus sentimentos, necessitam de um olhar mais ampliado e com maior sensibilidade para extrapolar a lógica racional e tornar possível a captação dos sinais sutis expressados, que nem sempre são claros e objetivos.

Já no início de sua vida, o recém-nascido da UTI neonatal traz consigo um contexto familiar que não pode ser ignorado. Em relação ao vínculo afetivo com seus pais, extensa literatura existe, que enfatiza a importância do estabelecimento deste o mais precocemente possível, para reduzir a incidência de desordens físicas, psicológicas e sociais para a criança e a família. Por conta dos motivos apresentados e tantos outros, não é possível pensar a assistência neonatal desvinculada da família e, principalmente, da mulher-mãe.

O Ministério da Justiça (1990) garante, no Estatuto dos Direitos da Criança e do Adolescente, a permanência em tempo integral de um dos pais ou responsável nos casos de internação da criança ou adolescente. Porém, depois de decorridos 12 anos da sua publicação, ainda existem instituições que desconsideram esse direito. Observa-se, em alguns lugares, que esse direito da criança é atendido parcialmente e concedido, através de permissão do acompanhamento do bebê pela sua mãe, somente no período determinado pela instituição, e as condições de acomodação destinadas para esta permanência, geralmente, são inadequadas.

Segundo Corrêa (1998), devido à dependência e ao medo da morte e do desconhecido, a família pode se desligar dos direitos do paciente hospitalizado, pessoa, que está entregue aos cuidados dos profissionais de saúde. Na instituição onde há respeito a esses direitos existe, principalmente, abertura de espaço para diálogo com os

profissionais e esforços para atender as necessidades e os direitos dos clientes e tornar a prática mais humanizada.

Por mais que a mulher esteja preparada para ser mãe, ter um filho ainda é um evento causador de insegurança. Isso se acentua considerando o perfil da mulher que exerce múltiplas funções. Com a chegada do filho, a mulher deixa de ser o centro de sua própria vida e coloca-o neste lugar. Essa experiência leva a mulher a desconstruir sua identidade anterior e reconstruir uma nova identidade, a de mulher-mãe. Esse processo, por si só, sempre traz consigo algum grau de angústia e confusão (Falceto, 2002).

Se para a mãe de um bebê saudável a amamentação encontra dificuldades, para a mãe cujo filho necessita de internação em UTI neonatal este processo pode ser ainda mais dificultado (Candella, 1995). A fisiologia da lactação sofre influências emocionais, por isso pode ser afetada negativamente por sentimentos de dor, estresse, ansiedade, preocupação e insegurança (Vinha, 1999). Sendo assim, o apoio e o aconselhamento oportuno para as mães de recém-nascidos normais ou patológicos são fatores fundamentais para o sucesso do aleitamento materno (Moore; Bianchi-Gray & Stephens, 1991). O apoio e a ajuda à mãe de criança internada em UTI neonatal possibilita o fortalecimento do vínculo mãe-filho, a manutenção da lactação que proverá o leite mais adequado à idade gestacional do bebê, mesmo na impossibilidade de receber diretamente da mama, e favorecerá a participação da mãe no cuidado do filho, tornando-a, assim, mais preparada para dar continuidade à amamentação após a alta hospitalar (Candella, 1995).

A mãe, cujo filho necessita de cuidados intensivos neonatais e que se sente acolhida pela equipe, não oculta seus sentimentos, tais como culpa, ansiedade e medo que, conseqüentemente, acarretam inúmeras dificuldades para manter a lactação. Essa mãe também deposita no profissional médico toda sua esperança e confiança no que diz

respeito à recuperação de seu filho. Assim, esse profissional e os demais membros da equipe passam a exercer um papel importante para esses pais.

Por outro lado, alguns estudos apontam para as contradições e conflitos vivenciados por essas mães e pelos profissionais que atuam no âmbito da UTI-Neonatal e que se sentem obrigados a assumirem posturas rígidas e, por vezes, contraditórias, até mesmo entre eles próprios, além de usarem uma abordagem biologicista que pode acabar por dificultar ainda mais o processo da amamentação. Em meio a esse contexto, a mãe recebe a informação do profissional, elabora e recria, a partir de concepções e experiências (Javorsky, 1997; Rotemberg, 1999). Como afirma Rotemberg (1999:81), *“os profissionais agem enquanto sujeitos sociais. Suas ações e seu saber técnico são permeados também por sua visão de mundo, ideologia, interesses, vivências e experiências”*.

A amamentação, por ser um fenômeno biopsicossocial, é afetada por múltiplos fatores e, apesar de ser prazeroso, freqüentemente é também permeado por dificuldades, o que exige da mulher-mãe muita determinação para iniciá-la efetivamente. E essa determinação pode ser apoiada ou dificultada (Almeida, 1999; Falceto, 2002).

Numerosos são os estudos que evidenciam o fato das unidades de tratamento intensivo neonatais adotarem condutas distintas no que tange à prática da amamentação entre os recém-nascidos internados. Nessa perspectiva, vale destacar o já citado estudo de Gianini (2001) sobre práticas nutricionais de recém-nascidos com menos de 1500 gramas, na cidade do Rio de Janeiro. Este estudo conclui que diferentes práticas nutricionais são adotadas e que *“a importância do leite materno não é de domínio do neonatologista, nem mesmo dos líderes de equipe”* (p. 58). O trabalho também revelou que apenas 37% das crianças tiveram alta em amamentação, o que, segundo a autora, é um percentual pequeno para um grupo de tão grande risco.

Através dos inquéritos realizados durante as Campanhas Nacionais de Vacinação no Município do Rio de Janeiro nos anos de 1996 e 1998 foi evidenciado que 80% das crianças com menos de 4 meses encontravam-se em aleitamento materno. Contudo, a pesquisa revelou a introdução precoce de alimentos para este grupo. Diante desta observação o aleitamento materno exclusivo para os autores do estudo assumiu um padrão de alta incidência e curta duração (Brasil, Tavares e Gomes, 1999).

Na mesma linha, Maranhão (1999) relata que, segundo dados do Ministério da Saúde, dos 95% dos lactentes brasileiros que nascem a termo e que têm alta em aleitamento materno exclusivo, apenas 40% continuam a praticá-lo até o fim do quarto mês de vida. Ao se considerar o índice de 37% encontrado por Gianini (2001), torna-se evidente que existe uma tendência ainda maior de desmame precoce entre os recém-nascidos de risco, grupo que, pelo perfil de vulnerabilidade, apresenta uma necessidade maior desse alimento.

Vinagre (1999) evidencia em seu estudo que, devido ao aparato tecnológico, muito se investe nas unidades de tratamento intensivo para prematuros nos países em desenvolvimento, para mantê-los vivos e depois deixá-los morrer de diarreia e desnutrição no decorrer do primeiro ano de vida. Medidas de baixo custo econômico, como terapia de reidratação oral, rede de esgoto, água tratada e uma política de promoção e apoio ao aleitamento materno, são importantes para que ocorra melhor qualidade de vida para as crianças e redução da morbi-mortalidade. Para o mesmo autor, *“de nada adiantará ou adiantará pouco ter um banco de leite humano no hospital sem uma política voltada para o aleitamento materno”* (p. 141).

No estudo realizado por Vieira (2002) na cidade de Feira de Santana, na Bahia, os bebês de baixo peso ao nascer tiveram menor prevalência de aleitamento materno (62,4%), quando comparados com aqueles que nasceram com peso adequado (70,1%).

Ainda nesse mesmo estudo, Vieira ressalta que a prematuridade foi uma variável que antecedeu o desmame, com maior permanência hospitalar e menor possibilidade de as crianças receberem leite materno. A alimentação do prematuro frente às suas características e necessidades nutricionais especiais, para a autora, ainda é uma decisão complexa, tanto do ponto de vista nutricional, quanto por razões práticas.

Muitos estudos enfatizam as vantagens do estímulo ao aleitamento materno em UTI neonatal, ao mesmo tempo em que se observa a prática do uso de fórmulas. O ato de amamentar é infinitamente mais complexo do que oferecer leite artificial na mamadeira. Assim como prescrever fórmulas lácticas é menos complicado, se não se levar em conta o custo social desta conduta (Baltar, 1997).

Levin (1999), ao falar de sua preocupação com os recém-nascidos internados em unidade de cuidado intensivo neonatal, onde são privados do contato constante com suas mães, chama a atenção para o paradoxo que se configurou entre as rotinas das maternidades voltadas para a Iniciativa Hospital Amigo da Criança e as unidades de cuidado intensivo neonatal dos mesmos hospitais, que nem sempre respondem às mesmas proposições da iniciativa.

A Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC), idealizada e patrocinada pela Organização Mundial de Saúde (OMS) e pelo Fundo das Nações Unidas pela Infância (UNICEF), tem como objetivo reconhecer os estabelecimentos que desenvolvem programas de promoção da amamentação, assim como estimular a implementação e o desenvolvimento de programas capazes de apoiar e melhorar os índices de aleitamento materno (OMS, 1991).

Um pequeno grupo de trabalho, reunindo representantes do UNICEF, da Wellstar e da Aliança Mundial em Prol do Aleitamento Materno (WABA), desenvolveu um conjunto de critérios que hospitais e autoridades de saúde podem utilizar para avaliar

suas conquistas na implementação dos “Dez Passos para o Sucesso do Aleitamento Materno”. Esses critérios resumem os principais elementos da Declaração Conjunta OMS / UNICEF, intitulada “Proteção, Promoção e Apoio ao Aleitamento Materno: o Papel Especial dos Serviços Materno-Infantis” (Organização Mundial de Saúde, 1991).

Os Critérios Globais visam facilitar o aleitamento materno exclusivo para todos os bebês desde o nascimento, independente da simplicidade ou da sofisticação do ambiente hospitalar. Tais critérios constituem a base a partir da qual foi desenvolvido o instrumental da IHAC, que se fundamenta nos seguintes Dez Passos (Organização Mundial de Saúde, 1991):

- Passo 1**⇒ Ter uma norma escrita sobre o aleitamento, rotineiramente transmitida a toda a equipe de cuidados de saúde.
- Passo 2**⇒ Treinar toda a equipe de cuidados de saúde, capacitando-a para implementar esta norma.
- Passo 3**⇒ Informar todas as gestantes sobre as vantagens e o manejo do aleitamento materno.
- Passo 4**⇒ Ajudar as mães a iniciar a amamentação na primeira hora após o nascimento.
- Passo 5**⇒ Mostrar às mães como amamentar e como manter a lactação, mesmo se estiverem separadas de seus filhos.
- Passo 6**⇒ Não dar a recém-nascido outro alimento ou líquido além do leite materno, a não ser que haja indicação médica.
- Passo 7**⇒ Praticar o alojamento conjunto, permitindo que mãe e bebê permaneçam juntos 24 horas por dia.
- Passo 8**⇒ Encorajar o aleitamento materno sob livre demanda.
- Passo 9**⇒ Não dar bicos artificiais ou chupetas às crianças amamentadas ao seio.

Passo 10⇒ Encorajar a criação de grupos de apoio ao aleitamento materno e encaminhar as mães aos mesmos, por ocasião da alta hospitalar ou ambulatorial.

Segundo Levin (1999), em diferentes países, cerca de 5 a 7% das crianças nascem com problemas de saúde e, para essas crianças, a amamentação é mais importante ou, no mínimo, tão importante quanto para as crianças saudáveis. Porém, o autor critica o fato de a IHAC estar mais direcionada para as crianças saudáveis.

Para Vannuchi (2002), *“entre os Dez Passos da IHAC, os Passos 5, 6 e 9 estão relacionados ao aleitamento materno de recém-nascidos prematuros e de baixo peso, porém não há detalhamento dos aspectos importantes e inerentes a esse grupo”* (p. 80).

Além dos passos citados por Vannuchi (2002), o Passo 7 e o Passo 8 têm também uma relação direta com os cuidados neonatais dedicados aos prematuros, se considerarmos a possibilidade de aplicação dos mesmos o mais precocemente possível, como acontece no método canguru, criado como uma alternativa assistencial. O método mãe-canguru não só possibilita uma assistência mais humanizada como também visa diminuir o tempo de permanência do recém-nascido na incubadora, na colocação do bebê junto ao corpo da mãe ou do pai, promovendo um contato pele a pele em decúbito prono na posição vertical. O método tem as seguintes vantagens, como observam Carvalho e Prochnik (2001):

- o aumento do vínculo mãe-filho;
- a diminuição do tempo de separação mãe-filho, evitando longos períodos sem estimulação sensorial;
- o estímulo ao aleitamento materno, favorecendo maior frequência, precocidade e duração da amamentação;

- o fato de proporcionar maior competência e ampliar a confiança dos pais no manuseio do seu filho de baixo peso, mesmo após a alta hospitalar;
- o favorecimento de um controle térmico melhor;
- a redução do número de recém-nascidos em unidades de cuidados intermediários devido à maior rotatividade de leitos;
- a possibilidade de proporcionar um relacionamento melhor da família com a equipe de saúde;
- o favorecimento da diminuição da infecção hospitalar;
- a diminuição da permanência hospitalar.

Dessa forma, o método canguru torna-se um grande aliado na promoção do aleitamento materno.

A amamentação, sendo um processo que se constitui na trama que envolve o: biológico, social, cultural, psicológico, econômico e político, faz com que os fatores capazes de influenciar o seu curso sejam vários, complexos e mutáveis. Entretanto, a Organização Mundial de Saúde (2001) divulga que alguns estudos vêm evidenciando, de forma progressiva, que a implementação da Iniciativa Hospital Amigo da Criança, em diferentes realidades, tem permitido favorecer a prática do aleitamento materno em praticamente qualquer contexto.

4. PRESSUPOSTO

Apesar das instituições possuírem normas e rotinas baseadas nas diretrizes das políticas da Iniciativa Hospital Amigo da Criança, há de se destacar que o desejo do gestor, o perfil da equipe da Unidade de Tratamento Intensivo Neonatal, assim como a Política Institucional, podem gerar práticas, capazes de interferir na prevalência do aleitamento materno exclusivo entre as crianças que saem de alta da UTI-neonatal. Desta forma, o estudo partiu do pressuposto que as unidades neonatais, embora regidas por normas e rotinas semelhantes, podem influenciar de forma distinta as taxas de aleitamento materno exclusivo considerando que a amamentação é um híbrido construído a partir do bio-psico-sócio-cultural.

5. METODOLOGIA

O estudo foi conduzido com o intuito de traçar o perfil de alimentação dos recém-nascidos internados nas unidades de tratamento intensivo neonatal de instituições com o título de Hospital Amigo da Criança, no município do Rio de Janeiro, no momento da alta da unidade. Trata-se, portanto, de um estudo descritivo, conduzido de acordo com os preceitos metodológicos da estatística descritiva.

5.1. Campo de Estudo Selecionado

As UTIs neonatais de Hospitais Amigos da Criança, do município do Rio de Janeiro, que operaram no ano de 2001, foram eleitas como campo de estudo. Assim, as UTIs neonatais pertencentes à Unidade Integrada de Saúde Herculano Pinheiro, Hospital Maternidade Alexander Fleming, Hospital Maternidade Oswaldo de Nazareth (antiga Maternidade Praça XV), Hospital Universitário Pedro Ernesto, Instituto Fernandes Figueira e Maternidade Leila Diniz integraram o estudo.

5.2. População do Estudo

A partir da definição do campo de estudo, considerou-se todas as altas das UTIs neonatais ocorridas no ano de 2001 dos hospitais selecionados. Face às peculiaridades, nicho sócio-econômico da clientela, população atendida, diferenças no número de leitos, diferentes níveis de complexidade da atenção a saúde das instituições envolvidas no estudo, fato que poderia dificultar o levantamento de uma amostra representativa optou-se por trabalhar com todas as altas ocorridas no ano de 2001.

5.3. Critérios de Inclusão

Os critérios de inclusão contemplaram todos os recém-nascidos internados nas unidades neonatais dos Hospitais Amigos da Criança do Município do Rio de Janeiro,

com até 24 horas de vida e com data de alta no ano de 2001.

O estudo considerou como altas das unidades de tratamento intensivo neonatal as ocorridas nas unidades de alto risco e/ou unidade de cuidados intensivos, assim como as altas das unidades de médio risco e/ou unidades de cuidados intermediários.

5.4. Coleta de Dados

Constituíram-se como variáveis de estudo, dados referentes às modalidades de alimentação utilizadas no momento da saída da criança da unidade neonatal, o destino após a alta da unidade, assim como o tempo de internação. A coleta dos dados se deu através da consulta direta aos prontuários, com o instrumento apresentado em anexo (p. 76) e mediante observação dos critérios de inclusão.

As modalidades de alimentação foram construídas após necessidade percebida a partir do teste piloto do instrumento e assim categorizadas:

- Aleitamento materno exclusivo = seio; seio e leite humano ordenhado; leite humano ordenhado;
- Aleitamento materno não exclusivo = seio, leite humano ordenhado e fórmula; seio e fórmula;
- Aleitamento materno total = todas as crianças que foram amamentadas;
- Não aleitamento materno = outros alimentos.

Quanto ao leite humano ordenhado, não foi possível saber se era de banco de leite humano ou da própria mãe.

5.5. Tabulação e Análise de Dados

Os dados foram tabulados e analisados com auxílio dos *softwares Epi-info* versão 6.0 e *SPSS for Windows* versão 9.0, com os quais procedeu-se os cálculos das frequências absolutas e relativas, médias, modas, medianas e desvios padrão.

6. RESULTADOS

Como já descrito, o campo do presente estudo foi composto por todas as instituições do município do Rio de Janeiro que, em 2001,⁴³ eram detentoras do título de Hospital Amigo da Criança e que possuíam, concomitantemente, uma unidade de tratamento intensivo neonatal (UTI) e/ou uma unidade de médio risco⁴⁴ ou intermediário (UI), doravante denominadas, apenas como unidades neonatais, sem estabelecer qualquer tipo de distinção. Desta forma, e mediante consentimento formal prévio, firmado de acordo com os preceitos éticos estabelecidos na Resolução 196/1996 do Conselho Nacional de Saúde, integraram o trabalho: o Instituto Fernandes Figueira, a Unidade Integrada de Saúde Herculano Pinheiro, o Hospital Maternidade Alexander Fleming, o Hospital Maternidade Oswaldo de Nazareth (antigo Hospital da Praça XV), o Hospital Universitário Pedro Ernesto e a Maternidade Leila Diniz.

No intuito de manter o sigilo das informações, de forma a impedir que as instituições fossem nominalmente identificadas ao longo da análise dos dados, as mesmas tiveram os nomes substituídos por números de 1 a 6, atribuídos aleatoriamente.

A coleta de dados foi realizada nos meses de abril a agosto de 2002 e contou com a valiosa colaboração dos colegas do Banco de Leite Humano do Instituto Fernandes Figueira, sem os quais não teria sido possível realizar tão extensa tarefa neste exíguo período de tempo.

Uma vez que o critério de inclusão contemplava todos os recém-nascidos que tiveram alta das unidades de tratamento intensivo neonatal em 2001, foi realizado um levantamento preliminar em cada uma das instituições selecionadas, no intuito de conhecer o número de altas praticadas no referido exercício. Vale destacar que apenas duas instituições dispunham de base de dados informatizada e que nas demais se fez necessário realizar uma busca ativa nos livros de registros, destinados ao controle das

internações e das altas. Como resultado, foi possível detectar a ocorrência de 3.010 altas, das quais foram excluídas: 433, por se referirem a internação em alojamento conjunto, e não na unidade neonatal; 50 por óbito; 75 por transferência para outras instituições; 81 devido a dados não localizados; 19 procedentes de outros locais com mais de um dia de vida; 10 referentes a reinternações; e 76 que não tiveram alta em 2001 (Tabela 1).

Tabela 1 – Distribuição de Prontuários Excluídos por Instituição

Instituição	Critérios de Exclusão							Total
	Internações no alojamento	Transferidos	Dados não localizados	Procedentes de outros locais	Altas fora de 2001	Reinternações	Óbitos	
1	3	14	4	2	3	-	3	30
2	4	1	11	1	2	-	-	19
3	6	26	3	5	16	4	31	91
4	156	3	25	6	15	2	2	209
5	15	21	34	2	39	3	5	119
6	249	10	4	3	1	1	9	277
Total	433	75	81	19	76	10	51	745

Fonte: Prontuários e registros dos serviços de arquivo e documentação médica das instituições em estudo.

Dos 2.347 prontuários que atendiam todos os critérios de inclusão previamente definidos, foram analisados 2.266, em decorrência da perda de 3,45 %, pelo fato dos prontuários não terem sido localizados (Tabela 2). Vale reiterar que optou-se por trabalhar com toda a população, em lugar de adotar um plano de amostragem.

Tabela 2 – Distribuição de Prontuários Seleccionados por Instituição

	Instituições						Total
	1	2	3	4	5	6	
Prontuários Seleccionados	207	157	635	325	619	323	2.266
Prontuários Perdidos (n)	4	11	3	25	34	4	81
Perdas (%)	1,93	7,01	0,47	7,74	5,49	1,24	3,45

Fonte: Prontuários e registros dos serviços de arquivo e documentação médica das instituições em estudo.

O levantamento dos dados demandou uma verificação detalhada em cada um dos prontuários seleccionados, pois o campo destinado ao registro da alimentação do RN (sumário de alta), no momento da alta da unidade de terapia intensiva neonatal, muitas vezes se encontrava em branco. Por esta razão, a maioria das informações foi obtida a partir dos registros da enfermagem e/ou da fonoaudiologia. Além de muitos sumários estarem incompletos, por vezes foi possível observar desacordo entre eles e as informações da enfermagem, bem como dos registros médicos e das prescrições. Nesta situação em particular, considerou-se os dados que mais se repetiram nos registros.

O perfil de cada uma das instituições em função da disponibilidade de leitos no ano de 2001 pode ser observado na Tabela 3. Além dos leitos destinados ao tratamento intensivo neonatal e do alojamento conjunto convencional, a exceção de uma única instituição, todas as demais já dispunham de espaço para praticar o cuidado canguru.

Tabela 3 – Caracterização das Instituições segundo Altas e Disponibilidade de Leitos

Instituição	Número de Leitos em 2001				
	Altas	UTI	UI	Alojamento Conjunto	
				Convencional	Canguru
1	207	8	12	12	-
2	157	8	10	7	4
3	635	6	20	60	6
4	325	5	15	60	6
5	619	12	28	50	6
6	323	2	10	51	6

Fonte: Secretaria Municipal de Saúde e Chefias das UTI-neonatais

As instituições 3 e 5 realizaram, respectivamente, 28 e 27,3% do total de altas no período estudado, assim como 4 e 6 totalizaram, individualmente, cerca de 14%. Contudo, esta proximidade não guardou nenhuma relação com a disponibilidade de leitos, valendo destacar que tanto as instituições 3 e 5, como as 4 e 6, apresentaram entre si, uma diferença em torno de 40% no número de leitos disponíveis em 2001.

A distribuição das altas ao longo do ano não se deu de maneira uniforme, revelando um discreto aumento no primeiro trimestre em relação aos demais e uma acentuada queda no mês de dezembro (Tabela 4).

Tabela 4 – Distribuição da Altas das UTIs no Ano de 2001 em Função dos Meses

Meses	Frequência Relativa	% Frequência Relativa	% Frequência Relativa Acumulada
Jan	244	10,8	10,8
Fev	237	10,5	21,2
Mar	230	10,2	31,4
Abr	198	8,7	40,1
Mai	210	9,3	49,4
Jun	162	7,2	56,5
Jul	176	7,8	64,3
Ago	183	8,1	72,4
Set	132	5,8	78,2
Out	208	9,2	87,4
Nov	159	7,0	94,4
Dez	127	5,6	100,0
Totais	2.266	100,0	

Fonte: Prontuários dos serviços de arquivo e documentação médica das instituições em estudo

As tabelas 5 e 6 reúnem informações sobre as altas dos recém-nascidos durante o período da pesquisa, distribuindo-as, respectivamente, em função do tempo de internação em classes de dias por instituição e dos destinos dos RNs estratificados por instituição.

Tabela 5 – Distribuição das Altas por Classes de Tempo de Internação em Dias, Global e por Instituição em 2001

Dias	Instituição													
	1		2		3		4		5		6		Global	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
<1	2	1,0	1	0,6	39	6,1	4	1,2	33	5,3	18	5,6	97	4,3
1 -5	44	21,4	47	29,9*	277	43,6*	124	38,2*	204	33,0*	184	57,0*	880	38,9*
5 -10	28	13,6	42	26,8	128	20,2	92	28,3	107	17,3	47	14,6	444	19,6
10 -15	19	9,2	33	21,0	83	13,1	41	12,6	67	10,8	36	11,1	279	12,3
15 -30	58	28,7*	15	9,6	68	10,7	29	8,9	118	19,1	18	5,6	306	13,5
30 -60	36	17,5	16	10,2	29	4,6	26	8,0	75	12,1	19	5,9	201	8,9
>60	20	9,7	3	1,9	11	1,7	9	2,8	15	2,4	1	0,3	59	2,6
Total	207	100,0	157	100,0	635	100,0	325	100,0	619	100,0	323	100,0	2266	100,0

Fonte: Prontuários dos serviços de arquivo e documentação médica das instituições em estudo

(*) Classes de maior frequência

Tabela 6 – Distribuição das Altas Segundo o Destino dos RNs – Global e por Instituição em 2001

Destino	Instituição																	
	1		2		3		4		5		6		Global					
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%				
Residência	142	68,2*	30	19,1	165	26,6	49	15,1	282	45,6	42	13,0	710	31,3				
Aloj. Conj.	62	30,1	125	79,6*	410	64,6*	236	72,6*	333	53,8*	268	83,0*	1434	63,3*				
Canguru	0	0,0	**	**	55	8,7	40	12,3	3	0,5	13	4,0	111	4,9				
Outros	3	1,5	2	1,3	5	0,8	0	0,0	3	0,2	0	0,0	11	0,5				
Total	207	100,0	157	100	635	100,0	325	100,0	619	100,0	323	100,0	2266	100,0				

Fonte: Prontuários dos serviços de arquivo e documentação médica das instituições em estudo

(*) Classes de maior frequência.

(**) Cuidado Canguru praticado no ambiente do Alojamento Conjunto.

Em termos globais, 43,2% dos recém-nascidos permaneceram internados por um período inferior a 5 dias, com destaque para o fato que esta foi a classe modal para todas as instituições, à exceção da instituição 1, na qual a maior frequência de altas ocorreu entre 15 e 29 dias (Tabela 5).

Em relação ao destino dos RNs após a alta da Unidade de Tratamento Intensivo, merece destaque o fato de 63,3% terem sido encaminhados para o Alojamento Conjunto, com vistas a dar continuidade ao tratamento. Esta tendência foi registrada entre todas as instituições, com valores que variaram de 53,8% a 83,0%, contrastando apenas com a instituição 1, na qual 30,1% dos recém-nascidos egressos da UTI foram encaminhados para este setor. Diretamente da UTI para casa foram 31,3%, do total de 2266 recém-nascidos, configurando assim a alta hospitalar propriamente dita (Tabela 6).

Apenas 4,9% dos RNs internados tiveram acesso ao “Cuidado Canguru”, em função da pequena quantidade de leitos ainda existentes para esta estratégia. Um pequeno grupo, cerca de 0,5% do total estudado, foi direcionado para outros destinos, a exemplo de enfermarias de pediatria e cirurgia, bem como instituições de amparo a menores, em cumprimento a determinações judiciais que impediam as mães de ficarem com os filhos.

O tempo de internação na unidade neonatal variou de algumas horas até 192 dias, com média global de 2,3 a $\pm 17,5$ dias e mediana equivalente a 6 dias (Tabela 7).

Tabela 7 – Distribuição dos Tempos de Internação Global e por Instituição em 2001

Instituição	Tempo em Dias			
	Médio	Mínimo	Máximo	Mediano
1	23,7 \pm 24,1	< 1	124	17
2	13,0 \pm 15,9	< 1	104	8
3	9,2 \pm 13,1	< 1	110	5
4	12,4 \pm 22,1	< 1	192	6
5	14,2 \pm 17,3	< 1	138	8
6	6,9 \pm 19,0	< 1	64	3
Global	12,3 \pm 17,5	< 1	192	6

Fonte: Prontuários dos serviços de arquivo e documentação médica das instituições em estudo

Com o objetivo de ampliar a compreensão sobre as dinâmicas que se estabelecem em torno da utilização dos leitos em cada unidade, foi calculada a razão de utilização efetiva dos leitos, ou seja, o coeficiente obtido ao se dividir o número de altas pelo total de leitos disponíveis no período (Tabela 8).

Tabela 8 – Relação entre Altas e Número de Leitos em Unidade de Tratamento Intensivo Neonatal em 2001

Instituição	Altas Realizadas	Leitos UTI	Coeficiente
1	207	20	10,4
2	157	18	8,7
3	635	26	24,4
4	325	20	16,3
5	619	40	15,5
6	323	12	26,9

Fonte: Prontuários dos serviços de arquivo e documentação médica das instituições em estudo

A melhor relação entre altas da Unidade de Tratamento Intensivo Neonatal e o número de leitos de UTI neonatal coube à instituição 6 que, apesar de apresentar o menor número de leitos, atingiu um coeficiente de 26,9, índice superior aos 15,5 alcançados pela instituição 5, que possuía o maior número de leitos disponíveis em 2001.

Estas diferenças permitem evidenciar, mais uma vez, que o número de leitos não foi o determinante mais importante para definir o total das altas praticadas em cada instituição. Tudo indica que as altas guardaram relações com outras dinâmicas que permearam o manejo dos leitos, a exemplo da existência do Cuidado Canguru e/ou da possibilidade de contar com o encaminhamento do RN para o Alojamento Conjunto, com vistas a dar continuidade à assistência da criança ao lado da mãe. Estas alternativas concorreram de forma substantiva, em vários aspectos, para acelerar o processo de recuperação da criança e, conseqüentemente, diminuir o tempo de internação na Unidade de Tratamento Intensivo Neonatal.

Certamente a adoção de rotinas alternativas, a exemplo das ora consideradas, depende de possibilidades que se encontram fortemente associadas às condições clínicas do bebê. Por esta razão, supõe-se que as especificidades dos RNs internados na instituição 1 impediram-na de observar práticas semelhantes às demais, fato que culminou em conferir-lhe o maior tempo médio de internação, a maior mediana de tempo de internação e o quinto coeficiente na relação alta por número de leitos, entre as seis instituições estudadas. Tais inferências são meras suposições, uma vez que o desenho do presente estudo não contemplou nenhuma alternativa metodológica que permitisse comparar o perfil clínico dos recém-nascidos internados nas diferentes instituições.

No que diz respeito à alimentação praticada pelos recém-nascidos no momento em que receberam alta da unidade neonatal intensiva, como pode ser observado na Tabela 9, optou-se por determinar a prevalência de aleitamento materno de acordo com as seguintes categorias:

- Aleitamento materno exclusivo – Recém-nascidos amamentados exclusivamente no seio materno, ou que recebiam leite humano ordenhado além do seio materno, ou alimentados exclusivamente com leite humano ordenhado;
- Aleitamento materno não-exclusivo – Recém-nascidos que recebiam fórmulas lácticas além do seio materno e/ou leite humano ordenhado;
- Aleitamento materno total – Todos os recém-nascidos que receberam leite humano e que se incluem nas categorias de Aleitamento Materno Exclusivo e Aleitamento Materno Não-Exclusivo;
- Não-aleitamento materno – Recém-nascidos que não recebiam leite humano em nenhuma hipótese.

Tabela 9 – Prevalência de Aleitamento Materno no Momento da Alta da UTI Neonatal Global e por Instituição em 2001

Modalidade	Instituição						Global	
	1	2	3	4	5	6	N	%
	%	%	%	%	%	%		
Seio	28.6	51.6	55.0	61.5*	43.6	42.7	1.097	48.4*
Seio e leite humano ordenhado	16.4	11.5	8.2	12.3	4.2	18.0*	331	14.6
Leite humano ordenhado	0.5	1.3	2.7*	0.3	0.3	0.3	24	1.1
Aleitamento materno exclusivo	45.5	64.4	65.9	74.1*	65.1	61.0	1.452	64.1*
Seio, leite humano ordenhado e fórmula	0.0	0.0	7.9*	0.0	0.0	0.0	50	2.2
Seio e fórmula	43.0*	29.3	18.7	20.9	23.0	34.7	639	28.2
Aleitamento materno não-exclusivo	43.0*	29.3	26.6	20.9	33.0	34.7	689	30.4
Aleitamento materno total	88.5	93.7*	92.5	95.0	98.1	95.7	2.141	94.5
Outros alimentos	11.5	6.3	7.5	5.0	1.9	4.3	125	5.5
Não-aleitamento materno	11.5*	6.3	7.5	5.0	1.9	4.3	125	5.5

Fonte: Prontuários dos serviços de arquivo e documentação médica das instituições em estudo

(*) maior frequência

Em termos globais, 94,5% dos recém-nascidos receberam alta com aleitamento materno, dos quais 64,1% em regime exclusivo e 30,4% associando o aleitamento materno com algum tipo de fórmula lática. O desmame total foi observado em 5,5 % dos recém-nascidos estudados.

Na categoria aleitamento materno exclusivo, a amamentação apenas no seio materno foi a prática mais usual e representou 48,4 % dos casos, enquanto a alimentação somente com leite humano ordenhado foi comum para 1,1 % dos integrantes deste grupo. A associação entre seio materno e leite humano ordenhado, sendo este último utilizado a título de complemento alimentar, foi praticada por 14,6% dos recém-nascidos alimentados exclusivamente com leite humano.

As fórmulas láticas representaram a principal rota alternativa para alimentação dos lactentes que receberam alta em regime de aleitamento materno não-exclusivo. De uma prevalência de 30,4 %, 30,2 % correspondem ao uso de fórmulas láticas e 0,2%, índice que equivale a 5 crianças no total em estudo, se referem ao uso de leite humano acrescido de adjuntos dietéticos.

No que tange à distribuição global das altas por classes de tempo de internação em dias, segundo modalidades de alimentação, como podemos observar na Tabela 10, evidenciou-se em termos gerais, uma tendência de diminuição na prevalência de aleitamento materno, total e exclusivo, em função do aumento do tempo de internação. Nesta perspectiva, vale ressaltar que após 60 dias de internação a prevalência de aleitamento materno total foi reduzida em 45% e a de aleitamento materno exclusivo em 88%.

Tabela 10 – Distribuição Global das Altas por Classe de Tempo Internação em dias segundo Modalidades de Alimentação em 2001

Tempo de internação	Modalidade de Alimentação							
	AME		Não AME		AM Total		Não AM	
	N	%	N	%	N	%	N	%
<1	66	67,3*	28	28,6	94	95,9	4	4,1
1I—5	673	76,7*	191	21,7	864	98,3	15	1,7
5 I—10	346	75,2*	100	2,2	446	97,2	13	2,8
10 I—15	181	63,3*	85	29,7	266	93,0	13	4,5
15I—30	128	41,8	158	51,6*	286	93,4	20	6,5
30I—60	53	26,4	116	57,7*	169	81,1	32	15,9
>60	5	8,5	26	44,1	31	52,5	28	47,5*
Total	1452	64,1	689	30,4	2141	94,5	125	5,5

Fonte: Prontuários dos serviços de arquivo e documentação médica das instituições em estudo

(*) maior prevalência

Vale destacar que uma criança, cuja alta da unidade neonatal ocorreu após 60 dias de internação, teve uma probabilidade 28 vezes maior de não usufruir o aleitamento materno do que as crianças que receberam alta entre 1 e 4 dias.

As figuras 1 e 2 reúnem informações sobre a distribuição de altas por classes de tempo de internação em dias, segundo as modalidades de alimentação, para cada uma das instituições envolvidas no estudo.

Em termos gerais, a tendência de não aleitamento materno se manteve constante, em níveis inferiores a 10,5 %, até o décimo quarto dia de internação. A introdução de fórmulas como complemento do aleitamento materno se dá ao longo de todo período de internação. Contudo, nas instituições 1 e 5, observou-se uma redução na ordem de 50% na prevalência de aleitamento materno exclusivo a partir do décimo quinto dia, tomando-se como referência a prevalência observada para a classe imediatamente anterior, ou seja, referente ao tempo de internação de 10 a 14 dias.

A maior prevalência de não aleitamento materno foi de 70% e ocorreu entre crianças que receberam alta da unidade de terapia neonatal intensiva, na instituição 1, a partir do sexagésimo dia de internação.

Tabela 10 – Distribuição Global das Altas por Classe de Tempo Internação em dias segundo Modalidades de Alimentação em 2001

Tempo de internação	Modalidade de Alimentação							
	AME		Não AME		AM Total		Não AM	
	N	%	N	%	N	%	N	%
<1	66	67,3*	28	28,6	94	95,9	4	4,1
11—5	673	76,7*	191	21,7	864	98,3	15	1,7
5 I—10	346	75,2*	100	2,2	446	97,2	13	2,8
10 I—15	181	63,3*	85	29,7	266	93,0	13	4,5
15I—30	128	41,8	158	51,6*	286	93,4	20	6,5
30I—60	53	26,4	116	57,7*	169	81,1	32	15,9
>60	5	8,5	26	44,1	31	52,5	28	47,5*
Total	1452	64,1	689	30,4	2141	94,5	125	5,5

Fonte: Prontuários dos serviços de arquivo e documentação médica das instituições em estudo

(*) maior prevalência

Vale destacar que uma criança, cuja alta da unidade neonatal ocorreu após 60 dias de internação, teve uma probabilidade 28 vezes maior de não usufruir o aleitamento materno do que as crianças que receberam alta entre 1 e 4 dias.

As figuras 1 e 2 reúnem informações sobre a distribuição de altas por classes de tempo de internação em dias, segundo as modalidades de alimentação, para cada uma das instituições envolvidas no estudo.

Em termos gerais, a tendência de não aleitamento materno se manteve constante, em níveis inferiores a 10,5 %, até o décimo quarto dia de internação. A introdução de fórmulas como complemento do aleitamento materno se dá ao longo de todo período de internação. Contudo, nas instituições 1 e 5, observou-se uma redução na ordem de 50% na prevalência de aleitamento materno exclusivo a partir do décimo quinto dia, tomando-se como referência a prevalência observada para a classe imediatamente anterior, ou seja, referente ao tempo de internação de 10 a 14 dias.

A maior prevalência de não aleitamento materno foi de 70% e ocorreu entre crianças que receberam alta da unidade de terapia neonatal intensiva, na instituição 1, a partir do sexagésimo dia de internação.

No que se refere ao não aleitamento materno exclusivo, as instituições 2 e 3 apresentaram a menor variação, com prevalências oscilando entre 20 e 40%.

O não aleitamento materno foi uma prática verificada nas instituições 3, 4 e 6, nos primeiros cinco dias de internação. Nas instituições 1, 2 e 5, ocorreu apenas a partir do quinto dia de internação, com prevalências de 3,6%, 4,8% e 0,9%, respectivamente.

As instituições 3, 4 e 6 foram as únicas em que se verificou a introdução de fórmulas como complemento ao seio materno, no curso das primeiras 24 horas de internação. A instituição 4 apresentou a menor prevalência de aleitamento materno exclusivo nas primeiras 24 horas de internação, totalizando 75% de crianças utilizando algum tipo de fórmula láctea.

Figura 1 – Distribuição das Altas por Classe de Tempo de Internação em Dias segundo as Modalidades de Alimentação, nas Instituições de 1 a 3, no ano de 2001

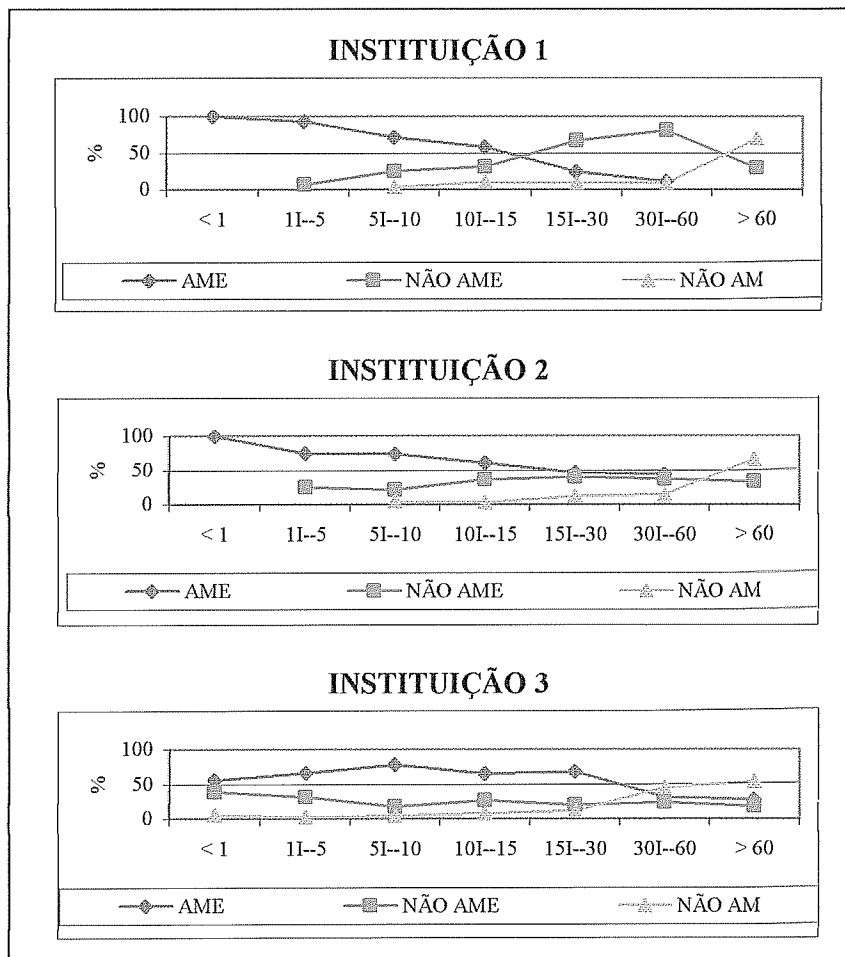
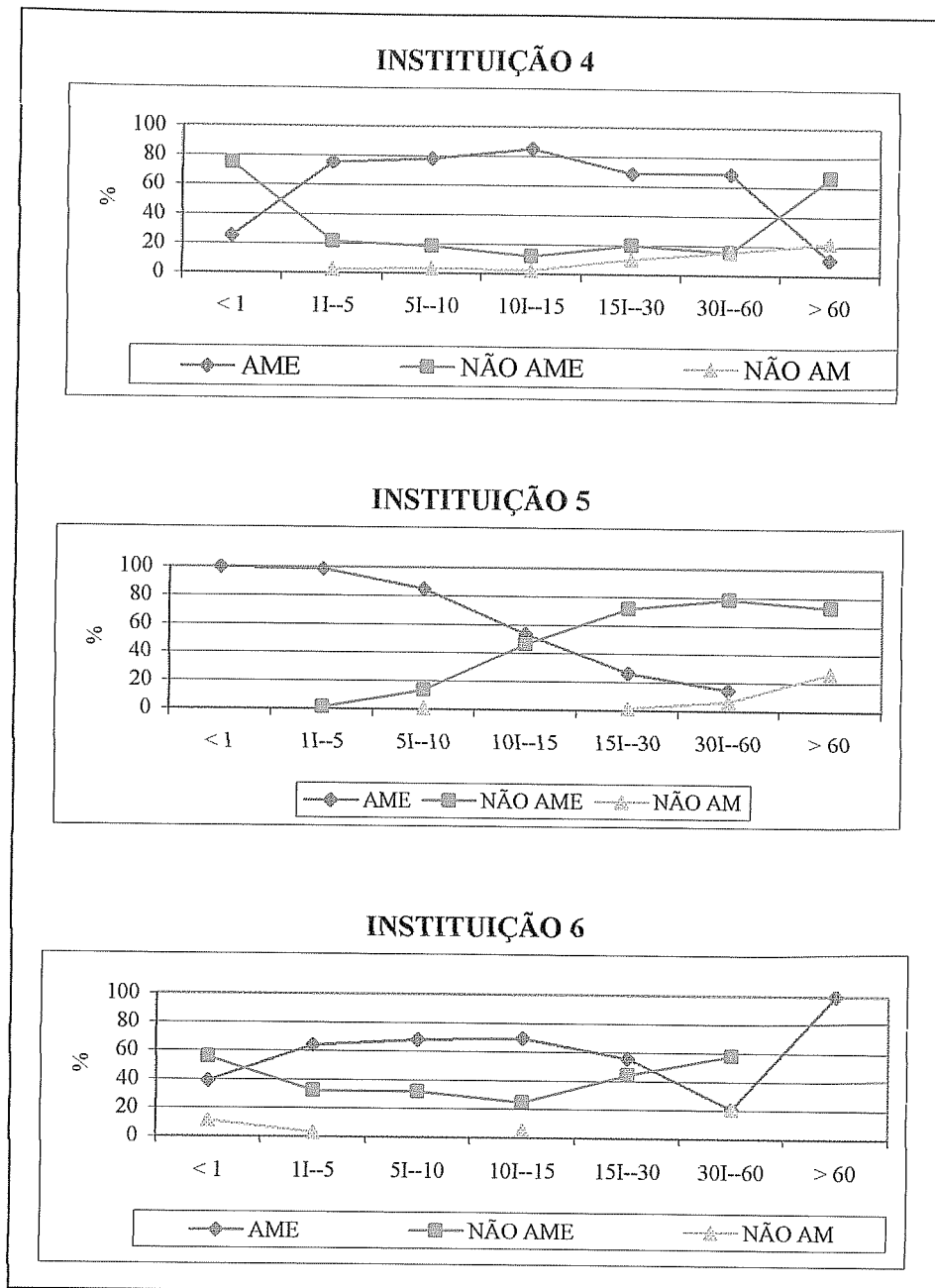


Figura 2 – Distribuição das Altas por Classe de Tempo de Internação em Dias segundo Modalidades de Alimentação, nas Instituições de 4 a 6 no Ano de 2001



Nas instituições 1, 2 e 5 não foi possível observar uma única criança, em regime de aleitamento materno exclusivo a partir de sessenta dias de internação.

A maior prevalência de aleitamento materno exclusivo em 2001 no momento da alta da unidade de terapia neonatal intensiva, 74,2%, foi registrada na instituição 4.

O aumento na prevalência de aleitamento materno exclusivo a partir de sessenta dias de internação, verificado na instituição 6, em contraste com a tendência de queda, observada nas demais instituições, em verdade reflete o resultado obtido com uma única criança.

A observação detalhada das instituições, salvo raras exceções, confirma a constante influência do tempo na modalidade de alimentação da criança, tornando evidente o fato de que à medida que o tempo se prolonga, aumenta a possibilidade da criança iniciar o processo de desmame. Esta tendência pode ser explicada pelas dificuldades de manutenção da lactação por períodos prolongados, pelas condições clínicas da criança e outras ocorrências possivelmente ligadas a questões mais complexas, que certamente ultrapassam os aspectos biológicos.

Com o propósito de verificar a relação existente entre a modalidade de alimentação e o destino da criança após a alta da unidade de tratamento intensivo neonatal, procedeu-se à distribuição das altas por destino segundo modalidade de alimentação em cada uma das instituições, separadamente, como pode ser observado nas figuras 3 e 4.

Figura 3 – Distribuição das Altas por Destino segundo Modalidades de Alimentação no Ano de 2001

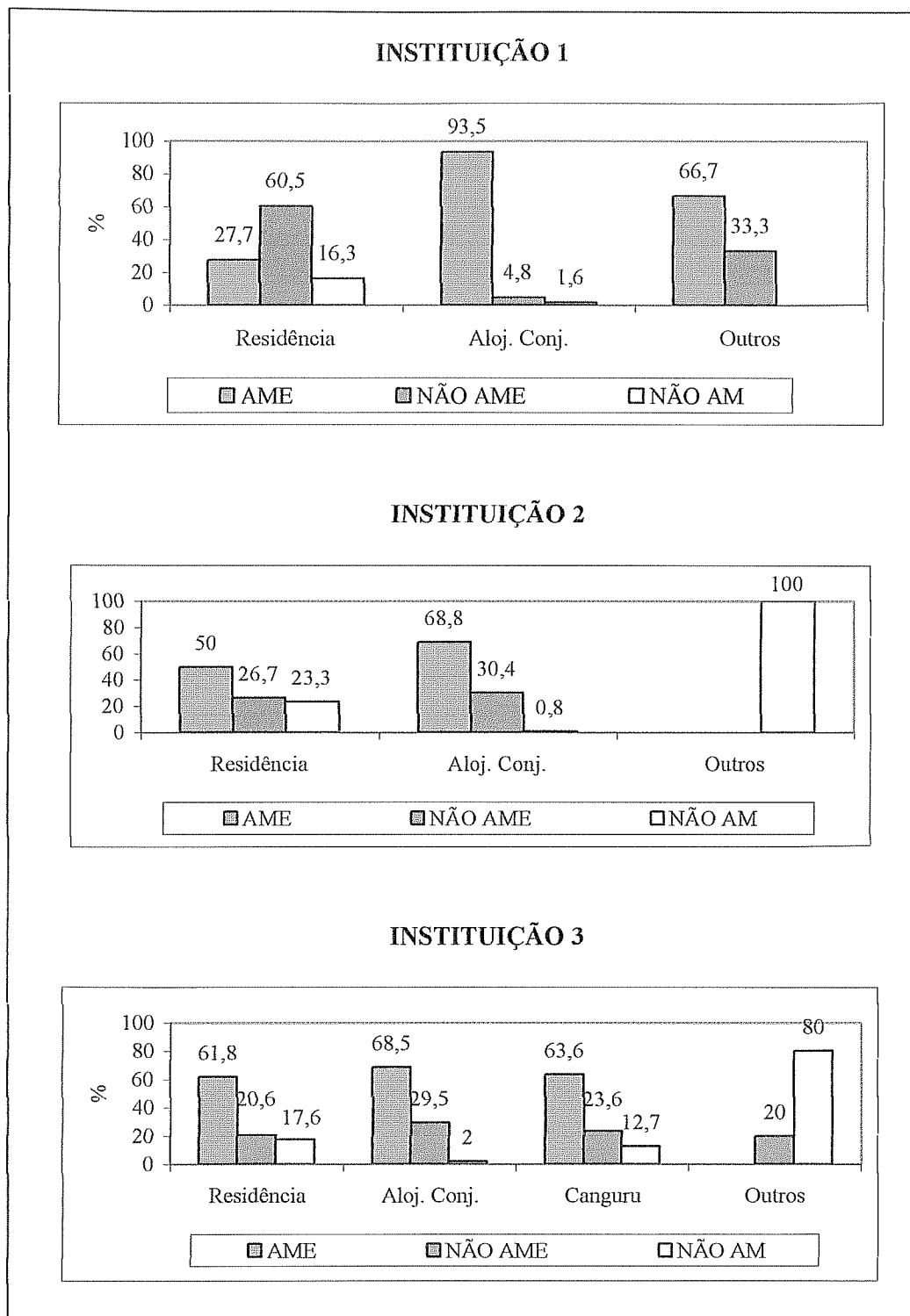
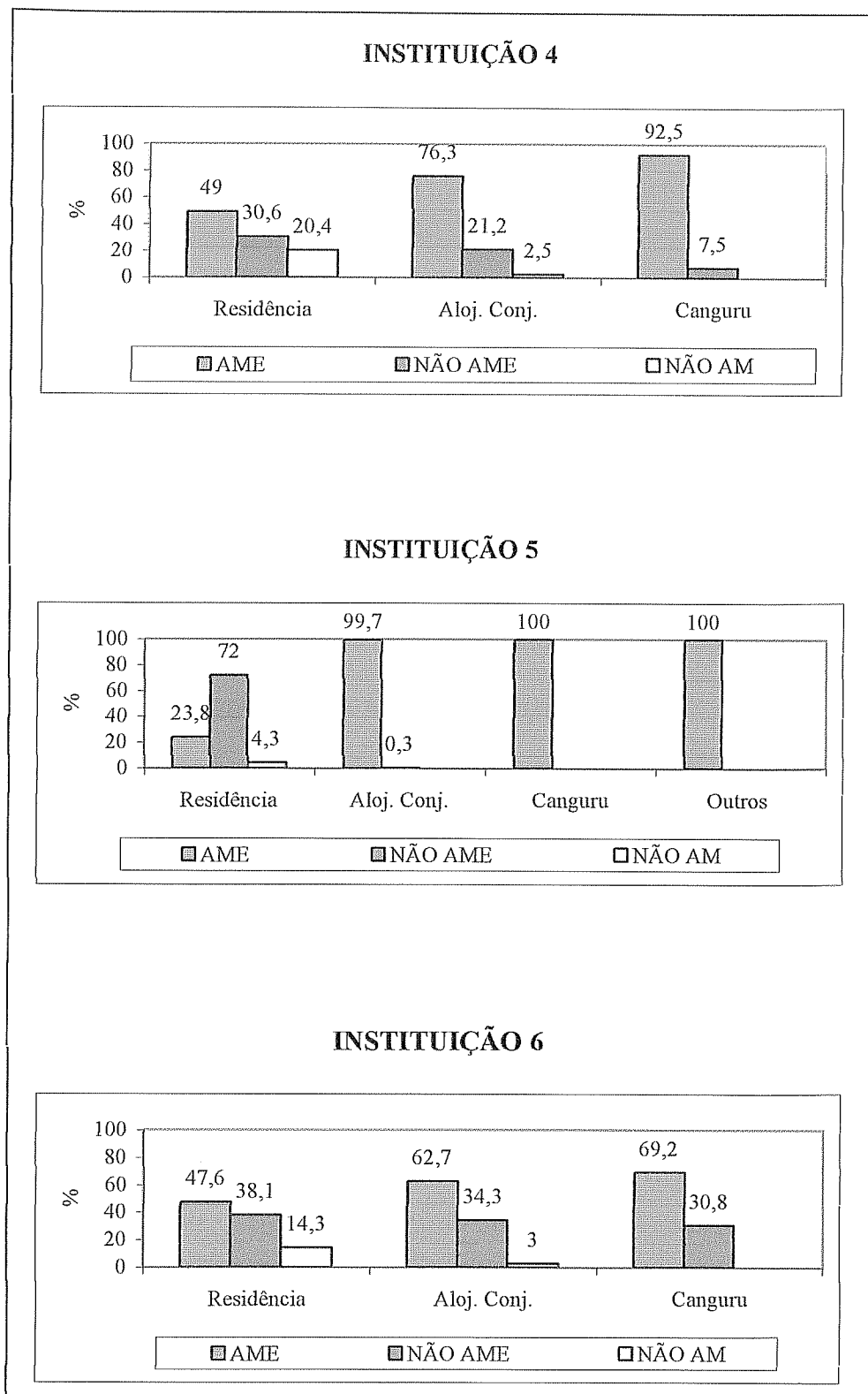


Figura 4 – Distribuição das Altas por Destino segundo Modalidades de Alimentação no Ano de 2001



Nota-se, a partir dos dados apresentados na figura 3, que na instituição 1, provavelmente por conta da não disponibilidade de leito de alojamento conjunto e de enfermaria canguru para o encaminhamento dos recém-nascidos internados na unidade neonatal, a maior parte das crianças internadas saíram de alta diretamente para a residência – 68,2%, como já descrito anteriormente (tabela 6). Este fato torna-se um diferenciador que preocupa, uma vez que neste grupo de crianças incide a maior prevalência de não aleitamento materno exclusivo – 60,5% e de não aleitamento materno 16,3 %.

Diferentemente da instituição 1, mesmo com apenas 11 leitos de alojamento conjunto e sem dispor de enfermaria própria para o cuidado canguru, então praticado neste mesmo ambiente, a instituição 2, adotava uma dinâmica operacional que permitia receber a maioria dos egressos da unidade de terapia neonatal intensiva neste espaço. Tudo leva a crer que este fato tenha contribuído para uma prevalência de aleitamento materno exclusivo equivalente a 68,8%. Entretanto, foi também nesta instituição que ocorreu a maior prevalência de não aleitamento materno – 23,3% – entre as crianças que foram de alta para a residência.

Dentre as criança que receberam alta da unidade de terapia neonatal intensiva direto para a residência, o grupo com maior prevalência de aleitamento materno exclusivo – 61,8% – pertencia à instituição 3.

Um aspecto que merece consideração adicional em relação à instituição 3, diz respeito à alta prevalência de não aleitamento em crianças que foram encaminhadas para outros destinos – 80 % – tendo em vista terem sido encontradas nessa instituição, especificamente, as situações decorrentes de problemas judiciais.

No que diz respeito aos dados da instituição 5, apresentados na figura 4, faz-se importante salientar que, em relação às crianças com destino à residência, obteve-se a menor prevalência de não aleitamento materno — 4,3%.

Apesar de cada instituição possuir a sua peculiaridade, os dados apontaram para pelo menos duas evidências comuns, que se faz importante assinalar: A primeira diz respeito ao fato de ter sido maior a prevalência de aleitamento materno exclusivo, no grupo de crianças que saíram de alta da unidade neonatal para o alojamento conjunto. Provavelmente, a reinternação e/ou a possibilidade de manter a mulher na instituição em alojamento de nutriz próxima do filho favoreceu um suporte maior para que o processo amamentação evoluísse mais satisfatoriamente. A segunda se deve ao fato de ter ocorrido uma maior prevalência não apenas de aleitamento materno não exclusivo, como a de não aleitamento materno, entre as crianças que saíram da unidade neonatal direto para a residência. Nesta situação, o suporte ao bebê e a família no sentido de apoiar as questões ligadas ao processo amamentação torna-se por vezes mais complexo.

Não obstante, não se pode deixar de considerar que o perfil clínico das crianças que saíram de alta para o alojamento conjunto pode ser diferenciado das que foram diretamente para a residência, tendo em vista que a grande maioria dessas crianças saiu da unidade de tratamento intensivo antes do décimo dia de vida. Embora proceda esta consideração, faz-se necessário ressaltar que exatamente o oposto ocorreu com as crianças que saíram de alta para a enfermaria canguru, onde a prevalência de aleitamento materno exclusivo foi igualmente elevada e, no entanto, mais de 50% dessas crianças tiveram alta da unidade neonatal na classe de tempo de 15 a 30 dias por diante.

7. DISCUSSÃO

Na etapa de coleta dos dados chamou a atenção, em algumas instituições, a falta de investimento nos processos de informatização e sistematização dos dados, apesar da existência de computadores em todas as unidades. Tal constatação, remete a antiga questão da não valorização de dados em um processo de trabalho, sobretudo para a avaliação das estratégias utilizadas. Entretanto, a tarefa de coleta de dados foi compensadora pela acolhida e atenção não só por parte dos profissionais de saúde, médicos e enfermeiros, mas principalmente pelos profissionais do arquivo ou, como denominado em alguns lugares, do setor de documentação médica.

Os dados apresentados oportunizaram identificar as diferentes características das instituições e um pouco da dinâmica operacional das UTI neonatais. Entre as características físicas e de funcionamento, destaca-se que o quantitativo de leitos para a unidade de tratamento intensivo não pode ser considerado como determinante da dinâmica de utilização. Um fator que demonstrou influenciar o manejo dos leitos foi a possibilidade de encaminhar os recém-nascidos para o alojamento conjunto e enfermaria canguru, com vistas a dar continuidade ao acompanhamento neonatal nesses ambientes.

Inúmeros são os estudos que apontam para os benefícios da prática de Alojamento Conjunto, tanto para a amamentação como para a relação mãe-filho (Cornnor et al. 1980; Procianoy et al. 1983 *apud* OMS, 2002). A OMS (1998) recomenda que os profissionais de saúde sejam habilitados para incentivar, apoiar e ajudar as mães de bebês em cuidados especiais a manterem a lactação e iniciarem a amamentação assim como estimular a permanência dos pais o maior tempo possível ao lado de seu filho. Neste sentido, no presente estudo foram obtidos resultados animadores em termos de prevalência de aleitamento materno exclusivo, mesmo em se tratando de crianças egressas de ambiente de UTI neonatal. Os dados revelaram que a rotina de favorecer a

estadia na instituição, das mães dos recém-nascidos internados nas unidades neonatais aguardando o momento de recebê-los, para com elas continuar seu tratamento, configurou-se em um importante determinante para o aumento da prevalência de aleitamento materno exclusivo. Há de se considerar que possivelmente a presença constante das mães ampliou a possibilidade de apoio, facilitou a recuperação da criança e favoreceu o estabelecimento da amamentação.

Quanto ao tempo de internação, sabe-se da importância de reduzir ao mínimo possível a estadia da criança no ambiente hospitalar e de desenvolver mecanismos que possam ajudar os pais a minimizar as repercussões dessa longa estadia. Considerando o contexto de uma unidade intensiva neonatal, em que as máquinas, equipamentos, ruídos de alarmes, tensão quase constante, risco de infecção hospitalar, por vezes aumentado e ameaçador ao frágil bebê, são circunstâncias que normalmente geram nos pais preocupação, medo e uma grande ansiedade. A saída mais breve possível deste ambiente será certamente benéfica a todos. Contudo, não se trata de uma decisão simples e unilateral, envolvendo para além da dimensão biológica, questões emocionais complexas. A dificuldade da mulher em lidar com esses sentimentos, a insuficiência de apoio e sustentação para que ela consiga suportar melhor a pressão do tempo que se prolonga em uma unidade neonatal, pode conseqüentemente gerar sérias repercussões na família, incluindo a dificuldade em manter o processo amamentação.

Vannuchi (2002) afirma que os primeiros dias são importantes para o estabelecimento da relação mãe-filho e que a situação de internação prolongada do recém-nascido pode afetar essa relação. A autora destaca ainda como o tempo de internação pode determinar a falência da lactação, uma vez que a possibilidade de estabelecer a amamentação está diretamente relacionada a este fato.

Os dados do estudo também evidenciaram que o tempo de internação interferiu no processo amamentação. À medida em que o tempo se prolongava nas unidades, diminuía a proporção de aleitamento materno exclusivo. Assim, uma criança que saiu de alta da UTI neonatal com 60 dias de internação teve uma probabilidade 28 vezes maior de não usufruir do aleitamento materno após alta da unidade (tabela 10). Tal constatação, mostrou-se de forma mais marcante na instituição 1, onde foi registrada a maior média de tempo de internação e a menor prevalência de AME, ou seja, 45,5% (tabela 9).

Ainda em relação ao tempo de internação, dois outros aspectos também chamaram a atenção. O primeiro diz respeito ao grupo de crianças da instituição 4, que saíram da UTI neonatal com menos de 24 horas, onde 25 % dessas crianças tiveram alta da unidade neonatal, em AME e o restante com uso de fórmula como complemento para o seio materno (tabela 14). Resultado intrigante, apesar de se tratar de apenas 3 crianças, tendo em vista o bom desempenho da instituição nas taxas de prevalência de aleitamento materno exclusivo, 74,1% (tabela 9) , o melhor índice dentre todas as instituições estudadas. O segundo aspecto remete à grande amplitude no tempo de internação, que variou de algumas horas até 192 dias (tabela 7), situação esta que nos obriga a refletir sobre as necessidades da criança internada e de seus familiares, que passaram cerca de seis meses em uma unidade de tratamento intensivo neonatal. Embora a neonatologia tenha emergido da pediatria, suas atividades e saberes, assim como sua estrutura física, foram orientadas para atender o recém-nascido nas primeiras quatro semanas de vida (Viegas & Morais 1991). Ultrapassar este período em uma unidade de tratamento intensivo neonatal é uma realidade encontrada na prática e descrita na literatura. Sabe-se que muitos fatores estão ligados a essa questão, a exemplo da idade corrigida do recém-nascido, dificuldade em transferi-lo devido à ligação

afetiva entre criança família e equipe, disponibilidade de leitos, aceitação da criança por parte dos serviços de pediatria. Portanto, é imperioso que outros trabalhos aprofundem essa discussão para encontrar caminhos que possam atender mais adequadamente às necessidades de uma criança em acordo com sua idade, seja ela biológica e ou corrigida. Gomes (1996) observa em seu estudo que, para os pais, o ambiente da unidade neonatal é retratado como um cotidiano difícil de habitar.

No presente estudo, observou-se em todas as instituições uma relação do tempo de internação na unidade neonatal com o desmame total. A partir do que se configurou nos dados da pesquisa, acredita-se que este fato está relacionado não apenas ao quadro clínico das crianças, mas também às dificuldades inerentes à manutenção da lactação por um período prolongado devido a fatores ligados ao fisiológico, psicológico e emocional da mulher-mãe.

Contudo, faz-se necessário considerar outras razões capazes de influenciar a prevalência do aleitamento, tais como a qualidade do apoio, assim como as políticas institucionais. De acordo com Levin (1999), a IHAC se estabeleceu no sentido de buscar um equilíbrio no uso da alta tecnologia que, através de aparelhos e artefatos, vem substituindo o aleitamento materno e contribuindo para que a amamentação seja esquecida e aumente cada vez mais o uso de substitutos do leite materno. O autor considera positivo o estabelecimento da IHAC para o resgate do aleitamento materno, porém demonstra preocupação com os bebês patológicos.

Considerando a influência das práticas hospitalares, no sentido de apoiar a amamentação ou favorecer o desmame (Martins Filho, 1984; Rotemberg, 1999), iniciativas governamentais foram implementadas com o intuito de eliminar as práticas obstaculizadoras e promover as práticas que poderão resultar em benefícios para o bebê e sua família.

A Iniciativa Hospital Amigo da Criança tornou-se uma das mais importantes diretrizes para elevar os índices de amamentação nas redes hospitalares, embora Levin (1999), ao externar sua preocupação com as crianças prematuras ou de baixo peso ao nascer, afirme que a Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHCA) tenha se voltado mais para as crianças saudáveis.

Vannuchi (2002), por sua vez, evidenciou em seu estudo realizado na unidade neonatal do Hospital Universitário Regional do Norte do Paraná, Londrina, que a partir da implantação da IHAC houve um aumento gradual na utilização de leite humano exclusivo e concomitantemente um abandono ao uso de fórmula, como única fonte de alimentação para os recém-nascidos internados nessa instituição.

Embora o presente estudo não tenha tido o propósito de verificar o impacto da IHAC sobre as taxas de aleitamento materno, foi interessante observar que o resultado de 45,5 % (tabela 9), como a menor prevalência de aleitamento materno exclusivo encontrado na instituição 1. Dado este superior aos 41,7 % relatados por Vannuchi (2002), encontrados em uma instituição na qual a IHAC estava em processo de implantação e que mesmo assim a pesquisadora destacou como um aumento expressivo no consumo de leite humano exclusivo em relação a realidade anterior. O estudo evidencia ainda que a adoção de práticas da IHAC, além de ter melhorado as frequências de aleitamento na instituição, corroborou com o aumento do tempo mediano do aleitamento materno exclusivo nos primeiros seis meses, que passou de 12 dias, em 1994, para 45 dias em 1998. Por outro lado, para as crianças que saíram com aleitamento materno não exclusivo, o estudo não evidenciou diferença significativa quanto à frequência nos primeiros seis meses de vida, entre o grupo de crianças estudadas em 1994, antes da implementação da IHAC, e 1998, no início da implantação.

A alimentação do recém-nascido que necessita de cuidados intensivos é controverso e merecedor de muita atenção. Ao mesmo tempo em que muitos autores reconhecem e reafirmam as vantagens do leite humano e da amamentação, evidencia-se que a importância desse alimento não é de domínio de grande parte da equipe de neonatologia, inclusive de seus líderes (Gianini, 2001). Dessa forma, constituem-se correntes que vêm no uso do leite humano a possibilidade de melhor nutrir o recém-nascido de risco neonatal e os que, ao contrário, vêm na fórmula ou no leite humano aditivado o caminho para a redução desse impasse. Porém, percebe-se por parte dos estudiosos, neonatologistas e familiares, uma grande preocupação com o crescimento, indicador considerado importante no estado de saúde do neonato. Na busca de um adequado indicador de crescimento, o peso assume um papel preponderante porém, Moreira (1997) adverte que é preciso considerar a distância existente entre o peso e o estado nutricional. Assim movidos por essa preocupação, as condutas, no que diz respeito à alimentação do recém-nascido prematuro ou de baixo peso, sofrem várias intervenções. Dessa forma, as várias modalidades de alimentação vão se constituindo, sem ao menos considerar que o propiciar um adequado desenvolvimento envolve muitas outras questões, além do tipo de alimento utilizado.

O próprio contexto da unidade neonatal, que exerce um papel importante na queda das taxas de mortalidade neonatal (Zullini, Bonatti, e Sanvito, 1997), se constitui em uma fonte de estresse capaz de gerar alterações na fisiologia do recém-nascido de alto risco (Carvalho, 2000). Assim, a capacidade de ganhar peso e/ou de desenvolvimento do neonato pode ficar prejudicada, em meio ao manuseio excessivo que, por vezes, não permite sequer um período regular de sono, assim como o excesso de estímulos dolorosos, luminosos e sonoros são, sem dúvida, capazes de influenciar, sobremaneira, a possibilidade de um melhor ganho ponderal. Nessa perspectiva, a atenção humanizada

ao recém-nascido de baixo peso/método mãe canguru, que amplia o olhar assistencial na unidade de tratamento intensivo neonatal, busca instituir medidas para minimizar os efeitos adversos sobre a saúde do prematuro (Brasil, 2002).

Apesar da expressiva prevalência de aleitamento materno exclusivo encontrada neste estudo – 64,1 % – vale lembrar que 33,4% das crianças saíram com aleitamento não exclusivo. E, a propósito do que evidenciou Vannuchi (2002), trata-se possivelmente de uma situação de maior dificuldade para manutenção da amamentação, uma vez que a criança já iniciou o processo de desmame. Este fato torna-se ainda mais preocupante quando se observa que a maioria dessas crianças foram de alta direto para a residência. Considerando todas as dificuldades do processo assistencial para o estabelecimento e manutenção da lactação dentro da estrutura hospitalar, faz-se razoável inferir que, após a alta, em nível residencial, este processo assume contornos de maior complexidade.

Por fim, vale destacar que as prevalências de aleitamento materno exclusivo tende a se alinhar em três blocos. O primeiro, da instituição 4, situa-se 10 pontos percentuais acima da prevalência global determinada para o grupo, que é de 64,1%. O segundo, formado pelas instituições 2, 3, 5 e 6, dispersa-se em torno da prevalência global com uma amplitude que oscila em cerca de 0,3 a 3,1%. O terceiro, formado pela instituição 1, apresenta uma prevalência de 18,6% inferior ao global. Estes dados reafirmam o pressuposto deste estudo.

A LUZ QUE SOMOS...

Busquemos uma nova chance...

Já começaremos bem!

*Dispomos de uma bagagem significativa de
experiências, conhecimentos e descobertas*

dúvidas, erros e certezas

medos, alegrias e tristezas

vínculos, perdas e esperanças

sonhos e utopias.

Atentos e abertos

a corrigir, alterar e aperfeiçoar...

escolhendo, optando e definindo

os nossos projetos

a partir de

sentimentos, valores e crenças

princípios, diretrizes e metas

que acreditamos, defendemos e anunciamos a cada dia.

Vivendo e compartilhando intensamente cada momento...

Sentindo a satisfação e alegria

de termos buscado, lutado e nos superado

e podermos dividir com nossos companheiros

A LUZ QUE SOMOS!!!

Anna Carolina Daltro Sampaio

8. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo permitiu evidenciar uma tendência na maioria das UTI-neonatais em reinternar ou manter na instituição a mãe do recém-nascido internado até que o mesmo pudesse ser encaminhado para o alojamento conjunto ou enfermaria-canguru. A possibilidade da criança receber os cuidados intermediários junto à mãe, assim como observado em outros estudos, apontam para importantes vantagens tais como:

- A diminuição do tempo de internação em UTI neonatal, leito de custo alto e necessário a muitos bebês. Conseqüentemente, pode-se dizer que este fato diminui o estresse da criança e da família e, muito provavelmente, será um fator que contribuirá com um melhor ganho ponderal;
- O aumento da prevalência de aleitamento materno exclusivo, que podemos relacionar com o fortalecimento do vínculo mãe-filho e outros benefícios com fortes bases científicas;
- A diminuição dos índices de desmame na alta da UTI neonatal, para os quais os efeitos deletérios estão amplamente identificados nas pesquisas.

Em acordo com estudos já citados, estes dados corroboram com a importância de um investimento em alojamento conjunto especial e enfermaria-canguru.

Contudo, diante de todas as questões que permearam o estudo, fica ainda latente uma necessidade de buscar muitas respostas. Devido à amplitude, complexidade e profundidade, os aspectos que envolvem o processo amamentação carecem de especial atenção e apoio de todos que têm responsabilidade e preocupação, não apenas com a saúde da criança e família, mas também com as possíveis repercussões decorrentes da privação deste processo na vida dos mesmos. A evolução positiva, demonstrada através dos dados, não traduz conformismo para aqueles que buscam incessantemente a

melhoria e para os que claramente percebem que, em qualquer estudo numérico, envolvendo seres humanos, o menor valor encontrado de um resultado negativo certamente é lamentável e causador de grande incômodo para quem se coloca nesse lugar. Nós, como profissionais que atuamos com a tríade saúde-cliente-família, necessitamos reunir esforços no sentido de buscarmos juntos uma perspectiva de trabalho que inove, encontre e contemple todas as possibilidades capazes de beneficiar sobremaneira tal aspecto. Acreditamos que, quando se trata do assistir em saúde, não estamos em campos opostos. Ao contrário, lutamos pelos mesmos ideais e fazemos parte de uma mesma equipe, sempre torcendo por melhores resultados.

Tendo em vista a preocupação por parte dos profissionais com o restabelecimento do recém-nascido que necessita de cuidados especiais, no menor tempo e com melhor qualidade de vida possível e diante de aspectos apontados neste estudo reforça-se a importância de implementar tecnologias assistenciais tais como:

- A metodologia mãe-canguru que traz para o prematuro inúmeros benefícios;
- Alojamento especial onde os bebês poderão aguardar o restabelecimento completo para alta hospitalar ao lado de sua mãe;
- Alojamento de mulheres para garantir o direito a mulher mãe de permanecer na instituição para acompanhar o filho internado ainda em incubadora e ter a oportunidade de ordenhar leite fresco para o filho em cada mamada;
- Passe de ônibus para as mães que não puderem permanecer na instituição;
- Local para desenvolver junto as mães atividades de recreação assim como, atividades educacionais por ocasião da permanência na instituição, com apoio de profissionais voluntários ou da instituição.

9. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ALMEIDA, J. A. G. de. **Amamentação: um híbrido natureza-cultura**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1999, 119 p.
- AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS. Breastfeeding and the use of human milk: work group on breastfeeding. *Pediatrics*, v. 100, n. 6, p. 1035-1039, dec. 1997.
- BALTAR, C. A. F. **Reflexões sobre a utilização de leite humano em UTI-neonatal**. 1997. 30 f. Monografia (Residência Médica) – Curso de Residência em Neonatologia, Instituto Fernandes Figueira, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 1998.
- BASTOS, G. et al. Comparação de quatro escalas de avaliação da gravidade clínica (CRIB, SNAP, SNAP-PE, NTISS) em recém-nascidos prematuros. *Acta Médica Portuguesa*, v. 10, p. 161-165, 1997.
- BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Área de Saúde da Criança. **Atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso: método mãe-canguru: manual do curso**/Secretaria de Políticas de Saúde, Área da Saúde da Criança. 1ª edição, Brasília, 2002. 282 p.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Área de Saúde da Criança. **Prevalência de aleitamento materno nas capitais brasileiras e no Distrito Federal**, Brasília, 2001. 50 p.
- BRASIL. Lei nº 8069, de 13 de julho de 1990. 28. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente. **Diário Oficial [da República Federativa do Brasil]**, Brasília, DF, ano CXXVIII, n. 135, p. 13563/77, 16 jul. 1990. Seção 1.
- BRASIL, C. L. P.; TAVARES, E. L.; RUGANI, I.; GOMES, M. A. Situação do aleitamento materno no município do Rio de Janeiro/ 1996 e 1998. **Saúde em Foco**. Rio de Janeiro, ano VIII, n. 18, p. 22-26, julho. 1999.
- CANDELLA, C. L. M. A amamentação e manutenção da lactação relacionadas com a condição e o conhecimento de mães no momento da alta de seus filhos em berçários de alto risco. **Monografia (Especialização em Enfermagem Obstétrica)**. Curso de Pós-Graduação em Enfermagem Obstétrica, Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, São Paulo, 1995, 134 f.
- CARNEIRO-SAMPAIO, M.M.S. O desenvolvimento da resposta imune da criança. *In*: CARNEIRO-SAMPAIO, M.M.S.; GRUMACH, A. S. **Alergia e imunopatologia em pediatria**. São Paulo: Sarvier Editora de Livros Médicos, 1992, p. 15-27.

- CARVALHO, M. de. O ambiente da UTI neonatal e sua repercussão na assistência ao recém-nascido. *In: SIMPÓSIO INTERNACIONAL DE NEONATOLOGIA DO RIO DE JANEIRO, 2., 2000, Rio de Janeiro. Conteúdo Científico.* Rio de Janeiro.
- CARVALHO, M. R. de; PROCHNIK, M. **Método mãe-canguru de atenção ao prematuro.** Rio de Janeiro: BNDES, 2001. 96 p. il. - (BNDES Social; n. 1).
- CORRÊA, A. K. O paciente em centro de terapia intensiva: reflexão bioética. **Revista da Escola de Enfermagem**, São Paulo, v. 32, n. 4, p. 297-301, dez. 1998.
- CRUZ, M. C. C. da. **O impacto da amamentação sobre a desnutrição e a mortalidade infantil - Brasil, 1996.** 2001. 79 p. Dissertação (Mestrado) – Programa de Pós-Graduação em Ciência na área de Saúde Pública, Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2001
- FALCETO, O. G. A influência de fatores psico-sociais na interrupção precoce do aleitamento materno. **Tese (Doutorado).** Programa de Pós-Graduação em Medicina, Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2002, 187 f.
- FONTES, J. A. S. **Perinatologia Social.** São Paulo: Fundo Editorial BYK Proceinx, 1984.
- FREDDI, N. A. Infecções Graves na UTI (Sepsis / Meningoencefalite). **In: CARVALHO P. R. A. (Org). Manual de Terapia Intensiva II.** Rio de Janeiro: Sociedade Brasileira de Pediatria, 1994. p. 117-125.
- FREIRE, P. **Educação e Mudança.** Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1979, 79 p.
- GIANINI, N. O. M. Práticas Nutricionais nos recém-nascidos com menos de 1500 gramas. **Dissertação (Mestrado).** Programa de Pós-Graduação em Saúde da Criança, Instituto Fernandes Figueira, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2001, 72 p.
- GOMES, M. A. de S. M. Assistência neonatal na Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro: Uma análise do período 1995-2000. **Tese (Doutorado)** Programa de Pós-Graduação em Saúde da Criança, Instituto Fernandes Figueira, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2002, 157 p.
- GOMES, M. M. F. O nascimento de uma criança de alto risco: significado e vivência dos familiares. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 9, p. 48-65, 1996. Número especial.
- JAVORSKI, M. Os significados do aleitamento materno para mães de prematuros em cuidado canguru. **Dissertação (Mestrado).** Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Escola Paulista de Enfermagem, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 1997.

- KLAUS, M. D. M. H.; FANAROFF, A. A. **Alto risco em neonatologia**. 3. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan. 1990. 373 p.
- LEVIN, A. Iniciativa Cuidado Neonatal Humanizado. *Acta Paediatrics*, n. 88, p. 353-355, 1999.
- LUCAS, A. et al. Breast milk and subsequent intelligence quotient in children born protein. *Lancet*, n. 339, p. 261-264, 1992.
- LUCAS, A. Overview: early nutrition & later outcome. *In: Simpósio Internacional De Neonatologia do Rio de Janeiro*, 2., 2000, Rio de Janeiro. **Conteúdo Científico**. Rio de Janeiro, 2000, p. 1-10.
- MARANHÃO, A. G. K. Entrevista com a coordenadora da Saúde da Criança e Aleitamento Materno do Ministério da Saúde. **Boletim Nacional da Iniciativa Hospital Amigo da Criança**. Distrito Federal, n. 26, p. 4-5, 1999. Entrevista concedida à BCA.
- MARCONDES, E. **Pediatria Básica**. São Paulo: Sarvier, 1991, 1859 p.
- MARTINEZ, F. E.; CAMELO, J.S. Alimentação do recém-nascido pré-termo. **Jornal de Pediatria**, 77, p.532-534, 2001. Suplemento 1.
- MARTINS FILHO, J. **Como e porque amamentar**. São Paulo: Brasiliense, 1985. 220 p.
- _____. Aleitamento materno. *In: Manual de Perinatologia*. 2ª ed. Rio de Janeiro: Médica Científica, 1995. p. 467-478.
- MELLEIRO, M. M.; TRONCHIN, D. M. R. Saúde materna e perinatal: uma abordagem assistencial humanizada. **Revista Médica do Hospital Universitário da USP**, v. 9, n. 2, p. 49-53, jul./dez. 1999.
- MONTEIRO, C. A. A. Evolução da agenda tradicional da saúde pública: mortalidade infantil e materna. *In: _____*. **Velhos e novos males da saúde no Brasil. A evolução do país e de suas doenças**. São Paulo: HUCITEC/NUTENS/USP, 1995. p. 153-171.
- MOORE, D. L. Nosocomial infections in newborn nurseries and neonatal intensive care units. *In: MAYHALL, C.G. Hospitas epidemiology and infecton control*. Baltimore: Willians & Wilkins. 1996. cap. 38 p. 355-556.
- MOORE, E. R.; BIANCHI- GRAY, M.; STEPHENS, L. . A community hospital-based breastfeeding couseling service. **Pediatric Nursing**, v. 17, n. 4, p. 383, 1991.
- MOREIRA, M. E. L. Avaliação do crescimento e da composição corporal de recém-nascido pré-termo. **Tese (Doutorado)**. Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 1997.

- NAVA, G. F. et al. Fatores de riesgo perinatal para mortalidade en el neonato de alto riesgo. **Ginecología y Obstetricia de México**, México, v. 66, p. 440-443, 1998.
- NOVAK, F.R. *Staphylococcus aureus* resistente à metilina em leite humano. **Tese (Doutorado)**. Instituto de Microbiologia Professor Paulo de Góes, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2000.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Proteção, promoção e apoio ao aleitamento materno: o papel especial dos serviços materno-infantis**. Declaração Conjunta OMS/UNICEF. Genebra, 1989.
- _____. **Alimentação infantil: bases fisiológicas**. Tradução Anna Volochko; revisão técnica Tereza Toma. 2. ed. rev. São José dos Campos, SP: [IBFAN Brasil]; São Paulo, SP: [Instituto de Saúde], 1997. 90 p.
- _____. **Evidências científicas dos dez passos para o sucesso no aleitamento materno/ Organização Mundial de Saúde**. Tradução Maria Cristina Gomes do Monte. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2001. 134 p.
- PEREIRA, M.G., Morbidade. In: PEREIRA, M.G. **Epidemiologia: teoria e prática**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1999, p. 79.
- RAMASETHU, J.; JEYASEELAN, L.; KIRUBAKARAN, C. P. Weight gain in exclusively breastfed protein. **Infants Journal of Tropical Pediatrics**, v. 39, p.152-159, jun. 1993.
- RICHARDSON, D. K. et al. Perinatal Risk and Sererity of illness in Newborns at 6 Neonatal Intensive Care Units. **American Journal of Public Health**, v. 89, n. 4, p. 511-516, 1999.
- ROTEMBERG, S. Práticas alimentares e o cuidado da saúde da criança de baixo peso. **Dissertação (Mestrado)**. Programa de Pós-Graduação em Saúde da Criança e da Mulher, Instituto Fernandes Figueira, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 1999, 207 p.
- SOUZA, L. M. B. da M. "Promoção, proteção e apoio." Apoio? Representações sociais de aleitamento materno. **Dissertação (Mestrado)**. Programa de Pós-Graduação em Saúde da Criança e da Mulher, Instituto Fernandes Figueira, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 1996, 158 p.
- SILVA, I. A. Atuação da enfermeira no projeto de incentivo ao aleitamento materno. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 9, p. 57-61, jul. 1996. Número especial.
- TREZZA, E. M. C. Humanização do atendimento médico à criança. **Jornal de Pediatria**, v. 63, n. 4, p. 218-220, 1987.
- VANNUCHI, M. T. O. Implantação e avaliação da Iniciativa Hospital Amigo da Criança na unidade de neonatologia do Hospital Universitário Regional do

- norte do Paraná, Londrina. **Tese (Doutorado)**. Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2002, 158 p.
- VIEGAS, D.; MORAIS, R. V. **Neonatologia clínica e cirúrgica**. São Paulo: Livraria Ateneu, 1986. 2v.
- VIEIRA, G. O. Alimentação infantil e morbidade por diarreia na cidade de Feira de Santana. **Dissertação (Mestrado)**. Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Universidade Estadual de Feira de Santana, Feira de Santana, Bahia, 2002, 200 p.
- VINAGRE, R. D. Análise crítica do uso de leite humano procedente de banco de leite humano na alimentação do recém-nascido prematuro. **Dissertação (Mestrado)**. Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo em Medicina, São Paulo, 1999.
- VINHA, V. H. P. **O livro de amamentação**. São Paulo: CLR Baleiro, 1999, 91 p.
- ZULLINI, M. T. et al. Survival at nine neonatal intensive care units in São Paulo, Brazil. **Revista Panamericana de Salud Pública**, v. 2, n. 5, p. 303-309, 1997.

- norte do Paraná, Londrina. **Tese (Doutorado)**. Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2002, 158 p.
- VIEGAS, D.; MORAIS, R. V. **Neonatologia clínica e cirúrgica**. São Paulo: Livraria Ateneu, 1986. 2v.
- VIEIRA, G. O. Alimentação infantil e morbidade por diarreia na cidade de Feira de Santana. **Dissertação (Mestrado)**. Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Universidade Estadual de Feira de Santana, Feira de Santana, Bahia, 2002, 200 p.
- VINAGRE, R. D. Análise crítica do uso de leite humano procedente de banco de leite humano na alimentação do recém-nascido prematuro. **Dissertação (Mestrado)**. Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo em Medicina, São Paulo, 1999.
- VINHA, V. H. P. **O livro de amamentação**. São Paulo: CLR Baleiro, 1999, 91 p.
- ZULLINI, M. T. et al. Survival at nine neonatal intensive care units in São Paulo, Brazil. **Revista Panamericana de Salud Pública**, v. 2, n. 5, p. 303-309, 1997.

ANEXOS

Tabela 11 – Distribuição das Altas por Classe de Tempo de Internação em Dias segundo Modalidades de Alimentação no Ano de 2001 - Instituição 1

Tempo de internação	Modalidade de alimentação							
	AME		NÃO AME		AM TOTAL		NÃO AM	
	N	%	N	%	N	%	N	%
<1	2	100,0*	0	0,0	2	100,0	0	0,0
1 I--- 5	41	93,2*	3	6,8	44	100,0	0	0,0
5 I--- 10	20	71,4*	7	25,0	27	96,4	1	3,6
10 I---15	11	57,9*	6	31,6	17	89,5	2	10,5
15 I--- 30	14	24,1	39	67,0*	53	91,4	5	8,6
30 I--- 60	4	11,2	29	80,5*	33	91,7	3	8,3
> 60	0	0,0	6	30,0	6	30,0	14	70,0*
Total	92*	44.4	90	43.5	182	87.9*	25	12.1

Fonte: Prontuários dos serviços de arquivo e documentação médica das instituições em estudo

*Maior prevalência

Tabela 12 – Distribuição das Altas por Classe de Tempo de Internação em Dias segundo Modalidades de Alimentação no Ano de 2001 - Instituição 2

Tempo de internação	Modalidade de alimentação							
	AME		NÃO AME		AM TOTAL		NÃO AM	
	N	%	N	%	N	%	N	%
<1	1	100.0*	0	0.0	1	100.0	0	0.0
1 I--- 5	35	74.5*	12	25.5	47	100.0	0	0.0
5 I--- 10	31	73.8*	9	21.4	40	95.5	2	4.8
10 I---15	20	60.6*	12	36.4	32	96.3	1	3.0
15 I--- 30	7	46.7*	6	40.0	13	88.2	2	13.3
30 I--- 60	7	43.7*	6	37.5	13	81.3	3	18.7
> 60	0	0.0	1	33.3	1	33.3	2	66.7*
Total	101	64.3*	46	29.3	147	93.6	10	6.4

Fonte: Prontuários dos serviços de arquivo e documentação médica das instituições em estudo

*Maior prevalência

Tabela 13 – Distribuição das Altas por Classe de Tempo de Internação em Dias segundo Modalidades de Alimentação no Ano de 2001 - Instituição 3

Tempo de internação	Modalidade de alimentação							
	AME		NÃO AME		AM TOTAL		NÃO AM	
	N	%	N	%	N	%	N	%
<1	22	56.4*	15	38.5	37	94.9	2	5.1
1 I--- 5	184	66.4*	87	31.4	271	97.8	6	2.2
5 I--- 10	100	78.0*	22	17.2	122	95.3	6	4.7
10 I---15	54	65.0*	22	26.5	76	91.6	7	8.4
15 I--- 30	46	67.6*	14	20.6	60	88.2	8	11.8
30 I--- 60	9	31.0	7	24.1	16	55.2	13	44.8
> 60	3	27.3	2	18.2	5	45.4	6	54.5*
Total	418	65.8*	169	26.6	587	92.4	48	7.6

Fonte: Prontuários dos serviços de arquivo e documentação médica das instituições em estudo

* Maior prevalência

Tabela 14 – Distribuição das Altas por Classe de Tempo de Internação em Dias segundo Modalidades de Alimentação no Ano de 2001 - Instituição 4

Tempo de internação	Modalidade de alimentação							
	AME		NÃO AME		AM TOTAL		NÃO AM	
	N	%	N	%	N	%	N	%
<1	1	25.0	3	75.0*	4	100.0	0	0.0
1 I--- 5	94	75.8*	27	21.8	121	97.6	3	2.4
5 I--- 10	72	78.3*	17	18.5	89	96.7	3	3.3
10 I---15	35	85.4*	5	12.2	40	97.6	1	2.4
15 I--- 30	20	69.0*	6	20.0	26	89.6	3	10.3
30 I--- 60	18	69.0*	4	15.4	22	84.6	4	15.4
> 60	1	11.0	6	66.7*	7	77.8	2	22.2
Total	241	74.2	68	20.9	309	95.1	16	4.9

Fonte: Prontuários dos serviços de arquivo e documentação médica das instituições em estudo

* Maior prevalência

Tabela 15 – Distribuição das Altas por Classe de Tempo de Internação em Dias segundo Modalidades de Alimentação no Ano de 2001 - Instituição 5

Tempo de internação	Modalidade de alimentação							
	AME		NÃO AME		AM TOTAL		NÃO AM	
	N	%	N	%	N	%	N	%
<1	33	100.0*	0	0.0	33	100.0	0	0.0
1 I--- 5	201	98.5*	3	1.5	204	100.0	0	0.0
5 I--- 10	91	85.0*	15	14.0	106	99.1	1	0.9
10 I---15	36	53.7*	31	46.3	67	100.0	0	0.0
15 I--- 30	31	26.3	85	72.0*	116	98.3	2	1.7
30 I--- 60	11	14.6	59	78.7*	70	93.3	5	6.7
> 60	0	0.0.	11	73.3*	11	73.3	4	26.7
Total	403	65.1*	204	33.0	607	98.1	12	1.9

Fonte: Prontuários dos serviços de arquivo e documentação médica das instituições em estudo

* Maior prevalência

Tabela 16 – Distribuição das Altas por Classe de Tempo de Internação em Dias segundo Modalidades de Alimentação no Ano de 2001 - Instituição 6

Tempo de internação	Modalidade de alimentação							
	AME		NÃO AME		AM TOTAL		NÃO AM	
	N	%	N	%	N	%	N	%
<1	7	38.9	10	55.6*	7	89.5	2	11.0
1 I--- 5	118	64.0*	59	32.1	177	96.7	6	3.3
5 I--- 10	32	68.0*	15	32.0	47	100.0	0	0.0
10 I---15	25	69.4*	9	25.0	34	94.4	2	5.5
15 I--- 30	10	55.6*	8	44.4	18	100.0	0	0.0
30 I--- 60	4	21.0	11	58.0*	15	79.0	4	21.0
> 60	1	100.0*	0	0.0	1	100.0	0	0.0
Total	197	61,0*	112	34.7	309	95.7	14	4.3

Fonte: Prontuários dos serviços de arquivo e documentação médica das instituições em estudo

* Maior prevalência

FORMULÁRIO DE COLETA DOS DADOS

NOME DA INSTITUIÇÃO: _____ MÊS: _____ Nº: _____

Prontuário	Data Intern.	Data Saída	Destino 1 casa 2 resid 3 outros 4 canguru	SEIO 1	SEIO + LHO 2	LHO + Aditivo 3	SEIO + FORM 4	FORM 5	LHO 6	LVE 7	FORM+ LHO 8	SEIO + LHO + FORM 9