

Ø

**Universidade de São Paulo
Faculdade de Saúde Pública**

**Fatores associados à amamentação exclusiva
de recém-nascidos de baixo peso ao nascer
integrantes do Método Mãe-Canguru**

MARIA TERESA CERA SANCHES

Tese apresentada ao Programa de
Pós-Graduação em Saúde Pública
para a obtenção do título de Doutor
em Saúde Pública.

Área de concentração: Epidemiologia
Orientador: Prof. Dr Luiz Fernando
Góes de Siqueira

**São Paulo
2005**





DEDICATÓRIA

A minha mãe Ivonne Cera Sanches, pelo amor e entusiasmo com que sempre apoiou minhas propostas de vida.

Ao meu pai, José Sanches Machuca (*in memoriam*), que, com muito carinho, me ajudou a compreender, ainda pequena, que sempre precisaremos da presença das mães para cuidarmos de pequenos seres frágeis.

À todas as mães de recém-nascidos de baixo peso e prematuros com as quais pude vivenciar que amamentar está muito além de apenas vencer obstáculos.

AGRADECIMENTOS

Ao Professor Doutor Luis Fernando Góes de Siqueira, meu orientador, pela orientação científica e esforço dispendido no decorrer de todo o processo.

À Professora Doutora Maria Regina Alves Cardoso pela receptividade, orientação e sugestões que contribuíram para a realização deste trabalho.

À equipe interdisciplinar que compõe o Programa Mãe-Canguru do Hospital Guilherme Álvaro, com destaque ao Dr. Mario Rosa, pela cumplicidade e paixão ao trabalho, nos doze anos que participei da equipe, além do incentivo à realização deste trabalho.

Aos funcionários do SAME do Hospital Guilherme Álvaro pela disposição e carinho com que me acolheram tantas horas na fase da coleta dos dados.

À equipe de funcionários da biblioteca da Faculdade de Saúde Pública da USP, em especial à bibliotecária Maria Lucia de Faria Ferraz, pela disponibilidade no auxílio à incessante busca das referências bibliográficas.

As funcionárias da Comissão de Pós-Graduação da Faculdade de Saúde Pública da USP, especialmente à Angela Maria Pereira Silva, pelo carinho e entusiasmo, que muito me ajudaram em momentos difíceis no decorrer deste trabalho.

À equipe do Instituto de Saúde da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, do Núcleo de Investigação em Saúde da Mulher e da Criança, em especial à diretora Tereza Setsuko Toma, pela receptividade no Núcleo e auxílio nas referências bibliográficas.

À pesquisadora Dra. Sonia Venâncio pelas preciosas sugestões na área de aleitamento materno.

Às amigas Honorina de Almeida e Maria José Guardia Mattar, neonatologistas e pesquisadoras, pelo interesse e sugestões que contribuíram para questões relacionadas a área de neonatologia e Banco de Leite Humano.

Ao pesquisador Luis Antonio Vellino D'Angelo e fonoaudióloga Adriana Alves Martins da Silva pela disponibilidade e doação na etapa de codificação dos dados.

A todos os companheiros do doutorado dos departamentos de Epidemiologia e Saúde Materno-Infantil pelas idéias e companheirismo no decorrer do processo.

À querida Maria de Fátima Duarte, obstetra, pelo grande apoio e sábios conselhos em momentos tão decisivos do trabalho.

Ao querido amigo Rafael Tadashi Myashiro pela obra de arte e principalmente pelo carinho com que presenteou este trabalho na execução das imagens.

À querida Andrea dos Santos pela escuta, sugestões e cumplicidade neste projeto, que não mediu esforços para auxílio, mesmo em inúmeros finais de semana.

À querida Reginalice Cera da Silva, fonoaudióloga e educadora em Saúde Pública, que nunca mediu esforços para um "SOS" especial em momentos difíceis, sempre me trazendo coragem.

Ao querido Aparecido Antonio Cera pela disponibilidade, entusiasmo e cumplicidade marcantes em todas as fases deste trabalho.

Aos meus tios queridos Diaulas Pedroso e Laurita Cera Pedroso pelo enorme carinho e acolhimento, fundamentais para recuperar as forças e seguir em frente.

A todos os meus amigos paulistas, santistas, piracicabanos, cariocas e desse Brasil, pela força e compreensão frente a grande ausência dos últimos tempos.

AGRADECIMENTOS ESPECIAIS

À querida Tereza Etsuko da Costa Rosa, pesquisadora do Instituto de Saúde e doutora em Saúde Pública, pelo carinho, cumplicidade e valiosa contribuição pela orientação técnica quanto à construção do banco de dados e análises estatísticas do trabalho.

Ao querido Ricardo Gomide Woisky do Rio, pesquisador da USP e doutor em Farmácia, pela incansável disposição, cumplicidade e enorme ajuda na execução prática em várias etapas, que possibilitaram tornar momentos tão árduos em mais uma experiência intensa de vida.

RESUMO

SANCHES, MTC. **Fatores associados à amamentação exclusiva de recém-nascidos de baixo peso ao nascer, integrantes do Método Mãe-Canguru.** São Paulo, 2005. [Tese do Doutorado - Faculdade de Saúde Pública da USP].

Objetivo: Considerando que os fatores que contribuem para a interrupção da amamentação exclusiva são resultantes de condições sociais, psicológicas, culturais e individuais das mães/recém-nascidos de baixo peso (RNBP), como também das rotinas hospitalares e da atuação da equipe de saúde, realizou-se um estudo que teve como objetivo identificar fatores socioeconômicos, maternos, neonatais e do funcionamento motor-oral associados à interrupção da amamentação exclusiva até os três meses de vida de recém-nascidos de baixo peso ao nascer, assistidos no Método Mãe-Canguru (MM-C). **Métodos:** O estudo de coorte retrospectiva abrangeu 111 duplas de mães e RNBP assistidos no MM-C, no Hospital Guilherme Álvaro, em Santos, no período de 1998 a 2001. Os dados foram coletados de duas fontes: o prontuário dos RNBP, durante o seguimento realizado no Ambulatório de Baixo Peso e o prontuário médico hospitalar durante o período neonatal. Para a identificação dos fatores associados à interrupção da amamentação exclusiva até o 3º mês, utilizaram-se modelos de regressão logística múltipla hierarquizada. **Resultados:** Os fatores que se associaram com a interrupção da amamentação exclusiva dos RNBP, na fase hospitalar, foram: realizar o Método Canguru integral após 15 dias de vida [OR= 12; (IC_{95%}: 1,62 - 89,79)] e ter diagnóstico de pega inadequada no início da amamentação [OR= 12; (IC_{95%}:1,07 - 143,59)]. Na fase ambulatorial identificou-se: a queixa da mãe na amamentação [OR= 11 ; (IC_{95%}: 1,80 - 64,75)] e o uso da chupeta no segundo mês de vida [OR=14 ; (IC_{95%}:1,37 - 147,19)]. **Conclusão:** O uso do MM-C integral mais precoce no hospital favorece a proximidade entre a família e o seu RNBP e prematuro, que, mais confiantes e sujeitos atuantes do processo, praticam por mais tempo a amamentação exclusiva. É importante uma avaliação detalhada da mamada para identificação e correção precoce dos problemas de pega dos RNBP, a fim de minimizar possíveis dificuldades na amamentação. No período do seguimento ambulatorial o acolhimento e escuta das mães é imprescindível, como também maior atenção aos RNBP que usam chupeta.

Descritores: amamentação exclusiva, recém-nascido de baixo peso, Método Mãe-Canguru

ABSTRACT

SANCHES, MTC. **Factors associated with the interruption of exclusive breastfeeding of newborns with low birth weight assisted by the Kangaroo Mother Care Method.** São Paulo, 2005. [PhD thesis – Faculty of Public Health, University of São Paulo].

Objective: Considering that the factors that contribute to the interruption of exclusive breastfeeding result from social, psychological, cultural and individual conditions of the mothers/newborns with low birth weight (NLBW) and also from the hospital routine and from the performance of the health care team, a study was done with the objective of identifying socioeconomic, maternal, neonatal and motor-oral functioning factors associated with the interruption of exclusive breastfeeding up to three months of life of newborns with low birth weight assisted by the Kangaroo Mother Care Method (KMC-M).

Methods: The retrospective cohort study included 111 pairs of mothers and NLBW assisted by the Kangaroo Mother Care Method (KMC-M) in the Guilherme Álvaro Hospital, in Santos, during the period 1998-2001. The data were collected using two sources: the clinical registers of the NLBW, obtained during the follow-up performed in the Low Birth Weight Outpatient Clinic and the medical hospital registers, obtained during the neonatal period. Hierarchical multiple logistic regression models were used to identify factors associated with the interruption of exclusive breastfeeding up to three months of life.

Results: The factors associated with the interruption of exclusive breastfeeding of the NLBW, in the hospital phase, were: to perform complete KMC-M after 15 days of life [(OR=12- IC_{95%}= 1,62 - 89.,79)] and having a diagnostic of inadequate taking of breast in the beginning of breastfeeding [(OR=12- IC_{95%}= 1,07 - 143,59). In the outpatient follow-up phase, it was identified: mother complain during breastfeeding [OR=11- (IC_{95%} = 1,80 - 64,75)] and use of pacifier [(OR=14-(IC_{95%} = 1,37 - 147,19)].

Conclusion: Use of complete KMC-M early in hospital favours the intimacy between the families and their NLBW, who, more confident and active in the process, practice the exclusive breastfeeding for longer periods. It is important to have a detailed evaluation of the breastfeeding for identifying and correcting early problems with regard to the taking of breast of the NLBW in order to minimize potential difficulties in breastfeeding. In the outpatient follow-up period, listening to the mothers and make them welcome is essential as well as more attention should be given to the NLBW who use pacifiers.

Key words: exclusive breastfeeding, newborn with low birth weight, Kangaroo Mother Care Method

SUMÁRIO

1. APRESENTAÇÃO	1
2. INTRODUÇÃO	4
2.1. Epidemiologia do baixo peso ao nascer / prematuridade	4
2.1.1. Classificação dos recém-nascidos quanto ao peso de nascimento, idade gestacional e crescimento intra-uterino	4
2.1.2. Determinantes do baixo peso ao nascer e prematuridade	7
2.1.3. Situação atual e tendência	7
2.1.4. A relação do baixo peso ao nascer e prematuridade com a mortalidade infantil	9
2.2. Assistência ao recém-nascido baixo peso ao nascer: Método Mãe-Canguru	13
2.2.1. Aspectos históricos do Método Mãe-Canguru	14
2.2.2. Normatização do método Mãe-Canguru no Brasil	16
2.2.3. Etapas do método Mãe-Canguru	18
2.2.4. Benefícios do Método Mãe-Canguru	20
2.3. O Método Mãe-Canguru como facilitador na integração da família com o RNBP ao nascer e prematuro	25
2.3.1. Desenvolvimento do vínculo entre pais e bebês baixo peso ao nascer	25
2.3.2. Barreiras no acolhimento das famílias	29
2.4. Manejo da alimentação dos recém-nascidos com baixo peso ao nascer e prematuros	30
2.4.1. Uso do leite humano para recém-nascidos prematuros e recém-nascidos baixo peso ao nascer	31
2.4.2. O Método Mãe-Canguru e o início da amamentação	36
2.5. Manutenção do aleitamento materno exclusivo dos recém-nascidos baixo peso ao nascer e prematuros	41
2.6. Justificativa do estudo	45

3. OBJETIVOS	46
3.1. Objetivo geral	46
3.2. Objetivos específicos	46
4. MÉTODOS	47
4.1. Área do estudo	47
4.2. Assistência à saúde da mulher e da criança em Santos	48
4.3. Programa Mãe-Canguru no Hospital Guilherme Álvaro	49
4.4. Delineamento do estudo	50
4.5. Amostra	50
4.5.1. Critérios de inclusão	50
4.5.2. Critérios de exclusão	51
4.6. Variáveis do estudo	52
4.6.1. Variável dependente	52
4.6.2. Variáveis independentes	53
4.7. Coleta de dados	64
4.8. Procedimento de análise dos dados	66
4.8.1. Modelo hierárquico	66
4.8.2. Etapas da análise dos dados	69
4.9. Aspectos éticos	70
5. RESULTADOS	71
5.1. Características sociodemográficas	72
5.2. Características da gestação e parto	75
5.3. Características das condições de nascimento dos RNBP	77
5.4. Características da evolução clínica e nutrição durante a fase hospitalar	78
5.5. Características do segmento ambulatorial pediátrico e fonoaudiológico dos RNBP no 1º mês de vida	83

5.6. Características do segmento ambulatorial pediátrico e fonoaudiológico dos RNBP no 2º mês de vida	86
5.7. Características da prática da amamentação exclusiva dos RNBP durante a internação no alojamento conjunto e da avaliação fonoaudiológica no início da amamentação	89
5.8 Resultados da análise de regressão logística	95
5.8.1. Fatores sócio-demográficos e fatores das condições de nascimento	95
5.8.2. Fatores relacionados à gestação e parto e fatores da evolução clínica e nutrição	95
5.8.3. Fatores relacionados ao retorno ambulatorial pediátrico e fonoaudiológico do 1º mês	98
5.8.4. Fatores relacionados ao retorno ambulatorial pediátrico e fonoaudiológico do 2º mês	101
5.8.5. Fatores relacionados à internação dos RNBP no alojamento conjunto e fatores relacionados ao início da amamentação e avaliação fonoaudiológica	103
5.9. Variáveis incluídas no Modelo Final de Regressão Logística Múltipla	107
6. DISCUSSÃO	109
6.1. Quanto ao método	109
6.2. Quanto aos resultados	111
6.2.1. Fatores sociodemográficos	112
6.2.2. Fatores relacionados à gestação e nascimento	114
6.2.3. Fatores relacionados às condições de nascimento	115
6.2.4. Fatores relacionados à evolução clínica e nutrição dos RNBP	115
6.2.5. Fatores relacionados ao retorno ambulatorial pediátrico e fonoaudiológico do 1º e do 2º mês	116
6.2.6. Fatores relacionados à internação dos RNBP no alojamento conjunto	124

6.2.7. Fatores relacionados ao início da amamentação e avaliação fonoaudiológica	127
7. CONCLUSÃO	130
8. CONSIDERAÇÕES FINAIS	132
9. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	136
10. ANEXOS	155
11. IMAGENS	163

ÍNDICE DE TABELAS

- Tabela 1-** Distribuição dos pais segundo variáveis sócio-demográficas e a situação da amamentação exclusiva até o 3º mês de vida (AME-3). Hospital Guilherme Álvaro, Santos, 1998 a 2001 74
- Tabela 2-** Distribuição das mães segundo variáveis gestacionais e do parto e a situação da amamentação exclusiva até o 3º mês de vida (AME-3). Hospital Guilherme Álvaro, Santos, 1998 a 2001 76
- Tabela 3-** Distribuição dos RNBP segundo variáveis das condições de nascimento e a situação da amamentação exclusiva até o 3º mês de vida (AME-3). Hospital Guilherme Álvaro, Santos, 1998 a 2001 78
- Tabela 4-** Distribuição dos RNBP segundo variáveis relacionadas à evolução clínica e nutrição dos RNBP na Fase Hospitalar – durante a internação na Unidade de Terapia Intensiva e Cuidados Intermediários e a situação da amamentação exclusiva até o 3º mês de vida (AME-3). Hospital Guilherme Álvaro, Santos, 1998 a 2001 81
- Tabela 5-** Distribuição dos RNBP segundo variáveis do seguimento ambulatorial pediátrico e fonoaudiológico - 1º mês e a situação da amamentação exclusiva até o 3º mês de vida (AME-3). Hospital Guilherme Álvaro, Santos, 1998 a 2001 85
- Tabela 6-** Distribuição dos RNBP segundo variáveis do seguimento ambulatorial pediátrico e fonoaudiológico - 2º mês e a situação da amamentação exclusiva até o 3º mês de vida (AME-3). Hospital Guilherme Álvaro, Santos, 1998 a 2001 88

Tabela 7- Distribuição dos RNBP segundo variáveis relacionadas à prática da amamentação durante a internação no Alojamento Conjunto e a situação da amamentação exclusiva até o 3º mês de vida (AME-3). Hospital Guilherme Álvaro, Santos, 1998 a 2001	91
Tabela 8- Distribuição dos RNBP segundo variáveis relacionadas à avaliação fonoaudiológica do início da amamentação no Alojamento Conjunto e a situação da amamentação exclusiva até o 3º mês de vida (AME-3). Hospital Guilherme Álvaro, Santos, 1998 a 2001	92
Tabela 9- Associação entre interrupção da Amamentação Exclusiva no 3º mês de vida (Não AME-3) e os fatores de risco relacionados à gestação e parto – modelo de regressão logística univariada e múltipla. Hospital Guilherme Álvaro, Santos, 1998 a 2001	97
Tabela 10- Associação entre interrupção da Amamentação Exclusiva no 3º mês de vida (Não AME-3) e os fatores de risco relacionados ao retorno ambulatorial pediátrico e fonoaudiológico do 1º mês – modelo de regressão logística univariada e múltipla. Hospital Guilherme Álvaro, Santos, 1998 a 2001	100
Tabela 11- Associação entre interrupção da Amamentação Exclusiva no 3º mês de vida (Não AME-3) e os fatores de risco relacionados ao retorno ambulatorial pediátrico e fonoaudiológico do 2º mês – modelo de regressão logística univariada e múltipla. Hospital Guilherme Álvaro, Santos, 1998 a 2001	102
Tabela 12- Associação entre interrupção da Amamentação Exclusiva no 3º mês de vida (Não AME-3) e os fatores de risco relacionados à internação dos RNBP no alojamento conjunto – modelo de regressão logística univariada e múltipla. Hospital Guilherme Álvaro, Santos, 1998 a 2001	105

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1. Variáveis sócio-demográficas (Bloco 1)	53
Quadro 2. Variáveis relacionadas à gestação e parto (Bloco2)	54
Quadro 3. Variáveis relacionadas às condições de nascimento dos RNBP (Bloco 3)	54
Quadro 4. Variáveis relacionadas à evolução clínica e nutrição dos RNBP – Fase Hospitalar	55
Quadro 5. Variáveis relacionadas ao retorno ambulatorial pediátrico e fonoaudiológico – 1º Mês	56
Quadro 6. Variáveis relacionadas ao retorno ambulatorial pediátrico e fonoaudiológico – 2º Mês	57
Quadro 7. Variáveis relacionadas referente à internação no alojamento conjunto	58
Quadro 8. Variáveis relacionadas à avaliação fonoaudiológica do início da amamentação	59

LISTA DE ABREVIATURAS

- AIG** – Adequado para a idade gestacional
- AME** – Aleitamento materno exclusivo
- AMP** – Aleitamento materno predominante
- Cp** – Comprimento
- GIG** – Grande para a idade gestacional
- HGA** – Hospital Guilherme Álvaro
- HIV** – Vírus da Imunodeficiência Adquirida
- IC** – Idade corrigida
- IHAC** – Iniciativa Hospital Amigo da Criança
- IG** – Idade Gestacional
- ITU** – Infecção do trato urinário
- IVAS** – Infecção Vias Aéreas Superiores
- LA** – Leite artificial
- LHO** – Leite Humano Ordenhado
- LM** – Leite materno
- MS** – Ministério da Saúde
- MM-C** – Método Mãe – Canguru
- OMS** - Organização Mundial de Saúde
- PC** – Perímetro cefálico
- PIG** – Pequeno para a idade gestacional
- RCU** – Retardo de Crescimento Uterino
- RGE** – refluxo gastro-esofageano
- PN** – peso de nascimento
- RN** – recém-nascidos (s)
- RNPT** – recém-nascido prematuro
- RNBP** - recém-nascido baixo peso
- VO** – Via oral
- SM** – seio materno
- SME** – seio materno exclusivo
- SUS** – Sistema Único de Saúde
- SNN** - Sucção não nutritiva
- UTIN** – Unidade de Terapia Intensiva Neo Natal

1. APRESENTAÇÃO

Desde 1992, ao ingressarmos no Hospital Guilherme Álvaro, em Santos, acompanhamos a implantação e evolução da prática do Método Mãe-Canguru (MM-C) para os recém-nascidos de baixo peso ao nascer e prematuros, mesmo antes deste método ser adotado como uma política pública do Ministério da Saúde. Somente 10 anos depois do início da implantação do MM-C neste hospital, o Ministério da Saúde passou a normatizar a sua utilização no país, incluindo cuidados com a alimentação destes bebês de risco, com ênfase para a amamentação exclusiva.

Atuando como fonoaudióloga e coordenadora dos serviços de Fonoaudiologia na Unidade Neonatal, que abrange os cuidados, não só aos recém nascidos do alojamento conjunto, como também aos bebês de risco, internados no setor de cuidados intermediários e no seguimento destes no Ambulatório de Aleitamento Materno e no de Baixo Peso, pudemos viver intensamente essa experiência, em vários momentos diferentes com as famílias envolvidas, e constatar que a amamentação exclusiva pode dar certo, mesmo em casos especiais.

Condizente com uma política pró-amamentação regida pela "Iniciativa Hospital Amigo da Criança" o Hospital Guilherme Álvaro, segundo hospital do Brasil a receber esse título e referência do Ministério da Saúde para cursos de treinamento de equipes na amamentação, há mais de 30 anos vem atuando na promoção e assistência ao aleitamento materno, seguindo uma proposta humanizada de atuação em neonatologia. Além disso, o hospital foi pioneiro no Brasil na utilização do Método Mãe-Canguru para os bebês de baixo peso ao nascer (RNBP) e prematuros, preconizando a participação das mães nos cuidados com os recém-nascidos e presença constante destas na unidade neonatal. Com a expectativa de contribuir com a equipe interdisciplinar para a sistematização da prática fonoaudiológica em neonatologia, visando o incentivo e manutenção da amamentação, iniciamos essa atuação na unidade neonatal, incluindo o Programa Mãe-Canguru. Essa experiência, além de toda riqueza que nos proporcionou, foi muito

desafiadora na época por ser inédita na atenção à criança e na fonoaudiologia, e trazer a proposta dos Hospitais Amigos da Criança que recomendam a não utilização de mamadeiras e chupetas nas maternidades e preconizam o estímulo à amamentação precoce. Há muitos anos o Hospital Guilherme Álvaro incorporou essas recomendações na rotina e utilizava, como uma das técnicas alternativas, o uso de copinhos para administração do leite humano (preferencialmente leite materno, fresco e ordenhado da própria mãe) oferecido como suporte alimentar e complemento aos bebês com dificuldades na amamentação.

Desta forma, foram muitos os questionamentos e incertezas, o que nos forçou a aprofundar os estudos, discutir com profissionais de várias áreas e também desenvolver uma rotina diária de trabalho na unidade neonatal, na qual pudéssemos acompanhar a evolução dos bebês passo a passo na fase hospitalar e seguir seu desenvolvimento também no retorno ambulatorial. Toda vivência, proporcionada pelo contato diário com esses bebês e acompanhamento de seu desenvolvimento, trouxe-nos também a possibilidade de implantar um serviço inédito, com segurança, o que despertou o desejo de compartilhar os conhecimentos construídos com outros profissionais de saúde e principalmente com aqueles da nossa área de atuação.

Tal proposta foi se concretizando com a troca de experiências, prestação de assessoria para implantação do trabalho fonoaudiológico em neonatologia, com ênfase no aleitamento materno, em outros serviços da rede pública e participação em congressos científicos.

A necessidade de validar cientificamente essa experiência culminou com a realização do mestrado em Saúde Pública em 2000, na área da Saúde da Mulher e da Criança e, em 2001, com a assessoria na Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo, com o objetivo de contribuir para a normatização do MM-C neste Estado.

O estudo que agora se apresenta, extrapola a atuação dentro da Fonoaudiologia e contribui para uma prática mais global, em Saúde Coletiva, buscando melhorar a qualidade de vida e realizar a promoção da saúde.

Nosso interesse pela amamentação exclusiva de RNBP e prematuros foi aumentando, mediante a experiência com as essas mães e bebês e a constatação de que, apesar de estabelecer a amamentação de modo exclusivo e superar grandes obstáculos, ocorria às vezes a interrupção precoce dessa prática, mesmo quando a família se mostrava confiante e segura na alta hospitalar.

Buscando aprofundar conhecimentos, responder às questões colocadas no cotidiano mãe/bebê, após a alta hospitalar, e contribuir com a produção científica na área, este estudo procurou identificar fatores associados para a interrupção da amamentação exclusiva dos recém-nascidos de baixo peso até o terceiro mês de vida.

2. INTRODUÇÃO

2.1. Epidemiologia do baixo peso ao nascer / prematuridade

2.1.1. Classificação dos recém-nascidos quanto ao peso de nascimento, idade gestacional e crescimento intra-uterino

A atenção à criança nascida pré-termo e de baixo peso constitui-se em um problema de saúde coletiva devido à alta incidência, morbimortalidade, custo da assistência e sua relação com a qualidade de vida de uma população.

O *peso de nascimento* é o fator que mais exerce influência sobre o estado de saúde e as chances de sobrevivência das crianças. O fenômeno do nascimento de um bebê com peso abaixo do normal relaciona-se, de forma isolada ou associada, à prematuridade e ao retardo no crescimento intra-uterino (desnutrição intra-útero). O uso do peso isoladamente não é considerado um bom parâmetro de classificação do recém-nascido, pois os bebês de termo pequenos para a idade gestacional (PIG) e os recém-nascidos com retardo no crescimento intra-uterino ou má nutrição fetal, apesar de apresentarem características semelhantes aos dos prematuros, não devem ser considerados como sinônimos, sendo que cada caso pode ocorrer independentemente do outro (HOWSE, 2001; MONTEIRO e col., 2000; ALMEIDA, 1994).

A Organização Mundial de Saúde classificou os recém-nascidos como de baixo peso (RNBP), aqueles com peso de nascimento menor que 2500g (incluindo 2499); os de muito baixo peso ao nascer (RNMBP), os quais apresentassem peso de nascimento menor que 1500 gramas (incluindo 1499 gramas) e ainda os de peso extremamente baixo ou recém-nascidos de extremo baixo peso (RNEBP) aqueles com peso de nascimento menor que 1000g (incluindo 999g) (World Health Organization, 1961, citado em SEGRE, 2002).

Quanto à idade gestacional, a Academia Americana de Pediatria, em 1970, em função da alta morbidade e baixa mortalidade que ocorre no grupo

de bebês nascidos entre 37 e 38 semanas, considerou pré-termo os bebês nascidos vivos até o último dia de da 37ª semana de idade gestacional, sempre a partir da data da última menstruação, até a data do parto, valor esse expresso em semanas completas (BROCK, 1998).

A Organização Mundial de Saúde definiu como prematuros os bebês que nascem antes da 37ª semana gestacional (até 36 semanas e 6 dias); imaturidade extrema como idade gestacional inferior a 28 semanas completas (menos que 196 dias completos), a termo, os recém-nascidos entre 37 e 42 semanas incompletas e pós-termos, aqueles com 42 semanas ou mais de gestação (World Health Organization, 1961, citado em SEGRE, 2002).

De acordo com o grau de prematuridade, relação entre idade gestacional e peso no nascimento e desses dois fatores isoladamente, os recém-nascidos apresentam variações quanto ao aspecto físico e suscetibilidade a patologias, conforme maior ou menor maturidade. Com o objetivo de melhor identificação e manejo dos RNPT, esses foram divididos em 3 grupos (SEGRE, 2002).

RNPT do Grupo I - Limítrofe: nascidos entre a 35ª a 36ª semanas de gestação, geralmente pesando entre 2200 e 2800g.

Esses RN não são necessariamente de baixo peso, porém, mesmo quando classificados como normais merecem atenção especial por apresentarem morbidade e mortalidade maiores que os recém-nascidos termo (RNT) .

RNPT do Grupo II – Moderados: nascidos entre a 31ª a 34ª semanas, geralmente pesando entre 1500 a 2200g.

Geralmente são acometidos por: infecção antenatal, anóxia perinatal grave, (muito mais comum nesse grupo), resfriamento (necessitam de auxílio para manutenção da temperatura); desconforto respiratório; hiperbilirrubinemia, hipoglicemia, hipocalcemia, acidose metabólica tardia, anemia, dificuldades na alimentação (geralmente necessitam inicialmente de sonda gástrica para se alimentarem. Os RNPT doentes frequentemente precisam de suplementação intravenosa.

RNPT do Grupo III – Extremos: nascidos entre a 22^a a 30^a semanas, geralmente pesando menos de 1500g.

Esses RNPT extremos necessitam de cuidados em maternidades de referência para alto risco, com presença de Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN).

O retardo de crescimento intra-uterino (RCU) refere-se a uma multiplicidade de fatores que limitam o potencial do crescimento fetal.

A Associação Americana de Pediatria analisa o crescimento intra-uterino, que constitui um indicador prático da situação de alto risco, para classificar os recém-nascidos. LUBCHENCO e col. em (1967) citado em LUBCHENCO (1984), apresentaram as curvas de percentis de crescimento fetal, que tem sido amplamente utilizadas até hoje. Foram determinados valores nos percentis P¹⁰, P²⁵, P⁵⁰, P⁷⁵, P⁹⁰. Essa classificação correlaciona o peso à idade gestacional e crescimento intra-uterino, dividindo os recém-nascidos em 3 grupos: AIG (Adequados para a idade gestacional) – peso entre os percentis 10 e 90; PIG (Pequenos para a idade gestacional) – peso abaixo do percentil 10 e GIG (Grandes para a idade gestacional) – peso acima do percentil 90 (LEONE e col., 1991; LUBCHENCO, 1984).

Estima-se que aproximadamente 3% a 10% da população nasce com peso abaixo de 10 percentil, os quais se relacionam com retardo de crescimento intra-uterino (BROCK, 1998). O retardo de crescimento uterino sugerido pelo índice ponderal (peso dividido pela estatura ao cubo, vezes cem) pode ser simétrico (proporcional) ou assimétrico (desproporcional). Os simétricos caracterizam-se por recém-nascidos que teriam sofrido privação por longo período intra-útero (desnutrição fetal crônica), com limitada perspectiva de recuperação e possuem todos os parâmetros (peso, medida e perímetro craniano) abaixo do percentil 10. Os assimétricos, aqueles submetidos a um estresse no final da gestação (desnutrição fetal aguda), o que sugere similitude ao grau de nutrição e melhores possibilidades de recuperação nutricional, apresentam menores índices ponderais, inclusive com menor crescimento médio do perímetro craniano. (CORREIA e MCAULIFFE, 1994; NAUFEL, 2003; MARQUES, 2003).

2.1.2. Determinantes do baixo peso ao nascer e prematuridade

Muitos estudos mostram que fatores de risco associados os processos de baixo peso, prematuridade e retardo de crescimento intra-uterino incluem uma variedade de fatores sócio-demográficos maternos, entre os quais se destacam: condições socioeconômicas precárias (com destaque para renda familiar e nível de escolaridade), baixo peso da mãe no início da gestação, doenças, tabagismo e estresse durante a gestação, falta ou ineficiência da assistência pré-natal, antecedentes reprodutivos desfavoráveis e gravidez múltipla (MONTEIRO e col, 2000; BERKOWITZ e col, 1998; KRAMER, 1987).

Os determinantes específicos da prematuridade referem-se a anormalidades placentárias e a incompetência do colo uterino (BERKOWITZ e PAPIERNICK, 1993).

As causas do retardo no crescimento intra-uterino podem ser de origem fetal, materna ou placentária. Destaca-se, nessa situação, o consumo calórico insuficiente durante a gestação (KRAMER, 1987).

Nos países desenvolvidos a principal causa do baixo peso ao nascer é a prematuridade e nos países em desenvolvimento, o retardo de crescimento intra-uterino (KRAMER e col., 2001a)

2.1.3. Situação atual e tendência

Nos países desenvolvidos em geral, a população como um todo tem assistência caracterizada por disponibilidade de alta tecnologia. Devido às condições de equidade do sistema de saúde, a grande maioria dos partos ocorrem em centro hospitalares. Além disso, existe uma rede de sistemas confiáveis de registro e comportamento da distribuição de peso ao nascer. Atualmente, o baixo peso ao nascer representa cerca de 4% a 6% do total dos nascimentos nos países desenvolvidos (MONTEIRO e col., 2000).

No Brasil, a prevalência total de nascidos vivos de baixo peso é 7,7%, com variações regionais, sendo que as maiores taxas são verificadas na Região Sudeste (8,6%) e Sul (8,1%). A região Centro-Oeste apresenta

prevalência de 7,1% de nascidos vivos de baixo peso, a região Nordeste 6,8% e a Norte 6,3% [MS/RIPSA/IDB, 2002].

Ainda não há explicação segura para tal variação na distribuição, sendo que a inter-relação dos fatores de risco interferem muito nas análises. Novas pesquisas focando circunstâncias de vida e associação de vários fatores estão sendo sugeridas. Nos casos do Nordeste e da região Norte, por exemplo, que apresentam prevalência de nascidos vivos de baixo peso menor que o da região Sul e Sudeste, uma hipótese explicativa parece estar associada à sub-notificação dos dados (PAIVA, 2002).

No Estado de São Paulo, observa-se uma pequena variação quanto à prevalência de recém-nascidos de baixo peso nos últimos anos, de acordo com dados da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, sendo que em 2001 a prevalência foi de 8,86%, em 2002 de 9,02% e em 2003 de 9,13% (SES/SP, 2004).

Na cidade de São Paulo, MONTEIRO e col. (2000) estudaram a tendência secular do peso ao nascer e examinaram suas possíveis causas. Utilizaram inquéritos domiciliares sobre a saúde na infância em 1984/85 e em 1995/96 e concluíram que a distribuição de peso ao nascer sofreu poucas alterações nos últimos 11 anos, sendo inferior àquela esperada quando são ótimas as condições do crescimento fetal. No entanto, identificaram evidências de evolução desigual do peso ao nascer segundo o nível econômico. Nos estratos de baixo nível sócio-econômico, verificaram evolução favorável do peso, com indícios de melhor desempenho do crescimento intra-uterino, o qual pode estar relacionado com melhorias de condições econômicas (peso e altura das gestantes, assistência pré-natal e declínio no hábito de fumar). Nos estratos de alto nível socioeconômico, a evolução do peso ao nascer tem sido desfavorável devido, aparentemente, ao aumento de prematuros, tendência provocada por fatores ainda desconhecidos.

2.1.4. Contribuição da prematuridade e baixo peso ao nascer para a mortalidade infantil

Crianças prematuras e com baixo peso ao nascer apresentam risco de mortalidade significativamente superior a crianças nascidas com peso maior ou igual a 2500g e duração da gestação maior ou igual a 37 semanas (KILSZTAJN e col., 2003; MONTEIRO e col., 2000; VICTORA e col., 1989).

Nos Estados Unidos, aproximadamente 75% das mortes infantis no primeiro mês de vida ocorrem em prematuros (HOWSE, 2001), sendo que prematuridade é a maior causa da mortalidade e morbidade perinatal. Nesse país atualmente os estudos apontam necessidade de atenção às gestações pré-termo para minimizar a mortalidade perinatal (LOCWWOD e KUCZYNSKI, 2001).

No Brasil, com a queda da taxa de fecundidade e as medidas de combate às doenças infecto-parasitárias (incluindo saneamento básico cobertura vacinal, orientação para re-hidratação oral, promoção do aleitamento materno), houve redução da mortalidade infantil, que atualmente se concentra no período neonatal (0 a 27 dias) principalmente no período neonatal precoce (0 a 6 dias), sendo responsável por mais de 50% dos óbitos no primeiro ano de vida (KILSZTAJN e col., 2003; SEGRE, 2002; MS/DATASUS, 2000; CORREIA e MCAULIFFE, 1994; NEGRIS e VIANA, 2002).

Coefficientes de Mortalidade Infantil (CMI) elevados devem-se principalmente a condições ambientais e socioeconômicas desfavoráveis, levando ao aumento de óbito pós-neonatal; estes sofrem grande impacto com ações de promoção à saúde que resultem em melhorias das condições de vida. Já a redução da mortalidade infantil neonatal é complexa e sofre pouco impacto com essas medidas. Está relacionada às condições de gestação, nascimento e início da vida, sendo influenciada por fatores biológicos e assistenciais (necessitando ser cada vez mais sofisticados) relativos ao pré-natal, parto e cuidados ao recém-nascido (CORREIA e MCAULIFFE, 1994; MONTEIRO e col., 2000).

Em países desenvolvidos, de um modo geral os coeficientes de mortalidade infantil não ultrapassam 5,0 para mil nascimentos (MONTEIRO e col., 2000).

No Brasil, esse coeficiente, obtido pela média das taxas estaduais é de 28,3 para mil nascimentos (MS/RIPSA/IDB, 2002). O coeficiente de mortalidade neonatal brasileiro corresponde a 18,1 (para 1.000 nascidos vivos) variando para cada região, sendo essas: Nordeste: 26,6; Norte: 18,7; Centro-Oeste: 14,7; Sudeste: 13,0 e Sul: 10,9.

Essas variações referem-se às diferenças sociais marcantes nas regiões brasileiras, que geram agravos desiguais à saúde e também devido a diferença de acessibilidade e equidade do sistema de saúde.

Desta forma, enfatiza-se a importância de estudos que identifiquem fatores de risco locais, a partir do conhecimento da distribuição dos indicadores sócio-econômicos e epidemiológicos de cada população, para que medidas específicas e reduções significativas sejam alcançadas (CÉSAR, 1990; MENEZES e col., 1998; MATOS, 2001).

No Estado de São Paulo, o coeficiente de mortalidade infantil é de 15,04 para mil nascidos vivos, sendo que o coeficiente de mortalidade neonatal é de 10,54 (7,72 para Mortalidade Neonatal Precoce e 2,73 para Mortalidade Neonatal Tardia, segundo dados do MS/DATASUS (2000).

As causas responsáveis pelas taxas elevadas de morbi-mortalidade nas fases precoces da vida são múltiplas, porque o feto e o RN são vulneráveis a inúmeros fatores potencialmente agressivos, quer de origem metabólica, quer genética, social, econômica ou ambiental. O RNPT está sujeito a uma série de agravos que decorrem do seu maior ou menor grau de imaturidade.

As afecções neonatais relacionadas à mortalidade infantil compreendem principalmente problemas respiratórios, a asfixia ao nascer e as infecções, com maior prevalência em bebês prematuros e de baixo peso ao nascer. O acesso e também a qualidade da assistência refletem diretamente na mortalidade infantil

Estudos epidemiológicos no Brasil demonstraram a associação dos óbitos neonatais com as afecções perinatais, relacionando-se estas à participação da prematuridade e/ou baixo peso ao nascer do RN, o qual envolve o processo de infecções perinatais que leva a morte (LAURENTI e BUCHALA 1985; BARROS e col., 1985; ALMEIDA, 1994).

Estudo epidemiológico realizado em 1993 (Rio Grande do Sul) identificou as causas perinatais como as primeiras causas de mortalidade infantil (MENEZES e col., 1996).

Os mesmos autores, estudando fatores de risco associados com a mortalidade perinatal, verificaram essa associação nos dois componentes da mortalidade perinatal: fetal e neonatal precoce. O estudo fez parte da pesquisa longitudinal de crianças nascidas no ano de 1993 até a primeira semana de 1994. Os óbitos perinatais (fetais- a partir da 28^o semana de gestação e neonatais precoces na primeira semana de vida) foram monitorizados durante o ano de 1993. Dos 5.304 nascimentos, ocorreram 117 óbitos perinatais, dos quais 55 foram óbitos fetais e 62 neonatais precoces. O coeficiente de mortalidade perinatal foi de 22,1 por mil nascimentos. Através de análise multivariada obtiveram-se como fatores de risco: baixo nível sócio-econômico, sexo masculino e idade materna acima de 35 anos. Nas múltiparas, encontrou-se maior risco para mortalidade fetal naquelas que relatavam baixo peso prévio e natimorto prévio. A mortalidade neonatal precoce mostrou associação com número de consultas no pré-natal < 5 e baixo peso ao nascer (MENEZES e col., 1998).

No Estado de São Paulo, excluindo-se as malformações congênitas, nota-se que as afecções perinatais representam quase que a causa exclusiva da mortalidade neonatal (MS/ DATASUS/SEADE, 1999).

ALMEIDA e JORGE, em (1998), em estudo sobre a mortalidade neonatal, no município de Santo André (São Paulo), pesquisaram variáveis contempladas na declaração de nascimento (nascidos vivos do hospital do município, óbitos neonatais, peso ao nascer, duração da gestação, idade gestacional, crescimento intra-uterino, número de filhos anteriores ao do parto atual, idade e grau de instrução da mãe) com o objetivo de verificar

possíveis fatores de risco de RN pequenos para a idade gestacional (PIG). Verificaram também a associação entre retardo de crescimento intra-uterino e mortalidade neonatal. Como resultados observaram que a frequência de nascimentos PIGs era significativamente maior entre os RNs pré-termo e pós-termo, entre mães com idade > 35 anos e grau de instrução inferior ao primeiro grau completo. Apontaram que os RN PIGs apresentaram maior risco de morte neonatal que aqueles que não apresentavam sinais de retardo de crescimento intra-uterino, sugerindo que em áreas com menor frequência de baixo peso ao nascer, é importante investigar a presença de retardo de crescimento intra-uterino entre os prematuros e não apenas nos nascimentos de termo.

2.2. Assistência ao recém-nascido baixo peso ao nascer: Método Mãe-Canguru

Em várias partes do mundo, ocorre atualmente um movimento pela humanização da assistência ao nascimento e parto, embasado em evidências científicas favoráveis a não separação da mãe e bebê após o nascimento, à permanência em alojamento conjunto e à promoção do aleitamento materno nas maternidades. Nesse contexto, a humanização sugere uma proposta de resgate de valores afetivos e sociais na assistência, evitando-se o uso abusivo de intervenções e tecnologias, de acordo com as evidências científicas (VENÂNCIO e PAIVA, 2003).

No Brasil, o Ministério da Saúde define humanização como um conjunto de conhecimentos, práticas e atitudes que visam à promoção do parto e nascimento saudáveis e a prevenção da morbi-mortalidade materna e perinatal (MS, 2001).

Em relação à assistência ao recém-nascido, merece destaque o lançamento da Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC), com a implantação dos "Dez passos para o sucesso do aleitamento materno" e premiação dos hospitais que os cumprem rigorosamente. Essas normas, além de promover e efetivar o aleitamento materno, visam uma rotina de assistência hospitalar de melhor qualidade para a mãe e RN (OMS, 1989).

O Ministério da Saúde, desde junho de 2000, desenvolve o "Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento", visando garantir a melhoria do acesso, da cobertura e da qualidade do pré-natal e da assistência ao parto e puerpério. Parte importante desses esforços refere-se à transformação da assistência prestada aos recém-nascidos de risco, com foco na humanização, principalmente para os recém-nascidos de baixo peso ao nascer e prematuros, que necessitam de cuidados intensivos e frequentemente ficam longos períodos afastados de suas mães. Desta forma, o Ministério da Saúde adotou, desde 2000, a "Norma de Atenção Humanizada ao Recém-Nascido de Baixo Peso- Método Mãe-Canguru" (MS, 2002).

O Método Mãe-Canguru (MM-C) refere-se a um tipo de assistência neonatal que implica em contato pele a pele precoce, entre mãe-RNBP, de forma crescente e pelo tempo que ambos entenderem ser prazeroso e suficiente, permitindo a participação da família do RN, desde a permanência deste na UTI-Neonatal (MS/SES-SP, 2001; MS, 2002).

A posição canguru consiste em manter o recém nascido de baixo peso ligeiramente vestido (fraldas, meias e gorro), na posição semi-vertical, contra o peito do adulto.

De acordo com o Ministério da Saúde, só se considera Método Mãe-Canguru os sistemas que permitam o contato precoce, por livre escolha da família, de forma crescente e segura e acompanhada de suporte assistencial por uma equipe de saúde adequadamente treinada (MS, 2002).

2.2.1. Aspectos históricos do Método Mãe-Canguru

Foi divulgado inicialmente em 1979, pelo Dr. Edgar Rey Sanabria e posteriormente pelos médicos Hector Martinez e Luis Navarrete Pérez, médicos do Instituto Materno Infantil (IMI), de Bogotá/Colômbia, os quais publicaram seus estudos através da UNICEF (CHARPAK e col., 1997). Na época, o Programa de Bogotá objetivava a alta precoce para RNBP, pré-terms ou pequenos para a idade gestacional (PIG), utilizando-se da mãe como fonte de calor para seu bebê, intitulado “Mãe-Canguru” pela forma como as mães seguravam seus bebês junto ao corpo (TOMA, 2002; SILVA, 2003). As altas precoces relacionavam-se a déficits do serviço quanto a restrições de equipamentos e recursos humanos, o que obrigava a equipe de saúde a colocar dois a três bebês juntos na mesma incubadora, gerando alta taxa de mortalidade por infecções, abandono e desmame precoce. Os bebês eram encaminhados para casa independente do peso e muitos foram de alta com menos de 1000g, gerando polêmica e controvérsias internacionais quanto à sua utilização.

Segundo ANDERSON (1991), estudos mostraram que em vários países, inclusive europeus, foi utilizado o Método Canguru na década de 80, o que trouxe maior credibilidade quanto à sua prática. Existe uma grande

variação nesses estudos entre a prática do Método, sendo diferente a aplicação deste quanto ao tempo para início do uso do método, duração deste, condições para alta, o que dificultou o avanço do conhecimento nessa área.

O Programa inicialmente denominado de Mãe-Canguru, na Colômbia, foi modificado, em 1993, baseado nas avaliações científicas e estudos, criando-se na Clínica Del Niño de Bogotá, o *Programa Método Mãe-Canguru* (Instituto de Seguro Social e Word Laboratory). O programa é coordenado pelas médicas Nathalie Charpak e Zita Figueroa de Calume, servindo como orientação para normatização no Brasil (SILVA, 2003).

Em 1996, realizou-se um Seminário em Trieste (Itália), com participação de 36 profissionais de saúde e pesquisadores, com o objetivo de discutir-se a efetividade, segurança, aplicabilidade e aceitabilidade do Método Mãe-Canguru em diferentes localidades, e também propor recomendações para sua prática respeitando as variações dos serviços. As recomendações incluíram desde prática, nos hospitais de primeiro, segundo e terceiro níveis, com recursos muito limitados, até hospitais de segundo e terceiro níveis em locais com amplos recursos e taxas de mortalidade infantil < 15/1000. Concluiu-se que o MM-C tem o potencial de melhorar a saúde e a sobrevivência de RNPT, particularmente naqueles locais de recursos limitados. Nos serviços que dispõem de maior tecnologia, também podem ser obtidos resultados quanto à humanização da assistência e melhor vínculo entre mãe-bebê, o que certamente trará muitas vantagens para a população (CATTANEO e col., 1998a).

O Método Mãe-Canguru atualmente é instituído como política pública em somente 5 países: Colômbia, Brasil, Indonésia, Moçambique e Peru (CATTANEO e col., 1998a; TOMA, 2002).

No Brasil, os primeiros serviços que adotaram essa metodologia foram o Hospital Guilherme Álvaro, em Santos (1991) e o Instituto Materno Infantil de Pernambuco (IMIPE) em 1993. Em 1997, o modelo de utilização do Método Mãe-Canguru do IMIPE foi reconhecido pela Fundação Getúlio Vargas na premiação "Gestão Pública e Cidadania". Também o BNDES –

Banco Nacional de Desenvolvimento Econômico e Social reconheceu este trabalho como "best practice", financiando ampliação das instalações. Posteriormente, o BNDES, *articulando-se* com o Ministério da Saúde (MS), facilitou para que essa modalidade assistencial se tornasse uma política pública (SILVA, 2003)

2.2.2. Normatização do Método Mãe-Canguru no Brasil

Na busca de uma assistência neonatal humanizada, com controle de estímulos ambientais aversivos (luz, ruídos, estresse do ambiente), posturação adequada do RNBP, contato pele a pele, com reformulação institucional nas ações em neonatologia, enfocando-se uma assistência abrangente, com princípio de cidadania da família, o Ministério da Saúde aprovou em 2000 (portaria 693, 05/7/2000, GM/MS) a "Norma de Atenção Humanizada do Recém-Nascido Baixo Peso ao Nascer (RNBP) – Método Mãe-Canguru", recomendando-as para as unidades médico-assistenciais integrantes do Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde (SIH/SUS). No Estado de São Paulo, a Secretaria de Estado da Saúde implantou a normatização estadual em 5 de junho de 2001 (DIÁRIO OFICIAL DO ESTADO DE SÃO PAULO, 2001).

As vantagens dessa metodologia de assistência neonatal consiste no aumento do vínculo mãe-filho com a diminuição do tempo de separação entre eles, o que evita longos períodos sem estimulação sensorial; na promoção do aleitamento materno, favorecendo maior frequência, precocidade e duração deste; na maior competência e confiança dos pais no manuseio do seu filho de baixo peso mesmo após a alta hospitalar; no melhor controle térmico do RNPT e/ou BP; no melhor relacionamento da equipe-família; no menor número de recém-nascidos em unidades de cuidados intermediários devido à maior rotatividade de leitos; na diminuição de infecção hospitalar e na alta mais precoce. Desta forma, o Método Mãe-Canguru contribui para melhor qualidade de vida dessa população (CARVALHO e PROCHNIK, 2001; MS, 2002).

De acordo com a portaria 693, 05/7/2000, GM/MS, recomenda-se, sempre, que possível, que os recursos humanos integrem preferencialmente uma equipe interdisciplinar composta por: neonatologistas, obstetras, pediatras com treinamento em seguimento do RN de risco, oftalmologista, enfermeiras, auxiliares de enfermagem (uma auxiliar para cada seis binômios), sendo todos esses profissionais com cobertura de 24 horas. Outros profissionais como: psicólogos, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais, assistentes sociais, fonoaudiólogos e nutricionistas são apontados como integrantes na rotina diária hospitalar e posteriormente para o seguimento ambulatorial.

Segundo as normas estabelecidas pelo Ministério da Saúde (MS 2001; 2002), recomenda-se ainda um treinamento específico para capacitar a equipe de saúde responsável pelo atendimento mãe-filho, atuante no Método Canguru. A equipe deverá ser habilitada para promover:

- aproximação, o mais precoce possível entre mãe e o bebê, para fortalecer o vínculo, garantindo o alojamento conjunto, sempre que possível;
- o estímulo ao reflexo de sucção ao peito necessário para o aleitamento materno e contração uterina;
- a garantia de acesso aos cuidados especializados necessários para a atenção ao recém-nascido em risco.

Para garantir a capacitação dos profissionais de saúde na utilização do MM-C e implantação nos serviços de diferentes níveis de complexidade da atenção neonatal, o programa criou o "Curso de Atenção Humanizada ao RNBP - Método Canguru" (MS, 2002). Este curso é ministrado nos Centros de Referência em várias partes do país, sendo estes: Hospital Universitário do Ceará, Hospital Universitário São Luís do Maranhão, Instituto Materno Infantil de Pernambuco, Secretaria Municipal do Rio de Janeiro (RJ), Hospital Universitário de Florianópolis (SC), Hospital Regional de Taguatinga (Brasília/DF) e Hospital Geral de Itapeirica da Serra (São Paulo/SP).

2.2.3. Etapas do Método Mãe-Canguru

Ainda segundo a Normas estabelecida pelo Ministério da Saúde (MS, 2002), a aplicação do Método Mãe-Canguru está prevista em 3 etapas:

- **1ª Etapa: Período após o nascimento**, sendo que o RNBP impossibilitado de ir para o alojamento conjunto necessita de internação na Unidade Neonatal. Nesta etapa deverá ser estimulado o livre e precoce acesso dos pais à Unidade Neonatal, propiciando sempre que possível o contato tátil com a criança. As visitas dos pais devem ser sempre acompanhadas pela equipe assistencial, para que orientações como medidas de controle de infecção, informações sobre os procedimentos hospitalares e particularidades ambientais possam ser compreendidas pela família. Nas situações que as condições clínicas permitirem, deverá ser iniciado o contato pele a pele direto com a mãe até a possibilidade de realizar-se a posição canguru (com a mãe ou pai).

Nesta 1ª Etapa deverão ser iniciadas as medidas para estímulo à amamentação. Dessa forma deverão ser ensinados: cuidados com as mamas, ordenha manual, armazenamento do leite humano ordenhado e cuidados de higienização. Também deve-se implantar a co-participação da mãe no estímulo à sucção e administração do leite ordenhado.

Cabe ao hospital ressaltar a importância da atuação da mãe/família para recuperação do RNBP e para tanto assegurar à puerpera condições de permanência no hospital, no mínimo nos primeiros 05 dias.

- **2ª Etapa: O recém-nascido estabilizado poderá permanecer em acompanhamento contínuo de sua mãe em alojamento conjunto**, utilizando o método por maior tempo possível, após o treino e adaptação da etapa anterior. Essa etapa funcionará como um estágio pré-alta hospitalar da díade mãe/filho.

Critérios de elegibilidade para esta 2ª etapa:

Da Mãe: vontade própria para participar do Método, disponibilidade de tempo e serviço social de apoio; certeza de que a decisão seja tomada por meio de consenso entre mãe, familiares e profissionais de saúde;

capacidade de reconhecer as situações de risco do recém-nascido; habilidade para colocação do bebê na posição canguru.

Do RNBP: estabilidade clínica; nutrição enteral plena (peito, sonda ou copo); peso mínimo de 1250g e ganho de peso diário maior que 15g. Os bebês que necessitem de medicação intravenosa intermitente, através de dispositivo intravascular periférico podem e devem ser eleitos para uso do MM-C.

OBS: deve-se estimular a amamentação de duas horas em duas horas para adequado ganho de peso. Ainda assim, se este for insuficiente, deve-se administrar complementação com leite posterior da própria mãe, via sonda ou copinho.

Crterios de elegibilidade para alta hospitalar e 3ª Etapa:

- Mãe segura e orientada quanto aos cuidados e família consciente quanto à manutenção destes em casa; compromisso de uso do MM-C por 24 horas;
- Mãe psicologicamente motivada para dar continuidade ao trabalho iniciado na maternidade;
- Garantia do retorno freqüente à unidade de saúde;
- Peso mínimo do RNBP de 1500g;
- Amamentação exclusiva no peito e ganho de peso adequado nos três dias consecutivos que antecederem a alta;
- Acompanhamento ambulatorial assegurado, com três consultas na primeira semana; duas consultas na segunda semana e uma consulta na terceira semana, até o peso de 2500g.
- Unidade hospitalar pronta para atendimento de urgência, sempre que necessário durante a realização da 3ª Etapa.

- 3ª Etapa: Ambulatório de acompanhamento pós alta hospitalar.

São atribuições do ambulatório:

- Realizar exame físico completo da criança tomando como referências básicas o grau de desenvolvimento, o ganho de peso, o comprimento e o perímetro cefálico, levando-se em conta a idade gestacional corrigida;
- Avaliar o equilíbrio psicoafetivo entre a criança e a família;
- Corrigir as situações de risco, como ganho inadequado de peso, sinais de refluxo, infecção e apnéias;

- Encaminhar o RNBP para tratamentos especializados, como oftalmologia, avaliação audiológica e fisioterapia motora;
- Orientação para imunização.

A normatização do Método Mãe-Canguru possibilitou aos hospitais modificar a prática em neonatologia, enfocando a humanização da assistência, a possibilidade de obterem-se informações pré-estabelecidas e recursos para desenvolver a capacitação dos profissionais (MS, 2002).

No Brasil, o MM-C possui cinco elementos básicos: 1) alta baseada nas condições clínicas dos RNBP, possibilitando um menor tempo de internação, (sem considerar apenas os critérios de peso e da idade gestacional); 2) amamentação exclusiva com o leite da própria mãe; 3) posição canguru ou pele a pele, para prover calor e estímulos, promover o vínculo afetivo, evitar refluxo e apnéia; 4) educação e informação as mães e aos familiares dos cuidados com seus filhos prematuros e de baixo peso, promovendo maior confiança e melhor manejo de seus filhos e 5) acompanhamento ambulatorial para monitorar o crescimento e desenvolvimento do bebê e continuar as ações de educação em saúde com a família (CARVALHO e PROCHNIK, 2001).

Uma das metas do Ministério da Saúde é a implantação e implementação do Método Mãe-Canguru em todas as maternidades que fazem parte do Sistema de Alto Risco do SUS e em todos os hospitais credenciados como Amigo da Criança (ARAÚJO, 2002).

2.2.4. Benefícios do Método Mãe-Canguru

O MM-C foi aplicado em diversos países da Europa (Alemanha, Inglaterra, Holanda, Suécia, Dinamarca, França) e também nos Estados Unidos (ANDERSON, 1991). Entretanto, poucos estudos aleatorizados sobre o MM-C são encontrados, evidenciando redução da morbi-mortalidade infantil.

Os estudos nesses países foram importantes no sentido de mostrar sua segurança, boa aceitação por parte dos pais, melhora do vínculo entre mãe e bebê.

Segundo revisão realizada pela “Cochrane Library” e revisada em 2003 (CONDE-AGUDELLO e col., 2004), com o objetivo de determinar evidências que apoiem o uso do MM-C em RNBP, como alternativa ao cuidado convencional depois do período de estabilização, verificam-se apenas três estudos aleatorizados comparando o MM-C com cuidados convencionais de atenção ao RNBP, sendo estes:

- **SLOAN e col., 1994**: Estudo longitudinal, aleatorizado com RNBP realizado em Quito, Equador. Bebês com peso < de 2000g , não gemelares, que satisfizessem critérios de estarem clinicamente fora de risco (ausência de graves anormalidades congênitas, respiratória, metabólicas ou infecções) e estabilizados quanto a alimentação e ganho de peso, foram alocados aleatoriamente para o uso do MM-C (140 bebês) e para os cuidados com incubadora (160 bebês) RNBP do grupo canguru foram mantidos em posição vertical, contato pele a pele e mamaram freqüentemente. Os do grupo controle permaneceram em incubadoras/berços aquecidos e foram amamentados em horários pré-definidos. Os bebês foram seguidos durante 6 meses. Resultados: Os bebês do grupo do MM-C apresentaram taxas mais baixas de patologias graves (desordens respiratórias, apnéias, aspiração, pneumonia, infecções graves). Não houve diferenças significativas quanto a patologias mais leves. Índices de mortes foram semelhantes nos dois grupos. Também não houve diferenças significativas quanto ao número de mães que amamentaram, devido a proporção destas ser alta em ambos os grupos, pela promoção dessa prática. No serviço houve redução de reinternação dos bebês do MM-C, reduzindo os custos e cuidados.

- **CHARPAK e col., 1997**: Estudo aleatorizado, controlado, conduzido em hospital de Bogotá, 1978. Todos os recém-nascidos \leq 2000g assistidos no período neonatal, inicialmente foram eleitos. Foram seguidos 1084 RNBP e destes, 777 RNBP foram alocados randomicamente, com 396 para o MM-C. Os RN do grupo canguru permaneciam 24 horas/dia em posição vertical e contato pele a pele. Os bebês foram amamentados regularmente, mas utilizou-se fórmula infantil quando necessário, ou seja, quando não conseguiam sugar e ganhar peso. Os bebês do MM-C receberam alta após

a distribuição aleatória independentemente do peso ou idade. As crianças do grupo controle, após a distribuição permaneceram na Unidade de Cuidados Neonatais até terem alta, convencionalmente. Ambos os grupos foram seguidos por 12 meses (idade corrigida); 679 (90%) foram avaliados para evolução quando atingirem a idade termo (40 – 41 semanas de idade corrigida). Resultados: O risco de morte foi semelhante em ambos os grupos e não se verificou diferença quanto aos padrões de crescimento. As infecções nosocomiais foram mais freqüentes no grupo controle. A permanência hospitalar (após ter sido considerada a elegibilidade) foi menor no MM-C, principalmente entre as crianças com ≤ 1800 g. Conclusões: Estes resultados indicam que o MM-C constitui um método seguro para os RNBP em situação clínica estável. Os mesmos resultados conferem legitimidade científica para esse método que já foi adotado em muitos hospitais em todo o mundo e no âmbito de diferentes níveis de cuidados.

- **CATTANEO (1998a)**: Estudo multicêntrico envolvendo três hospitais na Etiópia, Indonésia e México para avaliar efetividade, praticidade, aceitabilidade, custos do MM-C, comparados com cuidados tradicionais. Inicialmente 29% de 649 RNBP foram eleitos para o estudo. Por várias razões (não explicadas) 38% de 463 bebês elegíveis foram excluídos. Os participantes eram RNBP, peso de nascimento entre 1000 e 1999 g independentemente da idade gestacional, com habilidades para respirar, independentes de oxigênio e/ou de líquidos intra-venosos, condições para mamar, sem grandes malformações, mãe presente e colaborativa. 149 bebês randomizados foram assistidos pelo MM-C e 136 para cuidados com métodos convencionais. Resultados: ocorreram 3 mortes em cada grupo e não houve diferença na incidência de doenças severas. Hipotermia ocorreu menos nos RNBP submetidos ao MM-C. Amamentação exclusiva na alta e maior ganho de peso foram mais comuns no grupo do MM-C. O MM-C foi considerado prático e preferencial entre as mães e profissionais de saúde. O MM-C ofereceu menores custos, confirmando que o MM-C é efetivo, prático de baixo custo e com boa aceitação.

Os principais achados dessa revisão, envolvendo 1.362 bebês, com métodos padronizados da *Cochrane Collaboration* para a condução da análise estatística, foram os seguintes:

- Não foi encontrada nenhuma diferença em relação à mortalidade desde a elegibilidade para o uso do MM-C até 41 semanas de idade gestacional corrigida ou até 6 meses de seguimento.

- O MM-C apresentou-se associado a redução do risco de infecção hospitalar com 41 semanas de idade gestacional corrigida [RR= 0,49; IC95% (0,25-0,93)]; redução de enfermidades graves [RR=0,30; IC95%(0,14-0,67); e redução de infecções do trato respiratório inferior no seguimento de 6 meses [RR=0,37; IC95% (0,15-0,89)].

- Os bebês que foram submetidos ao MM-C tiveram maior ganho de peso diário (diferença de médias de 3,6g/dia; [IC95% (0,8-6,4)]).

- Em relação à amamentação verificou-se que foi maior a probabilidade de amamentação exclusiva na alta hospitalar. Nenhuma diferença foi identificada no seguimento (41 semanas ou 1 e 6 meses).

O MM-C foi fator de proteção para a amamentação exclusiva no momento da alta hospitalar (RR 0,41; IC 95% 0,25-0,68).

- O desenvolvimento psicomotor foi semelhante nos dois grupos aos 12 meses de idade corrigida.

- Não houve evidências de diferenças na mortalidade infantil comparando-se os dois grupos.

- Houve redução da probabilidade de insatisfação materna com o tipo de cuidado oferecido ao filho no grupo que fez uso do MM-C.

Os autores responsáveis pela revisão concluem que as evidências são ainda insuficientes para que o método seja recomendado como rotina nos serviços, devido alguns questionamentos feitos acerca da metodologia dos ensaios incluídos, que interferem na credibilidade dos achados gerais. Concluem ainda que apesar do MM-C parecer reduzir a morbidade infantil é necessário a realização de mais experimentos aleatorizados, controlados e com desenho adequado. É importante ressaltar que os autores não

Os principais achados dessa revisão, envolvendo 1.362 bebês, com métodos padronizados da *Cochrane Collaboration* para a condução da análise estatística, foram os seguintes:

- Não foi encontrada nenhuma diferença em relação à mortalidade desde a elegibilidade para o uso do MM-C até 41 semanas de idade gestacional corrigida ou até 6 meses de seguimento.
- O MM-C apresentou-se associado a redução do risco de infecção hospitalar com 41 semanas de idade gestacional corrigida [RR= 0,49; IC95% (0,25-0,93)]; redução de enfermidades graves [RR=0,30; IC95%(0,14-0,67); e redução de infecções do trato respiratório inferior no seguimento de 6 meses [RR=0,37; IC95% (0,15-0,89)].
- Os bebês que foram submetidos ao MM-C tiveram maior ganho de peso diário (diferença de médias de 3,6g/dia; [IC95% (0,8-6,4)]).
- Em relação à amamentação verificou-se que foi maior a probabilidade de amamentação exclusiva na alta hospitalar. Nenhuma diferença foi identificada no seguimento (41 semanas ou 1 e 6 meses).
O MM-C foi fator de proteção para a amamentação exclusiva no momento da alta hospitalar (RR 0,41; IC 95% 0,25-0,68).
- O desenvolvimento psicomotor foi semelhante nos dois grupos aos 12 meses de idade corrigida.
- Não houve evidências de diferenças na mortalidade infantil comparando-se os dois grupos.
- Houve redução da probabilidade de insatisfação materna com o tipo de cuidado oferecido ao filho no grupo que fez uso do MM-C.

Os autores responsáveis pela revisão concluem que as evidências são ainda insuficientes para que o método seja recomendado como rotina nos serviços, devido alguns questionamentos feitos acerca da metodologia dos ensaios incluídos, que interferem na credibilidade dos achados gerais. Concluem ainda que apesar do MM-C parecer reduzir a morbidade infantil é necessário a realização de mais experimentos aleatorizados, controlados e com desenho adequado. É importante ressaltar que os autores não

apontaram estudos que indiquem prejuízos da prática do MM-C aos RNBP ou prematuros.

Outros estudos com diferentes formas e períodos de aplicação do contato pele a pele, recomendam a utilização do MM-C devido a várias razões, entre elas:

- Condições de segurança do método: (CATTANEO e col., 1998b ; CHARPAK e col., 1997; GALE e col., 1993; CHARPAK e col., 2001);
- Aceitabilidade e praticidade do Método (LIMA e col., 2000b ; CATTANEO e col., 1998b; TESSIER e col., 1998).
- Benefícios sociais (ANDERSON, 1991; CHARPAK e col., 1997; GALE e col., 1993; TESSIER e col., 1998).
- Redução de custos (SLOAN e col., 1994; CATTANEO e col., 1998b; LIMA e col., 2000b).
- Melhor condição de vínculo mãe/bebê e maior integração da família: (SLOAN e col., 1994; TESSIER e col., 1998; SILVA, 2003).
- Desenvolvimento motor e cognitivo: em estudo de seguimento e avaliação neurológica, SILVA (2003) verificou melhor tônus muscular e menor incidência de disfunções neurológicas transitórias em RNBP que utilizaram o MM-C. Outros trabalhos demonstram impacto positivo para desenvolvimento motor e cognitivo (FELDMAN e col., 2002; LUCAS e col., 1992).
- Estímulo ao aleitamento materno (WHITELAW e col., 1998; NYQVIST e EWALD, 1999; LIMA e col., 2000b; CHARPAK e col., 2001; RAMANATHAN e col., 2001; SILVA, 2003; COLAMEO, 2004; VENÂNCIO e ALMEIDA, 2004).

O estímulo à amamentação tem sido um ponto fundamental para utilização do MM-C, uma vez que no geral os trabalhos mostram que a prevalência da amamentação nessa população é muito baixa (WOHLBERG e GEARY, 1994 apud NASCIMENTO, 2001; KAUFMAN e HALL, 1989)

2.3. O Método Mãe-Canguru como facilitador na integração da família com o RNBP ao nascer e prematuro

2.3.1. Desenvolvimento do vínculo entre pais e bebês baixo peso ao nascer

Na medida em que o nascimento ocorre prematuramente a família vivencia diversos sentimentos, mediante o desfazer-se de um sonho construído durante a gestação de um nascimento alegre e um bebê saudável. A vontade de poder aconchegar e cuidar do bebê, especialmente para a mãe, dá lugar à angústia e dor da separação, uma vez que o bebê é afastado da família, para ficar sob cuidados especiais de aparelhos e da equipe médica hospitalar. Os pais vivenciam sentimentos de culpa e ansiedade por sentirem-se responsáveis pelo fato do bebê ser de risco e preocupações acerca de sua sobrevivência e desenvolvimento. Frequentemente estes permanecem apáticos e deprimidos, para se protegerem da vivência conflitante dessa situação de dor, luto da perda do bebê desejado em contraposição com a realidade de perceber o bebê real e ainda ter que lhe oferecer cuidados (KLAUSS e KENNEL, 1993; BRAZELTON, 1988; BOWLBY, 2004).

Nesse contexto, a separação dos pais e bebês pode interferir negativamente na formação do vínculo afetivo e posteriormente afetar nos cuidados dessas crianças. KLAUS e KENNEL (1993) apontam para o fato da separação prolongada (devido à prematuridade e conseqüentemente maior tempo de internação) constituir-se em fator de risco para maus-tratos e atraso no desenvolvimento dessas crianças, devido ao afastamento da criança por parte dos pais.

Estudos demonstram que serviços que propiciam o acolhimento dos pais e consideram todos os seus sentimentos e angústias podem minimizar a dor, a culpa e a inferioridade destes, facilitando o processo de aproximação com os bebês.

BELLI, em (1999), estudando as representações sociais das mães acerca da internação do filho na UTI Neonatal, em hospital escola com

cuidados neonatais tradicionais, sem uso do MM-C, verificou que a experiência vivenciada pelas mães de recém-nascidos prematuros (RNPT) ou doentes internados na UTI constitui efetivamente um processo de (re)significação de suas representações sociais, sendo este movimento o que possibilita a participação efetiva e legítima das mães junto ao filho durante a hospitalização. Como resultado desse estudo constatou também que essa experiência poderá ser vivenciada com menos angústia e sofrimento pelas mães, com maior clareza para elas, se os profissionais de saúde, que assistem o seu filho RNBP e PT, tornarem-se disponíveis para estabelecer interações efetivas com essas mulheres, transformando-se em parceiros nessa experiência materna.

VASCONCELOS, em (2004), descrevendo uma experiência da implantação de um grupo de apoio à mãe acompanhante (GAMA) de recém-nascido pré-termo e de baixo peso em um hospital amigo da criança em Recife (PE), com objetivo de identificar o significado de ser mãe acompanhante de recém-nascido de risco e analisar os significados atribuídos à vivência no GAMA, concluiu que a criação de estratégias de apoio assume importância fundamental na perspectiva do cuidado humanizado à mãe e família nas unidades neonatais. Concluiu ainda que essas ações, na medida que proporcionam espaço para novas amizades, aconselhamentos, trocas de experiências, que desmistificam e re-significam conceitos das mães, repercutem positivamente também nos cuidados destas para com seus bebês, inclusive na prática da amamentação.

Ao facilitar a aproximação dos pais com seus filhos prematuros e de baixo peso o Método Mãe-Canguru, auxilia na formação do vínculo, na prática da amamentação e torna os pais mais competentes nos cuidados em geral (COLAMEO, 2004; LIMA, 2000b; CHARPAK e col., 1997; CATTANEO, 1998a).

TESSIER e col. (1998) em estudo aleatorizado, avaliaram 448 mães e bebês prematuros (peso < 2001g), sendo que 246 RNPT participaram do MM-C e 242 receberam cuidados tradicionais no hospital. No seguimento ambulatorial os dois grupos receberam o mesmo tratamento. Os bebês

foram avaliados de duas formas: na primeira, através de um questionário estruturado com escala de pontuação para informações sobre a percepção da mãe quanto ao nascimento prematuro, envolvendo o ambiente social, familiar e institucional da mãe. A percepção das mães sobre o respaldo recebido nesses diferentes contextos também foi avaliada. Outro item referiu-se às preocupações e aos sentimentos da mãe quanto ao seu bebê de baixo peso e ainda a percepção de competência e confiança da mãe quanto aos cuidados do seu RNPT. O questionário foi aplicado logo após o nascimento e com 41 semanas de IG.

Na segunda forma de avaliação (com 41 semanas de IG) utilizaram a filmagem (com 15 minutos) de uma mamada do bebê. Os autores basearam-se, para a avaliação, no protocolo do *"The Nursing Child Assessment Feeding Scale"* que se compoem de 76 itens, organizados de acordo com seis escalas, onde quatro envolvem o comportamento da mãe e bebê e duas descrevem as respostas do bebê mediante contato com sua mãe. Como resultados observaram que aquelas que realizaram o MM-C apresentaram melhor percepção dos sinais do bebê, sentindo-se mais competentes aos cuidados, resultado este relacionado ao efeito de vínculo que pode ser compreendido pelo empoderamento da intervenção MM-C. Demonstraram ainda menos sentimentos de estresse quando o tempo de permanência hospitalar foi aumentado.

FELDMAN e col. (2002) em estudo de caso-controle com mães/bebês prematuros, observaram a interação pais/bebê, depressão materna e percepção da mãe, além do desenvolvimento infantil desses bebês, em 73 duplas que usaram o MM-C, comparadas com 73 duplas do controle. Aos 3 meses de IG corrigida avaliaram a sensibilidade dos pais, temperamento da criança e ambiente da casa. Aos 6 meses de IG corrigida observaram o desenvolvimento cognitivo sendo mensurado através do Teste Bayley-II. A interação pais/bebê foi filmada e analisada posteriormente. Concluíram que o uso do MM-C teve um impacto positivo tanto na interação dos pais com seus filhos, demonstrando estes maior sensibilidade, percepção para os bebês e também melhor interação. Também os bebês demonstraram melhor

organização global, contribuindo para um adequado desenvolvimento neurofisiológico.

No Brasil, FURLAM e col. (2003) estudando a percepção dos pais de bebês prematuros sobre a vivência no Método Mãe-Canguru, em hospital filantrópico no interior do Estado de São Paulo, analisaram a percepção dos pais em quatro núcleos temáticos. Concluíram que estas percepções podem ser divididas em: 1) flexibilização da permanência materna no Método Mãe-Canguru (MM-C); 2) favorecimento da relação mãe-filho e família; 3) crescimento e desenvolvimento do prematuro; 4) desenvolvimento de habilidades para o cuidado com o filho. Quanto ao MM-C as autoras apontaram a maior facilidade e confiança descritos pelos pais em cuidar dos filhos, mediante o uso do MM-C; apontam também a necessidade de formação de rede de apoio informal para suporte da família canguru, envolvendo amigos, vizinhos, parentes. Em relação ao aspecto de desenvolver habilidades para o cuidado do filho, as autoras discutiram a importância nesse processo do apoio dos profissionais competentes não só para o auxílio técnico de suporte exigido pelo bebê, como também quanto às necessidades emocionais maternas.

O estudo de CAETANO (2004) sobre a vivência da família no Método Mãe-Canguru, no Hospital das Clínicas em Minas Gerais, objetivou identificar o significado para a mãe e família dessa experiência, compreender o funcionamento da dinâmica familiar decorrente da permanência da mãe e do filho no MM-C, apreender as transformações familiares provenientes da permanência no método e construir um modelo teórico sobre a experiência. A autora entrevistou 26 pessoas de 18 famílias e identificou os seguintes fenômenos vivenciados pelas mesmas: 1) *Evolução e desfecho não esperados na gestação*: fase em que os pais se deparam com a gravidez e sofrem diante da gestação interrompida; 2) *Prematuridade do filho*: quando os pais entram no mundo da prematuridade, constatando a necessidade de agir pela sobrevivência do filho; 3) *Vivendo a decisão e a experiência junto do filho*: que revela a possibilidade ou não de entrar e permanecer no Método Mãe-Canguru hospitalar. A categoria central do

estudo foi "*Pesando riscos e benefícios entre estar com o filho no canguru ou com a família*", que mostrou que, apesar do MM-C oferecer à família maior proximidade com o RNBP ao nascer, traz também conflitos e exige transformações na dinâmica familiar, bem como submissão às rotinas estressante do hospital, levando a família a ter de colocar em jogo sua capacidade e limitação para atender às duas demandas: a do filho prematuro e da vida familiar. Também foi identificado no estudo que, a necessidade de enfrentar demandas que não estejam usualmente no contexto familiar pode levar a família (principalmente a mãe) a constatar a impossibilidade de participar do método. A autora conclui que é importante ampliar-se o foco de atenção do prematuro e de baixo peso também para a família, considerando suas restrições e recursos contextuais.

2.3.2. Barreiras no acolhimento das famílias

Estudos apontam que, mesmo os serviços humanizados, com a prática do Método Mãe-Canguru, que têm como objetivo a participação das famílias na rotina dos serviços e cuidados com os bebês de baixo peso e prematuros, encontram algumas dificuldades quanto à integração e acolhimento das famílias nas unidades neonatais.

TOMA (2003) estudando a influência das condições hospitalares e da organização familiar sobre a prática do MM-C, no Hospital de Itapevicirica da Serra, da rede pública do Estado de São Paulo, apontou a importância do *apoio de uma rede familiar e de uma equipe compreensiva* como fatores interferentes na decisão das mães para a prática do MM-C. Em seu estudo conclui que, a participação efetiva da mãe no programa, apesar da percepção destas sobre a importância do Método Mãe-Canguru para a recuperação de seus filhos, depende não só de sua vontade, mas também dos conflitos e dificuldades reais de ordem pessoal e familiar. Outros fatores apontados como interferentes para a opção e prática do MM-C foram: perda de uma criança em gestação anterior, presença de outros filhos em casa, participação do pai e de outros membros da família e arranjos domésticos. O estudo sugere que a equipe aprimore seus conhecimentos sobre a rede

familiar envolvido com cada bebê canguru para que o planejamento quanto à organização e arranjos em casa, possa ser feito em conjunto com as famílias e equipe hospitalar, garantindo os cuidados apropriados em cada caso.

COLAMEO (2004), em estudo da avaliação do processo de implantação do Método Mãe-Canguru em hospitais do Sistema Único de Saúde (SUS) no Estado de São Paulo, verificou como resultados que a resistência dos profissionais de saúde à participação da família no MM-C tem causado um prolongamento do tempo dos RNBP e PT no alojamento conjunto e alta hospitalar próxima à dos cuidados convencionais. A autora discute que nos hospitais avaliados, nas 3 etapas do MM-C foi referido resistência dos profissionais de saúde às mudanças nas rotinas. Concluiu também que os hospitais que obtiveram melhores condições de implantação do MM-C foram os hospitais escola, Hospitais Amigo da Criança e com Banco de Leite Humano, além dos que tiveram mais de 12 profissionais treinados pelo Centro de Capacitação MM-C. Finalizando, aponta a necessidade de modificações, no treinamento inicial para empoderar as famílias no MM-C

Em resumo, é importante salientar que o MM-C tem sido apontado como um excelente método na humanização da assistência do RNBP e prematuro, repercutindo positivamente sobre a qualidade de vida destes bebês. Entretanto para o sucesso de sua aplicabilidade é importante o acolhimento das famílias, bem como o empoderamento dos pais para que possam ser verdadeiramente agentes ativos nos cuidados com seus filhos, principalmente pós-alta hospitalar.

2.4. Manejo da alimentação dos recém-nascidos com baixo peso ao nascer e prematuros.

A tarefa de exercer a prática da amamentação exclusiva dos recém-nascidos prematuros e de baixo peso e principalmente mantê-la após a alta hospitalar é um processo bastante complexo que envolve vários aspectos, desde fatores individuais relacionados às condições psicossociais e culturais

das mães, fatores associados às condições clínicas e genéticas dos próprios RNBP, como também relacionados às rotinas dos serviços hospitalares e até à disposição física das maternidades.

Esta é ainda uma prática muito recente e pouco utilizada nos serviços em geral, sendo que as rotinas inadequadas dos serviços hospitalares, como por exemplo a ausência de Bancos de Leite Humano, falta de espaço físico para permanência das mães nas UTIs Neonatais e carência de equipes interdisciplinares preparadas com técnica e conhecimentos suficientes sobre manejo do aleitamento materno e acolhimento das mães, geralmente propiciam o desmame destes bebês ainda dentro dos hospitais (RÉA, 2003; MS, 2002; VANNUCHI e col., 2004; NASCIMENTO e ISSLER, 2004).

Além da adequação de nutrientes que interferirão na sobrevivência desses bebês, o processo de alimentação deve considerar os fatores físicos, neurológicos, cognitivos e emocionais, além de todo o trabalho de interação social, formação do apego, envolvendo a família e equipe de saúde neste processo (AKRÉ, 1989; ALS, 1986; BRAZELTON, 1988).

2.4.1. Uso de leite humano para recém-nascidos prematuros e recém-nascidos baixo peso ao nascer

O leite humano é considerado o alimento ideal para recém-nascidos durante os primeiros seis meses de vida e nutricionalmente, ele é especificamente adaptado para as necessidades dos lactentes (AKRÉ, 1989).

O leite humano é uma substância viva de grande complexidade biológica, ativamente protetora e imunoduladora. É composto por macronutrientes e micronutrientes com algumas funções associadas a eles:

- Macronutrientes: a) proteínas para fornecer aminoácidos essenciais para o crescimento, fatores de proteção como imunoglobulinas etc; b) lipídios, é a fração mais energética do leite e tem sua importância relacionada ao desenvolvimento do tecido neural, entre outros; c) carboidratos, destacando-se a lactose como fonte de energia não proteica e glicose em baixas concentrações.

- Micronutrientes: a) vitaminas lipofílicas como A, D, K e E; b) vitaminas hidrofílicas como C, Tiamina, Riboflavina, Folato, B₆ e B₁₂; c) minerais ditos maiores como cálcio, fósforo, magnésio, sódio, potássio e cloro, e em traços como cobre, ferro, zinco, manganês e selênio.

Além disso, o leite humano provê os recém-nascidos com agentes contra microorganismos, com hormônios, fatores de crescimento e agentes que modulam a função imune (estes em maior concentração no leite das mães de prematuros) e componentes antiinflamatórios (AKRÉ, 1989; VINAGRE, 2001).

Recém-nascidos de baixo peso ao nascer e prematuros têm necessidades nutricionais especiais decorrentes de sua alta velocidade de crescimento e imaturidade funcional (AKRÉ, 1989).

Por muitos anos as características funcionais dos RNBP e prematuro interferiram na opinião e na formação de um consenso entre os especialistas quanto a recomendação do uso do leite humano. Desde a década de 40 realizavam-se pesquisas quanto ao uso de leite humano e fórmula para os prematuros e a literatura da época indicava muita controvérsia sobre esse assunto (TOMA, 2001). No início da década de 80, os estudos começaram a mostrar a especificidade do leite de mães de prematuros, principalmente durante as primeiras duas semanas depois do parto. Este leite contém mais calorias, maiores concentrações de gordura, proteína e sódio e menor concentração de lactose, cálcio e fósforo, além de maior concentração de imunoglobulina secretora do tipo A (Iga secretora), do que o leite de mães de recém-nascidos a termo, considerando ainda suas qualidade antiinfecciosas (GOLDMAN e col., 1986; GROSS e col., 1980; VINAGRE, 2001). Iniciou-se então a formação de um consenso sobre a recomendação do uso do leite da própria mãe para alimentar recém-nascidos de baixo peso nas primeiras semanas de lactação (TOMA, 2001).

Porém, para a nutrição dos recém-nascidos de muito baixo peso (menores de 1500g) devido a própria imaturidade neurológica, complicações e conseqüente dificuldades de sucção, nem sempre era possível utilizar-se o leite ordenhado e fresco de suas mães, o que forçava-os a recebê-lo

posteriormente pasteurizado. Esse leite, já maduro, diferente daquele específico da mãe para o seu filho, durante as duas primeiras semanas depois do parto, era considerado pelos pesquisadores, na época, insuficiente em relação a quantidade de proteína, cálcio, fósforo e, possivelmente outros nutrientes, para um bebê de muito baixo peso ao nascer. Essas deficiências de cálcio e fósforo poderiam manifestar-se posteriormente como Doença Metabólica Óssea da Prematuridade. Apesar disso, devido à importância dos fatores imunológicos e dos fatores que estimulam o sistema gastro-intestinal, seguiram-se as pesquisas sobre o uso do leite humano da própria mãe para os RNBP e prematuros (TOMA, 2001; NASCIMENTO e ISSLER, 2004).

Em 1995, o Comitê de Nutrição da Sociedade Canadense de Pediatria (Canadian Pediatric Society – CPS) realizou uma revisão sobre as necessidades nutricionais do prematuro e concluiu que não é possível estabelecer um único padrão de alimentação para esses bebês devido a ausência de análises fatoriais, de informações sobre os balanços nutricionais, de estudos controlados e dados epidemiológicos, pois estes dados não existem para muitos dos nutrientes (EHRENKRANZ, 2000; VINAGRE, 2001),

Várias organizações, entre elas, a Academia Americana de Pediatria, o fundo das Nações Unidas para a Infância (Unicef), o Ministério da Saúde e a Sociedade Brasileira de Pediatria, concordam que o leite materno é o melhor alimento para o recém-nascido a termo e também para o prematuro e baixo peso ao nascer, considerando sua maior vulnerabilidade (MS, 2002).

Uma das principais indicações do uso do leite humano para bebês de risco (principalmente os RNPT) refere-se às propriedades imunológicas deste e do seu papel na maturação gastrintestinal, principalmente quanto à proteção da enterocolite necrosante (ECN) (LUCAS E COLE, 1990). Foi apontado que a administração de leite humano fresco, ao invés de fórmulas lácteas, diminuiu a incidência de ECN devido à presença no leite de fatores de proteção, como imunoglobulinas, lisozimas, lactoferrinas, macrófagos, linfócitos e neutrófilos.

Foi observado que a mãe que permanece no hospital durante a internação do seu RNBP ou prematuro produz anticorpos contra microorganismos nosocomiais da unidade neonatal, o que é importante para o recém-nato na prevenção da infecção durante a permanência hospitalar (GOLDMAN e col., 1994; VINAGRE, 2001), reduzindo a incidência de infecções graves (HYLANDER e col., 1996), principalmente os submetidos ao Método Mãe-Canguru.

Outras indicações para o uso do leite humano referem-se ainda à proteção de alergia para os prematuros com história de atopia, principalmente nos casos de eczema (LUCAS e col., 1990) e também para a prevenção da retinopatia e da gravidade desta doença (HYLANDER e col., 1996), além de melhor nível de QI (LUCAS e col., 1992).

Porém, na literatura persistem as controvérsias sobre a melhor forma de alimentar os recém-nascidos de muito baixo peso ao nascer (RNMBP) (abaixo de 1500 gramas) e prematuros relacionadas desde às reais necessidades dos nutrientes, como também quanto à segurança e reais condições da sucção destes bebês no peito, somado à avaliação da eficácia e do aproveitamento do que está sendo ofertado (MS, 2002).

Neste contexto, com a preocupação de aumentar-se o conteúdo energético, protéico e de minerais do leite humano ordenhado, desenvolveram-se os chamados “fortificantes do leite humano”, atualmente normatizados pela Norma Brasileira de Comercialização de Alimentos, como “aditivos do leite humano” (mistura de multi-componentes com proteína, cálcio e fósforo), bastante utilizado hoje nos serviços de neonatologia, principalmente nos países desenvolvidos. Porém, há controvérsias quanto a sua utilização, uma vez que nem todos os RNMBP necessitam de tais aditivos e, para aqueles que precisam, vale a pena pesar-se o custo/benefício desta prática.

Meta-análise realizada com o objetivo de determinar se o uso dos aditivos ao leite humano leva a um melhor crescimento, melhor desenvolvimento neurológico e mineralização óssea, sem trazer efeitos adversos conclui (KUSCHELL e HARDING, 2001):

- Em curto prazo há aumento no ganho de peso (3,7g/kg/dia), crescimento linear (0,18 cm/semana, a mais) e do perímetro cefálico (0,14cm/semana, a mais).
- A longo prazo faltam dados sobre benefícios para o crescimento geral, desenvolvimento neurológico e a mineralização óssea (sendo que não há diferenças apontadas nos estudos selecionados).
- Há poucos dados para conclusões sobre estudos adversos possíveis para os RNMBP e pequeno número de crianças estudadas, além das perdas de seguimento, que reduzem ainda mais a segurança destas afirmações.

Outra questão importante de ser abordada, refere-se ao fato das mães dos RNBP e prematuros, principalmente os quais ficaram internados em UTI Neonatal, precisarem ser muito estimuladas e orientadas para iniciar a ordenha, o mais precoce possível, para manutenção da lactação e administrar seu leite para os RNBP que ainda não podem sugar diretamente ao peito. Nesse aspecto, a atuação da equipe do Banco de Leite vem se mostrando imprescindível nos hospitais maternidades, como apoio a estas nutrizes e suporte para as unidades de neonatologia. Os bancos de leite humano tem se destacado com papel imprescindível nesta tarefa de administração de leite humano para os recém-nascidos prematuros e de baixo peso, que, devido sua dificuldade inicial de sucção, dificultam a manutenção da produção láctea de suas mães, sendo necessário inicialmente a complementação com leite pasteurizado, do Banco de Leite, para complementar a dieta prescrita (MATTAR, 2004).

Para solucionar o grande desafio de iniciar e manter a amamentação nesta população de bebês de risco é imprescindível que a equipe de neonatologia, profissionais que integram o programa Mãe-Canguru e equipe do banco de leite tenham um trabalho integrado e discutam as possibilidades viáveis em cada serviço, adaptando-as as necessidades de cada caso.

2.4.2. O Método Mãe-Canguru e o início da amamentação

Os critérios para iniciar a amamentação de recém-nascidos pré-termo e baixo peso são controversos. Tradicionalmente, na maioria dos serviços, esses bebês são estimulados a iniciar a sucção ao peito somente quando alcançam o peso \geq a 1500g e a idade gestacional próxima a 34 semanas ou mais, fase em que espera-se que esses bebês desenvolvam suas habilidades de sucção/deglutição, com condições de ingerir todo o volume de leite prescrito por mamadeira. Muitas vezes as mães nem recebem incentivo para amamentar seus bebês, os quais saem de alta hospitalar já desmamados (BOO e GOH, 1999; NASCIMENTO e ISSLER, 2004).

O MM-C além de propiciar a amamentação precoce, ainda favorece a observação da equipe e da mãe, quanto ao padrão de sucção dos RNBP, pelo maior tempo de contato e conhecimento entre mãe e RN (ROCHA e col., 2002). O conhecimento deste padrão é fundamental para intervenção precoce de possíveis alterações orais.

O fonoaudiólogo é um dos profissionais da equipe interdisciplinar que atua nos problemas de alimentação, auxiliando nas dificuldades orais dos bebês e na transição da sonda para a amamentação efetiva no peito. O funcionamento oral incorreto na sucção ao peito, pode acarretar principalmente baixo ganho ponderal nessa população, atrasando a alta (SANCHES, 2002; NYQVIST e EWALD, 1999).

Na literatura há controvérsias quanto a melhor forma de realização da estimulação oral para os bebês prematuros e baixo peso, desde a fase da transição da sonda para via oral (CAETANO, 2003; SOARES, 2002; LIMA 2002a; FUJINAGA, 2002), bem como posteriormente quanto aos aspectos que envolvem o uso de complemento numa fase intermediária de sucção ao peito ainda não nutritiva (STINE, 1990; LANG, 1999; KLIETHERMES e cols, 1999). Atualmente é amplamente aceito que a estimulação oral, através da sucção não-nutritiva (SNN), para o recém-nascido pré-termo propicia muitos benefícios, entre eles, promover uma transição mais rápida da alimentação gástrica para via oral, um maior ganho de peso, controle dos estados de consciência, aceleração da maturação do reflexo de sucção, aumento do

trânsito gastrointestinal, alta hospitalar precoce e conseqüentemente custo da internação. (CASE-SMITH, 1988; MCCAIN, 1992; GAEBLER e HANZLIK, 1996; PICKLER e col., 1996; SOARES, 2002; FUCILE, 2002).

Em artigo de revisão bibliográfica (Medline e Lilacs – 1981 a 1999), sobre utilização de sucção não-nutritiva (SNN) em bebês prematuros e como se processa a transição da alimentação gástrica para a oral, CAETANO e col. (2003) concluem que na grande maioria dos trabalhos o instrumento mais utilizado para a SNN foi a chupeta seguido do bico da mamadeira. Os critérios considerados pelos serviços para a transição foram idade gestacional variando de 30 a 35 semanas, peso de nascimento (entre 1400g a 1800g) e condições clínicas estáveis dos RNPT (ausência de alterações cardio-respiratórias, neurológicas e gastrointestinais). Os autores discutem possíveis falhas metodológicas nos trabalhos, que muitas vezes não mencionam em que condições foi realizada a transição alimentar, nem tampouco as características da sucção neste período. Outro ponto salientado pelos autores é a ausência de questionamento do uso da chupeta como procedimento técnico e sua possível interferência no padrão de sucção dos bebês.

Alguns trabalhos referem que a sucção da chupeta pode interferir no aprendizado correto da sucção e ordenha do peito, fenômeno conhecido como "confusão de bicos", em alguns casos ocasionando problemas na amamentação (NEIFERT e col., 1995; RIGHARD e ALADE, 1992; BARROS e col., 1995). Há indícios também que o uso da chupeta pode propiciar uma diminuição na freqüência diária da amamentação, reduzindo a estimulação do peito, resultando em um decréscimo de produção de leite e um encurtamento da duração da amamentação (HOWARD e col., 1999; SOARES e col., 2003).

Uma técnica bastante utilizada para treino da sucção não nutritiva (SNN) nos hospitais credenciados como "Amigos da Criança" (SES/SP, 2002) refere-se a "*técnica da mama vazia*", descrita por NARAYANAN e col. (1991) na Índia, para bebês prematuros e doentes, que não conseguem retirar todo leite necessário para um adequado suporte calórico. A técnica

consiste em esvaziar inicialmente o peito da mãe (pode ser ordenha manual) e depois deixar o bebê treinar a sucção na mama esvaziada; o leite retirado é ofertado para o bebê através da sonda oro ou nasogástrica, após o treino da sucção. O tempo e número e episódios de sucção vai aumentando gradativamente e o ganho de peso é sempre monitorado. Os autores salientam a importância da técnica pela fácil aplicabilidade e incentivo ao aleitamento materno, promovendo experiência precoce de sucção, antes mesmo da retirada da sonda.

A fase de transição alimentar para a amamentação exclusiva também não tem sido estudada extensivamente e ainda existem muitos questionamentos quanto à alimentação complementar durante a fase não-nutritiva da amamentação (frequentemente necessária para atingir a necessidade nutricional do recém-nascido prematuro e baixo peso), assim como a decisão de manter a amamentação exclusiva, sem uso de complemento (KLIETHERMES e col., 1999; STINE, 1990)

KLIETHERMES e col. (1999), compararam a utilização da sonda orogástrica, incentivo para os RNPT e BP irem precocemente ao peito ainda com uso da sonda) e a mamadeira como meios de complementação para fase de transição da sonda para amamentação exclusiva, dentro de um programa de suporte para estabilidade na amamentação, em estudo prospectivo, aleatorizado, realizado no Centro Perinatal de Kansas/EUA. Os sujeitos da pesquisa foram 84 RNPT amamentados com peso entre 1000g a 2500 g. As medidas mensuradas para o estudo são as taxas de aleitamento materno exclusivo ou parcial, alta dos cuidados intensivos e tomadas posteriores à alta UTI com 3 dias, 3 meses, 6 meses para verificação do AM. Após o ajuste dos fatores de confusão, odds ratios (com intervalo de confiança de 95%) mostrou que os grupos que receberam complemento por SNG foram 4.5 vezes (1.4 para 14) mais bem sucedidos no aleitamento materno na alta da UTI e 9.4 vezes mais bem sucedido para o aleitamento exclusivo, comparados ao grupo que utilizou mamadeira. Como conclusão do estudo, identificaram que o uso da complementação por SNG durante a

transição da alimentação oral aumentou o sucesso da alimentação tanto na alta da UTI, como posteriormente no seguimento do bebê.

Para auxílio da transição da alimentação por sonda para amamentação nutritiva, o Ministério da Saúde (MS, 2002) recomenda que seja utilizada a *técnica da translactação* (LIMA, 2000a), desenvolvida no Instituto Materno Infantil do Pernambuco (IMIPE), um dos pólos de capacitação do MM-Canguru do Brasil. Esta consiste em proporcionar ao bebê a sucção do peito simultânea a uma sonda (gástrica – Nº 4) acoplada a uma seringa pela qual flui leite durante a sucção do bebê. A seringa é presa com fita aderente à mãe e a sonda deve ser fechada, respeitando as pausas respiratórias do bebê, facilitando a coordenação da sucção/deglutição/respiração (MS, 2002)

O desenvolvimento da sucção nutritiva durante amamentação em prematuros tem sido descrita geralmente em estudos com número restrito de casos ou estudos realizados com amostras reduzidas. Relatos de casos têm mostrado que crianças que começam a amamentação, entre 32-37 semanas de idade gestacional, apresentam rajadas de sucção que consistem de 2-8 sucções por pausa, como de bebês maduros. Com o tempo, o prematuro mostra aumento gradual do vigor e velocidade da sucção, além do volume retirado, condizente com melhor manutenção do estado de alerta e organização global (ARIAS, 1998; NYQVIST e EWALD, 1999; STINE, 1990).

O Ministério da Saúde (MS, 2002) recomenda como técnicas para estímulo da sucção em bebês baixo peso e prematuros:

- Mudanças no posicionamento entre mãe/bebê: sugere-se a posição invertida (bebê é colocado abaixo da axila, no colo da mãe de forma que o quadril seja apoiado pelo cotovelo e a cabeça pela mão) e a posição cavaleiro (bebê sentado de frente para o peito, sobre a perna da mãe).
- Mão de bailarina: técnica na qual a mãe coloca a mão em forma de cálice sobre a mama, segurando-a e com o indicador e o polegar apóia a mandíbula do bebê.
- Estímulo com gotas de leite
- Estímulo com o dedo intra-oral (sucção não-nutritiva)

- Não utilizar chupeta: o estímulo da sucção deve ser suprido com a técnica da sucção digital (que pode ser utilizada pela própria mãe) além do colo e contato desta no Método Canguru.

Como técnicas para estímulo da deglutição:

- Posição invertida e mão em "C" sobre a mama
- Compressão rítmica das mamas
- Reflexo de Santmyer (acima de 33 semanas): consiste em leve sopro sobre a face do bebê.

Recomenda-se ainda a *técnica do "cup feeding"* (LANG e col., 1994) ou técnica do copinho para complementação da dieta oferecida por gavagem ou no seio materno (no caso de bebês iniciando a amamentação). Para essa técnica recomenda-se segurar o bebê, em estado de alerta, sentado ou semi-inclinado no colo da mãe ou do cuidador. Estimular o lábio inferior com a borda do copinho e esperar que o bebê sozinho retire o leite, com movimentos da língua (não se deve derramar o leite na boca do bebê).

ROCHA e col. (2002), realizaram um estudo de avaliação de impacto do uso do copinho comparado com mamadeira na alimentação de 78 RNPT (idade gestacional entre 30 a 36 semanas) e peso < 1700g, em estudo aleatorizado, em Hospital de Ribeirão Preto, São Paulo. O impacto do uso do copo na alimentação foi medido através dos índices de ganho de peso, saturação de O₂ e taxas de amamentação. Concluíram que não houve diferenças significativas nos 2 métodos quanto: presença de problemas alimentares (como broncoaspiração e apnéia), ganho de peso e prevalência da amamentação na alta. Concluíram que o copo, porém, traz benefícios em relação a saturação de O₂ (sendo que a dessaturação foi menor no grupo do uso do copo) e na prevalência da amamentação, nos que a mantiveram após a alta hospitalar.

Todo o processo que envolve a transição da alimentação bem como a decisão de início da amamentação exclusiva com uso ou não de complemento requer habilidades especiais da equipe e integração desta, participação e apoio à família, além de profissionais especializados no diagnóstico e intervenção das possíveis dificuldades orais do bebê.

2.5. Manutenção do Aleitamento Materno Exclusivo dos recém-nascidos baixo peso ao nascer e prematuros.

Na literatura são poucos os estudos de seguimento que priorizam verificar fatores associados à prática do AME, especificamente dos RNBP ou prematuros, ou estudos que se refiram a avaliação do impacto de práticas que podem beneficiar o aleitamento materno envolvendo os RNBP e prematuros.

Na área de aleitamento materno verifica-se cada vez mais uma preocupação e cuidado entre os pesquisadores na adoção de critérios nos estudos, considerando-se especificamente para análise dos dados os resultados diferenciados da população em aleitamento materno exclusivo.

VENÂNCIO (2002) estudou a influência de atributos individuais e contextuais do aleitamento materno exclusivo nos primeiros seis meses de vida em 111 municípios do Estado de São Paulo, em uma amostra total de 34.435 crianças menores de seis meses. Verificou como *fatores de risco para interrupção precoce do aleitamento materno exclusivo*: baixa escolaridade materna, primiparidade, mães com idade inferior a 20 anos, crianças de sexo masculino, baixo peso ao nascer e não acompanhamento ambulatorial na rede pública. Identificou ainda influência positiva de ações municipais pró-amamentação sobre o AME (após controle de variáveis individuais), sendo que em municípios onde ocorre, no mínimo, 04 ações pró-amamentação, atenuou-se o risco relativo de desmame da baixa escolaridade e do baixo peso ao nascer e transformou-se o acompanhamento na rede pública em fator de proteção para o AME. Como política do município pró-amamentação (proteção, promoção e apoio ao aleitamento materno) considerou o município ter uma política municipal, como a monitorização da Norma Brasileira de Comercialização de Alimentos (NBCAL), realização da "Semana Mundial da Amamentação", possuir um hospital credenciado como "Amigo da Criança", com banco de leite humano, incluindo cursos de aleitamento materno para equipes de saúde, atuação de equipe multiprofissional e realização de pesquisas em AM.

VANNUCHI e col. (2004) realizaram estudo sobre avaliação do impacto da Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC) em Londrina (Paraná), sobre a prática do aleitamento materno durante a internação de recém-nascidos de risco em unidades de neonatologia e durante os primeiros seis meses de vida. Concluíram que, apesar da IHAC não ter como objetivo central promover a amamentação dos RN de risco, apresenta-se como uma forma de mobilização em prol da amamentação para os profissionais de saúde que trabalham nos serviços obstétricos e de pediatria. A IHAC que se refere a uma estratégia mundial desenvolvida pela Organização Mundial de Saúde (OMS) e UNICEF, tem como principais objetivos promover, proteger e apoiar o aleitamento materno através dos "Dez Passos do Sucesso para o Aleitamento Materno". Neste estudo comparando-se a *duração do aleitamento materno e AME* até os 6 primeiros meses de vida antes (1994) e depois da implantação da IHAC (1998), os autores demonstraram que houve aumento expressivo do percentual de crianças em aleitamento materno exclusivo (de 1,9%, em 1994, para 41,7%, em 1998) e a alimentação exclusiva por fórmula, que antes era de 17,9%, deixou de ser indicada em 1998, nesse serviço. Em relação à duração do AME, o tempo mediano aumentou de 12 para 45 dias.

FEWTRELL e col. (2003) em estudo probabilístico e prospectivo, envolvendo coorte de RNT e RNPT, provenientes do Instituto de Saúde da Criança de Londres, estudaram os fatores associados com desmame precoce (introdução de fórmulas e sólidos) e a idade dos recém-nascidos no desmame, comparando grupos de RNT com adequada idade gestacional (AIG), pequenos para a idade gestacional (PIG) e *com grupos de RNPT*. Os autores concluíram que todos os bebês do estudo receberam introdução de sólidos antes dos 4 meses de idade. Os bebês que recebiam fórmula apresentaram introdução de sólidos, em média, 2 semanas mais precocemente que os bebês que estavam sendo alimentados no peito. Nas 3 coortes o alto índice de educação materna associou-se com maior duração do aleitamento materno exclusivo e nos 2 estudos dos RN termo também associou-se o maior nível sócio econômico das mulheres. Para os bebês

termo os fatores específicos associados com precoce introdução de sólidos foram já estar utilizando fórmula, mães mais jovens e alto peso de nascimento. Entre os RNT e PIG verificou-se associação entre tabagismo na gestação. Já para os *RNPT* os fatores associados à precoce introdução de sólidos foram o baixo consumo de leite humano utilizado durante o período neonatal e o fato da mãe ser fumante na gravidez.

Estudo específico sobre características de bebês prematuros e das mães associados ao aleitamento materno exclusivo e parcial e ao comportamento da amamentação, foi realizado no Hospital Universitário da Suécia (NYQVIST e EWALD, 1999). Através de um estudo de coorte prospectiva, 71 mães/bebês prematuros foram acompanhados, incluindo-se bebês estáveis clinicamente, com ausência de broncodisplasia pulmonar e hemorragia pulmonar grau III ou IV, ou síndromes que repercutissem sobre o padrão da alimentação. Os bebês foram avaliados através da Escala de Comportamento da Amamentação para Prematuros (PIBBS), sendo que altos escores nesta escala, significavam alta competência no padrão de amamentação. O hospital possuía rotinas humanizadas, nas quais o contato pele a pele precoce era estimulado, a mãe ficava junto do bebê internado e evitava-se uso de mamadeira. Através da análise de regressão múltipla as variáveis que se mostraram associadas à eficiência dos bebês na amamentação foram: maior peso de nascimento, menor necessidade de oxigenoterapia, maior nível de hemoglobina, ausência do uso de mamadeira, ausência de apnéia e infecção. Os fatores maternos que se associaram à alta competência na amamentação foram: experiência anterior na amamentação e baixo nível educacional. Os bebês de maior risco, com problemas de apnéia, baixo nível de hemoglobina e grandes períodos de separação das mães estabeleceram amamentação com idade gestacional maior. Os bebês com idade gestacional e peso mais baixo ao nascimento foram os que apresentaram maior dificuldade na competência da amamentação e dificuldade na prática do aleitamento materno exclusivo.

Em relação aos estudos envolvendo aleitamento materno dos bebês baixo peso ao nascer e prematuros encontrados na literatura no Brasil, a

maioria refere-se à descrição de rotinas dos serviços que utilizam o Método Mãe-Canguru indicando a prevalência do aleitamento materno exclusivo nesta população, durante as etapas do método preconizados pelo Ministério da Saúde.

Em serviços que utilizam o Método Mãe-Canguru no Brasil, pode-se observar taxas significativas de prevalência de amamentação exclusiva. SILVA (2003) no Hospital de Itapeceira da Serra (HGIS), em São Paulo, estudando 75 recém-nascidos prematuros (idade gestacional média de 32, 5 semanas), com peso médio de 1565g, refere que 88% dos bebês encontravam-se em aleitamento materno exclusivo (AME) no período de alta hospitalar, 78% em aleitamento materno (AM) aos 3 meses de idade e 60% em (AM) aos 6 meses, observado no ambulatório de seguimento desse serviço.

LIMA (2000b) em estudo de 114 prematuros (idade gestacional média de 33,4 semanas) e peso médio de 1475 g, no Instituto Materno-Infantil de Pernambuco, Recife, verificou que 88% estavam em AME na alta hospitalar, sendo que 63% permaneciam em AME aos 3 meses, os quais participaram do Método Mãe-Canguru.

Em Joinville (Santa Catarina), NASCIMENTO (2001) estudando a amamentação em uma coorte de 244 RNPT na ocasião da alta da Unidade Neonatal de risco, verificou a possibilidade da prática da amamentação exclusiva nessa população, considerando a postura hospitalar favorável (com serviços humanizados) e apoio de uma equipe multiprofissional (neonatologistas, equipe de enfermagem, nutricionistas, terapeutas ocupacionais, assistentes sociais e fonoaudiólogos). Como resultado identificou a frequência de Aleitamento Materno de 94,6% e em AM exclusivo 84,4% e 5,4% em desmame.

A prática da amamentação exige, porém, muita atenção por parte da equipe interdisciplinar e um monitoramento da relação mãe-bebê, bem como do padrão de sucção e desenvolvimento das mamadas constantes, além de profissionais especializados e uma equipe que acolha e incentive mães e familiares, ajudando-os a superar suas frustrações e expectativas.

2.6. Justificativa do estudo

A realização deste estudo justifica-se pelos conhecimentos atuais dos benefícios da amamentação exclusiva para os bebês de risco, como os de baixo peso ao nascer e os prematuros, principalmente pelas dificuldades práticas em manter o aleitamento materno exclusivo nesta população. Na literatura há um número reduzido de estudos que tratam dos fatores associados à prática da amamentação exclusiva dos RNBP, relacionados com a utilização do Método Mãe-Canguru (MM-C).

Este estudo foi realizado em um “Hospital Amigo da Criança”, pioneiro na implantação do Método Mãe-Canguru como rotina, que oferece serviços humanizados, com atuação de uma equipe interdisciplinar voltada para a promoção e assistência ao aleitamento materno e privilegia a participação e colaboração dos familiares, trazendo benefícios para a amamentação exclusiva dos recém-nascidos baixo peso e prematuros.

Pretende-se neste trabalho verificar quais são os fatores que podem influenciar a interrupção do aleitamento materno exclusivo, pós-alta hospitalar, e como esses fatores se relacionam de modo a torná-la viável. Pretende-se ainda descrever os aspectos do funcionamento oral mais relevantes que podem interferir no estabelecimento da amamentação.

3. OBJETIVOS

3.1. Objetivo Geral

Identificar fatores sociodemográficos, maternos, neonatais e do funcionamento motor-oral associados à interrupção da amamentação exclusiva até os três meses de vida dos recém-nascidos de baixo peso ao nascer, assistidos no Método Mãe-Canguru.

3.2. Objetivos Específicos

- Descrever as características do grupo estudado, referente às condições sociodemográficas, assistência ao pré-natal e condições de nascimento dos RNBP, assistência hospitalar puerperal, participação no Programa Mãe-Canguru e seguimento ambulatorial até o 3º mês de vida.

- Verificar a proporção de binômios de mães/ recém -nascidos de baixo peso que apresentaram dificuldades iniciais no estabelecimento da amamentação exclusiva e na continuidade desta.

- Descrever as alterações no funcionamento motor-oral que interferem no padrão de pega e sucção dos recém-nascidos baixo peso no início da amamentação.

4. MÉTODOS

4.1. Área do Estudo

O estudo foi realizado na *Maternidade do Hospital Estadual Guilherme Álvaro (HGA)*, hospital escola da *Faculdade de Ciências Médicas de Santos (UNILUS)*. O HGA, antigo hospital de isolamento para tuberculosos, fundado em 1911, foi re-estruturado em 1967 para funcionamento como hospital geral. É um hospital de grande porte¹, contando com 265 leitos e 44 leitos obstétricos. Este apresenta um movimento mensal de 900 admissões, 11.200 consultas ambulatoriais e ainda 150 partos/ mês. (Fonte: SAME – HGA/ 2003)².

O HGA situa-se no município de Santos, localizado no litoral sul do Estado de São Paulo, a 72 Km da Grande São Paulo, pólo da região metropolitana da Baixada Santista, composta de nove municípios, sendo estes: São Vicente, Praia Grande, Mongaguá, Itanhaém, Peruíbe, Guarujá, Cubatão e Bertioga Abriga uma população de 420.000 habitantes.

Existem no município de Santos três hospitais com maternidades, que atendem pacientes do SUS, sendo dois públicos, dentre eles o **Hospital Guilherme Álvaro** e um conveniado com o SUS.

O HGA foi o segundo hospital do Brasil a receber o título de “Hospital Amigo da Criança (1993)”, contando com equipe interdisciplinar e especializada atuando diretamente em programas pró aleitamento materno.

Desde 1991, o hospital instituiu o “Programa-Mãe Canguru”, inédito no país na época, baseado na proposta desenvolvida em Bogotá (Colômbia), com o objetivo de humanizar o atendimento ao recém-nascido baixo peso ao nascer e prematuro.

Atualmente o HGA é um dos hospitais públicos que serve de referência para as gestantes de alto risco da Baixada Santista, sendo que as

¹ Boletim de indicadores – PROAHSA (Nº 3/1997)

² Dados foram obtidos em pesquisa anterior realizada nesse mesmo hospital (HGA), com população semelhante (SEGAL 1996; SANCHES, 2000).

puérperas atendidas caracterizam-se principalmente por serem mulheres jovens e de nível sócio-econômico menos favorecido. O HGA serve também como sede para o **Centro de Lactação de Santos**, um dos polos de capacitação de referência nacional para promoção do aleitamento materno.

À época da realização deste estudo, a equipe interdisciplinar que atuava na Unidade de Neonatologia do HGA, era composta por uma assistente-social e uma psicóloga (ambas fixas desta unidade), uma terapeuta ocupacional e uma fonoaudióloga trabalhando em rotina de visitas diárias à unidade (4 horas, em média, na unidade), uma fisioterapeuta, dois médicos diaristas (sendo um supervisor da equipe médica de neonatologia), um plantonista, duas enfermeiras chefes, além de todo o corpo de auxiliares de enfermagem. Também atuavam na Maternidade alunos internos do 5º ano de Medicina e quatro residentes, permanecendo sempre um residente em estágio durante 3 meses nessa unidade. A equipe constava também com duas psicólogas, três fonoaudiólogas e duas assistentes sociais, por ano, que faziam parte do Curso de Aprimoramento Profissional (Fundap) e que atuavam em conjunto com suas supervisoras na unidade (*Anexo 1*).

4.2. Assistência à saúde da mulher e da criança em Santos

Desde 1989 desencadeou-se o processo da municipalização dos serviços de saúde em Santos, com instalação das unidades básicas de saúde, totalizando 25 na área continental no período deste estudo. Esse processo que envolveu a busca da universalidade, integralidade, descentralização, hierarquização e equidade, com policlínicas contando com equipe interdisciplinar, fácil acesso à população pela distribuição estratégica destas e programas com enfoque na detecção de risco, tornou Santos conhecida como a cidade onde o SUS deu certo (MATOS, 2001; PATELLA, 2001).

Os serviços que integravam o Sistema Único de Saúde em Santos, à época deste estudo, eram: 25 Unidades Básicas de Saúde (UBS); 04 ambulatórios de especialidades; 05 Núcleos de apoio Psico-Social

(psicóticos e neuróticos graves); Programa de Saúde Bucal – atendimento móvel, domiciliar, preventivo em odontologia (incluindo gestantes e bebês); 01 Núcleo integrado da Criança (HIV+); 01 Casa da Gestante (acompanhamento e internação da gestante de alto risco, localizada ao lado do HGA); 03 Centros de Valorização da Criança (atendimento a vítimas de maus tratos, com problemas escolares) e o Programa de Vigilância do Recém Nascido de Risco, sendo estes últimos voltados especialmente para a assistência à saúde da mulher e da criança.

O Programa de Vigilância do Recém Nascido de Risco iniciou-se em 1991 e permanece até os dias de hoje, com objetivo de identificar os RN com risco de morrer em seu primeiro ano de vida, identificando-os em todas as maternidades do município. Posteriormente, o programa registra e segue os bebês internados antes do primeiro ano de vida, com auxílio dos critérios definidos pelas UBS (PATELLA, 2001).

Realizam-se em Santos, até os dias de hoje, reuniões do Comitê de Prevenção da Mortalidade Perinatal, criado em 1995 e oficializado em 1999, que conta com a participação de hospitais públicos e privados, inclusive o HGA. O Comitê analisa a evitabilidade dos óbitos e a responsabilidade pelos mesmos (MATOS, 2001).

4.3. Programa Mãe-Canguru no Hospital Guilherme Álvaro

No HGA, durante o período de aplicação deste estudo realizava-se o MM-C compreendendo somente as 2ª e 3ª Etapas, pois o hospital não contava com Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN). Existiam três leitos (incubadoras) para cuidados intensivos neonatais, montados na UTI pediátrica do hospital, para emergências e casos mais graves eram transferidos para outros serviços de referência. Próximo ao alojamento conjunto localizava-se a unidade de cuidados intermediários, contando com seis leitos para assistência aos recém-nascidos de médio risco.

Uma vez que o Programa Mãe-Canguru do HGA iniciou-se em agosto de 1991, antes da normatização do Ministério da Saúde, existiam algumas

diferenças quanto à aplicação do método, mediante as recomendações atuais do Ministério (*Anexo 1*)

O Ambulatório de Baixo Peso ao Nascer do HGA encontra-se, até os dias de hoje, integrado com a rede de serviços de saúde municipal, por meio do “Programa de Vigilância ao Recém-Nascido de Risco” (já descrito anteriormente), que quando necessário realiza visitas domiciliares, com objetivo de conhecer o ambiente familiar, realizar busca ativa de RNBP e prematuros faltosos ao seguimento ambulatorial do HGA (além dos outros hospitais e da própria rede municipal) e ainda para sensibilizar a família quanto aos cuidados do RN de Risco. Para os RNBP de outros municípios é ainda solicitada a busca ativa através do serviço social, através de contatos telefônicos diretamente com esses profissionais, para localização e integração da família.

4.4. Delineamento do estudo

Estudo de coorte retrospectivo (PEREIRA, 1995; TRIOLA, 1999)

4.5. Amostra

Esse estudo foi composto por 111 duplas de mães e seus respectivos recém-nascidos de baixo peso, cujos partos foram realizados no Hospital Guilherme Álvaro, no período de 1998 a 2001.

4.5.1. Critérios de inclusão

Como critérios de inclusão considerou-se:

- Peso de nascimento igual ou inferior a 2250 gramas;
- Apgar de cinco minutos ≥ 7 ;
- RNBP e prematuros submetidos ao MM-C, de modo integral (por 24 hs) pelo menos durante três dias no período hospitalar;

-RNBP e prematuros que mantiveram o seguimento ambulatorial no Ambulatório de Baixo Peso ao Nascer do HGA, no mínimo por três meses consecutivos.

As duplas de mães/recém-nascidos baixo peso ao nascer e prematuros considerados integrantes do MM-C no serviço e conseqüentemente neste estudo, foram aquelas incluídas por livre escolha da família, orientadas e acompanhadas pela equipe multiprofissional do HGA.

Considerou-se o tempo de permanência de três dias, de modo integral no MM-C, como mínimo necessário para medir-se os efeitos do contato pele a pele, interação entre mãe-bebê e equipe, baseado em outros estudos de seguimento utilizando-se o Método Canguru (SILVA, 2003).

4.5.2. Critérios de exclusão

Como critérios de exclusão, considerou-se:

4.5.2.1. Para os RNBP e prematuros

- intercorrências graves, incluindo os RNBP e prematuros que necessitaram de cuidados de UTIN em outro hospital;
- síndromes genéticas evidentes ou suspeitas e/ou malformações de cabeça/pescoço que poderiam interferir na amamentação;
- sintomas sugestivos de alteração neurológica ou diagnóstico neurológico no período neonatal ou no período ambulatorial que implique em retardo no desenvolvimento neuro-psico-motor;
- bebês portadores de broncodisplasia pulmonar
- óbitos neonatais, bem como os RNBP que faleceram antes de completar o 3º Mês de seguimento ambulatorial.

4.5.2.2. Para as mães:

Como critérios de exclusão para as mães considerou-se:

- mães que sofreram intercorrências graves que impedissem ou dificultassem o aleitamento materno;

- portadoras de HIV;
- doença mental severa;
- usuárias de drogas;
- anormalidades mamárias, inclusive dos mamilos (bico totalmente invertido), que impossibilitam a amamentação;
- portadoras de problemas psiquiátricos já diagnosticados, fazendo uso de lítio;
- mães com neoplasia em tratamento quimioterápico.
- mães que evoluíram a óbito durante o desenvolvimento deste estudo

4.6. Variáveis do estudo:

4.6.1. Variável dependente:

A variável desfecho ou dependente do estudo é a *Interrupção do aleitamento materno exclusivo* até o 3º Mês de vida.

O termo aleitamento materno exclusivo (AME), segundo a padronização da OMS de categorias para o aleitamento materno (*Anexo 2*), refere-se aos casos onde o bebê recebeu apenas leite materno de sua mãe ou ama-de-leite, ou leite materno ordenhado e não recebeu outros líquidos ou sólidos com exceção de vitaminas, suplementos minerais ou medicamentos (WHO, 1991).

Neste estudo adotou-se os termos aleitamento materno exclusivo (AME) para os casos dos bebês que praticaram amamentação exclusiva e para aqueles que utilizaram complemento por copinho de leite humano ordenhado pós mamada. Utilizou-se aleitamento misto (AM) para bebês submetidos à dieta com leite materno associado a leite de fórmula ou integral de vaca. Para bebês que não utilizavam mais leite materno extraído diretamente do peito ou ordenhado foi considerado interrupção do aleitamento materno.

Como critério de manutenção do AME até o 3º mês de vida, consideraram-se:

1) Os RNBP que apresentaram essa prática no decorrer dos três primeiros meses de vida,

2) RNBP que apresentaram curtos períodos de interrupção da amamentação e/ou que praticaram aleitamento misto (não excedendo uma semana) e que retornaram à prática da amamentação exclusiva após esse período.

4.6.2. Variáveis independentes

As variáveis selecionadas para este estudo foram agrupadas em blocos. A seguir serão apresentados todos os blocos com as variáveis correspondentes, bem como as categorias adotadas para este estudo. Estas categorias foram estabelecidas em função da experiência clínica que aponta para a divisão destas, como também nos percentis, buscando-se construir categorias que discriminassem, da melhor forma, os grupos de RNBP, *em situação de maior risco*.

Quadro 1. Variáveis sociodemográficas (Bloco 1)

Variáveis sociodemográficas	Categorização
Idade da mãe (anos)	≤ 18 19 – 34 ≥ 35
Escolaridade da mãe	Analfabeta 1º Grau inc + compl 2º Grau completo/superior
Procedência	Santos São Vic., Cubatão, P.Grande Outros municípios
Vínculo empregatício mãe	Trabalha com registro Trabalha sem registro Do lar/desempregada Estudante
Presença de companheiro	Não Sim
Vínculo empregatício pai	Trabalha com registro Trabalha sem registro Desempregado
Número de filhos	1 – 2 3 ou mais

Quadro 2. Variáveis relacionadas à gestação e parto (Bloco2)

Variáveis gestacionais e parto	Categorização
Pré-natal	Não Sim
Número de consultas pré-natal	< 6 ≥ 6
Intercorrências gestacionais	Não Sim
Hospitalização na gestação	Não Sim
Tempo de hospitalização (dias)	< 22 ≥ 22
Gestação múltipla	Não Sim
Tipo de parto	Normal Cesárea

Quadro 3. Variáveis relacionadas às condições de nascimento dos RNBP (Bloco 3)

Condições de nascimento	Categorização
Peso ao nascer (g)	< 1500 1500-2000 > 2000
Idade gestacional (semanas)	< 34 ≥ 34
Crescimento intra-uterino	Adequado (AIG) Pequeno (PIG)

Quadro 4. Variáveis relacionadas à evolução clínica e nutrição dos RNBP – Fase Hospitalar (Bloco 4)

Evolução clínica e nutrição do RNBP Fase Hospitalar	Categorização
Intercorrências clínicas	0-2 3 ou mais
Internação na UTI	Não Sim
Tempo de Cuidados Intermediários (dias)	< 15 ≥ 15
Tempo de oxigênio (dias)	0-5 > 5
Início do Método Mãe-Canguru (dias)	< 9 ≥ 9
Tempo total de intervenção fono (dias)	< 18 ≥ 18
Duração da internação total hospitalar (dias)	< 27 ≥ 27
Uso de nutrição parenteral	Não Sim
Uso de sonda gástrica	Não Sim
Tempo de sonda gástrica (dias)	≤ 15 > 15
Uso de complemento (leite humano ordenhado)	Não Sim

Quadro 5. Variáveis relacionadas ao seguimento ambulatorial pediátrico e fonoaudiológico – 1º Mês (Bloco 5)

Seguimento ambulatorial pediátrico e fonoaudiológico – 1º Mês	Categorização
Intercorrências clínicas dos RNBP-1	Não Sim
Ganho ponderal-1 ♦	≥ 20 < 20
Reinternação-1	Não Sim
Uso da chupeta-1	Não Sim
Queixa da mãe-1 ♦	Não Autoconfiança Choro Comportamento do RNBP
Intercorrência na amamentação-1 ♦	Nenhum/Posição Mama/mamilo Pega Disfunção oral
Dificuldades orais-1 ♦	Ausência Presença
Conduta fonoaudiológica-1	Ausência Presença

♦ Serão explicados a seguir, os critérios utilizados nas categorias de cada variável destacada:

Seguimento pediátrico ambulatorial – 1º Mês

♦ *Ganho ponderal do 1º retorno:* o ganho ponderal do primeiro mês é a diferença de peso do dia atual da consulta em relação ao dia da alta hospitalar, dividido pelo número de dias (gramas/dia).

Seguimento fonoaudiológico ambulatorial – 1º Mês

♦ *Queixa da mãe no 1º Mês:* considerado queixa as dificuldades referidas pelas mães quanto: problemas com auto confiança (leite fraco, insuficiente); comportamento do bebê (bebê dorminhoco/ bebê excitado, muito alerta); choro do bebê; trabalho materno; bebê briga contra o peito; bebê que mama toda hora; patologias ou internação do bebê,

♦*Intercorrência na amamentação no 1º Mês*: considerado diagnóstico efetuado no 1º Mês, pela equipe interdisciplinar, quanto a: problemas com a mama, mamilo, de posicionamento mãe/bebê, da pega, dos estados de consciência do RNBP e disfunção oral (ver mais detalhes na explicação do Bloco 8).

♦*Dificuldades orais do 1º Mês*: considerado diagnóstico efetuado no 1º Mês, pelo setor de fonoaudiologia, quanto a:

reflexos orais alterados, problemas de pega (pouca abertura da boca, acoplamento labial insuficiente, problemas de sucção (retração de língua, canolamento insuficiente, acoplamento língua insuficiente, língua hipertônica, problemas de ordenha (padrão mordedor), incoordenação dos reflexos orais/respiração, ritmo da sucção (ver mais detalhes na explicação do Bloco 8).

Quadro 6. Variáveis relacionadas ao seguimento ambulatorial pediátrico e fonoaudiológico – 2º Mês (Bloco 6)

Seguimento ambulatorial pediátrico e fonoaudiológico – 2º Mês	Categorização
Intercorrências clínicas	Não Sim
Ganho ponderal-2 (g) ♦	> 25 < 25
Reinternação-2	Não Sim
Uso da chupeta-2	Não Sim
Queixa da mãe-2	Não Sim
Intercorrência na amamentação-2	Não Sim
Dificuldades orais	Ausência Presença
Conduta fonoaudiológica-2	Ausência Presença
Tempo total de uso de complemento (leite humano ordenhado) – (dias) ♦	< 45 ≥ 45

Seguimento pediátrico ambulatorial – 2º Mês

◆ *Ganho ponderal do 2º retorno*: o ganho ponderal do segundo mês é a diferença de peso do dia em relação ao último dia da consulta do 1º mês, dividido pelo número de dias (gramas/dia),

Seguimento fonoaudiológico ambulatorial – 2º Mês

As variáveis do segundo mês já foram descritas anteriormente no 1º mês.

◆ *Tempo total de uso do complemento (dias)*: refere-se aos dias de uso do leite materno ordenhado oferecido por copinho, durante o seguimento ambulatorial.

Quadro 7. Variáveis relacionadas à prática da amamentação durante a internação no alojamento conjunto (Bloco 7)

Variáveis referentes à prática da amamentação durante a internação no alojamento conjunto	Categorização
Experiência anterior de amamentação ◆	Sim, satisfatório Sim, insatisfatório Não/primípara
Início tardio do Método Mãe-Canguru integral (dias) ◆	< 15 ≥ 15
Início da amamentação (dias)	< 8 ≥ 8
Alimentação na alta ◆	AME Outras

◆ *Experiência anterior de amamentação*: Não/primípara (Mães que nunca vivenciaram a prática da amamentação); Sim, insatisfatório (Mães que, apesar de amamentarem, referiram dificuldades e/ou interrupção precoce, antes do 6º mês de vida); Sim, satisfatório (Mães que amamentarem anteriormente e não referiram dificuldades, nem interrupção precoce).

◆ *Início tardio do Método Mãe-Canguru Integral*: (Considerado quando mãe/RNBP praticam o MM-C ininterruptamente, por 24 horas, no alojamento conjunto).

♦ Alimentação na alta: (Tipo de alimentação que estava sendo administrado ao RNBP na ocasião da alta) sendo: aleitamento materno exclusivo, aleitamento misto ou interrupção da amamentação.

Quadro 8. Variáveis relacionadas à avaliação fonoaudiológica do início da amamentação (Bloco 8)

Variáveis relacionadas à avaliação fonoaudiológica do início da amamentação	Categorização
Posicionamento mãe/RNBP	Adequado Inadequado
Condições da pega do RNBP**	Adequado Inadequado
Acoplamento labial	Suficiente Insuficiente
Abertura da boca do RNBP	Suficiente Insuficiente
Retração da língua	Ausência Presença
Acoplamento da língua	Suficiente Insuficiente
Língua hipertônica	Ausência Presença
Padrão mordedor na ordenha	Ausência Presença
Intercorrência mamária	Ausência Presença
Intercorrência dos mamilos	Ausência Presença
Condições dos reflexos orais	Adequados Débeis
Incoordenações dos reflexos orais/respiração	Ausência Presença
Ritmo da sucção	Adequado Inadequado
Organização global do RNBP	Sim Não
Estresse do RNBP	Não Sim
Estados de consciência dos RNBP	Outros Sono profundo/ leve

A avaliação fonoaudiológica realizava-se, em geral, na primeira ou segunda oportunidade, quando os RNBP eram colocados no peito de suas mães, mesmo que ainda estivessem com utilização de sonda gástrica,

exceto quando esse fato ocorria no final de semana. Nesses casos, os dados referiam-se ao segundo ou terceiro dia de amamentação dos RNBP. Os dados coletados para esse estudo, quanto à avaliação fonoaudiológica, estavam descritos nas fichas do Setor de Fonoaudiologia dos atendimentos aos RNBP, da unidade neonatal (*Anexo 3*) sendo coletadas as seguintes variáveis:

◆*Posicionamento mãe/RNBP na mamada* (adequado ou inadequado): Considerou-se adequado quando o RNBP estava totalmente *de frente para a mãe*, de encontro ao corpo desta, com quadril apoiado. A cabeça/ pescoço deveriam estar alinhados ao corpo, com apoio, porém livres para movimentação do bebê, se necessário (MURAHOVSKI e col., 1997; KING, 1991; LAWRENCE 1994; OMS/UNICEF 1995; SANCHES, 2000, 2004; CARVALHAES, 2003).

◆*Condições da pega* (adequada ou inadequada). Considerou-se pega adequada quando *a altura da boca do bebê estava centrada em frente do mamilo e observava-se uma grande abertura da boca*, possibilitando o bebê abocanhar mamilo e parte da aréola (2 cm ou mais). Os lábios deveriam realizar um *selamento labial completo* (com ambos totalmente virados para fora ou somente o lábio inferior mais virado para fora, em contato com a aréola, formando um lacre (vedamento) perfeito com a mama (MURAHOVSKI e col., 1997; KING, 1991; LAWRENCE 1994; OMS/UNICEF 1995; SANCHES, 2000, 2004; CARVALHAES, 2003; VENÂNCIO, 2003).

◆*Acoplamento labial (suficiente/insuficiente)*: considerado insuficiente quando o selamento labial (descrito em condição da pega) está inadequado, tornando o vedamento dos lábios fraco e débil, podendo haver perda lateral de leite na sucção ;(SANCHES, 2000, 2004).

◆*Abertura da boca (suficiente/insuficiente)*: considerou-se insuficiente quando a musculatura peri-oral apresenta um aumento do tônus, dificultando e/ou impedindo a correta abertura da boca, bem como a manutenção desta abertura (SANCHES, 2000, 2004)

◆ *Retração da língua (ausência/presença)* diagnosticada presente quando a língua apresentou-se totalmente dentro da boca durante a sucção, de modo a não envolver a mama inferiormente, não sendo possível sua visualização (SANCHES, 2000, 2004; ARIAS, 1998)

◆ *Acoplamento da língua (suficiente/ insuficiente)*: considerado canolamento insuficiente, ocorre quando a língua mostra-se solta, com tônus diminuído, durante a sucção, sem fazer o envolvimento inferior da mama (SANCHES, 2000).

◆ *Língua Hipertônica:(ausência/presença)*: diagnosticado presente quando a língua permanece tensa, endurecida e alta na cavidade oral, formando uma barreira para a introdução do peito (SANCHES, 2000, 2004).

◆ *Padrão mordedor:(ausência /presença)*: caracterizado por impulsão mandibular brusca, com movimentos de “*mastigar o mamilo*”; movimentos repetitivos de “*morder*” o mamilo com as gengivas (SANCHES, 2000, 2004; ARIAS, 1998)

◆ *Intercorrências mamária (Ausência/ presença)*: consideraram-se problemas com as mamas quando havia descrição de ingurgitamento, ausência de sinais de ejeção de leite, vermelhidão na pele ou dor (SHIMO e col., 1985; VINHA, 1994).

◆ *Intercorrência dos mamilos (ausência / presença)*: Consideraram-se problemas com os mamilos quando havia descrição de trauma mamilar, esfolamentos, fissuras ou dor (SHIMO e col., 1985; VINHA, 1994)

◆ *Condição reflexos orais débeis: (Adequados/ débeis)* Consideraram-se reflexos orais débeis quando foi observado, de um modo geral:

- *Reflexo de Procura*: Considerou-se *ativo* quando o RNBP apresentou a resposta de buscar a mama, mediante: giro da cabeça em direção à mama, abertura grande da boca e língua abaixada dentro da cavidade oral, em direção ao toque. Considerou-se **débil** quando essas respostas ocorreram com pouca intensidade, ocasionalmente, ou não ocorreram, dificultando a pega do RN ao peito.

- *Reflexo de Sucção*: Foi considerado *ativo* quando o RNBP apresentou a resposta de sugar mediante o toque na ponta de sua língua e papila palatina, observada por movimentos ondulatórios da língua, de fora

para dentro, sendo que a ponta permanece na parte anterior da boca. Considerou-se **débil** quando essa resposta ocorreu ocasionalmente, com seqüências de sucções curtas. Nenhuma sucção ou "lambidas", experimentando o peito, porém, sem sugar.

- *Reflexo de Deglutição*: Foi considerado **débil** quando a deglutição mostrava-se ausente, observando-se devolução imediata do leite após a sucção do peito, podendo ou não acompanhar-se do reflexo de vômito e também de salivacão intensa ou regurgitação constante, mesmo antes ou depois da mamada. Considerou-se também **debilidade**, quando a deglutição estava ocasionalmente presente, ou mediante *dificuldade de deglutição* com presença de engasgos, tosse, regurgitação ou movimentos de cabeça/pescoço durante a tentativa de deglutição (SEGÓVIA 1988; ESCOTT 1989; BRAZELTON 1988; BU'LOCK e col., 1990; WIDSTRÖM e THINGSTRÖM-PAULSSON, 1993; DOUGLAS, 1994; LAWRENCE, 1994 ; RIGHARD e ALADE, 1992; ARIAS, 1998; NYQVIST e EWALD, 1999; SANCHES, 2000; FUJINAGA, 2002).

♦ *Incoordenação dos reflexos orais/respiração* (ausência/presença): Considerou-se um padrão *incoordenado* entre os reflexos orais e a respiração quando o RNBP não estabeleceu um ritmo harmônico entre sugar/ deglutir e respirar, observado mediante a ausência de fixação de um ciclo estável (pausas freqüentes ou longas) durante a mamada. Esse padrão foi notado através dos sinais: pausas excessivas na amamentação ou interrupções (quando o RN pegava e soltava a mama várias vezes), engasgos, tosse, paradas longas para respirar (com ou sem sinal de obstrução nasal), ou movimentos de facilitação para deglutição através de extensão da cabeça e músculos do pescoço (BU'LOCK e col., 1990; NYQVIST e EWALD, 1999; SANCHES, 2000)

♦ *Ritmo de sucção* (adequado / inadequado): Considerou-se *ritmo de sucção inadequado* quando observado um padrão de sucção acelerado ou lento. Como *ritmo acelerado* considerou-se quando, mesmo após o início da mamada (sucção de chamada) caracterizada por movimentos rápidos mandibulares e grupos de sucção, com padrão irregular, este padrão se

manteve. Observam-se aqui grupos de sucção elevados, pausas breves, movimentos mandibulares de protruir/elevar/abaixar/retrair acelerados. *Como ritmo de sucção lento*: oposto ao padrão descrito anteriormente, os movimentos mandibulares apresentam-se lentos, pausas freqüentes e/ou de longa duração (ARIAS, 1998; NYQVIST e EWALD, 1999; SANCHES, 2000; FUJINAGA, 2002).

♦ *Organização global dos RNBP (não / sim)*: O padrão de organização considerado referiu-se à tônus e aspecto motor dos RNBP: Considerou-se RNBP organizado quando esse mantinha um padrão de semi-flexão ou flexão de membros superiores e inferiores e posição do pescoço em linha mediana em relação ao tronco (MORRIS, 1987).

♦ *Estresse do RNBP: (Sim/ Não)*: caracterizado estresse pela presença de um ou mais dos sinais clínicos descritos a seguir: variação de tônus, de postura, de coloração da pele, batimento de asa nasal, tiragem, apnéia, acúmulo de saliva, tremores de língua ou mandíbula, soluço, choro (ALS, 1994, 1998; BRAZELTON, 1988; FUJINAGA, 2002).

♦ *Estados de consciência do RNBP (sono leve / profundo - outros)*: baseados na definição de BRAZELTON (1988), sobre os 6 estados de consciência que o RN de termo pode apresentar, foram estabelecidos 6 categorias,: **sono profundo**, **sono leve** (acorda fácil, podendo ir para o estado alerta ou voltar ao sono profundo), **sonolência** (cochilo), **alerta** (olhos abertos), **semi-alerta** (choramingo), **choro alarmante** (stress). Considerou-se os estados de consciência de sono profundo ou sono leve como interferentes de modo negativo para uma mamada efetiva.

4.7. Coleta de dados

Os dados necessários para a realização deste estudo foram obtidos através da coleta de 2 fontes: o prontuário dos bebês, durante o seguimento realizado no Ambulatório de Baixo Peso e o prontuário médico hospitalar dos RNBP (durante o período neonatal).

Os dados relativos ao seguimento, do prontuário do *Ambulatório de Baixo Peso*, foram coletados desde primeira consulta, após a alta hospitalar, até o terceiro mês de idade, referentes ao atendimento médico (*Anexo 4*) e *atendimento fonoaudiológico (Anexo 5)*.

Os dados iniciais referentes às variáveis neonatais foram coletados de uma ficha intitulada *Resumo de Alta (Anexo 6)*, a qual é preenchida e enviada automaticamente pelo serviço de Neonatologia do HGA, na ocasião da alta hospitalar, para constar no prontuário de seguimento a fim de esclarecimento do diagnóstico, condutas de cada caso e facilitação do serviço ambulatorial. Em relação às variáveis da fase hospitalar, quanto à *alimentação e atuação fonoaudiológica, e aspectos globais do RNBP na avaliação fonoaudiológica*, essas foram coletadas diretamente do prontuário médico de evolução hospitalar do RNBP, mediante anotações da ficha do Setor de Fonoaudiologia (*Anexo 3*), tanto do atendimento nos Cuidados Intermediários, como no Alojamento Conjunto.

Para facilitação da coleta dos dados, mediante o grande número de variáveis necessárias para esse estudo, foi elaborado um instrumento específico para coleta de dados, a planilha de coleta de dados. Esta foi construída baseada na literatura, na experiência pessoal e nas sugestões obtidas através de consultoria de especialistas até atingir sua versão final.

As anotações fonoaudiológicas contidas nas fichas fonoaudiológicas do prontuário médico de evolução do RNBP, no período da internação do HGA foram realizados pela própria pesquisadora, responsável por este estudo, a qual na época coordenava os serviços fonoaudiológicos na Unidade de Neonatologia do HGA. Houve colaboração também de seis fonoaudiólogas, para o preenchimento dessas fichas durante a rotina dos

serviços fonoaudiológicos do HGA, durante o período deste estudo. Essas fonoaudiólogas, eram integrantes do Curso de Aprimoramento Profissional em Fonoaudiologia (Fundap/Secretaria de Estado da Saúde), realizado no HGA, sendo que esse curso proporciona 2 anos de vivência prática nas unidades do HGA, inclusive na Unidade de Neonatologia e Método Mãe-Canguru. Todas as profissionais realizaram, antes do ingresso no HGA, um curso teórico e prático em Manejo Clínico do Aleitamento Materno, de 20 horas, oferecido pelo Centro de Lactação de Santos, além de receberem semanalmente supervisão prática do atendimento clínico prestado aos bebês (pela pesquisadora), além do próprio preenchimento dos dados nos prontuários.

Após a coleta de dados, realizou-se um controle de qualidade de preenchimento dos dados, com revisão e retorno aos prontuários necessários. Quando os dados estavam incompletos no preenchimento de dados o caso era excluído da pesquisa.

Se os dados incompletos referiam-se às fichas do resumo de alta, foi necessário utilizar-se da consulta do prontuário médico hospitalar (obstetrícia) da mãe, por ocasião do parto, o qual continha dados também do nascimento e evolução perinatal do RNBP, incluindo anotações da fonoaudiologia na ficha deste atendimento realizado na Unidade de Neonatologia (Cuidados Intermediários e Alojamento Conjunto).

4.8 Procedimento de Análise dos dados

Inicialmente realizou-se uma caracterização da amostra em estudo segundo as variáveis independentes potencialmente associadas com a interrupção da amamentação exclusiva até o 3º mês.

A associação dos fatores de interesse com a interrupção da amamentação exclusiva até o 3º mês foi analisada por meio do teste de qui-quadrado de Pearson.

4.8.1. Modelo hierárquico

Para verificar o efeito independente das variáveis associadas utilizou-se a análise de regressão logística múltipla utilizando a metodologia de modelo hierarquizado segundo VICTORA e col. (1997b). De acordo com esta técnica de análise hierarquizada parte-se do pressuposto que alguns fatores podem agir direta ou indiretamente sobre a prática da amamentação exclusiva, assumindo diferentes níveis hierárquicos de determinação existentes entre os processos envolvidos. Desta forma, os fatores investigados neste estudo foram agrupados em blocos, ordenados de acordo com a precedência com que atuariam sobre a interrupção da amamentação exclusiva no 3º mês.

Os fatores sociodemográficos foram considerados determinantes distais, que condicionam diretamente os demais grupos de fatores de risco: condições da fase hospitalar (condições de gestação e parto, condições de nascimento, evolução clínica, nutrição dos RNBP) – determinantes intermediários; e condições da fase ambulatorial (condições pediátricas e de fonoaudiologia no primeiro mês e segundo mês), início dos RNBP no alojamento conjunto e início da amamentação - determinantes proximais. (Figura 1 – Referencial teórico para investigação dos fatores associados da amamentação exclusiva de RNBP submetidos ao MM-C)

O estudo dos principais fatores determinantes da interrupção da amamentação exclusiva até o 3º mês, deste estudo fundamentou-se em um referencial teórico, construído a partir dos resultados presentes na literatura,

que relaciona e articula os fatores que potencialmente contribuem para a sua determinação. Os fatores estudados foram selecionados considerando-se a literatura consultada e o leque de informações disponíveis nos prontuários, quanto à fase hospitalar e do seguimento ambulatorial dos recém-nascidos baixo peso submetidos ao Método Mãe-Canguru

A hierarquização das variáveis em níveis também permite a seleção dos fatores de confusão mais relevantes, ajustando as variáveis com estes fatores (VICTORA e col., 1997b).

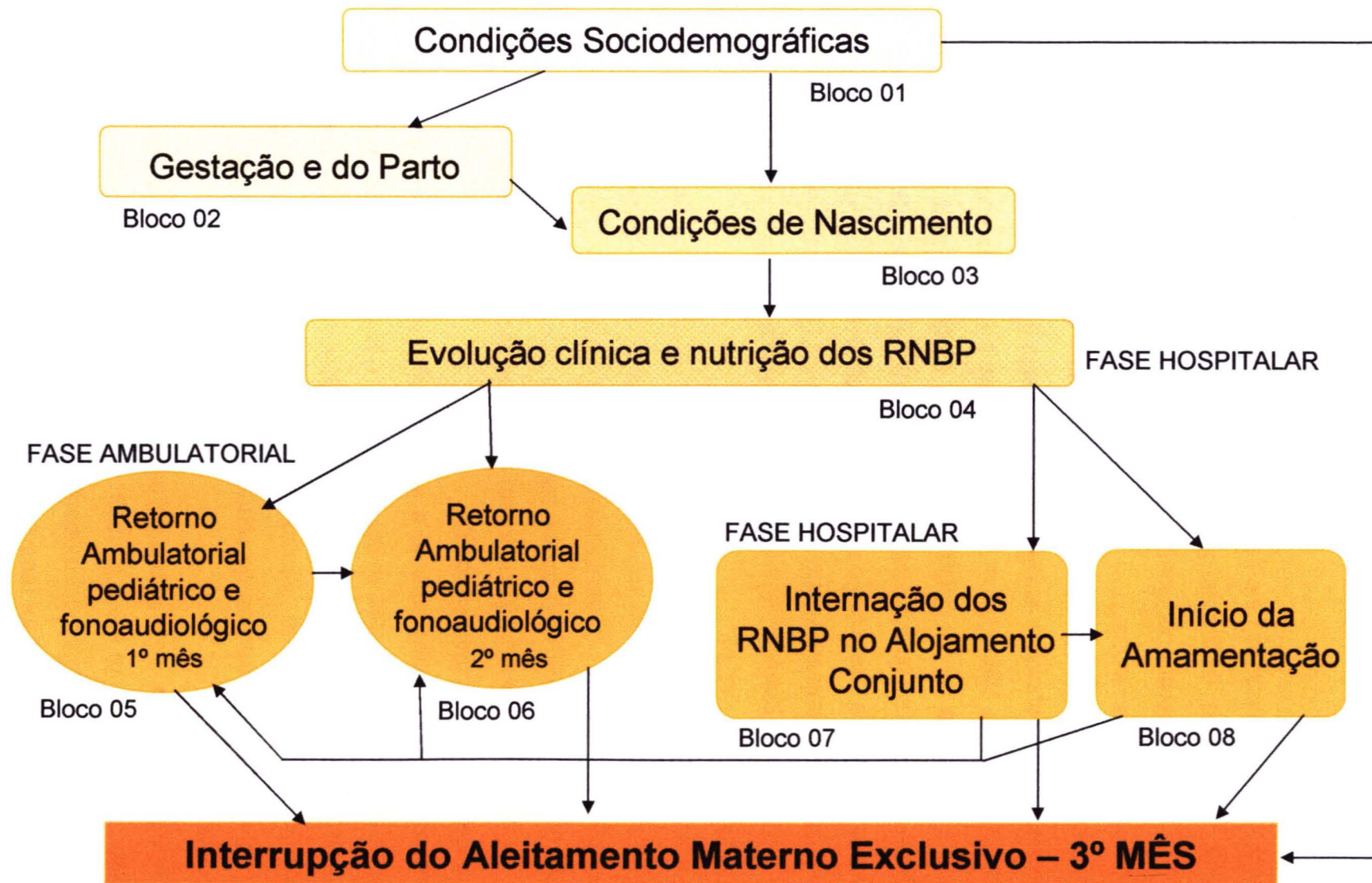


Figura 1. Referencial teórico para investigação dos fatores associados da amamentação exclusiva de RNBP submetidos ao Método Mãe-Canguru, estruturado em blocos hierarquizados.

4.8.2. Etapas da Análise dos Dados

Em primeiro lugar, foi realizada uma análise de associação de todas as variáveis componentes do modelo hierarquizado com a interrupção da amamentação exclusiva até o 3º mês. Os fatores cujo nível de significância foi igual ou menor a 0,20 foram mantidas para as análises de regressão subsequentes.

Em seguida, a análise de regressão foi iniciada pela análise múltipla interna a cada bloco de fatores onde as variáveis com significância estatística igual ou menor que 0,20 foram mantidas no modelo como fatores de ajuste para as variáveis hierarquicamente inferiores. Todos os blocos foram analisados sucessivamente e seus fatores mantidos ou retirados em conformidade com o critério adotado.

As variáveis selecionadas foram mantidas no modelo mesmo que sua significância estatística não fosse preservada com a inclusão de blocos hierárquicos inferiores. Este procedimento se justifica na medida em que não seria adequado ajustar as razões de chances de fatores que exercem sua influência em nível mais distal para o efeito de variáveis mais proximais (VICTORA e col., 1997b).

Para a interpretação dos resultados, considerou-se que a identificação de associação estatisticamente significativa ($p < 0,05$) entre um determinado fator em estudo e a interrupção da amamentação exclusiva, após ajuste para os potenciais fatores do mesmo bloco e dos blocos hierárquicos superiores, indica a existência de um efeito independente, próprio ao fator em questão. A manutenção de significância estatística após a inclusão dos fatores dos blocos inferiores, aponta a existência de um efeito direto sobre a interrupção da amamentação exclusiva, ou, pelo menos, não mediado pelas variáveis mais proximais estudadas.

Os dados foram codificados e informatizados em forma de banco de dados através do programa Epi-info e os procedimentos de regressão múltipla foram realizados pelo programa SPSS para WINDOWS versão 8.

4.9. Aspectos Éticos

Por envolver a participação de seres humanos, a pesquisa foi submetida à aprovação do Comitê de Ética do Hospital Guilherme Álvaro, atendendo à resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde do Brasil (MS/FNS, 1996) e conduzida no sentido de garantir exposição mínima a riscos de toda ordem e proteção à integralidade dos indivíduos.

Não houve entrevista com mães e/ou familiares que participaram do Programa Mãe-Canguru, somente anotações dos dados das fichas médicas e fonoaudiológicas dos prontuários do Ambulatório de Baixo peso ao nascer.

A autorização formal da pesquisa com a coleta dos dados nos prontuários foi previamente autorizado pelo Comitê de Ética do HGA, em 19/05/2003 (*Anexo 7*), bem como pelo setor de Pediatria do HGA.

5. RESULTADOS

De acordo com os dados fornecidos pelo serviço de arquivo médico e estatístico (SAME) do Hospital Guilherme Álvaro, são descritos a seguir o número total de nascimentos do Hospital Guilherme Álvaro, os nascimentos dos RNBP e prematuros, os quais foram encaminhados para o Ambulatório de Baixo Peso ao Nascer e posteriormente as duplas mães/RNBP elegíveis para este estudo da 2ª (Fase Hospitalar) e 3ª (Seguimento Ambulatorial) Etapas do MM-C.

Quadro 9. Estatísticas dos nascimentos de recém-nascidos do Hospital Guilherme Álvaro. Santos, 1998 a 2001.

Ano	1998	1999	2000	2001
Dados nascimentos Total de RN nascidos vivos / HGA	1473	2007	1731	1769
N Neomortos	22 (1,5%)	23 (1,1%)	45 (2,60%)	52 (2,9%)
Total de RNBP* (valor estimado) ²	275	337	269	275
Duplas mães/RNBP que retornaram ao seguimento ambulatorial (3ª Etapa do MM-C)	82 (30%)	85 (25%)	56 (21%)	46 (17%)
Amostra final de duplas mães/RNBP elegíveis para o estudo (2ª e 3ª Etapas do MM-C)	29 (10,54%)	34 (10%)	30 (11,15%)	18 (6,6%)

Fonte: SAME HGA, Santos.

² Os dados para os cálculos da estimativa dos nascimentos dos RNBP foram feitos a partir de estatísticas do Setor de Fonoaudiologia (atendimentos da Unidade de Neonatologia) e anotações dos prontuários médicos hospitalares, utilizados para levantamentos anteriores, com objetivo de apresentação de trabalhos científicos na I Conferência Nacional da Assistência Mãe-Canguru (R Janeiro, 1999) e VII Congresso Paulista de Saúde Pública (Santos, 2001).

Observa-se que os dados em relação aos RNBP foram estimados, devido o extravio de livros da equipe de enfermagem, após a reforma da Unidade de Neonatologia do HGA (em 2002), os quais continham essas informações.

Do total estimados dos RNBP nascidos vivos no HGA, compareceram para o Ambulatório de Baixo Peso, seguimento ambulatorial, 82 duplas (30%) de mães/RNBP no ano de 1998, 85 (25%) no ano de 1999, 56 (21%) no ano de 2000 e 46(17%) no ano de 2001, perfazendo um total de 269 duplas.

Considerando-se os critérios de exclusão determinados para este estudo quanto aos RNBP e mães, na fase hospitalar e durante o período ambulatorial, foram excluídas, do total de duplas de mães/RNBP, 158 duplas. Elegeram-se para este estudo 29 duplas (10,54%) de mães/RNBP no ano de 1998, 34 (10%) no ano de 1999, 30 (11,15%) no ano de 2000 e 18 (6,6%) no ano de 2001, totalizando 111 duplas de mães/bebês de baixo peso que realizaram o seguimento ambulatorial no mínimo por três meses.

5.1. Características sociodemográficas (BLOCO 1)

Em relação às características sociodemográficas dos pais, constatou-se que a média de idade das mães foi de 26 anos e mediana de 25 anos. O desvio padrão foi igual a 7,59 com variação de idade entre 15 a 46 anos, sendo que a maioria das mães tinha entre 22 e 23 anos.

Observou-se que 80% das mães do estudo iniciaram o curso do primeiro grau, sendo que 42% não o completaram e 36,6% totalizaram a conclusão do mesmo. O limite mínimo de amplitude da escolaridade foi de 1ª série primária incompleta (6%) e no máximo a conclusão de curso superior (verificado em apenas um caso).

Em relação à procedência das mães, verificou-se que 75% das mães procediam de municípios da Baixada Santista, sendo que somente 25% destas residiam no município de Santos, sede do Hospital Guilherme Álvaro,

onde realizou-se esse estudo. A maioria das mães (35,7%) provinha do município de São Vicente, fato justificável devido o hospital ser referência da região para gestantes de risco.

Constatou-se que 20% das mães exerciam trabalho formal e somente 2,7% trabalhavam de modo informal. Das 59% mães que não trabalhavam, 51% eram donas de casa e somente 8% eram estudantes, residindo ainda com a família de origem.

A maioria das mães do estudo (91,5%) referiu ter companheiro na ocasião do nascimento do RNBP, porém apenas 47% dos pais apresentavam trabalho formal nesse período. Constatou-se que 23% dos pais exerciam trabalho informal e 14% dos pais estavam desempregados.

Verificou-se predomínio de mães primíparas (46%) e observou-se que 21% das mães já tinham um filho na ocasião do nascimento do RNBP. A média do número de filhos foi de 2,9 filhos; a mediana 2 filhos com desvio padrão de 1,54 filhos. Os limites de amplitude variaram de um a oito filhos.

A seguir, na Tabela 1, são observadas as características sócio-demográficas dos pais, segundo a situação da amamentação exclusiva no terceiro mês de vida dos RNBP (AME 3).

Tabela 1- Distribuição dos pais segundo variáveis sociodemográficas e a situação da amamentação exclusiva até o 3º mês de vida (AME-3). Hospital Guilherme Álvaro, Santos, 1998 a 2001.

Variáveis sociodemográficas	AME-3		Não AME-3	
	n	%	n	%
Idade da mãe (anos) (n=107)				
≤ 18	9	52,9	8	47,1
19 – 34	43	62,3	26	37,7
≥ 35	16	76,2	5	23,8
p=0,31				
Escolaridade da mãe (n=104)				
Analfabeta	5	83,3	1	16,7
1º Grau inc + compl	47	58,0	34	42,0
2º Grau completo/superior	12	70,6	5	29,4
p=0,33				
Procedência da mãe (n=106)				
Santos	17	60,7	11	39,3
São Vic., Cubatão, P. Grande	39	65,0	21	35,0
Outros municípios	13	72,2	5	27,8
p=0,73				
Vínculo empregatício da mãe (n=89)				
Trabalha com registro	14	63,6	8	36,4
Trabalha sem registro	1	33,3	2	66,7
Do lar/desempregada	35	63,6	20	36,4
Estudante	8	88,9	1	11,1
p=0,30				
Presença de companheiro (n=110)				
Não	6	60,0	4	40,0
Sim	65	65,0	35	35,0
p=0,74				
Vínculo empregatício do pai (n=89)				
Trabalha com registro	28	57,1	21	42,9
Trabalha sem registro	15	60,0	10	40,0
Desempregado	12	80,0	3	20,0
p=0,27				
Número de filhos (n= 111)				
1 – 2	51	67,1	25	32,9
3 ou mais	20	57,1	15	42,9
p=0,31				

Na Tabela 1, vale a pena ressaltar que houve uma relação inversa entre idade da mãe e interrupção precoce da amamentação exclusiva, antes do 3º mês de vida.

Quanto à escolaridade, entre as 6 mães analfabetas, apenas uma mãe interrompeu a amamentação exclusiva até o 3º mês de vida.

Outro dado a ser apontado refere-se à presença de companheiro, sendo que, proporcionalmente, a diferença da interrupção da AME-3 foi pequena, comparando-se as mães que possuíam ou não companheiro.

Observa-se que nenhuma das variáveis deste Bloco 1, quanto as características sócio-demográficas, mostrou associação com a situação da AME-3.

5.2 Características da gestação e parto (BLOCO 2)

Do total das mães do estudo, 91% realizaram pré-natal, sendo que a média encontrada foi de 5,3 consultas, mediana 5,0 e desvio padrão de 2,07, com variação de 01 a 12 consultas de pré-natal.

Em relação às intercorrências, constatou-se que 86% das mães apresentaram alguma intercorrência na gestação, sendo as mais freqüentes a doença hipertensiva. específica da gravidez (DHEG) e infecções do trato urinário (ITU). Dessas mães, verificou-se que 55,4% necessitaram de internação na gestação, com a média de tempo de internação de 07 dias, mediana de 2 dias e desvio padrão de 10,47. O tempo de internação variou de 01 a 44 dias.

Do total das mães constatou-se que 13% apresentaram gestação múltipla, entretanto nem todos os gemelares fizeram parte do estudo devido um dos irmãos ultrapassar o peso de nascimento considerado limite para inclusão nesse estudo.

Quanto ao tipo de parto constatou-se 59,6% de partos cesariana e 40,4% de partos tipo normal.

A Tabela 2 mostra, a seguir, a distribuição das mães segundo características gestacionais e do parto.e a situação da amamentação exclusiva no terceiro mês de vida (AME-3) dos RNBP.

Tabela 2- Distribuição das mães segundo variáveis gestacionais e do parto e a situação da amamentação exclusiva até o 3^o mês de vida (AME-3). Hospital Guilherme Álvaro, Santos, 1998 a 2001.

Variáveis gestacionais e do parto	AME-3		Não AME-3	
	n	%	n	%
Pré-natal (n=104)				
Não	6	85,7	1	14,3
Sim	61	62,9	36	37,1
p=0,22				
Número de consultas pré-natal (n=86)				
< 6	28	56,0	22	44,0
≥ 6	23	63,9	13	36,1
p=0,50				
Intercorrências gestacionais (n=100)				
Não	5	55,6	4	44,4
Sim	59	64,8	32	35,2
p=0,42				
Hospitalização na gestação (n=103)				
Não	26	61,9	16	38,1
Sim	41	67,2	20	32,8
P=0,36				
Tempo de hospitalização (dias) (n=99) #				
< 22	54	65,1	29	34,9
≥ 22	13	81,3	3	18,8
P=0,20				
Gestação múltipla (n=105)				
Não	60	65,9	31	34,1
Sim	7	50,0	7	50,0
P=0,24				
Tipo de parto (n=109)				
Normal	29	65,9	15	34,1
Cesárea	42	64,6	23	35,4
P=0,88				

* p<0,05 ** p≤0,01 *** p<0,001 # p≤ 0,20

De acordo com a Tabela 2, somente 7 mães não realizaram o pré-natal, sendo que uma interrompeu a amamentação até o 3^o mês.

Quanto ao número de consultas no pré-natal, não houve uma diferença significativa na proporção de mães que interromperam a AME-3 entre aquelas que realizaram menos de 6 consultas e as que realizaram 6 ou mais consultas.

Outro aspecto a ser relevado é o *tempo de hospitalização das mães na gestação*, sendo que, as mães que permaneceram mais que 22 dias

internadas, durante o período gestacional, foram as que menos interromperam a AME-3.

Não houve diferença significativa na proporção de mães que interromperam a AME-3 entre aquelas que tiveram parto normal e cesárea.

Observa-se que nenhuma das variáveis deste Bloco 2, quanto às características da gestação e parto, mostrou associação significativa com a interrupção da AME-3, permanecendo somente o *Tempo de hospitalização da mãe* na gravidez como variável de controle a ser incluída nas próximas etapas do modelo hierarquizado.

5.3. Características relacionadas às condições de nascimento dos RNBP (BLOCO 3)

Verificou-se predomínio dos recém-nascidos classificados como baixo peso ao nascer, observados em 69% dos casos, sendo que 28,4% classificaram-se como muito baixo peso (<1500g) e somente 2 casos (2,6%) obtiveram classificação de extremo baixo peso, com peso abaixo de 1000 g ao nascimento. A média do peso de nascimento encontrada foi de 1.624g, mediana de 1625 e desvio padrão de 291,50, com pesos variando de 860g (um caso) até 2250g.

Constatou-se que a maioria (94,6%) dos recém-nascidos baixo peso do estudo classificaram-se como prematuros, sendo que 53,5% foram adequados para a idade gestacional (AIG). A média de idade gestacional encontrada foi de 33 semanas, mediana de 34 semanas e desvio padrão de 1,71, variando de 30 semanas até 38 semanas.

A distribuição dos RNBP segundo variáveis das condições de nascimento e a situação da amamentação exclusiva até o 3º mês de vida (AME-3) é apresentada na Tabela 3.

Tabela 3- Distribuição dos RNBP segundo variáveis das condições de nascimento e a situação da amamentação exclusiva até o 3^o mês de vida (AME-3). Hospital Guilherme Álvaro, Santos, 1998 a 2001.

Variáveis das condições de nascimento	AME-3		Não AME-3	
	n	%	n	%
Peso ao nascer (g) (n=107)				
< 1500	18	62,1	11	37,9
1500-2000	42	64,6	23	35,4
> 2000	8	61,5	5	38,5
p=0,96				
Idade gestacional (semanas) (n=107)				
< 34	27	57,4	20	42,6
≥ 34	41	68,3	19	31,7
p=0,50				
Crescimento intra-uterino (n=105)				
Adequado (AIG)	37	63,8	21	36,2
Pequeno (PIG)	30	63,8	17	36,2
p=0,99				

Em relação aos dados apresentados acima, observou-se, quanto ao fator peso ao nascer, as diferenças nas proporções de interrupção de AME-3, foram pequenas entre os diferentes pesos ao nascer.

Destaca-se o fato dos RNBP, com idade gestacional menor que 34 semanas, apresentaram maior proporção de interrupção da AME-3.

Observa-se que nenhuma das variáveis deste Bloco 3, quanto às condições de nascimento, mostrou associação significativa com a situação da AME até o 3^o mês de vida.

5.4 Características da evolução clínica e nutrição durante a fase hospitalar (BLOCO 4)

Do total dos RNBP estudados, 66,4% apresentaram no mínimo três intercorrências simultâneas no período neonatal, durante a fase hospitalar, sendo que os problemas respiratórios foram os mais freqüentes, incluindo-se desconforto respiratório precoce, com freqüência de 92% e membrana hialina (10%), seguidos de infecções, com freqüência de 61% no total,

incluindo-se sepsis (7%), enterocolite necrotizante (2%) e outras infecções (52%).

A maioria dos RNBP (88%) não necessitou de cuidados especiais na Unidade de Terapia Intensiva (UTI). Do total de 13 casos (12%), que fizeram uso da UTI, a média de permanência nesta foi de 6,5 dias, a mediana de 7 dias, desvio padrão de 2,5 dias, com variação de 1 a 13 dias.

Em relação ao tempo de permanência na unidade de Cuidados Intermediários (CI) observou-se que 79% dos RNBP necessitaram de cuidados despendidos nesta unidade por menos de 15 dias. A média encontrada quanto a utilização do CI foi de 9,8 dias, mediana de 8 dias e desvio padrão de 7,8 dias. Do total dos RNBP estudados 7,2% permaneceram somente horas no CI, não completando um dia de permanência nesta unidade, constatando-se como limite máximo 42 dias de internação no CI (observado em apenas um caso).

Verificou-se que 75% do total dos RNBP do estudo necessitaram de algum suporte de oxigênio (O_2), exceto ventilação mecânica, durante 5 dias ou menos. Destes, 17% fizeram uso de suporte de O_2 somente durante horas, não chegando a completar um dia de uso. A média de uso de algum suporte de O_2 foi de 4,2 dias, mediana de 3 dias e desvio padrão de 4,8 dias, com variação de uso por um dia ou menos (31% dos casos) até 29 dias (verificado em apenas um caso). Os RNBP que utilizaram ventilação mecânica (12% do total de casos) são os mesmos que necessitaram de UTI, já descritos anteriormente.

O início da utilização do Método Mãe-Canguru (MM-C), ou seja, contato pele a pele entre mãe bebê por tempo ainda não pré-estabelecido, que ocorreu na unidade de cuidados intermediários ou no alojamento conjunto, iniciou-se em 50% dos casos até o 4º dia de vida dos RNBP. A média para início da utilização do MM-C foi de 5,6 dias, com desvio padrão de 4,5 dias, variando de 01 dia (11,4%) até 23 dias (verificado excepcionalmente em um caso).

Verificou-se que a maioria dos RNBP (74%) necessitou de intervenção fonoaudiológica por menos de 18 dias. A média de duração de

intervenção fonoaudiológica foi de 13 dias, mediana de 12 e desvio padrão de 9,3 dias, variando de 01 a 54 dias.

Quanto ao tempo total de internação hospitalar dos RNBP, verificou-se 19 dias em média de internação, mediana de 17 dias, com desvio padrão de 11 dias. Os limites de amplitude do tempo de internação total variaram de 03 dias até 57 dias.

De acordo com os dados de nutrição dos RNBP, verificou-se que somente 11,7% do total dos casos necessitaram de nutrição parenteral durante o período neonatal, durante a internação hospitalar. Quanto à alimentação enteral, 75,7% fizeram uso de sonda gástrica, com média de 10,7 dias de uso desta, mediana de 8 dias e desvio padrão de 14,7 dias. Os limites de amplitude de variação quanto ao tempo de uso de sonda foi de 1 dia a 42 dias (sendo observado em apenas um caso).

Do total dos RNBP do estudo 95% fizeram uso de complemento (com leite humano ordenhado fresco da própria mãe) durante a internação hospitalar, sendo que 83% utilizaram somente o copinho para receber o complemento, 9% utilizaram copinho e conta-gotas, 2 bebês (2%) utilizaram copinho e colherzinha de café e um bebê utilizou somente o conta-gotas. Verificou-se que nenhum dos RNBP deste estudo utilizou mamadeira ou chuquinha como instrumento para receber complemento durante a fase de internação.

A Tabela 4 apresenta a distribuição dos RNBP quanto à evolução clínica e nutrição na fase hospitalar durante internação na UTI e Cuidados Intermediários, segundo a situação da amamentação exclusiva no terceiro mês de vida (AME – 3).

Tabela 4- Distribuição dos RNBP segundo variáveis relacionadas à evolução clínica e nutrição dos RNBP na Fase Hospitalar – durante a internação na Unidade de Terapia Intensiva e Cuidados Intermediários e a situação da amamentação exclusiva até o 3^o mês de vida (AME-3). Hospital Guilherme Álvaro, Santos, 1998 a 2001.

Variáveis relacionadas à evolução clínica e nutrição do RNBP Fase Hospitalar	AME-3		Não AME-3	
	n	%	n	%
Intercorrências clínicas (n=107) #				
0-2	26	72,2	10	27,8
3 ou mais	42	59,2	29	40,8
p=0,18				
Internação na UTI (n=111)				
Não	64	65,3	34	34,7
Sim	7	53,8	6	46,2
p=0,41				
Tempo de Cuidados Intermediários (n=111) #				
< 15	60	68,2	28	31,8
≥ 15	11	47,8	12	52,2
p=0,07				
Tempo de Oxigênio (dias) (n=109) #				
0-5	55	67,1	27	32,9
> 5	14	51,9	13	48,1
p=0,15				
Duração da internação total hospitalar (dias) (n=111) #				
< 27	54	68,4	25	31,6
≥ 27	17	53,1	15	46,9
p=0,13				
Início do Método Mãe-Canguru (d de vida) (n=111)				
< 9	53	65,4	28	34,6
≥ 9	18	60,0	12	40,0
p=0,60				
Tempo total de intervenção fono (n=111) #				
Fase Hospitalar (dias)				
< 18 dias	56	68,3	26	31,7
≥ 18 dias	15	21,1	14	48,3
p=0,11				
Uso de nutrição parenteral (dias) (n=110)				
Não	62	63,9	35	36,1
Sim	8	61,5	5	38,5
p=0,86				
Uso de sonda gástrica (n=111)				
Não	19	70,4	8	29,6
Sim	52	61,9	32	38,1
p=0,42				
Tempo de sonda (dias) (n=84)#				
≤ 15	42	67,7	20	32,3
> 15	10	45,5	12	54,5
p=0,06				
Uso de complemento (leite humano ordenhado) (dias) (n=111)				
Não	4	66,7	2	33,3
Sim	67	63,8	38	36,2
p=0,88				

* p<0,05 ** p≤0,01 *** p<0,001 # p≤ 0,20

Na Tabela 4, em todos os fatores estudados, observou-se maior proporção de interrupção da amamentação, naqueles RNBP de maior gravidade, sendo estes: Presença de *Intercorrências clínicas* (3 ou mais); *Tempo de permanência nos cuidados intermediários* igual ou maior que 15 dias, *Tempo de oxigênio* por mais de 5 dias, *Início do MM-C* depois ou igual a 9 dias), *Tempo de intervenção fonoaudiológica* igual ou maior que 18 dias, *duração da internação total* por mais 27 dias, *Uso de nutrição parenteral*, *Uso de sonda gástrica*, *Tempo de sonda* maior que 15 dias e *Uso de complemento* (leite humano ordenhado).

Observa-se que nenhuma das variáveis deste Bloco 4, quanto à evolução clínica e de nutrição dos RNBP, mostrou associação com a situação da AME-3, sendo que permaneceram para serem incluídas nas próximas etapas do modelo hierarquizado como variáveis de controle: *Intercorrências clínicas*, *Tempo de cuidados intermediários*, *Tempo de oxigênio*, *Duração da internação*, *Tempo de intervenção fonoaudiológica* e *Tempo de sonda*.

5.5. Características relativas ao seguimento ambulatorial pediátrico e fonoaudiológico dos bebês de baixo peso - 1º mês de vida (BLOCO 5)

De acordo com os dados do seguimento ambulatorial pediátrico do 1º mês constatou-se que 58% dos RNBP apresentaram alguma intercorrência clínica, porém apenas dois bebês (2%) necessitaram de re-internação, durante esse período.

A média de ganho de peso/dia dos RNBP, durante o 1º mês de seguimento ambulatorial, foi de 31gramas, mediana de 30,5 gramas e desvio padrão de 12,6g, com variação de ganho de peso/dia de 7 gramas a 71 gramas.

Constatou-se que 94% dos RNBP não usavam chupeta durante o 1º mês, de acordo com relato das mães e as anotações das fichas fonoaudiológica e pediátrica.

Com relação à dieta, até o final do 1º mês 88% dos RNBP estudados estavam em aleitamento materno exclusivo, sob livre demanda, 10% em aleitamento misto e 2% em aleitamento predominante.

Mediante os dados do retorno ambulatorial fonoaudiológico do 1º mês constatou-se que 42% das mães apresentaram alguma queixa quanto dificuldades no processo da amamentação. Do total dos casos do estudo, 18% referiu falta de credibilidade quanto a produção do leite humano e nutrição adequada dos RNBP mediante a AME (mito do "leite fraco e pouco leite"). Outra queixa foi relacionada ao choro intenso dos bebês (9% das mães) e 10% das mães referiram incômodo quanto ao comportamento dos bebês (incluindo os dorminhocos, muito excitados e extremamente alerta).

Diagnosticou-se alguma intercorrência na mamada em 75% das duplas de mães/ bebês baixo peso durante o 1º mês de seguimento. Do total de casos, 38% de problemas quanto ao posicionamento mãe/bebê na mamada; 6% foram diagnosticados problemas na mama/mamilo, 18% de alterações na pega, e 10% de disfunções orais. Diagnosticou-se 28% de dificuldades no funcionamento oral em geral, do total dos bebês do estudo.

Devido às dificuldades citadas anteriormente houve necessidade de conduta fonoaudiológica para melhora da performance na amamentação em 75% dos casos, sendo que 49% receberam somente orientações gerais fonoaudiológicas e 26% receberam alguma manobra de facilitação específica para pega, ordenha ou exercícios orais aplicados diretamente no bebê para melhora do padrão oral.

A Tabela 5 apresenta a distribuição dos RNBP segundo os aspectos relacionados às consultas pediátricas e fonoaudiológicas do seguimento ambulatorial (1º mês) e a situação da amamentação exclusiva no terceiro mês de vida (AME – 3).

Tabela 5- Distribuição dos RNBP segundo variáveis do seguimento ambulatorial pediátrico e fonoaudiológico - 1^o mês e a situação da amamentação exclusiva até o 3^o mês de vida (AME-3). Hospital Guilherme Álvaro, Santos, 1998 a 2001.

Variáveis relacionadas ao seguimento ambulatorial pediátrico e fonoaudiológico - 1 ^o mês	AME-3		Não AME-3	
	n	%	n	%
Intercorrências clínicas do RNBP-1 (n=106)#				
Não	25	56,8	19	43,2
Sim	44	71,0	18	29,0
p=0,13				
Ganho de peso-1 (g) (n=101) #				
≥ 20	57	68,7	26	31,3
< 20	9	50,0	9	50,0
p=0,13				
Reinternação-1 (n=107)				
Não	68	64,8	37	35,2
Sim	1	50,0	1	50,0
p=0,66				
Uso de chupeta-1 (n=101) #				
Não	64	67,4	31	32,6
Sim	2	33,3	4	66,7
p=0,08				
Queixa da mãe-1 (n=104) **				
Não	49	76,6	15	23,4
Autoconfiança	11	55,0	9	45,0
Choro	4	44,4	5	55,6
Comportamento do RNBP	4	36,4	7	63,6
p=0,01				
Intercorrência na amamentação-1 (n=103)**				
Nenhum/ Só posição	52	77,6	15	22,4
Pega	2	33,3	4	66,7
Disfunção oral	8	42,1	11	57,9
p=0,01				
Dificuldades orais-1 (n=101) **				
Ausência	53	73,6	19	26,4
Presença	13	44,8	16	55,2
p<0,01				
Conduta fonoaudiológica-1 (n=104) #				
Ausência	20	76,9	6	23,1
Presença	48	61,5	30	38,5
p=0,16				

* p<0,05 ** p≤0,01 *** p<0,001 # p≤ 0,20

Na Tabela 5 observa-se que os RNBP que apresentaram intercorrências clínicas no 1º mês de seguimento ambulatorial interromperam menos a AME-3.

Já os RNBP com ganho ponderal inadequado (menor que 20 g/dia) e aqueles que re-internaram neste período interromperam mais a AME-3.

Dos RNBP que fizeram *Uso de chupeta no 1º mês*, proporcionalmente o dobro interromperam mais a AME-3.

Em relação à *Queixa das mães*, pode-se salientar que, nas categorias "*choro dos RNBP*" e "*comportamento dos RNBP*" a proporção de interrupção da AME-3 foi maior.

Quanto à variável *Intercorrência na amamentação*, as mães que tiveram diagnóstico de *intercorrências mamárias ou mamilares* foram as que interromperam mais a AME-3.

Os RNBP que apresentaram *Dificuldades orais* em geral e aqueles que precisaram de *Conduta fonoaudiológica* no 1º mês, proporcionalmente interromperam mais a AME-3.

Observa-se que das variáveis do Bloco 5, mostraram-se associadas com a situação da AME até o 3º mês de vida os fatores: *Queixa da mãe*, *Intercorrência na amamentação* e *Dificuldades Oraís*.

As variáveis *Ganho de peso*, *Uso de chupeta*, *Dificuldade Oral* e *Conduta fonoaudiológica no 1º mês* permaneceram para serem incluídas nas próximas etapas do modelo hierarquizado como variáveis de controle.

5.6. Características relativas ao seguimento ambulatorial pediátrico e fonoaudiológico dos bebês de baixo peso - 2º mês de vida (BLOCO 6)

De acordo com os dados do retorno ambulatorial pediátrico do 2º mês constatou-se que 55% dos RNBP apresentaram alguma intercorrência clínica, sendo que somente três bebês (3%) necessitaram de re-internação, durante esse período.

A média de ganho de peso/dia dos RNBP, durante o 2º mês de seguimento ambulatorial, foi de 32 gramas, mediana de 31 gramas e desvio padrão de 14,41 gramas, com variação de ganho de peso/dia de 2 gramas a 60,6 gramas.

Constatou-se que 26% dos RNBP usavam chupeta durante o 12º mês, de acordo com relato das mães e as anotações das fichas fonoaudiológica e pediátrica.

Com relação à dieta, até o final do 2º mês 77% dos RNBP estudados estavam em aleitamento materno exclusivo, sob livre demanda, 19% em aleitamento misto, 3% em aleitamento predominante e um caso já havia desmamado.

Mediante os dados do retorno ambulatorial fonoaudiológico do 2º mês constatou-se que 38% das mães apresentaram alguma queixa quanto dificuldades no processo da amamentação.

Diagnosticou-se alguma intercorrência na mamada em 19% das duplas de mães/ bebês baixo peso durante o 2º mês de seguimento. Do total de casos, 4.% de problemas quanto ao posicionamento mãe/bebê na mamada; 1,2% referiram-se a problemas na mama/mamilo, 9% de alterações na pega, e 4,8% de disfunções orais em geral.

De um modo geral, 51% do total de bebês baixo peso do estudo necessitaram de alguma conduta fonoaudiológica incluindo desde aconselhamento para mães com queixas, como também orientações fonoaudiológicas gerais para intercorrências diagnosticadas (14,2%) e manobras de facilitação a exercícios orais aplicados diretamente no bebê para melhora do padrão oral (4,8% dos casos).

Verificou-se que os bebês baixo peso do estudo usaram em média 28,5 dias de complemento (leite humano ordenhado) , mediana de 25 dias e desvio padrão de 20,67, com variação de 2 dias até 81 dias de uso (observado em um caso).

A Tabela 6 apresenta a distribuição dos RNBP segundo os aspectos relacionados às consultas pediátricas e fonoaudiológicas do seguimento

ambulatorial (2º mês), e a situação da amamentação exclusiva até o terceiro mês de vida (AME – 3).

Tabela 6- Distribuição dos RNBP segundo variáveis do seguimento ambulatorial pediátrico e fonoaudiológico - 2º mês e a situação da amamentação exclusiva até o 3º mês de vida (AME-3). Hospital Guilherme Álvaro, Santos, 1998 a 2001.

Variáveis relacionadas ao seguimento ambulatorial pediátrico e fonoaudiológico 2º mês	AME-3		Não AME-3	
	n	%	n	%
Intercorrências clínicas do RNBP-2 (n=100)				
Não	27	60,0	18	40,0
Sim	37	67,3	18	32,7
p=0,45				
Ganho de peso-2 (g) (n=52)				
> 25	22	59,5	15	40,5
≤ 25	8	53,3	7	46,7
p=0,68				
Reinternação-2 (n=100)				
Não	62	63,9	35	36,1
Sim	2	66,7	1	33,3
p=0,92				
Uso de chupeta-2 (n=84) ***				
Não	47	75,8	15	24,2
Sim	5	22,7	17	77,3
p<0,001				
Queixa da mãe-2 (n=85)***				
Não	43	81,1	10	18,9
Sim	10	31,3	22	68,8
p<0,001				
Intercorrência na amamentação-2 (n=110) #				
Não	60	67,4	29	32,6
Sim	11	52,4	10	47,6
p=0,19				
Dificuldades orais-2 (n=83) #				
Ausência	51	64,6	28	35,4
Presença	1	25,0	3	75,0
p=0,11				
Conduta fonoaudiológica-2 (n=78) #				
Ausência	27	71,1	11	28,9
Presença	21	52,5	19	47,5
p=0,09				
Tempo total de uso de complemento (leite humano ordenhado) – (dias) (n=110) #				
< 45	51	68,9	23	31,1
≥ 45	20	55,6	16	44,4
p=0,16				

* p<0,05 ** p≤0,01 *** p<0,001 # p≤ 0,20

Pela Tabela 6 observa-se que, os RNBP que fizeram *Uso da chupeta, Mães com queixa, duplas de mães/RNBP com diagnóstico de Intercorrência na amamentação, RNBP com presença de dificuldades orais, aqueles com necessidade de Conduta fonoaudiológica e que necessitaram de Complemento (leite humano ordenhado) por mais tempo*, tiveram maior proporção de amamentação exclusiva interrompida até o 3º mês.

Observa-se que das variáveis do Bloco 6, relacionadas ao retorno ambulatorial pediátrico e fonoaudiológico - 2º mês, mostraram-se associadas significativamente com a interrupção da AME-3 os fatores: *Uso da chupeta e Queixa da mãe*.

As variáveis *Intercorrências na amamentação, Dificuldades Orais e Conduta fonoaudiológica no 2º mês, Tempo de Uso de complemento* permaneceram para serem incluídas nas próximas etapas do modelo hierarquizado como variáveis de controle.

5.7. Características da prática da amamentação exclusiva dos RNBP durante a internação no alojamento conjunto (BLOCO 7) e da avaliação fonoaudiológica no início da amamentação (BLOCO 8)

De acordo com a amostra estudada, verificou-se que 53% das mães desse estudo não apresentavam nenhuma experiência prévia na amamentação. Dessas, 46% eram primíparas e 7% não haviam amamentado anteriormente. Das mães que já possuíam experiência anterior, 18% referiam experiência insatisfatória na amamentação (referente à prática da amamentação exclusiva igual ou menor que 3 meses e ou episódios de dificuldades/intercorrências mamárias durante a amamentação) e 29% experiência satisfatória.

Do total dos RNBP estudados, 50% foram submetidos ao Método Mãe-Canguru (MM-C), de modo integral (durante 24 horas) no alojamento conjunto até o nono dia de vida. A média encontrada nesse estudo foi de 11. dias, mediana 10 dias, desvio padrão de 8,56 dias, com limites de variação de 01 dia (7,2%) a 49 dias (verificado em apenas um caso).

Constatou-se que 50% dos RNBP iniciaram amamentação precocemente, até o terceiro dia de vida, sendo que 19% fizeram-no já no primeiro dia de vida. A média para início de amamentação encontrada foi de 5 dias; mediana de 3 dias, desvio padrão de 4,25 dias, variando de 01 a 21 dias (observado em apenas um caso).

Verificou-se que 97,3% dos RNBP desse estudo estavam em aleitamento materno exclusivo no momento da alta hospitalar, sendo que destes, 38,7% mamava exclusivamente no próprio seio materno no momento da alta, 58,6% mamava no seio materno e recebia complemento com leite humano fresco ordenhado (fração posterior) através do copinho e somente 2,7% estava em aleitamento misto (administrado por copinho).

Do total de casos estudados, em relação à avaliação fonoaudiológica realizada no início da amamentação, verificou-se que, do total das mães e RNBP do estudo, 77% das duplas apresentaram alguma dificuldade em relação ao posicionamento e 87% dos RNBP apresentaram alguma dificuldade de pega ao peito durante a mamada.

Quanto às principais dificuldades orais observadas na avaliação fonoaudiológica relacionados à pega inadequada, constatou-se que 23% do total dos RNBP apresentaram acoplamento labial insuficiente; e 27% pouca abertura da boca para realizarem a pega corretamente. De acordo com o padrão de sucção, verificou-se que do total de RNBP do estudo, 33 % apresentaram retração de língua, 27% acoplamento lingual insuficiente durante a mamada, e 4% língua hipertônica.

Durante os movimentos da ordenha dos RNBP na mamada, observou-se excursão exagerada de mandíbula (padrão mordedor) em 25% dos bebês de baixo peso.

Pela observação das mamas e mamilos na avaliação fonoaudiológica constatou-se que 10,3% apresentaram intercorrências mamárias (ingurgitamento mamário) e 7,5% alguma intercorrência nos mamilos.

De um modo geral, constatou-se que 49% do total dos RNBP apresentaram reflexos orais débeis quando iniciaram a amamentação no

peito, 26% algum sinal de incoordenação da sucção/respiração e 53,3% ritmo de sucção lento durante a mamada.

Em relação à organização global verificou-se que 62% dos RNBP apresentaram-se organizados no início da amamentação, 35 % dos RNBP apresentaram algum sinal de estresse nesse período e 34% demonstraram dificuldades quanto a manutenção de alerta, apresentando-se em sono profundo ou sonolentos no início da mamada.

As Tabelas 7 e 8 mostram a distribuição de RNBP segundo variáveis referentes à prática da amamentação durante a internação no alojamento conjunto (Tabela 7) e da avaliação fonoaudiológica no início da amamentação (Tabela 8).

Tabela 7- Distribuição dos RNBP segundo variáveis referentes à prática da amamentação na internação no alojamento conjunto e a situação da amamentação exclusiva até o 3^o mês de vida (AME-3). Hospital Guilherme Álvaro, Santos, 1998 a 2001.

Variáveis referentes à prática da amamentação na internação no AC	AME-3		Não AME-3	
	n	%	n	%
Experiência anterior de amamentação (n=101) **				
Sim, satisfatório	23	79,3	6	20,7
Sim, insatisfatório	6	33,3	12	66,7
Não/primípara	34	63,0	20	37,0
p<0,01				
Início tardio do Método Mãe-Canguru integral (dias) (n=111) *				
< 15	56	69,1	25	30,9
≥ 15	15	50,0	15	50,0
p=0,06				
Início da amamentação (dias) (n=111)				
< 8	54	65,9	28	34,1
≥ 8	17	58,6	12	41,4
p=0,48				
Alimentação na alta				
AME	29	67,4	14	32,6
Outras	42	61,8	26	38,2
p=0,54				

* p<0,05 ** p<0,01 *** p<0,001 # p<0,20

De acordo com a Tabela 7, para todos os fatores estudados, observou-se maior proporção de interrupção da amamentação entre as mães com experiência anterior insatisfatória, Uso do MM-C integral (durante 24hs) no alojamento conjunto a partir de 15 dias ou mais, Início da amamentação igual ou maior de 8 dias e para os RNBP que não estavam sendo alimentados em amamentação exclusiva na alta.

Somente as variáveis *Experiência anterior na amamentação* e *Uso do MM-C integral* do Bloco 7, mostraram-se associadas significativamente com a interrupção da AME-3.

Tabela 8- Distribuição dos RNBP segundo variáveis relacionadas à avaliação fonoaudiológica do início da amamentação a situação da amamentação exclusiva até o 3º mês de vida (AME-3). Hospital Guilherme Álvaro, Santos, 1998 a 2001.

Variáveis relacionadas à avaliação fonoaudiológica do início da amamentação	AME-3		Não AME-3	
	n	%	n	%
Posicionamento mãe/RNBP (n=107)				
Adequado	17	70,8	7	29,2
Inadequado	51	61,4	32	38,6
p=0,40				
Condições da pega do RNBP (n=107)**				
Adequado	13	92,9	1	7,1
Inadequado	55	59,1	38	40,9
p=0,01				
Acoplamento labial (n=107)				
Suficiente	54	65,1	29	34,9
Insuficiente	14	58,3	10	41,7
p=0,54				
Abertura da boca do RNBP (n=107)				
Suficiente	49	62,8	29	37,2
Insuficiente	19	65,5	10	34,5
p=0,79				
Retração da língua (n=111) *				
Ausência	52	70,3	22	29,7
Presença	19	51,4	18	48,6
p=0,05				
Acoplamento da língua (n=107)				
Suficiente	52	66,7	26	33,3
Insuficiente	16	55,2	13	44,8
p=0,27				

Continua

Continuação

Variáveis relacionadas à avaliação fonoaudiológica do início da amamentação	AME-3		Não AME-3	
	n	%	n	%
Língua hipertônica (n=107)				
Ausência	66	64,1	37	35,9
Presença	2	50,0	2	50,0
p=0,56				
Padrão mordedor na ordenha (n=107)				
Ausência	51	63,8	29	36,3
Presença	17	63,0	10	37,0
p=0,94				
Intercorrência mamária (n=107) *				
Ausência	64	66,7	32	33,3
Presença	4	36,4	7	63,6
p=0,04				
Intercorrência dos mamilos (n=107) ***				
Ausência	67	67,7	32	32,3
Presença	1	12,5	7	87,5
p≤0,01				
Condições dos reflexos orais (n=107) #				
Adequados	38	69,1	17	30,9
Débeis	30	57,7	22	42,3
p=0,20				
Incoordenação dos reflexos orais/respiração (n=107) #				
Ausência	53	67,1	26	32,9
Presença	15	53,6	13	46,4
p=0,20				
Ritmo da sucção (n=107) #				
Adequado	35	70,0	15	30,0
Inadequado	33	57,9	24	42,1
p=0,19				
Organização global do RNBP (n=111)				
Sim	45	65,2	24	34,8
Não	26	61,9	16	38,1
p=0,72				
Estresse do RNBP (n=111)				
Não	48	66,7	24	33,3
Sim	23	59,0	16	41,0
p=0,42				
Estados de consciência dos RNBP (n=111)**				
Outros	54	72,0	21	28,0
Sono profundo/leve	17	47,2	19	52,8
p=0,01				

* p<0,05 ** p≤0,01 *** p<0,001 # p≤0,20

Pela Tabela 8 observa-se maior proporção de duplas de mães/RNBP que interromperam a AME-3, entre as que apresentaram posicionamento inadequado.

Quanto ao padrão de fixação oral dos RNBP ao peito na mamada, os que apresentaram pega inadequada foram os que proporcionalmente interromperam a AME-3 em maior proporção. O mesmo ocorreu para os RNBP que apresentaram *Acoplamento labial insuficiente*.

Em relação ao padrão de ordenha (para extração do leite) dos RNBP na mamada, aqueles que apresentaram retração de língua interromperam a AME-3 em maior proporção. O mesmo ocorreu entre os RNBP que tiveram *Acoplamento insuficiente da língua* e entre os que apresentaram *Língua hipertônica*.

Para as mães com diagnóstico de *Intercorrência nas mamas* e para aquelas com *Intercorrência nos mamilos*, a proporção de interrupção da AME-3 foi bem maior.

Também foi maior a proporção dos RNBP que interromperam a AME-3 entre os que apresentaram *Reflexos orais débeis*, entre os com *Incoordenação dos reflexos orais/respiração* e para aqueles com *Ritmo de sucção inadequado*.

Observou-se maior proporção de interrupção da AME-3 também entre os RNBP que apresentaram estresse no início da amamentação e para aqueles que, quanto aos estados de consciência, apresentaram-se em padrão de sono profundo e sono leve.

As variáveis que mostraram-se associadas significativamente com a interrupção da AME-3 foram: *Condições da pega*, *Intercorrência mamária*, *Intercorrência dos mamilos*, *Estados de consciência dos RNBP*.

As variáveis *Condições dos reflexos orais*, *Incoordenação dos reflexos orais/respiração* e *Ritmo da sucção* permaneceram para serem incluídas nas próximas etapas do modelo hierarquizado como variáveis de controle.

5.8. Resultados da análise de regressão logística

Os resultados obtidos através da análise de regressão logística estão apresentados, separados por blocos hierárquicos, conforme Quadro 3 (referente ao modelo hierarquizado), nas Tabelas 9 a 12. Nelas estão apresentados os resultados das associações univariadas e múltiplas (razão de chances bruta e ajustadas com seus respectivos intervalos de confiança - 95% e a significância) entre a interrupção da amamentação exclusiva no 3^o mês de vida (Não AME-3) e os potenciais fatores de risco. Vale notar que somente as variáveis que obtiveram nível de significância ($p \leq 0,20$) (conforme critério descrito na metodologia) foram mantidas nas análises de regressão logística e portanto, apresentadas na forma tabular.

5.8.1. Fatores sócio-demográficos (Bloco1) e Fatores das condições de nascimento (Bloco 3)

Entre os diversos potenciais fatores sócio-demográficos selecionados no estudo (*idade, escolaridade da mãe, procedência, vínculo empregatício da mãe e pai, presença de companheiro e número de filhos*), nenhum deles mostrou associação estatisticamente significativa, até mesmo *idade da mãe* ($p=0,33$) e *escolaridade da mãe* ($p=0,36$), que na literatura encontram-se relacionados com o desfecho em questão.

Da mesma forma os fatores relacionados às condições de nascimento selecionados (*peso ao nascer, idade gestacional e crescimento intra-uterino*) também não apresentaram associação estatisticamente significativa, não sendo apresentados nas análises de regressão logística.

5.8.2. Fatores relacionados à gestação e parto (Bloco 2) e Fatores da evolução clínica e nutrição (Bloco 4)

Na Tabela 9 observa -se que na análise univariada referente ao bloco 2, dos fatores relacionados à gestação e parto somente a variável tempo de hospitalização da mãe durante a gestação foi mantida no modelo para controle por apresentar ($p=0,20$).

Na análise univariada, observa-se que dos fatores do bloco 4, de evolução clínica e nutrição, somente as variáveis *tempo de cuidados intermediários* ($p=0,07$) e *tempo de sonda* ($p=0,07$) associaram-se com Não AME-3, com significância marginal. As demais variáveis foram mantidas no modelo como controles. Após o ajustamento dos fatores do bloco 4 entre si, a magnitude da associação foi modificada, sendo que nenhuma variável manteve associação estatisticamente significativa. Somente *intercorrências clínicas* foi mantida nos modelos subseqüentes como variável de controle. Entretanto ao ser ajustado pelo fator *tempo de hospitalização da mãe na gestação*, do bloco imediatamente superior, observa-se que a variável *intercorrências clínicas* perdeu totalmente a significância, ($p=0,28$), portanto nenhuma variável desse bloco relativo à evolução clínica e nutrição permaneceu nos modelos seguintes.

Tabela 9 - Associação entre interrupção da Amamentação Exclusiva no 3º mês de vida (Não AME-3) e os fatores de risco relacionados à gestação e parto – modelo de regressão logística univariada e múltipla. Hospital Guilherme Álvaro, Santos, 1998 a 2001.

Fatores de gestação e parto	ODDS não ajustada (IC _{95%})	ODDS ajustada ^a (IC _{95%})	ODDSajustada ^b (IC _{95%})
Tempo de hospitalização da mãe (gestação)			
< 22	1		
≥ 22	0,43 (0,11 – 1,63)		
p	0,20		
Variáveis de evolução clínica e nutrição			
Intercorrências clínicas			
0 – 2	1	1	1
3 ou mais	1,84 (0,78 – 4,36)	2,43 (0,65 – 9,04)	1,68 (0,66–4,25)
p	0,17	0,19	0,28
Tempo de cuidados intermediários (dias)			
< 15	1	1	#
≥ 15	2,34(0,92 – 5,94)	1,01 (0,28 – 3,61)	
p	0,07	0,99	
Tempo de oxigênio (dias)			
0 – 5	1	1	
> 5	1,89 (0,78 – 4,58)	0,90 (0,28 – 2,90)	#
p	0,16	0,86	
Duração da internação (dias)			
< 27	1	1	#
≥ 27	1,91(0,82 – 4,42)	0,94 (0,02 – 36,36)	
p	0,13	0,92	
Tempo de intervenção fonoaudiológica (dias)			
< 18	1	1	#
≥ 18	2,01 (IC)	1,26 (0,34 – 4,72)	
p	0,11	0,73	
Tempo de sonda (dias)			
≤ 15	1	1	#
> 15	2,52 (0,93 – 6,80)	2,20 (0,60 – 8,13)	
p	0,07	0,23	

a : ajustada para os fatores de evolução clínica e nutrição entre si (*intercorrências neonatais, tempo de cuidados intermediários, tempo de oxigênio, duração da internação, tempo de intervenção de fonoaudiológica e tempo de sonda*).

b: ajustada para os fatores de evolução clínica e nutrição (*intercorrências neonatais*) e para os fatores de gestação e parto (*tempo de hospitalização*).

#: A variável foi retirada por apresentar $p > 0,20$ no modelo ajustado às variáveis internas ao nível hierárquico.

5.8.3. Fatores relacionados ao retorno ambulatorial pediátrico e fonoaudiológico do 1º mês (BLOCO 5)

A Tabela 10 mostra os resultados da análise de associação das variáveis do bloco 5, relativo ao retorno ambulatorial pediátrico e fonoaudiológico do 1º mês, sendo estas: *ganho de peso, uso de chupeta, queixa da mãe, intercorrência na amamentação, dificuldade oral e conduta fonoaudiológica*.

Pela *análise univariada* verifica-se que os fatores, *queixa da mãe* ($p=0,02$), *intercorrência na amamentação* ($p<0,01$) e *dificuldade oral* ($p<0,01$) associaram-se com Não AME-3, sendo que as demais variáveis mantiveram-se no modelo como controles.

Quanto ao fator *queixa da mãe na amamentação*, observa-se que a magnitude da associação desses fatores variou nas diversas categorias. Na categoria *auto-confiança* nota-se uma significância marginal ($p=0,06$), sendo que nas demais categorias *choro dos RNBP* ($p=0,05$) e *comportamento do RNBP* ($p=0,01$) as associações foram altamente significantes com Não AME -3.

Após serem *ajustadas para os fatores do seu bloco*, a variável *queixa da mãe* foi mantida uma vez que as categorias *choro dos RNBP* ($p=0,11$) e *comportamento dos RNBP* ($p=0,09$) mantiveram associação com Não AME -3, com significância marginal.

A categoria *choro dos RNBP* ($p=0,03$) foi a que apresentou maior chance, 5,25 vezes mais (ICajustado = [1,09 – 30,19]) de interromper a amamentação exclusiva no 3º mês de vida, comparando-se com a ausência de queixa da mãe. As categorias *auto-confiança da mãe* e *comportamento do RNBP* mostraram razão de chances não significativas.

Observou-se que todas as categorias do fator *intercorrência na amamentação na análise univariada*, apresentaram associações altamente significantes ($p < 0,05$) com Não AME -3, sendo essas: *problemas com mama/mamilo* ($p = 0,03$); *problemas com a pega* ($p = 0,04$); *problemas com disfunções orais dos RNBP* ($p = 0,03$).

Quando ajustadas com os fatores do seu bloco mantiveram a associação, com significância marginal, somente as categorias: *problemas de pega em geral* ($p = 0,14$) e *problemas quanto às disfunções orais dos RNBP* ($p = 0,17$) sendo assim mantidas nos modelos subseqüentes. A categoria *problemas quanto à mama/mamilo* perdeu a significância ($p = 0,28$).

Entretanto quando ajustadas para os demais fatores dos blocos superiores, observa-se que a categoria *problemas na mama/mamilo* retomou a significância ($p = 0,04$), sendo que para essas mães, o risco de interromperem a amamentação exclusiva foi o maior, cerca de 9 vezes mais (IC ajustado=[1,10-72,68]), em relação às mães que não apresentaram intercorrências na amamentação. Já nos casos onde diagnosticaram-se intercorrências quanto às *disfunções orais dos RNBP*, o risco de interrupção da amamentação foi 5 vezes maior comparando-se com bebês baixo peso que não apresentaram dificuldades na mamada. A categoria *problemas de pega em geral dos RNBP* não apresentou razão de chances significativa estatisticamente.

A magnitude da associação da variável *dificuldade oral* foi modificada ($p = 0,23$), tendo sido portanto, retirada do modelo.

Tabela 10- Associação entre interrupção da Amamentação Exclusiva no 3º mês de vida (Não AME-3) e os fatores de risco relacionados ao retorno ambulatorial pediátrico e fonoaudiológico do 1º mês – modelo de regressão logística univariada e múltipla. Hospital Guilherme Álvaro, Santos, 1998 a 2001.

Fatores do retorno ambulatorial pediátrico e fonoaudiológico do 1º mês	ODDS não ajustada (IC _{95%})	ODDS ajustada ^a (IC _{95%})	ODDS ajustada ^b (IC _{95%})
Ganho de peso – 1 (g/d)			
> 20	1	1	#
≤ 20	2,19 (0,78 – 6,16)	1,17 (0,30 - 4,54)	
p	0,13	0,83	
Uso de chupeta-1			
Não	1	1	#
Sim	4,13 (0,72 – 23,78)	1,42 (0,15 – 13,56)	
p	0,11	0,76	
Queixa da mãe-1			
Não	1	1	1
Autoconfiança	2,67 (0,93 – 7,67)	1,92 (0,44 – 8,38)	2,27 (0,67 – 7,71)
Choro	4,08 (0,97 – 17,17)	4,28 (0,69 – 26,18)	5,74 (1,09 – 30,19)
Comportamento do RNBP	5,72 (1,47 – 22,23)	4,03 (0,78 – 20,80)	4,35 (0,89 – 21,26)
p	0,02	0,23	0,07
Intercorrência na amamentação-1			
Nenhum / só posição	1	1	1
Mama/mamilo	6,93 (1,16 – 41,61)	3,69 (0,34 – 39,37)	8,93 (1,10 – 72,68)
Pega	4,77 (1,62 – 13,99)	3,28 (0,68 – 15,80)	2,62 (0,72 – 9,52)
Disfunção oral	4,16 (1,11 – 15,55)	4,06 (0,53 – 31,31)	5,25 (1,24 – 22,23)
p	< 0,01	0,28	0,04
Dificuldade oral-1			
Ausência	1	1	#
Presença	3,43 (1,40 – 8,45)	2,65 (0,54 – 12,94)	
p	< 0,01	0,23	
Conduta fonoaudiológica-1			
Ausência	1	1	#
Presença	2,08 (0,75 – 5,78)	0,55 (0,11 – 2,83)	
p	0,16	0,64	

a : ajustada para os fatores do retorno ambulatorial pediátrico e fonoaudiológico do 1º mês entre si (*ganho de peso-1, uso de chupeta -1, queixa da mãe-1, intercorrência na amamentação-1, dificuldade oral-1, conduta fonoaudiológica-1*).

b: ajustada para os fatores do retorno ambulatorial pediátrico e fonoaudiológico do 1º mês (*queixa da mãe-1 e intercorrência na amamentação-1*) e para fatores de evolução clínica e nutrição (*intercorrências neonatais*) e fatores de gestação e parto (*tempo de hospitalização*).

#: A variável foi retirada por apresentar $p > 0,20$ no modelo ajustado às variáveis internas ao nível hierárquico.

5.8.4. Fatores relacionados ao retorno ambulatorial pediátrico e fonoaudiológico do 2º mês (BLOCO 6)

A Tabela 11 apresenta os resultados da análise de associação dos fatores de risco relativos ao retorno ambulatorial pediátrico e fonoaudiológico do 2º mês, (*uso de chupeta; queixa da mãe; intercorrência na amamentação, dificuldade oral; conduta fonoaudiológica e tempo total de uso de complemento*).

Os fatores *uso de chupeta* ($p < 0,01$) e *queixa da mãe* ($p < 0,01$) na análise univariada, mostraram-se associados com a interrupção da Amamentação Exclusiva no 3º mês de vida (Não AME – 3).

Após o ajuste dos fatores componentes do mesmo nível hierárquico (*intercorrências na amamentação, dificuldade oral; conduta fonoaudiológica e tempo total de uso de complemento*), a magnitude das associações se manteve altamente significativa para o fator *queixa da mãe* ($p < 0,01$). Nos casos onde houve *queixa da mãe* na amamentação, o risco de apresentar interrupção desta de modo exclusivo no 3º mês de vida foi de 7,34 vezes maior (IC ajustada=[1,72 – 31,25) comparando-se com ausência de queixa.

O fator *uso de chupeta* perdeu a significância e foi mantido no modelo apenas para controle.

Tabela 11- Associação entre interrupção da Amamentação Exclusiva no 3º mês de vida (Não AME-3) e os fatores de risco relacionados ao seguimento ambulatorial pediátrico e fonoaudiológico do 2º mês – modelo de regressão logística univariada e múltipla. Hospital Guilherme Álvaro, Santos, 1998 a 2001.

Fatores do retorno ambulatorial pediátrico e fonoaudiológico do 2º mês	ODDS não ajustada (IC _{95%})	ODDS ajustada ^a (IC _{95%})	ODDS ajustada ^b (IC _{95%})
Uso de chupeta-2			
Não	1	1	1
Sim	10,65 (3,36 – 33,79)	3,68 (1,11 – 15,06)	3,78 (0,60 – 23,55)
p	<0,01	0,07	0,15
Queixa da mãe-2			
Não	1	1	1
Sim	9,46 (3,42 – 26,13)	6,91 (0,66 – 31,45)	7,34 (1,72 – 31,25)
p	<0,01	0,01	<0,01
Intercorrência na amamentação-2			
Não	1	1	#
Sim	1,88 (0,72 – 4,93)	1,63 (2,95 – 7,85)	
p	0,20	0,54	
Dificuldade oral-2			
Ausência	1	1	
Presença	5,46 (0,54 – 55,03)	2,02 (11,27 – 46,07)	#
p	0,15	0,66	
Conduta fonoaudiológica-2			
Ausência	1	1	#
Presença	2,22 (0,88 – 5,66)	0,58 (0,13 – 0,88)	
p	0,09	0,45	
Tempo total de uso de complemento (leite humano ordenhado) (d)			
< 45	1	1	#
≥ 45	1,77 (0,78 – 4,03)	1,89 (0,54 – 6,65)	
p	0,17	0,32	

a: ajustada para os fatores do retorno ambulatorial pediátrico e fonoaudiológico do 2º mês entre si (*uso de chupeta-2; queixa da mãe; intercorrência na amamentação-2; dificuldade oral-2; conduta fonoaudiológica-2, tempo total de uso de complemento (leite humano ordenhado)*)

b: ajustada para os fatores do retorno ambulatorial pediátrico e fonoaudiológico do 2º mês entre (*uso de chupeta-2; queixa da mãe*) e ajustada para os fatores do retorno ambulatorial pediátrico e fonoaudiológico do 1º mês (*queixa da mãe-1 e intercorrência na amamentação-1*) e para os fatores de evolução clínica e nutrição (*intercorrências neonatais*) e os fatores de gestação e parto (*tempo de hospitalização*).

#: A variável foi retirada por apresentar $p > 0,20$ no modelo ajustado às variáveis internas ao nível hierárquico.

5.8.5. Fatores relacionados à internação dos RNBP no alojamento conjunto (Bloco 7) e Fatores relacionados ao início da amamentação e avaliação fonoaudiológica (Bloco 8)

Pelos resultados apresentados na Tabela 12, quanto à análise univariada, pode-se observar que em relação aos fatores de internação dos RNBP no alojamento conjunto, a variável *uso do Método Mãe-Canguru Integral* apresentou uma significância marginal ($p=0,06$) e *experiência anterior na amamentação* associou-se fortemente com a interrupção da Amamentação Exclusiva quanto à categoria *ter experiência anterior insatisfatória na amamentação* ($p<0,01$); já a categoria *não ter vivido experiência anterior na amamentação* apresentou uma tendência à significância ($p=0,08$).

Após o ajuste dessas 2 variáveis entre si (Bloco 7) mantiveram-se as mesmas significâncias anteriores para ambos os fatores com ($p<0,01$) e ($p=0,08$) respectivamente, havendo modificação entretanto posteriormente, quando ajustadas para os componentes dos blocos superiores. A magnitude da associação da variável *uso do Método Mãe -Canguru Integral* foi substancialmente modificada ($p<0,01$) passando a associar-se fortemente com a interrupção da Amamentação Exclusiva no 3º mês de vida. Para os RNBP que foram submetidos ao *uso do Método Mãe -Canguru Integral* após o 15º dia de vida, o risco de interromper a amamentação exclusiva foi 18,56 vezes maior (IC ajustada=[2,37 – 144,77) quando comparados aos RNBP que puderam usar o método de modo integral com menos tempo de vida.

A variável *experiência anterior na amamentação* perdeu a significância para a categoria *experiência insatisfatória na amamentação* ($p=0,22$) e manteve significância marginal para a categoria *não ter vivido experiência anterior na amamentação* ($p=0,16$). Entretanto a razão de chances desse fator não se mostrou significativa para nenhuma das categorias.

Quanto aos fatores do início da amamentação e avaliação fonoaudiológica (Bloco 8), na análise univariada, a grande maioria dos fatores apresentaram associação com interrupção da Amamentação

Exclusiva no 3º mês de vida, sendo que somente as variáveis *condições dos reflexos orais* ($p=0,16$), *incoordenação dos reflexos orais/resp* ($p=0,20$) e *ritmo da sucção* ($p=0,18$) não se associaram significativamente, mas foram mantidas no modelo como fatores de controle.

Mediante o ajuste das variáveis, alguns fatores foram retirados das análises posteriores por terem apresentado como resultado um valor de $p>0,20$, o que pode ter ocorrido em duas circunstâncias: ou na análise ajustada dentro do mesmo bloco (*intercorrência mamária, condições dos reflexos orais; incoordenação dos reflexos orais/respiração, ritmo de sucção*) ou pelo ajuste para os fatores dos blocos superiores (*retração da língua, intercorrência dos mamilos e estados de consciência*). Desta forma a única variável que se manteve no modelo, deste Bloco 8, após os ajustes, foi *pega do RNBP ao peito* ($p=0,08$), apresentando uma significância marginal.

Tabela 12- Associação entre interrupção da Amamentação Exclusiva no 3º mês de vida (Não AME-3) e os fatores de risco relacionados à internação dos RNBP no alojamento conjunto – modelo de regressão logística univariada e múltipla. Hospital Guilherme Álvaro, Santos, 1998 a 2001.

Fatores de internação dos RNBP No alojamento conjunto	ODDS não ajustada (IC _{95%})	ODDS ajustada ^{a1} (IC _{95%})	ODDS ajustada ^b (IC _{95%})
Início tardio do Método Mãe-Canguru integral (dias)			
< 15	1	1	1
≥ 15	2,24 (0,95 – 5,28)	2,37 (1,08 – 6,08)	18,56 (2,37 – 144,77)
p	0,06	0,07	<0,01
Experiência anterior de amamentação			
Sim, satisfatório	1	1	1
Sim, insatisfatório	8,33 (2,22 – 31,34)	9,20 (0,42 – 35,64)	4,80 (0,38 – 59,43)
Não (primípara)	2,50 (0,88 – 7,09)	2,51 (1,15 – 7,25)	3,63 (0,59 – 22,07)
p	<0,01	<0,01	0,32
Fatores do início da amamentação e avaliação fonoaudiológica		RC ajustada^{a2} (IC_{95%})	
Condições da pega no RNBP			
Adequado	1	1	1
Inadequado	9,58 (1,21 – 75,81)	7,46 (1,13 – 62,80)	11,17 (0,75 – 164,94)
p	0,03	0,06	0,08
Retração da língua			
Ausência	1	1	1
Presença	2,24 (1,00 – 5,06)	2,13 (1,22 – 5,57)	2,44 (0,34 – 17,12)
p	0,05	0,12	0,36

Continua

Continuação

Fatores do início da amamentação e avaliação fonoaudiológica	ODDS não ajustada (IC _{95%})	ODDS ajustada ^{a2} (IC _{95%})	ODDS ajustada ^b (IC _{95%})
Intercorrência mamária			
Ausência	1,00	1,00	
Presença	4,19 (1,17 – 14,94)	1,25 (6,79 – 10,75)	#
p	0,02	0,83	
Intercorrência dos mamilos			
Ausência	1,00	1,00	1,00
Presença	14,82 (1,75 – 125,38)	8,67 (1,89 – 141,88)	63,46 (5,66 – 7,04)
p	0,01	0,12	0,88
Condições dos reflexos orais			
Adequados	1	1	#
Débeis	1,75 (0,80 – 3,82)	1,01 (0,17 – 5,96)	
p	0,16	0,99	
Incoordenação dos reflexos orais/resp			
Adequados	1	1	#
Débeis	1,71 (0,73 – 3,99)	0,78 (0,27 – 0,82)	
p	0,21	0,66	
Ritmo da sucção			
Ausência	1	1	
Presença	1,71 (0,78 – 3,78)	0,82 (0,14 – 4,77)	#
p	0,18	0,83	
Estados de consciência dos RNBP			
Outros	1	1	1
Sono profundo/leve	2,87 (1,26 – 6,56)	3,46 (1,10 – 10,79)	2,28 (0,33 – 15,61)
p	(0,01)	0,033	0,40

a1 : ajustada para os fatores de internação dos RNBP no alojamento conjunto (*uso do método mãe-canguru integral, experiência anterior na amamentação*)

a 2: ajustada para os fatores do início da amamentação e avaliação fonoaudiológica entre si (*condições da pega, retração da língua, intercorrência mamária, intercorrência dos mamilos, condições dos reflexos orais, incoordenação dos reflexos orais/ respiração, ritmo de sucção, estados de consciência*).

b: ajustada para os fatores de internação dos RNBP no alojamento conjunto e do início da amamentação (*uso do método mãe-canguru integral, experiência anterior na amamentação, condições da pega, retração da língua,, intercorrência dos mamilos, estados de consciência dos RNBP*) e para os fatores do retorno ambulatorial pediátrico e fonoaudiológico do 2º mês entre (*uso de chupeta-2; queixa da mãe*), para os fatores do retorno ambulatorial pediátrico e fonoaudiológico do 1º mês (*queixa da mãe-1 e intercorrência na amamentação-1*) e para os fatores de evolução clínica e nutrição (*intercorrências neonatais*) e fatores de gestação e parto (*tempo de hospitalização*).

#: A variável foi retirada por apresentar $p > 0,20$ no modelo ajustado às variáveis internas ao nível hierárquico.

5.9. Variáveis incluídas no Modelo Final de Regressão Logística Múltipla

Na Tabela 13 estão apresentados os resultados obtidos no modelo final da análise de regressão logística. Ou seja, o modelo com todas as variáveis dos blocos que foram mantidos na modelagem hierarquizada.

Observa-se que após o ajuste dos fatores incluídos neste modelo (*tempo de hospitalização da mãe; queixa da mãe-1; intercorrência na amamentação – 1; queixa da mãe-2; uso de chupeta – 2; uso do método mãe-canguru integral; condições da pega*) as variáveis *Tempo de hospitalização da mãe (gestação), Queixa da mãe no 1º mês e Intercorrência na amamentação no 1º mês* perderam a associação estatisticamente significativa.

Como resultado final da análise de regressão logística, obteve-se que os fatores *Queixa da mãe na amamentação no 2º mês, Uso de chupeta no 2º mês, uso do Método Canguru integral no alojamento conjunto e condições de pega dos RNBP no início da amamentação* mantiveram associação independente quando ajustadas entre as variáveis que permaneceram no modelo final.

Portanto, obteve-se como resultado final que, em relação às mães, aquelas que apresentaram *queixa da mãe na amamentação no 2º mês de vida*, apresentaram risco aproximadamente de 11 vezes maior (IC ajustada=[1,80- 64,75]) de ter interrupção da amamentação no 3º mês de vida. Quanto aos RNBP, os que faziam uso de chupeta no 2º mês de vida apresentaram 14 vezes mais de chance (IC ajustada=[1,37 – 147,19]) de ter a amamentação exclusiva interrompida; já os que foram submetidos ao Método Canguru integral após 15 dias de vida (IC ajustada=[1,62 – 89,79]) e aqueles com diagnóstico de pega inadequada no início da amamentação, apresentaram risco 12 vezes maior (IC ajustada=[1,07 – 143,59]) de interrupção da amamentação no 3º mês de vida.

Tabela 13 – Variáveis incluídas no Modelo Final de Regressão Logística Múltipla com os respectivos OR, IC e o valor de p

Variáveis incluídas no modelo final	ODDS ajustada	Valor de p
Tempo de hospitalização da mãe (gestação)		
< 22	1	
≥ 22	0,64 (0,88 – 4,68)	0,66
Queixa da mãe-1		
Não	1	
Autoconfiança	1,13 (0,15 – 8,32)	
Choro	0,24 (0,01 – 14,09)	
Comportamento do RNBP	9,44 (0,86 – 102,97)	0,28
Intercorrência na amamentação-1		
Nenhum / só posição	1	
Mama/mamilo	0,59 (0,01 – 38,51)	
Pega	7,61 ((0,80 – 72,15)	
Disfunção oral	5,12 (0,71 – 36,59)	0,18
Queixa da mãe-2		
Não	1	
Sim	10,80 (1,80 – 64,75)	< 0,01
Uso de chupeta-2		
Não	1	
Sim	14,23 (1,37 – 147,19)	0,02
Início tardio do Mãe-Canguru integral (dias)		
< 15	1	
≥ 15	12,08 (1,62 – 89,79)	0,01
Condições da pega no RNBP		
Adequado	1	
Inadequado	12,41 (1,07 – 143,59)	0,04

a : ajustada para os fatores que permaneceram no modelo final entre si (*tempo de hospitalização da mãe; queixa da mãe-1; intercorrência na amamentação – 1; queixa da mãe-2; uso de chupeta – 2; uso do método mãe-canguru integral; condições da pega*)

ajustada anteriormente para os fatores de internação dos RNBP no alojamento conjunto e do início da amamentação (*uso do método mãe-canguru integral, experiência anterior na amamentação, condições da pega, retração da língua,, intercorrência dos mamilos, estados de consciência dos RNBP*) e para os fatores do retorno ambulatorial pediátrico e fonoaudiológico do 2º mês entre (*uso de chupeta-2; queixa da mãe*), para os fatores do retorno ambulatorial pediátrico e fonoaudiológico do 1º mês (*queixa da mãe-1 e intercorrência na amamentação-1*) e para os fatores de evolução clínica e nutrição (*intercorrências neonatais*) e fatores de gestação e parto (*tempo de hospitalização*).

6. DISCUSSÃO

6.1. Quanto ao método

Inicialmente, ao se discutir aspectos relativos ao método, é pertinente fazer uma reflexão com relação a alguns pontos que dizem respeito às limitações e lacunas deste estudo.

Em primeiro lugar um limite inerente ao estudo retrospectivo refere-se à impossibilidade de se resgatar algumas informações selecionadas para coleta, por falta de descrição destas nos prontuários médicos/fonoaudiológicos, o que algumas vezes gerou exclusão do caso para este trabalho. Outro limite encontrado foi a redução do número de duplas mães/RNBP na fase ambulatorial, devido evasão da população ao serviço de referência (HGA), a qual busca outros serviços mais próximos de suas residências.

Por outro lado pode-se ressaltar alguns aspectos que fortalecem os resultados aqui obtidos. Um deles se refere à validade interna do estudo em relação ao rigor das informações que foram obtidas mediante a existência de um arquivo próprio da equipe interdisciplinar do Ambulatório de Baixo Peso. Os prontuários, independentemente dos prontuários do Serviço de Arquivo Médico Estatístico (SAME), continham fichas de atendimento com informações detalhadas de todos os profissionais da equipe. Tais fichas eram uniformemente preenchidas, visando a sistematização de informações sobre os RNBP atendidos no Método Mãe-Canguru, por uma mesma equipe integrada, interdisciplinar, que atuava junto há mais de dez anos.

Além disso, a normatização do Método Mãe-Canguru, implantado no Hospital Guilherme Álvaro, pode ser comparado com serviços semelhantes, portanto os dados do presente estudo são aplicáveis a esses serviços.

Na literatura há poucas referências de trabalhos que estudam o seguimento de bebês baixo peso e prematuros, submetidos ao MM-C relacionando estes com a amamentação e principalmente que abordam o

aleitamento materno exclusivo, devido às dificuldades já apontadas que envolvem um estudo de coorte, como também o próprio seguimento de bebês de risco. No entanto, é oportuno realizar estudos envolvendo fatores associados à continuidade da amamentação exclusiva dos bebês baixo peso e prematuros, considerando-se o pouco conhecimento sobre esse assunto e também devido a grande maioria dos trabalhos apontados na literatura enfocarem somente descrição de rotinas de serviços que utilizaram o Método Mãe-Canguru com recém-nascidos de baixo peso, através de um delineamento transversal como objetivo do estudo.

O maior interesse do método proposto no presente trabalho é obter conhecimento sobre os fatores interferentes na interrupção da amamentação exclusiva de mães/recém-nascidos de risco, integrados em um serviço humanizado em hospital credenciado como "Amigo da Criança" (UNICEF/OMS) que utiliza o Método Mãe-Canguru, fato este já apontado na literatura como facilitador para estabelecimento da amamentação exclusiva e manutenção até a alta (SILVA, 2003; LIMA 2002; NASCIMENTO, 2001; COLAMEO, 2004; WHITELOW e col., 1998; RAMANATHAN e col., 2001). Entretanto, após a alta hospitalar e retorno ao convívio familiar e social, outros fatores interferentes na prática da amamentação exclusiva devem ser considerados (BUENO e TERUYA, 2004) para que se possa abordar melhor as famílias nas consultas de retomo, estando atento a questões mais amplas de cunho social e até cultural (ALMEIDA e NOVAK, 2004; SILVA, 1999).

A presente pesquisa é um estudo que acrescenta conhecimentos relacionados aos fatores associados à interrupção da amamentação exclusiva de uma população de risco, além de incluir aspectos fonolológicos de observação da mamada, referentes à *detecção das dificuldades no funcionamento motor-oral que interferem no padrão oral dos recém-nascidos baixo peso e prematuros*, tanto no início (fase hospitalar) como na continuidade do processo da amamentação exclusiva. Todos os RNBP incluídos nesta pesquisa não foram submetidos à alimentação por mamadeiras até a alta hospitalar, o que diferencia este estudo daqueles que abordam a alimentação e sucção dos bebês de risco em geral.

Existem trabalhos na área de neonatologia e fonoaudiologia que pesquisam aspectos relacionados à sucção de bebês prematuros e baixo peso. Porém, não discriminam o uso de aleitamento misto do aleitamento exclusivo. Muitas vezes misturam a fisiologia oral nos dois processos: amamentação e sucção por mamadeira. O processo de amamentação é, sob muitos aspectos, diferente de uma mamada em mamadeira. Em primeiro lugar, o fluxo de leite materno não é uniforme, ocorrendo em surtos diferenciados, além disso o padrão de sucção do recém-nascido varia ao longo da mamada de acordo com a quantidade e a disponibilidade do leite (CHETWYND e col., 1998).

O presente estudo proporciona também informações detalhadas que inovam fatores a respeito dos recém-nascidos de baixo peso ao nascer, submetidos ao Método Mãe-Canguru, uma vez que traz anotações destes bebês, descritas nos prontuários referentes à fase de internação hospitalar, como também do seguimento ambulatorial. Cabe ressaltar que, dada a complexidade do processo que determina a continuidade da amamentação exclusiva de bebês de baixo peso e prematuros, a discussão desse tema não se esgota nesse estudo, o que mostra a necessidade da realização de novas pesquisas, envolvendo bebês de baixo peso ao nascer, submetidos ao Método Mãe-Canguru em outros serviços.

6.2. Quanto aos resultados

Em seguida serão discutidos os resultados obtidos da análise de regressão logística múltipla dos fatores associados à interrupção da amamentação exclusiva no 3º mês de vida, seguindo a ordenação hierarquizada dos blocos de fatores estudados.

Na literatura, são ainda poucos os estudos que relacionam os determinantes do AME, principalmente tratando-se dos RNBP, o que limitará, em parte, a discussão dos achados do presente estudo. Por esta razão optou-se por discutir também alguns fatores que, apesar de não apresentarem significância estatística em nosso estudo, devem ser

considerados mediante a relevância destes frente ao assunto estudado.

6.2.1. Fatores sociodemográficos (Bloco 1)

Vários estudos referentes à amamentação exclusiva de bebês a termo (PÉREZ-ESCAMILLA, 1995; VENÂNCIO, 2002) têm mostrado uma associação estatisticamente significativa entre idade materna, escolaridade da mãe e do chefe da família e nível sócio-econômico aleitamento materno exclusivo. Em relação à idade materna, estudos apontam que mulheres mais jovens constituem-se como um dos fatores de risco para a continuidade da amamentação exclusiva (VENÂNCIO, 2002).

PÉREZ-ESCAMILLA e col. (1995) em estudo prospectivo envolvendo municípios de vários países como Santos (Brasil), Cidade do México (México) e San Pedro Sula e Tegucigalpa (Honduras) mostraram que a freqüência da amamentação exclusiva era maior entre mulheres acima de 18 anos na cidade de Santos (Brasil), em oposição ao que ocorria nos municípios do México e de Honduras. Os autores discutem esse fato pela provável falta de suporte social nesses casos.

No que se refere ao nível socioeconômico e escolaridade, a literatura aponta que, em países desenvolvidos, há uma associação positiva direta entre esses fatores e o aleitamento materno. Estudos desenvolvidos no Brasil mostram que, semelhantemente aos países desenvolvidos, em algumas áreas urbanas do país como São Paulo (MONTEIRO e col., 1988), Pelotas (BARROS e col., 1986) e Porto Alegre (GIUGLIANE e col., 1992) mulheres de nível socioeconômico e cultural mais favorecido amamentam durante mais tempo. Da mesma forma o estudo de PÉREZ-ESCAMILLA e col. (1995) mostrou que as mulheres com melhores condições sócio-econômicas no Brasil (Santos) apresentaram maior freqüência de AME (oposto do que ocorria no México e Honduras).

Contrariando os achados em geral, estudo desenvolvido em Hospital Universitário da Suécia (NYQVIST e col., 1996) sobre fatores maternos e de prematuros associados ao aleitamento materno exclusivo e comportamento da amamentação de bebês prematuros, identificou-se o baixo nível de

escolaridade das mães com melhor competência dos bebês para o aleitamento materno exclusivo. Entretanto, os autores discutem que este aspecto não é suficiente para explicar o fato e atribuem-no, parcialmente, ao suporte intensivo que estas mães receberam da equipe da UTI para a amamentação, uma vez que o hospital possui rotinas humanizadas e de incentivo ao aleitamento materno.

Em relação à duração do aleitamento materno exclusivo, VENÂNCIO (2002) verificou que melhores condições sócio-econômicas favorecem a duração do AME.

Quanto aos RNPT, FEWTRELL e col. (2004) estudando os fatores associados com desmame de recém-nascidos termo (RNT) e recém-nascidos pré-termo (RNPT) em estudo probabilístico prospectivo em Londres, observaram resultados concordantes com os fatores sócio-demográficos descritos acima em relação ao aleitamento materno em geral. Neste estudo compararam-se os grupos de RNPT com adequada idade gestacional (AIG), pequenos para a idade gestacional (PIG) e RNPT, estudando-se a idade e os fatores associados ao desmame. Os autores concluíram que nas três coortes o *alto Índice de educação materna* associou-se com maior duração do aleitamento materno exclusivo e nas duas coortes dos RNT o *maior nível socioeconômico das mulheres* também esteve associado com maior duração do aleitamento materno exclusivo.

Para este estudo, sobre a amamentação exclusiva de RNBP e prematuros submetidos ao MM-C, entre as variáveis sociodemográficas selecionadas (*idade e escolaridade da mãe, procedência, vínculo empregatício da mãe, do pai, presença de companheiro, número de filhos*) nenhuma se mostrou associada com a interrupção da amamentação exclusiva no 3º mês de vida (Não AME -3).

Uma explicação provável para que tais fatores não se associem com a interrupção da amamentação exclusiva dos RNBP refere-se ao fato que o MM-C promove a sensibilização da mãe e dos familiares para os cuidados com esses recém-nascidos e a construção de um forte vínculo afetivo, tornando-os competentes e confiantes na prática do AME, aspectos também

referidos nos estudos de NYQVIST e cols. (1996 e 1999).

Outra questão importante que pode explicar a não associação desses fatores com a interrupção da amamentação exclusiva é o fato da amostra estudada no HGA ser muito homogênea o que exigiria maior refinamento da medida da condição socioeconômica para obter poder de discriminação, além do tamanho da amostra.

6.2.2. Fatores relacionados à gestação e nascimento (Bloco 2)

Dos fatores estudados em relação à gestação e nascimento (*pré-natal, número de consultas no pré-natal, intercorrências gestacionais, hospitalização na gestação, tempo de hospitalização da mãe, gestação múltipla, tipo de parto*) somente a variável *tempo de hospitalização da mãe na gestação* foi selecionada para o modelo final da análise hierarquizada, porém não apresentou significância estatística no modelo final sendo portanto retirada das análises.

Apesar de pesquisas na área de aleitamento em geral (GIUGLIANE, 2000; RÉA, 2003; LAWRENCE, 1994; VENÂNCIO, 2002) apontarem para aspectos gestacionais interferentes na duração da prática da amamentação, em nosso estudo, tratando-se peculiarmente da amamentação exclusiva de RNBP em condições especiais de nascimento e evolução clínica, esses fatores não apresentaram significância estatística. Acredita-se que a justificativa para a não associação destes fatores com a interrupção da amamentação exclusiva, referiu-se às mesmas questões levantadas anteriormente quanto aos fatores sócio-demográficos, sendo que a população que fez parte deste estudo, por ser muito homogênea, exigiria maior refinamento das medidas das condições relacionados à gestação e nascimento para serem discriminativos.

Contrariando as expectativas de que esses fatores se apresentassem como risco para interrupção da amamentação exclusiva, o fator *tempo de hospitalização da mãe*, na análise univariada, apresentou associação inversa, embora não estatisticamente significativa.

6.2.3. Fatores relacionados às condições de nascimento (Bloco 3)

Os fatores relacionados às condições de nascimento dos RNBP selecionados para este estudo (*peso ao nascer, idade gestacional e crescimento intra-uterino*) não se associaram independentemente com a interrupção da AME -3. Da mesma forma do que ocorreu com os fatores do Bloco 1 e Bloco 2, acredita-se que este fato se deu devido tanto pelo tamanho da amostra do estudo como também pela homogeneidade das duplas de mães/RNBP estudados, necessitando para esses indicadores de medidas mais específicas, das condições do nascimento dos RNBP e prematuros, para obtenção de poder de discriminação.

6.2.4. Fatores relacionados à evolução clínica e nutrição dos RNBP (Bloco 4)

Entre as variáveis relacionadas para este estudo quanto à evolução clínica e nutrição dos RNBP, nenhuma se mostrou associada com a interrupção da amamentação exclusiva no 3º mês de vida (Não AME -3).

A hipótese suposta pela qual esses fatores não se associaram com a interrupção da amamentação exclusiva dos RNBP em nosso estudo, refere-se ao fato dos RNBP; de um modo geral, classificarem-se como baixo risco (sendo que 88% da amostra não necessitou de cuidados especiais na Unidade de Terapia Intensiva) facilitando sua ida precoce ao MM-C (em média 5 dias de vida) e à prática da amamentação (em média 5 dias de vida). Desta forma, mesmo para os bebês que sofreram maior tempo de internação hospitalar, permanecendo nos cuidados intermediários por mais tempo, com uso de sonda gástrica para alimentação inicialmente, acredita-se que a presença da mãe nos cuidados, contato precoce pele a pele e início precoce da amamentação minimizou os eventuais problemas que eventualmente ocorreram, como os fatores intercorrências clínicas, por exemplo.

6.2.5. Fatores relacionados ao retorno ambulatorial pediátrico e fonoaudiológico do 1º mês (Bloco 5) e do 2º mês (Bloco 6)

Devido aos fatores destes blocos referirem-se ao seguimento ambulatorial, pós-alta hospitalar e também pelo fato das variáveis estudadas neste seguimento estarem estritamente relacionadas entre si (no 1º e 2º mês) optou-se por inseri-las conjuntamente na discussão a seguir.

A inclusão destas variáveis em um dos últimos blocos do modelo hierarquizado pautou-se na hipótese de que fatores relativos ao período pós-alta hospitalar, onde novas condições estão presentes na vida das duplas mães/bebês, fora do controle do âmbito hospitalar poderiam influenciar em um nível mais proximal, a prática da amamentação exclusiva dos bebês de baixo peso ao nascer.

De todos os fatores estudados relacionados ao seguimento ambulatorial, inicialmente apresentaram significância estatística os fatores *Queixa da mãe no 1º mês (na categoria choro excessivo do RNBP)*, *Intercorrência na amamentação, diagnosticada no 1º mês*, *Uso de chupeta no 2º mês* e *Queixa da mãe no 2º mês*, sendo que todas essas variáveis foram apontadas para compor o modelo final da regressão logística. Após o ajuste de todos os fatores do modelo final, as variáveis do 1º mês perderam a significância estatística e nosso estudo sugeriu dois fatores associados à interrupção da amamentação: *Queixas das mães (queixas gerais sobre suas dificuldades na amamentação)* e *Uso de chupeta*, durante o 2º mês de seguimento.

O presente estudo apontou que mesmo aquelas mães de bebês de baixo peso que vivenciaram um serviço hospitalar humanizado, com apoio constante da equipe para o incentivo ao aleitamento materno, com a participação da família, mas que apresentaram queixa na amamentação até o 2º mês de vida associaram-se fortemente à interrupção da amamentação exclusiva, o que sugere que as condições fora do hospital trazem novos desafios que exigem acolhimento de alguma forma a essas mães.

Dentre os desafios encontrados no cotidiano da mãe, após alta hospitalar, encontra-se a alimentação aos RNBP. É importante salientar que

o processo que envolve a alimentação dos RNBP traz muita ansiedade e estresse para as mães. Estudos apontam que os avanços e retrocessos na alimentação por via oral vivenciados pelos recém-nascidos baixo peso ao nascer e prematuros, principalmente na amamentação, podem gerar culpa, ansiedade e medo nas mães, principalmente se não forem devidamente acolhidas e assistidas pela equipe (JAVORSKI, 1997; BELLI, 1999, SERRA, 2001). Para estas mães, lidar com os comportamentos de seus filhos em casa, muitas vezes sem apoio da família ou de rede social, pode ser uma tarefa extremamente difícil, carregada de sentimentos ambíguos, inconscientes e difíceis de serem vivenciados e compreendidos.

Colaborando com estes pressupostos, FELICIANO (1999) ao estudar as dificuldades e sentimentos maternos no cuidado domiciliar do filho nascido prematuro e de baixo peso ao nascer, egresso de uma UTIN em hospital do município de São Carlos (SP), identificou como principais dificuldades no domicílio as tarefas quanto aos cuidados básicos com o bebê como banho, troca de roupas e *habilidade de alimentar o bebê*, relacionado com os sentimentos de *medo e incapacidade destas mães*. No estudo citado, as mães de bebês de muito baixo peso foram as que apresentaram maior número de preocupações com seus filhos e as mais freqüentes referiram-se à condição do peso e crescimento dos bebês, fragilidade do bebê de risco e choro excessivo.

Relacionado a esse fato, pode-se apontar uma segunda questão importante referente ao fator "*queixa das mães*" que é a necessidade da mãe de ser "ouvida e acolhida pela equipe", não só na fase hospitalar, mas também posteriormente, no seguimento ambulatorial.

Estudos indicam a grande dificuldade dos profissionais de saúde em realmente ouvir e acolher os sentimentos das mães, que ocorrem freqüentemente nas Unidades Neonatais até os dias de hoje (VASCONCELOS, 2004; BELLI, 1999; SERRA, 2001), mesmo em hospitais com rotinas humanizadas, que utilizam o Método Mãe-Canguru (TOMA, 2003, CAETANO, 2004; COLAMEO, 2004; JAVORSKI, 1997).

Soma-se ainda o fator sociocultural e reducionismo na atuação em

aleitamento materno, com enfoque biológico que, frequentemente observado nos serviços, aumenta ainda mais os sentimentos de culpa e impotência da mulher.

Em estudo realizado por JAVORSKI (1997) sobre as representações maternas acerca do aleitamento materno dos RNBP e prematuros, submetidos ao Método Mãe-Canguru do Instituto Materno-Infantil (PE), a autora conclui que para a maioria das mulheres a experiência da amamentação foi um processo difícil e desgastante, permeado de incertezas, ansiedades e culpa. Concluiu ainda que as mulheres, apesar de terem incorporado no seu discurso os conteúdos técnicos difundidos sobre a importância do aleitamento materno para proteção e crescimento saudável do filho, estabelecimento do vínculo e complementação da maternidade, isso não garantiu o sucesso da prática da amamentação para esses bebês de risco. O estudo aponta também que, apesar do MM-C ter como objetivo a humanização da assistência, envolvendo as famílias nos cuidados e incentivo ao aleitamento materno, nem todas as mães obtêm o sucesso esperado pelos profissionais na prática da amamentação, sendo que muitas vezes o trabalho ainda é muito embasado em orientações com enfoque técnico e biológico.

Cabe ressaltar que, ao longo da história, marcada pelo movimento higienista, desde o século XIX, a assistência à amamentação estruturou-se em um modelo reducionista, centrado na idéia de que amamentar é um ato natural e biológico. Estratégias de promoção e assistência à amamentação pautadas nessa visão biológica, vêm sendo utilizadas desde então, através de ações impositivas às mulheres e ainda utilizadas em muitos serviços até hoje, apesar de comprovadamente ineficientes e incapazes de atender à demanda das mulheres em amamentação . Devido ao paradoxo do desmame precoce no mundo, contraditório com todo o conhecimento técnico científico desenvolvido a respeito das vantagens da amamentação para a mulher, criança e sociedade fez-se necessário o desenvolvimento de outros conhecimentos. Aos poucos o reducionismo biológico vem sendo substituído por um novo olhar, que considera a amamentação como um fenômeno

híbrido da natureza-cultura, biologicamente determinada e também sócio-culturalmente condicionada, sendo um ato regulável pela sociedade, permeada por condicionantes sociais, políticos e culturais que exercem influência sobre as mulheres (ALMEIDA, 1998; ALMEIDA e NOVAK, 2004).

Estudos de representações da amamentação, da década de 90, apontam para a necessidade de se abordar questões de ambivalência que se apresenta à mulher entre o poder e querer amamentar, sendo que os serviços de saúde melhor preparados para atender às necessidades das mães são aqueles, quanto maior for a capacidade dos profissionais em tratar dessa ambigüidade, que consideram a questão de assumir riscos ou garantir benefícios (ALMEIDA e NOVAK, 2004).

Na abordagem do *Aconselhamento em Amamentação* (OMS/UNICEF, 1995) que visa capacitar profissionais de saúde para aprimorarem sua comunicação, a fim de atingir uma ação construtiva com as mães, o objetivo principal consiste em *ouvir a queixa da mãe*, aceitá-la e através de seus conhecimentos oferecer ajuda. Essa abordagem favorece condições para que a própria mulher possa, melhorando sua auto-estima e confiança, planejar e tomar suas decisões, fortalecida para lidar com as pressões e angústias que a cercam. As mães freqüentemente quando procuram ajuda nos serviços de saúde apresentam a expectativa de poder contextualizar suas dificuldades, expondo suas angústias, mas geralmente não encontram espaço para isso, sendo que os profissionais por si próprios tentam resolver os problemas, instruindo-as quanto à melhor forma de agir, nem sequer percebendo o problema real vivenciado por elas (OMS/UNICEF, 1995; BUENO e TERUYA, 2004).

SILVA (1999) estudando os símbolos significantes que constroem a assistência em amamentação, a partir da ótica do profissional, refere que uma abordagem efetiva, com base na abordagem interacionista do universo da amamentação, buscando dar suporte e estímulo para as mulheres amamentarem seus filhos, só será impactante quando o profissional considerar para orientar suas ações os símbolos significantes que compõe a experiência e universo da mulher. Segundo a autora, geralmente, busca-se

modelos de abordagem que tragam resultados efetivos na implementação da amamentação como prática social. Talvez o mais importante seja o de reconhecer que não há modelo definido, para dar apoio para a vivência da amamentação, separado ou isolado do contexto social. Isso significa que para cada mãe/bebê haverá uma abordagem, uma resposta diferente apoiados no contexto de cada família diferente. A autora conclui e afirma que o respeito à experiência de cada mulher é o que permite o desenvolvimento das potencialidades maternas e abre espaço para as reais possibilidades da realização da amamentação, tanto no sentido de atender as necessidades globais de seu filho, como também de incentivar outras mulheres para a amamentação.

Com relação ao outro fator sugerido por este estudo e também relacionado ao fato das mães apresentarem *queixa na amamentação* e serem *acolhidas pela equipe de saúde*, refere-se ao aspecto quanto ao *Uso da chupeta*. O presente estudo apontou que os RNBP que fizeram uso da chupeta, após ajuste dos fatores no modelo final da regressão logística, apresentaram 14 vezes de chance a mais de apresentar interrupção da amamentação exclusiva.

Vários estudos da área de aleitamento materno já apontaram o uso da chupeta e uma associação positiva direta com menor duração do aleitamento materno (COTRIM e cols. 2002; VICTORA e col., 1993; VICTORA e col., 1987; BARROS e col., 1995).

STONE e col. (2000) estudaram fatores sócio-demográficos associados com o uso da chupeta e sucção do dedo e ainda associação com possíveis infecções da criança, parte de um estudo populacional em Bristol, (Inglaterra) com dados relativos até a idade de um ano e três meses. Os autores identificaram que as mães que utilizavam a chupeta com seus filhos eram mais jovens, possuíam um nível sócio-econômico menos satisfatório ou residiam em alojamentos coletivos. Apontaram ainda que o uso da chupeta mostrou-se mais associado com otites e cólicas dos lactentes. Os bebês que sugavam dedo e chupeta apresentaram maior associação com problemas de saúde com o passar dos meses,

principalmente problemas respiratórios e otites.

Em relação ao aleitamento materno exclusivo, o estudo longitudinal de HÖRNELL col. (1999), envolvendo 506 mães/bebês a termo, de um Hospital Universitário sueco identificaram o uso da chupeta como um fator associado à menor duração do aleitamento materno em geral e também do aleitamento materno exclusivo.

No Brasil, BARROS e col. (1995) realizaram estudo de seguimento de 605 bebês do nascimento aos 6 meses e constataram que os bebês que usaram chupeta tiveram 4 vezes maior probabilidade [IC (2,68 - 5,50)] de interrupção da amamentação entre um e seis meses de idade do que os não usuários. Aos quatro meses, 45% dos bebês que não usavam chupeta, eram amamentados de forma exclusiva, comparando-se com os bebês que usavam a chupeta freqüentemente, sendo estes 17% e com aqueles que usavam chupeta parcialmente (26%).

Existem, entretanto, contradições na literatura, quanto à chupeta ser a causa da interrupção do aleitamento materno ou ainda demarcar um desejo implícito anterior a esse fato, quanto ao desejo de interromper a prática do aleitamento materno.

VICTORA e col. (1997a) em estudo epidemiológico e etnográfico, de seguimento com 650 bebês, através da análise multivariada, verificaram o risco ajustado de interromper o aleitamento materno com uso de chupeta em 2,37 a mais de chance [IC(1,40 - 4,01)] para bebês usuários deste objeto em tempo integral. Concluiu-se que, além do uso chupeta ser um comportamento normal na sociedade, as mães que a utilizavam mais com seus filhos eram também mais ansiosas em relação à amamentação, mais sensíveis às críticas sociais, com dificuldades na auto-confiança e também sensíveis ao choro. Para essas mães as chupetas parecem ser usadas sugerindo um desejo de interromper mais cedo o aleitamento materno ao inverso da causa da interrupção da amamentação.

Relacionando-se à falta de auto-confiança das mães e maior sensibilidade destas em relação ao choro do bebê, pressupõe-se uma ligação com a questão discutida anteriormente quanto ao *acolhimento das*

mães e a importância de ouvir suas queixas.

Freqüentemente, na tentativa de desestimular o uso da chupeta, os profissionais de saúde se apropriam de um conteúdo técnico para tentar convencer a mãe dos malefícios causados pela chupeta. Apoiados no modelo biológico, baseado na crença de que a amamentação é um ato natural (SILVA, 1999), os profissionais não se preocupam em dialogar, acolher e tentar compreender os significados e construção das ações maternas no cuidado com seus filhos, gerando decisões como o uso da chupeta.

Segundo JAVORSKI (1997), a postura rígida dos profissionais de saúde gera sentimentos de culpa e estresse nas mães e só dificulta ainda mais o processo da amamentação.

Em estudo de representações sociais de mães sobre o uso da chupeta, nos quais seus filhos nasceram em hospital credenciado como: "Amigo da Criança" (SP), MASSON (2002) aponta que as mães, apesar de conhecerem os malefícios causados pela chupeta, sentem-na como uma "parceira", que oferece a alternativa de acalmar o bebê em momentos de choro e agitação deste, ou quando não podem diretamente e de modo contínuo cuidar deste. Como conclusão do estudo a autora sugere a necessidade de uma revisão da abordagem do profissional junto à mãe e de buscar novas possibilidades de intervenção que dêem apoio e minimizem as ansiedades maternas quanto ao cuidado com o filho. Quanto às representações sociais das mães sobre o uso da chupeta, o estudo apontou que além da chupeta simbolizar a criança, é uma necessidade dos pais, servindo de calmante para o bebê e ajuda para a mãe. Também que o uso da chupeta passa de geração para geração e as mães acabam fazendo o que se toma mais cômodo para elas no processo. Segundo MASSON (2002), existe uma cumplicidade entre a mãe e a chupeta, já que esta consegue acalmar o bebê, nos momentos de choro e inquietação, proporcionando à mãe segurança e tranquilidade.

Na sociedade, apesar das variadas expressões do choro dos bebês, freqüentemente atribui-se o choro à fome e insatisfação e a mãe sente

muitas vezes insegurança quanto a administração do seu próprio leite frente a esse comportamento do bebê e a cobrança da sociedade (ARAGAKI, 2002; SILVA, 1999).

O choro tem sido interpretado, independente da cultura, como sinal de vitalidade dos bebês termos e saudáveis e também como uma forma importante de comunicação destes com o mundo. Pesquisas têm apontado que o choro transmite uma mensagem específica de cada vez, sendo diferenciando ao expressar necessidades especiais do bebê, como por exemplo: fome, sede, desconforto, entre outros (CHRISTENSSONE e col., 1995). Entre as várias finalidades do choro para a vida dos bebês, quando este ocorre nos momentos da alimentação, tem sido descrito em neonatologia como um importante indicador de prontidão da mamada e um sinal de evolução clínica, além de expressar que o bebê está amadurecendo neurologicamente e que pode se organizar e expressar adequadamente sinais de fome/sede/interação com o meio externo (ALS, 1994 e 1998; BRAZELTON, 1988). Por outro lado, o choro também expressa uma necessidade do bebê de se desligar do mundo, quando este precisa se proteger de demasiados estímulos ambientais (excesso de ruído, som, contato etc), sendo que geralmente nestas situações o adulto intercede, retirando os fatores de estresse externo e acalmando-o. O choro serve ainda como um canal para descarregar as energias, que de outra forma, poderiam levar a uma desorganização geral e a respostas perturbadoras (ALS, 1994 e 1998; BRAZELTON, 1988).

Porém, se o choro persiste durante muito tempo ou se o bebê chora fora do horário pré-alimentação em demasia, também pode significar respostas imaturas do recém-nascido (principalmente se este for prematuro), sinais de alteração clínica ou insatisfação e causar desorganização global e comportamentos desfavoráveis, inclusive para a alimentação.

Nessas situações, geralmente as mães lançam mão de conhecimentos próprios ou se deixam influenciar pelas pessoas próximas que apresentam "soluções" para o problema. Em geral, nessas circunstâncias, é culturalmente empregado o uso da mamadeira,

interpretando-se a fome do bebê e a chupeta para acalmar o bebê, quando a causa do choro não é definida.

A maioria das mulheres vivenciou uma tarefa desgastante no processo de amamentação do filho RNBP ou prematuro, em maior ou menor grau, com repercussões psíquicas para sua estrutura emocional e familiar (JAVORSKI, 1997). Acredita-se que essas mães de RNBP sentem ainda mais dificuldades com a auto-confiança que a maioria das mulheres que tiverem bebês saudáveis.

Concordando com os pressupostos anteriormente apresentados, o presente estudo aponta a necessidade de se oferecer maior atenção e acolhimento às mães de RNBP e prematuros, principalmente se estas mantêm queixas na amamentação ou se fazem uso de chupeta com seus filhos, independente se as chupetas sejam mesmo um marcador de dificuldades na amamentação e expressem um desejo de interrupção do processo ou sejam a causa deste. Sugere-se que os profissionais de saúde estejam ainda mais preparados para ouvir e acolher as mães, trabalhando no sentido de realmente compreendê-las, auxiliando no desenvolvimento de sua auto-confiança.

6.2.6. Fatores relacionados à internação dos RNBP no alojamento conjunto (Bloco 7)

Os aspectos estudados quanto à internação dos RNBP no alojamento conjunto, deste Bloco 7, foram selecionados como um dos últimos blocos do modelo hierarquizado, motivados pela hipótese de que fatores relativos à vivência da dupla mãe/RNBP mais diretamente, com menor interferência das rotinas hospitalares e dos profissionais de saúde nas outras unidades, como UTI e cuidados intermediários, bem como a maior estabilidade clínica do RNBP, influenciam a prática da amamentação exclusiva em nível mais proximal, interferindo de modo direto a continuidade desta. Comparando-se aos outros fatores do estudo como os sócio-demográficos (Bloco 1), da gestação e nascimento (Bloco 2), das características relacionadas às condições de nascimento dos RNBP (Bloco 3), da evolução clínica e nutrição

durante a fase hospitalar (Bloco 4), os fatores dos Blocos 5 e 6, quanto ao seguimento ambulatorial e do início da amamentação e avaliação fonoaudiológica (Bloco 8) foram considerados inseridos no mesmo nível de proximidade que o Bloco 7.

Entre os fatores estudados do Bloco 7, sendo estes *Experiência anterior da mãe na amamentação*, *Uso do Método Mãe-Canguru integral*, *Início da amamentação* e *Alimentação na alta*, somente *Uso do MM-C integral* mostrou associação com interrupção da amamentação exclusiva.

É interessante notar que, dentre as variáveis escolhidas, havia uma expectativa de que a variável *Experiência anterior da mãe na amamentação* refletisse também um risco para interrupção da amamentação exclusiva. A experiência na amamentação é referida na literatura como fator importante que interfere tanto no estabelecimento como na manutenção do aleitamento materno (GIUGLIANE, 2000; SANCHES, 2000; NYQVIST e EWALD, 1999). Entretanto, mediante o ajuste das variáveis, este fator perdeu totalmente a significância estatística para todas as categorias (*ter vivido uma experiência anterior insatisfatória e não ter vivido nenhuma experiência anterior na amamentação*) e o *Uso do MM-C integral* passou a mostrar uma associação mais forte com a variável desfecho.

Esta situação reforça a qualidade dos dados do presente estudo, uma vez que o fato das mães nunca terem amamentado anteriormente e terem vivido uma experiência anterior insatisfatória na amamentação, neste caso específico dos RNBP não repercute negativamente, provavelmente pela possibilidade de reorganização psíquica e vivência positiva que as mães têm pelo uso do Método Mãe-Canguru, principalmente a partir do momento em que passam a conviver integralmente com seus bebês, em contato direto pele a pele, no alojamento conjunto, apoiadas pela família e equipe de saúde.

Tem-se que considerar ainda que, nos casos de experiência anterior negativa, isto ocorreu em outro momento da vida da mulher, provavelmente de um processo muito diferente, às vezes de uma gravidez indesejada, ou do total despreparo psíquico da mulher, possivelmente sem muitas

condições de apoio do companheiro, da família ou rede informal e também da relação com outro filho. Cada nascimento, assim como a relação com cada filho, inserido em um determinado momento, é uma experiência ímpar para a mulher (WINNICOTT, 1996; SILVA, 1999).

Segundo as Normas de Atenção Humanizada para os recém-nascidos de baixo peso e prematuros do MS/2000, a possibilidade de utilização desse método, que se baseia essencialmente no cuidar, aumenta muito a confiança dos pais, principalmente das mães, em relação aos cuidados de seus bebês de risco e também quanto à amamentação. Estas, podendo aconchegar e cuidar concretamente de seus filhos, sentem-se mais tranquilas, apresentando sentimentos positivos relativos ao bebê, favorecendo o aleitamento e à preparação para alta, principalmente quando passam para a 2ª Etapa do Método (alojamento conjunto) onde mãe/bebê permanecem integralmente juntos, em contato direto, na posição canguru. A possibilidade de estar em contato 24 horas no MM-C com o bebê baixo peso e prematuro proporciona à mãe maiores condições de conhecer e interagir com o filho, percebendo suas necessidades e construindo com ele um ritmo para cuidados e alimentação que, mesmo com todas as dificuldades existentes nesse processo, possibilita o sucesso tanto do início como manutenção da amamentação exclusiva.

Desde o período gestacional, nos últimos meses da gravidez, as mulheres (na ausência de patologias psiquiátricas) se preparam para sua nova tarefa especializada e somente voltam para seu estado normal em semanas e até meses após o nascimento. WINNICOTT (1996) denomina esse processo como "*preocupação materna primária*" onde a mãe, identificada com o bebê, é capaz de se colocar no lugar dele, atendendo assim suas necessidades mais básicas. Ocorre uma nítida mutualidade entre mãe e recém-nascido no início do relacionamento. A mãe contemplada nesse estado de sensibilidade aumentada parece estar especialmente aberta e incomumente receptiva para a aprendizagem quanto à percepção do seu bebê. O bebê, por sua vez, pode manifestar sua individualidade, preferências, através de todos os seus sentidos e começar a interagir com a

mãe e posteriormente com o mundo.

Concordando com os achados do nosso estudo, pesquisas têm apontado que o Método Mãe-Canguru favorece a percepção e sensibilidade dos pais quanto os cuidados com seus bebês baixo peso e prematuros.

Esses dados são apontados pelo estudo de TESSIER e col. (1998) que observaram que as mães que realizaram o MM-C apresentaram melhor percepção dos sinais do bebê, sentindo-se mais competentes para os cuidados, resultado este relacionado ao efeito de vínculo que pode ser compreendido pelo empoderamento da intervenção do MM-C.

Também no trabalho de FELDMAN e col. (2002) em estudo de caso-controle, apontou-se melhor interação mãe/bebê, maior sensibilidade, e maior percepção dos pais para com seus filhos nos casos do uso do Método Mãe-Canguru.

No Brasil, FURLAM e col. (2003) estudando a percepção dos pais de bebês prematuros sobre a vivência no Método Mãe-Canguru, concluíram um favorecimento da relação mãe-filho e família e desenvolvimento de habilidades para o cuidado com o filho, com a utilização do método, uma vez que houve mais facilidade e confiança dos pais. Em relação ao aspecto de desenvolver habilidades para o cuidado do filho, as autoras discutem a importância nesse processo do apoio dos profissionais competentes não só para o auxílio técnico de suporte exigido pelo bebê, como também quanto às necessidades emocionais maternas.

6.2.7. Fatores relacionados ao início da amamentação e avaliação fonoaudiológica (Bloco 8)

Os fatores selecionados para este estudo quanto ao início da amamentação e avaliação fonoaudiológica da amamentação (Bloco 8) foram: *Posicionamento da mãe/RNBP, Condições da pega; Acoplamento labial, Abertura da boca do RNBP, Retração da língua; Acoplamento da língua; Padrão mordedor na ordenha; Intercorrência mamária; Intercorrência dos mamilos, Condições dos reflexos orais, Incoordenação dos reflexos orais/respiração; Ritmo da sucção; Organização global do RNBP, Estresse*

do RNBP, *Estados de consciência dos RNBP*.

Estas variáveis foram incluídas integrando um dos últimos blocos do modelo hierarquizado, baseadas na hipótese de que, fatores relativos ao início da amamentação, influenciaria de forma muito mais próxima a amamentação exclusiva dos bebês de baixo peso ao nascer, bem como na continuidade desta prática, comparando-se aos outros fatores estudados.

Após o ajuste das variáveis na análise de regressão múltipla, somente a variável *Condição da Pega*, foi mantida para a análise do modelo final, sendo que os RNBP que apresentaram pega inadequada no início da amamentação, mostraram maior probabilidade de ter interrupção da amamentação exclusiva posteriormente.

Freqüentemente estudos sobre estimulação oral e alimentação dos RNBP e prematuros referem as inúmeras dificuldades orais destes na amamentação, mediante o padrão de hipotonia muscular, imaturidade fisiológica e neurológica (principalmente os prematuros), dificuldade de organização dos estados de consciência, pouca condição de manutenção de alerta para sucção, incoordenação no padrão de sucção/deglutição/respiração (principalmente associado as alterações cardio-respiratórias) e hipersensibilidade ao toque na região oral (STINE, 1990; NYQVIST e col., 1996; NYQVIST e EWALD, 1999; DROSTEN, 2001; NASCIMENTO e ISSLER, 2004)

Entretanto a maioria dos trabalhos nessa área refere-se à observação dos bebês durante a internação hospitalar, na fase de transição da sonda gástrica para alimentação via oral ou mesmo no início do estabelecimento da amamentação e não relacionam as dificuldades no padrão oral com a duração do aleitamento materno exclusivo.

Mediante os achados do presente estudo, observou-se que o diagnóstico de pega inadequada no início da amamentação dos RNBP, traduzem um risco de até 12 vezes a mais de interrupção da amamentação no 3º mês de vida.

Nesse sentido supõe-se que somente esta variável tenha se mostrado associada à interrupção da amamentação exclusiva neste estudo, uma vez

que a maioria dos fatores levantados, que traduzem até maior dificuldade oral e de organização global dos RNBP, influenciariam mais o estabelecimento da amamentação exclusiva, durante o período hospitalar e não a duração desta, principalmente depois de te-la bem estabelecida.

Outra questão importante a ser destacada é que as variáveis orais mais específicas como: *Acoplamento labial, Abertura da boca do RNBP, Retração da língua; Acoplamento da língua; Padrão mordedor na ordenha; Condições dos reflexos orais, Incoordenação dos reflexos orais/ respiração e Ritmo da sucção*, que indicavam maior dificuldade no desempenho oral dos bebês e também as variáveis referente à organização do bebê: *Organização global do RNBP, Estresse do RNBP e Estados de consciência dos RNBP*, apontavam que esses RNBP eram de maior risco para o estabelecimento da amamentação de um modo geral. Desta forma, estes RNBP necessitariam de um suporte maior, principalmente da equipe de fonoaudiologia e suas mães de um apoio maior da equipe do Canguru, para que fossem superadas tais dificuldades e se estabelecesse a amamentação exclusiva, de modo eficiente. Considerando-se que nenhum RNBP da amostra do estudo do Hospital Guilherme Álvaro necessitou de mamadeira e que a taxa de amamentação exclusiva no momento da alta hospitalar encontrada foi de 97%, pode-se afirmar que tais dificuldades foram superadas durante a internação, provavelmente pelo suporte do trabalho da equipe do Canguru que, como rotina, intensificava o apoio para os casos mais complicados, o que acabava minimizando seus efeitos para a nossa variável desfecho. Tem-se que considerar ainda, que, conforme já discutido anteriormente, estes RNBP do estudo foram classificados como de baixo risco, sendo que, provavelmente em uma amostra incluindo os de alto risco esses fatores pudessem influenciar de um modo mais enfático a prática da amamentação exclusiva.

7. CONCLUSÃO

No presente estudo, a análise hierarquizada permitiu identificar os seguintes fatores associados à interrupção da amamentação exclusiva até o 3º mês de vida, de recém-nascidos de baixo peso ao nascer, integrantes do Método Mãe-Canguru (MM-C):

Na fase hospitalar (2ª Etapa do MM-C):

- Os RNBP que foram submetidos *tardamente ao Método Canguru integral* (após 15 dias de vida) e aqueles com diagnóstico de *Pega inadequada* no início da amamentação, apresentaram risco 12 vezes maior de interrupção da amamentação até o 3º mês de vida.

Na fase ambulatorial (3ª Etapa do MM-C):

- Mães que apresentaram *Queixas na amamentação no 2º mês de vida*, apresentaram risco aproximadamente 11 vezes maior de ter interrupção da amamentação até o 3º mês de vida.

- Quanto aos RNBP, concluiu-se que os que faziam *Uso de chupeta no 2º mês de vida* apresentaram 14 vezes a mais de chance a mais de ter a amamentação exclusiva interrompida.

- A proporção de mães/recém-nascidos de baixo peso que apresentaram dificuldades iniciais no estabelecimento da amamentação exclusiva foi de 87% (fase hospitalar) e na continuidade desta foi de 75% no 1º mês e 19% no 2º mês.

- Os principais fatores relacionados às alterações no funcionamento motor-oral que interferiram no padrão de pega e sucção dos recém-nascidos de baixo peso, submetidos ao Método Mãe-Canguru, no início da amamentação exclusiva foram:

a) de um modo geral, 49% dos RNBP apresentaram reflexos orais débeis quando iniciaram a amamentação no peito e 53,3% um padrão de ritmo de sucção lento.

b) Pega inadequada em 87% dos casos, acoplamento labial insuficiente (23%) e pouca abertura da boca para realizarem a pega corretamente (27%).

c) em relação à ordenha (extração de leite): retração de língua (33%) e acoplamento lingual insuficiente (27%). Observou-se ainda excursão exagerada de mandíbula (padrão mordedor) em 25% dos bebês de baixo peso e língua hipertônica em 4% destes.

8. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados deste estudo sugerem que a amamentação exclusiva dos recém nascidos de baixo peso ao nascer e de prematuros é bastante complexa e envolve inúmeros fatores que influenciam sua prática. O conhecimento prévio dos fatores associados à interrupção desta prática pode facilitar as ações da equipe interdisciplinar na promoção e assistência ao aleitamento materno. Em vista disso, espera-se que estas dificuldades possam ser superadas mediante ações não só da equipe de saúde do hospital, mas também da participação familiar, da rede de apoio social informal, além da articulação de uma rede de serviços de referência e contra-referência.

Na fase hospitalar, identificou-se que os fatores de risco associados à interrupção da amamentação exclusiva desses bebês foram: realizar o Método Mãe-Canguru integral, após 15 dias de vida e ter diagnóstico de pega inadequada no início da amamentação. Na fase ambulatorial identificou-se a queixa da mãe na amamentação e o uso da chupeta no segundo mês de vida como fatores de risco associados à interrupção da amamentação exclusiva.

A permanência no Método Mãe-Canguru integral mais precocemente, indicada neste estudo, antes dos primeiros 15 dias de vida, aponta para um favorecimento de maior proximidade entre a mãe e o seu recém-nascido de baixo peso e prematuro, aumentando a sensibilidade e percepção dos pais e também sua confiança nos cuidados e na prática da amamentação exclusiva. Ao vivenciarem, de forma mais independente o processo da alimentação de seus filhos e serem informados e atendidos quanto às dificuldades dos bebês pela equipe de saúde, as mães e também os familiares, conhecendo melhor o funcionamento de seu bebê, ficam mais atentos e, no decorrer deste processo, vão se fortalecendo como sujeitos atuantes, na perspectiva do empoderamento.

É importante ressaltar que, implícito ao fato de mãe/RNBP estarem juntos 24 horas no alojamento conjunto praticando o Método Mãe-Canguru,

existe toda uma mudança de rotina na maternidade, que humanizada, privilegia que este espaço possa ser vivido de modo mais natural possível, com constante apoio às mães/RNBP e também de suas famílias. Há sempre um profissional da equipe interdisciplinar, seja da área médica, de enfermagem, da psicologia, da fonoaudiologia ou outra área, disponível para acolher e ouvir as queixas das famílias e apoiá-las, principalmente neste período de internação hospitalar. Deve-se considerar também o fato das mães estarem supostamente “protegidas” das influências e pressões socioculturais neste período, ao contrário do que acontecerá quando estiverem de alta e forem para casa, quando passarão a realizar as condutas necessárias para o bem estar de seus bebês, geralmente considerados tão frágeis pela sociedade a seu redor. Isso se aplica fortemente à alimentação e ao uso da chupeta, pois muitas vezes as mães têm de vencer uma pressão enorme para não administrar leites complementares, para não interromper o aleitamento materno e não oferecer chupeta ao bebê. Mesmo quando há conhecimento, por parte dos familiares e amigos, da importância do aleitamento materno exclusivo para o desenvolvimento e saúde dos bebês de risco, as crenças em mitos como o do “leite fraco”, do “pouco leite”, do “choro do bebê relacionado à fome”, “da chupeta que acalma o bebê” são valores culturais tão enraizados que superam aqueles conhecimentos, principalmente quando as condutas administradas em casa, como rotina sugerida pelo hospital (ordenhar leite anteriormente à mamada e depois oferecer pelo copinho, manter a posição canguru por 24 horas, dentre outras), são tão diferenciadas do senso comum.

Apesar de receberem alta hospitalar, os RNBP continuam com algumas restrições de alimentação, de cuidados em geral e é fundamental que se mantenham todas as recomendações da equipe, no período ambulatorial, no sentido de minimizar possíveis dificuldades.

É importante que o acolhimento e escuta das mães continue ocorrendo no período do seguimento ambulatorial (3ª etapa do MM-C), para evitar o risco de interromper a amamentação exclusiva, como sugerido no resultado deste estudo: queixa da mãe na amamentação e uso de chupeta

no segundo mês de seguimento ambulatorial. Porém, conforme dados discutidos anteriormente em estudo de avaliação do processo de implantação do MM-C em hospitais do SUS no Estado de São Paulo (COLAMEO, 2004), a implantação deste método em São Paulo, está ainda a caminho da humanização, apresentando algumas barreiras no real acolhimento à participação das famílias durante a fase hospitalar. O atual estudo sugere também uma dificuldade no acolhimento das mães no período ambulatorial, indicando que há necessidade de aprimorar a humanização no seguimento das ações da equipe também nesta etapa.

Para superar essa dificuldade, a capacitação oferecida à equipe de saúde, responsável pela implantação do Programa Mãe-Canguru, deve ir além da sensibilização inicial e ser colocada em prática também nos serviços de diferentes níveis de complexidade da atenção neonatal, como preconizado pelo Ministério da Saúde (MS, 2002). Deve envolver ainda os gestores do SUS para que se articule uma rede de serviços que permita funcionar a referência e contra-referência de maneira humanizada e acolhedora de modo a promover a manutenção do aleitamento materno exclusivo.

Em Santos, foi possível concretizar essa rede de apoio graças ao Programa de Vigilância do Recém-Nascido de Risco do município, que realizava visita domiciliar e busca ativa das mães/bebês faltosos ao Ambulatório de Baixo Peso do hospital. Atualmente, tais ações podem ser encontradas na maioria dos municípios brasileiros por meio do Programa Saúde da Família (PSF), parceiros estratégicos na articulação de uma rede comunitária de apoio para a promoção do aleitamento materno, uma vez que cadastram as famílias sob sua responsabilidade e identificam os recursos sociais do município necessários para promover a melhoria da qualidade de vida.

Este estudo apontou também a inadequação da pega ao peito, no início da amamentação, como um fator de risco para interrupção da amamentação exclusiva. Isto reforça a necessidade de estruturar uma rede de atenção à saúde dos RNBP, cujos profissionais tenham conhecimento

das dificuldades que envolvem o processo de amamentação, a fim de que possam realmente acolher e capacitar as mães e famílias para serem competentes nesse processo, podendo modificar hábitos, corrigir inadequações na mamada, estimular oralmente o bebê, entre outros.

Dentre os profissionais de saúde, envolvidos com a construção de novas práticas em aleitamento materno, é o fonoaudiólogo que estuda e atua especificamente no sistema motor oral e vem se capacitando para identificar e interceder precocemente nas dificuldades orais dos RNBP e RN a termo, para evitar o desmame precoce. Cabe então, a esse profissional, o papel de socializar seus conhecimentos específicos com os demais integrantes da equipe hospitalar, com mães e familiares dos RNBP, com profissionais dos serviços de saúde localizados próximos às moradias das mães/bebês (UBS e PSF) e também com a sociedade em geral, de modo a aumentar a informação sobre as dificuldades encontradas no início da amamentação, questionar crenças, quebrar mitos e buscar formas para superar problemas. Essas ações, no entanto, só acontecem quando norteadas por pressupostos que levem os profissionais de saúde a perceber os indivíduos na sua totalidade, alcançando o princípio da Integralidade, proposto pelo SUS, de modo a atuar para além do agravo e realizar a Promoção da Saúde (SILVA, 2002).

Vale ressaltar ainda a necessidade de aprimorar a formação dos profissionais de saúde no manejo da amamentação, em dois momentos decisivos, na graduação e durante a atuação profissional, por meio da educação permanente.

10. Referências Bibliográficas

Akré J. **Alimentação infantil: bases fisiológicas**. São Paulo: IBFAN Brasil/ Instituto de Saúde/OMS; 1994.

Almeida, MF. **Mortalidade neonatal em Santo André**. São Paulo; 1994. [Tese de Doutorado - Faculdade de Saúde Pública da USP].

Almeida MF, Jorge MHPM. Pequenos para a idade gestacional: fator de risco para mortalidade neonatal. **Rev Saúde Pública** 1998; 32(3): 217-24.

Almeida JAG, Novak FR. Amamentação: um híbrido natureza-cultura. **J Pediatr (Rio J)** 2004; 80(5 Supl):S119-S125.

Als HA. Developmental care in the newborn intensive care unit. Current opinion. **Pediatrics** 1998; 10: 138-42.

Als HA, Lawhon G, Duffy FH; Mc Anulty GB, Gibes-Grossman R, Blickman JG. Individualized developmental care for the very low-birth-weight preterm infant. medical and neurofunctional effects. **JAMA** 1994; 272(11): 853-58.

Anderson GC. Current knowledge about skin-to-skin (kangaroo) care for preterm infants. **J Perinatol** 1991; 11(3): 216-26.

Aragaki IMM. **Estudo sobre o traço e estado de ansiedade das nutrizes que apresentaram indicadores de hipogalactia e nutrizes com galactia normal**. São Paulo; 2002. [Dissertação de Mestrado - Escola de Enfermagem da USP].

Araújo MFM. Situação e perspectivas do aleitamento materno no Brasil. In: Carvalho MR, Tamez RN. **Amamentação: bases científicas para a prática profissional**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2002. p. 1-10.

Arias MRM. **Cuidado de la madre que inicia el programa Madre Canguru.** [on line] 1998. Disponible em www.Kangaroo.javerhana.edu.com [1999 Out 20].

Barros Filho AZ, Barbieri MA, Santoro JR. Influência da duração do aleitamento materno na morbidade de lactentes. **Bol Oficina Sanit Panan** 1985; v. 99: 594-604.

Barros FC, Victora CG, Vaughan JP, Estanislau HJ. Breastfeeding and socioeconomic status in Southern Brazil. **Acta Paediatr Scand** 1986; 75: 558-62.

Barros FC, Victora CG, Smer TC, Tonioli Filho S, Tomasi E, Weiderpass E. Use of pacifiers is associated with decreased breast-feeding duration. **Pediatrics** 1995; 95(4): 497-9.

Belli AJ. **Mães com filho internado na UTI neonatal: um estudo sobre representações sociais.** São Paulo; 1999. [Tese de Doutorado - Escola de Enfermagem da USP].

Berkowitz GS, Papiernick E. Epidemiology of preterm birth. **Epidemiol Rev** 1993; 15(2): 414-43.

Berkowitz GS, Blackmore-Prince C, Lapinski RH, Savitz DA. Risk Factors for preterm birth subtypes. **Epidemiology** 1998; 9(3): 279-285.

Boo N, Goh ES. Predictors of breastfeeding in very low birthweight infants at the time of discharge from hospital. **J Trop Pediatr** 1999; 45: 195-01.

Bowlby J. **Apego e perda: apego, a natureza do vínculo.** Volume 1 da trilogia John Bowlby. São Paulo: Martins Fontes, 2004.

Brazelton TB. **O desenvolvimento do apego: uma família em formação.** Porto Alegre: Artes Médicas, 1988.

Brock R. Recém-Nascido prematuro, baixo peso e retardo de crescimento intra-uterino. In: Basseto MCA, Brock R, Wajnsztejn R. **Neonatologia, um convite à atuação fonoaudiológica.** São Paulo : Lovise, 1998. p.67-73.

Bueno LGS, Teruya KM. Aconselhamento em amamentação e sua prática. **J Pediatr (Rio J)** 2004; 80(5 Supl): S126-S130.

Bu'Lock F, Woolridge MW, Baum JD. Development of co-ordination of sucking, swallowing and breathing: ultrasound study of term and preterm infants. **Dev Med Child Neurol** 1990; 32: 669-78.

Caetano LC, Fujinaga CI, Scochi CGS. Sucção não-nutritiva em bebês prematuros: estudo bibliográfico. **Rev Latino-am Enfermagem** 2003; março-abril, 11(2): 232-6.

Caetano LC. **Vivendo no Método Canguru. A tríade mãe-filho-família.** Ribeirão Preto; 2004. [Tese de Doutorado - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da USP].

Carvalhaes MABL, Corrêa CRH. Identificação de Dificuldades no início do aleitamento materno mediante aplicação de protocolo. **J Pediatr** 2003; 79 (1):13-20.

Carvalho MR, Prochnik M. **Método mãe-canguru de atenção ao prematuro.** Rio de Janeiro: BNDES, 2001.

Case-Smith J. An efficacy study occupation therapy with high-risk neonates. **Am J Occup Ther** 1988; 42(8): 499 – 506.

Cattaneo A, Davanzo R, Uxa F, Tamburlini G. Recommendations on the implementation of Kangaroo Mother Care for low birthweight infants. **Acta Paediatr** 1998a; 87:440-445.

Cattaneo A, Davanzo R, Worku B, Surjono A, Echeverria M, Bedri A, Haksari E, Osorno L, Gudetta B, Setyowireni D, Quintero S, Tamburlini G. Kangaroo mother care for low birthweight infants: a randomized controlled trial in different settings. **Acta Paediatr** 1998b, 87: 976-85.

Cesar CLG. Fatores de risco associados à mortalidade infantil em duas áreas da região metropolitana de São Paulo (Brasil), 1984-1985. Proposta de instrumentos preditivos. **Rev Saúde Pública** 1990; 24(4): 300-10.

Charpak N, Ruiz-Peláez JG, Figueroa ZC, Charpak Y. Kangaroo mother versus traditional care for newborn infants < 2000 grams: a randomized controlled trial. **Pediatrics** 1997; 100: 682-8.

Charpak N, Ruiz-Peláez JG, Figueroa ZC, Charpak Y. A randomized, controlled trial of kangaroo mother care: results of follow-up at 1 year of corrected age. **Pediatrics** 2001; 108(5): 1072-1079.

Chetwynd AG, Diggle PJ, Drewett RF, Young B. A mixture model for sucking patterns of breast-fed infants. **Statist Med** 1998; 17: 395-405.

Christensson K; Cabrera T; Christensson E; Uvnas-Moberg, K; Winberg J. Separation distress call in the human neonate in the absence of maternal body contact. **Acta Paediatr** 1995; 84: 468-73.

Colameo AN. **Avaliação do processo de implantação do Método Mãe-Canguru em hospitais do Sistema Único de Saúde do Estado de São Paulo**. São Paulo; 2004. [Dissertação de Mestrado - Coordenação dos Institutos de Pesquisa da Secretaria de Estado de Saúde de São Paulo].

Conde-Agudelo A, Diaz-Rosselo JL, Belizan JM. **Kangaroo mother care to reduce morbidity and mortality in low birthweight infants** (Cochrane Review). In: The Cochrane Library, Issue 2, 2004.

Correia LL, McAuliffe JF. Saúde Materno-Infantil. In: Rouquayrol, MZ. **Epidemiologia e saúde**. 4ª ed. Rio de Janeiro: MEDSI; 1994. p. 315-42.

Cotrim LC, Venâncio SI, Escuder MML. Uso de chupeta e amamentação em crianças menores de 4 meses no Estado de São Paulo. **Rev Bras Saúde Materno** 2002; vol 2(3): 245-52.

Diário Oficial do Estado de São Paulo. **Normas de atenção humanizada ao recém-nascido baixo peso ao nascer – (Método Canguru) no Estado de São Paulo**. Vol. 111; nº 106, 6/6/2001.

Douglas CR. Conceitos gerais sobre fisiologia bucal. In: Douglas CR, editor. **Tratado de fisiologia aplicada às ciências da saúde**. São Paulo: Robe editorial; 1994. p. 827-910.

Drosten F. Case management of a premature infant transitioning to the breast. **J Hum Lact** 2001; 17: 47-50.

EhrenKranz RA. Growth outcome of very low-birth weight infants in the newborn intensive care unit. In: VDHR editor. **Clinics in perinatology**. 2000. p.325-45.

Escott R. Positioning, attachment and milk transfer. **Breastfeed Rev** 1989; 5: 31-7.

Feldman R, Eidelman A, Sirota L, Weller A. Comparison of skin-to-skin (Kangaroo) and Traditional Care: Parenting Outcomes and Preterm Infant Development. **Pediatrics** 2002; v. 110, n. 1: 16-26.

Feliciano RAF. **Rede de apoio social utilizada pelas mães de bebês prematuros e de baixo peso egressos de uma unidade de terapia intensiva neonatal no município de São Carlos. – SP.** Ribeirão Preto; 1999. [Dissertação de Mestrado - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da USP].

Fewtrell MS, Lucas A, Morgan JB. Factors associated with weaning in full term and preterm infants. **Arch Dis Child Fetal Neonatal** 2003; 88: F296-301.

Fewtrell MS, Lucas A, Cole TJ, Wells JC. Prematurity and reduced body fatness at 8-12 y of age. **Am J Clin Nutr.** 2004 Aug; 80(2):436-40.

Fucile S, Gisel E, Lau C. Oral stimulation accelerates the transition from tube to oral feeding in preterm infants. **J Pediatr** 2002; v. 141: 230-6.

Fujinaga CI. **Prontidão do prematuro para início da alimentação oral: proposta de um instrumento de avaliação.** Ribeirão Preto; 2002. [Dissertação de Mestrado – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da USP].

Furlan C, Scochi CGS, Furtado MCC. Percepção dos pais sobre a vivência no Método Mãe-Canguru. **Rev Lat Am Enfermagem** 2003; 11(4): 444-52.

Gaebler CP, Hanzlik JR. The effects of a prefeeding stimulation program on preterm infants. **Am J Occup Ther** 1996; v. 50, n. 3: 184-92.

Gale G, Franck L, Lund C. Skin-to-skin (kangaroo) holding of intubated premature infant. **Neonatal Netw** 1993; v. 12, n. 6: 49-57.

Giuliane ERJ, Issler RMS, Justo EB, Sefrin CF, Hartmann RM, Carvalho NMI. Risk factors for early termination of breast feeding in Brazil. **Acta Paediatr** 1992; 81: 484-7.

Giuliane ERJ. O aleitamento materno na prática clínica. **J Pediatr** 2000; 76(Supl.3): S238-52.

Goldman AS, Thorpe LW, Goldblum RM, Hanson LA. Anti-inflammatory properties of human milk. **Acta Paediatr Scand** 1986; v.75: 689-95.

Gross SJ, David RJ, Baumann L, Tomarelli RM. Nutritional composition of milk produced by mothers delivering preterm. **J Pediatr** 1980; 96: 641-4.

Hörnell A, Arts C, Kylberg E, Hofvander Y, Gebre-Medhin M. Breastfeeding patterns exclusively breastfeed infants: a longitudinal prospective study in Uppsala, Sweden. **Acta Paediatr** 1999; 88:203-11.

Howard CR, Howard FM, Lanphear EB, Eberlu S, Lawrence RA. The effects of early pacifier use on breastfeeding duration. **Pediatrics** [periódico on line] 1999; 103: e33 disponível em: <<http://www.pediatrics.org/cgi/content/full/103/3/e33> (2003 Jul 20).

Howse JL. Foreword: March of dimes commitment to solving the problem of prematurity. **Paediatr Perinat Epidemiol** 2001; 15(2):1-2.

Hylander MA, Strobino DM, Dhanireddy R. Human milk feedings and retinopathy of prematurity among very low birth weight infants [abstract]. **Pediatr Res** 1996; 37, 214A.

Javorski M. **Os significados do aleitamento materno para mães de prematuros em cuidado canguru**. Ribeirão Preto; 1997. [Dissertação de mestrado - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da USP].

Kaufman KJ, Hall LA. Influences of the social network on choice and duration of breast-feeding in mothers of preterm infants. **Res Nurs Health** 1989; 12(3): 149-59.

Kilsztajn S, Rossbach A, Carmo MSN, Sugahara GTL. Assistência pré-natal, baixo peso e prematuridade no Estado de São Paulo, 2000. **Rev Saúde Pública** 2003; jun, 37(3): 1-13.

King FS. **Como ajudar as mães a amamentar**. Londrina: Universidade Estadual de Londrina, 1991.

Klauss MH, Kennell JH. **Pais e bebê: a formação do apego**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993.

Kliethermes, PA, Cross ML, Lanese MG, Johnson KM, Simon S. Transitioning preterm infants with nasogastric tube supplementation: increased likelihood of breastfeeding. **JOGNN** 1999; may/june, 28:264-73.

Kramer MS. Determinants of low birth weight: methodological assessment and meta analysis. **Bull World Health Organ** 1987; 65: 663-737.

Kramer MS, Barr R, Dagenais S, Yang H, Jones P, Ciofani L, Jane F. Pacifier use, early weaning and cry/fuss behavior: a randomized controlled trial. **JAMA** 2001a; 286(3): 322-6.

Kramer MS, Goulet L, Lydon J, Seguin L, McNamara H, Dassa C e cols. Sócio-economic disparities in preterm birth: causal pathways and mechanisms. **Paediatr Perinat Epidemiol** 2001b; 15(2): 104-23.

Kuschel CA, Harding JE. **Multicomponent fortified human milk for promotion growth in preterm infants** (Cochrane Review). In: The Cochrane Library, Issue 2, 2001. Oxford: Update Software.

Lang S, Lawrence CJ, Orme RLE. Cup feeding: an alternative method of infant feeding. **Arch Dis Child** 1994; 71:365-69.

Lang S. **Aleitamento do Lactente – Cuidados especiais**. São Paulo: Santos editora, 1999.

Laurenti R, Buchala CM. Estudo da morbidade e da mortalidade perinatal em maternidades.II – mortalidade perinatal segundo peso ao nascer, idade materna assistência pré-natal e hábito de fumar da mãe. **Rev Saúde Pública** 1985; 19: 225-32.

Lawrence RA. **Breastfeeding: A guide for the medical profession**. 4^a th ed. Saint louis: C.V. Mosby; 1994.

Leone CR, Ramos JLA, Vaz FAC. O recém-nascido pré-termo. In: Marcondes E. **Pediatria Básica**, 8 ed. São Paulo: Sarvier, 1991. p.333-43.

Lima GMS. Métodos especiais de alimentação: copinho – relactação – translactação. In: Rego JD. **Aleitamento Materno**. São Paulo, Rio de Janeiro, Belo Horizonte: Atheneu, 2000a. p. 265-278.

Lima G, Quintero-Romero S, Cattaneo A. Feasibility, acceptability and cost of kangaroo mother care in Recife, Brazil. **Ann Trop Paediatr** 2000b; 20: 22-26.

Lockwood CJ, Kuczyński E. Risk stratification and pathological mechanisms in preterm delivery. **Paediatr Perinat Epidemiol** 2001; 15(2): 78-89.

Lubchenco LO. Determinação do peso e idade gestacional. In: Avery G. **Neonatologia, fisiopatologia e tratamento do recém-nascido**. 2^a ed. Rio de Janeiro: MEDSI; 1984. p.207-228.

Lucas A, Cole TJ. Breast milk and necrotising enterocolitis. **Lancet** 1990; 366: 1519-23.

Lucas A, Morley R, Cole TJ, Lister G, Leeson-Payne C. Breast milk and subsequent intelligence quotient in children born preterm. **Lancet** 1992; 339: 261-4.

Marques CSB. Classificação do recém-nascido segundo idade gestacional e crescimento fetal. In: Pachi P (org.). **O pré-termo. Morbidade, diagnóstico e tratamento**. São Paulo: Ed. Roca; 2003. p.23-40.

Masson SC. **Representações sociais de mães sobre a chupeta**. São Paulo; 2002. [Dissertação de mestrado - Escola de Enfermagem da USP].

Matos MPSA. **O uso do enfoque de risco no Programa de Redução da Mortalidade Infantil em Santos, 1989-1998**. São Paulo; 2001. [Dissertação de mestrado - Faculdade de Saúde Pública da USP].

Mattar MJG. Atuação do banco de leite humano na humanização da assistência neonatal. In: Mattar MJG et al., editores. **Banco de leite humano: 15 anos de funcionamento com qualidade**. São Paulo: São Paulo; 2004. p.103-13.

McCain GC. Facilitate inactive awake states in preterm infants: a study of three interventions. **Nurs Res** 1992; may/jun, 41(3):157-160

Menezes AMB, Victora CG, Barros FC, Albernaz E, Menezes FS, Janke H, Alves C, Rocha C. Mortalidade infantil em 2 coortes de base populacional no sul do Brasil: tendências e diferenciais. **Cad Saúde Pública** 1996; 12(1): 79-86.

Menezes AMB, Barros FC, Victora CG, Tomasi E, Halpern R, Oliveira ALB. Fatores de risco para mortalidade perinatal em Pelotas, RS, 1993. **Rev Saúde Pública** 1998; 32(3): 209-16.

Monteiro CA, Zunica HPP, Benicio MHDA, Rea MF. Breastfeeding patterns and socioeconomic status in the city of São Paulo. **J Trop Pediatr** 1988; 34: 186-92.

Monteiro CA, Benicio MHDA, Ortiz LP. Tendência secular do peso ao nascer na cidade de São Paulo (1976-1998). **Rev Saúde Pública** 2000; 34(6): 26-40.

Morris S. **Pré-Feeding skill: a comprehensive souce for feeding development**. Tucson: Therapy Skill Builders, 1987.

[MS] Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Área Técnica de Saúde da Mulher. **Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher**. Brasília; 2001.

[MS] Ministério da Saúde/ Secretaria de Políticas de Saúde, Área Técnica da Saúde da Criança – **Manual do Curso de Atenção Humanizada ao Recém-Nascido de Baixo Peso ao Nascer – Método Canguru**. Brasília; 2002.

[MS/DATASUS} Ministério da Saúde/Departamento de Informática do SUS [on line] 2000. Disponível em <http://www.datasus.gov.br/datasus.htm> (2003 Jul 17) .

[MS/DATASUS/SEADE] Ministério da Saúde/ Departamento de Informática do SUS,/ Fundação de Sistemas de análise de dados do Estado de São Paulo. [on line] 1999. Disponível em <http://www.datasus.gov.br/datasus.htm> (2003 Jul 27).

[MS/FNS] Ministério da Saúde/Fundação Nacional de Saúde. Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Conselho Nacional de Saúde, resolução 196 de 1996. **IESUS** 1996; 2 (Supl.3): 1-70.

[MS/RIPSA/IDB] Ministério da saúde/Rede Interagencial de Informações para a Saúde. **Indicadores e dados básicos para a saúde do Brasil/ 2002**. <http://www.datasus.gov.br> (2003 Mai 20).

[MS/SES-SP] Ministério da Saúde/ Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. **Norma de Orientação para a Implantação do Método Canguru**. Portaria no 693/GM, 5 de julho de 2001.

Murahovschi J, Nascimento ET, Teruya KM, Bueno LGS, Baldin PEA, Kabbach SC. **Cartilha de amamentação, doando amor**. 2ª ed. Santos: Almed, 1997.

Narayanan I, Mehta R, Choudhury DK, Jain BK. Sucking on the emptied breast: non-nutritive sucking with a difference. **Arch Dis Child** 1991; 66: 241-44.

Nascimento MBR. **Caracterização da amamentação entre recém-nascidos prematuros por ocasião da alta de unidade neonatal de risco**. São Paulo; 2001. [Dissertação de mestrado - Faculdade de Medicina da USP].

Nascimento MBR, Issler H. Aleitamento materno em prematuros: manejo clínico hospitalar. **J Pediatr (Rio J)** 2004; 80(5 Supl): S163-72).

Naufel HG. Avaliação física e classificação. In: Costa HPF, Marba ST. **O recém-nascido de muito baixo peso**. São Paulo: Atheneu; 2003.

Negris B, Viana ALA. **O Sistema Único de Saúde em dez anos de desafio**. São Paulo: Sobravine; 2002.

Neifert M, Lawrence R, Seacat J. Nipple confusion: toward a formal definition. **J Pediatr** 1995; 126: 125-9.

Nyqvist KH, Ewald U, Sjöden P. Supporting a preterm infant's behavior during breastfeeding: a case report. **J Human Lact** 1996; 12: 221-8.

Nyqvist KH, Ewald U. Infant and maternal factors in the development of breastfeeding behavior and breastfeeding outcome in preterm infants. **Acta Pediatr.** 1999; 88: 1194-203.

[OMS] Organização Mundial de Saúde. **Proteção, promoção e apoio ao aleitamento materno: o papel especial dos serviços de saúde**. Genebra; 1989.

[OMS/UNICEF] Organização Mundial de Saúde/ Fundo das Nações Unidas/ Ministério da Saúde - **Aconselhamento em amamentação: um curso de treinamento**. São Paulo, Instituto de Saúde/OMS/OPAS; 1995.

Paiva R. **Evolução da mortalidade infantil no município de São Paulo nas últimas três décadas**. São Paulo; 2002. [Dissertação de Mestrado – Faculdade de Saúde Pública da USP].

Patella RF. **Análise da assistência prestada pelo programa do recém-nascido de risco e sua relação com a hospitalização de menores de um ano e a mortalidade infantil tardia em Santos/SP**. Campinas; 2001. [Dissertação de mestrado - Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP].

Pereira MG. **Epidemiologia, teoria e prática**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan SA; 1995.

Pérez-Escamilla R, Lutter C, Segall AM, Rivera A, Trevino-Siller S, Sanghvi T. Exclusive breast -feeding duration is associated with attitudinal, socioeconomic and biocultural determinants in three Latin American countries. **J Nutr** 1995; 125: 2972-84.

Pickler RH, Frankel HB, Walsh KM, Thompson NM. Effects of nonnutritive sucking on behavioral organization and feeding performance in preterm infants. **Nurs Res** 1996; v. 45, n. 3: 132-5.

Ramanathan K, Paul VK, Deorari AK, Taneja U, George G, Kangaroo mother care in very low birth weight infants. **Indian J Pediatrics** 2001; 68: 1019-23.

Réa MF. Substitutos do leite materno: passado e presente. **Rev Saúde Pública** 1990; 24:241-9.

Réa MF. Reflexões sobre a amamentação no Brasil: de como passamos a 10 meses de duração. **Cad Saúde Pública (Rio J)** 2003; 19(Sup. 1): 109-118.

Righard L, Alade MO. Sucking technique and its effect on success of breastfeeding. **Birth** 1992; 19 (4):185-9.

Rocha NMN, Martinez FE, Jorge SM. Cup or bottle for preterm infants: effects on oxygen saturation, weight gain and breastfeeding. **J Hum Lact** 2002; 18(2): 132-8.

Sanches MTC. **Dificuldades iniciais na amamentação: enfoque fonoaudiológico**. São Paulo; 2000. [Dissertação de mestrado - Faculdade de Saúde Pública daUSP].

Sanches, MTC. Amamentação – enfoque fonoaudiológico. In: Carvalho RT, Tamez RN, editores. **Amamentação – bases científicas para a prática profissional**. 1ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan S.A.; 2002. p. 50-59.

Sanches MTC. Manejo clínico das disfunções orais na amamentação. *J Pediatr* (Rio J) 2004; 80(5 Supl): S155-S162.

Segovia ML. **Interrelaciones entre la odontoestomatología y la fonoaudiología – la deglución atípica**. 2ª ed. Buenos Aires: Panamericana; 1988.

Segre C.AM. **Perinatologia fundamentos e prática**. São Paulo: Sarvier; 2002.

Serra SOA. **Alimentação de bebês prematuros e dificuldades vivenciadas pelas mães no aleitamento materno: a prática em uma UTI Neonatal de Cuiabá/ MT**. Ribeirão Preto; 2001. [Dissertação de mestrado - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da USP].

[SES/SP] Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo/ Centro Técnico de Planejamento em Saúde da Criança. **[Relatório final fonoaudiológico – Normatização Estadual da “Norma de Atenção Humanizada do Recém-nascido de Baixo Peso ao Nacer – Método Mãe Canguru]**. São Paulo; 2002.

[SES/SP] Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. 2004[on line]. Disponível em <http://www.saude.sp.gov.br>[2005 jan 14].

Shimo AKK, Vinha VHP, Ferreira DLB. Mama puerperal – uma proposta de cuidados. *Femina* 1985; v. 13: 159-66.

Silva IA. **Construindo perspectivas sobre a assistência em amamentação: um processo interacional.** São Paulo; 1999. [Tese de Livre Docência – Escola de Enfermagem da USP].

Silva OPV. **Análises descritivas do desenvolvimento de recém-nascidos prematuros que participaram do programa Método Mãe-Canguru.** São Paulo; 2003. [Dissertação de Mestrado - Universidade Presbiteriana Mackenzie].

Silva RC. **A construção da prática fonoaudiológica no nível local norteadada pela promoção da saúde no município de Piracicaba.** São Paulo; 2002. [Dissertação de Mestrado - Faculdade de Saúde Pública da USP].

Sloan NL, Camacho LWL, Rojas EP, Stern C and Maternidad Isidro Ayora Study Team. Kangaroo mother method: randomised controlled trial of an alternative method of care for stabilised low-birthweight infants. **Lancet** 1994; 344: 782-85.

Soares CX. **Avaliação dos padrões de sucção em recém-nascidos prematuros visando a transição da alimentação de sonda gástrica para via oral.** São Paulo; 2002. [Tese de Doutorado – Instituto de Psicologia da USP].

Soares MEM, Giugliane ERJ, Braun ML, Salgado ACN, Oliveira AP, Aguiar PR. Uso de chupeta e sua relação com o desmame precoce em população de crianças nascidas em Hospital Amigo da Criança. **J Pediatr (Rio J)** 2003; 79(4): 309-16

Stine MJ. Breastfeeding the premature newborn: A protocol whitout bottles. **J Human Lactat** 1990; 6(4): 167-170.

Stone KN, Fleming P, Golding J. Socio-demographic associations with digit and pacifier sucking at 15 months of age and possible associations with infant infection. **Early Hum Dev** 2000; 60: 137-48.

Tessier R, Cristo M, Velez S, Giron M, de Calume ZF, Ruiz-Palaez JG, Charpak Y, Charpak N. Kangaroo mother care and the bonding hypothesis. **Pediatrics** 1998; 102(2): 1-8.

Toma TS. **Alimentação do recém-nascido prematuro e/o de baixo peso**. In: I Simpósio de Investigação em Aleitamento Materno e Alimentação Complementar; 2003 ago 6-10; Campinas:UNICAMP; 2001. p.1-6.

Toma TS. Mãe Canguru - tecnologia perinatal humana. (parte II) In: Carvalho MR, Tamez RN. **Amamentação: bases científicas para a prática profissional**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2002. p.137-143.

Toma TS. Método Mãe-Canguru: o papel dos serviços de saúde e das redes familiares no sucesso do programa. **Cad Saúde Pública** 2003; 19(Sup.2): S233- 42.

Triola MF. **Introdução à estatística**. 7^a ed. Rio de Janeiro: LTC SA ; 1999.

Vannuchi MTO, Monteiro CA, Réa MF, Andrade SM, Matsuo T. Iniciativa Hospital Amigo da Criança e aleitamento materno em unidade de neonatologia. **Rev Saúde Pública** 2004; 38(3):422-8.

Vasconcelos MGL. **Implantação de um grupo de apoio à mãe acompanhante de recém-nascido pré-termo e de baixo peso em um hospital amigo da criança na cidade de Recife**. Ribeirão Preto; 2004. [Tese de Doutorado – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da USP].

Venâncio SI. **Determinantes individuais e contextuais do aleitamento materno exclusivo nos primeiros 6 meses de vida em 111 municípios do Estado de São Paulo**. São Paulo; 2002. [Tese de Doutorado - Faculdade de Saúde Pública da USP].

Venâncio SI. Dificuldades para o estabelecimento da amamentação: o papel das práticas assistenciais das maternidades. **J Pediatr** (editorial) 2003; 79 (1):1.

Venâncio SI, Paiva R. Humanização da assistência ao recém-nascido: o papel das políticas públicas. **Boletim do Instituto de Saúde** 2003; 30: 21-1.

Venâncio SI, Almeida H. Método Mãe Canguru: aplicação no Brasil, evidências científicas e impacto sobre o aleitamento materno. **J Pediatr (Rio J)** 2004; 80(5 Supl):S173-S180.

Victora CG, Smith PG, Vaughan JP, Nobre LC, Lombardi C, Teixeira AMB, Fuchs SMC, Gigante LP, Smith PG, Teixeira AMB, Moreira LB, Barros FC. Evidence for protection by breast feeding against infant deaths from infectious diseases in Brazil, **Lancet** 1987; v.2: 319-21.

Victora CG, Barros FC, Vaughan JP. **Epidemiologia da desigualdade: um estudo longitudinal de 6000 crianças brasileiras**. 2^a ed. São Paulo: CEBES/Hucitec; 1989.

Victora CG, Tomasi E, Olinto MTA, Barros FC. Use of pacifiers and breastfeeding duration. **Lancet** 1993; 341: 404-6.

Victora CG, Behague DP, Barros FC, Olinto MTA, Weiderpass E. Pacifier use and short breastfeeding duration: cause, consequence or coincidence? **Pediatrics** 1997a; 99: 445-53.

Victora CG, Huttly SR; Fuchs SC, Olinto MTA. The role of conceptual frameworks in epidemiological analysis: a hierarchical approach. *Int J Epidemiol.* 1997b; 26:224-7.

Vinagre RD, Diniz EMA. **O Leite Humano e sua Importância na Nutrição do Recém-nascido Prematuro.** São Paulo: Atheneu; 2001.

Vinha VP. **Projeto aleitamento materno. Autocuidado com a mama puerperal.** São Paulo: Sarvier; 1994.

Whitelaw A, Heisterkamp G, Sleath K, Acolet D, Richards M. Skin-to-skin contact for very low birth weight infants and their mothers. *Arch Dis Child* 1998; 63: 1377-81.

[WHO] World Health Organization, division of Child Health and Development. **Indicators for assessing breastfeeding practices.** Geneve: World Health Organization; 1991.

Widström AM, Thingström-Paulsson J. The position of the tongue during rooting reflexes elicited in newborn infants before the first suckle. *Acta Paediatr* 1993; 82: 281-3.

Winnicott DW. **Os bebês e suas mães.** São Paulo (São Paulo): Martins Fontes, 1996.

10. ANEXOS

ANEXO 1

**Normatização do Método Mãe-Canguru
Hospital Guilherme Álvaro**

Normatização do Método Mãe-Canguru no Hospital Guilherme Álvaro

2ª Etapa: realizada na Unidade de Cuidados Intermediários e Alojamento Conjunto.

O HGA não possuía, no período do estudo, um local destinado à Enfermaria Canguru, sendo que as mães permaneciam com seus bebês cangurus internadas junto com outras mães do alojamento conjunto. Na medida do possível, quando havia duas ou três “Mães Canguru” na maternidade, era isolado um quarto só para utilização do MM-C, funcionando como uma Enfermaria Canguru.

Como critérios de elegibilidade para permanência integral (24 horas com uso do MM-C) no alojamento conjunto selecionava-se:

- peso de nascimento $\leq 2000g$;
- condições clínicas estáveis (ausência de infecções; estabilidade do ritmo respiratório sem auxílio de aparelhos, sem pausas respiratórias ou apnéias; habilidade de manutenção do controle térmico com auxílio de fonte de calor (incubadora, berço aquecido ou contato pele a pele no MM-C);
- ausência de definição de peso mínimo;
- dieta enteral plena (podendo utilizar-se da sonda nasogástrica);
- medicação via oral ou venosa.

No HGA o RNBP permanece contido na posição canguru com a mãe, através de uma faixa confeccionada e utilizada exclusivamente para esse fim. As mães podem andar livremente pelas dependências da maternidade, participar de Grupo de orientação pró-amamentação, atividades da terapia ocupacional, grupos de intervenção psico-social.

A presença do pai é liberada 24 horas e outros familiares, quando solicitados pela equipe para auxílio no trabalho, também podem permanecer na Unidade Neonatal.

Para alta hospitalar e elegibilidade para realizar a 3ª etapa no HGA, eram considerados os critérios de: estabilidade clínica, amamentação exclusiva (podendo haver uso de complemento com copinho, com leite humano ordenhado); condições adequadas de coordenação entre sucção, deglutição e respiração (com supervisão da fonoaudióloga), ganho de peso consecutivo nos

últimos dias antecedentes à alta, mãe orientada e segura quanto os cuidados com o seu filho (após orientações de todos os componentes da equipe); mães emocionalmente preparadas para realizar o MM-C em casa de modo integral e orientação de familiares para auxílio nessa tarefa (orientação do serviço social e psicológico).

3ª Etapa: Denominada no HGA de “Ambulatório de Baixo Peso ao Nascer”

O seguimento ambulatorial era realizado pela mesma equipe da Unidade de Neonatologia.

No HGA esse ambulatório funcionava com rotina de atendimento semanal, às quartas-feiras, onde eram agendadas consultas semanais no primeiro mês, quinzenais, no segundo e mensais no terceiro mês, desde que a dupla mãe/bebê não apresentasse dificuldades na amamentação, a mãe estivesse segura nos cuidados e MM-C e o RNBP apresentasse um adequado desenvolvimento. até atingir 2000g este preferencialmente retornava semanalmente.

Para os RNBP que obtivessem alta com menos de 1500g, era realizado atendimento extra, quantas vezes fosse necessário, na própria Unidade Neonatal. Geralmente esses atendimentos eram realizados por 2 membros da equipe. Compunham esse atendimento em dupla: o neonatologista diarista responsável pela unidade com a fonoaudióloga, a psicóloga ou terapeuta ocupacional, ou ainda a assistente social, de acordo com o diagnóstico das dificuldades de cada caso.

No seguimento ambulatorial, cada setor fazia atendimento individual, atendendo suas especificidades e antes do início das consultas o serviço social realizava um Grupo de Mães, com objetivo de retirada de dúvidas gerais, incentivo e esclarecimentos quanto ao MM-C e promoção da amamentação exclusiva.

Em casos de 02 faltas consecutivas o Serviço Social telefonava, enviava carta ou telegrama, solicitando a presença da família.

8.3.1. Normatização da atuação fonoaudiológica no Método Mãe-Canguru no HGA

Conforme descrito anteriormente a equipe do HGA conta com profissionais de fonoaudiologia, os quais atuam na unidade de neonatologia,

incluindo os serviços destinados aos RNBP e prematuros submetidos ao MM-C, com rotina diária de trabalho e posteriormente também no seguimento ambulatorial. O protocolo de atuação fonoaudiológica utilizado na atuação hospitalar durante este estudo encontra-se no Anexo 5 e o protocolo referente ao seguimento ambulatorial no Anexo 6.

2ª Etapa: Cuidados Intermediários e Alojamento Conjunto

Atuação indireta - meio ambiente

- Atuar no ambiente físico da Unidade Neonatal (Cuidados Intermediários e Alojamento Conjunto) verificando iluminação e níveis de ruído, buscando melhorar a capacidade de auto-regulação do bebê e sua estabilidade fisiológica.
- Informar e discutir com a equipe soluções para diminuição do ruído do ambiente, na Unidade Neonatal como um todo.

Atuação indireta - com a família

- Atuar diretamente com a mãe/família na formação do vínculo, em conjunto com a equipe interdisciplinar, acompanhando a entrada na mãe na unidade de risco e facilitando a interação mãe-bebê.
- Incentivar e orientar a mãe quanto o manejo da lactação, atuando em conjunto com a equipe de médica e de enfermagem.
- Participar, em conjunto com a equipe, dos grupos de apoio e inserção dos outros familiares no Programa Mãe-Canguru.
- Identificar e explicar as capacidades e os comportamentos de auto-regulação do bebê para a família, sensibilizando-a para o reconhecimento dos momentos propícios para a interação e os sinais de stress e fadiga do bebê.
- Explicar aspectos do funcionamento motor oral do RNBP e/ou premauros.
- Orientar a família quanto às formas de alimentação do bebê (nutrição parenteral e enteral), a fase em que este se encontra, informando-a sobre o manuseio.

- Incentivar e orientar a mãe quanto manejo da amamentação: cuidados com as mamas, posicionamento, pega, ordenha, vantagens do leite materno e seu armazenamento
- Realizar observação e treinamento com às mães diariamente na observação das mamadas, fazendo-as perceber padrões orais corretos e incorretos, assim como sinais de stress e desorganização.

Atuação com a equipe interdisciplinar e diretamente com o RNBP RNBP

- Desenvolver programa de intervenção precoce, através de avaliação global e oral e posteriormente estimulação oral específica, considerando idade gestacional, condições clínicas do RNPT, condições neurológicas e desempenho quanto ao sistema motor-oral.
- Avaliar e discutir com a equipe de neonatologia a forma de administração da dieta, assim como o momento da transição da sonda para via oral e complementação da amamentação, se necessário.
- Para estimulação oral, com aplicação da sucção não nutritiva (SNN) utilizar técnicas que não envolvem uso de chupetas, sendo essas: estímulos através de sucção digital (realizado com o dedo enluvado intra-oral) que pode ser feito pela fonoaudióloga, ou pela própria mãe) e técnica da mama vazia (NARAYANAN E COLS., 1990).
- Proporcionar condições, em conjunto com o trabalho da equipe para que a primeira avaliação de sucção nutritiva seja realizada diretamente no peito, com a supervisão do fonoaudiólogo preferencialmente, observando aspectos de organização global, limite de stress do RNBP e prematuro, assim como coordenação das funções orais.
- Para complementação da alimentação, em casos de bebês já em amamentação com baixa ingestão de leite, com indicação médica, utilizar preferencialmente o recurso do “cup feeding” (LANG, E COLS 1994) (associado com outros recursos desde sondas, conta-gotas ou seringas. Para bebês em início da amamentação, que ainda não haviam sido liberados pela equipe para dieta via oral exclusiva no peito, utilizar-

se também da técnica de complementação via própria sonda – após um tempo monitorado de amamentação,

- Promover treinamentos e discussão de casos com a equipe de enfermagem para viabilização na rotina da correta técnica do uso do recurso do “*cup feeding*” (*copinho*) ou outros recursos especiais necessários para casos específicos.
- Para os procedimentos de estimulação oral e complementação utilizar preferencialmente leite materno fresco ordenhado da mãe para o seu próprio bebê.
- Monitorizar diariamente as mamadas dos RNPT/BP submetidos ao MM-C, sempre associando este trabalho com o da a equipe de neonatologistas e da enfermagem.
- Discutir os casos diariamente com a equipe médica e outros profissionais, dependendo das dificuldades encontradas.
- Definir, conjuntamente com os membros da equipe, a conduta mais apropriada para alimentação em *casos especiais*, que não evoluíram para amamentação, após intervenção fonoaudiológica e investimento da equipe, considerando-se histórico familiar, hipótese diagnóstica, condições clínicas e evolução do caso.
- Desenvolver Programa de Triagem Auditiva, realizando triagem auditiva dos RNBP e RNPT, na 2^a Etapa do MM-C.

3^a Etapa: Ambulatório de Baixo Peso ao Nascer

- Manutenção do incentivo e assistência ao aleitamento materno, principalmente nos primeiros meses de vida, agendando consultas fonoaudiológicas extras no ambulatório de fonoaudiologia geral, de acordo com a necessidade de cada caso.
- Planejamento de programa individualizado de estimulação motora oral para os casos de disfunções orais na amamentação, priorizando o aleitamento materno exclusivo.
- Continuidade do processo do programa de triagem auditiva e encaminhamentos para avaliação audiológica completa e

otorrinolaringológica quando necessários, assim como orientação à família quanto aos serviços especializados de protetização e reabilitação, quando diagnosticada a deficiência auditiva.

- Para os casos que apresentem alterações no desenvolvimento de fala e linguagem, realizar orientação familiar e intervenções específicas, bem como encaminhamentos externos para serviços de referência.

Participação com a equipe nas discussões dos casos e devolutiva das avaliações fonoaudiológicas para a equipe interdisciplinar.

ANEXO 2

Categorias e indicadores para avaliação de práticas alimentares infantis

**PADRONIZAÇÃO DE CATEGORIAS E INDICADORES PARA AVALIAÇÃO
DE PRÁTICAS ALIMENTARES INFANTIS, INCLUINDO
O ALEITAMENTO MATERNO**

WHO,1991

- ALEITAMENTO MATERNO EXCLUSIVO (AME)

A criança que recebe apenas leite materno de sua mãe ou ama-de-leite, ou leite materno ordenhado, e não recebe outros líquidos ou sólidos com exceção de vitaminas, suplementos minerais ou medicamentos.

- ALEITAMENTO MATERNO PREDOMINANTE (AMP)

A fonte predominante de nutrição da criança é o leite humano. Porém, a criança também pode receber água e bebidas à base de água (água açucarada e com sabores, infusões, chá, etc), suco de frutas, solução de sais minerais de hidratação oral (SRO), vitaminas, minerais e medicamentos em gotas ou xaropes, e líquidos cerimoniais (em quantidades limitadas).

- ALEITAMENTO MATERNO EXCLUSIVO OU ALEITAMENTO MATERNO PREDOMINANTE (AMEP):

Juntos constituem o aleitamento materno completo.

- ALEITAMENTO MATERNO (AM)

A criança recebe leite materno (diretamente do peito ou ordenhado), independentemente de receber ou não outros alimentos.

- ALEITAMENTO MATERNO COMPLEMENTADO (AMCo)

A criança recebe leite materno e alimentos sólidos (ou semi-sólidos).

ANEXO 3

**Ficha do setor de fonoaudiologia
Evolução Hospitalar**



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

Reavaliação do quadro: _____

Colaboração da mãe ()S ()N

Colaboração da equipe ()S ()N

Conduta: () manter () alta fono

() Reorientação _____

() Nova Conduta _____

Segundo Retorno

Reavaliação do quadro: _____

Conduta: () manter () alta fono

() Reorientação _____

() Nova Conduta _____

Ass. Fono: _____

HOSPITAL GUILHERME ÁLVARO

SETOR DE FONOAUDIOLOGIA

ALOJAMENTO CONJUNTO

AVALIAÇÃO FUNCIONAL MOTORA-ORAL DE AMAMENTAÇÃO

DATA DA AVALIAÇÃO: ____/____/____

RN de: _____ Leito: _____
Idade da mãe: ____ anos Completou ____ série de estudo
Endereço: _____ Cidade: _____/_____
Telefone: _____

DADOS DO RN

D.N.: ____/____/____ Hora: _____
Peso de Nascimento: _____ CP: _____ PC: _____
Parto: Normal () Cesárea () Fórceps ()
Apgar: 1' () 5' () Idade Gestacional: _____
() RNPT () RNT () PIG () GIG () AIG () Pós Termo

Condições gerais de nascimento: _____

Queixa da mãe: _____

Fissura mamária

--	--

Pré-Natal: () S () N

Orientações no pré-natal para amamentar: () S () N
() Frequentes (+ 4 vezes) () Assistemáticas

Experiência anterior de amamentação: () S () N

Nº de Gestações: _____ Nº de filhos: _____

Amamentou os outros filhos: () S () N Tempo médio: _____

Teve alguma dificuldade: () S () N

Obs.: _____

AValiação FONOAUDIOLÓGICA

ADEQUADO	DIFICULDADES
1) Observação das mamadas: <input type="checkbox"/> Com Apojadura <input type="checkbox"/> Pele parece saudável <input type="checkbox"/> peitos cheios, macios <input type="checkbox"/> Mamilos exteriorizados, protácteis	<input type="checkbox"/> Sem apoiaduras <input type="checkbox"/> Fissuras ou vermelhidão da pele <input type="checkbox"/> Peito ingurgitado <input type="checkbox"/> Mamilos planos ou invertidos
2) Postura RN/Mãe: <input type="checkbox"/> Mãe relaxada <input type="checkbox"/> Mãe confortável <input type="checkbox"/> RN voltado para a mãe e próximo desta <input type="checkbox"/> RN voltado totalmente de frente para mãe	<input type="checkbox"/> Tensão geral e/ou ombros tensos <input type="checkbox"/> Deitada sobre o RN, sem apoio nas costas <input type="checkbox"/> RN longe da mãe <input type="checkbox"/> Cabeça voltada para o peito e corpo voltado para a frente
3) Comportamento RN: <input type="checkbox"/> RN apresentou-se tranquila durante a mamada <input type="checkbox"/> RN pega e não solta	<input type="checkbox"/> RN irritado <input type="checkbox"/> RN pega e solta <input type="checkbox"/> RN brigando contra o peito, joga-se para trás <input type="checkbox"/> RN saboreia, degusta, demora para pegar
4) Sinais de vínculo: <input type="checkbox"/> Atenção olho a olho <input type="checkbox"/> Mãe atenta e carinhosa <input type="checkbox"/> Mãe apresenta-se receptível; interessada	<input type="checkbox"/> Não há contato olho a olho <input type="checkbox"/> Mãe não atenta aos sinais de bebê; não espera abrir a boca e outros <input type="checkbox"/> Mãe ansiosa (problemas emocionais; irritada; difícil de "ouvir"), desinteressada, "sacolejando" o RN
5) Pega: <input type="checkbox"/> Reflexos Oraís presentes (busca e sucção) <input type="checkbox"/> Lábios abertos <input type="checkbox"/> Tensão adequada do musc. Orbicular dos lábios <input type="checkbox"/> RN abocanha a aréola	<input type="checkbox"/> Reflexos orais ausentes ou exacerbados <input type="checkbox"/> Presença de vômito, proteção <input type="checkbox"/> Hipertensão do musc. Orbicular dos lábios "boca econômica" <input type="checkbox"/> RN suga o mamilo
6) Sucção: <input type="checkbox"/> Mandíbula toca o peito <input type="checkbox"/> Língua do RN anteriorizada <input type="checkbox"/> Língua canolada <input type="checkbox"/> Bochechas do RN redondas (sem participação do Musc. Bucinador) <input type="checkbox"/> Sugadas lentas e profundas com pausas (após 5')	<input type="checkbox"/> Mandíbula distante do peito <input type="checkbox"/> Língua do RN posteriorizada <input type="checkbox"/> Língua sem canolamento <input type="checkbox"/> Presença de "covinhas" (participação do Bucinador) <input type="checkbox"/> Ruídos
7) Ritmo de Sucção: <input type="checkbox"/> RN solta o peito espontaneamente <input type="checkbox"/> No início rápido, depois estável	<input type="checkbox"/> Mãe retira o RN do peito <input type="checkbox"/> Ausência de ritmo estabelecido, instável
8) Final da Mamada: <input type="checkbox"/> Mãe espera o RN largar espontaneamente <input type="checkbox"/> RN satisfeito	<input type="checkbox"/> Mãe retira RN muito rápido <input type="checkbox"/> RN insatisfeito

SUCÇÃO NÃO NUTRITIVA:

- À vontade: _____

- Abrindo os lábios: _____

Auxílio de outros membros da equipe: () S () N

() Psicólogo () Serviço Social () Enfermagem - () Pediatria

Intervenção Indireta:

Orientações quanto à: _____

Intervenção Direta:

Manobra de facilitação para PEGA: () Ambos os lábios
() Lábio Inferior
() lábio Superior

Estimulação Motora Oral:

Lábios: _____ _____ _____	Língua: _____ _____ _____
---------------------------------	---------------------------------

1º Retorno - Data: ____/____/____

Reavaliação do quadro: _____

Colaboração da Mãe: () S () N

Colaboração da Equipe: () S () N

Conduta: () Manter Conduta Anterior
() Alta Fonoaudiológica
() Reorientação: _____

() Nova Conduta: _____

FONO RESPONSÁVEL: _____

2º Retorno

Data: ____/____/____

Reavaliação do quadro: _____

Colaboração da Mãe: () S () N

Colaboração da Equipe: () S () N

Conduta: () Manter Conduta Anterior
() Alta Fonoaudiológica
() Reorientação:

() Nova Conduta:

ANEXO 4

Atendimento médico
Ambulatório de Baixo Peso



**SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL GUILHERME ÁLVARO**

AMBULATÓRIO DE BAIXO PESO E ALEITAMENTO MATERNO

NOME : _____ Nome da Mãe : _____ Pront. nº _____

DATA	IDADE	DATA	IDADE
PESO _____ gr p" _____	COMP _____ cm p" _____	PESO _____ gr p" _____	COMP _____ cm p" _____
PC _____ cm p" _____	AP _____ g/d	PC _____ cm p" _____	AP _____ g/d
QUAL O MOTIVO QUE VOCÊ PROCUROU O HOSPITAL HOJE? (QUEIXA ATUAL) _____		QUAL O MOTIVO QUE VOCÊ PROCUROU O HOSPITAL HOJE? (QUEIXA ATUAL) _____	
COMO VOCÊ ESTÁ ALIMENTANDO O BEBÊ? (ALIMENTAÇÃO) <input type="checkbox"/> LEITE MATERNO EXCLUSIVO <input type="checkbox"/> LM + ÁGUA <input type="checkbox"/> LM + CHÁ <input type="checkbox"/> LM + LEITE ARTIFICIAL _____ <input type="checkbox"/> LM + FRUTAS _____ <input type="checkbox"/> LM + COMIDA DE SAL _____ OUTRAS _____ HORÁRIO/TEMPO-DIA/NOITE/MADRUGADA _____		COMO VOCÊ ESTÁ ALIMENTANDO O BEBÊ? (ALIMENTAÇÃO) <input type="checkbox"/> LEITE MATERNO EXCLUSIVO <input type="checkbox"/> LM + ÁGUA <input type="checkbox"/> LM + CHÁ <input type="checkbox"/> LM + LEITE ARTIFICIAL _____ <input type="checkbox"/> LM + FRUTAS _____ <input type="checkbox"/> LM + COMIDA DE SAL _____ OUTRAS _____ HORÁRIO/TEMPO-DIA/NOITE/MADRUGADA _____	
COMO SE SENTE AMAMENTANDO? (DIFICULDADES NO A.M.) _____ SONO _____ HÁBITO INTESTINAL _____ DIURSE _____ COMO ESTÁ A VACINAÇÃO DE SEU FILHO? (VACINAÇÃO) <input type="checkbox"/> NÃO INICIADA <input type="checkbox"/> EM DIA _____ <input type="checkbox"/> ATRASADA _____ COMO O BEBÊ PASSOU DESDE A ÚLTIMA CONSULTA (INTERCORRÊNCIAS) 1. _____ 2. _____ 3. _____		COMO SE SENTE AMAMENTANDO? (DIFICULDADES NO A.M.) _____ SONO _____ HÁBITO INTESTINAL _____ DIURSE _____ COMO ESTÁ A VACINAÇÃO DE SEU FILHO? (VACINAÇÃO) <input type="checkbox"/> NÃO INICIADA <input type="checkbox"/> EM DIA _____ <input type="checkbox"/> ATRASADA _____ COMO O BEBÊ PASSOU DESDE A ÚLTIMA CONSULTA (INTERCORRÊNCIAS) 1. _____ 2. _____ 3. _____	
COMO ESTÁ O DESENVOLVIMENTO DE SEU BEBÊ? (DNPM) EFG _____ EFE _____ VERIFICAÇÃO DE AMAMENTAÇÃO: _____ DIAGNÓSTICO _____ CONDUTA: _____ MÉTODO CANGURU: COMO ESTÁ USANDO E COM QUE FREQUÊNCIA? _____ ENCAMINHAMENTO _____ EXAMES _____ RETORNO _____ ATENDIDO POR _____		COMO ESTÁ O DESENVOLVIMENTO DE SEU BEBÊ? (DNPM) EFG _____ EFE _____ VERIFICAÇÃO DE AMAMENTAÇÃO: _____ DIAGNÓSTICO _____ CONDUTA: _____ MÉTODO CANGURU: COMO ESTÁ USANDO E COM QUE FREQUÊNCIA? _____ ENCAMINHAMENTO _____ EXAMES _____ RETORNO _____ ATENDIDO POR _____	



**SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL GUILHERME ÁLVARO**

AMBULATÓRIO DE BAIXO PESO E ALEITAMENTO MATERNO

NOME: _____ Nome da Mãe: _____ Pront. n.º _____

DATA	IDADE	DATA	IDADE
PESO _____ gr p.º _____ COMP. _____ cm p.º _____		PESO _____ gr p.º _____ COMP. _____ cm p.º _____	
PC _____ cm p.º _____ AP _____ g/d		PC _____ cm p.º _____ AP _____ g/d	
QUAL O MOTIVO QUE VOCÊ PROCUROU O HOSPITAL HOJE? (QUEIXA ATUAL)		QUAL O MOTIVO QUE VOCÊ PROCUROU O HOSPITAL HOJE? (QUEIXA ATUAL)	
_____		_____	
_____		_____	
COMO VOCÊ ESTÁ ALIMENTANDO O BEBÊ? (ALIMENTAÇÃO)		COMO VOCÊ ESTÁ ALIMENTANDO O BEBÊ? (ALIMENTAÇÃO)	
LEITE MATERNO EXCLUSIVO		LEITE MATERNO EXCLUSIVO	
LM + ÁGUA		LM + ÁGUA	
LM + CHÁ		LM + CHÁ	
LM + LEITE ARTIFICIAL _____		LM + LEITE ARTIFICIAL _____	
LM + FRUTAS		LM + FRUTAS	
LM + COMIDA DE SAL		LM + COMIDA DE SAL	
OUTRAS _____		OUTRAS _____	
HORÁRIO/TEMPO-DIA/NOITE/MADRUGADA		HORÁRIO/TEMPO-DIA/NOITE/MADRUGADA	
_____		_____	
COMO SE SENTE AMAMENTANDO? (DIFICULDADES NO A.M.)		COMO SE SENTE AMAMENTANDO? (DIFICULDADES NO A.M.)	
_____		_____	
SONO		SONO	
_____		_____	
HÁBITO INTESTINAL		HÁBITO INTESTINAL	
DIURESE		DIURESE	
COMO ESTÁ A VACINAÇÃO DE SEU FILHO? (VACINAÇÃO)		COMO ESTÁ A VACINAÇÃO DE SEU FILHO? (VACINAÇÃO)	
NÃO INICIADA		NÃO INICIADA	
EM DIA _____		EM DIA _____	
ATRASADA _____		ATRASADA _____	
COMO O BEBÊ PASSOU DESDE A ÚLTIMA CONSULTA (INTERCORRÊNCIAS)		COMO O BEBÊ PASSOU DESDE A ÚLTIMA CONSULTA (INTERCORRÊNCIAS)	
1. _____		1. _____	
2. _____		2. _____	
3. _____		3. _____	
COMO ESTÁ O DESENVOLVIMENTO DE SEU BEBÊ? (DNPM)		COMO ESTÁ O DESENVOLVIMENTO DE SEU BEBÊ? (DNPM)	
_____		_____	
EFG		EFG	
_____		_____	
EFE		EFE	
_____		_____	
VERIFICAÇÃO DE AMAMENTAÇÃO		VERIFICAÇÃO DE AMAMENTAÇÃO	
_____		_____	
DIAGNÓSTICO		DIAGNÓSTICO	
_____		_____	
CONDUTA		CONDUTA	
_____		_____	
MÉTODO CANGURU: COMO ESTÁ USANDO E COM QUE FREQUÊNCIA?		MÉTODO CANGURU: COMO ESTÁ USANDO E COM QUE FREQUÊNCIA?	
_____		_____	
ENCAMINHAMENTO		ENCAMINHAMENTO	
EXAMES		EXAMES	
_____		_____	
RETORNO _____ / _____ / _____		RETORNO _____ / _____ / _____	
ATENDIDO POR _____		ATENDIDO POR _____	

ANEXO 5

**Atendimento fonoaudiológico
Ambulatório de Baixo Peso**

HOSPITAL GUILHERME ÁLVARO

AMBULATÓRIO DE BAIXO PESO

FONOAUDIOLOGIA E TERAPIA OCUPACIONAL

1º CONSULTA

DATA: ___/___/___

RN de: _____

Idade da Mãe: _____ **Nº de Filhos:** _____

DN: ___/___/___ **Peso:** _____ **CP:** _____ **PC:** _____

Apgar: 1'() 5"() **Idade gestacional:** _____ **Peso Alta:** _____

Tipo de Parto: () normal () cesárea () fórceps

() RNPT () RNT () RNPósT () PIG () AIG () GIG

Intercorrências Clínicas: _____

Período de Internação: _____

Endereço: _____

Cidade: _____ **Telefone:** _____ **Recado com:** _____

HOSPITAL GUILHERME ÁLVARO
SETOR DE FONOAUDIOLOGIA
AMBULATÓRIO DE BAIXO PESO

DATA				
IDADE BEBE				
PESO				
G. POND				
ASPECTO MOTOR				
PERCEPCAO VISUAL				
EST. REALIZADA PELA MAE				
ALIMENTA-CAO				
DIFICULDA DE				
INTERVALO ENTRE AS MAMADAS				
COMPLEME N-TO				
LINGUAGE M				
TESTE DE AUDICAO				
CONDUTAS FONOS:				
T.O.				

TRIAGEM AUDITIVA - AMBULATÓRIO DE BAIXO PESO

1º Mês	3º Mês	6º Mês	9º Mês	12º Mês
<p><u>Instrumentos:</u> Black-black Agogô</p> <p style="text-align: center;"><u>Respostas</u></p> <p>RCP () Startle () Parou de sugar () Acordou do sono () Outro tipo de resposta () Qual?</p> <hr/> <p>Não apresentou resposta ()</p> <p>Resultado: () positivo () negativo () duvidoso</p> <p>Obs.: _____</p> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>	<p><u>Instrumentos:</u> Sino Chocalho</p> <p style="text-align: center;"><u>Respostas</u></p> <p>Virada rudmentar da cabeça em direção ao som () Outro tipo de resposta () Qual?</p> <hr/> <p>Não apresentou resposta ()</p> <p>Resultado: () positivo () negativo () duvidoso</p> <p>Obs.: _____</p> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>	<p><u>Instrumentos:</u> Guizo grande Guizo pequ. Bastão verm.</p> <p style="text-align: center;"><u>Respostas</u></p> <p>Criança senta-se firmemente () S () N Fixa o olhar () S () Acompanha visualmente os movimentos do bastão () S () N Guizo maior () D () E () não respondeu Guizo menor () D () E () não respondeu Atende quando chamada pelo nome () S () N Sons da fala a, i, u, s, () responde a todos () não respondeu a todos Quais? _____ Obs.: _____</p> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>	<p><u>Instrumentos:</u> Tambor, reco-reco, batida de palma e prato. Voz humana.</p> <p style="text-align: center;"><u>Respostas</u></p> <p>Localização direta dos sons em plano lateral e local. Indireta abaixo do nível do ouvido () Localização direta lateral () Outro tipo de resposta () Qual? _____</p> <hr/> <p>Não apresentou resposta ()</p> <p>Resultado: () positivo () negativo () duvidoso</p> <p>Obs.: _____</p> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>	<p><u>Instrumentos:</u> Tambor, reco-reco, batida de palma, prato. Voz humana</p> <p style="text-align: center;"><u>Respostas</u></p> <p>Local. Direta lateral, abaixo do nível da orelha e indireta acima do nível da orelha () Localização indireta dos sons () Outro tipo de resposta () Qual?</p> <hr/> <p>Não apresentou resposta ()</p> <p>Resultado: () positivo () negativo () duvidoso</p> <p>Obs.: _____</p> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>

ANEXO 6

Resumo da alta

HOSPITAL GUILHERME ÁLVARO - RESUMO DE ALTA - PREMATUROS

01 - DADOS MATERNOS

0101 - NOME _____
 0102 - REGISTRO _____
 0103 - IDADE _____ 0104 - ESTADO CIVIL: SOLT. CASADA OUTROS
 0105 - PARIDADE: _____ GESTA _____ PARTOS _____ ABORTOS
 0106 - PRÉ-NATAL NÃO SIM INTERCORRÊNCIAS _____

02 - DADOS DO RECÉM-NASCIDO

0201 - DATA DE NASCIMENTO ____/____/____ 0202 - CAPURRO: _____
 0203 - NOME _____ 0204 - REGISTRO _____
 0205 - PARTO: NORMAL FÓRCIPES CESÁRIA - INDICAÇÃO: _____
 0206 - APGAR 1° 5° PESO _____ g P.C. _____ cm COMPRIMENTO _____ cm

03 - EVOLUÇÃO DO RECÉM-NASCIDO

0301 - PERMANÊNCIA NO BERÇÁRIO > 24 hs NÃO SIM - TEMPO _____ hs/dias
 MOTIVO _____
 0302 - TRANSFERIDO PARA A. C. NÃO SIM → EM QUE DIA DE VIDA ____ D.V.
 TEMPO DE PERMANÊNCIA NO A. C.: ____ DIAS
 0303 - FOI SUBMETIDO AO MÉTODO CANGURÚ NÃO SIM → QUAL DIA DE VIDA _____
 LOCAL: BERÇÁRIO ALOJAMENTO CONJUNTO AMBOS
 0304 - INTERCORRÊNCIAS
 HIPOTERMIA APNÉIAS ASPIRAÇÃO INFECÇÃO ICTERICIA
 OXIGENOTERIA _____ hs/dias OUTRAS → ESPECIFIQUE _____
 0305 - ALIMENTAÇÃO NA INTERNAÇÃO:
 L.M. → SUCÇÃO AO SEIO S.N.G. CONTA-GÓTAS OUTRAS
 L. ART. → SUCÇÃO S.N.G. CONTA-GÓTAS OUTRAS
 NUTRIÇÃO PARINTERAL NÃO SIM
 ALIMENTAÇÃO NA ALTA _____
 0306 - PESO NA ALTA _____ g COMPRIMENTO _____ cm P.C. _____ cm
 0307 - TEMPO DE PERMANÊNCIA NO HOSPITAL _____ dias
 0308 - ÓBITO ____ DIAS DE VIDA CAUSA PROVÁVEL _____

04 - OBSERVAÇÕES

0401 - OBSERVAÇÕES

ANEXO 7

Parecer do Comitê de Ética



MINISTÉRIO DA SAÚDE - Conselho Nacional de Saúde - Comissão Nacional de Ética em Pesquisa - CONEP
FOLHA DE ROSTO PARA PESQUISA ENVOLVENDO SERES HUMANOS
 (versão outubro/99) Para preencher o documento, use as indicações da página 2.

1. Projeto de Pesquisa: Amamentação em bebês baixo-peso ao nascer e prematuros, integrantes de programas úmbe - Causuro, em Santos			
2. Área do Conhecimento (Ver relação no verso) Saúde Coletiva; Medicina; Fonoaudiol.		3. Código: 4.06-4.05-4.07	4. Nível: (Só áreas do conhecimento +) E
5. Área(s) Temática(s) Especial (s) (Ver fluxograma no verso)		6. Código(s):	7. Fase: (Só área temática 3) <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> III <input type="checkbox"/> IV
8. Unitermos: (3 opções) Amamentação; recém-nascido baixo-peso e prematuro; Programa úmbe - Causuro			
SUJEITOS DA PESQUISA			
9. Número de sujeitos No Centro: Total:	10. Grupos Especiais: <18 anos () Portador de Deficiência Mental (-) Embrião /Feto () Relação de Dependência (Estudantes . Militares. Presidiários, etc) () Outros () Não se aplica ()		
PESQUISADOR RESPONSÁVEL			
11. Nome: MARIA TERESA CEM SANCHEZ			
12. Identidade: 07.267168-8	13. CPF: 302.049.988-59	19. Endereço (Rua, n.º): R. Osvaldo Cruz, 168 - Aptº 52	
14. Nacionalidade: Brasileira	15. Profissão: Fonoaudióloga	20. CEP: 04306-010	21. Cidade: S. Paulo
16. Maior Titulação: MESTRADO em Saúde Pública FONDOD. Hospitalar	17. Cargo: Secretaria de Estado de Saúde (AQUED. BARRIO) e USP/Frac. Saúde Pública	23. Fone: 9351-5606 (011)	22. U.F.: SP
18. Instituição a que pertence:		24. Fax: 1011-5571-5584	25. Email: mtesanch@uol.com.br
<p>Termo de Compromisso: Declaro que conheço e cumprirei os requisitos da Res. CNS 196/96 e suas complementares. Comprometo-me a utilizar os materiais e dados coletados exclusivamente para os fins previstos no protocolo e a publicar os resultados sejam eles favoráveis ou não. Aceito as responsabilidades pela condução científica do projeto acima.</p> <p>Data: 24/03/03</p> <p style="text-align: right;"><i>Maria Teresa Sanchez</i> Assinatura</p>			
INSTITUIÇÃO ONDE SERÁ REALIZADO			
26. Nome: HOSPITAL GUILHERME ALVARO		29. Endereço (Rua, n.º): R. Osvaldo Cruz, nº 197	
27. Unidade/Orgão: AMBULATÓRIO de Baixo PEsO		30. CEP: 13045-101	31. Cidade: SÃO JOÃO DO RIO PRETO
28. Participação Estrangeira: Sim () Não (X)		33. Fone: 3402-1359	34. Fax: 3234-3672 (013)
35. Projeto Multicêntrico: Sim (X) Não () Nacional () Internacional () (Anexar a lista de todos os Centros Participantes no Brasil)			
<p>Termo de Compromisso (do responsável pela instituição): Declaro que conheço e cumprirei os requisitos da Res. CNS 196/96 e suas Complementares e como esta instituição tem condições para o desenvolvimento deste projeto, autorizo sua execução</p> <p>Nome: Luiz Antonio da Silva Cargo: Diretor Clínico</p> <p>Data: 04/03/2003</p> <p style="text-align: right;"><i>Luiz Antonio da Silva</i> Assinatura</p>			
PATROCINADOR			
36. Nome:		39. Endereço:	
37. Responsável:		40. CEP:	41. Cidade:
38. Cargo/Função:		43. Fone:	44. Fax:
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA - CEP			
45. Data de Entrada: 23/04/2003	46. Registro no CEP: 083	47. Conclusão: Aprovado (X) Data: 19/05/2003	48. Não Aprovado () Data: _____
49. Relatório(s) do Pesquisador responsável previsto(s) para: Data: 19/11/2003 Data: 19/05/2004			
50. Os dados acima para registro (A) 51. O projeto para apreciação ()		53. Coordenador/Nome Dr. Joaquim Gonçalves Neto	
52. Data: 7/7/2003		Dr. Joaquim Gonçalves Neto Direção Assinatura do Conselho	
COMISSÃO NACIONAL DE ÉTICA EM PESQUISA - CONEP			
54. Nº Expediente:	56. Data Recebimento:	57. Registro na CONEP:	
55. Processo:			

11. IMAGENS

Cuidados Médio Risco - 2ª etapa (iniciando o Método Mãe-Canguru 24h)

Hospital Guilherme Álvaro



Alojamento Conjunto – 2ª etapa (Método Mãe-Canguru 24h)
Hospital Guilherme Álvaro



Fase Ambulatorial - 3ª etapa do Método Mãe-Canguru
Hospital Guilherme Álvaro

