

Incidência da utilização de leite materno ordenhado em uma Unidade de Terapia Intensiva neonatal e caracterização dos recém-nascidos

The incidence of maternal breastfeeding in a neonatal Intensive Care Unit and the newborns' characteristics

Lara P. Sucena¹; Maria de Fatima F.M. Furlan²

¹Enfermeira Aprimorada em Enfermagem em Pediatria*; ²Docente do Departamento de Enfermagem Especializada do Curso de Graduação em Enfermagem*

*Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto – FAMERP

Resumo Muitas mães, quando engravidam, idealizam a chegada de um bebê saudável. Porém, alguns bebês podem nascer antes do esperado, sendo necessária sua internação em UTI Neonatal, provocando um comprometimento do vínculo afetivo. Uma das maneiras de manter esse vínculo é oferecer o seu leite ordenhado ao bebê, mesmo que por sonda orogástrica ou nasogástrica. Além de manter o binômio integrado, o leite materno proporcionará inúmeras vantagens para o bebê prematuro, pois representa o melhor e o mais adequado alimento capaz de satisfazer suas necessidades nutricionais. Buscou-se, neste estudo, quantificar e caracterizar os recém-nascidos pré-termo que receberam leite materno ordenhado por sonda orogástrica ou nasogástrica na UTI neonatal de um hospital de grande porte do interior paulista, em um período de 60 dias, por meio de observação sistematizada e da análise das anotações nos seus prontuários. Foram incluídos no estudo 29 recém-nascidos, sendo a maioria do sexo masculino, nascidos de parto cesárea, com idade gestacional média de 31 semanas e 6 dias, média de peso ao nascimento de 1639 gramas e tempo de internação médio de 12,3 dias. A maior parte dos bebês, 48,3%, recebeu aleitamento misto em parte dos dias de internação e aleitamento artificial nos dias restantes, sendo a média de porcentagem de utilização de aleitamento misto maior. Já 20,7% dos bebês receberam apenas aleitamento artificial em todos os dias de internação, também 20,7% permaneceram apenas em dieta zero e apenas 10,3% dos bebês receberam aleitamento misto em todos os dias de internação, sendo que 1 desses bebês recebeu leite materno exclusivo em dois dias de internação. Conclui-se que na UTI Neonatal o índice de utilização de leite materno ordenhado poderia ser maior, tornando-se necessária a realização de outros estudos que possam comprovar os motivos dos resultados encontrados para então serem propostas ações que estimulem essa prática.

Palavras-chave Leite Humano; Aleitamento Materno; Alimentação Artificial; Prematuro; Unidades de Terapia Intensiva Neonatal.

Abstract The ideal thing of all pregnant women is to have a healthy baby. However, some of them must go to the NICU if they are born earlier than expected. In the NICU, the babies are kept away from their mothers and cannot be directly breastfed when they are hungry. However, the baby can still obtain maternal breast milk by means of a breast pump by orogastric or nasogastric tube. In addition to keeping the baby in the protective area of the NICU, the nursing milk obtained will also give a lot of advantage to the premature infant since it represents the best and most adequate food as it has the necessary feeding nutrients. This study aims to quantify the newborns who are fed by nursing milk provided by breast pumps in the NICU of a large hospital in the interior of São Paulo state. This study comprises 60 days of systematized observation and analyses of the registries on the babies medical charts. A total of 29 newborns were included in the study: the majority were males; delivered via cesarean section, gestational period around 31 weeks and 6 days, 1639-gram weight and 12.3-day staying in the intensive care. Most of the babies, 48.3%, had been fed by mixed breastfeeding during part of hospitalization, and artificial breastfeeding on the remaining days. While 20.7% of the newborns had only artificial breastfeeding during all hospital staying, and 20.7% had a “zero diet”, only 10.3% of them had mixed

breastfeeding during their whole staying and one of them was fed exclusively by maternal breastmilk into two days in hospital. In conclusion, the use of breastmilk by means of breast pumps could be higher in the NICU. Therefore, further studies are necessary to provide more information on the reasons why these results were found, and then to propose actions to stimulate this practice.

Keywords: Human Milk; Breast Feeding; Bottle Feeding; Premature Infant; Neonatal Intensive Care Units.

Introdução

A mulher, desde criança, já sustenta o desejo de ser mãe. Isso é facilmente identificado em suas brincadeiras com bonecas, em que o instinto materno já parece estar despertado. Esse desejo se torna ainda mais aguçado quando, já adulta, a mulher engravida. Tamaña decepção ocorre, quando, por algum motivo, o parto se antecipa e o bebê nasce prematuro ou com algum problema, necessitando de cuidados intensivos. O sonho da mãe torna-se, então, um grande pesadelo, cercado por medo e incertezas. É como se o bebê criado em sua mente morresse, para dar lugar a um bebê extremamente frágil que, para muitas mães, não possuem chance de sobreviver.

O luto pelo recém-nascido (RN, doravante) que a família julgava ideal e a necessidade de aceitação do bebê real torna-se um processo complicado, que depende da história individual dessa mãe, do seu relacionamento com seus pais e de suas condições psicológicas.¹

Esse nascimento pode também desencadear uma crise na família, sendo necessário que essa família tenha algum amparo durante a permanência do bebê na unidade de terapia intensiva neonatal.²

O neonato prematuro, denominado de alto risco, é aquele que nasce antes de completar 37 semanas de gestação, sendo maiores os índices de mortalidade e morbidade nesses recém-nascidos.²

A imaturidade, presente de forma generalizada, pode desencadear disfunção em qualquer órgão ou sistema corporal. Dessa forma, o RN prematuro corre o risco de desenvolver grandes problemas, dentre os quais podem ser destacados: síndrome do desconforto respiratório, apnéia, displasia broncopulmonar, persistência do canal arterial, termorregulação ineficaz, hipoglicemia, hemorragia intraventricular, disfunção gastrointestinal, retinopatia, hiperbilirrubinemia e infecção. Além disso, seu desenvolvimento pode ser prejudicado em consequência dos efeitos do tratamento intensivo e, decorrente de todo esse processo, a ligação entre mãe e bebê pode ficar enfraquecida.²

Se a mãe de um bebê a termo, normal, já possui dúvidas e medos em relação ao seu filho, é possível imaginar como as mães de prematuros reagem quando se deparam com essa situação inesperada e nova em suas vidas. Só o fato de não poderem ir para a casa com seus filhos, de poder amamentá-los pode tornar-se motivo de grande frustração e tristeza.

Nesse ponto é que se destaca um fato importante do aleitamento materno em recém-nascidos prematuros internados em unidades de terapia intensiva neonatais. Mesmo que estes não tenham capacidade fisiológica para sugar o seio materno, já que a coordenação entre a sucção e deglutição, bem como a abertura e o fechamento da epiglote surgem por volta da 32^a a 34^a semana

de gestação e, muitas vezes, esses recém-nascidos nascem muito antes disso, o leite materno poderá ser ordenhado pela mãe, para que seja oferecido por meio de sonda nasogástrica ou orogástrica para o bebê.^{3,4}

O fato de a mãe ordenhar seu leite e oferecê-lo ao seu filho, mesmo que por meio da sonda, permite a criação de vínculo entre mãe e filho, sendo um momento importante de troca de afeto entre ambos. Para a mãe, fornecer seu leite acaba tornando-se a única forma de contribuição no tratamento de seu bebê e, além disso, a mãe sente-se extremamente importante. Os vínculos psicológicos e afetivos entre mãe e filho passam a ser estimulados.⁵

Ordenhar o leite pode ser a única função que a mãe de um recém-nascido pré-termo é capaz de desempenhar, pois, ao oferecê-lo para o bebê por sonda orogástrica ou nasogástrica, a puérpera sente-se realmente mãe, exercendo esse papel.³

Também se deve considerar que, para as mulheres que dão à luz um recém nascido pré-termo e que necessitam estabelecer com o filho uma ligação de carinho, de amor, o aleitamento materno pode ser uma forma prática e favorável de lidar com esse nascimento precoce.⁶

Outro ponto que merece destaque é que além do aleitamento materno ser uma importante fonte de vínculo, outras propriedades benéficas desse leite não devem ser esquecidas, pois, da mesma forma que proporciona inúmeras vantagens para o recém-nascido a termo, também as proporciona ao prematuro.

Nenhum outro alimento é tão específico para a alimentação do recém-nascido mamífero do que o leite da sua própria espécie, sendo considerado como o único alimento capaz de atender adequadamente todas as necessidades fisiológicas do metabolismo dos recém-nascidos.^{7,8} Muitos estudos mostram que bebês amamentados exclusivamente ao seio materno apresentam menor incidência de doenças infecciosas, gastrointestinais, respiratórias e urinárias, reduzindo a mortalidade infantil.⁷

O leite materno também contribui na superioridade da capacidade de aprendizado, quando se compara a crianças não amamentadas exclusivamente ao seio.⁷ Independentemente da classe social, o bebê amamentado com leite apresenta um crescimento excelente.⁹ As propriedades nutricionais, físicas, fisiológicas, microbiológicas e imunológicas do leite humano são extremamente importantes, principalmente para os recém-nascidos prematuros cuidados em unidades de terapia intensiva neonatais (UTI neonatal), pois possuem, comprovadamente, maiores chances de comprometimento em seu processo de crescimento e desenvolvimento após receberem alta hospitalar.¹⁰ Para o recém-nascido prematuro, o leite materno é o alimento ideal por oferecer todo o suporte nutricional de que ele necessita

para crescer e se desenvolver adequadamente. Além disso, apresenta vantagens adicionais de mecanismos de proteção contra infecções, por oferecer IgA secretoras que o recém-nascido não produz, sendo maiores do que em fórmulas comerciais, diminuindo o risco de alergia e promovendo defesas locais no trato gastrointestinal contra invasão de bactérias e vírus e por estimular a proliferação de lactobacilos, que são microorganismos protetores da mucosa digestiva.^{3,5}

A proteína do leite humano oferece praticamente todos os aminoácidos necessários e em quantidades adequadas para o recém-nascido, sendo esse fato ainda mais valorizado quando se trata de recém-nascidos prematuros, que apresentam deficiência bioquímica e funcional.⁷

O leite materno produzido por essas mães de prematuros apresenta uma composição diferente em termos de aporte protéico-energético e de constituintes imunológicos, pois se adequa às necessidades únicas fisiológicas desses bebês. Também se destaca o risco diminuído da presença de contaminantes e a quantidade maior de fatores imunológicos. É válido lembrar que esses bebês, por nascerem prematuros, acabam não recebendo as imunoglobulinas pela placenta, já que isso ocorre por volta da 34ª semana de gestação. Dessa forma, esses bebês ficam expostos ao ambiente totalmente patogênico da unidade de terapia intensiva neonatal, sendo necessário receber o leite da própria mãe ou leite humano de banco de leite, desde que seja compatível com sua idade gestacional, já que, como visto, o leite materno é extremamente rico em constituintes imunológicos.¹¹

Além disso, quando a mãe acompanha no hospital seu recém-nascido pré-termo durante a sua internação, anticorpos maternos contra microorganismos nasocomiais da unidade de terapia intensiva neonatal são produzidos, sendo fundamental para a prevenção de infecção do recém-nascido enquanto permanecer internado no hospital.⁶

Porém, mesmo trazendo inúmeros benefícios, muitas mães, provavelmente por falta de orientação, acabam não ordenhando seu leite e isso, conseqüentemente, acarreta a diminuição de sua produção. Dessa forma, além dos prematuros não receberem o leite materno durante a internação, acabam não sendo amamentados quando saem da UTI neonatal e até mesmo do hospital, pois a mãe, a essa altura, já não mantém mais a produção do leite.

Essas mães devem ser encorajadas e orientadas a iniciar a ordenha precocemente, para que a lactação seja estimulada. O atraso desse início e a inibição da ejeção do leite conseqüentemente se devem à preocupação e à ansiedade da mãe com seu filho, podendo determinar a insuficiência láctea.⁶ Torna-se importante que a ordenha das mamas seja iniciada, se possível, imediatamente após o parto, pois essa estimulação precoce das mamas, principalmente antes das 48 horas, parece ser fundamental para a manutenção da produção do leite nas próximas semanas.¹²

Também por isso é tão necessário que mães de bebês pré-termos freqüentemente serviços de apoio ao aleitamento materno, para que continuem a ter uma produção láctea satisfatória.⁶

Os recém-nascidos prematuros e/ou doentes, além de tratamento

e cuidados especiais, certamente também necessitam de atenção no sentido de incentivar e apoiar a prática do aleitamento materno, com o objetivo de lhes proporcionar uma melhor qualidade de assistência e de vida após o nascimento.¹³

Porém, percebe-se, por meio da literatura e da prática profissional, que o desmame entre os recém-nascidos prematuros ocorre precocemente, principalmente em conseqüência da condição clínica do recém-nascido, que impossibilita o início precoce da sucção direta ao seio materno, em razão do período grande de internação, do estresse materno e da falta de rotinas sistematizadas que incentivem o aleitamento materno.¹¹

Indubitavelmente são encontradas inúmeras dificuldades para que o leite materno seja oferecido a esses bebês. Muitas vezes, esse leite não é oferecido não por falta de vontade da mãe e da equipe de enfermagem e, muito menos, por falta de orientação para as mães, mas, como já citado, por condições clínicas do bebê ou mesmo condições maternas que impossibilitam a ordenha do leite.

O estado emocional da mãe de fato atrapalha a produção de leite, pois interfere na ação da prolactina e da ocitocina.¹⁴ Normalmente, a mãe que ordenha seu leite para oferecer a seu bebê apresenta-se feliz, realizada em poder auxiliar no tratamento do seu filho, o que contribui para a produção de leite, mantendo níveis elevados de ocitocina.

Por essas razões, sabendo-se da importância fisiológica do aleitamento materno para o bebê que nasce prematuro e para a construção do vínculo afetivo entre o binômio mãe-recém-nascido, interessa-nos saber a freqüência com que o leite materno ordenhado é oferecido a prematuros internados na unidade de terapia intensiva neonatal de um hospital escola do interior paulista, para que, a partir dos resultados encontrados, possam ser feitos estudos para intervenção que estimulem essa prática.

Objetivos

- Caracterizar os recém-nascidos internados ou admitidos na unidade de terapia intensiva neonatal no período de 2 de julho de 2007 a 26 de agosto de 2007, identificando o tipo de dieta oferecida aos mesmos;

- Quantificar os recém-nascidos prematuros que receberam leite materno ordenhado por sonda orogástrica ou nasogástrica, internados nessa unidade de terapia intensiva neonatal, sendo possível verificar a incidência da utilização do leite materno ordenhado.

Materiais e Métodos

Levando-se em conta que o trabalho descritivo registra e correlaciona acontecimentos sem manipulá-los, procurando saber com que freqüência ocorrem, e que na pesquisa documental são investigados documentos, com o intuito de ser possível descrever fatos¹⁵, neste estudo, cujo objetivo é de obter-se dados concretos para posterior análise, optou-se pelo método quantitativo, de caráter descritivo documental, já que os dados de caracterização serão obtidos por meio da busca e da análise de anotações nos prontuários, tais como sexo, peso

ao nascimento, idade gestacional, tipo de parto, data de internação.

Também foi utilizada a observação sistematizada do tipo de dieta oferecida a esses recém-nascidos, ou seja, se foi o leite materno ordenhado da própria mãe, dieta mista ou dieta artificial. A observação sistematizada constituiu-se, então, em um método, pois é um importante instrumento que torna viável a coleta de dados.¹⁵

A pesquisa descritiva permitiu analisar as características dos recém-nascidos internados na unidade de terapia intensiva neonatal, sendo possível caracterizar esses bebês em relação à idade gestacional baseado em Capurro, peso ao nascimento, motivo do parto precoce, dentre outras questões que foram abordadas.

O local utilizado para coleta de dados deste estudo foi a Unidade de Terapia Intensiva Neonatal de um hospital escola do interior paulista, que serve como referência para toda região, recebendo inclusive bebês transferidos de outros hospitais.

A população deste estudo incluiu recém-nascidos com idade gestacional menor que 37 semanas, internados na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal do hospital em questão, a partir do dia 2 de julho até o dia 31 de agosto de 2007, período em que foi feita a coleta de dados, perfazendo um total de 60 dias.

Foi verificado o tipo de alimentação láctea utilizada por esses recém-nascidos no período de internação, diariamente, ou seja, até o dia de sua alta da unidade. Porém, nem todos foram acompanhados durante todo o período de internação, já que a data limite de coleta de dados foi dia 31/08/2007.

Foi estabelecido serem considerados para a amostra recém-nascidos internados até uma semana antes desse prazo, ou seja, aqueles recém-nascidos admitidos a partir de 26/08/2007 não foram incluídos, dando-se seqüência ao acompanhamento apenas daqueles que estavam internados anteriormente a essa data.

Foram excluídos do estudo os bebês cujas mães apresentaram algum problema de saúde que impedia o aleitamento materno e aqueles que foram internados pela segunda vez na UTI Neonatal, ou após mais de uma semana do nascimento.

Os dados referentes ao tipo de alimentação láctea recebida foram coletados por meio da observação sistematizada desses recém-nascidos, já que a pesquisadora em questão esteve trabalhando como aprimoranda nesse setor durante os dois meses de coleta de dados. Quando a pesquisadora não estava presente, esses dados foram levantados nas prescrições médicas e anotações de enfermagem ou mesmo a partir do relato da equipe de enfermagem que presta cuidados a esses recém-nascidos.

Os dados de caracterização desses recém-nascidos foram levantados nos seus prontuários.

O instrumento utilizado foi um formulário, preenchido manualmente, que teve itens do prontuário e *check list*, para facilitar e sistematizar a coleta de dados. As variáveis quantitativas foram analisadas por meio da estimação de percentuais e os dados obtidos foram agrupados em gráficos, facilitando sua análise estatística.

Este projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa e,

após parecer favorável, foi iniciada a coleta de dados.

Resultados

Durante o período proposto para a coleta de dados, foram internados 45 recém-nascidos; porém, destes, 16 foram excluídos do estudo pelos seguintes motivos: não foi possível entregar o termo de consentimento livre e esclarecido a 5 pais e mães desses recém-nascidos; 6 desses bebês estavam sendo internados pela segunda vez ou já tinham mais de uma semana de vida, não sendo considerados para a amostra; 3 recém-nascidos foram excluídos da amostra porque suas mães estavam internadas em UTI em grave estado geral, não sendo possível realizar a ordenha do leite, e 2 dos recém-nascidos possuíam mais que 37 semanas de idade gestacional. Dessa forma, a amostra deste trabalho incluiu 29 recém-nascidos.

A média de peso ao nascimento desses recém-nascidos foi de 1639 gramas e a média de idade gestacional de 31 semanas e 6 dias.

Destes recém-nascidos, 41,4% eram do sexo feminino e 55,2% do sexo masculino, sendo que 3,4% desses bebês não tinham sexo definido, já que nasceram com má-formação congênita.

A maior parte das mães, 19 (65,5%), teve parto cesárea, sendo que apenas 10 (34,5%) tiveram parto normal.

No que diz respeito ao motivo do parto prematuro, em 7 mães (24,1%) este ocorreu em virtude de doença hipertensiva específica da gravidez (DHEG); também em 7 (24,1%) ocorreu por amniorrexe prematura; em 5 (17,2%), por trabalho de parto prematuro (TPP); em 2 (6,9%) por sofrimento fetal agudo (SFA); também 2 (6,9%) por centralização fetal; 1 mãe (3,4%) teve o parto antecipado por má formação fetal e, finalmente, em 5 prontuários (17,2%) essa informação não estava identificada.

No que concerne aos problemas que essas mães apresentaram no período gestacional, na maioria dos prontuários, ou seja, em 15 (51,7%) essa informação não estava identificada; infecção do trato urinário (ITU) foi um problema ocorrido em 6 mães (20,7%); hipertensão arterial sistólica (HAS) em 5 mães (17,2%); 1 mãe (3,4%) apresentou diabetes gestacional; 1 (3,4%) oligodrâmnio e 1 (3,4%) enterorragia.

Os recém-nascidos ficaram internados na unidade de terapia intensiva neonatal em média 12,3 dias. De todos os recém nascidos incluídos no estudo, ao final da coleta de dados, no dia 31 de agosto, 6 morreram (20,7%), 19 (65,5%) já tinham tido alta hospitalar para a unidade semi-intensiva ou enfermaria e 4 (13,8%) permaneceram internados na UTI neonatal.

A maior parte desses recém-nascidos recebeu a dieta por sonda orogástrica (SOG), ou seja, dos 22 (75,9%), apenas 1 bebê (3,4%) apresentou condições fisiológicas de receber a dieta por via oral, por meio da sucção no seio materno e dieta recebida na seringa e 6 recém-nascidos (20,7%) permaneceram em dieta zero durante todo o período de internação.

Para todo RN que foi internado foi aberto um formulário para a coleta de dados. Dessa forma, durante todo o período de internação de cada RN, todos os dias esse formulário era preenchido, sendo assinalado o tipo de dieta que esse RN estava recebendo. As opções eram as seguintes: leite materno ordenhado da própria mãe (dieta natural); leite materno

ordenhado + outro tipo de dieta (dieta mista); outro tipo de dieta (dieta artificial) ou dieta zero.

É válido lembrar que as dietas são oferecidas a esses RNs a cada três horas; isso então significa que cada RN recebe 8 dietas por dia. Assim sendo, quando o RN recebia apenas leite materno ordenhado em todos os horários de dieta, essa opção era marcada; quando recebia leite materno ordenhado em apenas um horário, ou até mesmo em sete horários e, nos horários que restassem, recebessem pré-nan, que é a dieta oferecida a esses RNs quando não recebem leite materno, a segunda opção era marcada, e quando esses RNs recebiam apenas pré-nan em todos os horários, a terceira opção era marcada. Se o RN estivesse em dieta zero, a quarta opção era marcada. Os RNs ficaram, em média, 4,6 dias em dieta zero.

Do total de recém-nascidos selecionados, 29, 100% não recebeu leite materno exclusivo durante todo o período de internação. A maioria, 14 RNs (48,3%), recebeu o leite materno ordenhado + pré-nan em alguns dias de internação (lembrando que isso significa que, em pelo menos um horário do dia, o leite materno ordenhado era oferecido) e nos restantes dos dias de internação os bebês receberam apenas pré-nan (em todos os horários). Nesse caso, foi feita a porcentagem de utilização do leite materno + pré-nan e a porcentagem da utilização de apenas pré-nan. Em seguida, foi feita a média dessas porcentagens. Foi verificado que a média de porcentagem da utilização do leite materno ordenhado + pré-nan foi de 37,1%, ao passo que a média de porcentagem de utilização apenas do pré-nan foi de 33,4%. Isso significa que, em média, a utilização do leite materno ordenhado + pré-nan foi utilizado na maioria dos dias de internação desses RNs, quando se compara à quantidade de dias de utilização de apenas pré-nan.

Apenas 3 RNs (10,3%) receberam em todos os dias de internação o leite materno ordenhado em pelo menos um horário, acompanhado do pré-nan. E, destes, 1 RN foi o único dos 29 que recebeu leite materno ordenhado exclusivo, porém, por apenas 2 dias de internação. Nos outros dias de internação, recebeu, além do leite materno ordenhado, o pré-nan.

Vale ressaltar que 6 RNs (20,7%) receberam apenas pré-nan em todos os dias de internação e em todos os horários de dieta, e, como já mencionado, também 6 RNs (20,7%) permaneceram em dieta zero em todos os dias de internação. Os resultados da utilização do leite materno ordenhado estão ilustrados na figura abaixo:

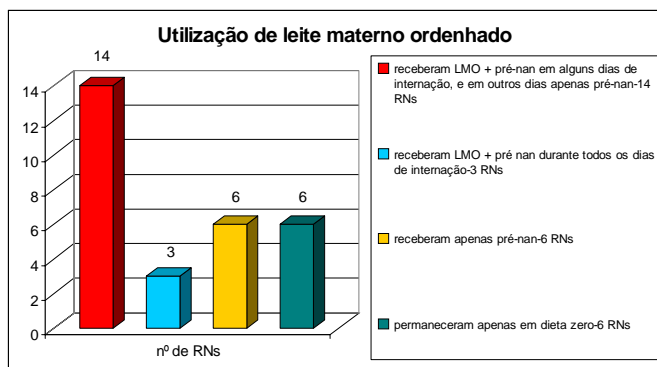


Figura 1: Utilização de leite materno ordenhado.

Discussão

A maior parte dos RNs da UTI Neonatal são prematuros, muitos são extremos, com baixo peso ao nascimento, o que exige um maior preparo por parte do hospital e de toda a equipe da UTI Neonatal para recebê-los e oferecer cuidados que permitam um atendimento com maior qualidade, possibilitando, posteriormente, a alta hospitalar com menores índices de seqüelas.

Um estudo feito na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal do Hospital Universitário de Maringá, cujo objetivo foi desvendar o comportamento da família de prematuros internados nessa UTI, revelou que a idade gestacional desses recém-nascidos, sendo 8 incluídos no estudo, variou de 26 a 33 semanas, o peso ao nascer foi de 645 a 1445 gramas, o tempo de permanência foi de 15 a 120 dias e a maioria (6 RNs) era do sexo masculino. Neste estudo, a idade gestacional variou de 27 a 36 semanas, o peso ao nascimento de 690 a 3115 gramas e, semelhantemente, a maior parte dos RNs são do sexo masculino. Já o tempo de permanência na UTI neonatal variou de 1 a 34 dias. Pode-se perceber que há semelhança entre esses resultados, havendo uma discrepância apenas em relação aos dias de internação, que, no presente estudo, foi menor.¹⁶

Outro estudo, realizado em uma UTI Neonatal em um hospital universitário de Cuiabá – Mato Grosso, cuja amostra foi de 335 crianças, revelou que a idade gestacional média foi de 36 semanas, o peso ao nascimento de 1980 gramas, 56,4% era do sexo masculino, constituindo-se na maioria e a média de internação foi de 16 dias. Esses dados também estão próximos ao deste trabalho, inclusive o tempo de internação, que neste estudo foi de 12,3 dias.¹⁰

Em outro estudo, realizado na UTI Neonatal do Hospital das Clínicas de Porto Alegre, participaram da amostra 15 RNs, número mais aproximado ao deste estudo, cuja amostra foi de 29 bebês. Nesse referido estudo, os resultados apresentaram-se semelhantes: a média de idade gestacional foi de 35 semanas e 4 dias, a média do peso ao nascimento foi de 1996 gramas e a maior parte dos RNs era do sexo masculino (67%).¹⁷

Já em relação ao tipo de parto, neste estudo, a maioria dos bebês nasceu de parto cesárea, correspondendo a 65,5% dos nascimentos. Percebemos que mesmo sendo o parto normal o mais seguro e apropriado para o bebê e também para a mãe, nossa cultura ainda não mudou seus hábitos com relação a essa prática, sendo nítida a diferença e a desproporção entre partos normais e cesarianas. Esse dado também é semelhante ao de um estudo realizado na UTI Neonatal do Hospital de Clínicas de Porto Alegre, em que dos 48 bebês que fizeram parte da amostra, 66,7% nasceram de parto cesárea.¹⁸

Em outro estudo realizado em uma maternidade de Minas Gerais, o parto cesárea também foi maioria entre os nascimentos, representando 52,9% do total, sendo a amostra constituída por 495 recém-nascidos.¹³

Em relação ao motivo do parto prematuro, nesta pesquisa foi possível perceber que a maior parte dos partos ocorreu por doença hipertensiva específica da gravidez e amniorrexe prematura, seguida por trabalho de parto prematuro, sofrimento fetal agudo e centralização fetal. Esses dados podem refletir

uma falha na realização do pré-natal durante a gestação. Isso significa que essas mães podem não ter realizado o pré-natal, ou até mesmo não tê-lo realizado completo. Porém, essa é apenas uma suposição, visto que esse dado não foi pesquisado neste estudo. Sabemos apenas que um pré-natal realizado da maneira correta, com todas as consultas, apresenta maior chance do nascimento de bebês saudáveis e de gravidezes sem intercorrências. Identificou-se que essa informação não estava contida em 17,2% dos prontuários, constituindo uma falha, já que se trata de uma informação que pode justificar alguns problemas que esses recém-nascidos podem apresentar.

Em um estudo realizado no Hospital Universitário de Maringá, dos 8 bebês, 3 nasceram por amniorrexe prematura, 2 por DHEG, 2 por TPP e 1 por gemelaridade, sendo esses dados percentualmente semelhantes aos do presente estudo.⁽¹⁶⁾

A realização de um pré-natal inadequado está também estritamente relacionada aos problemas ocorridos durante a gestação, que, dependendo da gravidade e da resolutividade, podem causar a ocorrência de um parto prematuro. Neste trabalho, na maioria dos prontuários (51,7%), essa informação não estava contida. Isso pode significar que essas gestantes não tiveram nenhum tipo de intercorrência durante a gravidez, mas também pode identificar ausência de pré-natal e até mesmo omissão da informação, talvez por esta não ser julgada importante. Infecção do trato urinário foi um problema bastante encontrado, o que é coerente com a literatura, já que no primeiro e no último trimestre a gestante possui grande chance de desenvolver essa infecção. Se essa informação estava contida no prontuário dessas mães, certamente significa que foram tratadas e, se foram tratadas, passaram por consulta médica, o que é bastante satisfatório. Porém, pode significar também a prevalência do aspecto curativo – a mulher procurou um médico por ter apresentado o problema.

Foi visto também que a maior parte dos recém-nascidos deste estudo recebeu dieta por sonda orogástrica, sendo esse dado também coerente com outros estudos, como o realizado na Maternidade Odete Valadares, em Minas Gerais, em que de 495 recém-nascidos, 76,8% receberam a dieta também por sonda.¹⁹ Já no estudo realizado na UTI Neonatal do Hospital das Clínicas de Porto Alegre, dos 15 recém-nascidos que participaram da amostra, 60%, ou seja, 9 bebês também fizeram uso da sonda como forma de alimentação.⁽¹⁷⁾

Esse resultado já era esperado, pois esses recém-nascidos internados são prematuros, muitos deles extremos. Isso significa ausência de coordenação entre a sucção e a deglutição e, muitas vezes, torna-se válido lembrar que não possuem condições fisiológicas para receberem a dieta por via oral, ou por meio do seio materno, já que isso pode representar um grande gasto de energia para esses bebês.

No que diz respeito ao tipo de dieta recebida por esses recém-nascidos, já que esse é o objetivo deste estudo, foi possível perceber que o leite materno ordenhado exclusivo praticamente não é recebido por esses bebês; como foi demonstrado, apenas um bebê recebeu leite materno ordenhado exclusivo em todos os horários de dieta, porém, por apenas 2 dias. A maior parte dos bebês, 14 (48,3%), recebeu a dieta mista em alguns dias de

internação, sendo que nos demais dias utilizaram apenas dieta artificial. Apesar da média de porcentagem da utilização de dieta mista ter sido maior do que a porcentagem de utilização de dieta artificial, deve-se lembrar que ter recebido dieta mista pode significar ter recebido leite materno ordenhado apenas uma vez por dia, o que é muito pouco quando se compara aos benefícios que a utilização do leite materno ordenhado traz para o recém-nascido.

Já que o leite materno ordenhado exclusivo não foi utilizado em todos os horários de dieta e durante todo o período de internação por nenhum RN, a melhor opção seria a maioria dos bebês ter recebido dieta mista durante todo o período de internação, e não em parte dos dias de internação, como ocorreu com a maioria. Porém, isso ocorreu com a minoria dos bebês, já que apenas 3 (10,3%) receberam a dieta mista em todos os dias de internação, ou seja, em pelo menos um horário, dos 8 horários de dieta o leite materno ordenhado era recebido.

Por que isso não ocorreu com todos?

Contraditoriamente, o dobro desses bebês, 6 (20,7%), em todos os seus dias de internação, receberam apenas a dieta artificial. Conforme o objetivo deste trabalho, foi quantificado o número de recém-nascidos que receberam leite materno ordenhado no período de coleta de dados e visto que esse número poderia ser maior, torna-se necessário investigar as causas desta baixa utilização.

Será que o ambiente da unidade de terapia intensiva neonatal é um ambiente propício para a ordenha mamária? Será que os bebês que não recebem leite materno ordenhado são vítimas de problemas clínicos ou de problemas maternos? Será que existe a orientação e aconselhamento para essas mães? Seria necessária a existência de um banco de leite neste hospital, já que este possui atendimento quaternário e serve de referência para toda região e até mesmo para o país?

Essas serão algumas perguntas que poderão nortear a realização de outros trabalhos futuros com essa mesma temática, assim como ações de promoção a essa prática, comprovadamente tão necessária, mas persistentemente complexa e difícil de ser efetivada.

Na literatura, não são encontrados muitos trabalhos que discorram sobre o índice de utilização de leite materno ordenhado durante todo o período de internação dos recém-nascidos, porém, um estudo realizado em um Hospital Universitário de Cuiabá mostra que do total de 335 bebês, a maior parte, ou seja, 64,8% dos bebês, contraditoriamente com os dados deste estudo, recebeu leite materno como primeira alimentação láctea, seguido pelo leite artificial, constituindo 31,6% dos bebês. Porém, na alta hospitalar desses bebês, predominou o aleitamento misto, com 50,4%, seguido pelo aleitamento materno exclusivo, (38,8%) e aleitamento artificial, com 10,4%.¹⁰

Deve-se destacar que vários fatores podem contribuir para esse baixo índice de utilização de leite materno ordenhado e faz-se algumas suposições a partir de observações empíricas, sem, no entanto, ter a pretensão de serem conclusivas.

Por mais que pareça um processo simples, principalmente para as mães que estão tendo essa experiência pela primeira vez, a ordenha do leite exige orientação quanto à técnica e aos

cuidados especiais. Além disso, é importante ressaltar que muitas mães são de outras cidades e fazem a ordenha do leite em casa, para depois levá-lo até a UTI neonatal. Nesse caso, essas mães necessitam de uma orientação ainda mais detalhada. A enfermeira, já que possui capacidade e conhecimento científico para isso, deve orientar essa mãe não só no que diz respeito ao modo de realizar a ordenha, como também na maneira de armazená-lo e transportá-lo até o hospital. Depois de orientar, é preciso saber se essas mães possuem dúvidas, para que estas possam ser sanadas por meio do aconselhamento ao aleitamento.

Um estudo desenvolvido na UTI Neonatal do Hospital Universitário Júlio Muller, em Cuiabá, procurou levantar as dificuldades maternas no processo do aleitamento materno dentro desse setor. O estudo foi realizado com 5 mães, emergindo das falas alguns pontos, em que se selecionou apenas os que se referem ao estudo atual, quais sejam: manter a produção láctea por intermédio da ordenha e necessidade de apoio logístico para amamentar. Isso nos mostra que essas mães sentem necessidade de ter orientação e apoio durante a permanência de seus filhos na UTI, principalmente no que se refere à ordenha mamária. Nesse trabalho também é relatada a falta de estímulo dos profissionais da UTI Neonatal para a ordenha mamária, fato que demonstra a necessidade de capacitar esses profissionais da saúde.¹⁹

Nem todos os profissionais da saúde encontram-se preparados para auxiliar essas mães no processo de amamentação; embora muitos profissionais até tenham tido embasamento científico em sua formação para executar tal função, muitos, por motivos não claros, omitem essa função, prejudicando o processo de ordenha mamária das mães de prematuros. Quais seriam esses motivos? Falta de conhecimento? Falta de conscientização sobre a importância do aconselhamento? Falta de interesse?

Sabemos, porém, que esse pode não ser o motivo para a baixa utilização de leite materno ordenhado por esses prematuros, visto que são apenas suposições. Torna-se necessário destacar também a estrutura física da UTI Neonatal em questão: esta se constitui de 11 leitos, sendo que não há poltronas ao lado das incubadoras para as mães se acomodarem, assim como inexistente uma sala reservada para que elas façam a ordenha do leite. O balcão utilizado pelos enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem e médicos se localiza em posição central, sendo possível a visualização de todos os leitos. Torna-se importante relatar também que o ambiente dessa unidade torna-se pequeno quando as mães de todos os RNs encontram-se ao lado da incubadora.

Esse é, sem dúvida, um fator que pode contribuir para os dados encontrados neste estudo. Se as mães tivessem um lugar adequado e reservado para fazer a ordenha do leite, talvez este pudesse ser um estímulo a mais para que elas realizassem a ordenha com maior frequência. Além disso, como já citado, muitas mães são de outras cidades, o que dificulta a realização da ordenha do leite em casa. Para essas mães, com certeza, um ambiente adequado facilitaria a ordenha do leite, principalmente recebendo o apoio de pessoal preparado para o aconselhamento ao aleitamento. Aliás, vale enfatizar que se essas mães tivessem uma orientação adequada e sistematizada desses profissionais,

o ambiente físico talvez não fosse um fator que prejudicasse ou diminuísse o índice de ordenha do leite dentro da UTI neonatal. A Unidade de Terapia Intensiva Neonatal deve dispor de área destinada para a realização da ordenha mamária pelas mães, assim como de um espaço apropriado para a orientação da família dentro da própria unidade.¹⁹

Outro fator complicador poderia ser a ausência de um banco de leite local. Diante dos resultados encontrados, fica evidente a necessidade da criação de um banco de leite nesse hospital, levando-se em conta sua representação não só municipal e estadual, como também nacional.

Todos os bebês, se não estiverem em dieta zero, são liberados para receberem o leite ordenhado em prescrição médica. Desta forma, com a existência de um banco de leite, mesmo se por algum motivo as mães desses prematuros não trouxessem leite ordenhado de casa ou se não fizessem a ordenha do leite no próprio hospital, os bebês poderiam receber o leite materno, com a vantagem de ser um leite com qualidade testada e aprovada. Mesmo tratando-se de um grande investimento, certamente os resultados obtidos em longo prazo compensariam o investimento.

Um estudo realizado em uma unidade neonatal de um hospital de ensino em Londrina - PR teve como objetivo comparar a frequência de aleitamento materno e do aleitamento materno exclusivo durante a internação de recém-nascidos e nos primeiros seis meses de vida, antes e após a implantação da iniciativa Hospital Amigo da Criança, cuja missão é promover, proteger e apoiar o aleitamento materno. Os resultados mostraram que a existência de um banco de leite no hospital, aliada à mudança de postura da equipe frente ao aleitamento dessas crianças, contribuíram para a melhoria dos índices de amamentação.¹¹

Conclusão

É possível concluir que, semelhantemente a outros estudos, os recém-nascidos internados nesta UTI Neonatal são prematuros, sendo a maioria do sexo masculino, com baixo peso ao nascimento, nascidos de parto cesárea, apresentando um índice de utilização de leite materno ordenhado que poderia ser maior. Como demonstrado, foi encontrado um índice baixo, porém, de certa forma, satisfatório, visto que os resultados encontrados poderiam ser piores. Porém, a partir dessas conclusões, torna-se necessária a realização de outros estudos, cujo objetivo será descobrir o motivo dessa baixa utilização. Já foram apontadas algumas suposições para esse problema, porém, nada pode ser afirmado sem a existência de dados concretos que comprovem tais suposições.

Sabe-se que qualquer que seja o motivo, o ideal é que sejam propostas ações que estimulem a prática da ordenha mamária, visto os inúmeros benefícios que proporciona tanto para o recém-nascido, quanto para sua mãe.

A equipe de enfermagem, assim como todos os profissionais da saúde que trabalham na UTI neonatal, devem estar aptos e preparados para estimular essa prática, improvisando situações e orientando essas mães para que façam a ordenha, a fim de que essas mães sejam estimuladas a ordenhar seu leite para oferecê-lo ao seu bebê, superando as dificuldades encontradas, que,

como já discutido, não são poucas.

Certamente se essas mães tiverem apoio para atingirem essa consciência, se a equipe de enfermagem, equipe médica, fisioterapeutas, fonoaudiólogos estiverem preparados e se uma sala de ordenha para essas mães puder ser adaptada, esse índice poderá aumentar, melhorando a assistência prestada e aumentando sua qualidade, proporcionando uma chance maior para a sobrevivência desses bebês e também para que na alta hospitalar possam ter um grande vínculo afetivo com suas mães e, o que é mais importante, sendo amamentados no seio materno, para que sejam crianças saudáveis e mais protegidas.

Referências bibliográficas

1. Spitz RA. O primeiro ano de vida. São Paulo: Martins Fontes; 1998.
2. Kenner C. Recém nascidos de alto risco. In: _____. Enfermagem neonatal. 2ª ed. Rio de Janeiro: Reichmann & Affonso Editores; 2001. p. 158-258.
3. Louzada MLC, Solla NP. Assistência de enfermagem na manutenção do estado nutricional do recém-nascido. In: Miura E, Procianny RS. Neonatologia: princípios e prática. 2ª ed. Porto Alegre: Artes Médicas; 1997. p. 74-6.
4. Kenner C. Nutrição infantil. In: _____. Enfermagem neonatal. 2ª ed. Rio de Janeiro: Reichmann & Affonso Editores; 2001. p. 111-57.
5. Clóvis W. Alimentação do recém-nascido a termo e do prematuro. In: Miura E, Procianny RS. Neonatologia: princípios e prática. 2ª ed. Porto Alegre: Artes Médicas; 1997. p. 519-21.
6. Nascimento MBR, Issler H. Aleitamento materno em prematuros: manejo clínico hospitalar. *J. Pediatr* 2004;80(Supl):163-72.
7. Ricco RG, Del Ciampo LA, Almeida CAN. Aleitamento materno. In: _____. Puericultura: princípios e práticas atenção integral à saúde da criança. São Paulo: Atheneu; 2000. p. 29-38.
8. Ramos CV, Almeida JAG. Alegações maternas para o desmame: estudo qualitativo. *J. Pediatr* 2003;79(5):385-90.
9. Marques RFSV, Lopes FA, Graga JAP. O crescimento de crianças alimentadas com leite materno exclusivo nos primeiros 6 meses de vida. *J Pediatr* 2004;80(2):99-105.
10. Gaíva MPM, Gomes MMF, Scochi CGS. Aleitamento materno em recém-nascidos internados em UTI neonatal de um hospital universitário de Cuiabá-MT. *Pediatr Mod* 2000;36(3):119-26.
11. Vannuchi MTO, Monteiro CA, Rea MF, Selma M, Matsuo T. Iniciativa hospital amigo da criança e aleitamento materno em unidade de neonatologia. *Rev Saúde Pública* 2004;38(3):415-21.
12. Organização Mundial da Saúde. Evidências científicas dos dez passos para o sucesso no aleitamento materno. Brasília (DF): Organização Pan-Americana da Saúde; 2001.
13. Bicalho-Mancini PG, Velásquez-Mélendez G. Aleitamento materno exclusivo na alta de recém-nascidos internados em berçário de alto risco e os fatores associados a essa prática. *J Pediatr* 2004;80(3):241-8.
14. Lana APB. O livro de estímulo à amamentação: uma visão biológica, fisiológica e psicológica-comportamental da amamentação. Belo Horizonte: Atheneu; 2001.

15. Cervo AL, Bervian PA. A pesquisa: noções gerais. In: _____. Metodologia científica. 4ª ed. São Paulo: Makron Books; 1996. p. 44-60.

16. Arruda DC, Marcon SS. A família em expansão: experienciando intercorrências na gestação e no parto do bebê prematuro com muito baixo peso. *Texto Contexto - Enferm* 2007 mar.;16(1):120-8. [citado 2007 dez. 20]. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072007000100015&lng=pt&nrm=iso

17. Delgado SE, Zorzetto M. A amamentação de bebês pré-termo: um caminho possível para a construção da comunicação. *Rev Bras Crescimento Desenv Hum* 2003;13(1):53-62.

18. Delgado SH, Halpern R. Amamentação de prematuros com menos de 1500 gramas: funcionamento motor-oral e apego. *Pró-Fono* 2005 ago.;17(2):141-52. [citado 2006 nov. 26]. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-56872005000200003&lng=en&nrm=iso

19. Serra SOA, Scochi CGS. Dificuldades maternas no processo de aleitamento materno de prematuros em uma UTI neonatal. *Rev Latinoam Enferm* 2004 ago.;12(4):597-605. [citado 2006 nov. 23]. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692004000400004&lng=pt&nrm=iso

Correspondência:

Lara Perez Sucena
Rua Antonio Prado, 1037 Centro
15470-000 – Palestina-SP
Tel. (17)3293-1421 / (17)8124-3203
e-mail: larasucena@ig.com.br
