



Aleitamento materno exclusivo na alta de recém-nascidos internados em berçário de alto risco e os fatores associados a essa prática

*Exclusive breastfeeding at the point of discharge of high-risk newborns
at a Neonatal Intensive Care Unit and the factors associated with this practice*

Paula G. Bicalho-Mancini*, Gustavo Velásquez-Meléndez*

Resumo

Objetivo: Avaliar as taxas e o padrão de aleitamento materno dos recém-nascidos internados em berçário de alto risco no momento de sua alta hospitalar e analisar os potenciais fatores que interferem na prática do aleitamento materno exclusivo.

Métodos: Foram estudados prontuários médicos de 495 recém-nascidos internados no berçário de alto risco da Maternidade Odete Valadares, Minas Gerais, antes e após receber o título de Hospital Amigo da Criança. Foram excluídos os nascidos fora da maternidade e durante o período de transição, crianças ou mães que foram a óbito ou transferidas da instituição e crianças abandonadas e/ou de mães com contra-indicação para amamentar. Foram calculadas razões de chance (*odds ratio*, OR) e intervalos de confiança de 95% a partir de análises bivariadas e multivariadas utilizando a técnica da regressão logística.

Resultados: A taxa de aleitamento materno exclusivo na alta passou de 36% no período anterior para 54,6% no período posterior à implementação da Iniciativa Hospital Amigo da Criança. Os fatores de risco independentemente associados com ausência de aleitamento exclusivo foram: uso da dieta por sonda (OR = 3,01), número de consultas pré-natais menor que seis (OR = 2,21), uso de translactação (OR = 2,66), peso ao nascer < 2.500 g (OR = 2,64) e internação em período anterior ao recebimento do título de Hospital Amigo da Criança pela maternidade (OR = 2,75).

Conclusão: Este estudo mostra que, entre outros fatores, as mudanças nas práticas hospitalares com a implementação da Iniciativa Hospital Amigo da Criança foram determinantes para o aumento das taxas de aleitamento materno exclusivo na alta em crianças de alto risco.

J Pediatr (Rio J). 2004;80(3):241-8: Aleitamento materno, recém-nascido, alto risco, Hospital Amigo da Criança.

Abstract

Objective: To study the rate of exclusive breastfeeding at the moment of hospital discharge of newborns admitted to a neonatal Intensive Care Unit and to analyze potential risk factors.

Methods: Four hundred and ninety-five medical records were studied, pertaining to neonates born between 1998 and 1999, admitted to a neonatal intensive care unit, before and after the implementation of the Baby Friendly Hospital Initiative policies. Babies born during the Baby Friendly Hospital Initiative transition period and outside the Maternity ward were excluded from the study, as were children or mothers who were transferred from the institution, abandoned children and also mothers unfit to breastfeed. Risk factors for non-exclusive breast-feeding at discharge were studied. Odds ratio and 95% confidence intervals were calculated using multivariate logistic regression.

Results: The exclusive breastfeeding rate increased from 36% at discharge (before the Baby Friendly Hospital Initiative) to 54.7% (after BFHI). The independent risk factors associated with non-exclusive breastfeeding were the use of enteral feeding (OR = 3.01), ante-natal consultations < 6 (OR = 2.75), relactation use (OR = 2.66), birth weight < 2,500 g (OR = 2.64) and being born during the period before Baby Friendly policies were implemented (OR = 2.75)

Conclusion: This research shows the potential efficiency of adopting Baby-Friendly policies to increase the chance of successful breastfeeding at the point of discharge for high-risk newborns.

J Pediatr (Rio J). 2004;80(3):241-8: Breast-feeding, newborn, high risk, Baby Friendly Hospital.

* Escola de Enfermagem, Departamento de Enfermagem Materno-Infantil e Saúde Pública, Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), Belo Horizonte, MG.

Este trabalho é parte da Dissertação de Mestrado defendida por Paula G. Bicalho-Mancini junto ao Curso de Mestrado em Enfermagem, UFMG. Artigo submetido em 19.12.03, aceito em 03.03.04.

Introdução

O aleitamento materno constitui o modo mais adequado de fornecer alimento para o crescimento e o desenvolvimento saudáveis de lactentes, com influência também na saúde biológica e emocional do binômio mãe-filho¹.

Pesquisas apontam aspectos benéficos da amamentação, como a associação positiva entre a frequência de amamentação nas primeiras 4 semanas de vida e o desenvolvimento mental de crianças com baixo peso e peso normal². É também apontado um melhor prognóstico do desenvolvimento neurológico de prematuros amamentados quando comparados com aqueles alimentados com fórmula láctea³. Recém-nascidos de baixo peso e livres de outras patologias sintomáticas que receberam leite materno tiveram menor tempo de internação e menor perda de peso do que aqueles que foram alimentados por fórmula láctea⁴. Da mesma forma, tem-se observado diminuição do risco de doenças agudas e crônicas⁵⁻⁷ e aumento da sobrevivência de crianças nascidas com muito baixo peso em aleitamento materno⁸.

Diante disso, recém-nascidos prematuros e/ou doentes, além de tratamento e cuidados especiais, demandam também especial atenção no sentido de incentivar e apoiar a prática do aleitamento materno, a fim de lhes assegurar uma melhor qualidade de assistência e de vida a partir do nascimento.

Considerando que crianças prematuras ou doentes são separadas de suas mães para receber a assistência necessária e adequada para a manutenção de suas funções vitais, o que atrasa temporariamente ou interrompe a amamentação, a Organização Mundial de Saúde (OMS) e o Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) afirmam o dever de se mostrar à mãe como iniciar ou manter a lactação no caso de ela ser separada de seu filho¹.

Os resultados de um estudo sobre o padrão de aleitamento numa população pobre no sul do Brasil indicaram que o baixo peso foi um dos principais fatores de risco para desmame nos primeiros 30 dias de vida⁹. Levin¹⁰, porém, afirma que a amamentação também é possível para bebês de baixo peso ao nascer e bebês doentes e, ainda, que é de maior importância para a saúde desses.

Considerando-se esse conjunto de fatores e o declínio da prática da amamentação em vários países do mundo, a OMS e o UNICEF propuseram a Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC), visando incentivar as instituições e os profissionais da saúde a promover, proteger e apoiar o aleitamento materno como o melhor método para uma adequada nutrição infantil, além de permitir à família uma escolha bem informada e consciente sobre a alimentação da criança. Para que uma instituição receba o título de Hospital Amigo da Criança (HAC), ela deve adotar os 10 passos para o sucesso do aleitamento materno e passar por avaliações periódicas.

Nesse contexto, percebe-se uma deficiência no conhecimento acerca do impacto das práticas dos serviços de saúde em relação ao aleitamento materno de neonatos. Além da deficiência existente, compreende-se o momento de especial valorização da prática do aleitamento materno no mundo, evidenciado pela iniciativa da OMS e do UNICEF como um importante incentivo ao estudo desta questão.

Assim, o presente estudo teve como objetivos avaliar a prevalência e o padrão de aleitamento materno em um grupo de recém-nascidos internados em berçário de alto

risco no momento de sua alta hospitalar e analisar os potenciais fatores que interferem na prática do aleitamento materno exclusivo.

Métodos

A população alvo de estudo foi composta pela totalidade de recém-nascidos internados no berçário de alto risco da Maternidade Odete Valadares (MOV) no período de maio de 1998 a maio de 2000. Essa instituição foi considerada Maternidade Segura, em 1998, por prestar informações referentes à saúde e aos direitos da mulher, incentivar o parto normal e garantir assistência durante a gravidez, entre outros procedimentos. Em maio de 1999, foi credenciada pelo Ministério da Saúde como HAC.

Foram excluídos os binômios internados entre dezembro de 1998 e outubro de 1999, período em que ocorreram os treinamentos e as modificações necessárias para a adaptação e implementação dos 10 passos da IHAC. Assim, o período escolhido teve como objetivo o estudo de uma população exposta e outra não-exposta a cuidados preconizados pelos 10 passos para o sucesso do aleitamento materno. O motivo pelo qual as crianças internadas no período de transição não foram incluídas foi o fato de elas estarem, por um lado, ainda sob influência do padrão "antigo" de normas e rotinas da maternidade, e, por outro, sofrendo influência dos treinamentos iniciados nesse período.

Para a escolha da população de estudo, foi utilizado o livro de registro de internações, transferências, altas e óbitos do berçário de alto risco da instituição. Detectaram-se registros de 839 recém-nascidos internados naquele berçário, tendo sido excluído um total de 344 crianças, assim distribuídas: 151 transferidas para outra instituição, 130 que evoluíram para óbito, 21 nascidas fora da MOV, oito com alta para o juizado de menores, 18 prontuários não localizados nos dias de coleta de dados, 13 com problemas maternos (sete mães com contra-indicação para amamentar e seis transferidas para tratamento clínico ou cirúrgico), uma com anencefalia, uma com rejeição materna até o momento da alta e uma com não-desejo de amamentar de uma mãe. Dessa maneira, a população final de estudo correspondeu a um total de 495 crianças, 250 (50,5%) do período pré-HAC e 245 (49,5%) do período pós-HAC.

Na escolha das variáveis de estudo, foram levados em conta os fatores que poderiam interferir na prática do aleitamento materno, selecionando-se todos os dados contidos no prontuário e que fossem passíveis de serem colhidos sem muito prejuízo à sua fidedignidade. É sabido que existem outros fatores não-aferidos que podem interferir nessa prática; porém, pelo motivo exposto anteriormente, foram usados apenas aqueles documentados no prontuário.

A variável dependente foi o tipo de aleitamento materno na alta dos recém-nascidos internados em berçário de alto risco. Para a coleta dessa variável, foi utilizado, predominantemente, o impresso "folha de dieta". Nesse instrumento, de preenchimento diário e obrigatório, anota-se a dieta

e registram-se as eliminações do neonato. Esse é um documento utilizado a todo momento pela equipe assistencial, dada a importância da quantidade e qualidade da ingestão e eliminações para a avaliação do estado de saúde do recém-nascido. Foram consideradas três categorias de aleitamento materno no momento da alta: aleitamento materno exclusivo, quando a folha de dieta registrava aleitamento em seio materno e ausência de registro de complementação da mamada nos 3 dias que antecederam à alta hospitalar; aleitamento misto, quando registrado aleitamento em seio materno, mais complementação da mamada nos 3 dias que antecederam à alta; e aleitamento artificial, quando não havia registro de aleitamento em seio materno nos 3 dias que antecederam à alta.

Outras variáveis estudadas foram: idade, escolaridade e estado civil da mãe, tipo de parto, número de partos anteriores e número de consultas realizadas no acompanhamento pré-natal, sexo do recém-nascido, idade gestacional, peso ao nascer, relação peso/idade gestacional, índice de Apgar no 1º minuto, gemelaridade, diagnóstico à internação, outras doenças, época da internação (antes e depois da IHAC), tempo de internação, uso de dieta por sonda gástrica, idade no início da sucção por copo ou mamadeira, idade no início da sucção ao seio materno, uso de nutrição parenteral total e uso de técnica de translactação. Esta última técnica consiste no uso de uma sonda e seringa de 20 ml sem o êmbolo. Posiciona-se a sonda com sua extremidade final junto ao mamilo materno e a extremidade proximal acoplada à seringa contendo o leite. Esse sistema é acionado ao mesmo tempo em que o recém-nascido suga o seio materno. O objetivo consiste em alimentar o bebê e estimular a lactação nas mães com dificuldades na amamentação.

Para o estudo dos potenciais fatores que interferem na prática da amamentação, a variável tipo de aleitamento foi dicotomizada em duas categorias: aleitamento exclusivo e ausência de aleitamento exclusivo (que incorpora aleitamento misto e artificial). Dessa forma, foram testadas todas as variáveis potencialmente associadas à variável tipo de aleitamento, utilizando-se o teste do qui-quadrado. O ajuste de variáveis potencialmente confundidoras (variáveis significativamente associadas à variável dependente na análise bivariada) foi realizado utilizando a técnica de regressão logística multivariada "passo a passo". A força de associação foi avaliada pelo cálculo do risco relativo (análise bivariada) e razões de chance (*odds ratio*, OR) (análise multivariada), com os respectivos intervalos de confiança de 95%.

Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética da Universidade Federal de Minas Gerais e autorizada pelo Núcleo de Ensino e Pesquisa da MOV. Em respeito aos princípios éticos, foi mantido o anonimato dos participantes.

Resultados

A média de idade das mães estudadas foi de 25,3±6,7 anos. Em relação à escolaridade materna, observou-se que 49,3% tinham de 0 a 4 anos concluídos, e 50,7%, de 5 a 12

anos. O parto realizado através da cesárea representou 52,9% do total. As mães, majoritariamente (64,9%), estavam na primeira ou segunda gestação.

A presença de dificuldade respiratória precoce foi apontada como a principal causa da internação (80,8%) dos recém-nascidos. A duração da internação foi em média de 23,4±19,5 dias.

Em relação à alimentação das crianças durante o período de internação, a dieta foi recebida através de sonda por 76,8%. Até 10 dias de idade, 67,7% dos recém-nascidos já estavam alimentando-se por meio de copo ou mamadeira e 57,9% haviam iniciado a sucção no seio materno. A translactação foi um recurso utilizado em 8,7% dos recém-nascidos do estudo, e a nutrição parenteral, em 20,2%.

As prevalências de ausência de aleitamento materno exclusivo foram significativamente maiores nas mães com idade igual ou maior que 35 anos quando comparadas com as de 20-34 anos. Não se registrou associação com escolaridade, estado civil e tipo de parto. Em relação às variáveis relacionadas à história obstétrica materna, pôde-se observar que o grupo de primigestas apresentou um risco maior de não estar amamentando exclusivamente quando comparado ao de não-primigestas. Esse mesmo resultado foi verificado no grupo de mães com menos de seis consultas pré-natais (Tabela 1).

Na Tabela 2, observam-se prevalências maiores de ausência de aleitamento materno exclusivo no grupo de crianças com baixo peso ao nascer, idade gestacional menor que 37 semanas, índice de Apgar no 1º minuto igual ou menor que 7 pontos e gemelaridade. Não houve associação estatisticamente significativa em relação ao sexo e à relação peso/idade gestacional.

As frequências de recém-nascidos sem aleitamento materno exclusivo na alta foram maiores nos grupos que apresentaram um maior número de doenças (três a seis), que permaneceram internados mais que 30 dias e que foram internados no período anterior ao recebimento do título de HAC pela maternidade. A taxa de aleitamento exclusivo antes da IHAC foi de 36%, e após a IHAC, de 54,7% (Tabela 3). As prevalências de cada padrão de aleitamento materno na alta, antes e após a IHAC, são apresentadas nas Figuras 1 e 2, respectivamente.

Em relação às variáveis que caracterizaram a alimentação do recém-nascido durante o período de internação, os grupos de crianças que usaram dieta por sonda, que iniciaram a alimentação por meio do copo ou da mamadeira e a sucção no seio materno após 10 dias de vida, que fizeram a técnica de translactação e que usaram nutrição parenteral apresentaram maiores prevalências de ausência de aleitamento materno exclusivo por ocasião da alta hospitalar (Tabela 3).

Na Tabela 4 encontra-se o modelo final multivariado obtido por regressão logística para fatores associados à não-amamentação exclusiva na alta hospitalar. Observa-se que os grupos de bebês que fizeram uso de dieta por sonda, que tiveram menos de seis consultas pré-natais, que fizeram uso de translactação, com peso ao nascer menor que

Tabela 1 - Variáveis demográficas e história obstétrica materna e sua associação com o tipo de aleitamento na alta (Maternidade Odete Valadares, Belo Horizonte, MG, 1998-2000)

Variáveis	Aleitamento materno exclusivo				p	RR*	IC [†] 95%
	Não		Sim				
	n	%	n	%			
Idade da mãe							
13-19 anos	59	53,6	51	46,4	0,97	1,01	0,83-1,23
20-34 anos	176	53,2	155	46,8		1,0	
35 anos ou mais	36	66,7	18	33,3	0,08	1,25	1,01-1,55
Anos concluídos de estudo							
0-4	102	58,0	74	42,0		1,0	
5-12	98	54,1	83	45,9	0,54	0,93	0,78-1,12
Estado civil							
Casada/união estável	180	53,6	156	46,4		1,0	
Solteira	51	62,2	31	37,8	0,20	1,16	0,95-1,41
Tipo de parto							
Vaginal	125	53,6	108	46,4		1,0	
Cesárea	146	55,7	116	44,3	0,70	1,04	0,88-1,22
Nº de gestações anteriores							
Não-primigesta	148	50,9	143	49,1		1,0	
Primigesta	120	59,7	81	40,3	0,06	1,17	1,00-1,38
Nº de consultas pré-natais							
Seis ou mais	55	39,3	85	60,7		1,0	
Até cinco	188	60,8	121	39,2	0,00	1,55	1,24-1,94

* RR = risco relativo. † IC = intervalo de confiança. Categoria de referência = 1,0.

Nº de informações não-disponíveis por variável: anos concluídos de estudo (138); estado civil (77); nº de gestações anteriores (3); nº de consultas pré-natais (46).

Tabela 2 - Variáveis relacionadas ao recém-nascido e sua associação com o tipo de aleitamento na alta (Maternidade Odete Valadares, Belo Horizonte, MG, 1998-2000)

Variáveis	Aleitamento materno exclusivo				p	RR*	IC [†] 95%
	Não		Sim				
	n	%	n	%			
Sexo							
Masculino	134	52,3	122	47,7		1,0	
Feminino	137	57,3	102	42,7	0,30	1,10	0,93-1,29
Peso ao nascer							
≥ 2.500 g	35	31,5	76	68,5		1,0	
< 2.500 g	236	61,5	148	38,5	0,00	1,95	1,47-2,59
Idade gestacional							
≥ 37 semanas	37	33,3	74	66,7		1,0	
< 37 semanas	233	60,8	150	39,2	0,00	1,83	1,39-2,40
Relação peso/IG[‡]							
AIG/GIG [§]	230	53,5	200	46,5		1,0	
PIG [§]	41	63,1	24	36,9	0,18	1,18	0,96-1,45
Apgar 1º minuto							
> 7	117	50,0	117	50,0		1,0	
0-7	149	60,6	97	39,4	0,02	1,21	1,03-1,43
Gemelaridade							
Não	223	51,9	207	48,1		1,0	
Sim	48	73,8	17	26,2	0,00	1,42	1,20-1,69

* RR = risco relativo. † IC = intervalo de confiança. ‡ IG = idade gestacional.

§ AIG = adequado para a idade gestacional; GIG = grande para a idade gestacional; PIG = pequeno para a idade gestacional.

Categoria de referência = 1,0. Nº de informações não-disponíveis por variável: idade gestacional (1); Apgar 1º minuto (15).

Tabela 3 - Variáveis relacionadas à internação e à alimentação do recém-nascido durante o período da internação e sua associação com o tipo de aleitamento na alta (Maternidade Odete Valadares, Belo Horizonte, MG, 1998-2000)

Variáveis	Aleitamento materno exclusivo				p	RR*	IC [†] 95%
	Não		Sim				
	n	%	n	%			
Nº de doenças							
0-2	159	46,6	182	53,4		1,0	
3-6	112	72,7	42	27,3	0,00	1,56	1,34-1,81
Tempo de internação							
≤ 30 dias	156	45,3	188	54,7		1,0	
> 30 dias	115	76,2	36	23,8	0,00	1,68	1,45-1,94
Época da internação							
Depois da IHAC [‡]	111	45,3	134	54,7		1,0	
Antes da IHAC [‡]	160	64,0	90	36,0	0,00	1,41	1,20-1,67
Dieta por sonda							
Não	39	33,9	76	66,1		1,0	
Sim	232	61,1	148	38,9	0,00	1,80	1,38-2,35
Idade no início da dieta por copo ou mamadeira							
≤ 10 dias	141	45,0	172	55,0		1,0	
> 10 dias	109	72,7	41	27,3	0,00	1,61	1,38-1,89
Idade no início da sucção ao seio							
≤ 10 dias	86	35,0	160	65,0		1,0	
> 10 dias	124	69,3	55	30,7	0,00	1,98	1,63-2,41
Translactação							
Não	238	52,7	214	47,3		1,0	
Sim	33	76,7	10	23,3	0,00	1,46	1,21-1,76
Nutrição parenteral							
Não	195	49,4	200	50,6		1,0	
Sim	76	76,0	24	24,0	0,00	1,54	1,33-1,79

* RR = risco relativo. † IC = intervalo de confiança. ‡ IHAC = Iniciativa Hospital Amigo da Criança. Categoria de referência = 1,0. Nº de informações não-disponíveis por variável: idade no início da dieta por copo ou mamadeira (32); idade no início da sucção ao seio (70).

2.500 g e que se internaram na maternidade antes de esta ter recebido o título de HAC apresentaram risco significativamente maior para não estarem em aleitamento materno exclusivo ao receberem alta.

Discussão

Os resultados deste estudo mostram que foram diversos os fatores associados à prática do aleitamento materno exclusivo na alta de recém-nascidos de alto risco. Dentre as categorias de recém-nascidos que apresentaram taxas de aleitamento materno exclusivo maior de

Tabela 4 - Modelo final de associação para ausência de aleitamento materno exclusivo na alta

Variáveis independentes	OR*	IC [†] 95%	p
Dieta por sonda	3,01	1,77-5,12	0,000
Nº de consultas pré-natais < 6	2,21	1,42-3,44	0,000
Uso de técnica de translactação	2,66	1,13-6,29	0,026
Internação antes da IHAC [‡]	2,75	1,80-4,20	0,000
Peso ao nascer < 2.500 g	2,64	1,55-4,50	0,000

* OR = Odds ratio (razão de chance).

† IC = Intervalo de confiança.

‡ IHAC = Iniciativa Hospital Amigo da Criança.

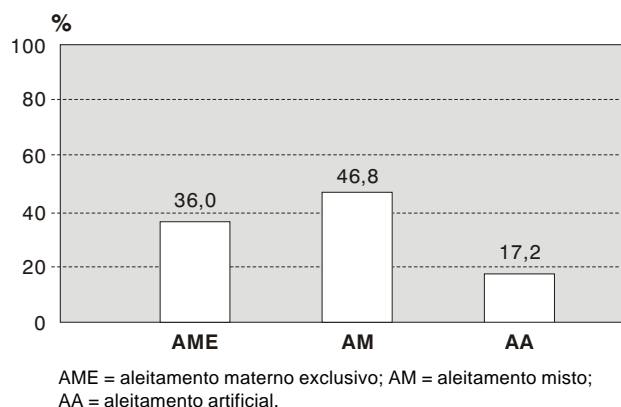


Figura 1 - Prevalência dos padrões de aleitamento na alta antes da Iniciativa Hospital Amigo da Criança

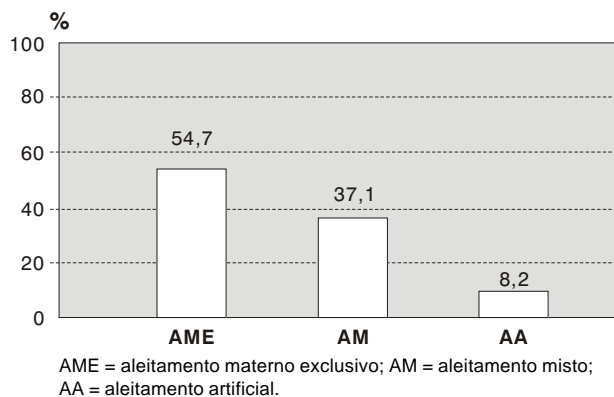


Figura 2 - Prevalência dos padrões de aleitamento na alta após a Iniciativa Hospital Amigo da Criança

50%, destacam-se: mães com seis ou mais consultas pré-natais; peso ao nascer acima de 2.500 g; idade gestacional maior que 37 semanas; até dois diagnósticos de doença durante a internação; nascimento após a IHAC; e início precoce (antes de 10 dias) de sucção ao seio. Esses achados mostram que fatores biológicos e maternos, além da prestação de serviços de saúde orientada para a promoção do aleitamento materno, podem ser importantes para o sucesso do aleitamento materno em recém-nascidos com risco de sobrevivência.

O aumento da prevalência do aleitamento materno exclusivo por ocasião da alta hospitalar de recém-nascidos de alto risco com a implementação da IHAC está de acordo com os resultados da pesquisa realizada em Boston por Merewood et al.¹¹ em crianças internadas também em

unidade neonatal de cuidados intensivos. A proporção de crianças que recebiam leite materno exclusivo com 2 semanas de vida passou de 9,3% (1995) para 39,0% (1999) após a implementação da IHAC.

Nesta pesquisa, não houve associação significativa relativa ao grau de escolaridade materno, diferentemente dos resultados de outro estudo, que apontou maior prevalência de amamentação na alta hospitalar de recém-nascidos de muito baixo peso cujas mães tinham maior grau de instrução escolar¹².

O uso de dieta por sonda e a translactação, neste estudo, mostraram-se práticas que influenciaram negativamente o aleitamento materno exclusivo. Este último procedimento é utilizado quando mães e/ou crianças têm dificuldades de iniciar e/ou estabelecer o aleitamento nos primei-

ros dias de vida. Portanto, as crianças submetidas a essa prática, por si só, são aquelas que apresentam maior grau de dificuldade para o estabelecimento do aleitamento materno exclusivo. Assim, a prática da translactação seria, na verdade, um marcador de dificuldades, ameaçando o sucesso no estabelecimento do aleitamento materno.

Em relação ao número de consultas pré-natais realizadas pelas mães, esta pesquisa mostrou associação significativa entre o número reduzido de consultas pré-natais (menos de seis), e a ausência de aleitamento materno exclusivo por ocasião da alta hospitalar, de forma similar aos achados de outras pesquisas com recém-nascidos saudáveis^{13,14}. No período pré-natal, a gestante deve ser sensibilizada e informada corretamente sobre o manejo da lactação e as vantagens do aleitamento materno exclusivo até os 6 meses de idade. É nesse período que devem ser detectados fatores que possam dificultar a amamentação, para que sejam trabalhados oportunamente.

A partir dos dados do presente estudo, não é possível extrapolar como seria o comportamento das taxas de aleitamento pós-alta. No entanto, em estudo realizado em vários municípios do Estado de São Paulo, verificou-se que crianças que não nasceram em HAC tinham 49 e 34% mais chance de interrupção do aleitamento materno aos 4 meses e 12 meses de idade, respectivamente, quando comparadas com crianças que nasceram em HAC¹⁵. Em um estudo experimental realizado com recém-nascidos pré-termo (32 a 36 semanas) no Hospital Universitário da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, da Universidade de São Paulo, não foram encontradas diferenças significativas na prevalência de aleitamento materno na alta e aos 3 meses de vida em crianças alimentadas por copo ou mamadeira. No entanto, quando os autores compararam as taxas de amamentação aos 3 meses entre as crianças que eram amamentadas na primeira visita de controle, observou-se uma maior prevalência entre as que haviam sido alimentadas através do copo (68,4%) em relação às que foram alimentadas por mamadeira (33,3%). Esses autores também apontaram outro possível benefício do uso do copo: uma menor incidência de queda de saturação (13,6% no copo e 35,3% na mamadeira). Na MOV, no período de adequação das rotinas, seguindo os 10 passos para o sucesso do aleitamento materno, a mamadeira também foi substituída pelo copo¹⁶.

Uma das dificuldades na realização deste e de outros estudos nos quais os dados são colhidos através dos prontuários   em relação   deficiência das anotações realizadas por grande parte da equipe assistencial. Por outro lado, em relação às informações sobre a alimentação dos recém-nascidos internados no berçário, a folha de dieta utilizada na instituição onde se realizou o presente estudo consistiu em um importante instrumento facilitador na coleta dos dados. O estudo de Merewood et al.¹¹ também utilizou folha de registro semelhante, o que reforça a importância da realização de registros completos e legíveis e do reconhecimento da relevância destes para futuras pesquisas.

Diante dos dados dos estudos realizados em Boston¹¹ e em Ribeirão Preto¹⁶, parece-nos razoável atribuir, pelo menos em parte, o aumento expressivo nas taxas de sucesso de aleitamento materno exclusivo observado durante o período de outubro de 1999 a maio de 2000 às significativas mudanç as ocorridas por ocasião do recebimento do título de HAC pela MOV.

Os resultados deste estudo permitem concluir que diversos fatores relativos a práticas relacionadas com os serviç os de saúde (número de consultas pré-natais, IHAC), práticas hospitalares (dieta por sonda, translactação) e fatores biológicos (baixo peso) seriam potenciais fatores independentes, que dificultam o sucesso da amamentação exclusiva em crianç as recém-nascidas internadas no berçário de alto risco da MOV. E, diante desses fatores, com um aumento de 2,75 da chance de uma crianç a sair sem aleitamento materno exclusivo se internada antes da introdução das políticas da IHAC, justifica-se o investimento dos serviç os de saúde e governo no sentido de que os hospitais que prestam assistência   saúde da mulher e da crianç a adotem as normas da IHAC.

Referências

1. OMS/UNICEF. Proteção, promoção e apoio ao aleitamento materno: o papel especial dos serviç os materno-infantis. Genebra: WHO; 1989.
2. Morris SS, Grantham-McGregor SM, Lira PI, Assunç o AM, Ashworth A. Effect of breastfeeding and morbidity on the development of low birth weight term babies in Brazil. *Acta Paediatr.* 1999;88:1101-6.
3. Hall RT. Nutritional follow-up of the breastfeeding premature infant after hospital discharge. *Pediatric Clin North Am.* 2001;48(2):453-60.
4. Diaz GM, Ramoz ACL, Rico SJ, Robayna CM, Alvarez AJ. Breastfeeding and length of hospitalization. *Rev Enferm.* 1997;20:11-4.
5. Hylander MA, Strobino DM, Dhanireddy R. Human milk feedings and infection among very low birth weight infants. *Pediatrics.* 1998;102:102-3.
6. C sar JA, Victora CG, Barros FC, Santos IS, Flores JA. Impact of breastfeeding on admission for pneumonia during post neonatal period in Brazil: nested case-control study. *BMJ.* 1999;318:1316-20.
7. Hylander MA, Strobino DM, Pezzulo JC, Dhanireddy R. Association of human milk feedings with a reduction in retinopathy of prematurity among very low birth weight infants. *J Perinatol.* 2001;6:356-62.
8. Boo NY, Puah H, Lye MS. The role of expressed breast milk and continuous positive airway pressure as predictors of survival in extremely low birthweight infants. *J Trop Pediatr.* 2000;46:15-20.
9. Giugliani E, Issler R, Kreutz G, Meneses C, Justo E, Kreutz V, Pires M. Breast pattern in a population with different levels of poverty in Southern Brazil. *Acta Paediatr.* 1996;85:1499-500.
10. Levin A. Humane neonatal care initiative. *Acta Paediatr.* 1999;88:353-5.
11. Merewood A, Philipp BL, Chawla N, Cimo S. The baby-friendly hospital initiative increases breastfeeding rates in a US neonatal intensive care unit. *J Hum Lact.* 2003;19:166-71.
12. Boo NY, Goh ES. Predictors of breastfeeding in very low birthweight infants at the time of discharge from hospital. *J Trop Pediatr.* 1999;45:195-201.
13. Ford RP, Mitchell EA, Scragg R, Stewart AW, Taylor BJ, Allen EM. Factors adversely associated with breast feeding in New Zealand. *J Paediatr Child Health.* 1994;30:483-9.
14. Caldeira AP, Goulart EMA. A situaç o do aleitamento materno em Montes Claros, Minas Gerais: estudo de uma amostra representativa. *J Pediatr (Rio J).* 2000;76:65-72.

15. Venancio SI, Escuder MM, Kitoko P, Rea MF, Monteiro CA. Freqüência e determinantes do aleitamento materno em municípios do estado de São Paulo. Rev Saúde Pública. 2002;36:313-8.
16. Rocha NM, Martinez FE, Jorge SM. Cup or bottle for preterm infants: effects on oxygen saturation, weight gain, and breastfeeding. J Hum Lact. 2002;18:132-8.

Correspondência:
Gustavo Velásquez-Melendez
Escola de Enfermagem - UFMG
Av. Alfredo Balena, 190
CEP 30130-100 - Belo Horizonte, MG
E-mail guveme@ufmg.br