



Acta Paulista de Enfermagem

ISSN: 0103-2100

ape@unifesp.br

Escola Paulista de Enfermagem

Brasil

Silvan Scuchi, Carmen Gracinda; Silva Gauy, Juliana; Fujinaga, Cristina Ide; Monti Fonseca, Luciana Mara; Zamberlan, Nelma Ellen

Transição alimentar por via oral em prematuros de um Hospital Amigo da Criança

Acta Paulista de Enfermagem, vol. 23, núm. 4, 2010, pp. 540-545

Escola Paulista de Enfermagem

São Paulo, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=307023863015>

- ▶ Como citar este artigo
- ▶ Número completo
- ▶ Mais artigos
- ▶ Home da revista no Redalyc

redalyc.org

Sistema de Informação Científica

Rede de Revistas Científicas da América Latina, Caribe , Espanha e Portugal
Projeto acadêmico sem fins lucrativos desenvolvido no âmbito da iniciativa Acesso Aberto

Transição alimentar por via oral em prematuros de um Hospital Amigo da Criança*

Oral feeding transition in preterm infants in a Child-Friendly Hospital

Transición de alimentación oral en bebés prematuros en un Hospital Amigo del Niño

Carmen Gracinda Silvan Scocchi¹, Juliana Silva Gauy², Cristina Ide Fujinaga³,
Luciana Mara Monti Fonseca⁴, Nelma Ellen Zamberlan⁵

RESUMO

Objetivo: Caracterizar a transição da alimentação gástrica por via oral quanto à maturidade e peso do prematuro, vias e técnicas de administração e duração da transição até a alimentação oral exclusiva. **Métodos:** Estudo retrospectivo com dados levantados em prontuários de 116 prematuros assistidos nas unidades de cuidados intensivos e intermediários neonatais de um hospital universitário do município de Ribeirão Preto - SP. **Resultados:** A idade gestacional corrigida média foi de 36 semanas ao início da alimentação oral e de 37 semanas quando a alimentação ocorreu total por via oral. O peso médio foi de 1.743 gramas ao início da alimentação oral e peso médio de 1.934 gramas quando a alimentação ocorreu total por via oral. Durante o período de transição foram utilizadas uma ou mais técnicas de administração do leite. O uso da gavagem em conjunto com outras técnicas (89,5%) predominou em especial, complementada pelo seio materno e copo (56,9%) e a duração da transição alimentar variou de menos de 1 a 47 dias. **Conclusão:** A maturidade e o peso ao nascer, além das condições clínicas decorrentes dessas variáveis, podem interferir no processo de transição da alimentação láctea do prematuro. Considerando as vantagens da amamentação materna, sua prática deve ser iniciada o mais precocemente possível neste segmento populacional de risco.

Descriptores: Alimentação; Métodos de alimentação; Prematuro; Enfermagem neonatal

ABSTRACT

Objective: To characterize the transition from oral gastric feeding related to: maturity and weight of premature babies, methods and techniques of administration and, duration of the transition to only oral feeding. **Methods:** This is a retrospective study of data gathered in records of 116 infants attended in intensive care units and neonatal intermediate in a university hospital in Ribeirao Preto-SP. **Results:** The mean-corrected of gestational age was 36 weeks at the start of oral feeding and 37 weeks when the supply came entirely by the oral route. The average weight was 1,743 grams at the start of oral feeding and 1,934 grams when the food came entirely by the oral route. During the transition period were used one or more means of milk administration. The use of forced feeding in conjunction with other techniques (89.5%) predominated, this was complemented by breast feeding and milk bottle (56.9%); the duration of feeding transition ranged from less than 1 day to 47 days. **Conclusion:** The maturity and birth weight, in addition to the clinical conditions from these variables, can interfere in the process of milk feeding transition in preterm babies. Considering the advantages of breastfeeding, the practice should be initiated as early as possible in this risk population segment.

Keywords: Feeding; Feeding methods; Infant, premature; Neonatal nursing

RESUMEN

Objetivo: Caracterizar la transición de la alimentación gástrica por vía oral en lo que se refiere a: madurez y peso del prematuro, vías y técnicas de administración y, duración de la transición hasta la alimentación oral exclusiva. **Métodos:** Es un estudio retrospectivo con datos levantados en fichas de 116 prematuros asistidos en las unidades de cuidados intensivos e intermedios neonatales de un hospital universitario del municipio de Ribeirao Preto-SP. **Resultados:** La edad de gestación corregida promedio fue de 36 semanas en el inicio de la alimentación oral y de 37 semanas cuando la alimentación ocurrió totalmente por la vía oral. El peso promedio fue de 1.743 gramos en el inicio de la alimentación oral y el peso promedio de 1.934 gramos cuando la alimentación ocurrió totalmente por la vía oral. Durante el período de transición fueron utilizadas una o más técnicas de administración de leche. El uso de alimentación forzada en conjunto con otras técnicas (89,5%) predominó, complementada por el seno materno y mamadera (56,9%); la duración de la transición alimentar varió de menos de 1 día a 47 días. **Conclusión:** La madurez y el peso al nacer, además de las condiciones clínicas provenientes de esas variables, pueden interferir en el proceso de transición de la alimentación láctea del prematuro. Considerando las ventajas del amamantamiento materno, su práctica debe ser iniciada lo más precozmente posible en este segmento poblacional de riesgo.

Descriptores: Alimentación; Métodos de alimentación; Prematuro; Enfermería neonatal

*Trabalho realizado no Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo - USP, Ribeirão Preto (SP), Brasil.

¹Doutora em Enfermagem. Professora Titular da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto (EERP) da Universidade de São Paulo - USP - Bolsista produtividade em pesquisa do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq)Ribeirão Preto (SP), Brasil.

²Enfermeira da Unidade de Terapia Intensiva Neonatal da Santa Casa de Votuporanga (SP), Brasil. Bolsista PIBIC/CNPq/USP 2005/2006.

³Fonoaudióloga. Pós-doutoranda da EERP-USP, Bolsista pós-doc Júnior (CNPq). Professora Adjunto B da Universidade Estadual do Centro-Oeste do Paraná - UNICENTRO - Guarapuava (PR), Brasil

⁴Doutora em Enfermagem. Professora Doutora da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto (EERP) da Universidade de São Paulo - USP - Ribeirão Preto (SP), Brasil.

⁵Fonoaudióloga. Pós-graduada (Doutorado), Bolsista doutorado CAPES da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto (EERP) da Universidade de São Paulo - USP - Ribeirão Preto (SP), Brasil.

Autor Correspondente: Carmen Gracinda Silvan Scocchi

Av. Bandeirantes, 3900 - Monte Alegre - Ribeirão Preto - SP - Brasil
Cep: 14040-902 E-mail: cscocchi@eerp.usp.br

Artigo recebido em 10/08/2009 e aprovado em 07/04/2010

INTRODUÇÃO

A assistência aos prematuros passou por transformações, tendo como foco atual o cuidado desenvolvimental e individualizado, sendo este centrado na família e visando à qualidade de vida desses bebês. Este cuidado inclui a prática da mãe oferecer leite materno o mais precocemente possível, incentivando o aleitamento materno e a relação mãe-bebê⁽¹⁾.

Com relação à alimentação, o prematuro pode necessitar do uso de sondas enterais, até que seja capaz de coordenar as funções de sucção, deglutição e respiração e atinja maturidade gastrointestinal⁽²⁾. A transição da alimentação gástrica por via oral pode ser um período de grande dificuldade para o binômio mãe/bebê, e a forma como o leite é oferecido, trata-se de uma variável importante a ser considerada⁽³⁾. Estudos vêm apontando as vantagens do aleitamento materno para os prematuros, sendo a forma mais natural e segura para alimentar uma criança pequena⁽²⁾.

Apesar de todas as vantagens apontadas pela literatura, a prevalência do aleitamento materno ainda é reduzida em prematuros, não atingindo as recomendações nacionais e internacionais, ou seja, aleitamento exclusivo até o 6º mês⁽⁴⁾. A transição da alimentação é um período importante, no qual se deve investir em ações que contemplam, tanto a assistência da mãe como do prematuro, para que se obtenha sucesso no aleitamento materno.

O desmame precoce em prematuros decorre, muitas vezes, da condição clínica do bebê que impede a sucção direta ao seio materno, do período prolongado de internação, do estresse materno e da falta de rotinas sistematizadas que incentivem o aleitamento⁽⁵⁾. Além disso, aponta-se que o baixo índice de aleitamento materno entre as mães de prematuros deve-se ao medo e à insegurança que corroboram para a hipogalactia e ausência de orientações adequadas a respeito da manutenção da lactação no período de transição⁽⁶⁾.

Outro aspecto a destacar, refere-se ao início da alimentação oral do prematuro, que tem se efetivado diferentemente entre serviços neonatais, constituindo-se em motivo de muitas discussões e divergências de opiniões entre a equipe de saúde, além de inexistir estudos sobre as técnicas e vias de administração utilizadas durante o período de transição da alimentação láctea visando ao aleitamento materno. Aqui a transição é compreendida como o período em que se inicia a alimentação por via oral até sua aceitação completa pelo prematuro. O presente estudo buscou subsídios que demonstrem, como tem se caracterizada a prática de transicionar a alimentação láctea do prematuro em um Hospital Amigo da Criança.

Assim, o objetivo da pesquisa foi caracterizar a transição da alimentação gástrica por via oral quanto à maturidade e peso do prematuro, vias e técnicas de

administração e duração da transição até a alimentação oral exclusiva.

MÉTODOS

Trata-se de estudo retrospectivo realizado no Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, de referência terciária para a atenção perinatal do Departamento Regional de Saúde XIII, que tem o título de Hospital Amigo da Criança, desde 2002. Os dados foram coletados com base em um levantamento dos prontuários de bebês assistidos nas unidades de cuidados intensivos e intermediários neonatais do hospital, entre setembro de 2003 a agosto de 2004 que atenderam aos seguintes critérios:

- idade gestacional menor que 37 semanas;
- admissão nas unidades neonatais, sem ter recebido alimentação láctea enteral;
- alta hospitalar no período definido para a coleta de dados, acompanhada da mãe;
- ausência de problemas neonatais e maternos que contraindiquem a amamentação materna.

As informações foram registradas em um formulário próprio, estruturado em duas partes. A primeira, com dados de identificação do bebê: nome (iniciais), número do registro, data de nascimento, sexo, tipo de parto, Apgar nos 1º e 5º minutos, idade gestacional, peso ao nascer, datas da internação e alta, diagnóstico na internação e tipo de aleitamento na alta. Na segunda parte foram registrados dados sobre a alimentação láctea, constando: idade gestacional corrigida, peso, vias (gástrica, entérica e oral) e técnicas de administração (gavagem, bomba de infusão, seio materno, copo e mamadeira).

Os dados foram digitados em banco do *Excel*, sendo aferidos em processo de dupla digitação. Foram sumarizados e apresentados em frequência absoluta e porcentagem, utilizando o SPSS (*Statiscal Package for the Social Sciences*). Para a análise de correlação entre o período de transição da alimentação gástrica para a via oral, peso e idade gestacional ao nascimento, aplicou-se o Teste de Spearman's com nível de significância de 0,01. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa desse Hospital com dispensa do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Parecer n.º 5649/2004).

RESULTADOS

No período em estudo, foram assistidos no hospital 214 prematuros, dos quais 116 atendiam aos critérios de inclusão, sendo 50,0% do sexo feminino. Predominaram nascimentos por parto cesáreo (60,3%) e com Apgar de 7 e 8 (38,0%) no 1º minuto e de 9 e 10 (72,0%) no 5º minuto. A idade gestacional variou de 24 a 36 semanas e 5 dias, predominando nascimentos com prematuridade

moderada (60,4%). O peso do nascimento variou de 500g a 2.910g, com predomínio do muito baixo peso ao nascer (36,2%) – menores de 1.500g.

Em relação aos diagnósticos mais frequentes, além da prematuridade, destacaram-se o baixo peso ao nascer (95,7%), desconforto respiratório precoce (54,3%) e a bolsa rota há mais de 24 horas (11,2%). Cabe assinalar que a maioria dos prematuros apresentou mais de um diagnóstico, em especial, aqueles com prematuridade extrema e de muito baixo peso.

A média de idade corrigida dos prematuros foi de 36 semanas e a mediana foi de 35 semanas para início da alimentação oral, e o valor médio de 37 e a mediana de 36 semanas quando da alimentação total por via oral, predominando o intervalo de 35 a 37 semanas nos dois momentos (Tabela 1). O peso médio dos prematuros foi de 1.743g, quando do início da alimentação oral, valor mediano de 1.725g e a moda foi de 1.750g a 1.999g (26,7%), mais próxima ao intervalo de 1.500g a 1.749g (24,2%). Os bebês estavam com alimentação oral exclusiva com peso médio de 1.934g, valor mediano de 1.830g, e a moda ficou no intervalo de 1.750g a 1.998g (41,4%) (Tabela 2).

Tabela 1 – Idade corrigida dos prematuros assistidos no Hospital Universitário por ocasião do início da transição e ao se alimentarem por via oral total - 09/2003 a 08/2004

Idade corrigida (semanas)	Início VO*		VO total**	
	f	%	f	%
< 32	3	2,6	-	-
32 a 34	40	34,5	21	18,1
35 a 37	55	47,4	61	52,6
38 a 40	16	13,8	26	22,4
≥ 41	2	1,7	6	5,2
Sem registro	-	-	2	1,7
Total	116	100	116	100

VO - via oral; * Média = 36 semanas; Mediana= 35 semanas;
** Média = 37 semanas; Mediana= 36 semanas

Tabela 2 – Peso dos prematuros assistidos no Hospital Universitário por ocasião do início da transição por via oral até a alimentação oral total - 09/2003 a 08/2004

Peso (gramas)	Início VO*		VO total**	
	f	%	f	%
1.000 a 1.249	7	6,0	-	-
1.250 a 1.499	27	23,3	1	0,9
1.500 a 1.749	28	24,2	32	27,6
1.750 a 1.999	31	26,7	48	41,4
2.000 a 2.499	18	15,5	25	21,5
2.500 a 2.999	5	4,3	7	6,0
≥ 3.000	-	-	1	0,9
Sem registro	-	-	2	1,7
Total	116	100	116	100

VO - via oral; * Média - 1743g; Mediana - 1725g; ** Média - 1934g; Mediana - 1830g

As vias gástrica e oral simultaneamente (68,9%) predominaram no início da transição, com o leite administrado sobretudo por gavagem. No serviço, há

uma adaptação da técnica que utiliza administração por força de gravidade, pois o leite é administrado por seringa descartável com êmbolo conectado à sonda gástrica, cuja velocidade de infusão é controlada pelo cuidador, complementando a sucção ao seio materno (36,2%) ou copo (19,8%). A sucção ao seio materno, de forma exclusiva ou complementar, foi a opção preferencial para o início desta transição alimentar para a via oral dos prematuros, perfazendo 61,2%. Quanto à administração do leite por copo, em 47,4% dos prematuros, foi utilizada essa técnica alimentar, sendo 35,3% em complementação à gavagem e/ou seio materno (Tabela 3).

Tabela 3 - Vias e técnicas de administração da alimentação láctea no início da transição por via oral em prematuros assistidos no Hospital Universitário - 09/2003 a 08/2004.

Vias	Técnicas	f	%
Gástrica e Oral	Gavagem + SM	42	36,2
	Gavagem + copo	23	19,8
	Gavagem + SM + copo	7	6,0
	Gavagem + mamadeira	7	6,0
	Bomba de infusão + SM	1	0,9
	Bomba de infusão + SM	1	0,9
	SM	9	7,7
	SM + copo	11	9,5
	Copo	14	12,1
	Mamadeira	1	0,9
Total		116	100

SM - seio materno

Durante todo o período de transição, foram utilizadas uma ou mais técnicas de administração do leite. Predominou o uso da gavagem em conjunto com outras técnicas (89,5%), em especial, complementada, pelo seio materno e copo (56,9%). A seguir, a sucção direta no seio materno foi a mais frequente (79,4%), exclusiva ou combinada com todas outras técnicas (Tabela 4).

Tabela 4 – Técnicas de administração do leite durante o período de transição da alimentação dos prematuros assistidos no Hospital Universitário - 09/2003 a 08/2004.

Técnicas	f	%
G + SM + C	66	56,9
G + SM + C + M	5	4,3
G + SM + M	2	1,7
G + C + M	4	3,4
G + C	13	11,2
G + SM	7	6,0
G + M	7	6,0
BI + SM + C	1	0,9
BI + SM + M	1	0,9
SM + C	8	7,0
SM	2	1,7
Total	116	100

G – gavagem; SM - seio materno; C – copo; M - mamadeira ; BI - bomba de infusão

Desde o início da alimentação por via oral até a alimentação oral total, a duração da transição alimentar variou de menos de 1 dia a 47 dias. A moda iniciou a transição já no 1º dia de vida; a mediana foi 5 dias e a média 8,4 dias (Tabela 5). O ganho de peso durante o período de transição da alimentação variou de -140g a 860g, sendo a média de 158g. O ganho de peso diário médio e mediano foi de 25g/dia, variando de -47g a 63g/dia. Destaca-se que parcela significativa desses bebês iniciou a alimentação oral durante o período de perda fisiológica de peso.

Tabela 5 – Duração da transição alimentar dos prematuros assistidos no Hospital Universitário - 09/2003 a 08/2004.

Duração (dias)	f	%
< 1	43	37,1
1 a 5	27	23,3
6 a 10	12	10,3
11 a 15	13	11,2
16 a 20	7	6,0
21 a 25	9	7,8
≥ 26	4	3,4
Sem registro	1	0,9
Total	116	100

Média - 8,4 dias; Mediana - 5 dias

Houve uma correlação negativa entre a idade gestacional ao nascimento e a duração da transição da alimentação láctea, mostrando que os bebês mais imaturos fazem a transição em maior tempo ($p=-0,172$). Encontrou-se também uma correlação negativa entre peso e duração da transição alimentar, ou seja, prematuros com menor peso demoraram mais tempo para conseguir se alimentar exclusivamente por via oral ($p=-0,768$).

DISCUSSÃO

Por ser um Hospital Amigo da Criança, desde 2002, inúmeras estratégias estão implantadas na instituição visando ao incentivo do aleitamento materno; dentre as dirigidas aos bebês prematuros e de baixo peso ao nascer, destacam-se: apoio e orientações ministradas por toda a equipe; atuação articulada com os profissionais de enfermagem do banco de leite humano; permanência materna com o filho; contato pele a pele e o oferecimento de leite materno cru, sempre que possível; uso do copo para complementar a amamentação materna e a proibição de uso indiscriminado de mamadeiras e chupetas.

O início da alimentação oral só quando o prematuro apresenta estabilidade clínica, faz parte do protocolo das unidades neonatais. O começo da alimentação láctea via oral em prematuros também foi influenciada por variações na maturidade e peso, bem como a transição alimentar até conseguirem se alimentar totalmente por via oral.

O início precoce da alimentação enteral é um dos

objetivos da assistência neonatal que está sendo alcançado na instituição em estudo, sendo amplamente recomendado e reflete a filosofia institucional de humanização da assistência e preocupação com a qualidade de vida dos prematuros^(1,7). As vantagens do aleitamento materno para os prematuros, já apontadas anteriormente⁽²⁾, devem ser consideradas, em especial, as condições sociais e psicoemocionais, em razão do duplo risco (biológico e social), ao que está exposto esse segmento populacional em seu processo de crescimento e desenvolvimento⁽⁸⁾. As mães de prematuros necessitam de atenção especial para conseguirem manter a lactação, e a equipe e a família exercem papel fundamental nesse processo⁽⁹⁻¹⁰⁾.

O leite das mães de prematuros produzido nas primeiras quatro semanas de lactação, possui composição diferente do leite de mães de recém-nascidos a termo, com maiores teores de proteínas com funções imunológicas, sódio, cloretos, magnésio, lipídeos, ferro, cobre, zinco, nitrogênio, vitaminas A, D e E, além da menor concentração de lactose⁽²⁾. Na quarta semana de idade pós-natal, o leite de mães de prematuros aproxima-se do a termo⁽¹¹⁾. Desta forma, reforça-se a importância de se oferecer o leite materno o mais precocemente possível ao prematuro.

O início da transição da alimentação láctea tem como componentes chave a condição clínica estável, a habilidade motora oral do bebê, a maturidade do neurodesenvolvimento e as experiências positivas de alimentação⁽¹²⁾. Um instrumento de avaliação da prontidão do prematuro para início da alimentação oral foi desenvolvido e validado em seu conteúdo e aparência⁽¹³⁾ e possui confiabilidade adequada entre observadores⁽¹⁴⁾. O instrumento possui ainda validade clínica, sendo recomendado que o prematuro atinja uma pontuação mínima de 28 pontos, em uma escala que varia de 0 a 36, para iniciar a transição da alimentação oral no seio materno⁽¹⁵⁾. Desta forma, sugere-se que a transição da alimentação gástrica ocorra de forma sistemática, utilizando-se de tal instrumento para indicação objetiva do início da alimentação oral. A vantagem do uso de tal tecnologia consiste no fato desta avaliação englobar vários fatores, como a maturidade, postura e tônus global, a postura e reflexos orais e as habilidades motoras orais (sucção não nutritiva). Tal instrumento ainda não estava em uso na instituição, por ocasião da coleta dos dados, o que pode ter contribuído para o início tardio da transição alimentar por via oral.

A suplementação alimentar com o uso do copo constitui iniciativa recomendada, visando a reduzir as causas de desmame relacionadas ao uso da mamadeira. Trata-se de estratégia difundida mundialmente e também recomendada pela Organização Mundial da Saúde e pela Iniciativa Hospital Amigo da Criança, na última década. O copo é considerado, como método artificial de proporcionar uma alimentação segura ao prematuro, até que esteja forte e maduro o suficiente para o aleitamento materno exclusivo^(3,16). Por outro lado, questiona-se o uso

indiscriminado do copo, pois percebe-se na prática clínica que alguns prematuros apresentam dificuldades na amamentação materna com seu uso prolongado. Além disso, não se sabe os efeitos de seu uso, a longo prazo, no desenvolvimento do sistema estomatognático, oclusão dentária e funções orais.

Com base neste questionamento, acredita-se ser oportuno evitar o uso indiscriminado do copo, sem garantir a amamentação materna, levando a manter alguns prematuros em sonda gástrica por tempo maior para alimentação láctea até que seja possível ter a presença materna na unidade neonatal. A literatura aponta ainda o uso de outras técnicas, como a relactação, translactação ou sonda-peito, sendo métodos alternativos de alimentação do prematuro durante o período de transição, visando à amamentação materna⁽¹⁷⁻¹⁸⁾. Estas técnicas envolvem a sucção direta na mama com participação ativa da mãe no processo de alimentação e cuidado ao prematuro, favorecendo também o vínculo mãe-filho.

Embora a administração do leite exclusivamente por mamadeira não tenha ocorrido entre os prematuros investigados, questiona-se seu uso como técnica suplementar em alguns prematuros, pois foram incluídos na amostra aqueles sem contra indicação do aleitamento materno. De acordo com o protocolo da unidade de cuidado intermediário neonatal, a mamadeira é indicada mediante avaliação do fonoaudiólogo, discutida com a equipe, pelo fato da instituição ter o título de Hospital Amigo da Criança. Neste aspecto, acredita-se que deveriam ser utilizadas técnicas alternativas como as citadas anteriormente para incentivar o aleitamento materno e evitar a confusão de bicos pelos prematuros^(3,17-18).

Quanto à correlação negativa entre o tempo de transição da alimentação, idade gestacional e peso ao nascimento dos prematuros, justifica-se pela sua maior vulnerabilidade, podendo apresentar mais intercorrências clínicas nesse processo. Verificam-se achados semelhantes no estudo em que ocorreu maior risco para o desenvolvimento do sistema motor oral e motor global em prematuros com menor idade gestacional⁽¹⁹⁾.

No estudo anterior realizado com estes mesmos prematuros, mostrou-se que 28,4% deles saíram de alta em aleitamento materno exclusivo, e a maioria (48,3%) em aleitamento materno misto⁽⁴⁾. O fato pode ser atribuído à correlação negativa encontrada entre o tempo de transição da alimentação oral e o peso e idade gestacional dos prematuros, visto que esse tempo de transição aumentado leva a um maior risco de hipogalactia, ansiedade materna e dificuldade em estabelecer o aleitamento materno^(5-6,8). Por outro lado, assinala-se que o local é de referência terciária, portanto, atende clientela de alto risco⁽⁴⁾.

Destaca-se como importante o fato de a sucção ao

seio materno, de forma exclusiva ou complementar, ter sido a opção preferencial para o início da transição alimentar por via oral dos prematuros. A conduta tem auxiliado no aumento do aleitamento materno na alta hospitalar de 76,7%, sendo complementado ou não por fórmula láctea⁽⁴⁾. Por outro lado, acredita-se que a equipe de saúde, especialmente, a enfermagem pelo fato de acompanhar e orientar as mães desses bebês de risco na manutenção da lactação, possa contribuir com a melhoria desses indicadores ao incrementar o método mãe canguru e o manejo da transição alimentar para início mais precoce da via oral em seio materno, com base no uso de instrumento apropriado e de leite materno cru durante a translactação.

O tempo de transição da alimentação gástrica por via oral foi semelhante ao encontrado em outra pesquisa⁽¹⁷⁾, embora as técnicas de alimentação sejam distintas das utilizadas no presente estudo. Embora esses prematuros tenham iniciado a alimentação oral durante o período de perda fisiológica de peso, o ganho mediano diário de peso foi superior ao encontrado pelos autores em três grupos de prematuros: 18g/dia entre os que utilizaram na transição a técnica de relactação; 15g/dia com uso da translactação e 16g/dia naqueles que utilizaram sonda-peito⁽¹⁷⁾. Cabe como ressalva o fato desses grupos de prematuros não serem comparáveis às diferenças metodológicas dos estudos e à prática de utilizar o leite humano fortificado até 40 semanas de idade corrigida na instituição em estudo.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Apesar das limitações do uso de fontes secundárias para estudo desta natureza em razão das lacunas no sistema de registro em prontuários, o estudo possibilitou conhecer como foram realizados o início e a transição da alimentação láctea de prematuros assistidos em um Hospital Amigo da Criança.

A maturidade e o peso ao nascer, além das condições clínicas decorrentes dessas variáveis, podem interferir no processo de transição da alimentação láctea do prematuro. Considerando as vantagens da amamentação materna, sua prática deve ser iniciada o mais precocemente possível nesse segmento populacional de risco. Destaca-se que, para tal, há necessidade do uso de instrumental específico para avaliar a prontidão do prematuro para início da alimentação oral e uma intervenção multiprofissional dirigida não só ao bebê, mas também à mãe e à família.

Estudos futuros devem ser realizados investigando o impacto da forma como se transiciona a alimentação, com base nas técnicas e tipo de aleitamento utilizados no período de transição, seus desdobramentos na evolução dos prematuros e na prevalência do aleitamento materno, contribuindo para elaboração de políticas institucionais e

públicas assistenciais.

CONCLUSÃO

A maturidade e o peso ao nascer, além das condições clínicas decorrentes dessas variáveis, podem interferir no processo de transição da alimentação láctea do prematuro.

Considerando as vantagens da amamentação materna, sua prática deve ser iniciada o mais precocemente possível nesse segmento populacional de risco. Destaca-se que há necessidade do uso de instrumental específico para avaliar a prontidão do prematuro para início da alimentação oral e uma intervenção multiprofissional dirigida não só ao bebê, mas também à mãe e à família.

REFERÊNCIAS

1. Byers JF. Components of developmental care and the evidence for their use in the NICU. MCN Am J Matern Child Nurs. 2003;28(3):174-80; quiz 181-2. Review.
2. Nascimento MBR, Issler H. Breastfeeding: making the difference in the development, health and nutrition of term and preterm newborns. Rev Hosp Clin Fac Med Univ São Paulo. 2003;58(1):49-60.
3. Aquino RR, Osório MM. Alimentação do recém-nascido pré-termo: métodos alternativos de transição da gavagem para o peito materno. Rev Bras Saúde Matern Infant. 2008; 8(1):11-6.
4. Scuchi CGS, Yeza FY, Góes FSN, Fujinaga CI, Ferecini GM, Leite AM. Alimentação láctea e prevalência do aleitamento materno em prematuros durante internação em um hospital amigo da criança de Ribeirão Preto-SP, Brasil. Ciênc Cuid Saúde. 2008;7(2):145-54.
5. Gaíva MAM, Gomes MMF, Scuchi CGS. Aleitamento materno em recém-nascidos internados em UTI neonatal de um Hospital Universitário de Cuiabá-MT. Pediatr Mod. 2000;36(3):119:122:124-120-122-126.
6. Serra SOA, Scuchi CGS. Dificuldades maternas no processo de aleitamento materno de prematuros em uma UTI neonatal. Rev Latinoam Enferm. 2004;12(4):597-605.
7. Aguayo J. Maternal lactation for preterm newborn infants. Early Hum Dev. 2001;65 Suppl:S19-29.
8. Javorski M, Caetano LC, Vasconcelos MGL, Leite AM, Scuchi CGS. As representações sociais do aleitamento materno para mães de prematuros em unidade de cuidado canguru. Rev Latinoam Enferm. 2004;12(6):890-8.
9. Mascarenhas D, Cruz ICF. Aconselhamento para lactação na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal: estudo descritivo. Online Braz J Nurs. 2006;5(2).
10. Ferecini GM, Fonseca LMM, Leite AM, Daré MF, Assis CS, Scuchi CGS. Percepções de mães de prematuros acerca da vivência em um programa educativo. Acta Paul Enferm. 2009;22(3):250-6.
11. Furman L, Kennell J. Breastmilk and skin-to-skin kangaroo care for premature infants. Avoiding bonding failure. Acta Paediatr. 2000;89(11):1280-3. Comment on: Acta Paediatr. 2000;89(11):1358-63.
12. Thoyre SM. Developmental transition from gavage to oral feeding in the preterm infant. Annu Rev Nurs Res. 2003;21:61-92.
13. Fujinaga CI, Scuchi CGS, Santos CB, Zamberlan NE, Leite AM. Validação do conteúdo de um instrumento para avaliação da prontidão do prematuro para início da alimentação oral. Rev Bras Saúde Matern Infant. 2008;8(4):391-9.
14. Fujinaga CI, Zamberlan NE, Rodarte MDO, Scuchi CGS. Confiabilidade do instrumento de avaliação da prontidão do prematuro para alimentação oral. Pró-Fono. 2007;19(2):143-50.
15. Fujinaga CI. Prontidão do prematuro para início da alimentação oral: confiabilidade e validação clínica de um instrumento de avaliação [tese]. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo; 2005. 120 p.
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(2):132-8.
17. de Aquino RR, Osório MM. Relactation, translactation, and breast-orogastric tube as transition methods in feeding preterm babies. J Hum Lact. 2009;25(4):420-6.
18. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Área de Saúde da Criança. Atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso: método canguru: manual do curso. Brasília: Ministério da Saúde; 2002.
19. Castro AG, Lima MC, Aquino RR, Eickmann SH. Desenvolvimento do sistema sensório motor oral e motor global em lactentes pré-termo. Pró-Fono. 2007;19(1):29-38.