

Compreensão da prevalência do uso do leite artificial para recém-nascidos a partir das indicações: um diagnóstico para prevenção

Understanding the prevalence of the use of artificial milk for newborns from indications: a diagnosis for prevention

Comprensión de la prevalencia del uso de leche artificial para recién nacidos a partir de las indicaciones: un diagnóstico para la prevención

Recebido: 06/08/2020 | Revisado: 18/08/2020 | Aceito: 24/08/2020 | Publicado: 29/08/2020

Isabeli Fragoso da Conceição

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-6243-0095>

Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, Brasil

E-mail: isabeli.fragosoc@gmail.com

Cristiane Rodrigues da Rocha

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-5658-0353>

Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, Brasil

E-mail: cristiane.r.rocha@unirio.br

Leila Rangel da Silva

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-1831-0982>

Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, Brasil

E-mail: leila.cuidadocultural@gmail.com

Inês Maria Meneses dos Santos

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-1057-568X>

Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, Brasil

E-mail: inesmeneses@gmail.com

Érica Cruzeiro Moreira

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-8436-5060>

Hospital Infantil Ismélia da Silveira, Brasil

E-mail: erica_cruzeiro@hotmail.com

Selma Villas Boas Teixeira

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-8799-0243>

Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, Brasil

E-mail: selma.villasboas@globo.com

Resumo

Objetivo: Identificar a prevalência do uso do leite artificial em recém-nascidos atendidos em um projeto de extensão universitária; analisar as indicações para o uso do leite artificial; discutir os cuidados necessários ao incentivo, apoio e promoção do aleitamento materno que se aplicam às indicações de uso de leite artificial encontradas. Metodologia: Estudo quantitativo, exploratório, descritivo, realizado de setembro de 2015 a novembro de 2016, por meio da análise dos registros de atendimento prévio sobre amamentação e dos prontuários de 137 binômios internados em um hospital público localizado na cidade do Rio de Janeiro/RJ. A organização e análise foram feitas no *software* Excel, com o embasamento teórico de artigos e manuais de recomendações do Ministério da Saúde, da Organização Pan-Americana da Saúde e Organização Mundial da Saúde. Pesquisa aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, sob nº 1.241.895. Resultados: Foram detectados 28 recém-nascidos em uso de complemento sem proscrição por HIV-positivo, em Unidade Intermediária ou Unidade de Terapia Intensiva. A prevalência do uso do complemento foi de 20,43%. Os motivos das indicações foram: 10,71% condições maternas; 10,71% sem sorologia anti-HIV; 64,28% condições do recém-nascido; e 14,28% por outras condições. Observou-se que, em alguns casos, o uso do leite artificial seria evitável caso a intervenção, na orientação e detecção precoce dos problemas, fosse mais intensa. Conclusão: Com a identificação dos problemas, em tempo oportuno, pode-se traçar um plano de cuidados para a prevenção do uso do leite artificial.

Palavras-chave: Aleitamento materno; Desmame precoce; Recém-nascido; Enfermagem.

Abstract

Objective: To identify the prevalence of the use of artificial milk in newborns treated in a university extension project; analyze the indications for the use of artificial milk; discuss the care actions necessary to encourage, support and promote breastfeeding that apply to the indications found for use of artificial milk. Methodology: Quantitative, exploratory, descriptive study, conducted from September 2015 to November 2016, through the analysis of the records of previous care on breastfeeding and the medical records of 137 binomials admitted to a public hospital located in the city of Rio de Janeiro/RJ. The organization and analysis were performed using Excel software, with the theoretical basis of articles and recommendations manuals from the Ministry of Health, the Pan American Health Organization and the World Health Organization. Research approved by the Research Ethics Committee of the Federal State University of Rio de Janeiro, under No. 1,241,895. Results:

Twenty-eight newborns were detected using milk formula with no HIV-positive impediment, in an Intermediate Unit or Intensive Care Unit. The prevalence of complement use was 20.43%. The reasons for the indications were: 10.71% maternal conditions; 10.71% without HIV serology; 64.28% conditions of the newborn; and 14.28% due to other conditions. It was observed that, in some cases, the use of artificial milk would be avoidable if the intervention, in the orientation and early detection of problems, was more intense. Conclusion: With the identification of problems in a timely manner, a care plan can be drawn up to prevent the use of artificial milk.

Keywords: Breastfeeding; Early weaning; Newborn; Nursing.

Resumen

Objetivo: identificar la prevalencia del uso de leche artificial en recién nacidos atendidos en un proyecto de extensión universitaria; analizar las indicaciones para el uso de leche artificial; analizar los cuidados necesarios para incentivar, apoyar y promover la lactancia materna que se aplican a las indicaciones de uso de leche artificial encontradas. **Metodología:** estudio cuantitativo, exploratorio, descriptivo, realizado entre septiembre de 2015 y noviembre de 2016, mediante el análisis de los registros de cuidados previos sobre la lactancia materna y los registros médicos de 137 binomios ingresados en un hospital público de la ciudad de Rio de Janeiro, RJ. La organización y el análisis se realizaron utilizando el software Excel, con la base teórica de artículos y manuales de recomendaciones del Ministerio de Salud brasileño, la Organización Panamericana de la Salud y la Organización Mundial de la Salud. Investigación aprobada por el Comité de Ética en Investigación de la Universidad Federal del Estado de Rio de Janeiro, bajo el número 1.241.895. **Resultados:** se detectaron 28 recién nacidos que utilizaban un complemento sin prohibiciones por VIH positivo en Unidades de Cuidados Intermedios o de Cuidados Intensivos. La prevalencia del uso del complemento fue del 20,43%. Los motivos de las indicaciones fueron: 10,71% condiciones maternas; 10,71% sin serología anti-VIH; 64,28% condiciones del recién nacido; y 14,28% por otras condiciones. Se observó que, en algunos casos, el uso de leche artificial sería evitable si la intervención, en términos de orientación y detección temprana de problemas, fuera más intensa. **Conclusión:** con la identificación oportuna de problemas es posible elaborar un plan de cuidados para evitar el uso de leche artificial.

Palabras clave: Lactancia materna; Destete precoz; Recién nacido; Enfermería.

1. Introdução

Diante da introdução das fórmulas e redução da prática da amamentação no Brasil até a década de 1970, políticas públicas de saúde foram criadas para promover, proteger e apoiar o aleitamento materno, as quais têm grande influência no aumento dos índices do aleitamento materno até os dias atuais. Em 1981, foi lançado o Programa Nacional de Incentivo ao Aleitamento Materno e, em 1988, foram regulamentadas as Normas Brasileiras de Comercialização de Alimentos para Lactentes, restringindo o *marketing* destes produtos. No início da década de 1990, o Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) e a Organização Mundial da Saúde (OMS) instituíram a Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC), com o objetivo de mobilizar os funcionários dos estabelecimentos de saúde para que mudassem condutas e rotinas responsáveis pelos elevados índices de desmame precoce (Ministério da Saúde, 2016).

Contudo, embora as evidências científicas indiquem que oferecer complemento alimentar aos recém-nascidos menores de seis meses interfere na manutenção do aleitamento materno exclusivo e comprovem a superioridade do leite materno perante os demais tipos de leite (Ministério da Saúde, 2015; Pinheiro, Menêzes, Brito, Melo, Queiroz, & Sureira, 2016), as taxas brasileiras de aleitamento materno ainda estão abaixo das recomendações da OMS.

Em 2014, a Organização Pan-Americana da Saúde apontou em seu estudo que o Brasil ocupou o 10º lugar no índice de amamentação exclusiva comparado aos outros países da América Latina e do Caribe, apresentando taxa de 41% (Organização Pan-Americana da Saúde, 2014). Em última pesquisa divulgada pela OMS em agosto de 2017, o Brasil alcançou taxa de 39% de amamentação exclusiva ao final do 5º mês de vida do recém-nascido (World Health Organization, 2017).

No contexto hospitalar, durante o *round* das atividades teórico-práticas no alojamento conjunto, os profissionais enfermeiros, ao atenderem as puérperas nas primeiras 48 horas de pós-parto e acompanhá-las no puerpério mediato, relatam que muitas nutrizes afirmam não ter leite suficiente para alimentar seu bebê; solicitam complemento ao pediatra no momento da visita; e/ou são encorajadas, durante a visita hospitalar pela mãe, por amigas e vizinhas, a não manter a lactação.

No entanto, esta queixa da falta de leite, que na maior parte das vezes não procede, gera uma prescrição desnecessária do leite artificial que pode reforçar nas puérperas o pensamento de que não serão capazes de amamentar seu bebê, visto que a introdução do complemento acarreta a diminuição da frequência e efetividade da sucção, a redução da

quantidade de leite retirado das mamas e o retardo da produção ou diminuição do volume de leite, podendo desestimular a manutenção do aleitamento materno.

Em vista disso, torna-se claro que a prescrição e o oferecimento de complementos alimentares para recém-nascidos na maternidade pode colaborar para o desmame precoce (Pinheiro et al., 2016), contribuindo para a manutenção dos altos índices de aleitamento artificial e o aumento da mortalidade neonatal.

A partir desta problemática, os objetivos deste estudo foram: identificar a prevalência do uso do leite artificial em recém-nascidos atendidos em um projeto de extensão universitária, analisar as indicações para o uso do leite artificial e discutir os cuidados relacionados ao incentivo, apoio e promoção do aleitamento materno que se aplicam às indicações de uso de leite artificial encontradas.

2. Metodologia

Trata-se de uma pesquisa quantitativa, exploratória e descritiva. A análise documental permitiu a valorização de documentos previamente elaborados – registros dos atendimentos sobre aleitamento materno e prontuários –, como forma de extrair informações e indicações relativas ao objeto de estudo e que ainda não haviam recebido tratamento analítico (Marconi & Lakatos, 2017).

O cenário do estudo foi o alojamento conjunto do Hospital Universitário Gaffrée e Guinle, da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, que está localizado na Zona Norte do município do Rio de Janeiro/RJ, e atende gestantes de risco habitual e alto risco. Neste alojamento, desenvolve-se, desde 2010, o Projeto de Extensão Espaço Educativo para o Cuidado Mãe e Bebê, vinculado ao Departamento de Enfermagem Materno-Infantil da Escola de Enfermagem Alfredo Pinto, onde se desenvolvem, dentre outras ações educativas, a promoção e a proteção ao aleitamento materno.

Para esta pesquisa, a amostra foi por conveniência; foi feita a análise documental dos registros dos 137 atendimentos realizados no período de setembro de 2015 a novembro de 2016. Os critérios de inclusão foram mulheres nutrizas em sistema de alojamento conjunto e sem intercorrências no puerpério imediato; que estivessem amamentando seus filhos; cujos filhos estivessem fazendo uso de complemento. Foram excluídas as puérperas HIV-positivas, devido à contraindicação ao aleitamento materno; cujos recém-nascidos estivessem separados delas, por estarem internados na Unidade Intermediária ou na Unidade de Terapia Intensiva neonatal; cujos recém-nascidos estivessem em amamentação exclusiva. Assim, dos 137

binômios analisados, foram identificados 28 que se enquadravam nos critérios de inclusão para o estudo.

As variáveis observadas nesta pesquisa foram: idade da mãe, escolaridade, número de gestações, realização de pré-natal, orientações sobre amamentação no pré-natal, idade gestacional e peso do recém-nascido ao nascer.

Em relação às justificativas para a indicação do leite artificial, estas foram agrupadas, de acordo com a origem da motivação indicada na ficha de atendimento da mãe e do bebê, em: condições maternas, condições do recém-nascido, condições relativas ao sistema estomatognático do recém-nascido, condições relativas à sorologia materna anti-HIV, e outras condições associadas. As condições dos recém-nascidos foram reagrupadas segundo os diagnósticos de enfermagem, baseados na taxonomia NANDA-cabível.

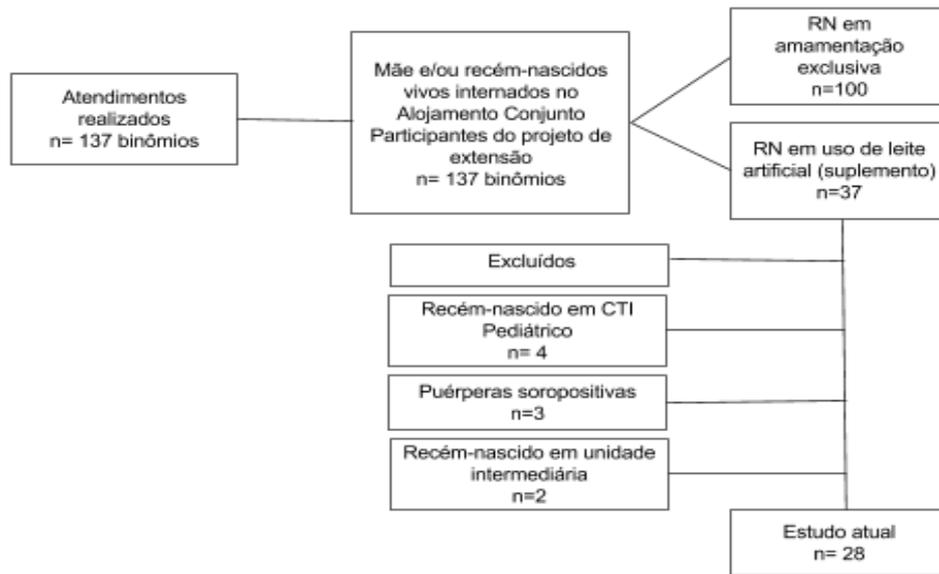
Os dados foram tabulados e analisados com o uso de métodos estatísticos descritivos e organizados de acordo com a distribuição da frequência, com auxílio do *software* Excel 2010, e com base em estudos em língua portuguesa e inglesa dos últimos 10 anos sobre o tema; buscados em fontes científicas (PubMed e SciELO), utilizando os descritores de busca “desmame”, “enfermagem”, “suplementação alimentar”, “aleitamento materno” e “alojamento conjunto”, bem como embasaram esta discussão manuais sobre aleitamento materno, saúde da criança, alojamento conjunto e Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST), aids e hepatites virais do Ministério da Saúde, da Organização Pan-Americana de Saúde e Organização Mundial da Saúde (OMS).

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP-UNIRIO), sob nº 1.241.895, tendo sido atendidas as exigências do Conselho Nacional de Saúde contidas na Resolução nº 466/2012, que trata de pesquisas científicas envolvendo seres humanos.

3. Resultados e Discussão

A Figura 1 demonstra, esquematicamente, a população analisada no estudo, a identificação dos recém-nascidos em uso de leite artificial e a exclusão dos que não se enquadraram nos critérios de inclusão. Nos 14 meses de atendimentos de setembro de 2015 a novembro de 2016, foram atendidos 137 binômios no projeto de extensão do alojamento conjunto. Destes, foram selecionados 28 binômios.

Figura 1 – Representação da seleção dos participantes para a amostra.



Fonte: Autores.

Dos 137 binômios acompanhados, 28 recém-nascidos internados no alojamento conjunto fizeram uso do complemento, portanto a prevalência foi de 20,43% de recém-nascidos em uso de leite artificial.

Na Tabela 1 constam algumas características dos recém-nascidos que estavam em uso de suplemento no alojamento conjunto como: peso ao nascer, idade gestacional e malformação congênita, para observação da influência destas variáveis.

Tabela 1 – Características dos recém-nascidos em uso de suplemento no alojamento conjunto do Hospital Universitário, Rio de Janeiro, Brasil, 2015-2016

Características	Frequência	
	n	%
Peso ao nascer (gramas)		
<= 2500	4	14,28
2501 a 4000	22	78,57
> 4000	2	7,14
Idade gestacional (semanas)		
32-37		
>= 37 e < 42	9	32,15
>=42	19	67,85
	0	0
Malformação congênita		
Sim	1	3,57
Não	27	96,42

Fonte: Autores.

A média do peso ao nascer foi de 3295 gramas; o peso mínimo, 1835 gramas; e o peso

máximo, 4240 gramas. Em sua maioria, os recém-nascidos nasceram a termo (mais de 37 semanas até 41 semanas e 6 dias), sendo a menor idade gestacional de 34 semanas e a maior de 41 semanas e 3 dias. Somente a metade dos recém-nascido avaliados, 14 deles, tinha uma das três variáveis analisadas (baixo peso, prematuridade e malformação) que poderia influenciar, com maior probabilidade, no uso do complemento.

A Tabela 2 aponta algumas características sociais e obstétricas das mães dos recém-nascidos em uso de suplemento.

Tabela 2 – Características de puérperas com filhos recém-nascidos em uso de suplemento no alojamento conjunto do Hospital Universitário, Rio de Janeiro, Brasil, 2015-2016.

Características	Frequência	
	n	%
Idade materna (anos) [n=28]		
=<18	4	14,28
19-29	14	50
30-39	9	32,14
=>40	1	3,57
Escolaridade materna		
Ensino fundamental incompleto	3	10,71
Ensino fundamental completo	2	7,14
Ensino médio incompleto	8	28,57
Ensino médio completo	8	28,57
Ensino superior incompleto	6	21,42
Ensino superior completo	1	3,57
Tipo de parto		
Vaginal		
Cesáreo		
Realizado pré-natal	9	32,14
Sim	19	67,86
Não		
Orientação sobre amamentação no pré-natal		
Sim	28	100
Não	0	0
Paridade		
Primípara		
Múltipara		
	13	46,43
	15	53,57
	18	64,29
	10	35,71

Fonte: Autores.

Houve prevalência de mulheres entre 19 e 29 anos (50%), solteiras, com ensino médio incompleto, que não trabalhavam, e a predominância do tipo de parto foi o cesáreo (67,86%). Todas realizaram o pré-natal, porém 15 (53,57%) não tiveram orientações sobre a amamentação, sendo que 60% eram primíparas.

Vale ressaltar que as primíparas são marcadas pela inexperiência e pela busca da maturidade no que concerne a tornar-se mãe, porém, com o agravamento da deficiência de orientações na assistência pré-natal, seja por desatenção, despreparo ou desvalorização desta

prática pelo profissional, o fato é que elas dão à luz com dúvidas, inclusive relacionadas aos cuidados com as mamas puerperais e à prática da amamentação (Zanatta, Pereira, & Alves, 2017), fazendo com que o enfermeiro que atua nas maternidades necessite de maior tempo de atuação no alojamento conjunto para: realizar o diagnóstico das dificuldades maternas; identificar as dificuldades de amamentação do neonato; e realizar as ações educativas sobre o aleitamento materno, no intuito de ter maior probabilidade de sucesso no aleitamento materno exclusivo e, desse modo, diminuir as ocorrências de complementação com leite artificial por justificativas evitáveis.

Nessa perspectiva, entende-se que o enfermeiro é o profissional responsável pelo plano de cuidados adequado para a amamentação e que sua responsabilidade se inicia no pré-natal para encerrar-se no momento em que a mulher nutriz adquire total segurança na sua capacidade de amamentar exclusivamente seu bebê.

Neste estudo, constatou-se que, embora as mães e recém-nascidos estivessem internados em sistema de alojamento conjunto, mais de 20% dos recém-nascidos estavam em uso de leite artificial durante atendimento. Utiliza-se o alojamento conjunto quando mãe e recém-nascidos são saudáveis, permanecendo juntos 24 horas por dia até o recebimento da alta hospitalar, a fim de propiciar um ambiente acolhedor e de apoio à mulher e seu bebê. Este espaço deve oferecer o cuidado integral, no sentido de atender e manter os processos fisiológicos pertinentes a esta fase, como o processo de lactação. A orientação e o incentivo ao aleitamento materno com avaliação dos riscos para o desmame precoce é essencial neste local (Portaria nº 2.068, 2016).

O tipo de parto também influencia na amamentação, tendo as participantes, em sua maior parte, sido submetidas à cesárea, o que demanda maior atenção dos profissionais de saúde para o estímulo à amamentação o mais precocemente possível (Pinheiro et al., 2016).

Na Tabela 3 agruparam-se as justificativas alegadas pelas mulheres, registradas no atendimento do projeto de extensão e confirmadas pela descrição nos prontuários analisados, que resultaram na indicação do complemento aos 28 recém-nascidos.

Tabela 3 – Classificação do uso de suplemento em recém-nascidos no alojamento conjunto do Hospital Universitário, Rio de Janeiro, Brasil, 2015-2016.

Características	Frequência	
	n	%
Condições maternas		
Hipogalactia	1	3,57
Agalactia	1	3,57
Mastite	1	3,57
Condições relativas à sorologia materna anti-HIV		
Mãe sem resultado anti-HIV	3	10,71
Condições do recém-nascido		
Recém-nascido grande para idade gestacional	2	7,14
Baixo peso ao nascer		
Gemelar	1	3,57
Hipoglicemia	1	3,57
Perda de peso	1	3,57
Dificuldade de pega	2	7,14
Sucção débil	3	10,71
Dificuldade de pega e sucção débil	5	17,85
Fenda palatina	2	7,14
	1	3,57
Outras condições inespecíficas		
Recém-nascido com dificuldade na amamentação	3	10,71
Porque não fica satisfeito	1	3,57

Fonte: Autores.

Assim, a partir dos achados classificados na Tabela 3 e da observação de um número expressivo de possíveis problemas relacionados ao sistema estomatognático (dificuldade de pega, sucção débil, fenda palatina), foram estabelecidas cinco categorias de análise, discutidas na seguinte ordem: condições maternas, condições do recém-nascido, condições relativas ao sistema estomatognático do recém-nascido, condições relativas à sorologia materna anti-HIV e outras condições inespecíficas.

Categoria 1 – Condições maternas

As condições físicas maternas relacionadas foram: hipogalactia, agalactia e mastite, apresentando, cada uma delas, a prevalência de 3,57% das indicações para o uso do complemento.

A hipogalactia é a diminuição da produção do leite materno, podendo chegar à ausência da lactação, ou seja, agalactia. Apesar de pouco notória nesta amostra em comparação com outros estudos (Pinheiro et al., 2016), é conhecida a importância do desmame precoce decorrente da percepção de “pouco leite” e/ou “leite fraco” pela nutriz. Contudo, esta percepção da nutriz pode ser desmistificada com a explicação de que o aumento da produção de colostro suficiente ocorre em média nos primeiros três dias pós-parto,

gradualmente, de modo a adaptar-se à capacidade gástrica do recém-nascido. Com isto, a capacidade reduzida do estômago e a fácil digestão do colostro geram uma maior frequência de solicitação do recém-nascido para mamada, o que faz a mãe confundir com produção insuficiente de leite.

Neste sentido, a prática da ação educativa é vista como muito eficaz para entender as dúvidas das mulheres e trabalhar as inseguranças, para que se possa intervir onde realmente for necessário de modo que a amamentação não seja prejudicada (Rocha, Macedo, Borges, Pinheiro, Santos, Conceição, & Câmara, 2020).

A hipogalactia de fato é geralmente provocada por problemas maternos, como dificuldades psicológicas (ansiedade, estresse etc.), distúrbios alimentares e, principalmente, por erros na técnica de amamentação ou defeito de sucção. Nessas situações, é importante investigar a causa da diminuição ou interrupção da produção do leite materno, orientando sobre a pega e o posicionamento correto, incentivando a continuidade do aleitamento sob demanda livre (frequentes mamadas), alternando os seios para estimular o reflexo de ejeção do leite, o aumento da ingestão hídrica, e sempre promovendo ações que previnam a fadiga, a dor e a ansiedade no puerpério, estimulando o repouso materno e o apoio familiar a esta mulher (Dias, Freitas, Martins, Martins, & Alves, 2016).

Já a mastite é um processo inflamatório, geralmente unilateral, que pode ter origem ou evoluir para uma infecção bacteriana. Ela ocorre mais comumente na segunda e terceira semanas após o parto, mas pode acontecer em qualquer período da amamentação (Ministério da Saúde, 2015). A predisposição à mastite inclui redução súbita no número de mamadas ou quantidades de mamadas menores que a demanda da produção de leite por mamada, não esvaziamento completo das mamas, e separação entre mãe e bebê.

O reconhecimento e o tratamento da mastite devem ser feitos o mais brevemente possível. Quando diagnosticada esta disfunção, cabe ao enfermeiro orientar a puérpera quanto à importância de esvaziar completamente as mamas pelo lactente, posicionando o recém-nascido adequadamente ou, quando não possível, de forma manual (Viduedo, Leite, Monteiro, Rei, & Gomes-Sponholz, 2015).

Nesse sentido, é importante destacar que as atividades de educação em saúde, individuais ou em forma de roda de conversa, nas quais uma mulher ensina outra mulher a partir das suas experiências no processo da amamentação, são de suma importância para que as mulheres sejam orientadas/incentivadas no período gestacional. É durante o puerpério imediato e mediato que o enfermeiro deve estar ao lado da puérpera, apoiando-a, realizando o

exame clínico das mamas e identificando os sinais de alerta que possam levar a complicações das mamas puerperais e, posteriormente, ao desmame precoce.

Categoria 2 – Condições do recém-nascido

Para a organização e discussão desta categoria, ela foi dividida em quatro subcategorias de acordo com os diagnósticos de enfermagem, com base na taxonomia NANDA-I, que tiveram relação com o processo de saúde dos recém-nascidos avaliados neste estudo, a saber: 1) Risco de glicemia instável em razão de ingestão alimentar insuficiente; 2) Nutrição desequilibrada (menor do que as necessidades corporais, resultante de ingestão alimentar insuficiente com consequente perda de peso); 3) Risco de glicemia instável e nutrição desequilibrada: menor do que as necessidades corporais, em decorrência da ingestão alimentar insuficiente; 4) Deglutição prejudicada, concernente a defeitos nas cavidades nasofaríngeas (Herdman, & Kamitsuru, 2015).

As indicações para o uso do complemento em recém-nascido grande para a idade gestacional (GIG) e/ou com hipoglicemia foram atribuídas ao diagnóstico de risco de glicemia instável; baixo peso ao nascer e perda de peso em nutrição desequilibrada (menor do que as necessidades corporais); gemelar em risco de glicemia instável e nutrição desequilibrada (menor do que as necessidades corporais); e fenda palatina em deglutição prejudicada.

Risco de glicemia instável

Os recém-nascidos GIG, que neste estudo eram dois, têm maior risco para a hipoglicemia (Ribeiro, Costa, & Dias, 2017), caracterizada por glicose sanguínea abaixo de 35mg/dl sem sintomas e abaixo de 40mg/dL com sintomas e atribuída a uma rápida queda das concentrações plasmáticas de glicose após o pinçamento do cordão umbilical.

A amamentação frequente, a análise criteriosa da pega e da ingestão do leite posterior durante a mamada podem diminuir as chances da instalação deste quadro. Nesse caso, o uso de complemento em recém-nascidos em hipoglicemia, após tentativas com o leite materno, é aceitável se indicado durante o tratamento (World Health Organization, 2009). No entanto, assim que os níveis de glicose se normalizem, deve-se retornar ao aleitamento materno exclusivo, realizando-se a avaliação dos níveis glicêmicos do recém-nascido até que se tenha certeza de sua estabilidade.

Nutrição desequilibrada: menor do que as necessidades corporais

Após o nascimento, é esperado que ocorra uma perda de peso em todos os recém-nascidos, sendo normal que até o 2º-3º dia de vida a perda de peso gire em torno de 5% a 7% do peso ao nascer, devido à eliminação de líquidos e diminuição de edema. Alguns fatores são conhecidos como de risco e que podem predispor à perda excessiva de peso do neonato, como maior idade materna, excesso de líquido administrado à mãe durante o trabalho de parto e parto cesárea (Mezzacappa & Ferreira, 2016). Este último fator predisponente, o parto cirúrgico, ocorreu na maioria das participantes deste estudo (67,8%), o que pode justificar a perda de peso destes recém-nascidos observada no primeiro dia de vida.

Quando há perda ponderal excessiva do recém-nascido ainda no alojamento, é necessário investigar com maior atenção o comportamento e a percepção da mãe, principalmente dos bebês que já nascem com baixo peso e das primigestas, sobre a amamentação, além de observar a técnica de amamentação utilizada pelo binômio.

É aconselhável orientar a mãe que dê o peito sempre que a criança quiser, ao menos oito vezes ao dia sem predeterminação de horários (livre demanda), reconhecendo os sinais precoces de fome do recém-nascido (movimentos de busca e de mastigação, mover e chupar os punhos, emissão de sons suaves ou inquietude), sem deixar que o recém-nascido chegue ao estresse da fome manifestado pelo choro. Esta prática deve ser orientada antes mesmo de o quadro de perda ponderal excessiva estar instalado, visto que promove uma menor perda do peso inicial do recém-nascido e estimulação precoce da apojadura (Vargas, Vieira, Queiroz, Alves, Aguiar, & Rodrigues, 2016).

Assim, pode-se afirmar que o aconselhamento no aleitamento materno é fundamental de modo que todas as puérperas tenham alta da maternidade com segurança para alimentarem os seus filhos. Para isso, faz-se necessário que o enfermeiro exercite a escuta ativa, realize a observação de mamada como instrumento do seu cuidado, a fim de orientar as mães quanto aos sinais de alerta que o recém-nascido possa apresentar, sem esquecer de ajustar os termos técnicos.

Risco de glicemia instável e nutrição desequilibrada: menor do que as necessidades corporais

As mamas são capazes de responder às demandas nutricionais das crianças, neste sentido, bebês que mamam mais estimulam uma maior produção de leite, assim como as

mulheres que amamentam duas crianças são capazes de produzir mais leite em comparação à mãe que amamenta um único bebê, por isso não há justificativa para introduzir complemento pelo simples fato de ser uma mãe de gêmeos. O aleitamento materno de gêmeos deve ser estimulado sempre que possível logo após o nascimento. Por mais difícil que possa ser, é muito importante que as crianças sejam amamentadas em livre demanda para que ocorra a produção adequada (Ministério da Saúde, 2015).

É um comportamento comum das puérperas mães de gêmeos usar uma das seguintes variações para amamentar: alternância de bebês e mamas a cada mamada, alternância de bebês e mamas a cada 24 horas e escolha de uma mama específica para cada bebê (Ministério da Saúde, 2015). Neste último caso, a mulher deve ser orientada quanto à possibilidade de essas ações ocasionarem diferença no tamanho das mamas, diminuição da produção de leite se uma das crianças não sugar eficientemente, ou recusa do recém-nascido de mamar quando lhe é oferecida a outra mama que não é a sua correspondente.

Nestes casos, a recomendação é que a mãe seja estimulada a observar as eliminações fisiológicas de cada recém-nascido a fim de detectar a ingestão do leite materno menor que as necessidades corporais destes.

Deglutição prejudicada

A deglutição prejudicada pode ser ocasionada pela fenda palatina. No plano de cuidados, devem ser avaliados os aspectos emocionais da mulher, pois é um processo que envolve contato profundo entre mãe e filho, uma vez que lidar com o bebê real, que nasceu com um problema de saúde pode não ser simples, além de ser necessário avaliar as limitações decorrentes da malformação. Neste caso, as limitações para a amamentação se relacionam à impossibilidade anatômica de isolar a cavidade oral, à falta de apoio e estabilização do bico do peito e à posteriorização da língua (Santos, Queiroz Souza, & Coelho, 2016). Assim, a alimentação dos lactentes fissurados é um grande desafio, porém não exclui o aleitamento materno, visto que os reflexos de sucção e deglutição estão preservados.

Algumas recomendações são utilizadas para evitar complicações no processo de alimentação do lactente fissurado como: manter a criança em posição semissentada, para evitar aspiração; fazer pausas durante a mamada, para que a criança eructe; realizar estímulos no lado da fissura por meio do contato com o bico do seio para exercitar a musculatura oral; após as mamadas, colocar a criança em decúbito lateral, diminuindo, assim, o risco de asfixia, pois há risco de refluxo pela narina (Santos et al., 2016).

O fato é que alimentar um recém-nascido com diagnóstico de fenda palatina (malformação) requer uma avaliação cuidadosa de uma equipe multiprofissional – enfermeiros, médicos, fonoaudiólogos, psicólogos – para que a mãe possa estar apta à prática do aleitamento materno com total segurança. Fortalecidas, todas conseguem amamentar seus filhos. Contudo, o cuidado é fundamental nestes casos.

Categoria 3 – Condições relativas ao sistema estomatognático do recém-nascido

Foram 28 indicações para o uso do suplemento; 18 foram das condições relacionadas ao recém-nascido, porém as mais significativas, 14 delas, foram as associadas ao sistema estomatognático do recém-nascido, incluindo dificuldade de pega, sucção débil e pega/sucção inadequada.

Percebe-se, com estes dados, que, apesar de a lactação ser um processo fisiológico normal, é necessário ensinar e assistir tanto o bebê quanto a mãe. Ocorre que a mulher, após o parto, pode estar insegura para amamentar ou não ter o conhecimento adequado, e a criança, embora possa sugar, talvez não consiga mamar de forma correta, principalmente devido ao seu posicionamento.

Há várias posições para amamentar o recém-nascido, porém, independentemente da posição escolhida pela mãe ao amamentar, é necessário respeitar alguns critérios de posicionamento específicos como: bom posicionamento da boca do bebê em relação ao mamilo e à aréola, o corpo da criança deve estar sempre alinhado (pescoço não torcido), inteiramente voltado para a barriga da mãe (sua barriga encostando-se à mãe) e seu corpo bem apoiado (Ministério da Saúde, 2015).

O ingurgitamento mamário traz uma dificuldade na pega pelo aumento e endurecimento das mamas e mamilos; neste caso, é preciso fazer a ordenha manual antes das mamadas, para que fiquem macios e a pega do recém-nascido fique correta (Ferreira, Lima, Coelho, Grilo, & Gonçalves, 2016). Este mamilo macio pode ser evidenciado pelo profissional ou pela mulher quando o dedo polegar e o indicador se tocam sem resistência ao apertar a aréola, como se fosse a boca do recém-nascido; esta verificação antes da mamada evita a dor ao amamentar e as fissuras nos mamilos.

Sabe-se que muitos bebês também desenvolvem dificuldade na pega pelo uso de bicos artificiais (mamadeiras e chupetas), porém esta justificativa é pouco provável neste estudo pela não utilização destes bicos na maternidade. Quando detectada a sua presença no alojamento conjunto, os enfermeiros orientam as mães sobre a importância da sua não

utilização para que a amamentação tenha sucesso. A respeito desta prática, acredita-se que causa uma confusão de bicos, pois o estímulo provocado pela chupeta é diferente do provocado pelo seio materno, ensinando ao lactente o posicionamento inadequado dos seus músculos, língua e maxilar, o que interfere na capacidade de sucção do leite materno, acarretando menor duração do aleitamento materno.

De qualquer forma, quando, por alguma razão, o bebê não está sugando ou a sucção é ineficaz, e a mãe tem o desejo de amamentá-lo, ela deve ser orientada e motivada a estimular a sua mama regularmente por meio de ordenha manual e da ingestão de líquido, garantindo a produção de leite e a sua manutenção até que o recém-nascido seja capaz de sugar e a amamentação se efetive.

Categoria 4 – Condições relativas à sorologia materna anti-HIV

O ingresso da mulher na maternidade representa um momento estratégico para o resgate de informações acerca do período pré-natal. Os testes rápidos devem ser realizados na admissão para o parto e, em último caso, no puerpério, em gestante sem pré-natal, não testada adequadamente durante o pré-natal ou que não dispõe do resultado dos testes (Ministério da Saúde, 2010).

Apesar de no Brasil ser contraindicada a amamentação por mães soropositivas para o vírus da imunodeficiência humana (HIV) devido ao risco de transmissão vertical pelo leite materno, o Ministério da Saúde não recomenda que o profissional de saúde proíba a amamentação em mulheres que não tenham feito o teste durante a gestação ou que, no momento, o resultado esteja indisponível, pois a contraindicação à amamentação só é indicada quando o resultado é conhecido e positivo (Possolli, Carvalho, & Oliveira, 2015). É possível obter os resultados dos testes rápidos em menos de 30 minutos, porém a rapidez do teste não assegura que o resultado esteja disponível à equipe da maternidade e à mulher neste mesmo período, o que retardou o aleitamento materno e motivou a prescrição da suplementação em 10,71% dos recém-nascidos deste estudo.

Assim, é necessário que na admissão seja avaliado o cartão pré-natal, averiguando se os testes para detecção do HIV foram realizados e que prontamente, neste mesmo momento, seja realizado o teste rápido, para que, assim que o bebê nasça, possa usufruir do direito da hora de ouro, que é estar com sua mãe, junto ao seio, no contato pele a pele por pelo menos uma hora.

Categoria 5 – Outras condições inespecíficas

Em três dos registros de atendimento prévio analisados, as dificuldades relatadas não foram específicas, referidas apenas como “dificuldade na amamentação”, sem apontar o problema. Nesse aspecto, é preciso que o profissional de enfermagem realize uma avaliação criteriosa do processo de amamentação, posto que a não identificação do segmento que está sendo realizado de modo inadequado impossibilita a determinação das condutas que visam garantir a eficácia do aleitamento materno.

Outra motivação inespecífica, em apenas um caso, foi a “insatisfação do recém-nascido”. Esta percepção de insatisfação pela puérpera ou pelo profissional pode ser resultado de ações como tentar amamentar a criança em horário bem determinado, estranhar a solicitação frequente do recém-nascido para mamar, não saber que o colostro é suficiente para o recém-nascido nos primeiros dias, trocar a criança de mama antes de esvaziar totalmente a primeira, impossibilitando que a criança ingira a quantidade suficiente da gordura que está no final da mamada.

As indicações para o uso do leite artificial, analisadas neste estudo, que poderiam ser evitadas, leva à reflexão do quanto ainda é necessário instruir as puérperas e a equipe de enfermagem sobre estes fatores, para que não sejam interpretados erroneamente.

4. Considerações Finais

Evidenciou-se neste estudo que algumas indicações para o uso do leite artificial, segundo as justificativas encontradas nos prontuários e registros de atendimento prévio sobre amamentação, teriam sido evitadas por meio de uma avaliação e orientação oportuna da equipe de saúde, o mais precocemente possível – no pré-natal e logo após o nascimento –, em relação às condições das puérperas e dos recém-nascidos, que pudessem dificultar a amamentação, bem como aos exames sorológicos para o vírus da imunodeficiência humana (HIV).

Com a identificação dos problemas em tempo oportuno, a equipe de enfermagem pode traçar um plano de cuidados para a prevenção do uso do leite artificial em casos evitáveis. Neste estudo, pouco mais de 20% dos recém-nascidos estava em uso do complemento, sendo as justificativas mais prevalentes as relacionadas às condições do sistema estomatognático do recém-nascido, problemas que são superáveis e não necessitam de complemento artificial

quando se utiliza a ordenha e a oferta do próprio leite materno até o estabelecimento de uma pega e/ou sucção adequada e efetiva.

A conhecida interferência do uso da fórmula na manutenção do aleitamento materno exclusivo é motivo suficiente para os esforços do enfermeiro e de toda a equipe de saúde para que promovam o aleitamento materno desde a primeira hora de vida até seu estabelecimento seguro, que pode ser observado durante a internação do binômio no alojamento conjunto e acompanhado nas consultas de pós-parto.

Assim, espera-se, com este estudo, contribuir para a conscientização e estímulo à capacitação dos enfermeiros sobre as formas de avaliar os riscos para o uso do complemento em recém-nascidos e realizar um plano de cuidados com uma atuação mais precoce para evitar o uso desnecessário do leite artificial.

Referências

Dias, E. G., Freitas, A. L. S. A., Martins, H. C. S. C., Martins, K. P., & Alves, J. C. S. (2016). Vantagens da amamentação e alterações no estilo de vida da lactante. *Rev. Contexto & Saúde*, 16(31), 25–33. doi: <https://doi.org/10.21527/2176-7114.2016.31.25-33>

Ferreira, G. R., Lima, T. C. F., Coelho, N. M. D., Grilo, P. M. S., & Gonçalves, R. Q. (2016). O papel da enfermagem na orientação do aleitamento materno exclusivo. *Rev. Conexão Eletrônica*, 13(1). Recuperado de http://www.aems.edu.br/conexao/edicaoanterior/Sumario/2016/downloads/1.%20Ci%C3%A4ncias%20Biol%C3%B3gicas%20e%20Ci%C3%A4ncias%20da%20Sa%C3%BAde/070_Inicia%C3%A7%C3%A3o%20-%20O%20Papel%20da%20Enfermagem....pdf

Herdman T. H., & Kamitsuru, S. (org.). (2015). *Diagnósticos de enfermagem da NANDA: Definições e classificação 2015-2017*. Porto Alegre: Artmed.

Marconi, M. A., & Lakatos, E. M. (2017). *Fundamentos de metodologia científica*. (8a ed.). São Paulo: Atlas.

Mezzacappa, M. A., & Ferreira, B. G. (2016). Perda de peso excessiva em recém-nascidos a termo amamentados exclusivamente ao seio materno em um Hospital Amigo da Criança. *Revista Paulista de Pediatria*, 34(3), 281–286. doi:

<https://doi.org/10.1016/j.rppede.2016.03.003>

Ministério da Saúde. (2016). *A legislação e o marketing de produtos que interferem na amamentação: Um guia para o profissional de saúde*. Brasília, DF. Recuperado de http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/legislacao_marketing_plgprodutos_interferem_amamentacao.pdf

Ministério da Saúde. (2010). *Recomendações para profilaxia da transmissão vertical do HIV e terapia antirretroviral em gestantes*. (Série Manuais, n. 46). Brasília, DF. Recuperado de http://www.rio.rj.gov.br/dlstatic/10112/4503084/4114816/consenso_gestantes_2010_vf.pdf

Ministério da Saúde. (2015). *Saúde da criança: Aleitamento materno e alimentação complementar*. (2a ed.). (Cadernos de Atenção Básica; n. 23). Brasília, DF.

Organização Pan-Americana da Saúde. (2014). *Amamentação: Uma questão contemporânea em um mundo globalizado*. (Semana Mundial de Aleitamento Materno, 1 a 7 de agosto de 2014). Recuperado de <https://www.paho.org/bra/images/stories/Documentos2/brief%20report%202014%20portugues.pdf>

Pinheiro, J. M. F., Menêzes T. B., Brito, K. M. F., Melo, A. N. L. de, Queiroz, D. J. M., & Sureira, T. M. (2016). Prevalência e fatores associados à prescrição/solicitação de suplementação alimentar em recém-nascidos. *Rev. Nutr.*, 29(3), 367–375. doi: <https://doi.org/10.1590/1678-98652016000300007>

Portaria nº 2.068, de 21 de outubro de 2016. (2016). Institui diretrizes para a organização da atenção integral e humanizada à mulher e ao recém-nascido no Alojamento Conjunto. Diário Oficial da União. 24 de outubro de 2016; Seção 1. Recuperado de https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2016/prt2068_21_10_2016.html

Possolli, G. T., Carvalho, M. L. de, & Oliveira, M. I. C. de. (2015). HIV testing in the maternity ward and the start of breastfeeding: a survival analysis. *Jornal de Pediatria*, 91(4), 397–404. doi: <https://doi.org/10.1016/j.jpmed.2014.11.004>

Ribeiro, S. P., Costa, R. B., & Dias, C. P. (2017). Macrosomia neonatal: Fatores de risco e

complicações pós-parto. *Nascer e Crescer – Birth and Growth Medical Journal*, 26(1), 21–30. Recuperado de http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0872-07542017000100003&lng=pt&tlng=pt

Rocha, E. M. A., Macedo, L. K. M., Borges, L. V. A., Pinheiro, A. M. C., Santos, R. S., Conceição, H. N., & Câmara, J. T. (2020). Breastfeeding, peaceful and pleasant breastfeeding: an experience report. *Research, Society and Development*, 9(7):1–8, e155974006. doi: <https://doi.org/10.33448/rsd-v9i7.4006>

Santos, A. S. C. M. dos, Queiroz, J. T. S., Souza, M. S. P. de, & Coelho, A. C. do R. (2016). Dificuldades no aleitamento materno em crianças com fissura de lábio e/ou palato. *Revista Recien*, 6(18), 63–70. doi: <https://doi.org/10.24276/rrecien2358-3088.2016.6.18.63-70>

Vargas, P. B., Vieira, B. D. G., Queiroz, A. B. A., Alves, V. H., Aguiar, R. C. B. de, & Rodrigues, D. P. (2016). Experiências de puérperas na identificação de sinais de fome do recém-nascido. *Rev Baiana Enferm.*, 30(1), 335. doi: <http://dx.doi.org/10.18471/rbe.v1i1.12011>

Viduedo A. de F. S., Leite, J. R. de C., Monteiro, J. C. dos S., Rei, M. C. G. dos, & Gomes-Sponholz F. A. (2015). Mastite lactacional grave: Particularidades da internação à alta. *Rev Bras Enferm.*, 68(6), 1116–1121. doi: <https://doi.org/10.1590/0034-7167.2015680617i>

World Health Organization. (2009). *Acceptable medical reasons for use of breast-milk substitutes*. Geneva. Recuperado de http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/69938/1/WHO_FCH_CAH_09.01_eng.pdf

World Health Organization. (2017). *Tracking Progress for breastfeeding policies and programmes*. Geneva. Recuperado de <http://www.who.int/nutrition/publications/infantfeeding/global-bf-scorecard-2017.pdf?ua=1>

Zanatta, E., Pereira, C. R. R., & Alves, A. P. (2017). A experiência da maternidade pela primeira vez: As mudanças vivenciadas no tornar-se mãe. *Pesquisas e Práticas Psicossociais*, 12(3), 1–16. Recuperado de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-89082017000300005&lng=pt&tlng=pt

Porcentagem de contribuição de cada autor no manuscrito

Isabeli Fragoso da Conceição – 30%

Cristiane Rodrigues da Rocha – 30%

Leila Rangel da Silva – 10%

Inês Maria Meneses dos Santos – 10%

Érica Cruzeiro Moreira – 10%

Selma Villas Boas Teixeira – 10%