

Prevalência do aleitamento materno em recém-nascidos de muito baixo peso: método alternativo *versus* tradicional na alimentação

Prevalence of breastfeeding in infants with very low birth weight: alternative method versus traditional feeding

Márcia Bastos Rezende¹, Clarice Ribeiro Soares Araújo², César Coelho Xavier³, Tasso Moraes Santos⁴, Enrico Antônio Colosimo⁵

DOI: 10.5935/2238-3182.20140044

RESUMO

Introdução: a sobrevivência de recém-nascidos pré-termo (RNPT) e de muito baixo peso (MBP) tem sido uma preocupação para os profissionais de saúde. As complicações frequentes aumentam o período de internação e levam ao abandono precoce do aleitamento materno. **Objetivo:** verificar a prevalência do aleitamento materno em RNPT de MBP em duas maternidades da cidade de Belo Horizonte-MG, comparando suas diferentes formas de administrar a dieta via oral: mamadeira ou copo/colher. **Método:** a população estudada constituiu-se de 84 RNPTs com peso ao nascimento inferior a 1.500 gramas, sendo 31 nascidos no Hospital A e 53 no Hospital B, no período de março de 1996 a junho de 1997. O acompanhamento iniciou-se no período hospitalar até a 40ª semana de idade corrigida (IC) e as mães foram contatadas até o 6º mês de IC para informar sobre o aleitamento materno. **Resultados:** os dois hospitais iniciam tardiamente a oferta da dieta via oral, no entanto, o Hospital A, cuja rotina é a prática alternativa do uso do copo/colher com a participação da mãe, parece ter permitido menor permanência hospitalar e também menos peso à alta dos RNPTs de MBP. A prevalência do aleitamento materno nas duas populações é estatisticamente diferente com 40 semanas, dois e quatro meses de IC, sendo maior no Hospital A. **Conclusões:** este estudo pode contribuir para o acúmulo de dados sobre a prevalência do aleitamento materno em RNPT de MBP no Brasil, com a possibilidade de fazer parte de novas pesquisas contando com dados apenas do nosso país.

Palavras-chave: Muito Baixo Peso; Prevalência; Aleitamento Materno; Métodos de Alimentação.

ABSTRACT

Introduction: the survival of preterm newborns (PTNBs) with very low birth weight (LBW) has been a concern for health care professionals. Frequent complications increase the length of hospitalization and lead to premature abandonment of breastfeeding. **Objective:** to verify the prevalence of breastfeeding in PTNBs with LBW in two maternity wards in the city of Belo Horizonte-MG comparing different ways to administer the oral diet: bottle or cup/spoon. **Method:** the studied population consisted of 84 PTNBs with birth weight less than 1,500 grams; 31 born in Hospital A and 53 in Hospital B, between March 1996 and June 1997. The monitoring was from the hospital period to the 40th week of corrected age (CA); mothers were contacted until the 6th month of CA to inform about breastfeeding. **Results:** the two hospitals started offering oral diet belatedly; however, Hospital A with the routine practice of alternative use of cup/spoon with the mother's participation seems to have allowed shorter hospital stay and less weight in PTNBs with LBW at discharge.

Recebido em: 06/03/2012
Aprovado em: 24/04/2014

Instituição:
Universidade Federal de Minas Gerais
Belo Horizonte, MG – Brasil

Autor correspondente:
Clarice Ribeiro Soares Araújo
E-mail: clarice_risoar@yahoo.com.br

The prevalence of breastfeeding in the two populations is statistically different at 40 weeks, and two and four months of CA, being greater in Hospital A. Conclusions: this study may contribute to the accumulation of data on prevalence of breastfeeding in PTNBs with LBW in Brazil, with the possibility to take part in new research with data only from our country.

Key words: Very Low Birth Weight, Prevalence, Breastfeeding, Feeding Methods.

INTRODUÇÃO

Os avanços no cuidado intensivo neonatal tem contribuído para o aumento da sobrevivência de recém-nascidos pré-termo (RNPT) e com peso ao nascimento inferior a 1.500 g, chamados de muito baixo peso (MBP) e com peso inferior a 1.000 g, chamados de extremo baixo peso (EBP). O advento de novas terapias medicamentosas para a gestante e para o recém-nascido, manobras de ventilação mecânica e controle rigoroso de infecções no período pré e pós-neonatal são alguns fatores que podem ser ressaltados.¹

Dados recentes alertam para os riscos de intercorrências aos quais os RNPTs de BP estão sujeitos. A relação mãe-recém-nascido, suporte familiar, condições socioeconômicas, limitações nutricionais durante a internação e após a alta, condições crônicas de saúde e necessidades de internações frequentes nos primeiros anos de vida são condições que podem interferir no ritmo de crescimento e desenvolvimento na fase inicial de vida extrauterina dos RNPTs de MBP e EBP.^{2,3}

A alimentação visa ao suprimento das necessidades nutricionais para o crescimento adequado e também é um processo biopsicossocial complexo que inclui estado de alerta, cognição, desenvolvimento motor e maturação neurológica, além da interação da mãe com o RN, organizando as primeiras relações.⁴ De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), o aleitamento materno é o meio mais natural de alimentar a criança pequena, podendo ser ofertado exclusivamente até os seis meses de idade.^{5,6}

O leite humano (LH) apresenta a melhor adaptação fisiológica para o atendimento das necessidades nutricionais e de modulação imunológica, endócrina, do crescimento e desenvolvimento dessas crianças, não apenas no início da vida pós-natal, mas ao longo do primeiro ano de vida. Essas qualidades do LH adquirem mais importância em se tratando de RNPT, por apresentarem condições iniciais de vida mais vulneráveis.^{6,7} Em muitas maternidades, a rotina é ofertar a dieta a RNPT tão logo seja possível, depen-

dendo da idade gestacional e do peso, iniciando com dieta parenteral, sonda nasogástrica (SNG) e mamadeira, paralela ao início do aleitamento materno.

Poucas vezes a decisão de iniciar o aleitamento materno é em função do amadurecimento da sucção/deglutição e da habilidade de desempenho da mãe. Nessa dinâmica tradicional é ainda pequena a participação da mãe nos cuidados básicos de seu filho no período de internação, especialmente nas unidades de alto e médio riscos. Diversos estudos têm demonstrado a dificuldade que as mães de recém-nascidos pré-termo enfrentam para manter a amamentação, pois grande parte deles permanece no berçário por muito tempo.⁷⁻¹⁰

As condições facilitadoras ao cuidado do RNPT estão relacionadas ao tipo de atenção recebida no serviço de saúde (métodos utilizados no cuidado ao RNPT), ajuda do companheiro e de outros familiares, ajuda de amigos e medidas sociais compensatórias, como ajuda financeira obtida por meio da assistência social para transporte. Esses fatores aparecem como determinantes importantes do nível de participação das mães no cuidado ao RNPT, com consequências para o vínculo, amamentação e saúde da criança.^{9,10}

Além disso, RNPTs frequentemente apresentam retardo no crescimento intrauterino, necessitam de ventilação mecânica e mais tempo de internação, aumentando o risco de alteração ou retardo do início do padrão de sucção-deglutição eficiente para sua alimentação.^{11,12} A rotina dos berçários, em sua maioria, é sair da dieta via enteral para via oral quando o RNPT alcança o peso em torno de 1.500 g e/ou completa 34 semanas de idade gestacional. Este último critério é baseado em pesquisas clássicas da década de 60 como Gryboski,¹³ quando afirma que RNs com menos de 35 semanas possuem imaturidade no padrão de sucção-deglutição, que é caracterizado por uma a 1,5 sucção por minuto e pela falta de sincronia entre sucção e deglutição. Para os autores, o padrão maduro de sucção-deglutição é comum em RNPT acima de 2.100 g e entre a 36ª e 39ª semana de idade gestacional.

Os profissionais de saúde, preocupados com o meio de oferecer a dieta a esses RNs, têm avaliado e sugerido métodos alternativos para alimentá-los, com o objetivo de aumentar a prevalência do aleitamento materno. Na prática clínica em Neonatologia é comum o uso da mamadeira, no entanto, dois renomados grupos de pesquisadores associam o uso da mamadeira nos períodos iniciais da vida de RNPT ao abandono precoce do seio materno.^{14,15} Não há consenso nas revisões sistemáticas da literatura publica-

da recentemente sobre o método mais adequado de alimentação desses bebês.¹⁶⁻¹⁸

O objetivo deste estudo foi verificar a prevalência do aleitamento materno em RNPT de MBP em duas maternidades da cidade de Belo Horizonte-MG, comparando suas diferentes formas de administrar a dieta via oral: mamadeira ou copo/colher.

MÉTODO

Esta investigação foi realizada em duas maternidades de Belo Horizonte, Minas Gerais, o Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais (Hospital A) e a Maternidade Odete Valadares da Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais (Hospital B), que são semelhantes quanto às características socioeconômico e cultural da clientela atendida, serviço de residência médica, serviço de banco de leite e assistência nutricional ao RNPT. Ambas são consideradas referência em excelência na assistência obstétrica e neonatal. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais e pelo Núcleo de Ensino e Pesquisa da Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais (FHEMIG). O que difere nas duas instituições é que no Hospital A, para administrar a dieta, é utilizado copo/colher há mais de três anos, enquanto no Hospital B é utilizada a mamadeira até que o RN possa mamar no seio materno. A rotina do uso do copo/colher tem incluído mais participação da mãe, pois sempre que ela está presente é ela que, após treinamento, oferta a dieta ao seu filho, enquanto o uso da mamadeira é feito exclusivamente pela equipe do berçário no período de internação do RNPT, as mães não podem oferecê-la ao RN.

A população estudada constituiu-se de 84 RNPTs com peso ao nascimento <1.500 g, sendo 31 nascidos no Hospital A e 53 no Hospital B, no período de março de 1996 a junho de 1997. Foram excluídos todos os RNPTs que apresentaram as seguintes condições: infecção sem controle, infecções congênitas, malformações graves, doenças cuja evolução interfira na observação da sucção e deglutição, mãe que por algum motivo declarou que não amamentaria, nascimento múltiplo, óbito da mãe ou da criança durante o estudo, mãe que relatou intenção de doar seu filho.

Os RNs recrutados foram selecionados após a assinatura de sua mãe no termo de consentimento livre e esclarecido, quando também foi feita uma entrevista

acerca das características econômico-sociais da família (Tabela 1). Os dados referentes ao nascimento foram retirados da ficha da sala de parto, modelo do Centro Latino-Americano de Perinatologia (CLAP) devidamente preenchido por profissional habilitado (médico ou enfermeira). As medidas de peso foram feitas em balança eletrônica pediátrica (Filizola *Baby*) conforme sugestões de Meier *et al.*¹⁹ Ao alcançar a estabilidade clínica iniciou-se o acompanhamento do RNPT, que ocorria duas vezes por semana com o objetivo de observar como o RN era alimentado, pois não houve interferência dos pesquisadores na rotina dos berçários. Após alta hospitalar o RN foi acompanhado semanalmente em sistema ambulatorial até completar 40 semanas de idade corrigida (IC), calculada de acordo com os critérios da Sociedade Brasileira de Pediatria. Aos dois, quatro e seis meses as mães foram entrevistadas por meio de cartas, telefonemas ou pessoalmente, quando era interrogada quanto à forma que seu filho estava sendo alimentado.

A idade gestacional foi obtida nas duas instituições, considerando preferencialmente a informação materna acerca da data da última menstruação (DUM), sempre que possível confirmada pelo ultrassom realizado até a 20ª semana de gestação; e se ainda persistisse a incerteza, era feito o exame clínico do RN pelo método Ballard.²⁰

O armazenamento e o cálculo estatístico dos dados foram feitos no *software* Epi-Info 6, utilizando-se o teste t de Student e o χ^2 . Tomou-se como referência o valor de $p \leq 0,05$ como limiar de significância estatística.

RESULTADOS

A Tabela 1 mostra que as características básicas da população nos dois hospitais (A e B) são estatisticamente semelhantes, o que assegura a possibilidade de compará-las.

Observou-se que os dois hospitais iniciam tardiamente a oferta da dieta via oral, no entanto, o Hospital A, cuja rotina é a prática alternativa do uso do copo/colher com a participação da mãe, parece ter permitido menos permanência hospitalar e também menos peso à alta dos RNPTs de MBP (Tabela 2).

A prevalência do aleitamento materno nas duas populações é estatisticamente diferente com 40 semanas, e quatro meses de IC, sendo maior no Hospital A, que utilizou o copo/colher como forma de alimentação, no entanto, essa diferença não foi encontrada aos seis meses de IC.

Tabela 1 - Caracterização da população do Hospital A e do Hospital B

Características	Hospital A (n=31) (X±DP)	Hospital B (n=53) (X±DP)	valor de p
Idade materna (anos)	28,2±5,8	25,5±7,3	0,07
Escolaridade materna (anos)	6,9±3,1	6,7±3,1	0,76
Idade paterna (anos)	31,1±6,3	28,7±7,3	0,13
Escolaridade paterna (anos)	7,0±3,6	6,7±2,9	0,75
Renda familiar (R\$)	471,3±376,5	530,3±769,6	0,71
Experiência anterior em AM (dias)	111,1±244,5	92,7±183,2	0,70
Peso ao nascimento (g)	1195,9±202,2	1239,6±198,8	0,66
IG média ao nascimento (sem)	31,5±2,4	30,5±2,2	0,07
Número de gravidez	(n)	(n)	valor de p
(até 2)	17	32	0,71
(mais de 2)	14	20	
Número de filhos vivos	(n)	(n)	valor de p
(até 2)	24	42	0,93
(mais que 2)	7	10	
Tipo de parto	(n)	(n)	valor de p
(vaginal)	9	22	0,36
(cesárea)	22	31	
Sexo	(n)	(n)	valor de p
Masculino	14	28	0,65
Feminino	17	25	

Tabela 2 - Características clínicas dos RNPTs de MBP do Hospital A e do Hospital B

Características	Hospital A (n=31)	Hospital B (n=53)	valor de p
Início da alimentação via oral (IC)	34,9±1,8	34,7±1,8	0,63
Tempo de internação (dias)	43,3±13,2	50,9±17,8	0,03*
Peso médio na alta hospitalar (g)	1947,7±142,9	2101,7±206,7	0,0007*

*Indica diferença definitiva.

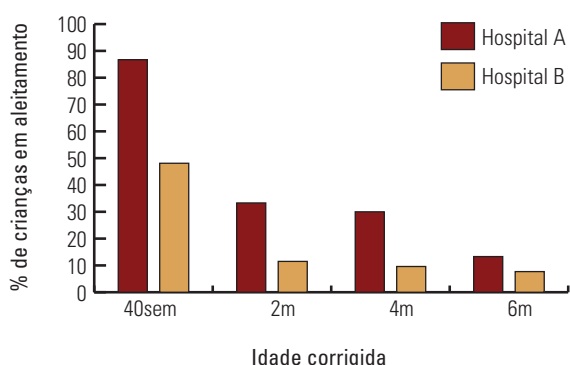


Figura 1 - Prevalência do aleitamento materno em RNPT com peso ao nascimento menor que 1500g do Hospital A e do Hospital B.

Importante observar também que a mudança da técnica de administrar a dieta não modificou o comportamento do crescimento ponderal dos RNPTs com peso ao nascimento inferior a 1.500 g (Figura 02). Esse dado deve ser evidenciado em função da crítica feita pelas usuárias do copo/colher, que observam pequeno volume de leite derramado lateralmente à boca do RNPT na hora da administração da dieta, desta forma, parece que o RN poderia mamar menos se comparado àquele alimentado por mamadeira.

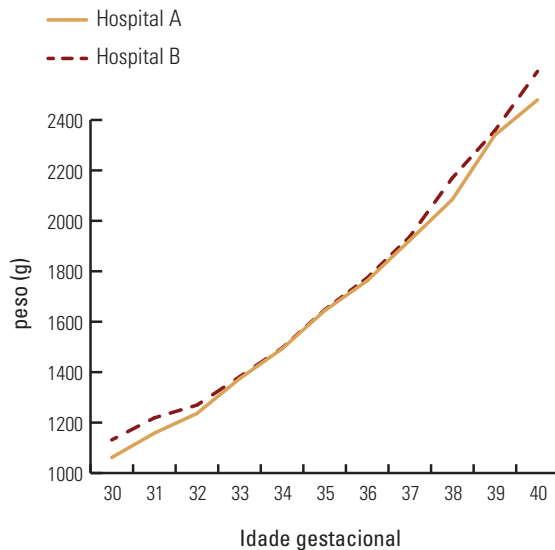


Figura 2 - Peso médio por idade gestacional em RNPT menores de 1500g ao nascimento dos Hospitais A e B.

DISCUSSÃO

Os resultados encontrados mostram que a prevalência do aleitamento materno do 4º mês de IC da população que utilizou a técnica do copo/colher na administração da dieta foi significativamente maior que a população que utilizou mamadeira. Esses achados têm correspondência com aqueles encontrados por Collins *et al.* (2004), que estudaram os efeitos do uso de mamadeira, copo e bico na prevalência do aleitamento materno no momento da alta, aos três e seis meses. Na população estudada por esses pesquisadores (319 RNPTs divididos em grupos e estratificados por IG <28 semanas e 28 < IG <34 semanas), observou-se que a prevalência do AM no momento da alta nos RNPTs alimentados por copo foi estatisticamente maior que para os que foram alimentados por mamadeira.¹⁶

Para o RN ser alimentado por meio desse método não é necessário que ele possua um padrão maduro de sucção, pois ele não precisa sugar, apenas deglutir e respirar. Com a utilização do copo, a pessoa devidamente treinada administra a dieta colocando o leite na boca da criança à medida que ela deglute e respira, ao contrário da mamadeira, quando o leite é introduzido continuamente por estar a favor da força da gravidade.²¹

O fato de o RNPT não necessitar sugar com a utilização do copo, de alguma forma sugere que talvez ele pudesse experimentar dieta via oral mais precocemente e isso interferir favoravelmente na prevalência do aleitamento materno.^{21,22} Nesse caso, o ritmo de deglutição é controlado pelo adulto (mãe ou en-

fermeira), não há necessidade do ótimo amadurecimento do padrão de sucção e, desta forma, o RN poderá experimentar a dieta via oral antes de completar 34 semanas ou 1.500 g.⁷

No entanto, alguns pesquisadores afirmam que nem todos os RNPTs são eleitos para utilizarem o copo e sugerem avaliação do desempenho do RN para assegurar o sucesso da alimentação.^{7,23} Programas de estimulação antes da oferta da dieta via oral parecem favorecer o desempenho do RNPT para sugar.^{11,12}

Lang *et al.*²⁴ descrevem dois padrões de sucção utilizados pelo RN; o primeiro é ao sugar o seio, quando o bebê abre a boca amplamente para acomodá-la à mama e projeta sua língua por cima do lábio inferior, a qual é alojada abaixo da auréola; o segundo é utilizado com a mamadeira, quando o RN suga o bico com a boca parcialmente fechada e a língua tem pouca participação.²⁴ Para esses autores, o predomínio do uso do segundo padrão de sucção, quando o RNPT mama no seio, pode levar à ulceração do mamilo, à diminuição do suprimento de leite e à suspensão da amamentação.²⁴

O copo é um método alternativo que, após sua retirada, produz boa oclusão da boca e padrão de deglutição, se utilizado adequadamente, o que poderia contribuir para o aleitamento materno.^{21,22} Neifert *et al.*¹⁵ sugerem formas alternativas para alimentar RNPT, como o uso do copo/colher, até que o RN evolua no processo de sucção-deglutição e seja capaz de sugar no seio de sua mãe.¹⁵ Musoke²⁵ também acredita que a experiência com o bico na administração da dieta, numa fase precoce do desenvolvimento do padrão de sucção, pode predispor mãe e filho ao risco de gerar o fator de confusão de bico, que é a diferença entre o padrão de sucção utilizado no seio e na mamadeira, podendo levar o RN ao abandono do seio materno.²⁵

O copo é um método alternativo e a criança pode dar seu próprio ritmo, porque o copo é segurado de maneira que o leite só tocará seus lábios e não será introduzido continuamente em sua boca. Assim, o tamanho dos goles só depende da criança, a respiração é mais fácil de ser controlada e o ato de engolir ocorre quando o RN está pronto. Além disso, o método permite o contato do leite com lipases da língua, o que facilita a digestão inicial e favorece o amadurecimento dos sinais de saciedade, diminuindo os vômitos e regurgitações.²⁴

A utilização do copo/colher, além de ser um método não invasivo, simples, prático, efetivo e fisiológico proporciona mais contato mãe-filho durante a alimentação deste e atenção consciente da mãe ao alimentar sua criança, fato que nem sempre se pode

observar na utilização da mamadeira.²⁴ Na dinâmica de utilização da mamadeira, o Hospital B não permite que as mães alimentem seu filho durante o período de internação, pois pode estimular o uso desse recurso após a alta. Para ofertar a dieta com mamadeira não é necessário o contato visual permanente, enquanto que com o copo é essencial, pois é impossível administrar a dieta sem observar o ritmo da criança para que ela possa deglutir e respirar.

Outro aspecto positivo do método copo/colher é que, em função da maior participação e consequente autonomia das mães em cuidar de seu filho e da curva de crescimento ascendente deste (Figura 2), o RNPT pode ir para casa com peso mais baixo, estatisticamente menor que os RNPTs alimentados com mamadeira (Tabela 2).

O uso da técnica do copo/colher na administração da dieta de RNPT com MBP mostrou favorecer a prevalência do aleitamento materno até quatro meses de IC, mas com seis meses a diferença não foi estatisticamente significativa, o que pode ter sido devido à interferência de fatores culturais e socioeconômicos.

O estudo também demonstrou a diminuição do tempo de internação dos RNPTs alimentados com copo. No entanto, Collins *et al.*²¹ observaram que o tempo de permanência dos RNPT alimentados por copo no hospital era mais longo, apesar da diferença entre os grupos não ser estatisticamente significativa.²¹ Apesar dessa contradição, a pesquisa de Collins *et al.*²¹ fornece evidências suficientes para não recomendar o uso da mamadeira na transição da dieta via enteral para oral dos RNPTs.²¹

O presente estudo sugere que a utilização do copo/colher nas maternidades brasileiras poderia contribuir para o aumento da prevalência do aleitamento materno. Atualmente sabe-se que outros programas como o Cuidado Mãe Canguru e os de estimulação da sucção também podem contribuir para o aumento da prevalência do aleitamento materno.^{9,10,11,12}

LIMITAÇÕES E CONSIDERAÇÕES FINAIS

Sabe-se que atualmente existem outros estudos com amostras maiores como o desenvolvido por Collins *et al.*²¹ e Rocha *et al.*²², que sugerem evidências mais robustas sobre o tipo de método para alimentar RNPT, especialmente aqueles de MBP e EBP.^{21,22} Apesar da amostragem pequena, este estudo pode contribuir para o acúmulo de dados sobre a prevalência

do aleitamento materno em RNPT de MBP no Brasil, com a possibilidade de fazer parte, futuramente, de nova revisão da literatura, que conste apenas de dados do nosso país. Além disso, em quase todos os estudos já realizados, inclusive neste, não é calculada a força de associação dos achados.

Espera-se que este estudo tenha contribuições que ultrapassem os âmbitos da pesquisa, chegando à prática de tantos profissionais que buscam meios de melhorar a qualidade da assistência em saúde materno-infantil.

REFERÊNCIAS

1. Cloherty JPE, Eichenwald EC, Satrk AR. Manual de neonatologia. 5ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2005.
2. Wilson-Costello D1, Friedman H, Minich N, Siner B, Taylor G, Schluchter M, *et al.* Improved neurodevelopmental outcomes for extreme low birth weight infants in 2000-2002. *Pediatrics*. 2007 Jan; 119(1):37-45.
3. Rugolo LMSS, Bentlin MR, Rugolo Júnior A, Dalben I, Trindade CEP. Crescimento de prematuros de extremo baixo peso nos primeiros dois anos de vida. *Rev Paul Pediatr*. 2007; 25(2):142-9.
4. Spitz RA. O primeiro ano de vida. 3ª ed. São Paulo: Martins Fontes; 2004.
5. World Health Organization. Breast feeding in the 1990s: review and implications for a global strategy. Geneva: WHO; 1990.
6. Nascimento MBR, Issler H. Aleitamento materno em prematuros: manejo clínico-hospitalar. *J Pediatr (Rio J)*. 2004; 80(5 supl):163-72.
7. Delgado SE, Halpern R. Amamentação de prematuros com menos de 1500 gramas: funcionamento motor-oral e apego. *Pró-Fono Rev Atual Cient*. 2005; 17(2):141-52.
8. Hay WW. Strategies for feeding the preterm infant. *Neonatology*. 2008; 94(4):245-54.
9. Toma TS, Venâncio SI, Andretto DA. Percepção das mães sobre o cuidado do bebê de baixo peso antes e após implantação do método mãe-canguru em hospital público da cidade de São Paulo, Brasil. *Rev Bras Saúde Mater Infant*. 2007; 7(3):297-307.
10. Braga DF, Machado MMT, Bosi MLM. Amamentação exclusiva de recém-nascidos prematuros: percepções e experiências de lactantes usuárias de um serviço público especializado. *Rev Nutr*. 2008; 21(3):293-302.
11. Fucile S, Gisel EG, Lau C. Effect of an oral stimulation program on sucking skill maturation of preterm infants. *Dev Med Child Neurol*. 2005; 47:158-62.
12. Neiva FCB, Leone CR. Efeitos da estimulação da sucção não-nutritiva na idade de início da alimentação via oral em recém-nascidos pré-termo. *Rev Pediatr*. 2007; 25(2): 129-34.
13. Gryboski JD. Suck and swallow in the premature infant. *Pediatrics*. 1969; 43(1):96-102.
14. Cronenwett L, Stukel T, Kearney M, Barrett J, Covington C, Del Monte K, *et al.* Single daily bottle use in the early weeks postpartum and breastfeeding outcomes. *Pediatrics*. 1992; 90(5): 760-66.

15. Neifert M, Lawrence R, Seacat J. Nipple confusion: toward a formal definition. *J Pediatr.* 1995; 126:125-9.
16. Collins CT, Makrides M, Gillis J, McPhee AJ. Avoidance of bottles during establishment of breast feeds in preterm infants (Cochrane Review). *The Cochrane Library.* Issue 4, 2008: Update Software.
17. Pedras CTPA, Pinto EA, Mezzacappa MA. Uso do copo e da mamadeira e o aleitamento materno em recém-nascidos prematuros e a termo: uma revisão sistemática. *Rev Bras Saude Mater Infant.* 2008; 8(2):163-9.
18. Flint A, New K, Davies MW. Cup feeding versus other forms of supplemental enteral feeding for newborn infants unable to fully breastfeed (Cochrane Review). *In: The Cochrane Library,* Issue 4, 2008. Oxford: Update Software.
19. Meier P, Lysakowski TY, Engstrom JL, Kavanaugh KL, Mangurten HH. The accuracy of test weighing for preterm infants. *J Pediatr Gastroenterol Nutr.* 1990; 10: 62-5.
20. Ballard JL, Khoury JC, Wedig K, Wang L, Eilers-Walsman BL, Lipp R. New Ballard score, expanded to include extremely premature infants. *J Pediatr.* 1991; 119(3):417-23.
21. Collins CT, Ryan P, Crowther CA, McPhee AJ, Paterson S, Hiller JE. Effects of bottles, cups, and dummies on breast feeding in preterm infants: a randomized controlled trial. *BMJ.* 2004; 329:193-8.
22. Rocha NMN, Martinez FE, Jorge SM. Cup or bottle for preterm infants: effects on oxygen saturation, weight gain, and breastfeeding. *J Hum Lact.* 2002; 18(2):132-8.
23. Fujinaga CI, Zamberlan NE, Rodarte MDO, Scochi CGS. Confiabilidade do instrumento de avaliação da prontidão do prematuro para alimentação oral. *Pró-Fono Rev Atual Cient.* 2007; 19(2):143-50.
24. Lang S, Lawrence CJ, Le Orme R. Cup feeding: an alternative method of infant feeding. *Arch Dis Child.* 1994; 71:365-9.
25. Musoke RN. Breastfeeding promotion: feeding the low birth weight infant. *Int J Gynecol Obstet.* 1990; 31:57-9.