

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS
FACULDADE DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

LUCYANA SILVA LUZ

**INCIDÊNCIA E FATORES PREDITIVOS DA INTERRUPÇÃO DE
ALEITAMENTO MATERNO EXCLUSIVO EM PREMATUROS**

GOIÂNIA, 2016

TERMO DE CIÊNCIA E DE AUTORIZAÇÃO PARA DISPONIBILIZAR AS TESES E DISSERTAÇÕES ELETRÔNICAS NA BIBLIOTECA DIGITAL DA UFG

Na qualidade de titular dos direitos de autor, autorizo a Universidade Federal de Goiás (UFG) a disponibilizar, gratuitamente, por meio da Biblioteca Digital de Teses e Dissertações (BDTD/UFG), regulamentada pela Resolução CEPEC nº 832/2007, sem ressarcimento dos direitos autorais, de acordo com a Lei nº 9610/98, o documento conforme permissões assinaladas abaixo, para fins de leitura, impressão e/ou *download*, a título de divulgação da produção científica brasileira, a partir desta data.

1. Identificação do material bibliográfico: **Dissertação** **Tese**

2. Identificação da Tese ou Dissertação

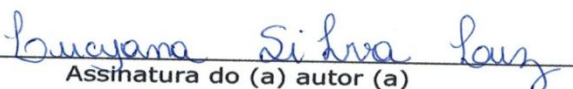
Nome completo do autor: Lucyana Silva Luz

Título do trabalho: Incidência e fatores preditivos da interrupção de aleitamento materno exclusivo em prematuros

3. Informações de acesso ao documento:

Concorda com a liberação total do documento SIM NÃO¹

Havendo concordância com a disponibilização eletrônica, torna-se imprescindível o envio do(s) arquivo(s) em formato digital PDF da tese ou dissertação.


Assinatura do (a) autor (a)

Data: 31 / 08 / 2016.

¹ Neste caso o documento será embargado por até um ano a partir da data de defesa. A extensão deste prazo suscita justificativa junto à coordenação do curso. Os dados do documento não serão disponibilizados durante o período de embargo.

LUCYANA SILVA LUZ

**INCIDÊNCIA E FATORES PREDITIVOS DA INTERRUPÇÃO DE
ALEITAMENTO MATERNO EXCLUSIVO EM PREMATUROS**

*Dissertação de Mestrado apresentada ao
Programa de Pós-Graduação da Faculdade de
Enfermagem da Universidade Federal de Goiás
para a obtenção do título de Mestre em
Enfermagem*

Área de concentração: Cuidado humanizado e desenvolvimental ao recém-nascido e família.

Linha de pesquisa: Fundamentação teórica, metodológica e tecnológica para o cuidar em saúde e enfermagem.

Orientador: Thaíla Corrêa Castral.

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor, através do
Programa de Geração Automática do Sistema de Bibliotecas da UFG.

Luz, Lucyana Silva

Incidência e fatores preditivos da interrupção de aleitamento
materno exclusivo em prematuros [manuscrito] / Lucyana Silva Luz. -
2016.

XC, 90 f.

Orientador: Profa. Dra. Thaila Corrêa Castral.

Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal de Goiás,
Faculdade de Enfermagem (FEN), Programa de Pós-Graduação em
Enfermagem, Goiânia, 2016.

Anexos. Apêndice.

Inclui siglas, tabelas, lista de figuras, lista de tabelas.

1. amamentação, prematuro, enfermagem neonatal. I. Castral,
Thaila Corrêa, orient. II. Título.

CDU 616-083

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

ATA DE DEFESA DE DISSERTAÇÃO DE MESTRADO DE LUCYANA SILVA LUZ. Aos quinze dias do mês de abril de dois mil e dezesseis (15/04/2016), às 09h30 min, reuniram-se os componentes da Banca Examinadora: **Profa. Dra. Thaíla Corrêa Castral, Profa. Dra. Carmen Gracinda Silvan Scochi, Profa. Dra. Ruth Minamisava**, sob a presidência da primeira, em sessão pública realizada no Auditório da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Goiás, para procederem à avaliação da defesa de Dissertação intitulada **INCIDÊNCIA E FATORES PREDITIVOS DA INTERRUPÇÃO DE ALEITAMENTO MATERNO EXCLUSIVO EM PREMATUROS**, em nível de **Mestrado**, área de concentração em **A ENFERMAGEM NO CUIDADO À SAUDE HUMANA**, de autoria de **Lucyana Silva Luz**, discente do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Goiás. A sessão foi aberta pela presidente da **Banca Examinadora: Profa. Dra. Thaíla Corrêa Castral**, que fez a apresentação formal dos membros da Banca. A seguir, a palavra foi concedida à autora da Dissertação que, em 40 minutos, fez a apresentação de seu trabalho. Logo em seguida, cada membro da Banca arguiu a examinada, tendo-se adotado o sistema de diálogo sequencial. Terminada a fase de arguição, procedeu-se à avaliação da defesa. Tendo em vista o que consta no Regulamento do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, a Dissertação foi **APROVADA**, por unanimidade, considerando-se integralmente cumprido este requisito para fins de obtenção do título de **MESTRE EM ENFERMAGEM**, área de concentração em **A ENFERMAGEM NO CUIDADO À SAUDE HUMANA** pela Universidade Federal de Goiás. A conclusão do curso dar-se-á quando da entrega, na secretaria do programa, da versão definitiva da dissertação, com as correções solicitadas pela Banca e com o comprovante de envio de artigo científico, oriundo desta Dissertação para publicação em periódicos de circulação nacional e ou internacional. Cumpridas as formalidades de pauta, às 12h30min, a presidência da mesa encerrou esta sessão de defesa de Dissertação de Mestrado e, para constar eu, Mayana Paula de Souza Santos, secretária do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, lavrei esta ata que depois de lida e aprovada, será assinada pelos membros da Banca Examinadora em quatro vias de igual teor.

Thaíla Corrêa Castral

Profa. Dra. Thaíla Corrêa Castral

Presidente da Banca e Orientadora – FEN-UFG

Carmen Gracinda Silvan Scochi

Profa. Dra. Carmen Gracinda Silvan Scochi

Membro efetivo, externo ao Programa – EERP-USP

Ruth Minamisava

Profa. Dra. Ruth Minamisava

Membro efetivo, interno ao Programa – FEN-UFG

Agradecimentos

Agradeço primeiramente a Deus porque me capacitou nesta caminhada, me iluminando e dando forças durante todo o trajeto. Acredito que as coisas acontecem por sua vontade e agradeço infinitamente os planos que Deus tem em minha vida!

À minha orientadora Dra. Thaila Corrêa Castral, que com competência, apoio e paciência, me guiou e ensinou o caminho para ser mestre. Obrigada por investir o seu tempo em mim!

Ao meu esposo, meu Amor, Guilherme, que não se importou com a minha ausência e que por vezes se privou de compromissos para me apoiar nesta jornada. Obrigada por torcer por mim e estar sempre ao meu lado!

Aos meus pais que com esforços desmedidos sempre fizeram tudo pela minha formação, me forneceram a estrutura que eu precisava para chegar até aqui! Obrigada pelos incentivos ao longo da minha vida, considero o título de mestre como sendo de vocês também! Amo vocês!

A minha irmã, incomparável, Laryssa, que sempre acreditou em mim e me apoiou nos momentos difíceis!

Ao grupo de pesquisa GESMAC, que me proporcionou estrutura para a realização deste trabalho!

Às professoras Dra. Ana Karina Marques Salge Mendonça e Dra Ruth Minamisawa, pelas contribuições que enriqueceram este estudo durante toda a minha pré-qualificação!

Ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) em parceria com a Fundação Bill e Melinda Gates e Ministério da Saúde que financiaram este projeto.

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (Capes) pela a bolsa de estudos concedida durante o desenvolvimento desse trabalho.

Agradeço a todos amigos que incentivaram e torceram por mim, em especial a Romilda que me auxiliou durante todo trabalho e a Júnnia que sempre esteve ao meu lado.

À todos prematuros que fizeram parte deste estudo e a instituição que permitiu que o mesmo acontecesse. Obrigada!

À toda equipe extraordinária de docentes do Programa de Pós-Graduação da Faculdade de Enfermagem, por compartilharem seus conhecimentos e pela amizade!

Sumário

LISTA DE ILUSTRAÇÕES.....	7
LISTA DE TABELAS.....	8
LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS.....	9
RESUMO.....	10
ABSTRACT.....	11
RESUMEN.....	12
1.INTRODUÇÃO.....	13
2. OBJETIVO GERAL.....	16
2.1 Objetivos Específicos.....	16
3.REFERENCIAL TEÓRICO.....	17
3.1. Prematuridade.....	17
3.2- Aleitamento Materno.....	23
3.3-Aleitamento materno no contexto do prematuro.....	31
4.METODOLOGIA.....	37
4.1-Tipo do estudo.....	37
4.2 Local do estudo.....	38
4.3- Amostra, recrutamento e seguimento.....	38
4.4 Critérios de inclusão e exclusão.....	39
4.5.2 Variáveis de exposição.....	41
4.6 Coleta de dados.....	43
4.7- Análise dos dados.....	44
4.8-Aspectos Éticos.....	45
4.9-Financiamento.....	45
5.RESULTADOS.....	46
6. DISCUSSÃO.....	54
7.CONCLUSÃO.....	67
8. REFERÊNCIAS.....	68
APÊNDICE 2.....	86
ANEXO 1.....	90

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1: Fluxograma de recrutamento e seguimento do estudo-----	39
Quadro 1: Variáveis maternas e neonatais de exposição do estudo-----	40

LISTA DE TABELAS

Tabela 1. Distribuição das características das mães e dos prematuros relacionadas à gestação, nascimento e hospitalização. Goiânia, 2015.-----	46
Tabela 2: Características da alimentação do prematuro desde o nascimento até 15 dias após a alta hospitalar, no domicílio. Goiânia, 2015.-----	48
Tabela 3: Análise univariada da associação das variáveis de exposição maternas e neonatais com a interrupção do aleitamento materno exclusivo no domicílio. Goiânia, 2015-----	50
Tabela 4: Modelo da análise multivariada da associação das variáveis de exposição maternas e neonatais com a interrupção do aleitamento materno exclusivo no retorno domicílio. Goiânia, 2015-----	52

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ANVISA- Agência Nacional de Vigilância Sanitária

AME-Aleitamento Materno Exclusivo

CNES-Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde

FIOCRUZ- Fundação Oswaldo Cruz

IAHC-Iniciativa Hospital Amigo da Criança

IHAC-neo- Iniciativa Hospital Amigo da Criança para Unidades Neonatais

MC- Método Canguru

NBCAL- Norma Brasileira de Comercialização de Alimentos para Lactentes

NIDCAP- Neonatal Individualized Developmental Care Assessment Program

PT- Prematuro

OMS – Organização Mundial de Saúde

SINASC- Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos

UCIN- Unidade de Cuidados Intermediários Neonatais

UNICEF- Fundo das Nações Unidas para Infância

UTIN- Unidade de Terapia Intensiva Neonatal

WHO- World Health Organization

RESUMO

LUZ, L. S. **INCIDÊNCIA E FATORES PREDITIVOS DA INTERRUÇÃO DE ALEITAMENTO MATERNO EXCLUSIVO EM PREMATUROS.** [dissertação] Goiânia: Faculdade de Enfermagem/ Universidade Federal de Goiás (UFG); 2016.

A prematuridade é uma das principais causas de mortalidade e morbidade infantil associada a condições perinatais, sendo responsável pela maioria das mortes neonatais no Brasil. O Aleitamento Materno Exclusivo (AME) é uma das principais intervenções para redução das mortes neonatais, sendo recomendado o início precoce e a manutenção do AME até os seis meses de idade. No entanto, amamentar um prematuro (PT) é um desafio diante da sua imaturidade fisiológica e biológica, a saúde instável, e a própria hospitalização. A taxa de AME é baixa entre os PT, sendo frequente o desmame precoce. É importante conhecer os fatores que contribuem para esta situação. Assim, este estudo avaliou a incidência do AME e fatores de risco associados à interrupção de AME em PT após 15 dias da alta hospitalar. Trata-se de uma coorte prospectiva realizada em uma maternidade pública de Goiás com 113 PT admitidos na unidade neonatal. Os dados sobre a alimentação do PT, desde o nascimento até 15 dias a alta hospitalar, foram coletados no prontuário do PT e entrevista com a mãe utilizando um questionário semiestruturado. Considerou-se como desfecho a interrupção do AME do PT 15 dias após a alta hospitalar e foram testadas diversas variáveis de exposição maternas e neonatais. A análise quantitativa dos dados de gestação, nascimento e condições de saúde do PT foi feita por meio de estatística descritiva. O efeito das variáveis de exposição maternas e neonatais na variável de desfecho foi avaliado por meio do modelo de regressão de COX. As variáveis que apresentaram significância estatística ($p < 0,10$) na análise univariada foram incluídas no modelo de regressão multivariada *backward*. As variáveis significantes no modelo ($p < 0,05$) foram interpretadas pela razão de risco (Hazard Risk – HR) e o respectivo intervalo de confiança de 95%. A incidência de AME foi de 81,4% na alta hospitalar e 66,4% 15 dias após a alta hospitalar. Na análise univariada, as variáveis: problemas com as mamas, gestação dupla, idade gestacional ao nascer, peso ao nascer, tempo de internação, tempo de ventilação, e amamentação eficaz na primeira semana de vida foram estatisticamente significantes. Na análise multivariada, as variáveis gestação dupla, tempo de ventilação e peso ao nascer se mostraram estatisticamente significativas. Verifica-se uma queda de 15% na incidência de AME após a alta hospitalar. O risco de interrupção de AME no domicílio é maior quando o PT nasce de gestação dupla, e quanto menor o peso do PT ao nascer. Por outro lado, o risco de interrupção do AME no domicílio é menor quanto menor o tempo em ventilação mecânica. É necessária a implementação de ações pela equipe multiprofissional que promovam o início precoce e manutenção do AME durante a hospitalização em unidade neonatal, bem como articulação dessas ações com a atenção básica e políticas públicas para aumentar a taxa de AME desde o nascimento até os seis meses de vida.

Palavras-chaves: amamentação, prematuro, enfermagem neonatal.

ABSTRACT

LUZ, L. S. **INCIDENCE AND PREDICTIVE FACTORS OF EXCLUSIVE BREASTFEEDING INTERRUPTION IN PREMATURE INFANTS.** [dissertation] Goiânia: Nursing Faculty/ Federal University of Goiás (UFG); 2016.

Prematurity is one of the main causes of infant mortality and morbidity associated with perinatal conditions, being responsible for the majority of neonatal deaths in Brazil. Exclusive Breastfeeding (EBF) is one of the main interventions for neonatal deaths reduction, being recommended for early start and keeping until six months of age. However, breastfeeding a premature infant (PT) is a challenge given its physiological and biological immaturity, unstable health and hospitalization. EBF level is low among PT and early weaning is frequent. It is important to know the factors that contribute to this circumstance. Thus, this study assessed EBF incidence and associated risk factors for EBF interruption in PT after 15 days of hospital discharge. It is a prospective cohort accomplished in a public maternity of Goiás with 113 PT admitted in the neonatal unit. Data about PT feeding, since birth until 15 days after hospital discharge, were collected from PT's medical chart and interview with the mother using a semi-structured questionnaire. EBF interruption of PT 15 days after hospital discharge was considered as the outcome variable and several maternal and neonatal exposure variables were tested. Data quantitative analysis of PT's gestation, birth and health conditions was done through descriptive statistics. Maternal and neonatal exposure effects on the outcome variable were evaluated through COX regression model. Variables that presented statistical significance ($p < 0.10$) in the univariate analysis were included in the backward multivariate regression model. Significant variables in the model ($p < 0.05$) were interpreted by the hazard ratio (Hazard Risk – HR) and the respective 95% confidence interval. EBF incidence was 81.4% in hospital discharge and 66.4% 15 days after hospital discharge. In the univariate analysis, variables: breast problems, double pregnancy, gestational age at birth, birth weight, admittance time, ventilation time and effective breastfeeding in the first week of life were statistically significant. In the multivariate analysis, variables double gestation, ventilation time and birth weight were statistically significant. A 15% decrease in EBF incidence can be verified 15 days after hospital discharge. EBF interruption risk at home is higher when PT is born from double pregnancy and the lower the PT's birth weight. On the other side, EBF interruption risk at home is lower the lower the mechanic ventilation time. The implementation of actions is necessary by a multi-professional staff that promotes early start and keeping of EBF during hospitalization in the neonatal unit, as well as the articulation of these actions with basic care and public policies to increase EBF levels from birth up to six months of life.

Keywords: breastfeeding, premature, neonatal nursing.

RESUMEN

LUZ, L. S. **INCIDENCIA Y FACTORES PREDICTIVOS DE LA INTERRUPCIÓN DE LA LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA EN NIÑOS PREMATUROS.** [tesis] Goiânia: Colegio de enfermería de la Universidad de Federal Goiás (UFG); 2016.

La prematuridad es la principal causa de mortalidad y morbilidad infantil asociadas con afecciones perinatales, siendo responsable de la mayoría de las muertes neonatales en Brasil. Lactancia materna exclusiva (LME) es una de las intervenciones claves para reducir las muertes neonatales y recomiendase su inicio temprano y mantenimiento hasta los 6 meses de edad. Sin embargo, la lactancia materna a un prematuro (PT) es un reto debido a su inmadurez fisiológica y biológica, salud inestable y hospitalización. El nivel de LME es bajo entre los PT, siendo frecuente destete temprano. Es importante conocer los factores que contribuyen a esta situación. Por lo tanto, este estudio evaluó la incidencia de LME y de factores de riesgo asociados con la interrupción de LME en 15 días después del alta hospitalaria. Es una cohorte prospectiva en una maternidad pública de Goiás con 113 PT ingresados en la unidad neonatal. Los datos sobre la nutrición del PT, desde el nacimiento hasta los 15 días del alta hospitalaria fueron recogidos en la ficha médica de los PT y con una entrevista con la madre mediante un cuestionario semiestructurado. Fue considerado como variable resultante la interrupción de LME de lo PT 15 días después de la alta hospitalaria y fueron probadas varias variables de la exposición materna y neonatal. El análisis cuantitativo de los datos de embarazo, parto y condiciones de salud del PT se realizó usando estadística descriptiva. Se evaluó el efecto de las variables de exposición materna y neonatal en la variable de resultado a través del modelo de regresión de COX. Las variables que mostraron significación estadística ($p < 0.10$) en el análisis univariado fueron incluidas en el modelo de regresión multivariante *backward*. Las variables significativas en el modelo ($p < 0.05$) fueron interpretadas por razón de riesgo (Hazard Risk-HR) y su respectivo intervalo de confianza de 95%. La incidencia de LME fue de 81.4% en el alta hospitalaria y 66.4% 15 días después del alta hospitalaria. En el análisis univariado, las variables: problemas con los senos, embarazo doble, edad gestacional, peso al nacer, duración de la estancia, tiempo de ventilación y lactancia materna efectiva en la primera semana de vida fueron estadísticamente significativas. En análisis multivariante, las variables doble gestación, tiempo de ventilación y peso al nacer fueron estadísticamente significativas. Hay una caída de 15% en la incidencia de LME después de alta hospitalaria. El riesgo de interrupción del LME en el hogar es mayor cuando el PT nace de embarazo doble y cuanto más pequeño peso del PT en el nacimiento. Por otro lado, el riesgo de interrupción del amor en casa es menor cuanto menor sea el tiempo en ventilación mecánica. Hay una necesidad de la implementación de acciones por un equipo multidisciplinario para promover el inicio temprano y el mantenimiento del LME durante la hospitalización en la unidad neonatal, así como la articulación de estas acciones con la atención básica y las políticas públicas para aumentar el nivel de LME desde el nacimiento a los seis meses de vida. Palabras clave: lactancia, lactantes prematuros, enfermería neonatal.

1.INTRODUÇÃO

A prematuridade configura-se como uma das principais causas de mortalidade e morbidade infantil associada a condições perinatais no Brasil, sendo responsável por 45% das mortes entre os recém-nascidos. O Brasil é um dos dez países responsáveis por 60% dos nascimentos prematuros do mundo, com mais de 250.000 nascimentos prematuros em 2010 (WHO, 2012). Em todo o mundo estima-se que 11,1% de todos os nascidos vivos em 2010 nasceram prematuros (BLENCOWE et al, 2012; BLENCOWE et al., 2013).

O Aleitamento Materno Exclusivo (AME) é uma das principais intervenções para redução das mortes neonatais (WHO, 2008). É um método eficaz e de baixo custo que propicia o contato e o fortalecimento de vínculo entre o binômio mãe-recém-nascido (WHO, 2008). O leite materno é a melhor escolha para o recém-nascido, pois oferece todos nutrientes necessários para o crescimento e desenvolvimento neonatal (WHO, 2008, MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2009).

Amamentar um prematuro (PT) (idade gestacional < 37 semanas) constitui-se como um processo difícil, devido às condições instáveis e a imaturidade fisiológica próprias desta população (RODRIGUES et al., 2013). Além disso, algumas condições influenciam e complicam o início e manutenção de AME em PT, tais como as condições psicológicas maternas e a assistência inadequada para promoção e apoio da amamentação pelos profissionais de saúde (DEMARI et al., 2011).

Um estudo realizado para estimar a prevalência de AME em 93 PT e 93 recém-nascidos termos, verificou que 61,6% desses recém-nascidos foram desmamados com menos de 180 dias, sendo o baixo peso ao nascer uma das variáveis associadas ao desmame precoce (SILVA; GUEDES, 2013).

Na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN), altamente tecnológica e especializada, o AME se torna um recurso imprescindível para o aumento da sobrevivência do PT hospitalizado (PEREIRA et al., 2013), assim como outras estratégias importantes, tal como o corticosteroide antenatal, surfactante exógeno, manejo ventilatório e suporte nutricional adequado (LIMA et al., 2006; CARVALHO et al., 2007; PRIGENZI et al., 2008; MIRANDA et al., 2010).

Todavia, mães de PT podem experimentar sentimentos diversos enquanto seus filhos estão internados em ambiente hospitalar, tais como: decepção, frustração, medo, insegurança, alegria, amor, tristeza, carinho, culpa, superação, dedicação, paciência, dificuldade e responsabilidade; e alguns desses sentimentos podem contribuir para o desmame (DAVIM et al., 2010; BOTELHO et. al., 2012). Por exemplo, um estudo com objetivo de conhecer os sentimentos de mães em alojamento conjunto ao amamentarem seus PT concluiu que estas mães relataram não serem capazes de amamentar seus PT imediatamente após o parto devido uma grande variedade de sentimentos, dentre estes a dor (51,5%), culpa (42,5%), decepção (18,0%) e frustração (12,0%) (DAVIM et al., 2010).

Estas mães ainda estão expostas a fatores estressores oriundos do ambiente hospitalar, tal como ruído intenso, luminosidade, equipamentos diversos, e pessoas desconhecidas (CRUZ et al., 2010). A falta de promoção do vínculo entre mãe-filho e família pelos profissionais de saúde na unidade neonatal caracteriza-se como outro fator que contribui para o desmame precoce de um PT (DEMARI et al, 2011).

Nesse sentido, a assistência de enfermagem humanizada e qualificada é essencial para a promoção do AME em PT hospitalizados, pois garante melhoria do cuidado prestado (SILVA; ARAÚJO; TEXEIRA, 2012). No entanto, apesar das políticas e dos programas para humanização do cuidado, estudos apontam que a assistência prestada pelo profissional de enfermagem ainda prioriza a abordagem tecnicista (ARAÚJO; RODRIGUES, 2010; SILVA; ARAÚJO; TEXEIRA, 2012).

Particularmente relacionado ao aleitamento materno, existem diversas ações e políticas nacionais e internacionais para a promoção, proteção e apoio ao AME. Dentre essas políticas, destaca-se historicamente no mundo a Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC), criada em 1990 pela Organização Mundial de Saúde (OMS) e Fundo das Nações Unidas para Infância (UNICEF), que tem como meta promover, proteger e apoiar o aleitamento materno, com recomendações denominadas “Dez Passos para o Sucesso do Aleitamento Materno” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011).

Estudos apontam melhorias nas práticas de aleitamento materno em hospitais com o título “Amigo da Criança”. Em uma revisão de literatura foram encontrados 35 estudos que investigaram os benefícios do título “Amigo da Criança”, sendo demonstrado que as mudanças nas práticas hospitalares, tendo como base

os “10 Passos para o Sucesso da Amamentação” da IHAC, aumentaram a prevalência do aleitamento materno nestas unidades (FIGUEREDO; MATTAR; ABRÃO, 2012).

Apesar da evidente contribuição da IAHC para o aumento do AME em recém-nascidos, esta iniciativa foi originalmente concebida para encorajar o AME em recém-nascidos a termo saudáveis em maternidades, sendo insuficiente para atender às necessidades e a complexidade do processo de amamentar os PT hospitalizados. Desta forma, a IHAC original foi adaptada ao contexto do PT hospitalizado em unidade neonatal por um grupo de pesquisadores e profissionais da saúde dos países nórdicos e do Canadá, denominada Iniciativa Hospital Amigo da Criança para Unidades Neonatais (IHAC-neo). Esta iniciativa é voltada para atender as complexidades de amamentar um PT e oferecer um ambiente de apoio aos familiares, a fim de envolvê-los no tratamento e nos cuidados prestados (NYQVIST et al., 2012).

A fim de implementar ações bem-sucedidas para promoção e apoio ao AME em unidades neonatais, tal como a IHAC-neo, é preciso o conhecimento dos fatores que contribuem para o início e a manutenção do AME, bem como para a sua interrupção em PT.

As investigações epidemiológicas dos indicadores de AME em PT são escassas na literatura científica no Brasil (estudos menores), principalmente no que diz respeito à incidência de AME após a alta hospitalar; e um diagnóstico deste cenário é fundamental para a definição de ações e programas para promoção e apoio ao AME nesta população vulnerável.

Nesse sentido, o conhecimento das taxas do AME no momento da alta hospitalar e em casa, bem como os fatores associados que favorecem ou dificultam esta prática, poderão subsidiar ações futuras, tal como a IHAC-neo, para promoção, proteção e apoio do AME pela enfermagem em unidade neonatal, além da articulação com a rede básica de saúde para a manutenção do AME até os seis meses de idade.

Diante dos benefícios e importância do AME para os PT, questionamos a situação atual dos indicadores de aleitamento materno em PT na alta hospitalar de uma maternidade pública de Goiânia, e após 15 dias de alta hospitalar, bem como quais os fatores de risco que contribuem para a interrupção do AME após a alta hospitalar.

2. OBJETIVO GERAL

Avaliar a incidência do AME e fatores de risco associados à interrupção de AME em PT após 15 dias da alta hospitalar.

2.1 Objetivos Específicos

- Estimar a incidência de AME no PT na alta hospitalar e após 15 dias da alta hospitalar.
- Caracterizar a alimentação do PT desde o nascimento até os 15 dias após a alta hospitalar.
- Verificar os fatores preditores maternos e neonatais que influenciam na interrupção do AME após 15 dias da alta hospitalar.

3.REFERENCIAL TEÓRICO

3.1. Prematuridade

Espera-se que uma gestação seja uma passagem saudável na vida de uma mulher e recém-nascido, porém nem sempre essa situação desejável acontece, pois alguns fatores podem contribuir para que o nascimento do futuro bebê seja prematuro. Define-se como PT todos os bebês nascidos vivos com idade inferior a 37 semanas de gestação (WHO, 2012). O grau de prematuridade classifica-se a partir da idade gestacional, sendo estes classificados em prematuridade extrema (inferior a 28 semanas de idade gestacional), prematuridade moderada (28 semanas a 31 semanas) e prematuridade limítrofe (32 a 37 semanas) (WHO, 2012).

Anualmente nascem 15 milhões de PT em todo o mundo, destes nascimentos, 80% ocorrem entre 32-37 semanas de gestação, e mais de 1 milhão de crianças morrem a cada ano devido a complicações de parto prematuro. O sul da Ásia e África subsaariana representam metade dos nascimentos do mundo, mais de 60% dos PT de todo o mundo e mais de 80% dos 1,1 milhões de mortes devido a complicações no parto prematuro. Outros 11 países têm taxas estimadas de parto prematuro de 15% ou mais, com destaque para Malawi, Congo, Comores, Zimbábue, Guiné equatorial, Moçambique, Gabão, Paquistão, Indonésia, Mauritânia e Botsuana (WHO, 2012).

Já no Brasil, em um Consolidado do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC), realizado em 2011, verificou-se o aumento da prematuridade em todas as regiões brasileiras. O percentual de nascidos vivos com duração da gestação inferior a 37 semanas apresentou grandes variações entre os anos de 2010 a 2011 no país. A região Norte lidera a mudança de perfil com aumento na taxa de prematuridade, passando de 5,5% para 10%, seguida pela região Nordeste, que passou de 6% para 10,5%, e a região Centro-Oeste com aumento de 6,8% para 10% no percentual de prematuridade (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013a).

Em 2013 verificamos que as taxas de nascimentos PT continuam aumentando em todo o país. Na região Norte a taxa de prematuridade foi de 12,1%,

na região Nordeste de 11,3%, na região Sudeste 11,6%, na região Sul de 10,9% e na região Centro-Oeste 10,9%. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2015a).

O Brasil possui uma elevada taxa de nascimentos prematuros. Em um relato da OMS o Brasil foi classificado como um dos dez países com maior número de nascimentos prematuros, com taxa de 9,2% em 2010, juntamente com outros países como Índia, China, Nigéria, Paquistão, Indonésia, Estados Unidos, Bangladesh, Filipinas, Congo; estes 10 países representam 60% de todos os nascimentos prematuros do mundo (WHO, 2012). Esses números elevados são preocupantes visto que a prematuridade é uma das principais causas de mortalidade e morbidade infantil associada a condições perinatais no Brasil, sendo responsável por 45% das mortes entre os recém-nascidos (WHO, 2012).

Um estudo multicêntrico estimou a prevalência de nascimentos prematuros em 20 hospitais referência do Brasil (2 Sul, 7 Nordeste, e 11 Sudeste) no período de abril de 2011 a julho de 2012. A prevalência geral de partos prematuros foi de 12,3%, variando entre 14,7% no Nordeste e 11,1 no Sudeste. Destes, a maioria (64,6%) foi espontâneo, e ocorreram entre 32 e 36 semanas de idade gestacional (79,0%) (PASSINI et al., 2014).

O crescimento do número de partos prematuros no Brasil, bem como em todo o mundo, aumenta a preocupação com a sobrevivência desses bebês, principalmente os mais imaturos.

Uma coorte prospectiva realizada na região Centro-Oeste do Brasil avaliou a sobrevivência e complicações associadas à prematuridade em 198 PT com menos de 32 semanas até 28 dias pós-natal. A sobrevivência da coorte estudada foi de 73,2% que, segundo os próprios autores, é inferior ao de outras coortes internacionais (89,5%). Ao realizar a análise segundo a idade gestacional, a sobrevivência foi de 52,5% entre 25 a 27 semanas de gestação; 67,4% entre 28 a 29 semanas de gestação; e 88,5% entre 30 a 31 semanas de gestação. A partir da 26ª semana e peso >700 g, a sobrevivência foi superior a 50%. (CASTRO, RUGOLO, MARGOTTO, 2012).

Algumas circunstâncias maternas e fetais aumentam a probabilidade para que o nascimento de prematuro, tais como: uso de drogas, anomalias uterinas, trauma, atividade física aumentada, infecções maternas, crescimento intrauterino restrito, situações de alto estresse, cirurgias, insuficiência istmo-cervical, síndrome antifosfolípide, miomas, história materna de um ou mais abortos espontâneos no segundo trimestre (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010b), violência doméstica (SENA et

al., 2012), multiparidade (PAULUCCI et al., 2011; WHO, 2012), intervalo interpartal reduzido (PAULUCCI et al., 2011), desnutrição (PAULUCCI et al., 2011; MARTINS et al., 2011), gestações múltiplas (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010b; WHO, 2012), tabagismo (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010b; PAULUCCI et al., 2011), idade materna, ausência ou baixa adesão às consultas de pré-natal (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010b; PAULUCCI et al., 2011; MARTINS et al., 2011), baixo nível socioeconômico (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010b; PAULUCCI et al., 2011; MARTINS et al., 2011; WHO, 2012) e descolamento de placenta, polihidrânio, rotura prematura de membranas e anomalias congênitas (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010b).

O PT pode apresentar complicações devido às condições clínicas instáveis e imaturidade fisiológica, estando sujeito a vários agravos de saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012a). Dentre as principais complicações relacionadas à prematuridade estão a, doença da membrana hialina e a retinopatia da prematuridade (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011c, MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012a), enterocolite necrosante e sepse, (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011c; PICCOLI et al. 2012). A presença destas condições clínicas, associada à menor idade gestacional e ao uso de leite artificial pode dificultar o estabelecimento do aleitamento materno em PT (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011c).

A retinopatia da prematuridade é um agravo que acomete PT e trata-se de uma vasculopatia proliferativa que pode levar a diminuição da acuidade visual ou até mesmo a cegueira (TOMÉ et al., 2011). Sabe-se que sua etiologia é multifatorial, mas que está ligada principalmente ao uso inadequado ou prolongado de oxigênio suplementar (SHINSATO et al., 2010; TOMÉ et al., 2011; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012a; ALMEIDA et al., 2012).

Alguns estudos apontam para a alta incidência de retinopatia da prematuridade no Brasil. Em Santa Catarina um trabalho mostrou que 42,4% dos PT desenvolveram retinopatia da prematuridade entre 2010 e 2011 (ALMEIDA et al., 2012). Outro estudo em Porto Alegre-RS demonstrou que 111 (23,8%) PT desenvolveram a retinopatia da prematuridade, sendo que 24 (5,1%) desenvolveram a forma mais grave (FILHO et al., 2010).

Ao analisar o tipo e a frequência de diagnóstico ocular dos recém-nascidos atendidos no ambulatório, Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal (UCIN) e UTIN das maternidades públicas estaduais de Manaus-AM, Júnior (2010) verificou

que dos 2.129 casos de recém-nascidos com alterações oculares, 69,8% apresentavam retinopatia da prematuridade. Um trabalho prospectivo realizado por Shinsato et al. (2010) determinaram a frequência de retinopatia da prematuridade no Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, os resultados indicaram a frequência de retinopatia da prematuridade de 35,7% entre os PT estudados.

A enterocolite necrosante é doença que pode ocorrer em PT e que pode acarretar intenso processo inflamatório e grande penetração bacteriana da parede intestinal (BRAGA et al., 2012; VIEIRA et al., 2013). Sabe-se que os fatores de risco referem-se à prematuridade, baixo peso ao nascer, asfixia/apneia, sepse, choque, ventilação mecânica, comorbidades concomitantes, uso de indometacina e surfactante (ROCHA; SILVA, 2011). Esta doença afeta o trato gastrintestinal e envolve distúrbios que vão de lesões hipóxicas-isquêmicas do intestino, imaturidade fisiológica do trato gastrointestinal, edema e até ulcerações e infecções causadas por alterações da microbiota intestinal, que culminam em necrose de mucosa e de parede intestinal (NEVES; MENDES; NEVES, 2009; STENGER et al., 2011; BERNARDO et al., 2013).

Um estudo realizado na região central do Brasil para avaliar a sobrevida e complicações associadas à prematuridade em recém-nascidos com menos de 32 semanas, demonstrou que 15,2% dos PT com idade gestacional entre 25 a < 28 semanas apresentaram quadro de enterocolite necrosante, 16,3% entre 28 a <30 semanas e 8,3% entre 30 a <32 semanas também tiveram a doença (CASTRO et al., 2012). Em um trabalho realizado na região nordeste do Brasil, 55 dos 1028 recém-nascidos (5,3%) tiveram enterocolite necrosante no período de 2003 a 2007 (BRAGA et al., 2012).

A sepse neonatal é um dos agravos responsáveis por elevadas taxas de morbidade e mortalidade em todo mundo (GRANZOTTO et al., 2013). Caracteriza-se por uma síndrome da resposta inflamatória sistêmica, que precede o choque séptico (SILVEIRA; GIACOMIN; PROCIANOY, 2015). Os fatores predisponentes para sepse neonatal se diferem em relação ao tipo de sepse. Sabe-se que a sepse neonatal precoce está relacionada a fatores gestacionais e/ou intraparto, e que no caso da sepse neonatal tardia está relacionada a circunstâncias pós-natais e procedimentos que ocorrem no ambiente hospitalar (CAMPOS et al., 2010; SILVEIRA; PROCIANOY, 2012; GRANZOTTO et al., 2013).

A sepse foi uma das complicações mais frequente em PT e recém-nascidos de baixo peso durante um estudo realizado em uma UTIN de um hospital público do Rio Grande do Sul, sendo que dos 153 recém-nascidos participantes do estudo, 137 (89,4%) apresentaram sepse precoce e 108 (70,5%) apresentaram o quadro de sepse tardia (PICCOLI et al., 2012).

A doença da membrana hialina é outra complicação da prematuridade caracterizada por dificuldade respiratória grave e tem como principal causa a deficiência de surfactante alveolar associada à imaturidade fisiológica pulmonar, frequentemente encontrada em PT (SILVA et al., 2009a; SANTANA et al., 2010; CORREA et al., 2012; NASCIMENTO et al., 2013). Sendo que PT pequenos para a idade gestacional apresentam uma maior incidência de doença da membrana hialina (MENA et al. 2011)

O surfactante é responsável por manter os alvéolos expandidos (REBELLO, 2012; JÚNIOR et al., 2014). A deficiência de surfactante causa um aumento na tensão pulmonar, esta tensão aumentada propicia uma força de colapamento alveolar e consequente atelectasia (REBELLO, 2012; JÚNIOR et al., 2014).

Atualmente corticosteroides e surfactantes são utilizados para prevenção e tratamento da doença da membrana hialina. O uso de corticosteróide se mostra eficaz na eminência de parto pré-termo, pois auxilia na redução das complicações respiratórias (VINAGRE; MARBA, 2010). O corticoesteróide promove desenvolvimento estrutural com diferenciação celular e condensação do mesênquima, estimula a formação e a secreção de surfactante e eleva a complacência e o volume pulmonar (VINAGRE; MARBA, 2010). Evidências apontam para a diminuição de 40 a 60% da doença da membrana hialina em recém-nascidos entre 28 a 34 semanas, e com melhores resultados em pacientes que fizeram uso de corticosteróide em período anterior ao nascimento (BITTAR; FONSECA, ZUGAIB, 2010).

Além disso, a utilização de surfactante contribui para a melhora da função pulmonar e evolução positiva do quadro. O tratamento com surfactante pode variar de profilático a terapêutico (REBELLO, 2012). O tratamento profilático consiste em intubação e administração do surfactante para recém-nascidos com risco de desenvolver a doença, já o tratamento terapêutico é instituído após o diagnóstico de doença da membrana hialina (REBELLO, 2012). Vale lembrar que o tratamento

desta patologia é também baseado no uso de ventilação mecânica e surfactante, que visa aliviar facilitar as trocas gasosas (JÚNIOR et al., 2014).

O PT ainda está sujeito a agravos futuros advindos da prematuridade na infância, adolescência e vida adulta, como hipertensão arterial (COELLI et al., 2011), obesidade, doenças cardiovasculares, dislipidemia e resistência à insulina (DALZIEL et al., 2007; SIPOLA-LEPPÄNEN et al., 2014).

Apesar das complicações expostas associadas à prematuridade, grandes são os esforços para que a mortalidade diminua. Neste sentido, os avanços tecnológicos e científicos que modernizaram e melhoraram a assistência em UTIN contribuíram para o aumento da sobrevivência de PT (CHAGAS et al., 2009).

Além da recuperação biológica, a assistência ao PT deve ter como foco a proteção ao neurodesenvolvimento (SANTOS, 2011). Neste contexto, o *Neonatal Individualized Developmental Care Assessment Program* – NIDCAP (Programa de Avaliação e Cuidados Centrados no Desenvolvimento Individualizado do Recém-Nascido) propõe uma série de medidas e intervenções que permitem a formulação de um plano de cuidados que interferem no ambiente hospitalar a fim de garantir melhores resultados fisiológicos, comportamentais, neurológicos e clínicos dos recém-nascidos (SANTOS, 2011). Trata-se de uma nova abordagem de cuidado que consiste em observar as variadas reações dos recém-nascidos ante e após os procedimentos, com objetivo de reduzir os estímulos estressores relacionados ao ambiente e intervenções, a fim de proporcionar um ambiente estável para os recém-nascidos (GASPARDO; MARTINEZ; LINHARES, 2010; SALGADO et al., 2011).

Desta forma, o enfermeiro assume o papel de elaborar práticas e procedimentos que minimizam a redução de dor e favoreçam o desenvolvimento neuropsicomotor adequado (PACHECO et al., 2012; SANTOS et al., 2012a).

A enfermagem tem papel importante nos cuidados prestados aos PT hospitalizados. Neste sentido, é importante compreender o PT como um paciente que possui singularidades e individualidades, e incluir a família para garantir a qualidade do cuidado prestado (MELO; SOUSA; PAULA, 2013). Cabe a equipe de enfermagem acolher os pais, informar e orientar quanto ao estado e cuidados do PT, de forma que a família se sinta envolvida, humanizando assim o cuidado prestado (NASCIMENTO et al., 2013).

A assistência de enfermagem na UTIN requer uma prática voltada para cuidados especializados e humanizados (ZEN; CHECETTO, 2008). É necessário

que estudos que abordem a enfermagem voltada para assistência do PT, a fim de assegurar a participação ativa dos pais no cuidado (ZEN; CHECETTO, 2008).

3.2- Aleitamento Materno

A amamentação no Brasil é uma prática antiga relatada há alguns séculos. Relatos remetem a amamentação em tribos indígenas nos séculos XVI e XVII (PRIORE, BASSANEZI, 1997). Os séculos XVII e XVIII foram marcados pelo surgimento das ama-de-leite, que consistiam em mulheres de baixa renda que eram responsáveis por amamentar filhos de mulheres da alta burguesia e até mesmo da nobreza (MOREIRA; LOPES, 2007).

No entanto, foi no século XVIII que a taxa de mortalidade infantil alcançou seu auge devido às condições precárias de saneamento e higiene em que viviam as amas-de-leite (MOREIRA; LOPES, 2007). Nesta época, a Igreja Católica passou a estimular a amamentação para fortalecer o vínculo mãe e filho a fim de diminuir os óbitos ocorridos (MOREIRA; LOPES, 2007). Nos séculos XIX e XX houve declínio do AME devido a industrialização de leites artificiais e a entrada substancial de mulheres no mercado de trabalho (MOREIRA; LOPES, 2007).

Atualmente, o AME consiste em uma intervenção de baixo custo que previne e diminui as taxas de mortalidade infantil em todo mundo, além de favorecer o vínculo entre mãe e filho e melhorar a saúde e o desenvolvimento do lactente (WHO, 2008).

O AME é caracterizado pela oferta exclusiva de leite humano ao recém-nascido, ou seja, o recém-nascido não recebe fontes alimentares sólidas e nem fontes alimentares líquidas, com exceção de medicamentos, suplementos minerais, vitaminas e soluções de reidratação oral (WHO, 2008). Recomenda-se o AME até os seis meses de idade, e o aleitamento materno complementar até dois anos de idade, que consiste em oferecer, além do leite materno, outras fontes alimentares sólidas e semissólidas com intuito de complementar a dieta (WHO, 2008).

Pode-se ainda classificar o aleitamento materno em aleitamento materno predominante, aleitamento materno e o aleitamento materno misto ou parcial (WHO, 2008). O aleitamento materno predominante ocorre quando, além do leite materno, o recém-nascido recebe água ou bebidas à base de água como suco, infusões e chás (WHO, 2008). O aleitamento materno é quando o recém-nascido recebe leite materno (direto do peito ou ordenhado), independentemente de receber ou não outros alimentos, e o aleitamento misto ou parcial decorre da introdução de outros tipos de leite, além do materno (WHO, 2008).

As condições próprias dos recém-nascidos contribuem para a existência de infecções nos primeiros seis meses de vida e isto ocorre devido à falta de maturidade fisiológica e imunológica e a maior permeabilidade intestinal presentes nos mesmos (PASSANHA, CERVATO-MANCUSO; SILVA et al., 2010). O leite humano é o alimento ideal, por ser um alimento complexo composto de nutrientes adequados que melhoram a saúde dos recém-nascidos e contribuem, conseqüentemente, para o crescimento e desenvolvimento dos lactentes (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2009b).

A amamentação oferece diversos benefícios para lactantes e lactentes. Amamentar um recém-nascido contribui para diminuição de hemorragia pós-parto, auxilia a reduzir o peso ganho na gestação, fortalece o vínculo mãe-filho, diminui o risco para câncer de mama e reduz o Índice de Massa Corporal (GRADIM et al., 2011; BOBROW et al., 2013).

Dentre as vantagens para a saúde do recém-nascido estão: diminuição das taxas de mortalidade; proteção contra infecções respiratórias, gastrointestinais, de ouvido e pulmão; diminuição de hipotermia; favorecimento do desenvolvimento da musculatura orofacial; menor risco de alergia (TOMA; REA, 2008; GASPARIN; TELES; ARAÚJO, 2010; ROCHELLE et al., 2010; SOUZA et al., 2012). Ainda, uma pesquisa com mulheres lactantes brasileiras sugere que o leite materno possui anticorpos que podem potencialmente proteger os lactentes contra as infecções pelo rotavírus do sorotipo G9P (SANTOS et al., 2013).

Amamentar um recém-nascido pode também contribuir para a prevenção de agravos futuros. Recém-nascidos amamentados apresentam na infância menor média de pressão arterial e de níveis de colesterol, menor prevalência de sobrepeso/obesidade e diabetes tipo 2 (WHO, 2007).

Em um estudo de metanálise o aleitamento materno contribuiu para uma redução de 12-36% nas mortes em recém-nascidos. Além disso, o aleitamento materno contribuiu para uma redução de 58% na taxa de enterocolite necrotizante, ofereceu uma proteção para metade dos episódios de diarreia e um terço das infecções respiratórias, reduziu a chance de otite média entre 0,67 a 1,21%, e asma em 9%. Em longo prazo, a amamentação foi associada a uma redução de 26% na chance de sobrepeso ou obesidade, em 35% a chance de diabetes tipo 2, e em 19% de leucemia na infância. Ainda, o aleitamento materno foi associado a um melhor desempenho no teste de inteligência em crianças e adolescentes, e maior ganho salarial na vida adulta (VICTORA et al., 2016).

O conhecimento das taxas de aleitamento materno é importante para elaboração de políticas públicas e implementação de ações nos serviços de saúde e comunidade. Uma pesquisa realizada no Brasil em 2009 para verificar a prevalência de AME em crianças menores de seis meses nas capitais brasileiras e Distrito Federal, demonstrou que a prevalência do AME foi de 41% no conjunto das capitais brasileiras (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2009). Em geral, a duração mediana do AME foi de 54,1 dias (1,8 meses) e a duração mediana do aleitamento materno foi de 341,6 dias (11,2 meses) no conjunto das capitais brasileiras e Distrito Federal. No ano seguinte, outro levantamento realizado pelo Ministério da Saúde para verificar a prevalência de AME em crianças menores de seis meses nos municípios brasileiros demonstrou que o município de menor prevalência de AME na região Centro-Oeste foi Senador Canedo (12,9%), seguido de Cuiabá (27,1%), Ceres (32,6%), Três Lagoas (32,6%) e Goiânia (32,7%) (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010c). Este foi o último inquérito nacional sobre a prevalência do aleitamento materno no Brasil, sendo necessário um novo estudo para analisar a evolução dessas taxas.

Outro estudo quantificou a frequência do aleitamento materno no Brasil nas macrorregiões, áreas urbanas e rurais, segundo variáveis socioeconômicas e demográficas em crianças com até 180 dias de idade, tendo encontrando uma prevalência de AME de 58%. Nas regiões brasileiras as taxas de prevalência de AME foram 63%, 59%, 51%, 61% e 56%, respectivamente para as regiões Norte, Nordeste, Sudeste, Sul e Centro-oeste. Os autores concluíram ainda que mães que apresentam maior renda e escolaridade tiveram maior frequência de amamentação no grupo de crianças até seis meses de idade (WENZEL; SOUZA, 2011).

Várias são as políticas e intervenções internacionais e nacionais implementadas que estimulam a promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno. No âmbito mundial uma importante política promovida pela OMS e UNICEF e representantes de diversos países, foi a Declaração de Innocenti, publicada em 1990, que afirmou que todos os recém-nascidos deveriam receber amamentação exclusiva até os 4-6 meses de vida (UNICEF, 1990), e que anos depois, em 2001, foi recomendado até 6 meses de vida e continuado até 2 anos ou mais (WHO, 2001).

O Brasil se destaca mundialmente por investir, há mais de 30 anos, no aleitamento materno como uma importante política para redução da mortalidade neonatal. Neste contexto, destacam-se iniciativas como a Iniciativa Amigo da Criança (IHAC), a Norma Brasileira de Comercialização de Alimentos para Lactentes e Crianças de Primeira Infância (NBCAL), a Rede Brasileira de Bancos de Leite Humano, o Método Canguru (MC) e a Estratégia Nacional para Promoção do Aleitamento Materno e Alimentação Complementar Saudável no SUS - Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil.

A IHAC foi criada em 1990 pela OMS e UNICEF, e implantada no Brasil em 1992. É caracterizada por medidas que visam mudanças nas condutas e práticas de saúde para o aumento da prevalência do AME (VENÂNCIO et al., 2010; FIGUEREDO; MATTAR; ABRÃO 2012). Os critérios globais para obter o título de Hospital Amigo da Criança compreendem a adesão aos “Dez Passos para o Sucesso do Aleitamento Materno” e a NBCAL (Norma Brasileira para Comercialização de Alimentos para Lactentes e Crianças de Primeira Infância, Bicos, Chupetas e Protetores de Mamilo) (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010). Além disso, o hospital deve aderir ao Cuidado Amigo da Mulher e garantir o acesso e a permanência da mãe ou do pai junto ao recém-nascido 24 horas por dia (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2014).

O Brasil possui cerca de 3.750 maternidades, das quais 9% estão credenciadas na IHAC. Entre 1992 e 2010 foram credenciados 353 hospitais na IHAC, e no mesmo período, foram descredenciados 18 hospitais (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010a). Em 2010, existiam no país 335 hospitais “Amigo da Criança”, destes hospitais credenciados, 43% estão localizados na região Nordeste, 18% na região Centro-Oeste, 17% na região Sudeste, 16% na região Sul e 6% na região Norte. A cobertura da região Centro-Oeste em 2010 foi de 1%, 5%, 10% e 78%,

respectivamente em Mato Grosso, Mato Grosso do Sul, Goiás e Distrito Federal (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010a). Em 2014, 323 hospitais e maternidades estavam credenciados à IHAC (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2014). Verifica-se uma escassez de hospitais “Amigo da Criança” em Goiás comparado a outras regiões do país.

Estudos apontam impactos favoráveis em hospitais que aderiram à IHAC, com consequente aumento das taxas de prevalência de AME (FIGUEREDO; MATTAR; ABRÃO, 2012; FIGUEREDO; MATTAR; ABRÃO, 2013). Uma pesquisa realizada para avaliar o impacto da IHAC em três maternidades de Monte Claros-MG, demonstrou o aumento significativo dos índices de AME no município, com aumento das taxas de AME de 27 dias para 3,5 meses após a implantação da IHAC (CALDEIRA, GONÇALVES, 2007).

Outro estudo, em Teresina-PI, comparou a prevalência de AME em 5 hospitais com o título de “Amigo da Criança”. Os resultados apontam o aumento do AME nestes hospitais, sendo a duração do AME de 84 dias para o hospital 1, 95 dias para o hospital 2, 131 dias para o hospital 3, 96 dias para o hospital 4 e 107 dias para hospital 5 (RAMOS et al., 2010)

Em São Paulo, estudo com 225 crianças nascidas em um hospital “Amigo da Criança” verificou uma mediana de 113 dias para o AME, e que 34,1% das mães estavam amamentando exclusivamente aos 180 dias (ROCCI; FERNANDES, 2014). No Rio de Janeiro, estudo com 811 crianças reforça a efetividade da IHAC na manutenção de AME nos primeiros meses de vida, sendo que das 811 crianças estudadas, 46,1% estavam em AME no momento da entrevista, após a alta hospitalar com aquelas crianças que tinham menos de cinco meses de vida (SAMPAIO et al. 2011).

Apesar da IHAC contribuir significativamente para o aumento da prevalência de aleitamento materno, os índices atuais em todo o país ainda estão abaixo do recomendado pela OMS, principalmente aos 6 meses de idade.

Para proteger a amamentação, foi criada, em 1988, a NBCAL baseada no Código de Comercialização de Substitutos do Leite Materno, proposto pela OMS em 1981. A NBCAL é um conjunto de normas que visa contribuir para a adequada nutrição dos lactentes e das crianças de primeira infância, através da regulamentação da promoção comercial e orientações do uso apropriado dos alimentos para lactentes e crianças de primeira infância, bem como do uso de mamadeiras, bicos, chupetas e protetores de mamilo; proteção e incentivo ao AME

nos primeiros seis meses de vida; e proteção e incentivo à continuidade do aleitamento materno até os dois anos de idade, após a introdução de novos alimentos na dieta dos lactentes (ANVISA, 2002a; ANVISA, 2002b). Em 2006, a NBCAL tornou-se lei nacional (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006a), sendo recentemente regulamentada pelo Decreto n. 8552, em 3 de novembro de 2015 (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2015b), o que contribuiu para o estabelecimento de regras mais precisas para a comercialização de alimentos e produtos para crianças até 3 anos de idade, tal como a restrição em propaganda, descontos e exposições especiais em estabelecimentos comerciais de papinhas, leites artificiais, produtos farináceos, além de mamadeiras e chupetas.

No entanto, as vendas relacionadas à fórmula infantil no mercado mundial foram de aproximadamente U\$44,8 bilhões em 2014, com um aumento estimado para U\$70,6 bilhões em 2019. O forte marketing da indústria alimentícia ainda demonstra grande impacto mundial por meio de propagandas na TV e internet, distribuição gratuita de fórmulas infantis, financiamento de eventos científicos, entre outros. Assim, é necessário o investimento na fiscalização e monitoramento da adesão à norma (ROLLINS et al., 2016).

A Rede Brasileira de Bancos de Leite Humano é uma estratégia muito eficaz para promoção e apoio de aleitamento materno. Inicialmente, a partir da criação do primeiro banco de leite, em 1943, no Instituto Fernandes Figueira em Recife-PE, o banco de leite tinha como finalidade coletar e distribuir leite para recém-nascidos em situação especial (ex.: prematuridade, alergia à proteína do leite). No entanto, a partir do Programa Nacional de Incentivo ao Aleitamento Materno, em 1985, os BLH passaram a assumir um novo papel no cenário da saúde pública brasileira, contribuindo para uma expansão das ações dos bancos de leite no país que culminou, em 1998, com a instituição de Rede Brasileira de Bancos de Leite Humano (MAIA et al., 2006).

Os bancos de leite são responsáveis por coletar, processar, distribuir leite humano e oferecer assistência às lactantes cujos filhos estão hospitalizados ou, que por algum motivo, não amamentem ou tenham dificuldades em amamentar (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006b). Nesse sentido, os bancos de leite humano têm se configurado como um dos mais importantes elementos estratégicos da política pública em favor da amamentação (ANVISA, 2008).

No Brasil existem 217 bancos de leite e 161 postos de coleta de leite. Desses, cinco bancos de leite e três postos de coleta se localizam em Goiás (FIOCRUZ; 2015).

Outra estratégia voltada para os recém-nascidos pré-termo e de baixo peso, foi a implementação no Brasil, na década de 90, do Método Canguru (MC) (VENANCIO; ALMEIDA, 2004), que tem como componentes principais a posição canguru (contato pela a pele), a amamentação exclusiva, e o seguimento após a alta hospitalar (CHARPAK; RUIZ-PELAEZ, 2006).

O MC é um modelo de assistência perinatal voltado para o cuidado humanizado ao recém-nascido de baixo peso (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011b). Dentre os benefícios do MC estão a redução na mortalidade, risco de sepse, hipotermia, hipoglicemia, readmissão hospitalar, e aumento da taxa de AME na alta hospitalar e entre 1-4 meses de idade (BOUNDY et al., 2016). Além disso, o MC reduz o tempo de separação entre mãe e recém-nascido e família, favorece o vínculo; melhora a qualidade do desenvolvimento neurocomportamental e psico-afetivo do recém-nascido, propicia um melhor relacionamento da família com a equipe de saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011b), e reduz o estresse e a dor em procedimentos dolorosos (WARNOCK et al., 2010; JOHNSON et al., 2014).

A regulamentação deste método foi realizada pela Portaria 693/2000, em 5 de julho de 2000, constituindo-se em três etapas. A primeira etapa consiste no período que se inicia no pré-natal da gestação de alto-risco seguido da internação do recém-nascido na unidade neonatal; a segunda etapa é o período em que o bebê permanece de maneira contínua com sua mãe e a posição canguru será realizada pelo maior tempo possível; e a terceira etapa caracteriza-se pelo acompanhamento da criança e da família no ambulatório e/ou no domicílio até atingir o peso de 2.500g, dando continuidade à abordagem biopsicossocial (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2000; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011b).

O MC é reconhecido como um fator facilitador do AME para recém-nascidos de baixo peso, tanto na maternidade, quanto ao longo dos primeiros seis meses de vida (ALMEIDA et al., 2010), sendo este método uma alternativa ao cuidado neonatal convencional para recém-nascidos de baixo peso (CONDE-AGUDELO; DIAZ-ROSSELO, 2014).

A "Estratégia Nacional para Promoção do Aleitamento Materno e Alimentação Complementar Saudável no SUS - Estratégia Amamenta e Alimenta

Brasil", lançada em 2013, surgiu da integração de outras duas políticas: Rede Amamenta Brasil e a Estratégia Nacional para a Alimentação Complementar Saudável. É uma estratégia voltada para profissionais da atenção básica, e visa qualificar, reforçar e incentivar a promoção do aleitamento materno e da alimentação saudável para crianças menores de dois anos no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013b)

Apesar das ações e políticas que incentivam o AME, o desmame precoce ainda é um fator presente e constante nas regiões brasileiras, constituindo-se em um problema de saúde pública (CARRASCOZA et al., 2011). O desmame precoce ocorre a partir da introdução de qualquer alimento, além do leite materno, culminando no total abandono da amamentação (WHO, 2002). Dentre os fatores determinantes para que ocorra a interrupção precoce do AME (antes dos seis meses de idade) estão o uso de chupeta e mamadeira pela criança, alto nível socioeconômico, a falta de assistência pré-natal e trabalho materno (CARRASCOZA et al., 2011).

Além disso, muitas lactantes consideram o seu leite fraco e incapaz de suprir as necessidades de seus recém-nascidos, sendo este outro fator apontado para interrupção precoce da amamentação (SPYRIDES et al., 2005). Outros mitos também permeiam a prática de amamentação, tal como, "o leite materno não mata a sede do recém-nascido", "os seios caem com a lactação" e "o recém-nascido não quer pegar ou não se adequa ao seio materno". Essas crenças incorretas pelas mães, muitas vezes, resultam na introdução precoce de outras fontes alimentares, a oferta de chupeta e mamadeira, ou mesmo a interrupção do aleitamento materno e, conseqüentemente, o desmame (MARQUES; COTTA; PRIORE et al., 2011).

O desconforto decorrente dos traumas mamilares também pode contribuir de forma significativa para a interrupção do AME (VIEIRA et al., 2010; COSTA et al., 2013a). Durante a amamentação o posicionamento, a apreensão do mamilo e sucção de leite pelo recém-nascido, quando inadequados, podem contribuir para a ocorrência de trauma mamilar (COCA et al., 2009). O ingurgitamento mamário patológico é outro agravamento que pode acometer lactantes, caracterizado por distensão tecidual excessiva e, conseqüente, aumento no tamanho das mamas com presença de dor, hiperemia local, edema mamário e mamilos achatados, favorecendo assim a interrupção da amamentação (SOUSA et al., 2012).

Um estudo realizado em Cuiabá-MT com 113 recém-nascidos com até 15 dias de vida pós-natal demonstrou que 86,7% receberam água, 68,3% leite em pó, 68,1% chás, 15,9% leite integral de vaca (MARTINS et al., 2014), fatores que foram associados ao desmame precoce antes dos seis meses de idade. Da mesma forma, um estudo realizado na região Centro-Oeste do Brasil com 921 crianças menores de um ano, mostrou que o principal fator associado à interrupção precoce do AME foi a oferta de líquidos (chás, suco e água) no primeiro dia do recém-nascido em casa após a alta hospitalar (BRUNKEN et al., 2006).

Um estudo qualitativo concluiu que dentre os motivos que levam as mães a decidirem sobre a amamentação estão a cultura, o estilo de vida e a influência da sociedade (FROTA et al., 2009). Além disso, a má interpretação do choro do lactente relacionando-o à fome, insuficiência do leite materno, a necessidade das mães trabalharem, dificuldades relacionadas às mamas e a recusa do peito por parte da criança, foram os principais fatores relacionados pelas mães que interferem no AME (FROTA et al., 2009).

Outro estudo realizado para verificar o tempo de aleitamento materno exclusivo de PT, concluiu que os fatores culturais apresentam associação com a interrupção do AME e que no decorrer de anos os conhecimentos sobre AME são passados de geração em geração (SILVA; GUEDES, 2013).

3.3-Aleitamento materno no contexto do prematuro

As UTIN têm garantido a sobrevivência de recém-nascidos cada vez mais imaturos, visto os crescentes avanços tecnológicos e a capacitação da equipe de saúde (PEREIRA et al., 2013). Trata-se de um ambiente de elevada complexidade que tem como foco principal recuperar a saúde do paciente (SILVA et al., 2009b).

Em meio aos avanços tecnológicos, o AME é uma medida eficaz e de baixo custo que auxilia na redução da morbidade e mortalidade em recém-nascidos hospitalizados (WHO, 2012). Especialmente em PT, o AME é efetivo na prevenção de agravos como enterocolite necrotizante e sepse tardia quando comparados com PT que receberam fórmulas lácteas (CRISTOFALO et al., 2013).

O leite humano é o melhor alimento para o PT (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2009a; SANTOS et al., 2012a). O leite da mãe de um PT tem a composição distinta do leite materno das crianças nascidas a termo (DEMARI et al., 2011). O leite

materno de lactantes de PT possui altas concentrações de lactoferrina, lisozima e imunoglobulina A, sendo esses índices de concentrações diferenciadas do leite materno de uma lactante a termo, fator considerado de extrema importância para o adequado desenvolvimento e crescimento cerebral, visto a maior necessidade de nutrientes dos PT (DEMARI et al., 2011).

Além disso, o leite de uma lactante de um PT possui a maior concentração de proteína, sódio, cálcio, lipídios e particularidades anti-infecciosas (TARNES; SILVA, 2009). A composição do colostro e do leite maduro de mães de PT é mais rica em nutrientes (ex.: lipídios, proteínas e lactose) quando comparada ao leite de lactantes de recém-nascidos a termo e ao leite de vaca (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2009a).

As condições de imaturidade fisiológicas e biológicas, a saúde instável do PT, e a própria hospitalização, dificultam o início e a manutenção do AME. Um estudo realizado para caracterizar como ocorre a prática do aleitamento materno em lactentes prematuros internados em Unidade de Cuidados Intermediários (UCIN), verificou que 93,8% dos participantes não apresentaram coordenação entre sucção, deglutição e respiração. Quanto a pega, 30,8% apresentaram dificuldades na abertura da boca e 53,8% na manutenção da pega (SILVA, TAVARES, GOMES; 2014). No entanto, estudos de uma revisão demonstram que o início da amamentação no PT pode ocorrer desde as 27-28 semanas de idade corrigida (LUCAS; SMITH, 2015).

O ambiente da UTIN é um local gerador de crise entre as mães, e isso contribui para com que aleitamento em PT seja uma tarefa difícil. Nem sempre é possível que a mãe amamente seu filho logo no início da internação, sendo muitas vezes necessário o uso de sonda orogástrica para a alimentação do PT, experiência que pode tornar a vivência de aleitamento materno estressante e mais complexa (BOUCHER et al., 2011; SANTOS et al., 2012b). Além disso, algumas unidades não oferecem o espaço adequado para permanência das mães e ordenha do leite materno (SERRA, SCCOCHI, 2004)

Os sentimentos maternos em relação aos recém-nascidos hospitalizados têm grande importância quando o que se espera alcançar é o AME. Tristeza, culpa, medo, frustração, consolo, ansiedade, preocupação e confiança, são exemplos de sentimentos que permeiam as mães de PT no contexto hospitalar (SOUSA et al., 2011). Neste cenário, os familiares de PT hospitalizados em UTIN relatam

necessidades relacionadas à segurança, informação, proximidade, conforto e suporte (SOARES; SANTOS; GASPARINO, 2010).

Outras barreiras dificultam o AME no ambiente hospitalar e domiciliar. Um estudo demonstrou que existem três momentos críticos para o aleitamento materno do PT: a primeira amamentação, o momento da alta hospitalar e um mês após a alta. Segundo a percepção das mães, problemas relacionados à frequência respiratória (ex: taquipnéia, dispneia ou pequenos grupos de sucção com pausas longas para respirar, e não coordenação da sucção, deglutição e respiração) foram os principais dificultadores da amamentação durante avaliação da primeira amamentação e na alta hospitalar. As mães também relataram dentre as principais dificuldades enfrentadas para amamentar durante a hospitalização e após a alta, dor ao amamentar, mamas túrgidas, mamilo plano e dificuldade em manter o PT acordado (GUBERT et al., 2012).

Por outro lado, o não uso de chupeta no primeiro mês após a alta, favoreceu em 3,12 vezes o AME em PT no domicílio em relação aos que utilizaram a chupeta (AZEVEDO; CUNHA, 2013).

Apesar dos fatores que dificultam o AME, existem medidas que facilitam o AME no contexto do PT hospitalizado em unidade neonatal. Pode-se concluir que existem métodos e intervenções que tem influência positiva sobre a amamentação de PT, tais como técnicas de relaxamento (SANTOS et al., 2012a), método mãe-canguru, a ordenha mamária, desenvolvimento do vínculo mãe-recém-nascido, a permanência dos pais na unidade neonatal, o apoio, e o acesso às informações do estado e tratamento do PT pelos profissionais de saúde, a presença do companheiro materno (RODRIGUES et al., 2013) e a utilização do copo para alimentação oral (RODRIGUES et al., 2013; GALEGO; GOMES, 2011).

Estudos apontam que a prevalência de AME se encontra abaixo dos padrões recomendados pela OMS, que recomenda AME até os seis meses de vida (WHO, 2008), principalmente entre os PT, tanto no ambiente hospitalar, quanto após a alta no domicílio. A maioria dos estudos de prevalência de AME nesta população é retrospectiva, restringe-se a pequenas amostras e curto período de tempo, sendo necessários estudos multicêntricos longitudinais.

Em uma revisão integrativa de literatura realizada por Costa et al. (2013b) utilizando-se como bases de dados LILACS, MEDLINE e SCIELO, foram selecionados 11 estudos de acordo com os critérios de inclusão e exclusão do

estudo. Os resultados demonstraram que o leite materno foi oferecido como primeira alimentação láctea do PT e que na alta hospitalar houve maior prevalência de aleitamento misto. Além disso, o estudo mostrou baixo êxito na amamentação de PT em unidades neonatais de alto risco e aumento dos índices de AME após a implantação da IHAC.

Um estudo retrospectivo realizado em Ribeirão Preto-SP com 360 prematuros identificou o tipo de alimento lácteo, a via e a técnica de administração utilizados na primeira alimentação prescrita para os PT; e também o tipo de aleitamento e a prevalência do AME por ocasião da alta hospitalar. Os resultados apontaram que 58,3% dos PT receberam leite artificial na primeira semana de vida (sendo a técnica predominante a gavagem por sonda orogástrica). O estudo constatou ainda que, dentre 244 PT, 41,6% iniciaram o leite materno em até cinco dias. Na ocasião da alta hospitalar predominou o aleitamento materno misto (48,3%), seguido do AME (28,4%) e aleitamento artificial (23,2%) (SCOCHI et al., 2008).

Outro estudo retrospectivo baseado na análise de 156 prontuários de PT, entre janeiro de 2006 a dezembro de 2007, realizado em Hospital de Base em Rio Preto-SP, constatou que a prevalência de AME na alta hospitalar foi de 58,3%, aleitamento materno misto foi igual a 21,8%, e de aleitamento artificial de 19,9%. Aos seis meses de vida, predominou o aleitamento artificial (44,5%), seguido do aleitamento misto (33,3%), e AME (22,2%), o que demonstrou uma queda significativa da taxa de AME após a alta hospitalar (CZECHOWSKI; FUJINAGA, 2010).

O estímulo dos profissionais de saúde aos pais dos PT hospitalizados é fundamental para incentivar o AME. Sabe-se que o início e a manutenção láctea estão diretamente associados ao apoio e informações sobre cuidados e tratamento estabelecido entre profissionais e familiares durante a internação do PT, sendo a equipe de enfermagem a categoria profissional que mais se aproxima da família e cuidadores por estar presente 24 horas (NEVES; RAVELLI, LEMOS et al., 2010; SANTOS et al., 2012b). Sendo assim, a enfermagem tem um papel importante no uso de tecnologias facilitadoras para mediar o cuidado prestado e promover o aleitamento materno (JOVENTINO et al., 2011).

A fim de atender as peculiaridades e complexidades de amamentar um PT, bem como oferecer um ambiente de apoio e de empoderamento aos pais, um grupo

formado por pesquisadores da Suécia, Noruega, Dinamarca, Finlândia e de Quebec-Canadá, em 2009, formularam e desenvolveram uma nova proposta da IHAC, adaptada ao contexto do PT hospitalizado, denominada IHAC-neo (NYQVIST et al., 2012).

Neste contexto, a IHAC-neo surge como uma estratégia que tem como metas o início precoce da amamentação, aumento da prevalência do AME; melhora das condições de saúde do PT relacionadas à AME; melhora das práticas para aumentar o vínculo mãe-bebê-família, e proteger, promover e apoiar o AME em unidades neonatais, reformulando as práticas e rotinas dos serviços de saúde, e fazendo com que haja melhoria na assistência prestada pelos profissionais de saúde (NYQVIST et al., 2012).

A IHAC-neo inclui três novos Princípios Norteadores e os “Dez Passos para o Sucesso do Aleitamento Materno”, adaptados para os PT. Os Três Princípios Norteadores são fundamentados em ações de promoção, apoio e redelineamento da assistência neonatal, prevendo mudanças no trabalho da equipe multiprofissional, para assim suprir as necessidades individuais maternas no seu contexto, facilitar as ações e abordar o cuidado centrado na família e no ambiente, e assegurar a continuidade do cuidado entre os períodos pré, peri e pós-natal, bem como após a alta hospitalar (NYQVIST et al., 2012).

Os “Dez Passos para o Sucesso do Aleitamento Materno” da IHAC-neo são:

- 1) ter uma política escrita que é rotineiramente comunicada para todos os profissionais de saúde;
- 2) capacitar todos os profissionais de saúde em conhecimentos específicos e nas habilidades necessárias para implementar essa política;
- 3) informar todas as gestantes hospitalizadas com risco de nascimento prematuro ou criança doente sobre o manejo da lactação e amamentação, e os benefícios do aleitamento materno;
- 4) encorajar precocemente o contato pele-a-pele mãe-bebê de maneira contínua e prolongada (Cuidado Canguru);
- 5) demonstrar às mães como iniciar e manter a lactação e estabelecer a estabilidade do bebê como único critério para o início precoce da amamentação;
- 6) não oferecer alimentos ou outras bebidas que não seja leite humano aos recém-nascidos, exceto se houver indicação médica;
- 7) permitir que mães e bebês permaneçam juntos 24 horas por dia;
- 8) encorajar livre demanda ou, quando necessário, a semi-demanda de amamentação como uma estratégia transicional para PT ou bebês doentes;
- 9) utilizar métodos alternativos à mamadeira pelo menos até o completo

estabelecimento da amamentação e somente uso de bicos ou chupetas por motivos justificados e preparação dos pais para a continuidade do aleitamento materno e 10) acesso a grupos/serviços de apoio após a alta hospitalar (NYQVIST et al., 2012).

A complexidade do contexto da hospitalização em unidade neonatal e a própria imaturidade fisiológica dos PT torna um desafio, para os profissionais de saúde, a implementação de intervenções efetivas, tal como a IHAC-neo, para garantir o sucesso do início precoce e manutenção do AME nessa população. Da mesma forma, os gestores e tomadores de decisão devem buscar constantemente a elaboração e renovação de políticas e programas efetivos em prol da promoção e proteção do aleitamento materno.

Consideramos que o conhecimento da prevalência de AME do PT, no momento da alta e após a alta hospitalar, bem como dos fatores que podem contribuir para a interrupção do AME, irão auxiliar na elaboração de políticas públicas e intervenções informadas pela evidência científica, específicas para essa população vulnerável.

4.METODOLOGIA

4.1-Tipo do estudo

Trata-se de um estudo de coorte prospectivo de natureza epidemiológica, que integra o projeto multicêntrico com participação internacional intitulado “Aleitamento materno em prematuros: impacto da IHAC para unidades neonatais”, sob a coordenação da Profa. Dra. Carmen Scochi, da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. O projeto multicêntrico inclui dez unidades neonatais, localizados nas cinco diferentes regiões do Brasil, sendo a coordenação da região Centro-Oeste de responsabilidade da Profa. Dra. Thaíla Corrêa Castral da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Goiás.

O estudo de coorte, também conhecido como prospectivo, longitudinal, de incidência, ou de seguimento, é um tipo de estudo em que o investigador limita-se a observar e analisar a relação existente entre a presença de fatores de riscos ou características e o desenvolvimento de enfermidades, em grupos da população. É um estudo longitudinal, onde os participantes são observados por um período de tempo pré-estabelecido, cuja duração é dependente da enfermidade de interesse, para que sejam verificadas mudanças na frequência da ocorrência da enfermidade associadas à presença do fator de risco (LIMA-COSTA; BARRETO, 2003; OLIVEIRA; PARENTE, 2010; SUZUMURA et al., 2008).

A análise do estudo de coorte prospectivo será feita pela comparação da incidência da doença, no nosso caso a interrupção do AME, entre os indivíduos expostos e entre os não expostos aos fatores de risco (ex.: mães realizaram pré-natal, estava em AME na alta hospitalar). A medida de efeito no estudo de coorte é a razão de taxa de incidência, comumente referida como risco relativo (RR) ou *Hazard Risk*. O RR pode ser interpretado como quantas vezes maior é o risco entre os expostos comparados aos não expostos. Um risco relativo de 1,5 significa que o risco entre os expostos é 50% maior $[(RR - 1) \times 100\%]$ do que entre os não-expostos. Quando se estudam fatores de proteção, o RR será menor do que um (MENEZES, 2001).

4.2 Local do estudo

O estudo foi realizado na unidade neonatal de uma maternidade pública em Goiânia-GO, campo de ensino e pesquisa para a enfermagem nas áreas de Neonatologia, Ginecologia e Obstetrícia.

Goiânia está localizada no estado de Goiás, no Centro-Oeste do Brasil. Esta cidade é a capital do estado, possui população estimada, em 2015, de 1.430.697 e Produto Interno Bruto per capita de R\$29034,21, em 2013 (IBGE, 2015).

A maternidade atende exclusivamente a clientela do Sistema Único de Saúde, contando com cinco leitos de Centro de Parto Normal, 45 leitos de Alojamento Conjunto, dez leitos de UTIN, dez leitos de UCIN Convencional, e cinco leitos de UCIN Canguru, além de outros serviços ambulatoriais como pré-natal, vacinação, coleta de leite humano, teste do pezinho, consulta de puerpério etc.

A maternidade faz parte da Rede Cegonha e possui título de “Hospital Amigo da Criança” desde agosto de 2015. Toda parturiente tem direito a um acompanhante de sua escolha no pré-parto, parto e puerpério (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2005a). Além disso, são oferecidos métodos de alívio da dor (ex.: bola suíça, banho de chuveiro, massagens, escalda pés) durante o trabalho de parto (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2014b), e realizado o contato materno pele a pele precoce na primeira hora de vida e incentivo ao AME (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011c; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013). Ainda, na maternidade, enfermeiras obstetras realizam os partos normais sem distócias.

4.3- Amostra, recrutamento e seguimento

Participaram do estudo todos os PT admitidos na unidade neonatal da instituição entre 1º de abril de 2014 a 1º de abril de 2015, que atenderam aos critérios de inclusão e exclusão descritos no item 4.4.

O recrutamento dos participantes foi feito pela pesquisadora e uma assistente de pesquisa, a partir da admissão do recém-nascido na unidade neonatal, mediante o convite e aceite da mãe ou responsável pelo PT, e seguimento até 15 dias após a alta hospitalar.

4.4 Critérios de inclusão e exclusão

Foram incluídos no estudo os PT:

- idade gestacional menor do que 37 semanas, obtida através do Capurro Somático registrado em prontuário;
- admitidos na unidade neonatal nas primeiras 48 horas de vida, com permanência mínima de 48 horas;

Foram excluídos os PT:

- cujas mães tinham contra-indicação temporária ou definitiva para amamentar (ex.: HIV positivo/AIDS, vírus linfotrópico da célula humana, sífilis e tuberculose sem tratamento etc.) (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2005), conforme registro no prontuário;
- PT com contra-indicação para aleitamento materno (ex.: fístula gastroesofágica, fenilcetonúria, galactosemia etc.) (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2005), conforme registro no prontuário.

Na figura 1 verifica-se o número de participantes em cada fase do estudo, de acordo com os critérios de inclusão e exclusão.

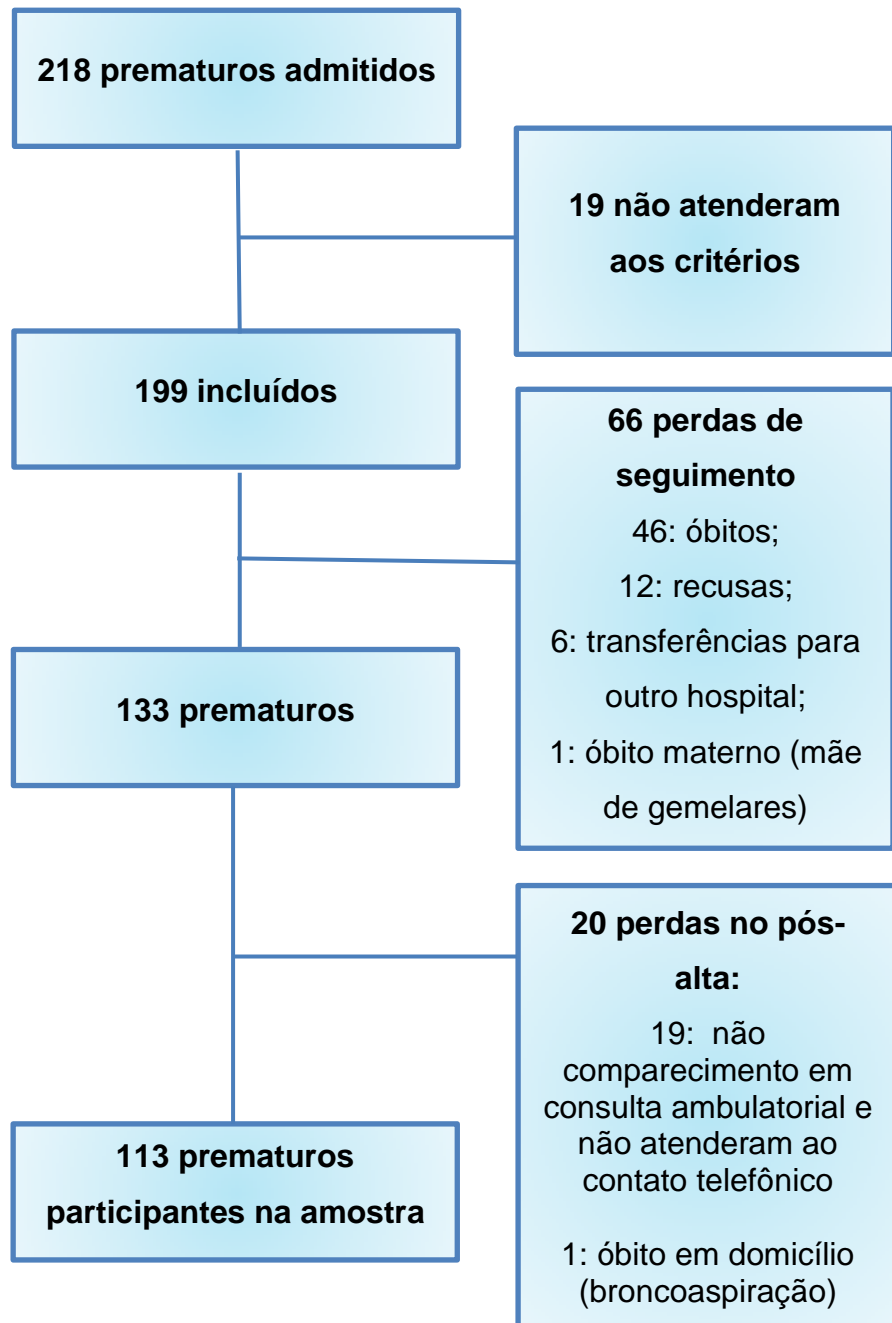


Figura 1: Fluxograma de recrutamento e seguimento do estudo.

4.5 Variáveis do estudo

4.5.1 Variável de desfecho

Consideramos a interrupção do AME do PT 15 dias após a alta hospitalar como a variável de desfecho. Desta forma, a introdução de qualquer alimento (ex.: água, chá, leite artificial ou de vaca), além do leite materno exclusivo, foi considerado como interrupção do AME.

4.5.2 Variáveis de exposição

Foram consideradas diversas variáveis de exposição maternas e neonatais, baseado em evidências prévias na literatura ou experiência clínica, conforme listado no Quadro 1.

Quadro (1): Variáveis de exposição maternas e neonatais do estudo.

Variáveis	Descrição
Maternas	
Mãe com idade extrema (≤ 18 ou ≥ 35 anos) (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010b)	<ul style="list-style-type: none">› Sim› Não
Escolaridade (FRANÇA et al., 2007; SOUZA et al., 2008; BERNARDI; JORDÃO; BARROS FILHO et al., 2009; OLIVEIRA et al., 2013)	<ul style="list-style-type: none">› Até o ensino médio› Superior completo
Pais residem juntos (BERNARDI; JORDÃO; BARROS FILHO et al., 2009)	<ul style="list-style-type: none">› Sim› Não
Renda familiar (MASCARENHAS; CRUZ, 2006; SOUZA et al., 2008, NETO; ZANDONADE; EMMERICH, 2013)	<ul style="list-style-type: none">› Valor em reais conforme referido pela mãe
Experiência prévia com amamentação (OLIVER et al., 2010; FIGUEREDO; MATTAR; ABRÃO, 2013)	<ul style="list-style-type: none">› Sim› Não
Primípara (FIGUEREDO; MATTAR; ABRÃO, 2013)	<ul style="list-style-type: none">› Sim› Não
Houve problemas com as mamas em algum momento desde o nascimento até o retorno	<ul style="list-style-type: none">› Sim› Não

do ambulatório, após a alta hospitalar (GIULIANI et al., 2012)	
Realizou seis ou mais consultas de pré-natal (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2005b; SANCHES et al., 2011)	<ul style="list-style-type: none"> ▸ Sim ▸ Não
Neonatais	
Classificação do peso ao nascer	<ul style="list-style-type: none"> ▸ ≤ 1500 g ▸ ≥ 1500 g
Tipo de parto	<ul style="list-style-type: none"> ▸ Vaginal ▸ Cesáreo
Tipo de gestação (SANCHES et al., 2011)	<ul style="list-style-type: none"> ▸ Única ▸ Dupla
Peso ao nascer (CHAVES et al., 2007; SANCHES et al., 2011)	<ul style="list-style-type: none"> ▸ Peso em gramas
Idade gestacional	<ul style="list-style-type: none"> ▸ Idade gestacional em dias
Classificação da idade gestacional ao nascer (WHO, 2012)	<ul style="list-style-type: none"> ▸ < 28 semanas ▸ ≤ 28 a 31 semanas ▸ 32 a 37 semanas
Sexo	<ul style="list-style-type: none"> ▸ Feminino ▸ Masculino
Tempo de hospitalização	<ul style="list-style-type: none"> ▸ ≤ 30 dias ▸ >30 dias
Tempo em ventilação	<ul style="list-style-type: none"> ▸ ≤ 7 dias ▸ >7 dias
Idade da primeira alimentação láctea (CHAVES et al., 2007; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2014)	<ul style="list-style-type: none"> ▸ ≤ 24 horas ▸ >24 horas
Amamentação no peito materno na primeira semana de vida	<ul style="list-style-type: none"> ▸ Sim ▸ Não
Peso na alta hospitalar	<ul style="list-style-type: none"> ▸ Peso em gramas
AME na alta hospitalar	<ul style="list-style-type: none"> ▸ Sim ▸ Não

4.6 Coleta de dados

4.6.1 Procedimento

A coleta dos dados ocorreu em duas fases de seguimento (FIGURA 2), no período entre 1º de abril de 2014 a 1º de abril de 2015, e foi realizada pela pesquisadora e duas assistentes de pesquisa, treinadas durante uma semana, antes do início da coleta.

Na **primeira fase**, a partir da admissão do PT na unidade neonatal, a pesquisadora ou assistente de pesquisa, faziam o contato com a mãe, e após o seu consentimento e assinatura do termo de consentimento (APÊNDICE 1), eram coletados no prontuário do recém-nascido os dados sócios demográficos (ex.: escolaridade, ocupação, moradia), gestacionais (ex.: número de consultas de pré-natal, tipo de gestação, paridade) e do parto (ex.: peso, idade gestacional, tipo de parto), e condições de nascimento (ex.: intercorrências) (APÊNDICE 2). O PT era então acompanhado até o momento da alta hospitalar, quando eram coletados no prontuário do recém-nascido os demais dados relacionados às condições de saúde do PT na internação (ex.: dias em ventilação, dias de hospitalização), aspectos nutricionais (ex.: idade da primeira alimentação láctea e amamentação) e dados do aleitamento materno na alta (APÊNDICE 2).

Na **segunda fase**, ocasião do retorno do PT para consulta de seguimento no Ambulatório da maternidade, no 15º dia após a alta hospitalar, a pesquisadora abordava a mãe para entrevista e eram coletados os dados relacionados ao aleitamento materno no domicílio (APÊNDICE 2). Caso a mãe faltasse à consulta, era feito contato telefônico pela pesquisadora para obtenção dos dados. Após três contatos telefônicos, sem sucesso, o PT era excluído do estudo.

4.6.2 Instrumentos

Utilizou-se um questionário semiestruturado (APÊNDICE 2) para coletar os dados relativos ao nascimento (ex.: idade gestacional, peso ao nascer, sexo, tipo de parto, contato pele-a-pele precoce, sucção no seio materno na primeira hora de vida), condições de saúde (ex.: tempo de internação, duração de suporte ventilatório) e aleitamento materno do PT (ex.: idade corrigida na primeira mamada, tipo de aleitamento na alta hospitalar).

O instrumento foi elaborado por meio de revisão da literatura e sugestões de pesquisadores da área de aleitamento materno. Em março de 2014 foi realizado um teste piloto em dez unidades neonatais que integravam a pesquisa multicêntrica para adequação do instrumento e técnica de coleta. O questionário contém dez categorias: 1) identificação, 2) dados sócio demográficos dos pais, 3) dados gestacionais e do parto, 4) condições de nascimento, 5) condições de saúde do recém-nascido na internação, 6) aspectos nutricionais, 7) dados do aleitamento materno na internação, 8) dados do aleitamento materno na alta, 9) dados do aleitamento materno no domicílio e 10) vivência materna no aleitamento. O seu preenchimento foi realizado pela pesquisadora e auxiliar de pesquisa com dados do prontuário do recém-nascido e entrevista com a mãe durante a hospitalização do PT na unidade neonatal, e na consulta de retorno para seguimento ambulatorial.

4.7- Análise dos dados

Os dados do questionário foram digitados em uma planilha no SPSS® (versão 21.0). A análise quantitativa dos dados de gestação, nascimento e condições de saúde do PT foi feita por meio de estatística descritiva (média, desvio padrão e distribuição de frequência).

A incidência de AME após 15 da alta hospitalar foi calculada pela fórmula abaixo:

$$\frac{\text{número de PT em AME após 15 dias da alta hospitalar}}{\text{número de PT da amostra após 15 dias da alta hospitalar}} \times 100$$

O valor obtido foi descrito por frequência absoluta, relativa e IC 95%.

O efeito das variáveis de exposição maternas e neonatais (QUADRO 1) sobre as variáveis de desfecho interrupção do AME 15 dias após a alta foi inicialmente avaliado por meio do modelo de regressão de COX. As variáveis na análise univariada que apresentaram significância estatística ($p < 0,10$) foram incluídas no modelo de regressão multivariada *backward*. Então, as variáveis significantes no modelo ($p < 0,05$) foram interpretadas pela razão de risco (Hazard Risk – HR) e o respectivo intervalo de confiança de 95%.

4.8-Aspectos Éticos

O projeto ao qual a presente pesquisa está inserida foi autorizado pela coordenação do Centro de Estudos e Gerência de Enfermagem da maternidade (ANEXO 1) e aprovado pelo Comitê de Ética do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Goiás (CAAE 23975813.7.2011.5078).

As mães ou responsáveis pelos PT (no caso de mães adolescentes) foram abordados pela pesquisadora na ocasião da admissão de seu filho (a) na unidade neonatal do estudo, e após terem conhecimento dos objetivos do estudo, e mediante o aceite das mães ou responsáveis pelo PT, foi feita a leitura conjunta do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE 1) para obtenção da assinatura, atendendo aos aspectos éticos previstos na Resolução 466/2012 (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012b). Foi entregue às mães ou responsáveis uma cópia do termo assinado com informações para contato e informado que a participação era voluntária e não havia riscos, prejuízos ou danos, sendo mantido o anonimato dos participantes.

4.9-Financiamento

O projeto multicêntrico ao qual o presente estudo integra é financiado pelo Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) em parceria com a Fundação Bill e Melinda Gates e Ministério da Saúde/Decit (processo n.401628/2013-2).

5.RESULTADOS

Na Tabela 1 estão descritas as características das mães e dos PT relacionadas à gestação, nascimento e hospitalização. Identificou-se que a maioria das mães não era adolescente (78,8%), e não possuía idade ≤ 18 ou ≥ 35 anos (32,7%). A média de idade das mães foi igual a 26 (DP=6,7) anos. Das mães participantes, a maioria era casada (34,5%) ou estava em união consensual (52,2%), e 89,4% residiam com o pai do PT. A respeito da escolaridade 73,5% estudaram até o ensino médio. Quanto a renda familiar, 56,6% referiram 1 a 2 salários mínimos. A renda média familiar foi de R\$1.906,8 (DP=1561,2).

Quanto a gestação, 61 (54,0%) eram primíparas, 72 (63,7%) fizeram mais que seis consultas de pré-natal, 35 (31%) tinham experiência prévia com amamentação e 24 (21,2%) tiveram problemas com as mamas na gestação atual em algum momento desde o nascimento do bebê até o momento do retorno ambulatorial após a alta hospitalar. Das mães de PT do estudo 38 (36,6%) tiveram intercorrências na gestação atual (ex.: sofrimento fetal agudo, pré-eclâmpsia, rotura prematura de membrana) (Tabela 1).

Dos PT participantes, 52,2% eram do sexo masculino, 82,3% nasceram de gestação única, 71,7% de parto cesáreo, e 47,8% necessitaram de reanimação ao nascer. Nenhum dos PT que constituíram a amostra foi amamentado na primeira hora de vida (Tabela 1).

A média da idade gestacional, em semanas, foi igual a 32,2 (DP=20,6). Identificou-se que 8 (7,1%) eram PT com idade gestacional ≤ 28 semanas, 33 (29,2%) de 28 a 31 semanas e 72 (63,7%) de 32 a 37 semanas.

Dos participantes da amostra 61 (54,0%) ficaram hospitalizados por ≤ 30 dias e 52 (46,0%) > 30 dias (Tabela 1). O tempo total médio, em dias, de hospitalização foi igual a 35 (DP=28,3), sendo que 94 (83,2%) PT ficaram internados na UTIN, 104 (92,0%) na UCIN e 78 (69,0%) na enfermaria canguru.

A maior parte dos PT necessitou de suporte ventilatório (92,0%), sendo que 83,2% permaneceram em ventilação mecânica por ≤ 7 dias (Tabela 1). O tempo médio de ventilação foi igual a 4,9 (DP=9,6) dias.

A respeito das patologias do PT durante a internação, conforme diagnóstico médico em prontuário, 36 (31,9%) apresentaram sepse, 16 (14,2%) pneumonia, 01

(0,9%) enterocolite necrosante, 4 (3,5%) hemorragia intraventricular e agravos respiratórios 94 (84%).

Tabela 1. Distribuição das características maternas, obstétricas e neonatais. Goiânia, 2014-2015.

Características	f	%
MATERNAS		
Mãe adolescente		
Sim	24	21,2
Não	89	78,8
Mãe com idades extremas		
Sim	37	32,7
Não	76	67,3
Estado civil		
Solteira	15	13,3
Casada	39	34,5
União consensual	59	52,2
Pais residem juntos		
Sim	101	89,4
Não	12	10,6
Escolaridade Materna		
Até o ensino médio	83	73,5
Ensino superior	30	26,5
Renda familiar		
Não sabe relatar	6	5,3
Menor que 1 salário mínimo*	1	0,9
De 1 a 2 salários mínimos	64	56,6
De 3 a 5 salários mínimos	36	31,9
Mais que 5 salários mínimos	6	5,3
OBSTÉTRICAS		
Primípara		
Sim	61	54,0
Não	52	46,0
Realizou seis consultas ou mais de pré-natal		
Sim	72	63,7
Não	41	36,3
Experiência amamentação prévia com		
Sim	35	31,0
Não	78	69,0

Houve problemas com as mamas			
	Sim	24	21,2
	Não	89	78,8
Intercorrências na gestação			
	Sim	92	81,4
	Não	21	18,6
Intercorrências no parto			
	Sim	38	33,6
	Não	75	66,4
OBSTÉTRICAS			
Gestação dupla			
	Sim	20	17,7
	Não	93	82,3
Tipo de parto			
	Cesáreo	81	71,7
	Vaginal	32	28,3
NEONATAIS			
Sexo			
	Feminino	54	47,8
	Masculino	59	52,2
Idade gestacional ao nascer			
	< 28 - extremo	8	7,1
	28-31 - moderado	33	29,2
	32-37 - limítrofe	72	63,7
Necessitou de reanimação			
	Sim	54	47,8
	Não	59	52,2
Amamentação na primeira hora de vida			
	Não	95	84,1
	Ignorado	18	15,9
Tempo de hospitalização			
	<=30 dias	61	54,0
	>30 dias	52	46,0
Tempo em ventilação			
	<= 7 dias	94	83,2
	> 7 dias	19	16,8

f= frequência absoluta e %=porcentagem *Salário mínimo= R\$724,00

A Tabela 2 apresenta as variáveis relacionadas à alimentação do PT, desde o nascimento até o retorno no ambulatório, 15 dias após a alta hospitalar. O tipo de leite oferecido na primeira alimentação láctea durante a hospitalização foi leite materno cru ou leite do banco pasteurizado para 91 (80,5%) PT, fórmula infantil para 15 (13,3%) PT, leite materno cru ou leite pasteurizado do banco ou fórmula infantil para 05 (4,4%) PT, e o leite materno cru para 02 (1,8%) PT. A técnica utilizada na primeira alimentação láctea de 112 (99,1%) PT foi gavagem ou seringa ou bomba de infusão, e copo para 01 (0,9%) PT.

A técnica utilizada na primeira amamentação eficaz no peito materno foi somente o peito em 16 (14,2%) PT, peito e sonda em 90 (79,6%), e peito e copo em 07 (6,2%) PT.

A frequência dos participantes da amostra que foram amamentados de forma eficaz na primeira semana de vida em seio materno foi de 48 (42,5%) e 65 (57,5%) foram amamentados após uma semana de vida. A idade média da primeira amamentação eficaz no seio materno foi de 372,5 horas (DP=397,6), com mínimo de 5 horas e máximo de 1824 horas.

No momento da alta hospitalar, verificou-se que 92 (81,4%) PT estavam em AME; 15 (13,3%) em aleitamento materno; 05 (4,4%) em aleitamento artificial, e 01 (0,9%) em aleitamento materno predominante. Destes bebês, 91 (80,5%) foram alimentados exclusivamente pelo peito materno, 10 (8,8%) receberam leite pelo peito materno e copo, 07 (6,2%) receberam pelo peito materno e mamadeira, e 01 (0,9%) recebeu leite pela técnica de translactação e copo.

Após 15 dias da alta hospitalar, na ocasião do retorno ambulatorial, 75 (66,4%) PT estavam em AME, 19 (16,8%) em aleitamento materno, 11 (9,7%) em aleitamento materno predominante, e 08 (7,1%) em aleitamento artificial. Quanto a técnica de aleitamento no domicílio, 74 (65,5%) PT foram alimentados exclusivamente no peito materno, 24 (21,2%) no peito e mamadeira, 09 (8,0%) pela mamadeira e 06 (5,3%) peito e copo.

Tabela 2: Características da alimentação do prematuro desde o nascimento até 15 dias após a alta hospitalar. Goiânia, 2014-2015.

Características	n	%
Tipo de leite na primeira alimentação láctea		

Leite materno cru ou leite do banco pasteurizado	91	80,5
Fórmula infantil	15	13,3
Leite Materno cru ou leite do banco pasteurizado ou fórmula infantil	5	4,4
Leite materno cru	2	1,8
Técnica utilizada na primeira alimentação láctea		
Gavagem ou seringa ou bomba de infusão	112	99,1
Copo	1	0,9
Técnica utilizada na primeira mamada no peito materno		
Peito e sonda	90	79,6
Só peito	16	14,2
Peito e copo	7	6,2
Amamentação eficaz na primeira semana de vida		
Sim	48	42,5
Não	65	57,5
Tipo de aleitamento materno na alta hospitalar		
Aleitamento Materno Exclusivo	92	81,4
Aleitamento Materno	15	13,3
Aleitamento Artificial	5	4,4
Aleitamento Materno Predominante	1	0,9
Técnica de aleitamento materno na alta hospitalar		
Só peito	91	80,5
Peito e copo	10	8,8
Peito e mamadeira	7	6,2
Translactação e copo	1	0,9
Tipo de Aleitamento do PT 15 dias após a alta hospitalar		
Aleitamento materno exclusivo	75	66,4
Aleitamento materno	19	16,8
Aleitamento materno predominante	11	9,7
Aleitamento artificial	8	7,1
Técnica de alimentação do PT 15 dias após a alta hospitalar		
Só peito	74	65,5

Peito e mamadeira	24	21,2
Mamadeira	9	8,0
Peito e copo	6	5,3

PT=premature

A Tabela 3 mostra o resultado da análise univariada dos fatores de exposição maternos e neonatais associados à interrupção do AME 15 dias após a alta hospitalar, no domicílio, sendo esta relação significativa para: problemas com as mamas ($p=0,070$), gestação dupla ($p=0,002$), idade gestacional ao nascer ($p=0,000$), peso ao nascer ($p=0,000$), tempo de internação ($p=0,014$), tempo de ventilação ($p=0,001$), amamentação eficaz na primeira semana de vida ($p=0,000$).

Tabela 3: Análise univariada da associação das variáveis de exposição maternas e neonatais com a interrupção do aleitamento materno exclusivo no domicílio. Goiânia, 2014-2015.

Variáveis de exposição	AME				p ¹
	não		sim		
	f	%	f	%	
MATERNAS					
Mãe adolescente					
Sim	8	33,3	16	66,7	0,9697
Não	30	33,7	59	66,3	
Mãe com idades extremas (<math>\leq 18</math> ou <math>\geq 35</math> anos)					
Sim	12	32,4	25	67,6	0,974
Não	26	34,2	50	65,8	
Escolaridade Materna					
Até ensino médio	26	31,3	57	68,7	0,367
Superior	12	40,0	18	60,0	
Pais residem juntos					
Não	4	33,3	8	66,7	0,267
Sim	34	33,7	67	66,3	
Primípara					
Sim	19	31,1	42	68,9	0,181
Não	19	36,5	33	63,5	
Realizou seis ou mais consultas de pré-natal					
Não	14	34,1	27	65,9	0,296
Sim	24	33,3	48	66,7	
Experiência prévia com amamentação					
Não	29	37,2	49	62,8	0,525
Sim	9	25,7	26	74,3	
Houve problemas com as					

mamas		Sim	2	8,3	22	91,7	0,070*
		Não	36	40,4	53	59,6	
OBSTÉTRICAS							
Gestação gemelar		Sim	12	60,0	8	40,0	0,002*
		Não	26	28,0	67	72,0	
Tipo de parto		Cesáreo	29	35,8	52	64,2	0,219
		Vaginal	9	28,1	23	71,9	
Sexo		Feminino	16	29,6	38	70,4	0,330
		Masculino	22	37,3	37	62,7	
NEONATAIS							
Idade gestacional ao nascer		< 28 - extremo	3	37,5	5	62,5	0,000*
		28-31 - moderado	13	39,4	20	60,6	0,000*
		32-37 - limítrofe	22	30,6	50	69,4	
Tempo de internação		> 30 dias	24	46,2	28	53,8	0,014*
		<=30 dias	14	23,0	47	77,0	
Tempo de ventilação		> 7 dias	8	42,1	11	57,9	0,001*
		<= 7 dias	30	31,9	64	68,1	
Idade da primeira alimentação láctea		> 24 horas	18	46,2	21	53,8	0,306
		<= 24 horas	20	27,0	54	73,0	
Amamentação eficaz na primeira semana de vida		Não	26	40,0	39	60,0	0,000*
		Sim	12	25,0	36	75,0	
AME alta hospitalar		Não	20	95,2	1	4,8	0,112
		Sim	18	19,6	74	80,4	

	Média	DP	Média	DP	p¹
Renda familiar (R\$)	1.762,8	9	1.983,0		0,881
Peso ao nascer (gramas)	1.452	454,0	1.686	565,0	0,000
Peso na alta hospitalar (gramas)	1.977	406,0	1.917	397,0	0,770

AME=Aleitamento Materno Exclusivo ¹Regressão de Cox univariada *p<0,10

As variáveis que foram estatisticamente significativas ($p < 0,10$) na análise univariada (problemas com as mamas, gestação dupla, sexo, idade gestacional ao

nascer, peso ao nascer, tempo de internação, tempo de ventilação e amamentação eficaz na primeira semana de vida) compuseram o modelo para a análise multivariada (Tabela 4).

As variáveis que se mostraram estatisticamente significativas neste modelo para explicar a interrupção do AME, 15 dias após a alta hospitalar do PT, foram: gestação dupla ($p=0,001$), tempo de ventilação ($p=0,016$) e peso ao nascer ($p=0,038$).

Verifica-se que o risco de interrupção de AME no domicílio é 4,4 vezes maior quando o PT nasce de gestação dupla, e em 1,0 vezes a cada 0,001 gramas quanto menor o peso do PT ao nascer. Por outro lado, o risco de interrupção do AME no domicílio é 0,1 vezes menor quando o tempo de ventilação for menor do que 30 dias.

Tabela 4: Modelo da análise multivariada da associação das variáveis de exposição maternas e neonatais com a interrupção do aleitamento materno exclusivo no retorno domicílio. Goiânia, 2014-2015.

Variáveis	B	p	HR	IC(95%)
Problemas com as mamas	-1,362	0,071	0,256	0,058 a 11,213
Gestação gemelar	1,503	0,001*	4,495	1,802 a 11,213
Idade gestacional ao nascer				
< 28 - extremo	-1,391	0,106	0,249	0,046 a 1,344
28-31 - moderado	-0,163	0,788	0,849	0,258 a 2,707
32-37 - limítrofe				
Peso ao nascer (em gramas)	0,001	0,038*	1,001	1,000 a 1,002
Tempo de internação	-12,128	0,882	0,000	0,000 a 2,367
Tempo de ventilação	-1941	0,016*	0,144	0,030 a 0,694
Sexo	-0,385	0,297	0,680	0,330 a 1,403
Amamentação eficaz na primeira semana de vida	-0,606	0,284	0,545	0,180 a 1,654

B=Beta, * $p<0,05$, HR=Hazard Risk, IC=intervalo de confiança

6. DISCUSSÃO

O aleitamento materno merece atenção especial na assistência ao PT, visto a frequente interrupção precoce do AME (CZECHOWSKI, FUJINAGA; 2010; VASCONCELOS, SILVA; 2013), e considerando-se os benefícios da amamentação para a redução da mortalidade neonatal (VICTORA et al., 2016).

Desta forma, os resultados desta coorte que acompanhou PT desde a admissão na unidade neonatal até 15 dias após a alta hospitalar, poderão auxiliar no diagnóstico da situação do aleitamento materno em PT do país, sendo um dos poucos estudos com característica longitudinal nesta temática. Além disso, os resultados poderão contribuir para o planejamento de ações e políticas futuras com o objetivo de promover, proteger e apoiar o AME nesta população vulnerável.

O estudo mostrou que a incidência do AME na alta hospitalar foi 81,4%, e no retorno ambulatorial, aos 15 dias após a alta hospitalar, foi de 66,4%. Esses índices podem ser considerados bons, mas estão ainda abaixo dos 90% preconizados pela OMS (WHO, 2011). Outras duas coortes realizadas com PT no Brasil encontraram uma menor incidência de AME. A primeira coorte realizada com 116 PT, em Porto Alegre-RS, encontrou uma incidência de AME de 36,2% aos 14 dias e de 25% aos 28 dias após a alta hospitalar (AZEVEDO; CUNHA, 2013). A segunda coorte realizada com 42 PT, no Maringá-PR, verificou uma incidência de AME de 71,5% 15 dias após a alta hospitalar (SASSÁ et al., 2014). Já na Dinamarca, em uma coorte realizada com 1.488 PT, verificou que a incidência de AME foi de 68% na alta hospitalar e de 13% aos seis meses de idade cronológica (MAASTRUP et al., 2014).

O bom desempenho da instituição participante neste estudo está provavelmente relacionado ao fato desta ter o título de “Hospital Amigo da Criança”, desde 2015 e, portanto, ter instituído, desde sua criação, em 2012, práticas de promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno. Além disso, a instituição possui uma sala de coleta de leite humano e banco de leite parceiro, além das três etapas implantadas do MC.

Um estudo transversal realizado para avaliar o papel da IHAC como fator de proteção ao AME verificou que a IHAC parece ser um importante fator de proteção ao AME logo após o nascimento e ao longo dos primeiros meses de vida da criança (SAMPAIO et al., 2011). Outro estudo, realizado para rever a trajetória da Iniciativa

Hospital Amigo da Criança (IHAC) no Brasil, verificou que a IHAC é uma experiência de sucesso e contribuiu positivamente para o aumento das taxas de amamentação, junto com outras medidas (LAMOUNIER et al., 2008).

O título de Hospital Amigo da Criança também pode contribuir para melhores índices de AME na alta hospitalar (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2009), no entanto, estudos demonstram que as práticas realizadas no hospital em prol do aleitamento materno não asseguram a manutenção destes índices após a alta hospitalar.

Em Riberão Preto-SP, um estudo retrospectivo realizado com 360 PT em um Hospital Amigo da Criança, identificou que na alta hospitalar 28,4% dos PT estavam em AME, 23,2% em aleitamento artificial e 48,3% em aleitamento misto (SCOCHI et al., 2008). Em uma coorte realizada com 225 recém-nascidos PT e a termos nascidos em um Hospital Amigo da Criança, em São Paulo-SP, a incidência de AME 15 dias após a alta hospitalar foi de 94,3% e, de 34,1% aos seis meses de idade (ROCCI; FERNANDES; 2014).

É importante observar que no nosso estudo houve uma redução de 15% na incidência do AME nos PT entre a alta hospitalar e o domicílio (após 15 dias da alta hospitalar). Outros estudos também apontam queda da taxa de AME após a alta hospitalar de PT, conforme detalhado a seguir (CZECHOWSKI; FUJINAGA, 2010; AZEVEDO; CUNHA, 2013; SASSÁ et al., 2014; SILVA et al., 2015).

Um estudo descritivo observacional e retrospectivo realizado em Minas Gerais com 156 PT com peso superior a 1.500 g também encontrou redução na prevalência de AME, sendo de 58,3% na alta hospitalar e 22,2% no sexto mês de vida pós-natal (CZECHOWSKI, FUJINAGA; 2010).

Outro estudo de coorte prospectivo realizado em Porto Alegre com 116 mães e seus PT encontrou que nenhum PT estava em AME na alta hospitalar, e que após 14 dias da alta, 36,2% dos PT estavam em AME, e após 28 dias, 25% estavam em AME. A maioria das mães disse ter sido orientada sobre aleitamento materno (80,2%) e 44% delas foram acompanhadas pelas consultoras em lactação durante a internação. O estudo ainda verificou que o início do AME em PT esteve associado à orientação recebida pela mãe de amamentar exclusivamente o bebê em casa e de não usar chupeta antes de começar o AME (AZEVEDO; CUNHA, 2013). Verifica-se que apesar das orientações recebidas pelas mães sobre o aleitamento materno no hospital, a incidência de AME foi inferior ao encontrado em nosso estudo, tanto na alta como no domicílio.

Outro estudo de coorte realizado no Paraná com 42 PT verificam uma queda significativa na incidência de AME após a alta hospitalar do PT, sendo esta de 71,5%, 45,2%, 38,1% e 35,7%, aos 15 dias, 45 dias, 90 dias e 180 dias após a alta hospitalar (SASSÁ et al., 2014).

Um estudo de seguimento longitudinal realizado em Londrina-PR com 61 PT, com peso menor que 1.500g ou idade gestacional < 32 semanas, verificou que a duração do AME em PT foi de 70,5% na alta hospitalar; de 29,5% no retorno ambulatorial (mediana de 18 dias após a alta), e 16,4% aos seis meses de idade (SILVA et al., 2015), também demonstrando a dificuldade de manutenção do AME no PT após a alta hospitalar.

A continuidade do AME constitui-se como um dos “Dez Passos para Sucesso da Amamentação da IHAC-neo”, sendo descrito como “Promover a formação de grupos de apoio de amamentação e encaminhar a mãe para esses grupos na alta hospitalar ou clínica” (NYQVIST et al., 2015). Este passo visa preparar os pais para continuar o aleitamento materno e assegurar acesso aos serviços de apoio/grupos depois da alta hospitalar (NYQVIST et al., 2015). O acompanhamento dos pais após a alta hospitalar é essencial para a manutenção e estabelecimento do AME no domicílio (NYQVIST et al., 2015).

No presente estudo, apesar dos PT que foram hospitalizados em unidade neonatal serem acompanhados até os dois anos de idade em ambulatório da maternidade, este atendimento ainda é feito exclusivamente pela equipe médica, com encaminhamento para outras especialidades (ex.: fisioterapia, fonoaudiologia etc), quando necessário.

O atendimento ambulatorial do PT por uma equipe multiprofissional, conforme preconizado pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2007), além de uma articulação efetiva com a equipe de saúde da Atenção Básica, poderá contribuir para a manutenção do AME após a alta hospitalar, visto os diversos fatores que podem influenciar na interrupção do AME no domicílio.

No presente estudo os fatores que se mostraram significantes na análise univariada para interrupção do AME foram idade gestacional ao nascer, peso ao nascer, problemas com as mamas, tempo de ventilação, gestação dupla, tempo de internação, amamentação eficaz na primeira semana de vida, no entanto as variáveis que permaneceram no modelo multivariado e foram estatisticamente

significativas foram gestação dupla, o tempo de ventilação e o peso ao nascer foram estatisticamente significativos.

Outros estudos também encontraram associação da interrupção do AME com a idade gestacional (MAASTRUP et al., 2014, ALMEIDA, SILVA, 2015; ORAS et al., 2015; FREITAS et al., 2016), o peso (CASTRO; RUGOLLO; MARGOTTO, 2012), tempo de ventilação (FILHO et al., 2012; MAASTRUP et al., 2014; SILVA; GUEDES; 2015), e gestação dupla (CZECHOWSKI; FUJINAGA, 2010; OSTLUND et al., 2010; SANCHES et al., 2011).

Por outro lado, outros estudos encontraram associação da interrupção do AME com a idade materna, tempo de uso de nutrição parenteral (FILHO et al., 2012) tabagismo, estado emocional das mães durante a internação e após a alta hospitalar (RODRIGUES et al., 2013), crenças, mitos e práticas culturais que envolvem o aleitamento (FROTA et al., 2009; MARQUES, COTTA, PRIORE; 2011; RODRIGUES et al., 2013; ARAÚJO et al., 2014) e uso de chupeta (SILVA; SEGRE, 2010).

Outro aspecto analisado em nosso estudo foi a técnica utilizada para o aleitamento no domicílio. Dentre os PT, 65,5% foram alimentados exclusivamente no peito materno, 21,2% no peito e mamadeira, 8,0% pela mamadeira e 5,3% peito e copo. Esses dados são preocupantes, pois mostram que, logo nas primeiras duas semanas no domicílio, cerca de 30% das mães inseriram a mamadeira na alimentação do bebê.

O uso da mamadeira está associado a um maior risco de desmame em lactentes. Estudo realizado em uma cidade do Rio Grande do Sul com 360 lactentes identificou que 55,8% das mães deixaram de amamentar aos 12 meses de idade, sendo que o uso da mamadeira no primeiro mês de vida aumentou em 2,07 o risco de desmame precoce. Além disso, o uso de chupeta e depressão materna também aumentaram o risco de desmame precoce (FELDENS et al., 2012). Outro estudo, realizado no Rio de Janeiro, com 510 crianças entre seis e onze meses de idade, encontrou que 40% das crianças não estavam amamentando, 47% utilizavam chupeta e 57% usavam mamadeira. Tanto a chupeta (PR = 3,245), quanto a mamadeira (PR = 1,605) foram significativamente associados a um maior risco de não amamentar (RIGOTTI et al., 2015).

A mamadeira ainda pode atrapalhar o desenvolvimento da cavidade bucal da criança, pois faz com que o assoalho da cavidade nasal se eleve e prejudique a respiração nasal, o que pode contribuir para interrupção do AME (MINISTÉRIO DA

SAÚDE, 2009), já que alguns lactantes, depois de serem amamentados com a mamadeira, passam a sentir dificuldades quando iniciam o peito (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2009).

Um estudo transversal realizado com 211 recém-nascidos evidenciou que a mamadeira pode influenciar negativamente a técnica de amamentação materna (FRANÇA et al., 2008). Além deste estudo, uma coorte que acompanhou 104 crianças durante um ano, mostrou associação do uso de mamadeira com a interrupção do AME (BARROS et al., 2009). Outro estudo transversal avaliou os fatores associados ao AME entre os hospitais públicos de Teresina-PI, e evidenciou que o tempo de AME foi maior nas crianças que não utilizaram mamadeira (RAMOS et al., 2010).

A alimentação por copo é uma técnica alternativa para quando o PT ainda não consegue se alimentar através do seio materno, isso porque é uma técnica que permite uma melhor transição para a alimentação oral (PEDRA; PINTO; MEZZACAPA; 2008). As evidências sobre a efetividade da alimentação por copo em relação à mamadeira já foi demonstrada, no entanto, é ainda controversa.

Uma revisão sistemática verificou que dentre os cinco artigos analisados, não houve diferença na técnica de suplementação da amamentação (copo ou mamadeira) em relação à prevalência ou duração da amamentação na alta hospitalar ou durante o primeiro ano de vida, exceto um único estudo em que o uso do copo para a suplementação da amamentação foi associado a maior prevalência de AME na alta hospitalar em PT (PEDRA; PINTO; MEZZACAPA; 2008). Por outro lado, estudo realizado para determinar o efeito da mamadeira e do copo sobre as taxas de AME na alta hospitalar e aos 3 e 6 meses pós-alta em PT tardios, apontou que PT amamentados com copo estão mais propensos ao AME na alta hospitalar, 3 meses e 6 meses após a alta hospitalar (YILMAZ et al., 2014). O mesmo estudo verificou ainda, que o tempo de internação foi menor no grupo que foi amamentado por copo (YILMAZ et al., 2014).

Outro aspecto analisado ao comparar o copo e mamadeira foi o desempenho de deglutição dos PT na primeira oferta de alimentos por via oral. Os resultados sugerem que os PT, na primeira alimentação oral, apresentaram melhor desempenho de deglutição com mamadeira em comparação com o uso do copo (LOPEZ et al., 2014). O estudo salienta ainda que maioria dos PT alimentados com mamadeira (68%) apresentaram forte sucção rítmica e 63% apresentaram boa

sucção / deglutição / coordenação de respirar, o que não aconteceu nos PT alimentados através do copo (LOPEZ et al., 2014). Vale lembrar que todas as crianças foram alimentadas exclusivamente por sonda/gavagem durante o período anterior ao estudo (LOPEZ et al., 2014).

Uma revisão realizada para determinar se o uso da mamadeira pode atrapalhar o estabelecimento do AME e para determinar se alternativas à mamadeira são seguras, concluiu que introdução de mamadeiras com leite materno não atrapalha o AME, desde que a amamentação esteja estabelecida, e que o uso do copo não se mostrou eficaz nos artigos selecionados na revisão, pois houve um abandono da técnica na maioria dos estudos quando o copo era utilizado, indicando insatisfação com este método por parte dos funcionários e / ou pais (COLLINS et al., 2008).

Os resultados apresentados nos permitem concluir que muitos estudos apontam que a suplementação com o copo, assim como a mamadeira podem atrapalhar o AME, além de ocasionar outros prejuízos para o bebê.

Uma técnica que pode ser utilizada como estratégia de transição para a alimentação oral é a translactação, que consiste na oferta de leite humano por meio de uma sonda conectada a uma seringa, sendo uma das extremidades da sonda fixada próxima ao mamilo materno e introduzida na boca no recém-nascido durante a amamentação (WHO, 1998; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011).

Um ensaio clínico randomizado prospectivo com 64 PT, com idade inferior a 32 semanas e/ou peso inferior a 1.500g, avaliou a efetividade da translactação com avaliação da prontidão oral para transição da gavagem para o AME, em comparação com o uso de copo. O estudo mostrou que houve uma maior prevalência e duração do AME e menor risco de desmame na primeira quinzena após a alta hospitalar no grupo que utilizou a translactação do que o que utilizou o copo (ROSSETTO, 2011).

O não oferecimento de chupeta e mamadeira é uma recomendação da IHAC para recém-nascidos a termo saudáveis em alojamento conjunto (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010a). No entanto, o uso da chupeta em PT pode ser justificado em situações especiais, tal como, alívio da dor, redução do estresse e agitação quando a mãe não está disponível e outros métodos de alívio não foram possíveis (NYQVIST et al., 2015).

Não há consenso na literatura no que diz respeito ao uso de chupeta e o aleitamento materno. Diversos autores encontraram uma associação do uso de

chupeta com a interrupção do AME (VIVANCOS et al., 2008; PEREIRA, 2010; CASTILHO et al, 2012; LEONE; SADECK et al., 2012; QUELUZ et al., 2012; ROCHA et al., 2013; SALUSTIANO et al., 2012; NETO; ZANDONADE; EMMERICH, 2013; BUCKSTEGGE, 2014). Em contrapartida, uma revisão sistemática com recém-nascidos a termos, evidenciou que quando as lactantes são orientadas e estimuladas a amamentar, o uso de chupeta não interfere no AME (JAAFAR et al., 2012). Uma limitação do nosso estudo foi não ter investigado o número de PT que faziam uso de chupeta no domicílio.

Outro fator que tem sido apontado como preditor da interrupção do AME é o início tardio da amamentação. Um estudo longitudinal com 246 bebês até 12 meses verificou que a ocorrência da primeira mamada após 6 horas de vida aumentou o risco (RR=1,95) para menor tempo em aleitamento materno (CHAVES; LAMOUNIER, 2007).

É recomendado que logo na primeira hora após o nascimento os recém-nascidos sejam amamentados (WHO, 2009; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2009b). Estudos apontam a diminuição das taxas de mortalidade em recém-nascidos amamentados na primeira hora de vida (WHO, 2009; BOCCOLLINI; CARVALHO; OLIVEIRA, 2013). No entanto, o início da amamentação no PT geralmente ocorre mais tardiamente do que no recém-nascido a termo, principalmente se este for um PT moderado ou extremo. Em nosso estudo, nenhum PT foi amamentado na primeira hora de vida. A IHAC-neo preconiza que a amamentação no PT aconteça mais precocemente possível, e a estabilidade clínica seja o único critério utilizado para iniciar a amamentação (NYQVIST et al., 2015).

Em nosso estudo, 93 (82,3%) PT foram alimentados com leite materno ou leite humano do banco de leite na primeira alimentação láctea. No entanto, verifica-se que há uma lacuna no tipo de leite administrado para o bebê, já que o dado refere-se ao registro da prescrição médica, pois na época do estudo, era rotina registrar apenas o volume do leite administrado. A partir do nosso estudo, foi modificada a forma de registro para o volume e tipo de leite administrados.

O leite materno deve ser o leite preferencial para ofertar ao PT, pois o leite da mãe oferece maior teor bacteriológico, bioquímico, imunológico e nutritivo, sendo ideal para o desenvolvimento do PT (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2009a; MOLES et al., 2015).

Além disso, oferecer leite precocemente para um PT, e de forma exclusiva, auxilia na prevenção de agravos, como a enterocolite necrotizante (HERRMANN; CARROLL et al., 2014; LIN et al., 2014).

Um estudo multicêntrico randomizado, realizado com 53 lactentes PT em UTIN, mostrou que PT alimentados com fórmulas lácteas e outros leites, se não o humano, possuem maior risco de desenvolverem enterocolite necrotizante (CRISTOFALO et al., 2013).

Outra intervenção que promove o aleitamento materno é o contato pele-a-pele, ou posição canguru. Estudos descrevem recém-nascidos que realizaram a posição canguru até uma hora após o nascimento, encorajando o contato pele-a-pele precoce, contínuo e prolongado (HAKE-BROOKS; ANDERSON, et al, 2008; RENFREW et al., 2009; ALMEIDA et al., 2010; JEFFERIES et al., 2012).

O contato pele-a-pele também é preconizado para recém-nascidos de baixo peso e PT (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011) devido os inúmeros benefícios, tais como: fortalecimento do vínculo mãe-recém-nascido e melhor desenvolvimento imunológico (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011; AMARAL; GREGÓRIO; MATOS et al., 2015), diminuição da mortalidade, menor risco de hipotermia e hipoglicemia, reduz as taxas de sepse, diminui as taxas de reinternação, melhora os sinais vitais, proporciona maior crescimento do perímetro cefálico, e auxilia em menores escores de dor (BOUNDY et al., 2016). Além de aumentar as taxas e duração do AME e (ALMEIDA et al., 2010; SILVA; SEGRE, 2010; GREGSON; BLACKER, 2011; BOUNDY et al., 2016).

No presente estudo não foi registrado o contato pele-a-pele precoce na primeira hora de vida, no entanto, não coletamos dados acerca da realização do contato pele-a-pele durante a hospitalização do PT ou após a alta. No caso dos PT, recomenda-se que o contato pele-a-pele precoce seja realizado até as primeiras 24 horas de vida, e encorajado de maneira contínua (24 horas/dia) ou intermitente durante todo o período de hospitalização e após a alta (NYQVIST et al., 2015).

Os fatores que foram preditores da interrupção do AME na análise univariada em nosso estudo foram idade gestacional ao nascer, peso ao nascer, problemas com as mamas, tempo de ventilação, gestação dupla, tempo de internação, amamentação eficaz na primeira semana de vida, sendo que, apenas a gestação dupla, o tempo de ventilação e o peso ao nascer foram estatisticamente significativos no modelo multivariado.

Um fator que apontado como preditor na interrupção do aleitamento materno é a idade gestacional (ALMEIDA, SILVA, 2015), porém a idade gestacional do PT não foi estatisticamente significativa na análise multivariada em nosso estudo.

Uma coorte retrospectiva de 103 PT acompanhados em centro de referência secundária em Minas Gerais, de 2010 a 2015, identificou e analisou variáveis associadas à menor duração do aleitamento materno. O estudo verificou que PT com idade inferior a 32 semanas possuem 2,6 vezes maior risco de interrupção do aleitamento materno quando comparados com PT com idade superior a 32 semanas, e que há associação negativa quando o PT possui idade inferior a 32 semanas e na primeira consulta ambulatorial já está em aleitamento misto (FREITAS et al., 2016).

Um estudo transversal avaliou 15 PT com idade gestacional de 20 a 37 semanas durante a primeira mamada em seio materno em uma UTIN e verificou que, quanto maior a idade gestacional do PT, mais adequadas foram as condições de pega e de ordenha materna, bem como quanto mais tempo de vida do PT, melhor a pega ao seio (ALMEIDA, SILVA, 2015). No entanto, a idade gestacional do PT não deve ser um critério para o início da amamentação.

Não há na literatura uma conformidade sobre a idade adequada para amamentar um PT. Alguns autores defendem que a idade gestacional não deve ser um critério para definir a prontidão para o início da amamentação. É possível definir quando o PT está apto para iniciar a amamentação a partir do momento em que este se apresenta estável e não tem contraindicação de aleitamento, sendo o único critério a ser adotado (NYQVIST et al., 2015). Nesse caso, estabilidade é definida quando o PT não apresenta, durante o cuidado de rotina e manuseio, apnéia severa, dessaturação e bradicardia (NYQVIST et al., 2015).

Um estudo descritivo longitudinal, realizado na Suécia, com 83 PT descreveu os padrões de aleitamento materno em PT até um ano de idade corrigida. Os autores observaram que as frequências de amamentação nos PT aos 2, 6, e 12 meses foram, em média, mais elevadas do que as descritas previamente em crianças nascidas a termo em ambientes mais favorecidos (ORAS et al., 2015).

Outro estudo de coorte dinamarquês, realizado com 1.488 prematuros de 24 a 32 semanas de idade gestacional, demonstrou que 21% dos PT iniciaram a amamentação antes mesmo de completarem 30 semanas de idade gestacional

corrigida (MAASTRUP et al., 2014), demonstrando que a maturidade não deve ser critério para o início da amamentação.

No entanto, o início da amamentação no seio materno antes de 32 semanas de idade gestacional, não é uma prática comum em muitas UTIN do mundo (MAASTRUP et al., 2014). Na prática, a equipe multiprofissional possui grandes dificuldades para iniciar o AME em PT (FUJINAGA et al., 2013). Esse atraso na amamentação dificulta a manutenção da lactação materna e atrapalha a manutenção e estabelecimento do AME em PT (MAASTRUP et al., 2014).

No Brasil, estudo realizado com 60 PT (idade gestacional corrigida ≤ 36 semanas e 6 dias) validou um instrumento para avaliar a prontidão do PT para início da alimentação oral. O Instrumento de Avaliação da Prontidão do Prematuro para Início da Alimentação Oral é constituído por cinco categorias, com o total de 18 itens: 1) idade corrigida (≤ 32 semanas; 32-34 semanas e ≥ 34 semanas); 2) estado de organização comportamental (estado de consciência, postura e tônus global); 3) postura oral (postura de lábios e língua); 4) reflexos orais (reflexo de procura, sucção, mordida e vômito) e 5) sucção não nutritiva (movimentação da língua, canolamento da língua, movimentação de mandíbula, força de sucção, sucções por pausa, manutenção do ritmo de sucção por pausa, manutenção do estado alerta e sinais de estresse). O desempenho do prematuro em cada item varia numa escala de 0 (zero) a 2 (dois), com escore total que varia de 0 a 36 pontos, sendo 30 o escore que indica prontidão oral do PT para iniciar a alimentação do PT (FUJINAGA et al., 2013).

Neste estudo, a idade média da primeira amamentação eficaz no seio materno foi de 372,5 horas (DP=397,6). A maioria dos PT que receberam alimentação láctea nas primeiras 24 horas de vida, e aqueles que foram amamentados na primeira semana, estavam em AME após a alta hospitalar. No entanto, estas variáveis não foram significativas na análise multivariada para os fatores que influenciaram a interrupção do AME no domicílio.

Para estimular o aleitamento materno precoce é essencial a presença contínua dos pais, principalmente da mãe. O Ministério da Saúde preconiza a permanência da mãe ou do pai junto ao recém-nascido 24 horas por dia e livre acesso a ambos ou, na falta destes, ao responsável legal, devendo o estabelecimento de saúde ter normas e rotinas escritas a respeito, que sejam

rotineiramente transmitidas a toda equipe de cuidados de saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2014).

A unidade neonatal participante do estudo garante o acesso irrestrito e permanência dos pais junto ao bebê durante a hospitalização. Existe uma cadeira confortável reclinável próximo à incubadora e uma sala de acolhimento e repouso para os pais. Porém, a grande maioria das UTIN no Brasil, ainda estabelece horário de visita aos pais, um fator que prejudica o cuidado ao bebê, e também o estabelecimento do AME.

Um estudo transversal realizado na Noruega encontrou maiores taxas de AME em PT, após a alta hospitalar, cujos os pais foram incentivados a permanecerem junto com o seu PT durante 24 horas por dia desde a internação do mesmo em UTIN (WATAKER; MEBERG; NESTAAS, 2012). Lactantes que permanecem em tempo integral na unidade hospitalar possuem maior possibilidade da construção de laços afetivos com o PT e, conseqüentemente, o fortalecimento do vínculo do binômio mãe-filho (DITZ; MOTA; SENA; 2008), bem como participação ativa no cuidado e empoderamento da lactante (NYQVIST et al., 2015).

Desta forma, ressalta-se que é fundamental garantir o acesso irrestrito dos pais junto aos seus filhos PT na unidade neonatal, no entanto, a inserção dos pais na unidade deve incluir uma infraestrutura adequada para a sua permanência, abordagem centrada na família com a coparticipação e o empoderamento dos pais no cuidado.

Outra variável preditora para a interrupção do AME no domicílio em nosso estudo foi o peso ao nascimento, ou seja, quanto menor o peso de nascimento do bebê, menor a chance dele estar em AME no domicílio, após 15 dias da alta hospitalar. Por outro lado, outros pesquisadores não encontraram associação da variável peso com a ausência de AME (SANTOS; SOLER; AZOUBEL; 2005; VASCONCELOS; LIRA; LIMA; 2006; CZECHOWSKI; FUJINAGA; 2010; SILVA; SEGRE; 2010).

A morbidade neonatal é inversamente proporcional à idade gestacional e ao peso ao nascer, sendo também determinantes da sobrevivência do PT (CASTRO; RUGOLLO; MARGOTTO, 2012). Desta forma, acreditamos que o peso e idade gestacional são variáveis importantes no contexto da alimentação do PT, porém não devem ser considerados fatores isolados para o início e manutenção da amamentação no PT.

Outra variável significativa para a manutenção do AME no PT em nosso estudo foi o tempo de ventilação, sendo que o risco de interrupção do AME 15 dias após a alta hospitalar foi 0,1 vezes menor quando o tempo de ventilação foi menor do que 30 dias. A maior parte dos PT necessitou de suporte ventilatório (92,0%), no entanto, a maioria permaneceu em ventilação mecânica por ≥ 7 dias.

No entanto, a ventilação mecânica foi associada a um início tardio do AME em uma coorte com 749 PT com idade gestacional de 24 a 30 semanas (MAASTRUP et al., 2014).

Geralmente a alimentação dos PT em ventilação mecânica acontece por sonda nasogástrica (SILVA; GUEDES; 2013). No entanto, o uso prolongado de sondas traz prejuízos a órgãos fonoarticulatórios (SILVA; GUEDES; 2013), além disso, as lactantes apresentam insegurança ao visualizarem os PT em incubadoras, usando sondas e em ventiladores, no ambiente hospitalar, mas propriamente em UTIN (SOARES; SANTOS; GASPARINO, 2010; SOUSA et al., 2011). É importante que a mãe do PT seja orientada e estimulada pela equipe da unidade neonatal a realizar a ordenha de leite para oferecer ao seu filho(a) enquanto este estiver em ventilação mecânica e sendo alimentado por gavagem.

Problemas com as mamas, tal como traumas mamilares, foi um fator preditor para a interrupção do AME neste estudo, porém não significativo na análise multivariada. Essa variável, no entanto, foi considerada como um fator que aumenta o risco de desmame em outro estudo (VIEIRA et al., 2010). Nesta coorte realizada com 1.309 recém-nascidos a termo, na Bahia, que analisou os fatores associados à interrupção do AME no primeiro mês de vida, verificou-se que a fissura mamilar aumentou em 25% o risco como um dos fatores preditores da interrupção do AME no primeiro mês de lactação (VIEIRA et al., 2010).

Destaca-se assim, a importância da orientação e apoio da enfermagem à lactante no início e manutenção da amamentação do PT, garantindo a técnica correta para prevenir e tratar os traumas mamilares.

No presente estudo, a gestação dupla foi uma variável associada com a interrupção do AME, tanto na análise univariada, como na multivariada. Estudos indicam uma baixa taxa e interrupção precoce de AME em PT gemelares (CZECHOWSKI; FUJINAGA, 2010; OSTLUND et al., 2010; SANCHES et al., 2011) e recém-nascidos a termo (BICALHO-MANCINI; VELÁSQUEZ-MELÉNDEZ, 2004).

Apesar das dificuldades em amamentar gemelares, a amamentação é recomendada, uma vez que as lactantes produzem a quantidade láctea necessária para nutrir os lactentes, dependendo do ritmo e das condições adequadas, bem como condição de saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2009).

Outros fatores não investigados neste estudo, que podem interferir na manutenção do AME em recém-nascidos a termo, é o tabagismo (SILVEIRA; LAMOUNIER, 2003; VIVANCOS et al., 2008; WEISER et al., 2009; KAUFMANN et al., 2012; ORTEGA-GARCÍA et al., 2015) e o álcool (CHAVES; LAMOUNIER; CÉSAR; 2007; ROCHA, 2009; SANCHES et. al., 2011).

O fato de termos acompanhado os PT do estudo somente até 15 dias após a alta hospitalar, no domicílio, deve ser apontado como uma limitação do estudo, visto que nas duas primeiras semanas em casa, os fatores clínicos (ex.: tempo em ventilação mecânica, peso ao nascer) podem ainda ter maior influência do que os fatores culturais (ex.: desejo de amamentar, não trabalhar, residir com o companheiro). O acompanhamento dos PT até os seis meses de idade corrigida ou até a interrupção do AME poderia elucidar melhor todos os fatores envolvidos na manutenção do AME.

Os resultados desta pesquisa demonstram a dificuldade da manutenção do AME após a alta hospitalar no domicílio, mesmo com o seguimento ambulatorial do PT em uma maternidade com o título de Hospital Amigo da Criança.

Além disso, o estudo aponta para a necessidade de implementação de ações e estratégias que promovam o início precoce e manutenção da amamentação durante toda a internação do PT, bem como a manutenção do AME em domicílio até os seis meses de vida.

Nesta direção, a IHAC-neo pode ser considerada como uma intervenção promissora para aumentar a taxa de AME entre os PT em unidade neonatal, bem como no domicílio. Para garantir o sucesso da implementação da IHAC-neo em unidades neonatais, devem ser utilizados modelos e estratégias de transferência de conhecimento que consideram a melhor evidência científica, as necessidades e cultura do contexto local, e o envolvimento ativo dos profissionais de saúde que prestam assistência direta ao PT e família em unidade neonatal.

7.CONCLUSÃO

Os resultados identificaram uma incidência de AME de 81,4% na alta hospitalar e 66,4% no domicílio, com 15 dias após a alta hospitalar entre os 113 PT que participaram deste estudo de coorte. Ao comparar a incidência de AME na alta hospitalar e após a alta hospitalar, verifica-se uma queda de 15% na incidência de AME.

A maioria dos PT recebeu o leite humano (cru ou pasteurizado) na primeira alimentação láctea (80,5%) por sonda orgástrica através da técnica de gavagem, seringa ou bomba de infusão (99,1%). No entanto, esta primeira alimentação ocorreu após as primeiras 24 horas de vida para a maioria dos PT. A maior parte dos PT iniciou a amamentação após uma semana de vida (57,5%), sendo em média com 15,5 horas pós-natal (DP=16,5).

Ao investigar os fatores preditores da interrupção do AME no domicílio, as variáveis idade gestacional ao nascer, peso ao nascer, problemas com as mamas, tempo de ventilação, gestação dupla, tempo de internação, amamentação eficaz na primeira semana de vida foram significativas na análise univariada. No entanto, apenas as variáveis gestação dupla, tempo de ventilação e peso ao nascer foram estatisticamente significativas na análise multivariada. Desta forma, os PT tiveram maior risco de desmame quando nasceram de gestação dupla, permaneceram mais do que sete dias em ventilação mecânica e tiveram menor peso ao nascer.

Apesar da instituição do estudo ter o título de Hospital Amigo da Criança, os resultados deste trabalho demonstram a dificuldade da manutenção do AME após a alta hospitalar no domicílio.

O estudo indica ainda, a necessidade da implementação de ações pela equipe multiprofissional que promovam o início precoce e manutenção da amamentação durante a hospitalização em unidade neonatal, bem como articulação dessas ações com a os profissionais da atenção básica para a continuidade do AME no domicílio até os seis meses de vida. Sem dúvida, essas ações devem ser promovidas com o apoio de políticas públicas que considerem as particularidades do PT.

8. REFERÊNCIAS

Amaral DA, Gregório EL, Matos DA. Impacto de uma intervenção pró-aleitamento nas taxas de amamentação de prematuros inseridos no método canguru. *Rev. APS.* 2015; 18(1): 57-63.

Almeida H, Venancio SI, Sanches MTC, Onuki D. Impacto do método canguru nas taxas de aleitamento materno exclusivo em recém-nascidos de baixo peso. *J. Pediatr. (Rio J.)* [internet]. 2010; [cited 2015 fev 23];86(3): 250-253. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_pdf&pid=S002175572010000300015&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt

Almeida TSP, Souza EV, Campos PHN, Oliveira LS, Cunha RDO. Incidência de Retinopatia da Prematuridade no Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina entre 2010 e 2011. *Arq Catarin Med.* 2012; 41(3): 44-48.

Araújo BBM, Rodrigues BMRD. Vivências e perspectivas maternas na internação do filho prematuro em Unidade de Tratamento Intensivo Neonatal. *Rev Esc Enferm USP.* 2010; 44(4):865-72.

Araújo LEAST, Sales JRP, Melo MCP, Mendes RNC, Mistura C. Influências sociais no processo do aleitar: percepções das mães. *Revista espaço para a saúde.* 2014; 15(1): 25-36.

ANVISA- Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Ministério da Saúde. Resolução de Diretoria Colegiada RDC nº 221/2002. Dispõe sobre o regulamento técnico sobre chupetas, bicos, mamadeiras e protetores de mamilo. Brasília (Brasil): Ministério da Saúde, 2002a.

ANVISA- Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Ministério da Saúde. Resolução de Diretoria Colegiada RDC nº 222/2002. Dispõe sobre o regulamento técnico para promoção comercial dos alimentos para lactentes e crianças de primeira infância. Brasília (Brasil): Ministério da Saúde, 2002b.

ANVISA- Agência Nacional de Vigilância Sanitária; Ministério da Saúde. Banco de leite humano: funcionamento, prevenção e controle de riscos. Brasília (Brasil); Ministério da Saúde; 2008. 12p.

Azevedo M, Cunha MLC. Fatores associados ao aleitamento materno exclusivo em prematuros no primeiro mês após a alta hospitalar. *Revista HCPA.* 2013; 33(1): 40-49.

Barros VO, Cardoso MAA, Carvalho DF, Gomes, MMR, Ferraz NVA, Medeiros CCM. Maternal breastfeeding and factors associated to early weaning in infants assisted by the family health program. *Nutrire: rev. Soc. Bras. Alim. Nutr.* 2009; 34(2): 101-114.

Bernardi JLD, Jordão RE, Barros Filho AZ. Fatores associados à duração mediana do aleitamento materno em lactentes nascidos em município do estado de São Paulo. *Rev. Nutr.* [Internet]. 2009 [cited 2013 nov 15]; 22(6): 867-878. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rn/v22n6/v22n6a08.pdf>

Bernardo WM, Aires FT, Carneiro RM, Sá FP, Rullo VEV, Burns DA. Eficácia dos probióticos na profilaxia de enterocolite necrosante em recém-nascidos prematuros: revisão sistemática e meta-análise. *Pediatr (Rio J).* 2013; 89(1): 18-24.

Bittar RE, Fonseca EB, Zugaib M. Predição e prevenção do parto pré-termo. *Femina*. 2010; 38(1):13-20.

Bicalho-Mancini PG, Velásquez-Meléndez G. Aleitamento materno exclusivo na alta de recém-nascidos internados em berçário de alto risco e os fatores associados a essa prática. *J Pediatr*. 2004; 80(3):241-248.

Blencowe H, Cousens S, Oestergaard MZ, Chou D, Moller AB, Narwal R et al. National, regional, and worldwide estimates of preterm birth rates in the year 2010 with time trends since 1990 for selected countries: a systematic analysis and implications. *Lancet*. 2012; 379: 2162-2172.

Blencowe H, Cousens S, Chou D, Oestergaad M, Say L, Moller Ann-Beth. Born Too Soon: The global epidemiology of 15 million preterm births. *Reproductive Health* 2013, 10(Suppl 1):S2 192-205.

Bobrow KL, Quigley MA, Green J, Reeves GK, Beral V. Persistent effects of women's parity and breastfeeding patterns on their body mass index: results from the Million Women Study. *Int J Obes (Lond)*. 2013; 37(5): 712-717.

Botelho SN, Boery RNSO, Vilela ABA, Santos WS, Pinto LA, Ribeiro VM et al. O cuidar materno diante do filho prematuro: um estudo das representações sociais. *Rev. esc. enferm. USP*. 2012; 46(4): 929-934.

Boucher CA, Brazal PM, Graham-Certosini C, Carnaghansherrard K, Feeley N. Mothers' breastfeeding experiences in the NICU. *Neonatal Netw*. 2011; 30(1): 21-28.

Boundy EO, Dastjerdi R, Spiegelman D, et al. Kangaroo Mother Care and Neonatal Outcomes: A Meta-analysis. *Pediatrics*. 2016;137(1): 2015-2238.

Braga TD, Silva GAP, Lira PIC, Lima MC. Enterocolite necrosante em recém-nascidos de muito baixo peso em uma unidade neonatal de alto risco do Nordeste do Brasil (2003-2007). *Rev Bras Saúde Matern Infant*. 2012; 12(2): 127-133.

Brunken GS, Silva SM, França GVA, Escuder MM, Venâncio SI. Fatores associados à interrupção precoce do aleitamento materno exclusivo e à introdução tardia da alimentação complementar no centro-oeste brasileiro. *J Pediatr [Internet]*. 2006; [cited 2015 fev 23]; 82(6): 445-451. Available

from:http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_pdf&pid=S0021-75572006000800009&lng=en&nrm=iso&tlng=pt

Caldeira AP, Gonçalves E. Avaliação de impacto da implantação da Iniciativa Hospital Amigo da Criança. *J. Pediatr. [Internet]*. 2007; [cited 2015 fev 23]; 83(2): 127-132. Available from:http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_pdf&pid=S0021-75572007000200006&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt

Campos DP, Silva MV, Machado JR, Catellano LR, Rodrigues V, Barata CHC. Sepsis neonatal precoce: níveis de citocinas no sangue de cordão umbilical no diagnóstico e durante o tratamento. *J. Pediatr*. 2010; 86 (6): 509-514.

Carvalho BR, Brito ASJ, Matsuo T. Assistência à saúde e mortalidade de RNMBP. *Rev Saúde Pública* 2007; 41(6): 1003-1012.

Carrascoza KC, Possobon RF, Ambrosano GMB, Júnior ALC, Moraes ABA. Determinantes do abandono do aleitamento materno exclusivo em crianças

assistidas por programa interdisciplinar de promoção à amamentação. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2011; 16(10): 4139-4146.

Castilho SD, Casagrande RC, Rached CR, Nucci LB. Prevalence of pacifier among breastfed and not breastfed infants attending a university hospital. *Rev Paul Pediatr*. 2012 30(2):166-172.

Castro MP, Rugolo LMSS, Margotto PR. Sobrevida e morbidade em prematuros com menos de 32 semanas de gestação na região central do Brasil. *Rev Bras Ginecol Obstet*. 2012; 34(5): 235-242.

Chagas RIA, Ventura CMU, Lemos GMJ, Santos DFM, Silva JJ. Análise dos fatores obstétricos, socioeconômicos e comportamentais que determinam a frequência de recém-nascidos pré-termos em UTI neonatal. *Brazilian Society Journal of Pediatric Nurses*. 2009; 9(1): 7-11.

Charpak N, Ruiz-Peláez JG. Resistance to implementing Kangaroo Mother Care in developing countries, and proposed solutions. *Acta Pediatrica*, 2006; 95(5): 529-534.

Chaves RG, Lamounier JA, Cear CC. Fatores associados com a duração do aleitamento materno. *J. Pediatr*. [Internet] 2007 [cited 2015 nov 15]; 83(3): 241-246. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/jped/v83n3/v83n3a09.pdf>

Cristofalo EA, Schanler RJ, Blanco CL, Sullivan S, Trawoeger R, Kiechl-Kolendorfer U et al. Randomized Trial of Exclusive Human Milk versus Preterm Formula Diets in Extremely Premature Infant. *The Journal of Pediatrics*. 2013; 163(6): 1592-1595.

Cruz ARM, Oliveira MMC, Cardoso MVLML, Lúcio IML. Sentimentos e expectativas da mãe com filho prematuro em ventilação mecânica. *Rev. Eletr. Enf.* [Internet]. 2010;12(1):133-139. Available from:<http://www.fen.ufg.br/revista/v12/n1/v12n1a16.htm>

Coelli AP, Nascimento LR, Mill JG, Molina MCB. Prematuridade como fator de risco para pressão arterial elevada em crianças: uma revisão sistemática. *Cad. Saúde Pública*. 2011;27(2): 2017-218.

Colins CT, Makrides M, Gillis J, Mcphee AJ. Avoidance of bottles during the establishment of breast feeds in preterm infants. *Cochrane Database Syst Rev*. 2008; 8(4):1-32.

Conde-Agudelo A, Díaz-Rossello JL. Kangaroo mother care to reduce morbidity and mortality in low birthweight infants. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. [Internet]. 2014;[cited 2015 fev 23]; Issue 4. 132p. Available from: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD002771.pub3/abstract>

Correa HN, Villasmil ER, Bolívar JS, Montilla JM, Vilasmil NR, Cepeda DT. Enfermedad de membrana hialina en recién nacidos de pacientes preeclámpicas. *Rev Obstet Ginecol Venez*. 2012; 72(2): 77-87.

Coca KP, Gamba MA, Silva RS, AbrãoACFV. A posição de amamentar determina o aparecimento do trauma mamilar? *Rev. esc. enferm. USP*[online]. 2009; [cited 2015 fev 23]; 43(2): 446-452. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_pdf&pid=S0080-62342009000200026&lng=en&nrm=iso&tlng=pt

Costa AA, Souza EB, Guimarães JV, Vieira F. Evidências das intervenções na prevenção do trauma mamilar na amamentação: revisão integrativa. *Rev. Eletr. Enf.*

[Internet]. 2013a; [cited 2015 fev 23]; 15(3):790-80. Available from:
http://www.fen.ufg.br/fen_revista/v15/n3/v15n3.htm

Costa ACS, Cavalcante LPF, Moreira RTF, Ferreira ALC, Lima BSS, Lúcio IML. Análise de produções com ênfase no aleitamento materno em unidade de terapia intensiva neonatal. *Rev Enferm UFPI*. 2013b; 2(2): 61-65.

Crestani AH, Souza AP, Beltrami L, Moraes AB. Analysis of the association among types of breastfeeding presence of child development risk, socioeconomic and obstetric variables. *J.Soc. Bras. Fonoaudiol*. 2012; 24 (3): 205-210.

Czechowski AE, Fujinaga CI. Seguimento ambulatorial de prematuros e a prevalência do aleitamento na alta hospitalar e ao sexto mês de vida: contribuições da Fonoaudiologia. *Rev Soc Bras Fonoaudiol*. 2010; 15(4): 572-577.

Dalziel SR, Parag V, Rodgers A, Harding JE. Cardiovascular risk factors at age 30 following pre-term birth. *Int. J. Epidemiol*. 2007; 36(4): 907-915.

Davim RMB, Enders BC, Silva RA. Mothers' feelings about breastfeeding their premature babies in a rooming-in facility. *Rev Esc Enferm USP*. 2010; 44(3):713-718.

Demari I, Gomes JS, Stucky RMM, Kolankiewicz, ACB, Loro MM, Rosanelli CLSP. Estratégias para promoção do aleitamento materno em recém-nascidos pré-termo: estudo bibliográfico. *Pediatria-SP*. 2011; 33(2): 89-96.

Dittz ES, Mota JAC, Sena RR. O cotidiano no alojamento materno, das mães de crianças internadas em uma Unidade de Terapia Intensiva Neonatal. *Rev. Bras. Saúde Matern. Infant*. 2008; 8(1): 75-81.

Feldens CA, Vitolo MR, Rauber F, Cruz LN, Hilgert JB. Risk factors for discontinuing breastfeeding in southern Brazil: a survival analysis. *Matern Child Health J*. 2012; 16(6):1257-1265.

Filho JBF, Eckert GU, Valiatt FB, Santos PGB, Costa MC, Procianoy RS. The influence of gestational age on the dynamic behavior of other risk factors associated with retinopathy of prematurity (ROP). *Graefes Arch Clin Exp Ophthalmol*. 2010; 248(6): 893-900.

Filho FL, Rodrigues MC, Correia AS, Araújo HWP. Fatores associados ao desmame por ocasião da alta em PT de muito baixo peso. *Rev Pesq Saúde*. 2012;13(2): 21-25.

Figueredo SF, Mattar MJG, Abrão ACFV. Iniciativa Hospital Amigo da Criança: uma política de promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno. *Acta Paul Enferm*. 2012; 25(3): 459-463.

Figueredo SF, Mattar MJG, Abrão ACFV. Hospital Amigo da Criança: prevalência de aleitamento materno exclusivo aos seis meses e fatores intervenientes. *Rev Esc Enferm USP* 2013; 47(6): 1291-1297.

França GVA, Brunken GS, Silva SM, Escuder MM, Venancio SI. Determinantes da amamentação no primeiro ano de vida em Cuiabá, Mato Grosso. *Rev. Saúde Pública* [Internet]. 2007 [cited 2015 nov 11]; 41(5): 711-718. Available from:
<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v41n5/5802.pdf>

França MCT, ERJ, Oliveira LD, Weigert EML Santo LCE, Köhler CV, Bonilha ALL. Uso de mamadeira no primeiro mês de vida: determinantes e influência na técnica de amamentação. *Rev Saúde Pública*. 2008; 42(4):607-614.

Freitas BAC, Lima LM, Carlos CFLV, Priore SE, Franceschini SCC. Duração do aleitamento materno em prematuros acompanhados em serviço de referência secundário. Rev Paul Pediatr. 2016; 1-8. Available from: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0103058215001513>

Frota MA, Costa FL, Soares SD, Filho OAS, Albuquerque CM, Cassimiro CF. Fatores que interferem no aleitamento materno. Rev. Rene. 2009; 10(3): 61-67.

Fujinaga CI, Moraes AS, Zamberlan-Amorim NE, Castral TC, Silva AA, Scochi CGS. Validação clínica do Instrumento de Avaliação da Prontidão do Prematuro para Início da Alimentação Oral Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2013; 21(Spec):1-6.

Fundação Oswaldo Cruz; Rede Brasileira de Bancos de Leite Humano. Relatório de atividades. Rio de Janeiro (Brasil): Fiocruz; 2005.

Gasparido CM, Martinez FE, Linhares MBM. Cuidado ao desenvolvimento: intervenções de proteção ao desenvolvimento inicial de recém-nascidos pré-termo. Rev Paul Pediatr. 2010; 28(1): 77-85.

Gasparin FBR, Teles JM, Araújo SC. Alergia à Proteína do Leite de Vaca Versus Intolerância à Lactose: as Diferenças e Semelhanças. Revista Saúde e Pesquisa. 2010; 3(1): 107-114.

Galego PAR, Gomes CF. O uso do copo na alimentação de lactentes: Existe um modelo ideal? In Anais do 7º encontro internacional de Produção Científica Cesumar [Internet]; 2011 Outubro 25-28; Paraná, Brasil. 2011 [cited 2015 feb 23]. Available from: <http://www.cesumar.br/prppge/pesquisa/epcc2011/anais/priscilaamandaramosgalego.pdf>

Giuliani NR, Oliveira J, Santos BZ, Bosco VL. O Início do Desmame Precoce: Motivos das Mães Assistidas por Serviços de Puericultura. Pesq Bras Odontoped Clin Integr 2012; 12(1):53-58.

Gontijo TL, Meireles AL, Malta DC, Proietti FA, Xavier CC. Avaliação da implantação do cuidado humanizado aos recém-nascidos com baixo peso-método canguru. J Pediatr (Rio J). 2010; 86(1): 33-39.

Gradim CVC, Magalhães MC, Faria MCF, Arantes CS. Aleitamento materno como fator de proteção para o câncer de mama. Rev Rene. 2011; 12(2): 358-364.

Granzotto JA, Mendes RM, Oliveira MB. Sepsis neonatal precoce e mortalidade em uma unidade de terapia intensiva neonatal. Revista da AMRIGS. 2013; 57(2): 133-135.

Gregson S, Blacker J. Kangaroo care in pre-term or low birth weight babies in a postnatal Ward. British Journal of Midwifery. 2011; 19(9): 566-575.

Gross FM, Van der Sand ICP, Girardon-Perlini NMO, Cabral FB. Influência das avós na alimentação de lactentes: o que dizem suas filhas e noras. Acta Paul Enferm. 2011; 24(4):534-540.

Gubert JK, Viera CS, Oliveira RG, Delatore S, Sanches MM. Avaliação do aleitamento materno de recém-nascidos prematuros no primeiro mês após a alta. Cienc Cuid Saúde. 2012; 11(1): 146-155.

Heidi W, Alf M, Eirik N. Neonatal Family Care for 24 Hours per Day, Effects on Maternal Confidence and Breast-Feeding 2012 J Perinat Neonat Nurs. 26(4): 336-342.

Hake-Brooks SJ, Anderson GC. Kangaroo care and breastfeeding of mother-preterm infant dyads 0-18 months: A randomized, controlled trial. *Neonatal Netw.* 2008;27(3):151-159.

Herrman K; Carrol K. An exclusively human milk diet reduces necrotizing enterocolitis. *Breastfeed Med.* 2014; 9(4): 184-90.

Jaafar SH, Jahanfar S, Angolkar M, Ho JJ. Effect of restricted pacifier use in breastfeeding term infants for increasing duration of breastfeeding. *Cochrane Database of Systematic Reviews.* In: *The Cochrane Library.* 2012; (9), 1-19.

Jefferies AL. Kangaroo care for the preterm infant and family. *Canadian Pediatric Society, Fetus and Newborn Committee. Pediatr Child Health.* 2012;17(3):141-143.

Johnston C, Campbell-Yeo M, Fernandes A, Inglis D, Streiner D, Zee R. Skin-to-skin care for procedural pain in neonates. *Cochrane Database Syst Rev.* 2014; 23(1): 1-80.

Joventino ES, Dodt RCM, Araújo TL, Cardoso MVVLM, Silva VM, Ximenes LB. Tecnologias de enfermagem para promoção do aleitamento materno: revisão integrativa da literatura. *Rev Gaúcha Enferm.* 2011; 32(1): 176-84.

Júnior FJM, Silva JVF, Ferreira ALC, Rodrigues PARA. A síndrome do desconforto respiratório do recém-nascido: fisiopatologia e desafios assistenciais. *Ciências Biológicas e da Saúde.* 2014; 2(2); 189-198.

Júnior JCC. Atendimento oftalmológico dos recém-nascidos examinados nas maternidades públicas em Manaus. *Rev Bras Oftalmol.* 2010; 69 (4): 222-225.

Kaufman CC, Albernaz EP, Silveira RB, Silva MB, Mascarenhas MLW. Alimentação nos primeiros três meses de vida dos bebês de uma coorte na cidade de Pelotas, Rio Grande do Sul. *Rev Paul Pediatr.* 2012; 30(2): 157-165.

Lamounier JA, Bouzada MCF, Janneu AMS, Maranhão AGK, Araújo MFM, Vieira GO et al. Iniciativa Hospital Amigo da Criança, mais de uma década no Brasil: repensando o futuro. *Rev Paul Pediatr,* 2008; 26(2):161-169

Leadford AE, Warren JB, Manayan A; Chomba E; Salas AA; Schelonka R et al. plastic bags for prevention of hypothermia in preterm and low birth weight infants. 2013; 132(1); 128-134.

Leone CR, Sadeck LS, Programa Rede de Proteção à Mãe Paulistana. Fatores de risco associados ao desmame em crianças até seis meses de idade no município de São Paulo. *Rev Paul Pediatr.* 2012; 30(1): 21-26.

Lima-Costa MF, Barreto SM. Tipos de estudos epidemiológicos: conceitos básicos e aplicações na área do envelhecimento. *Epidemiologia e Serviços de Saúde* 2003; 12(4): 189-201.

Lima EV, Oliveira DMP, Draque CM, Mori H, Pinto FLS, Saraiva MA et al. Sobrevida de recém-nascidos de muito baixo peso em maternidade privada de nível terciário. *Rev Paul Pediatría* 2006; 24(2): 155-162.

Lin HY; Chang JH; Chung MY; Lin HC. Prevention of necrotizing enterocolitis in preterm very low birth weight infants: is it feasible? J Formos Med Assoc. 2014 113(8): 490-497.

López CP, Chiari BM, Goulart AL, Furkim AM, Guedes ZC . Assessment of swallowing in preterm newborns fed by bottle and cup. Cotas. 2014; 26(1):81-86.

Lucas RF, Smith RL. When is it safe to initiate breastfeeding for preterm infants? Adv Neonatal Care. 2015; 15(2):134-141.

Maastrup R; Hansen BM; Kronborg H; Bojesen SN; Hallum K; Frandsen A et al. Breastfeeding progression in preterm infants is influenced by factors in infants, mothers and clinical practice: the results of a national cohort study with high breastfeeding initiation rates. Plosone. 2014; 9(9): 108-114.

Maia PRS, Almeida JAG, Novak FR, Silva DA. Rede Nacional de Bancos de Leite Humano: gênese e evolução. Rev. Bras. Saúde Matern. Infant. 2006; 6(3): 285-292.

Manani M, Jegatheesan P, Desandre G, Song D, Showalter L, Govindaswani B. Elimination of admission hypothermia in preterm very low-birth-weight infants by standardization of delivery room management. Perm J. 2013; 17(3): 8-13.

Martins MDG, Santos GHND, Sousa MDS, Costa JEFBD, Simões VMF. Associação de gravidez na adolescência e prematuridade. Rev bras Ginecol Obstet. 2011; 33(11): 354-360.

Martins CBG, Santos DS, Lima FCA, Gaíva MAM. Introdução de alimentos para lactentes considerados de risco ao nascimento. Epidemiol. Serv. Saúde. 2014; 23(1): 79-90.

Marques ES, Cotta RMM, Priore SE. Mitos e crenças sobre o aleitamento materno. Ciência & Saúde Coletiva. 2011; 16(5): 2461-2468.

Mascarenhas D, Cruz ICF. Aconselhamento para lactação na unidade de Terapia Intensiva Neonatal-estudo descritivo. Online Brazilian Journal of Nursing [Internet]. 2006 [cited 2015 nov 15] 5(2); 1-8. Available from: <http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/rt/printerFriendly/388/90>

Melo RCJ, Souza IEO, Paula CC. Enfermagem neonatal: o sentido existencial do cuidado na Unidade de Terapia Intensiva. Rev Bras Enferm. 2013; 66(5): 656-662.

Mena P, Smith J, Milet B, Toro C, Aredondo F, Llanos A. Incidencia y evolución de membrana hialina en menores de 35 semanas según crecimiento intrauterino. Revista Chilena de Pediatría. 2011; 82(5): 395-401.

Menezes MAS, Garcia DC, Melo EV, Cipolotti R. Recém-nascidos prematuros assistidos pelo Método Canguru: avaliação de uma coorte do nascimento aos seis meses. Rev Paul Pediatr. 2014; 32(2):171-177.

Ministério da Saúde; Portaria nº 693/2000- Normas de Orientação para a Implantação do Método Canguru. Brasília (Brasil): Ministério da Saúde; 2000.

Ministério da Saúde; Secretaria de Atenção à Saúde. Manual normativo para profissionais de saúde de maternidades - referência para mulheres que não podem amamentar. Secretaria de Atenção à Saúde, Brasília (Brasil): Ministério da Saúde; 2005a.

Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. D Área Técnica de Saúde da Mulher. Pré-natal e Puerpério: atenção qualificada e humanizada - manual técnico/Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Brasília: Ministério da Saúde; 2005b.

Ministério da Saúde. Portaria N° 11.265. Regulamenta a comercialização de alimentos para lactentes e crianças de primeira infância e também a de produtos de puericultura correlatos. Brasília (Brasil): Ministério da Saúde; 2006a.

Ministério da Saúde. Portaria N° 2.193. Define a estrutura e a atuação dos Bancos de Leite Humano (BLH). Brasília (Brasil): Ministério da Saúde; 2006b.

Ministério da Saúde; Secretaria de Atenção à Saúde. II Pesquisa de Prevalência de Aleitamento Materno nas Capitais Brasileiras e Distrito Federal. Brasília (Brasil): Ministério da Saúde; 2009a.

Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde da criança: nutrição infantil: aleitamento materno e alimentação complementar. Secretaria de Atenção à Saúde, Brasília (Brasil): Ministério da Saúde; 2009b.

Ministério da Saúde; Área Técnica de Saúde da Criança e Aleitamento Materno Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Iniciativa hospital Amigo da Criança. Secretaria de Atenção à Saúde, Brasília (Brasil): Ministério da Saúde; 2010a.

Ministério da Saúde; Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Gestão de alto risco: manual técnico. Secretaria de Atenção à Saúde, 5. ed., Brasília (Brasil): Ministério da Saúde; 2010b.

Ministério da Saúde; Secretaria de Atenção à Saúde. Pesquisa de Prevalência de Aleitamento Materno em Municípios Brasileiros. Brasília (Brasil): Ministério da Saúde; 2010c.

Ministério da Saúde. Secretaria da Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Amamentação e uso de medicamentos e outras substâncias. Brasília (Brasil): Ministério da Saúde, 2010d.

Ministério da Saúde. Área Técnica de Saúde da Criança e Aleitamento Materno. Rede Amamenta Brasil: os primeiros passos (2007–2010). Secretaria de Atenção à Saúde, Brasília (Brasil): Ministério da Saúde; 2011a.

Ministério da Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso: Método Canguru. Secretaria de Atenção à Saúde, Brasília (Brasil): Ministério da Saúde; 2011b.

Ministério da Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Atenção à saúde do recém-nascido: Cuidados com os recém-nascidos pretermos; guia para os profissionais de saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Brasília (Brasil): Ministério da Saúde, 2011c.

Ministério da Saúde; Conselho Nacional de Saúde. Resolução N° 466/2012. Aprova novas diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília (Brasil): Ministério da Saúde; 2012a.

Ministério da Saúde; Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Atenção à saúde do recém-nascido: guia para os profissionais de saúde. Secretaria de Atenção à Saúde, 2. ed., Brasília (Brasil): Ministério da Saúde; 2012b.

Ministério da Saúde; Coordenação Geral de Informações e Análises Epidemiológicas– CGIAE. Consolidação do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos de 2011. Secretaria de Vigilância em Saúde. Brasília (Brasil): Ministério da Saúde; 2013a.

Ministério da Saúde; Portaria nº 1920- Institui a Estratégia Nacional para promoção do Aleitamento Materno Complementar Saudável no Sistema Único de Saúde (SUS)- Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil. Brasília (Brasil). Ministério da Saúde; 2013b.

Ministério da Saúde; Portaria nº 371- Institui diretrizes para a organização da atenção integral e humanizada ao recém-nascido (RN) no Sistema Único de Saúde. Brasília (Brasil). Ministério da Saúde; 2014a.

Ministério da Saúde. Portaria nº 1.153- Redefine os critérios de habilitação da Iniciativa Hospital Amigo da Criança. Brasília (Brasil). Ministério da Saúde; 2014b.

Ministério da Saúde. DATASUS [Internet]. Brasília: (BR) [cited 2015 nov 11]. 2015a. Departamento de Informática do SUS – DATASUS. Available from: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sinasc/cnv/nvuf.def>

Ministério da Saúde. Decreto Nº 8.552- Regulamenta a Lei nº 11.265, de 3 de janeiro de 2006, que dispõe sobre a comercialização de alimentos para lactentes e crianças de primeira infância e de produtos de puericultura correlatos. Ministério da Saúde; 2015b.

Miranda AM, Cunha DIB, Gomes SMF. A influência da tecnologia na sobrevivência do recém-nascido prematuro extremo de muito baixo peso: revisão integrativa. Rev. Min. Enferm, 2010, 14(3): 435-442.

Moles L, Manzano S, Fernández L, Montilla A, Corzo N, Ares S, Rodríguez JM, Espinosa-Martos I. Bacteriological, biochemical, and immunological properties of colostrum and mature milk from mothers of extremely preterm infants. J Pediatr Gastroenterol Nutr. 2015; 60(1):120-126.

Moreira MA, Lopes RLM. Amamentação: aspectos históricos das políticas públicas brasileiras. Online Brazilian Journal of Nursing [Internet]. 2007; [cited 2015 fev 23]; 6(2): 1-8. Available from: <http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/j.1676-4285.2007.842/204>

Nascimento CAD, Cartaxo CMB, Monteiro EMLM, Silva LMP, Souto CC, Leão ENC. Percepção DE enfermeiros sobre os pais de prematuros em unidade de terapia intensiva neonatal. Rev Rene. 2013; 14(4): 811-20.

Neves AT, Mendes E, Neves DB. Enterocolite necrozante: um desafio para o recém-nascido de muito baixo peso. Rev Med Minas Gerais 2009; 19(1): 51-57

Neves PN, Ravelli APX, Lemos JRD. Atenção humanizada ao recém-nascido de baixo-peso (método mãe canguru): percepções de puérperas. Rev Gaúcha Enferm. 2010; 31(1): 48-54.

Neto ETS, Zandonade E, Emmerich AO. Modelos de análise dos fatores associados à duração do aleitamento materno. Rev Paul Pediatr [Internet]. 2013 [cited 2015 nov 11]; 31(3):306-314. Available from: http://www.scielo.br/pdf/rpp/v31n3/pt_0103-0582-rpp-31-03-00306.pdf

Nyqvist KH, Häggkvist AP, Hansen MN, Kylberg E, Frandsen AL, Maastrup R et al. Expansion of the ten steps to successful breastfeeding into neonatal intensive care:

expert group recommendations for three guiding principles. *J. Hum Lact.* 2012; 28(3): 289-296.

Nyqvist KH, Maastrup R, Hansen MN, Haggkvist AP, Hannula L, Ezeonodo A et al. Neo-BFHI: The Baby-friendly Hospital Initiative for Neonatal Wards. Core document with recommended standards and criteria. Nordic and Quebec Working Group; 2015.

Oliver RA, Richart MM, Cabrero GP, Pérez HS, Laguna NG, Flores AJC et al. Fatores associados ao abandono do aleitamento materno durante os primeiros seis meses de vida. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* 2010; 18(3): 79-86.

Oliveira MGA, Lira PIC, Batista Filho M, Lima, MC. Fatores associados ao aleitamento materno em dois municípios com baixo índice de desenvolvimento humano no Nordeste do Brasil. *Rev. bras. epidemiol.* [Internet]. 2013 [cited 2015 nov 15]; 16(1): 178-179. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rbepid/v16n1/1415-790X-rbepid-16-01-0178.pdf>

Oliveira AP, Parente RCM. Estudos de Coorte e de Caso-Controlle na Era da Medicina Baseada em Evidência. *Bras. J. Video-Sur.* 2010; 3(3): 115-125.

Ortega-García JA, Cárceles-Álvarez A, Cotton-Caballero A, Pastor-Torres E; Cánovas-Conesa CA, Martínez-Cayuelas E et al. Factores ambientales relacionados con la duración de la lactancia: estudio de seguimiento a 1 año. *Acta Pediatr Esp*; 2015; 73(4): 97-104.

Otoni ACS, Grave MTQ. Avaliação dos sinais neurocomportamentais de bebês. *Rev Ter Ocup Univ.* 2014; 25(2): 151-158.

Ostlund A, Nordstrom M, Dykes F, Flacking R. Breastfeeding in preterm and term twins-maternal factors associated with early cessation: a population-based study. *J Hum Lact.* 2010; 26: 235-241.

Oras P, Blomgyst YT, Nyqvist KH, Gradin M, Rubertsson C, Hellström-Westas L et al. Breastfeeding Patterns in Preterm Infants Born at 28-33 Gestational Weeks. *J Hum Lact.* 2015; 31(3): 377-385.

Pacheco STA, Silva AM, Lioi A, Rodrigues TAF. A punção venosa no recém-nascido prematuro. *Rev. enferm. UERJ.* 2012; 20(3): 306-311.

Passini RP, Fonseca ESVB, Serruya SJ, Milanez HMBP, Carvalho ECC. Estudo Milticêntrico de investigação da prematuridade no Brasil: implementação, correlação, intraclasse e fatores associados à prematuridade espontânea [thesis]. Faculdade de Ciências Médicas/UNICAMP; 2014.

Passanha A, Cervato-Mancuso AM, Silva MEMP. Elementos protetores do leite materno na prevenção de doenças gastrointestinais e respiratórias. *Rev. Bras. Cresc. e Desenv. Hum.* 2010; 20(2): 351-360.

Paulucci RS, Nascimento IFC, Schulze CA. Abordagem espacial dos partos prematuros em Taubaté, SP. *Rev Paul Pediatr.* 2011; 29(3): 336-40.

Pedras CTPA, Pinto EALC, Mezzacappa. 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): 163-169.

Pereira SVM. Situação de aleitamento materno em área urbana do município de Anápolis – GO [Thesis]. Goiânia: Programa de Pós-graduação em Ciências da Saúde / UFG; 2010.

Pereira FL, Góes FSN, Fonseca LMM, Scochi CGS, Castral TC, Leite A. A manipulação de prematuros em uma Unidade de Terapia Intensiva Neonatal. Rev Esc Enferm USP. 2013; 47(6):1272-1278.

Piccoli A, Soares CR, Costa G, Silveira JL, Fiatt MP, Cunha RS. Perfil clínico de neonatos de muito baixo Peso internados em uma unidade de tratamento intensivo neonatal. Revista HCPA. 2012; 32(4): 412-419.

Prigenzi MLH, Trindade CEP, Rugolo LMSS, Silveira LVA. Fatores de risco associados à mortalidade de recém-nascidos de muito baixo peso na cidade de Botucatu, São Paulo, no período 1995-2000. Rev. Bras. Saude Mater. Infant. [Internet]. 2008 [cited 2015 set 15]; 8(1), 93-101. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rbsmi/v8n1/11.pdf>

Primo CC, Ruela PBF, Brotto LDA, Lima EF. Efeitos da nicotina materna na criança em amamentação. Rev paul. Pediatr. 2013; 31(3), 392-397.

Priore MD, Bassanezi C. História das mulheres no Brasil. 2.ed. São Paulo: Contexto; 1997.

Queluz MC, Pereira MJB, Santos CB, Leite AM, Ricco RG. Prevalência e determinantes do aleitamento materno exclusivo no município de Serrana, São Paulo, Brasil. Rev Esc Enferm USP [internet]. 2012 [cited 2015 jan 31]; 46(3):537-43. Available from: http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v46n3/en_02.pdf.

Ramos CV, Almeida JAG, Saldiva SRDM, Pereira LMR, Alberto MSMC, Teles et al. Prevalência do Aleitamento Materno Exclusivo e os fatores a ele associados em crianças nascidas nos Hospitais Amigos da Criança de Teresina - Piauí. Epidemiol. Serv. Saúde [internet]. 2010; [cited 2016 fev 10] 19(2):115-124. Available from: <http://www.arca.fiocruz.br/xmlui/bitstream/handle/icict/3702/Preval%C3%AAncia%20do%20Aleitamento%20Materno%20Exclusivo%20e%20os.pdf?sequence=1>

Ramos HAC, Cuman RKN. Fatores de risco para prematuridade: pesquisa Documental. Esc Anna Nery Rev Enferm. 2009;13(2): 297-304.

Rebello, C. M. Uso do surfactante no recém-nascido. I consenso brasileiro de ventilação mecânica em pediatria e neonatologia. Associação de Medicina Intensiva Brasileira – AMIB [Internet]. 2012 [cited 2015 fev 24]. Available from: http://www.sbp.com.br/pdfs/I_Consenso_Brasileiro_de_Surfactante.pdf

Renfrew MJ, Craig D, Dyson L, McCormick F, Rice S, King SE et al. Breastfeeding promotion for infants in neonatal units: A systematic review and economic analysis. Health Technol Assess 2009; 13(40):140-146.

Rigotti RR; Oliveira MIC, Boccolini CS. Association between the use of a baby's bottle and pacifier and the absence of breastfeeding in the second six months of life. Ciênc. saúde coletiva. 2015; 20(4), 1235-1244.

Rocci E, Fernandes RAQ. Dificuldades no aleitamento materno e influência no desmame precoce. Rev.Bras.Enferm. [Internet]. 2014 [cited 2015 fev 22]; 67(1): 22-27. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_pdf&pid=S0034-71672014000100022&lng=en&nrm=iso&tlng=pt

- Rocha AA, Silva PSG. Intervenção cirúrgica e fatores associados em neonatos com enterocolite necrosante. *Revista da AMRIGS*. 2011; 55(4): 361-364.
- Rocha NB, Garbin AJI, Garbin CAS, Saliba O, Moimaz AS. Prática de Aleitamento Materno e Fatores Associados ao Desmame Precoce. *Pesq Bras Odontoped Clin Integr*. 2013; 13(4):337-342.
- Rocha NB, Garbin AJI, Garbin CAS, Saliba O, Moimaz SAS. Estudo longitudinal sobre a prática de aleitamento materno: fatores associados e causas de desmame. *Pesq Bras Odontoped Clin Integr*. 2013; 13(4): 337-42.
- Rochelle IMF, Tagliaferro EPS, Pereira AC, Meneghim MC, Nóbilo KA, Ambrosano GMB. Amamentação, hábitos bucais deletérios e oclusopatias em crianças de cinco anos de idade em São Pedro, SP. *Dental Press J. Orthod*. 2010; 15(2): 71-81.
- Rodrigues AP, Martins EL, Trojahn TC, Padoin SMM, Paula CC. Manutenção do aleitamento materno de recém-nascidos pré-termo: revisão integrativa da literatura. *Rev Eletr. Enf. [Internet]*. 2013 [cited 2015 fev 22]; 15(1): 253-264. Available from: <http://revistas.ufg.br/index.php/fen/article/view/17067>
- Rohana J, Khairina W, Boo NY, Shareena I. Reducing hypothermia in preterm infants with polyethylene wrap. *Pediatr Int*. 2011;53(4): 468-474.
- Rollins NC, Bhadari N, Hajjebhoy N, Horton S, Luther CK, Martines JC et al. Why invest, and what it will take to improve breastfeeding practices. *Lancet*. 387(10017): 491-504.
- Rosseto EG. O uso da translactação para o aleitamento materno de bebês nascidos muito prematuros: ensaio clínico randomizado. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem/USP; 2011. 150 p.
- Salgado APA, Adirson DM, Cava AM, Camacho KG. O sono do recém-nascido em unidade de terapia intensiva neonatal. *Rev. enferm. UERJ*. 2011; 19(4): 644-649.
- Salustiano LPQ, Diniz ALD, Abdallah VOS, Pinto RMC. Fatores associados à duração do aleitamento materno em crianças menores de seis meses. *Rev Bras Ginecol Obstet*. 2012; 34(1):28-33.
- Sampaio PF, Moraes CL, Reichenheim ME, Oliveira AS, Lobato G. Nascer em Hospital Amigo da Criança no Rio de Janeiro, Brasil: um fator de proteção ao aleitamento materno? *Cad Saúde Pública*. 2011; 27(7): 1349-1361.
- Santana NT, López AS, González IP, Pérez AM, Luis EG, Toledo IM. Estrategia de intervención para disminuir la mortalidad por Síndrome de Dificultad Respiratoria del recién nacido en Maternidad Provincial, de Matanza. *Revista Médica Electrónica [Internet]*. 2010; [cited 2015 fev 22]; 32(5): 1-6. Available from: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1684-18242010000500005
- Santos AO. NIDCAP: Uma filosofia de cuidados. *Nascer e Crescer*. 2011; 20(1): 26-31.
- Santos SP, Oliveira LMB. Baixo peso ao nascer e sua relação com obesidade e síndrome metabólica na infância e adolescência. *R. Cie. Med. Biol*. 2011; 10(3): 329-336.

Santos IM, Ribeiro IS, Santana RCB. Identificação e tratamento da dor no recém-nascido prematuro na Unidade de terapia Intensiva. *Rev Bras Enferm.* 2012a; 65(2): 269-275.

Santos TAS, Dittz ES, Costa PR. Práticas favorecedoras do aleitamento materno ao recém-nascidos prematuro internado na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal. *R. Enferm. Cent. O. Min.* 2012b; 2(3): 438-450.

Santos VFS, Soler ZASG, Azoubel R. Alimentação de crianças no primeiro semestre de vida: enfoque no aleitamento materno exclusivo. *Rev. Bras. Matern. Infant.* 2005; 5(3):283-291.

Santos SMR, Ferreira TL, Quintalb VS, Carbonarec SB, Franco MT. Milk from Brazilian women presents secretory IgA antibodies and neutralizes rotavirus G9P[5]. *J Pediatr (Rio J).* 2013; 89(5): 510-513.

Sanches MTC, Buccini GS, Gimeno SGA, Rosa TEC, Bonamingo AW. Fatores associados à interrupção do aleitamento materno exclusivo de lactentes nascidos com baixo peso assistidos na atenção básica. *Cad. Saúde Pública [Internet].* 2011[cited 2015 nov 12]; 27(5): 953-965. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v27n5/13.pdf>

Sassá AH, Schmidt KT, Rodrigues BC, Ichisato SMT, Higarashi IH, Marcon SS. Bebês pré-termo: aleitamento materno e evolução ponderal. *Rev Bras Enferm.* 2014; 67(4):594-600

Scochi CGS, Ferreira 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. *Cienc Cuid Saude.* 2008; 7(2): 145-154.

Sena CD, Diniz NMF, Carvalho MRS, Oliveira DS, Oliveira JF, Campos MLAO. Ocorrência de violência doméstica em mulheres que tiveram parto prematuro. *Revista Baiana de Enfermagem.* 2012; 26(2): 488-497.

Serra SOA, Scochi CGS. Dificuldades maternas no processo de aleitamento materno de prematuros em uma UTI neonatal. *Rev Latino-am Enfermagem.* 2004; 12(4): 597-605.

Shinsato RN, Paccola L, Gonçalves WA, Barbosa JC, Martinez FE, Rodrigues MLV, Jorge R. Frequência de retinopatia da prematuridade em recém-nascidos no Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. *Arq Bras Oftalmol.* 2010; 73(1): 60-65.

Silva JD, Gutierrez TM, Rocco PRM, Garcia CSNB. Terapia com surfactante na síndrome do desconforto respiratório agudo: prós e contras. *Pulmão RJ.* 2009a; 18(3):148-154.

Silva LJ, Silva LR, Christoffel MM. Tecnologia e humanização na Unidade de terapia Intensiva: reflexões no contexto do processo saúde-doença. *Rev. esc. enferm. USP.* 2009b; 43(3): 684-689.

Silva LM, Tavares LAM, Gomes CF. Dificuldades na amamentação de lactentes prematuros. *Distúrb Comum.* 2014; 26(1): 50-59

Silva SMS, Segre CAM. Fatores que influenciam o desmame no recém-nascido prematuro. *Rev. Bras. Crescimento desenvolv. Hum.* 2010, 20(2): 291-301.

Silva WF, Guedes ZCF. Tempo de aleitamento materno exclusivo em recém-nascidos prematuros e a termo. Rev. CEFAC. [Internet]. 2013; [cited 2015 out 15]; 17 (1): 100-112. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rcefac/2012nahead/102-11.pdf>

Silva WF, Guedes ZCF. Prematuros e prematuros tardios: suas diferenças e o aleitamento materno. Rev. CEFAC. [Internet]. 2015; [cited 2015 out 15];17(4):1232-1240. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rcefac/v17n4/1982-0216-rcefac-17-04-01232.pdf>

Silva LG, Araújo RT, Teixeira MA. O cuidado de enfermagem ao neonato pré-termo em unidade neonatal: perspectiva de profissionais de enfermagem. Rev. Eletr. Enf. [Internet]. 2012; [cited 2015 fev 22]; 14(3):634-643. Available from: <http://www.fen.ufg.br/revista/v14/n3/v14n3a21.htm>.

Silva PK, Almeida ST. Avaliação de recém-nascidos prematuros durante a primeira oferta de seio materno em uma uti neonatal. Rev. CEFAC. 2015; 17(3):927-935.
Silveira FJF, Lamounier JA. Influência do uso da chupeta e do tabagismo materno na amamentação: revisão de literatura. Rev Med Minas Gerais. 2003; 13 (2):120-128.

Silveira RC, Giacomini C, Procianoy RS. Seps e choque séptico no período neonatal: atualização e revisão de conceitos. Rev. bras. ter. intensiva [Internet]; 2010; [cited 2015 fev 22]; 22(3):280-290. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_pdf&pid=S0103507X2010000300011&lng=en&nrm=iso&tlng=pt

Silveira RC, Procianoy RS. Uma revisão atual sobre seps neonatal. Boletim Científico de Pediatria. 2012; 1(1): 29-35.

Sipola-Leppanen MV, Tikanmaki M, Hovi P, Miettola S, Ruokonen A, Pouta A. Cardiovascular Risk Factors in Adolescents Born Preterm. Pediatrics. 2014; 134(4): 1072-1081.

Soares LO, Santos RF, Gasparino RC. Necessidades de familiares de pacientes internados em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal. Contexto Enferm, Florianópolis. 2010; 19(4): 644-50.

Sousa L, Haddad ML, Nakano AMS, Gomes FA. Terapêutica não-farmacológica para alívio do ingurgitamento mamário durante a lactação: revisão integrativa da literatura. 2012; 46(1):472-479.

Sousa AM, Mota CS, Cruz IAC, Mendes SS, Martins MCC, Moura MEB. Feelings expressed by mothers of premature newborns admitted to the neonatal ICU. R. Pesq. Cuid. Funda [internet]; 2011; [cited 2015 fev 23]; (Ed.Supl.): 100-110. Available from: http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/1943/pdf_530

Souza EL, Silva LR, Sá ANS, Bastos CM, Diniz AB, Mendes CMC. Impacto da internação na prática do aleitamento materno em hospital pediátrico de Salvador, Bahia, Brasil. Cad. Saúde Pública [Internet]. 2008 [cited 2015 nov 11]; 24(5): 1062-1070. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v24n5/13.pdf>

Souza G, Saunders C, Dolinsky M, Queiroz J, Campos A, Ramalho A. Vitamin A concentration in mature human milk. Pediatr (Rio J). 2012; 88(6): 496-502.

Spyrides MH, Struchiner CJ, Barbosa MTS, Kac G. Efeito das práticas alimentares sobre o crescimento infantil. Rev. Bras. Saude Mater. Infant. [Internet]. 2005; [cited 2015 fev 23]; 5(2): 145-153. Available from:

http://www.scielo.br/scielo.php?pid=s1519-38292005000200002&script=sci_arttext

Stenger MR, Reber KM, Giannone PJ, Nankervis CA. Probiotics and prebiotics for the prevention of necrotizing enterocolitis. Curr Infect Dis Rep. 2011; 13(1): 13-20.

Suzumura EA, Oliveira JB, Buehler AM, Carballo M, Berwanger O. Como Avaliar Criticamente Estudos de Coorte em Terapia Intensiva? Revista Brasileira de Terapia Intensiva. 2008; 20(1): 93-98.

Tamez RN, Silva MJP. Enfermagem na UTI neonatal: assistência ao recém-nascido de alto risco. 4.ed. Rio de Janeiro (RJ): Guanabara-Koogan; 2009

Toma TS, Rea MF. Benefícios da amamentação para a saúde da mulher e da criança: um ensaio sobre as evidências. Cad. Saúde Pública. 2008; 24(2): 235-246.

Tomé VAV, Vieira JF, Oliveira LB, Pinto RMC, Abdallah VOS. Estudo da retinopatia da prematuridade em um hospital universitário. Arq Bras Oftalmol. 2011; 74(4): 279-282.

UNICEF. Innocenti Declaration on the Protection, Promotion and Support of Breastfeeding. 1990; [cited 2015 fev 23] Available from:

<http://www.unicef.org/programme/breastfeeding/innocenti.htm>

Vasconcelos MGL, Lira PIC, Lima MC. Duração e fatores associados ao aleitamento materno em crianças menores de 24 meses de idade no estado de Pernambuco. Rev. Bras. Saúde Matern. Infant. 2006; 6(1):99-105.

Vasconcelos MN, Silva MAM. Aleitamento materno de recém-nascidos internados: dificuldades de mães com filhos em unidade de cuidados intensivos e intermediários neonatais. Rev Min Enferm. 2013; 17(4): 932-939.

Venâncio SI, Escuder MM, Saldiva SRDM, Giugliani ERJ. A prática do aleitamento materno nas capitais brasileiras e Distrito Federal: situação atual e avanços. J. Pediatr. [Internet]. 2010; [cited 2015 fev 23]; 86(4): 317-324. Available from:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_pdf&pid=S002175572010000400012&lng=en&nrm=iso&tlng=pt

Victora CG, Bahl R, Barros AJD, França GA, Horton S, Krasevc J et al. Breastfeeding in the 21st century: epidemiology, mechanisms, and lifelong effect. Lancet. 2016; 387(10017): 475-490.

Vieira AA, David BB, Lino RR, Duarte LB, Bueno AC. Avaliação dos fatores perinatais que interferem na incidência de enterocolite necrosante em recém-nascidos de muito baixo peso. Rev Bras Ginecol Obstet. 2013; 35(8): 363-367.

Vieira GO, Martins CC, Vieira TO, Oliveira NF, Silva LR. Fatores preditivos da interrupção do aleitamento materno exclusivo no primeiro mês de lactação. J. Pediatr (Rio J.) [Internet]. 2010 [cited 2015 fev 23]; 86(5):441-444. Available from:

<http://www.scielo.br/pdf/jped/v86n5/v86n5a15.pdf>

Vinagre LEF, Marba STM. Uso antenatal do corticosteroide e hemorragia peri-intraventricular. Rev Paul Pediatr. 2010; 28(3): 346-352.

Vivancos RBZ, Leite AM, Furtado MCC, Góes FSN, Haas VJ, Scocchi CGS. Alimentação do recém-nascido após alta hospitalar de uma Instituição Amiga da Criança. Acta paul. Enferm. 2008; 21(3): 439-443.

Yilmaz G, Caylan N, Karacan CD, Bodur İ, Gokcay G. Effect of cup feeding and bottle feeding on breastfeeding in late preterm infants: a randomized controlled study. J Hum Lact. 2014; 30(2):174-179.

Warnock FF, Castral TC, Brant R, Sekilian M, Leite AM, Owens Sde L, Scochi CG. Brief report: Maternal kangaroo care for neonatal pain relief: a systematic narrative review. J Pediatr Psychol. 2010; 35(9): 975-984.

Weiser TM; Lin M; Garikapaty V; Feyerharm RW; Bensyl DM; Zhu BP. Association of maternal smoking status with breastfeeding practices: Missouri, 2005. Pediatrics. 2009; 124(6): 1603-1610.

Wenzel D, Souza SB. Prevalência do aleitamento materno no Brasil segundo condições socioeconômicas e demográficas. Rev Bras Cresc e Desenv Hum. 2011; 21(2): 251-258.

WHO- World Health Organization. Department of child and adolescent health and development. Relactation: a review of experience and recommendations for practice. Geneva: WHO, 1998.

WHO- World Health Organization. The optimal duration of exclusive breastfeeding. Report of an expert consultation. Geneva: WHO; 2001 [cited 2015 fev 23]. Available from: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/67219/1/WHO_NHD_01.09.pdf

WHO-World Health Organization. Nutrient Adequacy of Exclusive Breastfeeding for the Term Infant During The First Six Months of Life. Department of Nutrition for Health and Development (NHD), 2002. 57p.

WHO- World Health Organization. Evidence on the long-term effects of breastfeeding: systematic review and meta-analyses. Department of Child and Adolescent Health and development (CAH). Geneva (Switzerland); WHO; 2007. 52p.

WHO- World Health Organization. [Internet]. Geneva: Indicators for assessing infant and Young child feeding practices: conclusions of a consensus meeting held 6-8 November 2007 in Washington-USA; 2008 [cited 2015 fev 23]. Available from: http://whqlibdoc.who.int/publications/2008/9789241596664_eng.pdf?ua=1

WHO-World Health Organization. Exclusive breastfeeding for six months best for babies everywhere. Statement. 2011.

WHO- World Health Organization. Geneva: Born too soon: The global action report on preterm birth the global action report. WHO; 2012. 126p.

Zen NL, Cechetto FH. Assistência de enfermagem à família em unidade de tratamento intensivo neonatal: um estudo de revisão da literatura. Rev. Soc. Bras. Enferm. Ped. 2008; 8(2), 83-89.

APÊNDICE 1

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – PROFISSIONAL SAÚDE



UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIAS Faculdade de Enfermagem
Rua 227 - s/n - Setor Universitário - CEP: 74605050 - Goiânia - Goiás - Brasil - Telefones: (62) 3209-6280 FAX: (62) 3209-6282
Título do Estudo: "Aleitamento materno em prematuros: impacto da IHAC para unidades neonatais" Responsável: Profa. Carmen G.S. Scochi, Coordenadora da região Centro-Oeste; Profa. Thaila Corrêa Castral

Prezada senhora,

Por meio deste termo, você está sendo convidada a participar da fase 1 da pesquisa que se chama "Aleitamento materno em prematuros: impacto da IHAC para unidades neonatais", em desenvolvimento junto à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (EERP/USP), sob a responsabilidade da Profa. Dra. Carmen Gracinda Silvan Scochi e colaboradores.

Seu apoio e participação são muito importantes para a realização deste estudo, que tem como objetivo geral implementar e testar se a Iniciativa Hospital Amigo da Criança recém-adaptada para as unidades neonatais (IHAC-Neo) é efetiva no aumento das taxas de aleitamento materno exclusivo de bebês prematuros. Para tal, a pesquisa será dividida em três fases:

- **Fase 1:** levantamento de dados sobre o aleitamento materno (início, primeira mamada no peito, tipo de aleitamento na alta hospitalar e segunda semana em casa/domicílio e vivência da mãe no aleitamento do filho prematuro) e sobre as condições de saúde (intercorrências/problemas, infecções) na gestação, nascimento e hospitalização do bebê. Tais dados serão coletados do prontuário do bebê e também por meio de entrevista (pessoal ou por telefone) com a senhora e terá duração máxima de 20 minutos.
- **Fase 2:** realização de reuniões com algumas mães para discussão sobre as práticas de promoção e apoio ao aleitamento materno do prematuro utilizadas neste hospital. Essas reuniões terão duração de 30 a 40 minutos. Se a senhora e as outras mães autorizarem, as reuniões serão filmadas e poderão ter sua duração aumentada.
- **Fase 3:** avaliação, sob o seu ponto de vista, de como foram desenvolvidas as práticas que apoiam o aleitamento materno e a participação da família neste hospital. Para tal as mães responderão algumas perguntas em entrevista com duração máxima de 30 minutos.

Todas essas atividades serão organizadas de acordo com a disponibilidade de tempo, data e horário viável para as mães participantes.

Faremos o possível para auxiliá-la caso ocorra algum desconforto, esclarecendo-a ou tranquilizando-a. Sua participação será completamente voluntária, não havendo custo para você e nem pagamento pela sua participação. Você tem a liberdade desistir a qualquer momento desta participação. Caso em algum momento, você se sinta lesada por algo que possa acontecer nesta pesquisa, você terá o direito de recorrer à indenização segundo as leis do país.

Você terá a garantia de receber respostas a qualquer pergunta sobre este

trabalho, em qualquer momento. Quando terminarmos esta pesquisa, os resultados finais serão divulgados em revistas científicas e apresentados em eventos científicos. Os resultados deste estudo irão contribuir para melhores condições de saúde dos prematuros relacionadas ao aleitamento materno exclusivo e para melhorar as práticas profissionais visando ao estabelecimento do aleitamento materno exclusivo nessas crianças.

Esta pesquisa foi analisada e aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da EERP/USP, que tem a finalidade de proteger eticamente o participante da pesquisa para a sua realização.

Após todos os esclarecimentos, caso você concorde em participar, por favor, assine duas vias do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Uma via ficará com você e a outra com a pesquisadora. Se tiver alguma dúvida, poderá entrar em contato com o CEP-HC/UFG, 1ª Avenida, s/n - Setor Leste Universitário – CEP: 74.605-020, Goiânia-Goiás, telefone: (62) 3269-8497, em dias úteis e horário comercial.

Agradecemos a sua colaboração.

Assinatura do Participante

Responsável (se a mãe for menor de idade)

Thaíla Corrêa Castral
Coordenadora da Região Centro-Oeste
E-mail: thaccastral@gmail.com
Telefones de contato: (62) 3209-6280 ou 9390-5030

Goiânia ____ de _____ de 201__.

APÊNDICE 2

INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

Prevalência do Aleitamento Materno e Condições de Saúde do Prematuro

Fonte de dados: 1º prontuário e 2º entrevista com a mãe (no ambulatório ou por telefone)

Coleta de dados no prontuário: Início:

Término:

Entrevista com a mãe: Início:

Término:

1. IDENTIFICAÇÃO

1.1 Número do Prontuário/Registro:

Fone de contato: ()

1.2 **Código do participante:**

Região (NO, NE, CO, SD ou SU); Instituição (IP – piloto, IC - controle ou II – intervenção); Fase (PI – piloto, BA – basal ou IN – intervenção); Número de identificação (001, ... ou 999).

2. DADOS SÓCIO-DEMOGRÁFICOS DOS PAIS

2.1 Pais residem juntos: 1 Sim () 2 Não()

2.2 Domiciliada em: Cidade:

2.3 Zona de domicílio: 1 Urbana () 2 Rural ()

Dados maternos: 2.4 Idade: (anos)

2.5 **Escolaridade** segundo IBGE:

1 Sem estudo()

2 Ensino Fundamental Incompleto()

3 Ensino Fundamental Completo()

4 Ensino Médio Incompleto()

5 Ensino Médio Completo()

6 Ensino Superior Incompleto()

7 Ensino Superior Completo()

2.6 **Estado civil:** 1 Solteira() 2 Casada() 3 Divorciada() 4 União consensual() 5 Viúva()

2.7 **Profissão:**

2.8 **Ocupação:**

2.9 **Naturalidade: Cidade:**

Estado/UF:

2.15 **Renda mensal familiar:** R\$

3. DADOS GESTACIONAIS E DO PARTO

- 3.1 Fez **Pré-Natal?**: 1 Sim() Número de consultas: 2 Não()
- 3.3 Número de **Gestações**: Número de **paridade**:
- 3.4 **Intercorrências na gestação**: 1 Sim() 2 Não() Quais?
- 3.5 **História de parto prematuro anterior**: 1 Sim() 2 Não() 3 Não se aplica-primípara ()
- 3.6 **História de amamentação anterior**: 1 Sim() 2 Não() 3 Não se aplica-primípara ()
- 3.7 **Tipo de gestação**: 1 Única() 2 Dupla() 3 Tripla ou mais()
- 3.8 **Tipo de parto**: 1 Vaginal() 2 Cesáreo() 3 Vaginal com fórceps()
- 3.)
- 3.10 **Intercorrências no parto**: 1 Não() 2 Sim() Quais?

4. CONDIÇÕES DE NASCIMENTO

- 4.1 **Data** do nascimento: / / **Hora** do nascimento: h
- 4.2 **Sexo**: 1 Masculino() 2 Feminino() 3 Indeterminado()
- 4.3 **Idade gestacional**: (semanas/dias)
- Avaliação/Método: 1 USG() 2 DUM() 3 Capurro() 4 Ballard()
- 4.4 **Peso** ao nascer: (gramas)
- 4.7 **Reanimação**: 1 Sim() 2 Não()
- 4.8 Comprimento: (cm)
- 4.9 **Intercorrências clínicas**: 1 Hipóxia() 2 Tocotraumatismo() 3 Malformações congênitas() 4 Aspiração meconial() 5 Outra() 6 () ignorado
- 4.10 Contato **pele a pele precoce**: 1 Sim() ir para 4.11 2 Não() 3 Ignorado()
- 4.11 1 imediatamente após o nascimento () 2 durante a primeira hora de vida () 3 durante a 2° até 24 horas de vida () 4 Mais que 24 horas após o nascimento () 5 Ignorado()
- 4.11 **Amamentação na primeira hora**: 1 Sim() 2 Não() 3 Ignorado()

5. CONDIÇÕES DE SAÚDE DO RECÉM-NASCIDO NA INTERNAÇÃO

- 5.1 **Patologias**: 1 Enterocolite necrosante () 2 Pneumonia () 3 Sepse () 4 Outras infecções () 5 Síndrome do desconforto respiratório () 6 Membrana hialina() 7 Hemorragia intracraniana () 8 Outras()
- 5.2 Uso de **suporte ventilatório e oxigenoterapia**: 1 Sim() 2 Não()
Se Sim, tipo: 1 VMI+CPAP+BIPAP(). Tempo de uso: (dias)
2 Capacete/Halo+cateter+bigode(). Tempo de uso: (dias)
- 5.3 **Duração total da internação**: (dias)
- 5.4 **Internação na UTIN**: 1 Sim(). Duração: (dias) 2 Não()
- 5.5 **Internação na UCIN**: 1 Sim(). Duração: (dias) 2 Não()
- 5.6 **Internação na enfermaria Canguru**: 1 Sim(). Duração: (dias) 2 Não()
- 5.7 **Internação no Alojamento Conjunto**: 1 Sim(). Duração: (dias) 2 Não()

6. ASPECTOS NUTRICIONAIS

6.1 **Nutrição parenteral:** 1 Sim(). Duração: (dias) 2 Não()

1ª alimentação láctea:

6.2 **Tipo de leite:** 1 Leite materno(). Ir para 7.1 2 Fórmula infantil(). Ir para 6.3 a 6.5

6.3 **Idade:** (horas) (dias/horas)

6.4 **Via de administração** na 1ª alimentação láctea: 1 Oral() 2 Sonda()

6.5 **Técnica** de administração na 1ª alimentação láctea:

1 Gavagem/seringa/bomba infusão() 2 Dedo/luva() 3 Copo() 4 Mamadeira/chuca()

7. DADOS DO ALEITAMENTO MATERNO NA INTERNAÇÃO

7.1 Idade no início do **AM:** (horas) (dias/horas)

7.2 **Tipo de leite:** 1 Leite materno ordenhado cru() 2 Leite materno pasteurizado() 3 Leite humano do banco() 4 Leite humano/materno+Fórmula infantil()

7.3 **Via de administração** na 1ª alimentação láctea: 1 Oral() 2 Sonda()

7.4 **Técnica de administração** 1ª alimentação láctea: 1 Peito() 2 Translactação() 3 Dedo/luva() 4 Copo() 5 Mamadeira/chuca() 6 Gavagem/seringa/bomba infusão()

Amamentação (no seio materno)

7.5 Data do **início:** / /

7.6 **Tempo de vida:** (horas) (dias/horas)

7.7 **Idade corrigida:** (dias)

7.8 **Peso:** (gramas)

7.9 **Técnica** na Amamentação: 1 Só Peito() 2 Peito + sonda() 3 Seio + dedo/luva() 4 Seio + copo() 5 Seio + mamadeira/chuca() 6 Translactação()

7 Translactação + gavagem() 8 Translactação + copo() 9 Translactação + gavagem/seringa() 10 Translactação + mamadeira/chuca()

8. DADOS DO ALEITAMENTO MATERNO NA ALTA

8.1 **Data:** / / 8.2 **Idade corrigida:** (semanas/dias)

8.3 **Peso:** (gramas) 8.4 **Comprimento:** cm

8.5 **Tipo de alimentação:**

1 Aleitamento materno exclusivo¹() 2 Aleitamento materno predominante²() 3 Aleitamento materno³() 4 Aleitamento artificial/não aleitamento materno⁴(). Ir para item 9

¹Apenas o leite materno como única fonte de nutrição.

²O leite materno é a fonte predominante de nutrição da criança, porém a criança também pode receber água, bebidas à base de água (água açucarada e com sabores, infusões, chá), suco de frutas, solução de sais de hidratação oral, etc.

8.6 **Técnica** no Aleitamento: 1 Só Peito() 2 Peito+ sonda() 3 Seio + copo()
4 Peito + mamadeira() 5 Translactação() 6 Translactação + gavagem/seringa()
7 Translactação + copo() 8 Translactação + mamadeira/chuca() 9
Mamadeira/chuca()

9. DADOS DO ALEITAMENTO MATERNO NO DOMICÍLIO (de 7 a 15 dias após a alta):

9.1 Data: / / **Tempo de pós alta:** (dias)

9.2 Tipo de alimentação (nas últimas 24 horas):

1 Aleitamento materno exclusivo¹ () 2 Aleitamento materno predominante²() 3
Aleitamento materno³() 4 Aleitamento artificial/não aleitamento materno⁴()

9.3 Técnica no Aleitamento: 1 Só Peito() 2 Peito + sonda() 3 Seio + copo() 4
Peito + mamadeira/chuca() 5 Translactação() 6 Translactação +
gavagem/seringa()
7 Translactação + copo() 8 Translactação + mamadeira/chuca() 9
Mamadeira/chuca()

9.4 Se não estiver em aleitamento materno, quais os motivos:

10. VIVÊNCIA MATERNA NO ALEITAMENTO

Durante a internação do prematuro

10.1 Houve **dificuldades para a Amamentação durante a internação** do bebê?

1 Sim() 2 Não()

Se Sim, **quais?**

10.2 Houve problemas com as mamas? 1 Sim() 2 Não()

Se Sim, **quais?** 1 Ingurgitamento() 2 Mastite() 3 Fissura() 4 Outros().

Especifique:

³ Leite materno além de fórmulas e/ou substituto do leite como fonte de nutrição.

⁴ Recebe apenas fórmula e/ou qualquer substituto do leite como única fonte de nutrição.

ANEXO 1

HOSPITAL DAS CLINICAS
UNIVERSIDADE FEDERAL DE
GOIÁS - GO



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Aleitamento materno em prematuros: impacto da IHAC para unidades neonatais

Pesquisador: Thaila Corrêa Castral

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 23975813.7.2011.5078

Instituição Proponente: Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Goiás

Patrocinador Principal: Departamento de Ciência e Tecnologia
MINISTERIO DA CIENCIA, TECNOLOGIA E INOVACAO

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 782.283

Data da Relatoria: 28/08/2014

Apresentação do Projeto:

Trata-se de respostas às pendências contempladas no PARECER 751.472 de 28/08/2014.

Objetivo da Pesquisa:

Não se aplica

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Não se aplica

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Não se aplica

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Adequados

Recomendações:

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Em resposta ao parecer emitido do projeto multicêntrico "ALEITAMENTO MATERNO EM PREMATUROS: IMPACTO DA IHAC PARA UNIDADES NEONATAIS", a pesquisadora esclarece que a coleta de dados em Goiânia será realizada apenas no Hospital da Mulher e Maternidade Dona Júlia (HMDI) e, portanto, é desnecessária a aprovação do Núcleo de Ensino, Pesquisa e Pós-Graduação

Endereço: 1ª Avenida s/nº - Unidade de Pesquisa Clínica

Bairro: St. Leste Universitário **CEP:** 74.605-020

UF: GO **Município:** GOIANIA

Telefone: (62)3269-8338 **Fax:** (62)3269-8426 **E-mail:** cephcufg@yahoo.com.br

do Hospital das Clínicas da UFG. Também foi anexada na plataforma a versão corrigida dos termos de consentimento livre e esclarecido dos profissionais de saúde e mães.

Consideramos atendida as pendências e recomendamos a aprovação deste estudo.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

Diante do exposto, a Comissão de Ética em Pesquisa do Hospital das Clínicas/UFG - CEP/HC/UFG, de acordo com as atribuições definidas na Resolução CNS 466/12, manifesta-se pela aprovação do projeto de pesquisa proposto.

Após início, o pesquisador responsável deverá encaminhar ao CEP/HC/UFG, via Plataforma Brasil, relatórios trimestrais/semestrais do andamento da pesquisa, encerramento, conclusões e publicações. O CEP/HC/UFG pode, a qualquer momento, fazer escolha aleatória de estudo em desenvolvimento para avaliação e verificação do cumprimento das normas da Resolução 466/12 e suas complementares.

Situação: Protocolo aprovado.

GOIANIA, 08 de Setembro de 2014

Assinado por:
JOSE MARIO COELHO MORAES
(Coordenador)

Coderação: 1ª Avenida, s/nº - Unidade de Pesquisa Clínicas

Bairro: St. Lázaro Universitário

CxP: 74.605-020

UF: GO

Município:

GOIANIA

Telefone: (62)3269-5335

Fax: (62)3269-5425

E-mail: cephcufg@yahoo.com.br