

ANA PAULA ESMERALDO LIMA

**Aleitamento materno em prematuros hospitalizados e no primeiro
mês pós-alta**

**Recife
2016**

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE DA CRIANÇA E DO
ADOLESCENTE



**Aleitamento materno em prematuros hospitalizados e no primeiro
mês pós-alta**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde da Criança e do Adolescente, do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco, para apreciação da Banca Examinadora, como requisito parcial para obtenção do grau de Doutor.

Orientadora: Prof^a. Dra. Maria Gorete Lucena de Vasconcelos
Co-orientadora: Prof^a. Dra. Thaíla Correa Castral

Recife
2016

Ficha catalográfica elaborada pela
Bibliotecária: Gláucia Cândida - CRB4-1662

L732a

Lima, Ana Paula Esmeraldo.

Aleitamento Materno em prematuros hospitalizados e no primeiro mês pós-alta / Lima, Ana Paula Esmeraldo. – 2016.

96 f.: il. ; 30 cm.

Orientadora: Maria Gorete Lucena de Vasconcelos.

Tese (Doutorado) – Universidade Federal de Pernambuco, CCS.

Programa de Pós-Graduação em Saúde da Criança e do Adolescente, 2016.

Inclui referências, apêndices e anexos.

1. Aleitamento Materno. 2. Prematuro. 3. Alta do Paciente. 4. Prevalência.
5. Continuidade de Assistência ao Paciente. I. Vasconcelos, Maria Gorete
Lucena de (Orientadora). II. Título.

618.92

CDD (23.ed.)

UFPE (CCS2016-152)

ANA PAULA ESMERALDO LIMA

**ALEITAMENTO MATERNO EM PREMATUROS HOSPITALIZADOS E NO
PRIMEIRO MÊS PÓS-ALTA**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde da Criança e do Adolescente como requisito para obtenção do título de Doutora em Saúde da Criança e do Adolescente.

Tese aprovada em: 26/04/2016

BANCA EXAMINADORA

Prof^a. Dr^a. Maria Gorete Lucena de Vasconcelos (Examinador interno)
Universidade Federal de Pernambuco - UFPE

Prof^a. Dr^a. Ana Márcia Tenório de Souza Cavalcanti (Examinador externo)
Universidade Federal de Pernambuco - UFPE

Prof^a. Dr^a. Marly Javorski (Examinador externo)
Universidade Federal de Pernambuco - UFPE

Prof^a. Dr^a. Eliane Maria Ribeiro de Vasconcelos (Examinador externo)
Universidade Federal de Pernambuco - UFPE

Prof^a. Dr^a. Gabriela Cunha Scheshtman Sette (Examinador externo)
Universidade Federal de Pernambuco – UFPE

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO

REITOR

Prof. Dr. Anísio Brasileiro de Freitas Dourado

VICE-REITOR

Prof. Dra. Florisbela de Arruda Câmara Siqueira Campos

PRÓ-REITOR PARA ASSUNTOS DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO

Prof. Dr. Ernani Rodrigues Carvalho Neto

CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

DIRETOR

Prof. Dr. Nicodemos Teles de Pontes Filho

VICE-DIRETORA

Profa. Dra. Vânia Pinheiro Ramos

COORDENADORA DA COMISSÃO DE PÓS-GRADUAÇÃO DO CCS

Profa. Dra. Jurema Freire Lisboa de Castro

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE

COLEGIADO

CORPO DOCENTE PERMANENTE

Profa. Dra. Luciane Soares de Lima (Coordenadora)

Profa. Dra. Claudia Marina Tavares de Araújo (Vice Coordenadora)

Prof. Dr. Alcides da Silva Diniz

Profa. Dra. Ana Bernarda Ludermir

Profa. Dra. Andréa Lemos Bezerra de Oliveira

Prof. Dr. Décio Medeiros Peixoto

Prof. Dr. Emanuel Savio Cavalcanti Sarinho

Profa. Dra. Estela Maria Leite Meirelles Monteiro

Profa. Dra. Gisélia Alves Pontes da Silva

Prof. Dr. José Ângelo Rizzo

Profa. Dra. Maria Gorete Lucena de Vasconcelos

Profa. Dra. Marília de Carvalho Lima

Prof. Dr. Paulo Sávio Angeiras de Góes

Prof. Dr. Pedro Israel Cabral de Lira

Profa. Dra. Poliana Coelho Cabral

Profa. Dra. Sílvia Wanick Sarinho

Profa. Dra. Sophie Helena Eickmann

(Maria de Fátima Cordeiro Trajano- Representante discente - Doutorado)

(Rhayssa Ferreira Brito - Representante discente -Mestrado)

CORPO DOCENTE COLABORADOR

Profa. Dra. Bianca Arruda Manchester de Queiroga

Profa. Dra. Cleide Maria Pontes

Profa. Dra. Daniela Tavares Gontijo

Profa. Dra. Kátia Galeão Brandt

Profa. Dra. Margarida Maria de Castro Antunes

Profa. Dra. Rosalie Barreto Belian

Profa. Dra. Sílvia Regina Jamelli

SECRETARIA

Paulo Sergio Oliveira do Nascimento (Secretário)

Juliene Gomes Brasileiro

Leandro Cabral da Costa

Ao meu marido, Dimitri, por toda sua paciência e companheirismo, desempenhando inúmeros papéis nesta jornada: apoio técnico, familiar, físico e, sobretudo, emocional. Obrigada por tornar tudo mais simples!

Aos meus filhos: A Davi, que do seu jeitinho conseguia compreender quando eu precisava "estudar de novo?!" . As vezes que você me tirou do foco, porque "não era hora de estudar", foram essenciais!! Ao pequeno Bento, que me deu novo ânimo para ir em busca do que eu realmente almejava. Que este trabalho represente para vocês estímulo para superar desafios, em qualquer época da vida.

Amo vocês!

AGRADECIMENTOS

A DEUS, pela minha VIDA! E por colocar em meu caminho pessoas que me ajudam e me inspiram a ser cada dia melhor. Obrigada pelas oportunidades que me fizeram amadurecer e nunca desistir. Tudo a Seu tempo!

A minha mãe, por seu amor incondicional e por sua inestimável ajuda na etapa final desse processo. Não tenho palavras para te agradecer. Ao meu pai, irmãos e sobrinhos, pelo amor que nos move, pela compreensão da ausência que algumas vezes se fez necessária;

A minha família agregada: sogro, sogra, cunhados e sobrinha mais velha; pelo incentivo e por cuidarem do meu rapazinho quando eu precisava “escrever”;

À Profa. Dra Maria Gorete Lucena de Vasconcelos, pela orientação, confiança e carinho ao longo dessa jornada;

À Profa. Thaíla Castral, pela dedicação e competência com que conduziu minha co-orientação, apesar dos mais de 2000 quilômetros que nos separam;

Às Profa. Dra Marly Javorski e Dra Luciana Leal, pela preciosa, e despretensiosa, colaboração na elaboração dessa pesquisa. Obrigada pelos conselhos nos momentos difíceis!

Às Profa. Dra. Gabriela Sette, Dra. Luciane Lima, Dra. Ana Márcia Cavalcanti e Dra. Eliane Vasconcelos pela disponibilidade e contribuição durante a Pré-banca/Banca;

À Profa. Dra. Carmen Scocchi, com quem tive o prazer de “fazer pesquisa”, pelo entusiasmo e firmeza com que conduziu esse Projeto. A toda equipe do Projeto, dos “cinco cantos do Brasil”, pelo aprendizado, amizades e trocas de experiência;

A Camila e Andreyna, apoios na pesquisa, pela imensa ajuda;

Às mães dos prematuros, que gentilmente participaram da pesquisa;

À equipe neonatal do Hospital das Clínicas e do CISAM. Aos funcionários que me ajudavam na busca dos prontuários;

A minha amiga Anna Karla, pelas angústias compartilhadas e por sua disposição a me ensinar o que eu não compreendia;

Às amigas da 8ª turma DO, Fabiane, Leila, Michela e Valeska, pelos encontros descontraídos, pelas aflições, cumplicidade, alegrias e risadas compartilhadas;

Aos professores e funcionários da Pós-Graduação em Saúde da Criança e do Adolescente, pelo apoio e crescimento acadêmico;

Ao Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) e Fundação Bill & Melinda Gates, pelo financiamento e incentivo ao aprimoramento do cuidado com o prematuro;

A todos que contribuíram, direta ou indiretamente, com a realização desse Doutorado. Meu muito obrigada!

"Vencer longas etapas de uma preparação que para o restante da humanidade é quase fisiológica requer o cumprimento, pela mãe e pelo filho, de um longo caminho que desagua, quando bem apoiado e conduzido, num oceano de possibilidades enternecedoras"

Luís Alberto Mussa Tavares

RESUMO

Estudos acumulam evidências dos benefícios do aleitamento materno para os recém-nascidos prematuros, como prevenção e redução da gravidade da enterocolite necrosante, retinopatia da prematuridade e sepse. Contudo, mães de prematuros apresentam menores taxas de sucesso na amamentação, conferindo maiores incertezas e preocupações quanto ao aleitamento materno. As barreiras para a amamentação do prematuro são muitas, como as decorrentes de sua imaturidade fisiológica, além das dificuldades relacionadas a sua condição clínica e hospitalização. Embora o início do aleitamento materno possa ser incentivado durante a hospitalização, muitos prematuros são desmamados precocemente, logo após a alta hospitalar. Nesse contexto, faz-se necessário não só conhecer a prática do aleitamento materno do prematuro no ambiente hospitalar, mas também seus determinantes no período pós-alta, para que intervenções efetivas, que possibilitem sua manutenção por tempo oportuno, possam ser planejadas e implementadas. O objetivo desse estudo foi analisar a situação do aleitamento materno de prematuros durante o primeiro mês após a alta hospitalar. Trata-se de um estudo longitudinal realizado em dois Hospitais Amigos da Criança de Recife, Pernambuco, com 108 prematuros que tiveram alta hospitalar no período de abril a julho de 2014. Para a coleta de dados, foi realizado levantamento de dados em prontuários e entrevistas por telefone com as mães, aos 15 e 30 dias após a alta hospitalar, utilizando-se dois instrumentos semiestruturados com as variáveis relacionadas às características maternas, institucionais e do prematuro. As prevalências das modalidades de aleitamento materno foram estimadas para cada momento determinado: alta hospitalar, 15 e 30 dias após a alta. Utilizou-se regressão logística multivariada para a análise dos fatores associados ao aleitamento materno exclusivo (AME) trinta dias após a alta hospitalar. A prevalência do AME na alta hospitalar foi de 85,2%, observando-se uma significativa redução após esse período (75,0% aos 15 dias e 46,3% aos 30 dias após a alta). Após análise multivariada, as variáveis tipo de parto, gemelaridade e peso ao nascer mostraram-se associadas ao AME no 30º dia pós-alta hospitalar ($OR=2,794$; $OR=8,350$; e $OR=4,102$, respectivamente). Os resultados encontrados evidenciam que é possível atingir boas taxas de AME na alta hospitalar de prematuros, mas que o acompanhamento pós-alta é fundamental para se evitar o desmame precoce. Ter nascido de parto cesáreo, não ser gemelar e ser baixo peso ao nascer aumentou as chances do prematuro se encontrar em AME ao fim do primeiro mês. Apesar de serem todos fatores não modificáveis pela equipe de saúde, seu conhecimento é importante para propiciar dados aos profissionais, no intuito de priorizar ações de apoio e incentivo ao aleitamento materno às mães mais vulneráveis ao desmame precoce.

Palavras-chave: Aleitamento materno. Prematuro. Alta hospitalar. Prevalência. Continuidade da assistência ao paciente. Peso ao nascer. Cesárea. Gêmeos.

ABSTRACT

Evidences of the benefits of breastfeeding to premature newborns are shown by studies, such as preventing and minimizing the necrotizing enterocolitis, retinopathy of prematurity and sepsis. However, newborns' mothers present lower success rates in breastfeeding resulting in higher concerns and uncertainties. There are several difficulties concerning to premature breastfeeding, such as the ones resulting in their physiological immaturity, their clinic conditions related, and moreover, the fact that they are hospitalized. Although breastfeeding should be encouraged during hospitalization, newborns are early weaned, as soon as they leave hospital. In this context, it is demanding to the health professionals to be learning the breastfeeding practice in the hospital environment, but also its determinants in post-discharge period, so that effective interventions can be planned and implemented making possible the proper and suitable breastfeeding. The objective of this study is to analyze the situation of premature infants breastfeeding during the first month after the discharge. This is a longitudinal study which took place at two Baby-Friendly Hospitals in Recife, Pernambuco, Brazil. Participants were 108 premature newborns who were discharged during the period April to June of 2014. The investigation was based on data survey through medical chart and phone interviews with the mothers, during the 15th and 30th days after discharge. Using two semistructured instruments with the variables related to maternal, institutional and premature characteristics. The prevalence of breastfeeding modalities were estimated for each given time: hospital discharge, 15 and 30 days after discharge. It was used multivariate logistic regression to analyze the factors associated with exclusive breastfeeding (EBF) thirty days following hospital discharge. The prevalence of EBF at hospital discharge was 85.2%, observing a significant reduction after this period (75.0% at 15 days and 46.3% at 30 days after discharge). After multivariate analysis, the type of delivery variables, twin pregnancy and birth weight were associated to EBF in 30 post-discharge day (OR = 2.794; OR = 8.350; and OR = 4.102, respectively). The results found show that is possible to achieve good rates of EBF in the premature infants discharge, but that the accompaniment post-discharge is fundamental to avoid early weaning. The chances to find the newborn in exclusive breastfeeding at the end of the first month is increased by being born of cesarean delivery, not being twin and having low weight at birth. Although all these factors cannot be changed by the health professionals, it is demanding for them to know these data, in order to prioritize actions to support and encourage breastfeeding to the most vulnerable mothers to the early weaned.

Keywords: Breastfeeding. Premature. Patient discharge. Prevalence. Continuity of patient care. Birth weight. Cesarean section. Twins.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1. Fluxograma de seguimento dos prematuros na pesquisa. Recife, 2014.	42
Quadro 1. Variáveis independentes e suas categorizações agrupadas em maternas, institucionais e neonatais. Recife, 2014.	44
Gráfico 1. Tipo de aleitamento materno segundo o período avaliado. Recife, 2014.	52

LISTA DE TABELAS

Tabela 1. Características maternas segundo variáveis sociodemográficas e clínicas. Recife, 2014.	49
Tabela 2. Fatores institucionais relacionados aos prematuros. Recife, 2014.	50
Tabela 3. Características dos prematuros segundo variáveis do nascimento, internamento e situação de saúde pós-alta. Recife, 2014.	51
Tabela 4. Causas alegadas pelas mães para interrupção do AME aos 15 dias e aos 30 dias pós-alta hospitalar. Recife, 2014.	53
Tabela 5. Distribuição do AME segundo as características maternas, no momento da alta hospitalar, aos 15 dias e 30 dias pós-alta. Recife, 2014.	55
Tabela 6. Distribuição do AME segundo os fatores institucionais, no momento da alta hospitalar, aos 15 dias e aos 30 dias pós-alta. Recife, 2014.	56
Tabela 7. Distribuição do AME segundo as características do RN, no momento da alta hospitalar, aos 15 dias e 30 dia pós-alta. Recife, 2014.	58
Tabela 8. Análise de regressão logística dos fatores associados ao AME de prematuros aos 30 dias pós-alta hospitalar. Recife, 2014.	59

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AA	Aleitamento artificial
AM	Aleitamento materno
AME	Aleitamento materno exclusivo
AMP	Aleitamento materno predominante
BLH	Banco de Leite Humano
BPN	Baixo peso ao nascer
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CISAM	Centro Integrado de Saúde Amaury de Medeiros
ESF	Equipe de Saúde da Família
HAC	Hospital Amigo da Criança
IHAC	Iniciativa Hospital Amigo da Criança
IUBAAM	Iniciativa Unidade Básica Amiga da Amamentação
LH	Leite humano
MC	Método canguru
NBCAL	Norma Brasileira de Comercialização de Alimentos para Lactentes
OMS	Organização Mundial da Saúde
OPAS	Organização Pan-Americana da Saúde
PAISC	Programa de Atenção Integral à Saúde da Criança
PNAISC	Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança
PNIAM	Programa Nacional de Incentivo ao Aleitamento Materno
RN	Recém-nascido
SM	Salário mínimo
SPSS	<i>Statistical Package for the Social Sciences</i>
SUS	Sistema Único de Saúde
UCIN	Unidade de Cuidados Intermediários Neonatal
UFPE	Universidade Federal de Pernambuco
UN	Unidade Neonatal
UNICEF	Fundo das Nações Unidas para a Infância
USF	Unidade de Saúde da Família
UTIN	Unidade de Terapia Intensiva Neonatal

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	15
1 REVISÃO DA LITERATURA	19
1.1 O nascimento prematuro e os desafios para o aleitamento materno	19
1.2 A evolução das políticas públicas brasileiras em defesa ao aleitamento materno	29
2 MÉTODOS.....	40
2.1 Desenho do estudo	40
2.2 Local do estudo	40
2.3 População e amostra.....	41
2.4 Instrumentos para coleta de dados	42
2.5 Definição de termos e variáveis do estudo.....	43
2.5.1 Variável dependente	43
2.5.2 Variáveis independentes	43
2.6 Procedimento para coleta de dados	46
2.7 Processamento e análise dos dados	47
2.8 Aspectos éticos e legais	48
3 RESULTADOS	49
4 DISCUSSÃO	60
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	71
REFERÊNCIAS	73
APÊNDICE A – Instrumento de coleta de dados 1.....	87
APÊNDICE B – Instrumento de coleta de dados 2.....	90
APÊNDICE C - Checklist de seguimento dos participantes.....	92
APÊNDICE D - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	93
ANEXO A – Carta de Anuênciam (CISAM).....	94
ANEXO B – Carta de Anuênciam (HC)	95
ANEXO C – Folha de aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa.....	96

APRESENTAÇÃO

Introdução

O Brasil é referência mundial em aleitamento materno (AM), por suas políticas e programas de promoção, proteção e apoio à amamentação, como a Rede de Bancos de Leite Humano, a Iniciativa Hospital Amigo da Criança, a licença maternidade remunerada e o envolvimento da mídia e da sociedade civil, apresentando taxas de AM maiores do que muitos países, como Estados Unidos, China e Reino Unido (ROLLINS et al., 2016).

O aleitamento materno proporciona a curto e longo prazo vantagens nutricionais, imunológicas, neurológicas, endócrinas, econômicas e ecológicas para crianças, mulheres e sociedade (McFADDEN et al., 2016). No caso dos prematuros, o leite materno oferece benefícios adicionais, como menor incidência e gravidade de enterocolite necrosante, sepse e retinopatia da prematuridade, proteção antioxidante, aumento no desempenho neuropsicomotor, fortalecimento do vínculo mãe-filho, menor tempo de hospitalização e menor incidência de reinternações. Entretanto, esses recém-nascidos (RN) apresentam início tardio e menor duração do AM, quando comparados aos RN nascidos a termo (OMARSDOTTIR et al., 2014; DEREIDDY et al., 2015).

As barreiras para a amamentação do prematuro são muitas, como as alterações fisiológicas características de sua imaturidade global, ocasionando sonolência, regurgitação, alteração no reflexo de procura e sucção, e dificuldade ou ausência de coordenação entre a sucção, deglutição e respiração (SILVA; TAVARES; GOMES, 2014), além das dificuldades relacionadas a sua condição clínica e hospitalização, usualmente com equipamentos e procedimentos invasivos excessivos.

A hospitalização nas unidades neonatais (UN), além do afastamento físico, provoca estresse materno, culpabilização pelo parto prematuro, ansiedades, insegurança e medos diante de toda situação experienciada, podendo tais fragilidades também influenciar negativamente o processo do aleitamento materno (SOUZA; TESIN; ALVES, 2010; SILVA; MUNIZ; CECCHETTO, 2012; GUBERT et al., 2012). Após a alta, podem ocorrer ainda barreiras de acesso ao sistema de saúde, vínculo frágil e vulnerabilidade institucional dos serviços de saúde, gerando insegurança e não efetividade no seguimento da criança, o que compromete a manutenção do AME (VIEIRA; MELO, 2009).

Embora pesquisas tenham evidenciado melhoria na prática do aleitamento materno entre prematuros, as taxas de prevalência de AME nesse grupo ainda estão aquém da recomendada pela Organização Mundial da Saúde (OMS), que considera situação “muito boa” quando 90% a 100% das crianças menores de seis meses encontram-se em AME, independente da idade gestacional (BRASIL, 2009a; AZEVEDO; CUNHA, 2013). Estudos nacionais realizados em UN do nordeste e sudeste constataram uma prevalência de AME em prematuros que variou entre 28,4% a 58,3%, no momento da alta hospitalar (SCOCHI et al., 2008; CZECHOWSKI; FUJINAGA, 2010; LAMY FILHO et al., 2012).

Melo et al. (2013) referem que muitos dos prematuros que deixam o hospital em AM são desmamados precocemente, nas primeiras semanas após a alta hospitalar, fato que revela que mesmo quando se vence as barreiras de se estabelecer o AME em um prematuro hospitalizado, muitos fatores ainda irão influir na sua continuidade. Azevedo e Cunha (2013), por exemplo, evidenciaram que apenas 25% dos prematuros de um hospital no sul do país permaneciam em AME no 28º dia após a alta, dados que se assemelham aos encontrados por Silva e Carvalho (2013), em um ambulatório de seguimento no nordeste.

Dentre os principais fatores relacionados ao sucesso ou fracasso do AME em prematuros, destaca-se a escolaridade materna, a realização de ordenha mamária, impressão de pouco leite, experiência prévia, nascimentos múltiplos, peso ao nascimento, idade gestacional, tempo de uso de dispositivos invasivos, internação em unidade canguru e número de consultas ambulatoriais (SILVA; SEGRE, 2010; BRIERE et al., 2014).

Sabendo-se que o AM é influenciado por múltiplos fatores, e que sofre variações significantes em suas taxas de acordo com o local e as características socioeconômicas e culturais da população estudada, faz-se necessário expandir as pesquisas nessa área, a fim de conhecer a prática do aleitamento materno não só no ambiente hospitalar, mas também sua realidade no período pós-alta, para que intervenções efetivas, que possibilitem a manutenção do AM do prematuro por tempo oportuno, possam ser planejadas e implementadas.

Considerando o papel do AM na diminuição da morbimortalidade infantil e neonatal, especialmente em uma clientela vulnerável, como os prematuros, a realização de diagnósticos da situação da amamentação representa uma estratégia de avaliação do cuidado à infância, sendo importante para subsidiar a implementação bem sucedida de intervenções e estratégias baseadas em evidências para assegurar o início precoce do AME e sua manutenção até os seis meses de idade, reduzindo as consequências negativas do desmame precoce.

Pergunta condutora

Qual a situação do aleitamento materno de prematuros durante o internamento nas Unidades Neonatais e no primeiro mês após a alta hospitalar de Hospitais Amigos da Criança?

Objetivos

Geral

- Analisar a situação do aleitamento materno de prematuros durante o primeiro mês após a alta hospitalar de dois Hospitais Amigos da Criança de Recife, Pernambuco.

Específicos

- Determinar a prevalência do AME no momento da alta hospitalar, com 15 e 30 dias após a alta;
- Analisar os fatores associados ao AME no 30º dia pós-alta;
- Avaliar os motivos alegados pelas mães para o desmame precoce.

Estrutura da tese

Esta tese consta de cinco capítulos. No capítulo 1, Revisão da literatura, buscou-se discutir a questão da prematuridade e os desafios para o sucesso do aleitamento materno, com enfoque nos fatores associados a essa prática, bem como a evolução das políticas públicas brasileiras em prol da amamentação. No capítulo 2, Métodos, o desenho e as etapas do processo da pesquisa encontram-se detalhados. No capítulo 3, Resultados, constam os achados provenientes do estudo, apresentados em tabelas e gráficos e descritos em texto. O capítulo 4, Discussão, explorou os resultados encontrados com base na literatura científica atual. Por fim, o capítulo 5, Considerações finais, discorre sobre as conclusões do estudo e recomendações pertinentes.

A pesquisa está agregada a um projeto multicêntrico com participação internacional, denominado “Aleitamento materno em prematuros: impacto da IHAC para unidades neonatais”, sob a coordenação da Profa. Dra. Carmen Scuchi, da Escola de Enfermagem de

Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. O projeto multicêntrico 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). Recife é um dos cinco centros regionais da pesquisa, sob a coordenação da Profa. Dra. Maria Gorete Lucena de Vasconcelos.

Espera-se que os resultados dessa tese possam contribuir para a intensificação e adoção de novas ações de apoio e promoção do AME no prematuro, com vistas a favorecer mudanças efetivas na prática assistencial, e contribuindo para a redução da morbimortalidade e os riscos sociais que permeiam esse grupo. Pretende-se ainda contribuir para o desenvolvimento de novas pesquisas nessa temática, bem como fortalecer linha de pesquisa de Epidemiologia dos Distúrbios da Nutrição Materna, da Criança e do Adolescente, do Programa de Pós-Graduação em Saúde da Criança e do Adolescente da Universidade Federal de Pernambuco.

.

1 REVISÃO DA LITERATURA

1.1 O nascimento prematuro e os desafios para o aleitamento materno

Nas duas últimas décadas observa-se mundialmente uma redução na taxa de natalidade; entretanto, a taxa de prematuridade tem aumentado rapidamente. Segundo dados da OMS, cerca de 15 milhões de bebês nascem prematuramente no mundo, o que equivale a mais de um em cada 10 nascimentos. Tal cenário mundial também se assemelha à realidade do Brasil, onde a prevalência de crianças prematuras vem aumentando, tornando-o um dos 10 países com os maiores números de partos prematuros (WHO, 2012).

Estudo realizado em parceria pelo Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) e o Ministério da Saúde evidenciou que a prevalência de partos prematuros é de 11,7% em relação a todos os partos realizados no Brasil. Esse percentual o posiciona no mesmo patamar de países subdesenvolvidos, onde a prevalência é de 11,8%. Nos países em desenvolvimento, o percentual é de 9,4%. Paradoxalmente, as regiões brasileiras mais desenvolvidas, Sul e Sudeste, são as que apresentam os maiores percentuais de prematuridade (12% e 12,5%, respectivamente), seguidos pela região Centro-Oeste (11,5%), Nordeste (10,9%) e Norte (10,8%) (WHO, 2012; RADIS, 2013).

O prematuro é definido pela OMS como todo nascido vivo antes de 37 semanas completas de gestação, sendo classificado por meio da idade gestacional em (1) prematuro extremo, quando ocorre com menos de 28 semanas de gestação; (2) muito prematuro, entre 28 e 31 semanas; e (3) prematuro moderado a tardio, entre 32 e 36 semanas de gestação (WHO, 2013).

A etiologia da prematuridade, por sua vez, não está totalmente elucidada. Em uma revisão de estudos de base populacional sobre a evolução do nascimento pré-termo no Brasil, foram identificados como fatores de risco para sua ocorrência, o baixo peso materno pré-gestacional, ganho de peso materno insuficiente, extremos de idade materna, história prévia de natimorto, tabagismo na gravidez, hipertensão arterial, sangramento vaginal, infecção do trato geniturinário, menos de seis consultas de pré-natal, *estresse* materno, baixa escolaridade e trabalho extenuante maternos (SILVEIRA et al., 2008). Ainda, o aumento no número de partos prematuros pode estar associado ao aumento da reprodução assistida (levando a maiores taxas

de gestações múltiplas) e às mudanças nas práticas obstétricas, com a disseminação do parto cesáreo eletivo, que pode acarretar prematuridade iatrogênica (WHO, 2013).

O aumento das taxas de nascimentos prematuros é preocupante, visto que a imaturidade fisiológica e anatômica dos diversos órgãos e sistemas coloca a criança que nasceu prematuramente sob risco de diversas complicações neonatais. Estima-se que cerca de um milhão de crianças morrem a cada ano no mundo em consequência da prematuridade (WHO, 2012).

No Brasil, o Ministério da Saúde reconhece a prematuridade como um dos mais importantes problemas de saúde pública, sendo apontada como a principal causa de mortes infantis no país (VICTORA, 2011). Em estudo que analisou três coortes de nascimento no sudeste brasileiro, Barros et al. (2012) demonstraram que os neonatos pré-termo apresentam um risco significativamente maior de mortalidade neonatal e infantil, além de maior número de hospitalizações no primeiro ano de vida e déficits de peso e comprimento aos 12 meses de vida, quando comparados aos nascidos a termo.

Até meados do século XIX não havia assistência ao RN prematuro. Esperava-se que as crianças nascidas prematuramente (conhecidas na época pelo termo “fracote”) fossem ao êxito letal, decorrente da crença da seleção natural dos mais aptos à sobrevivência. É somente em 1880 que a Neonatologia tem seu marco inicial na França, com o médico obstetra Pierre Budin e o advento das incubadoras (SÁ NETO; RODRIGUES, 2010).

O primeiro centro de prematuros foi criado em 1914 no Hospital Michael Reese, em Chicago. O cuidado era pautado no manuseio mínimo, medidas de controle de temperatura, higiene e nutrição, e isolamento do RN, com consequente separação mãe-filho, para prevenção de infecções. A partir da década de 1960, ocorreram grandes progressos no cuidado neonatal, dando origem às Unidades de Terapia Intensiva Neonatais (UTIN), e, aos poucos, mãe e família foram sendo introduzidos nesse ambiente (SÁ NETO; RODRIGUES, 2010).

Paralelamente a esse contexto, os avanços nos cuidados intensivos oferecidos aos RN pré-termo, com maiores recursos técnicos, progresso tecnológico, formação de profissional da saúde especializado, melhor qualidade da reanimação em sala de parto e da assistência em UTIN, são fatores determinantes da maior sobrevida de prematuros, o que não necessariamente é acompanhado de redução da prevalência de morbidades. As diversas morbidades resultantes das complicações da prematuridade podem contribuir para reinternações e resultar em déficit de crescimento, atraso no neurodesenvolvimento e maior taxa de mortalidade em longo prazo (BRASIL, 2011a).

A hospitalização em UTIN comumente expõe o RN a um ambiente inóspito, com múltiplos eventos estressantes, incluindo ruídos excessivos, manuseio frequente, luminosidade intensa e contínua e procedimentos invasivos e dolorosos. Essa exposição conduz a uma desorganização fisiológica e comportamental no prematuro, e uso de suas reservas de energia, podendo interferir na maturação das funções cerebrais (HONORATO et al., 2016).

A mortalidade e o risco de sequelas são tanto maiores quanto menor for a idade gestacional do neonato, incluindo principalmente aquelas relacionadas às funções do cérebro e dos pulmões, como paralisia e broncodisplasia. As sequelas do neurodesenvolvimento incluem retardos mentais e perda sensorial, como a visual e a auditiva. Dificuldades motoras grosseiras e finas também podem estar presentes, bem como déficits cognitivos, dificuldades na progressão escolar, na aquisição da linguagem e em matemática, sendo esses problemas mais prevalentes no grupo de pré-termos de menor peso ao nascimento (SAIGAL, 2008). Em geral, também apresentam um maior risco para o desenvolvimento de doenças crônico-degenerativas, como hipertensão e diabetes. Tais alterações acarretam um elevado custo para as famílias, para a sociedade e para o sistema de saúde (WHO, 2012).

Estudo realizado por Araújo et al. (2012) no sul do Brasil evidenciou que os RN pré-termo, quando comparados com os nascidos a termo, apresentaram estatisticamente mais hipotermia ou hipertermia, hipoglicemia, afecções respiratórias, necessidade de reanimação em sala de parto, necessidade de fototerapia, uso de complemento alimentar, necessidade de ventilação mecânica, infusão venosa, uso de antibiótico e internação em unidade de tratamento intensivo neonatal. Além disso, os prematuros tardios (aqueles nascidos entre 34 semanas e 36 semanas e seis dias de idade gestacional) apresentaram uma taxa de óbito nove vezes maior do que os nascidos a termo e maior risco de intercorrências no período neonatal.

Intervenções realizadas no período neonatal podem alterar significativamente o prognóstico dos prematuros. Embora a contribuição do avanço tecnológico seja inegável, acredita-se que medidas simples e de baixo custo podem salvar mais da metade dos prematuros, como administração de antibióticos para tratamento das infecções neonatais, cuidados básicos para o controle das dificuldades respiratórias e apoio ao aleitamento materno (WHO, 2013).

O aleitamento materno é o meio mais natural, seguro e econômico de alimentação para a criança pequena, sendo uma das formas mais eficazes para assegurar-lhe a saúde e a sobrevivência. Deve ser exclusivo até o sexto mês de vida e complementado até os dois anos ou mais (WHO, 2014). Devido ao seu peculiar conteúdo nutricional e não nutricional, que incluem proteínas, lipídios, carboidratos, minerais, vitaminas, enzimas, ácidos graxos poli-insaturados de cadeia longa, prebióticos, agentes imunológicos, hormônios e fatores do

crescimento, o leite humano mostra-se significativamente superior às formulas infantis na diminuição das taxas de mortalidade neonatal e em melhores condições de saúde, benefícios que se estendem até a idade adulta (CORPELEIJN et al., 2012; CORVAGLIA; MARTINI; FALDELLA, 2013).

Após o nascimento, a síntese do leite e a manutenção da lactação dependem do controle autócrino, especialmente através do esvaziamento das mamas (AZEVEDO; MENDES, 2008; MEDEIROS et al., 2011). Se o RN não é capaz de sugar adequadamente a partir do nascimento, a mãe deve ser orientada a iniciar a expressão do leite o mais rapidamente possível, de preferência nas primeiras seis horas após o parto, com uma frequência média de oito vezes ao dia (OHYAMA; WATABE; HAYASAKA, 2010; MURPHY et al., 2014; MURASE et al., 2014).

A síntese de componentes lácteos pelas glândulas mamárias começa antes de 22 semanas de gestação, sendo, então, o colostro produzido mesmo nos casos de prematuridade extrema. O ideal é que o RN pré-termo receba o leite de sua própria mãe, já que o parto prematuro altera a composição do leite humano, principalmente nas primeiras quatro semanas de lactação, obtendo maiores concentrações de nitrogênio, proteínas com função imunológica, lipídios totais, ácidos graxos, vitamina A, D e E, cálcio, sódio e energia do que aquele de mãe de recém-nascido a termo (NASCIMENTO; ISSLER, 2004; CORVAGLIA; MARTINI; FALDELLA, 2013; TURCK et al., 2013). Além disso, a permanência materna no hospital durante a internação do prematuro possibilita que ela produza anticorpos contra microrganismos nosocomiais da Unidade Neonatal, desempenhando papel notável na prevenção de infecção relacionada à assistência à saúde (NASCIMENTO; ISSLER, 2004).

O AME por pelo menos três meses está associado a uma menor incidência e gravidade de diarreia, otite média e infecções respiratórias; até pelo menos quatro meses de idade, acarreta menor incidência de doença alérgica, como asma e dermatite atópica, em crianças com história familiar de alergia. O AM também está relacionado a uma menor incidência de obesidade na infância e adolescência, bem como a uma menor pressão arterial e colesterolémia na idade adulta (TURCK et al., 2013). Ainda quanto aos benefícios do AM em longo prazo, pesquisa realizada no Brasil por Victora et al. (2015) revelou que quanto mais duradouro o período de amamentação na infância, maiores os níveis de inteligência e renda média na vida adulta. Todos esses benefícios tornam-se especialmente importantes em se tratando de crianças de alto risco, como os prematuros.

A alimentação com leite humano reduz o risco de numerosas morbidades a curto e longo prazo, suas sequelas associadas e os custos com os cuidados aos prematuros e RN em situação

de risco (MEIER et al., 2013). As vantagens do aleitamento materno para RN pré-termo são várias e largamente estabelecidas, dentre as quais destacam-se o melhor desempenho neurocognitivo, a proteção imunológica, a maturação gastrintestinal, redução do tempo de hospitalização e a formação do vínculo mãe-filho (WHO, 2012; CORVAGLIA; MARTINI; FALDELLA, 2013; MENON; WILLIAMS, 2013).

Prematuros alimentados com leite materno, quando comparados com prematuros que não o receberam, apresentam menores taxas de enterocolite necrosante, infecção, intolerância à alimentação entérica e comprometimento do desenvolvimento neurológico aos 18 meses de idade; e menos re-hospitalizações após a alta da UTIN. Doses mais elevadas de leite humano, especialmente durante as primeiras semanas após o parto, conferem maior benefício (SCHANLER, 2011; AHRABI; SCHANLER, 2013; MEIER et al., 2013; MURPHY et al., 2014).

Tem sido observado que prematuros amamentados apresentam melhor desempenho neurocognitivo, o qual persiste além da primeira infância. O papel dos ácidos graxos nesse desfecho tem sido relatado em alguns estudos, já que está presente na composição estrutural da retina e das membranas neuronais. Assim, esses lipídios poderiam explicar também a proteção oferecida pelo leite humano contra o desenvolvimento da retinopatia da prematuridade, já que a incidência e a gravidade dessa doença são menores nos prematuros alimentados com leite materno (NASCIMENTO; ISSLER, 2004; VOHR et al., 2006; CORVAGLIA; MARTINI; FALDELLA, 2013).

Há evidências de que a oferta de leite humano está associada com menor intolerância alimentar. O leite materno contém vários fatores de crescimento, alguns dos quais têm efeitos diretos sobre o intestino, como, por exemplo, a maturação e reparação da mucosa (fator de crescimento epidérmico e eritropoietina), o desenvolvimento do sistema nervoso entérico (fatores de crescimento neuronal) e regulação vascular (fator de crescimento endotelial vascular) (MENON; WILLIAMS, 2013).

RN pré-termo alimentados somente com leite humano têm ainda um risco diminuído de desenvolver enterocolite necrosante, quando comparados àqueles que recebem fórmula infantil. A enterocolite necrosante é uma das mais comuns e devastadoras doenças da prematuridade. A exacerbada resposta inflamatória imatura associada à microbiota intestinal anormal é atualmente considerada como a mais provável base para sua patogênese. Vários fatores antimicrobianos contidos no leite humano, como imunoglobulinas, citocinas, lactoferrina e glicoproteínas, com capacidade antiadesiva, podem contribuir para impedir a colonização do intestino por organismos patogênicos (NEU; WALKER, 2011; QUIGLEY et al., 2014).

Adicionalmente, a presença de componentes imunológicos, principalmente da imunoglobulina IgA secretora, parece desempenhar um papel notável na redução da incidência de infecções, inclusive sepse e meningite (CORVAGLIA; MARTINI; FALDELLA, 2013).

Segundo Nascimento e Issler (2004), é possível que as doenças da prematuridade decorram de um desequilíbrio entre as defesas antioxidantes e a exposição a radicais livres liberados após hipóxia ou injúria por reperfusão, que em excesso acarretaria risco de enterocolite necrosante, displasia broncopulmonar, hemorragia intraventricular e retinopatia da prematuridade. O leite humano seria, então, benéfico por oferecer melhor proteção antioxidante. Há, ainda, evidências epidemiológicas de que a alimentação de RN pré-termo com leite humano está relacionado a uma menor incidência de reinternação/ hospitalização até 30 meses de vida (BLACK, 2012; MENON; WILLIAMS, 2013).

Além disso, alguns estudos têm sugerido que a amamentação é fisiologicamente menos estressante para o prematuro, mantendo-se os níveis de saturação de oxigênio, temperatura corporal e frequência respiratória mais estáveis do que os valores obtidos quando alimentados por mamadeira (BLACK, 2012).

A amamentação também possui efeitos benéficos para a nutriz. A mulher que amamenta tem risco reduzido de desenvolver câncer de mama e de ovário e apresenta perda de peso mais acelerada no pós-parto (TURCK et al., 2013). Possibilita, especialmente, efeitos psicológicos positivos, reforçando o apego e o vínculo mãe-bebê, que pode estar prejudicado após o nascimento prematuro. As mães que vivenciam a experiência de um parto prematuro podem exibir sentimentos de ansiedade e depressão e tendem a apresentar mais emoções positivas e reduzir o nível de estresse após a amamentação. O contato pele a pele, ainda, permite à mãe sentir-se mais responsável em cuidar do filho, melhora o bem-estar e eleva sua autoestima (AZEVEDO; MENDES, 2008; BLACK, 2012).

A despeito dessas tantas vantagens, as taxas de AME permanecem baixas entre os prematuros, muitas vezes ocorrendo o desmame antes mesmo da alta hospitalar (SCOCHI et al., 2008; CZECHOWSKI; FUJINAGA, 2010; LAMY FILHO et al., 2012).

A coorte MOSAIC (Models of Organising Access to Intensive Care for Very Preterm Births in Europe), uma amostra europeia de base populacional de RN prematuros extremos (BONET et al., 2011), verificou existirem diferenças significativas nas taxas de AM entre as regiões da Europa, sugerindo que existem práticas distintas de promoção da amamentação em cada local. A taxa de AM, no momento da alta hospitalar, complementado ou não, por exemplo, variou de 19% na Borgonha para 70% no Lácio. Nenhuma das regiões atingiu uma taxa de AME maior que 30%. O estudo evidenciou, ainda, que mulheres primíparas e com mais de 25

anos tinham maior probabilidade de amamentar. Menor idade gestacional, gestação múltipla ou presença de broncodisplasia pulmonar foram relacionados com menor taxa de aleitamento materno.

Entretanto, em estudo conduzido em uma Unidade Neonatal da região nordeste do Brasil, observou-se que apenas a idade da mãe maior do que 35 anos e um tempo de nutrição parenteral maior que 7 dias em prematuros de muito baixo peso (<1500g) associaram-se a maior risco para alta sem AME. Nessa unidade, a taxa de AME no momento da alta hospitalar foi de 54% (LAMY FILHO et al., 2012).

Czechowski e Fujinaga (2010) obtiveram resultados semelhantes quanto à prevalência do AME na ocasião da alta, em estudo no sudeste do país. Na alta hospitalar, 58,3% dos prematuros estavam sendo amamentados exclusivamente, observando-se taxas de aleitamento materno misto e artificial de 21,8% e 19,9%, respectivamente.

Por sua vez, estudo realizado na mesma região evidenciou taxas inferiores, no qual, no momento da alta, predominou o aleitamento materno misto (48,3%), seguido do AME (28,4%) e aleitamento artificial (23,2%). A não ocorrência do AME foi relacionada ao baixo peso ao nascer (BPN) e a menor idade gestacional, que, por sua vez, contribuem para um maior tempo de internação (SCOCHI et al., 2008).

Ainda, o período que se segue à alta hospitalar, mesmo para as crianças que deixam o hospital em aleitamento materno, constitui-se momento crítico. O primeiro mês após a alta da UTIN é considerado um momento de transição hospital-casa, sendo o manejo do aleitamento materno uma das principais dificuldades enfrentadas nesse período. Estudo realizado no sul do país constatou que no 28º dia pós-alta apenas 25% dos prematuros acompanhados permaneciam em AME (AZEVEDO; CUNHA, 2013).

O desafio de se estabelecer o aleitamento materno do prematuro é real. Em revisão integrativa sobre aleitamento materno em unidade neonatal, Costa et al. (2013) identificaram como barreiras para o sucesso do aleitamento materno o início tardio da sucção, a dificuldade de manter a produção láctea pela ordenha, infraestrutura hospitalar desconfortável, tempo de internação hospitalar, a falta de apoio para amamentar e o estresse em se conviver com a fragilidade do prematuro e o ambiente da UTIN.

Devido a imaturidade global, os RN pré-termo apresentam hipotonia muscular, hiperreatividade aos estímulos do ambiente e permanecem em alerta por períodos curtos. A hipotonia está relacionada à imaturidade do sistema nervoso central e à presença de músculos e ligamentos pouco desenvolvidos, que irão interferir diretamente no sistema estomatognático e

em suas funções, como a sucção e deglutição (GUBERT et al., 2012; SILVA; TAVARES; GOMES, 2014).

A dificuldade ou ausência da coordenação sucção-deglutição-respiração dificulta a alimentação do prematuro, uma vez que seus reflexos primitivos estão reduzidos ou ausentes, dependendo do grau de prematuridade, prejudicando o processo de sucção e deglutição. Silva, Tavares e Gomes (2014), ao avaliarem a mamada de prematuros internados em uma Unidade de Cuidados Intermediários Neonatais, constataram que mais de 90% apresentavam dificuldades na coordenação entre sucção-deglutição-respiração. No que se refere à pega da mama, foram observadas dificuldades, especialmente na manutenção da pega durante a mamada. Quanto às alterações fisiológicas, verificou-se sonolência em todos os prematuros logo após o início da mamada, bem como reflexo de busca incompleto (56,3%) e sucção débil e lenta, com sugadas rápidas e pausas longas (43,8%).

Diante das dificuldades do prematuro em coordenar a sucção-deglutição-respiração e manutenção da pega, não há consenso na literatura sobre o momento apropriado para iniciar a amamentação em prematuros. A idade gestacional e o peso são indicadores comumente utilizados pelos profissionais de saúde para avaliar a prontidão do prematuro para iniciar a alimentação oral (GUBERT et al., 2012; FUJINAGA et al., 2013). A idade gestacional é um critério que indica a maturidade do prematuro, que por volta de 34 semanas já está fisiologicamente apto a coordenar a sucção-deglutição-respiração, embora estudos já tenham evidenciado que essa coordenação pode ser alcançada antes mesmo desse período (MEDEIROS et al., 2011). Estudo observacional evidenciou que prematuros a partir de 29 semanas já apresentavam competência na coordenação da sucção-deglutição-respiração, alcançando o AME em média com 35 semanas de idade gestacional corrigida (NYQVIST, 2008). O peso, por outro lado, não indica a maturidade ou habilidades motoras orais do RN, especialmente em casos de recém-nascidos de muito baixo peso, sendo o peso, portanto, um critério inadequado para indicar o AM para os prematuros (FUJINAGA et al., 2013).

Essa dificuldade para o AM pode ser ainda aumentada quando soma-se à hospitalização prolongada. Poucos dias de separação do binômio mãe e bebê são suficientes para interferir negativamente na amamentação. A hospitalização prolongada frequentemente gera ansiedade e preocupação materna, o que contribui para a baixa produção de leite ou até mesmo para o comprometimento do vínculo mãe-bebê, podendo reduzir as chances de se estabelecer o aleitamento materno plenamente (SCOCHI et al., 2008).

A mulher que amamenta o filho prematuro vivencia situações singulares nesse processo, determinadas não só pela situação de prematuridade, mas também pelos sentimentos de culpa,

sofrimento e fracasso frente à situação de fragilidade e risco a que o filho está exposto, e frequentemente representam o AM do filho pré-termo como uma prática difícil e desgastante (JAVORSKI et al., 2004).

De modo geral, o bebê que nasce prematuramente não corresponde à expectativa materna, que deverá realizar, além do luto pelo filho imaginário, o luto do bebê prematuro real, que corre risco de vida ou já tem sua morte anunciada. A não concretização do filho imaginário e perfeito prejudica a relação mãe-bebê, determinando nos pais, e especialmente na mãe, sentimentos de culpa e rejeição (DELGADO; HAPERN, 2005).

Por conseguinte, para as mães que têm seu filho prematuro internado em uma unidade neonatal, a transição para a maternidade implica uma crise, um processo que leva tempo, em meio a sentimentos conflituosos, como tristeza, exaustão emocional e esperança, com possíveis consequências em longo prazo para o relacionamento mãe-bebê e família.

Desta forma, essas mães, seus filhos e família têm necessidades especiais e precisam de um apoio maior, e diferenciado, no processo de iniciação e manutenção da amamentação, que devem sempre ser priorizados pelos profissionais que atuam em unidade neonatal. Neste cenário, a lactação, muitas vezes, tem que ser iniciada com a ordenha mamária, e pode ser interpretada pela mulher como uma obrigação de transferir um determinado volume de leite, uma tarefa a ser cumprida, não prazerosa, que pode comprometer o sucesso do AM.

Javorski et al. (2004) salientam que as nutrizes estão imersas em um contexto institucional no qual não só o discurso técnico reforça o poder do leite materno na recuperação do prematuro, mas também constatam o poder desse discurso ao conviverem com nutrizes que conseguem estabelecer o AME, critério importante para o recebimento da alta hospitalar. As nutrizes sabem que o esperado delas é o sucesso na amamentação, todavia sentem que amamentar uma criança prematura é uma tarefa complexa, que dificilmente é discutida com ela sob essa óptica.

Portanto, mais do que competência técnica, a mulher espera da equipe da unidade neonatal apoio com sensibilidade, empatia e respeito pelo seu papel maternal, com capacidade de acolher suas necessidades individuais (SILVA; SILVA, 2009). Assim, o apoio precoce, sistemático e contínuo para as mães iniciarem a expressão láctea e amamentarem, tão logo seja possível, são essenciais para superar as dificuldades fisiológicas e emocionais relacionadas a amamentar no contexto da unidade neonatal.

Em estudo realizado no Japão, Murase et al. (2014) evidenciaram que o tempo médio do início da expressão do leite de mães de prematuros foi de 20 horas após o parto, o que está além do tempo recomendado, de seis horas após o parto, caracterizando-se como um preditor

de baixo volume de leite no quarto dia pós-parto, com consequente menores chances de AME na alta hospitalar. Por outro lado, em pesquisa realizada nos Estados Unidos, Murphy et al. (2014) aplicaram uma intervenção para reduzir o tempo da primeira expressão do leite de mães de RN de muito baixo peso para até seis horas após o nascimento, e obtiveram um aumento significativo na taxa de AME na alta hospitalar, de 37% para 59%. Além disso, Parker et al. (2012) apontam que a expressão do leite materno na primeira hora após o parto está associada com a diminuição do tempo da fase II de lactogênese, que é o início da produção de leite abundante após a produção do colostro.

Apesar de sua importância no início e na manutenção da lactação durante a internação do RN pré-termo em uma UTIN, a expressão da mama pode ser um momento frustrante, estressante e doloroso, que envolve tempo e persistência, sendo fundamentais as orientações e acompanhamento dos profissionais de saúde (RODRIGUES et al., 2013). A ordenha mamária pode ser realizada de forma manual ou mecânica, devendo ser ensinada às mães como um importante aspecto do autocuidado com a mama puerperal, desaconselhando-se práticas culturalmente difundidas, mas potencialmente danosas, como aplicação de compressas mornas e massagem na mama com pente. A indicação da expressão mecânica deve considerar a disponibilidade e o custo do equipamento (SANTOS; DITZ; COSTA, 2012).

Em uma revisão sistemática, mostrou-se que o uso da bomba elétrica proporcionou um maior volume de leite, quando comparado à expressão manual, nas duas primeiras semanas após o nascimento. Entretanto, medidas de baixo custo, como o início precoce da expressão, expressão manual e uso de bombas de menor custo podem ser tão eficazes quanto o uso de bombas elétricas mais sofisticadas, ficando a indicação do método mais adequado para a expressão do leite dependente do tempo transcorrido desde o nascimento e o propósito da expressão (BECKER; COONEY; SMITH, 2011).

Morton et al. (2009), por sua vez, afirmam que mães de prematuros podem atingir e manter altos níveis de produção láctea, combinando o uso de bombas elétricas com técnicas manuais, que se denomina *hands-on pumping*. O uso dessa técnica combinada apresentou maior eficácia no volume de leite produzido do que o aumento da frequência e duração do bombeamento.

A orientação quanto à lactação e amamentação é um aspecto muito importante na produção de leite. Mães de prematuros, em estudo realizado na Suécia, apontaram a importância de receberem informações básicas sobre o início da lactação e amamentação, abordando os benefícios do leite materno, técnicas de amamentação, possíveis problemas na lactação, necessidade da ordenha mamária, bem como a possibilidade de não ser possível estabelecer a

amamentação de imediato (NYQVIST; KYLBERG, 2008). Segundo Meier et al. (2013), a inconsistência da informação recebida pelas mães cujos filhos estão internados na UTIN, quanto à importância do leite humano para seus bebês prematuros, constitui-se como a maior barreira para o início e manutenção da lactação.

Consultas de pré-natal que contemplam orientações sobre os benefícios e importância do aleitamento materno, bem como informações práticas sobre ordenha e armazenamento do leite humano, têm sido associadas com maior tempo de aleitamento materno, tanto durante a hospitalização quanto após a alta. Estudos têm sugerido que as horas e os dias que antecedem o parto, inclusive o parto prematuro, podem ser de fundamental importância para influenciar o planejamento materno quanto a alimentação do seu bebê (FRIEDMAN et al., 2004; BARRIERE et al., 2011; HATAMLEH, 2012; DEMITTO et al., 2012).

Além das orientações para a promoção do aleitamento materno, destaca-se a importância de leis e programas que sustentam e protegem essa prática. Em pesquisa nos Estados Unidos, Kogan et al. (2008) verificaram que os Estados que não dispunham de legislação em defesa do aleitamento materno apresentavam maiores chances de ter uma criança não amamentada. A legislação brasileira, por sua vez, é reputada como uma das mais avançadas na proteção ao aleitamento materno (BRASIL, 2009b).

1.2 A evolução das políticas públicas brasileiras em defesa ao aleitamento materno

Desde o início da década de 1980, mesmo antes da criação do Sistema Único de Saúde (SUS), o Brasil tem incluído na sua agenda de prioridades em saúde a promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno. O país é internacionalmente reconhecido pelo desenvolvimento de iniciativas para aumentar as taxas de AME, e políticas públicas têm sido implementadas para promover, proteger e apoiar o AME.

Até esse período, a escolha pelo não incentivo ao aleitamento materno pelos pediatras era mediada pelas indústrias de fórmulas infantis, orientando a introdução de outros alimentos precocemente na dieta; pela propaganda e grande venda de substitutos do leite materno; e pela distribuição gratuita de leite pelo governo, através dos Programas de Suplementação Alimentar, nos quais a criança podia receber leite em pó desde o início da vida. Somente ações isoladas em prol do AM eram percebidas (FERECINI, 2012).

A preocupação com a influência da propaganda utilizada pelas indústrias sobre as práticas de alimentação infantil e suas consequências sobre o desmame precoce, a desnutrição e a mortalidade infantil conduziram à realização da Reunião Conjunta OMS/UNICEF sobre Alimentação Infantil e da Criança Pequena, no ano de 1979 em Genebra. Ao final da reunião, foi recomendada a criação de um conjunto de normas, fundamentadas em princípios éticos, para nortear a promoção comercial de substitutos do leite materno. O Brasil esteve presente, representado pela presidência do Instituto Nacional de Alimentação e Nutrição, que colaborou na elaboração do Código Internacional de Comercialização de Substitutos do Leite Materno, aprovado em 1981, durante a 34^a Assembleia Mundial de Saúde (MOREIRA, 2011; REA, 2003).

Segundo Moreira (2011), tal Código tinha como objetivo principal coibir a comercialização e distribuição indiscriminada dos alimentos artificiais substitutos do leite materno e dos utensílios, como mamadeiras e chupetas, declaradas socialmente como prejudiciais à amamentação. Todos os países, a partir deste momento, passaram a ser monitorados quanto à melhoria nas taxas de aleitamento materno exclusivo.

No início da década de 80, o Brasil buscou a ajuda da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) e do UNICEF para a elaboração de um material audiovisual sobre amamentação, no intuito de sensibilizar políticos, autoridades de saúde, meios de comunicação de massa, líderes comunitários e de igreja, entre outros. Esse audiovisual revelava o valor econômico do leite materno, comparando-o aos gastos com leites artificiais. Após percorrer o país com esse material, técnicos do UNICEF e do Instituto Nacional de Alimentação e Nutrição apresentaram-no aos Ministros da Saúde e Previdência Social, sendo decidido o lançamento do Programa Nacional de Incentivo ao Aleitamento Materno (PNIAM) (FERECINI, 2012).

Souza, Santo e Giugliani [201-] relatam que o PNIAM recebeu destaque internacional pela sua diversidade de ações, incluindo campanhas na mídia, treinamento de profissionais de saúde, aconselhamento em amamentação individualizado, produção de material educativo, estabelecimento de grupos de apoio à amamentação na comunidade, formulação e implementação de uma legislação específica de proteção à amamentação e o controle do marketing de leites artificiais.

Em paralelo, o país destinou atenção especial à saúde infantil, através da criação, pelo Ministério da Saúde, do Programa de Atenção Integral à Saúde da Criança (PAISC), voltado para a maximização do alcance da assistência à saúde infantil que, além de estender a cobertura dos serviços de saúde, buscou aperfeiçoar seu poder de resolução diante dos problemas de saúde mais prevalentes e relevantes. Para atuar sobre as principais causas de mortalidade infantil,

foram definidas as Ações Integradas de Saúde, que envolvia, entre outras ações, o incentivo ao aleitamento materno (BRASIL, 2011b).

Estudo realizado por Venâncio e Monteiro (1998), baseado na Pesquisa Nacional sobre Saúde e Nutrição e no Estudo Nacional de Despesa Familiar, evidenciou que a duração mediana da amamentação nas crianças-alvo do PAISC (independente da idade gestacional), entre as décadas de 70 e 80, aumentava significativamente, passando de 2,5 meses para 5,5 meses. Esse aumento acontecia em crianças de diferentes faixas etárias, com destaque para aquelas situadas na área urbana, com ampliação de 45 dias de amamentação para 150 dias. Com relação às regiões, o Nordeste apresentava a pior mediana da amamentação. No que tange à renda, ao contrário do que se percebe atualmente, as crianças menos favorecidas eram mantidas por mais tempo no AME do que crianças de famílias com maior renda.

Com a criação PNIAM, em 1981, intensifica-se a constatação do papel dificultador dos serviços de saúde sobre a prática do aleitamento materno, cujo início e duração eram prejudicados diante da separação imposta às mães e aos bebês logo após o nascimento, com a permanência dos recém-nascidos em berçários. Predominava a prática do uso de soro glicosado como rotina de alimento pré-lácteo, horários fixos de mamadas e complementação com mamadeira. Assim, em agosto de 1982, foi realizado em Brasília o I Encontro sobre Alojamento Conjunto, reunindo especialistas, obstetras, pediatras e administradores de maternidades de todo o Brasil, o que culminou, um ano depois, no estabelecimento das primeiras normas básicas para a organização do sistema de Alojamento Conjunto a serem cumpridas por todas as maternidades públicas e conveniadas do país (UNGERER; MIRANDA, 1999).

Em 1985, com o apoio do PNAIM e Instituto Nacional de Alimentação e Nutrição, o Instituto Fernandes Figueira, da Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, iniciou a implantação da Rede Nacional de Bancos de Leite Humano (BLH), com o objetivo de assistir bebês prematuros e/ou de baixo peso, ofertando-lhes leite materno de qualidade e possibilitando a prática do AME. Ainda naquele ano, ocorreu o I Congresso Panamericano de Aleitamento Materno, cujas deliberações principais foram a ampliação da licença maternidade de 12 semanas para 120 dias, a licença paternidade de 5 dias consecutivos e a licença a adotante, permitindo maior permanência das mães com seus filhos, menor absenteísmo dos pais e, consequentemente, a redução das doenças prevalentes na infância. Tais direitos passaram a ser garantidos na Constituição Federal de 1988 (MOREIRA, 2011).

Já em 1989, a OMS e o UNICEF lançaram a Declaração Conjunta sobre o Papel dos Serviços de Saúde e Maternidades, onde constam dez ações relacionadas ao incentivo ao

aleitamento materno, denominadas Dez Passos para o Sucesso do Aleitamento Materno (FERECINI, 2012).

No ano seguinte, no encontro "Breastfeeding in the 1990s: A Global Initiative" organizado pelos mesmos organismos, resultou um documento adotado por organizações governamentais e não governamentais, assim como por defensores da amamentação de vários países, entre eles o Brasil, com o objetivo de promover o direito da mulher de aprender e praticar a amamentação com sucesso. O documento, denominado Declaração de *Innocenti*, quereria o estabelecimento de um comitê nacional de coordenação da amamentação e a implementação do Código Internacional de Comercialização dos Substitutos do Leite Materno e dos 10 Passos para o Sucesso do Aleitamento Materno, além de proteção à maternidade e outras leis e regulamentos inovadores, com o objetivo de que todas as maternidades do mundo pudessem atingir os 10 Passos (UNICEF, 1990).

A década de 90 tem como principal marco a implantação da Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC). A IHAC é uma estratégia global, estruturada em medidas práticas dos estabelecimentos de saúde (hospitais e maternidades) para a proteção, promoção e apoio ao AM. Seus critérios globais compreendem a adesão aos *10 Passos para o Sucesso do Aleitamento Materno* e ao *Código Internacional para Comercialização dos Substitutos de Leite Materno* (no caso do Brasil, a NBCAL – Norma Brasileira de Comercialização de Alimentos para Lactentes, alterada e publicada como Resolução em 1992) pelas maternidades certificadas (BRASIL, 2008).

Idealizada em 1990 pela OMS e pelo UNICEF, a IHAC surgiu como resultado de vários eventos de saúde e de políticas de saúde, concretizada em resposta à *Declaração de Innocenti*. Ao assinar tal Declaração, em encontro na Itália, o Brasil, um dos 12 países escolhidos para iniciar a implementação da IHAC, formalizou o compromisso de fazer dos 10 Passos uma realidade nos hospitais brasileiros. Em março de 1992, o Ministério da Saúde e o Grupo de Defesa da Saúde da Criança, com o apoio do UNICEF e da Organização Pan-Americana de Saúde, deram início a essa iniciativa, com o credenciamento do primeiro Hospital Amigo da Criança, o Instituto Materno Infantil de Pernambuco (LAMOUNIER et al., 2008).

Nos últimos 20 anos essa iniciativa tem crescido, contando atualmente com mais de 20 mil hospitais com o título de Amigo da Criança em 156 países do mundo. No Brasil, entre 1992 e dezembro de 2010, foram credenciados 359 hospitais na IHAC. No mesmo período, como resultado da avaliação externa à adesão à IHAC, 26 hospitais foram descredenciados, existindo atualmente 333 Hospitais Amigos da Criança, dos quais quase metade está concentrada na região nordeste. Considerando os dados de nascimentos de 2009, 23% dos nascimentos

ocorreram em Hospitais Amigo da Criança. Na maioria dos estados da região nordeste, incluindo Pernambuco, a cobertura de nascimentos é acima de 30% (BRASIL, 2011c; BRASIL, 2008).

No Brasil, os critérios de habilitação da IHAC foram recentemente redefinidos, estimulando a humanização no parto e o cuidado à criança e a articulação eficiente com as unidades básicas de saúde. Em contrapartida, os hospitais, ao cumprirem os requisitos necessários para se tornarem Amigo da Criança, recebem incentivos financeiros que variam de 2,5% a 17% sobre os recursos destinados aos partos e 8% para cada criança nascida na unidade (BRASIL, 2014).

Um dos estudos randomizados pioneiros na avaliação do impacto da IHAC foi realizado em 31 hospitais da Bielorrússia, e revelou que uma intervenção baseada nos 10 Passos para o Sucesso da Amamentação (PROBIT – *Promotion of Breastfeeding Intervention Trial*) não só aumentou as taxas de AM (aos três meses de vida, por exemplo, o AME aumentou de 6,4% para 43,3%), mas também que esse aumento está associado a uma variedade de resultados positivos, como diminuição do risco de diarreia e eczema atópico no primeiro ano de vida (KRAMER, 2001).

A IHAC vem demonstrando, em diversas pesquisas, impacto positivo no início, duração e exclusividade do aleitamento materno. Braun et al. (2003), em coorte realizada em uma unidade neonatal no sul do Brasil, verificaram aumento significativo no AM e AME após a implantação da IHAC, sendo que os efeitos da Iniciativa foram mais significativos na população menos favorecida. Da mesma forma, Hawkins et al. (2014), constataram que a IHAC aumentou as taxas de iniciação e duração do AM em recém-nascidos de mulheres com menor nível educacional. Estudo realizado por Caldeira e Gonçalves (2007) evidenciou que a implantação da IHAC nas maternidades públicas de uma cidade no sudeste do Brasil aumentou a duração do AM no município (de 8,9 para 11,6 meses), mas que novas estratégias ainda precisam ser implementadas para se alcançar a situação ideal.

Uma revisão sistemática sobre avaliação da IHAC concluiu que a estratégia é efetiva no aumento da prática da amamentação em muitas regiões do mundo. As mudanças nas práticas hospitalares, tais como, treinamento dos funcionários, orientação às gestantes, início precoce da amamentação, apoio durante a internação, uso não rotineiro de outros líquidos ou leite artificial, alojamento conjunto, livre demanda, proibição de propaganda e distribuição de fórmulas infantis, bicos e chupetas, foram os achados que contribuem para a redução do desmame precoce, contribuindo para a diminuição da morbimortalidade infantil (FIGUEIREDO; MATTAR; ABRÃO, 2012).

Segundo a II Pesquisa Nacional de Prevalência de Aleitamento Materno nas Capitais Brasileiras e no Distrito Federal (BRASIL, 2009a), a duração média do AME entre crianças que nasceram em Hospitais Amigo da Criança foi de 60,2 dias, em comparação aos 48,1 dias entre crianças que não nasceram em Hospitais Amigo da Criança. Bebês nascidos em Hospitais Amigo da Criança também aumentaram a chance em 9% para a amamentação na 1^a hora de vida; em 6% para a amamentação no primeiro dia em casa após a alta da maternidade; em 13% para o AME em menores de dois meses, 8% para o AME em menores de três meses e 6% para o AME em menores de seis meses.

Paralela a implantação da IHAC, foi realizada uma das maiores mobilizações sociais de incentivo à amamentação, a Semana Mundial de Aleitamento Materno, tendo como tema “O Incentivo ao Hospital Amigo da Criança”. A Semana Mundial é considerada como veículo para promoção da amamentação. Ocorre em 120 países e, oficialmente, é celebrada de 1 a 7 de agosto. A cada ano, comemora-se com uma temática específica, que pode ser adaptada em cada país, a fim de que sejam obtidos mais e melhores resultados do evento (MOREIRA, 2011).

Ainda na década de 90, o Brasil avança nas primeiras instalações hospitalares nas cidades de Santos e Recife, do Alojamento Canguru, para a implementação do Método Canguru (MC), que representava uma alternativa para o cuidado neonatal de bebês de baixo peso ao nascer. A Norma de Orientação para a Implantação do MC definiu a abertura das unidades neonatais para os pais para que estes pudessem conviver com o filho, realizando o contato pele a pele, principalmente com a mãe, para facilitar a adaptação à vida extrauterina e ao estabelecimento precoce da amamentação, bem como a alta hospitalar para continuidade do método até 40 semanas de idade gestacional corrigida, contribuindo para o sucesso da prática do aleitamento materno (MOREIRA, 2011).

O Método Canguru, iniciado na Colômbia em 1978 como uma alternativa ao método convencional de cuidados para o recém-nascido de baixo peso, tem como principal componente o contato pele a pele entre a mãe e o seu RN, iniciado o mais cedo possível. No Brasil, é adotado como política pública para a humanização da assistência aos RN de baixo peso desde 2000, fato que dá destaque ao país em nível internacional (SPEHAR; SEIDL, 2013; MENEZES et al., 2014).

O MC consiste em três etapas. Na primeira, o RN encontra-se internado na UTIN, e o contato pele a pele é incentivado. Já a segunda etapa ocorre após a transferência do RN da UTIN para a Enfermaria Canguru, acompanhado de sua mãe, onde a posição canguru é incentivada pelo maior tempo possível até a alta hospitalar. A terceira e última etapa corresponde ao

acompanhamento ambulatorial periódico do crescimento e desenvolvimento do bebê até um ano de idade (BRASIL, 2011d).

A posição canguru significa que o RN é colocado ligeiramente vestido (apenas com a fralda) em posição prona, na vertical, sobre o tórax da mãe, com braços e pernas flexionados e a cabeça virada para o lado, evitando-se sua hiperflexão ou hiperextensão. Um cobertor deve ser colocado sobre as costas do RN, protegendo-o de correntes de ar (LUNDIGTON-HOE; MORGAN; ABOUELFETTOH, 2008).

O contato pele a pele é oferecido ao bebê tanto quanto ele e a mãe (família) tolerar. Inicialmente, o método era aplicado apenas aos RN que o podiam realizar de forma contínua (mais de 20 horas por dia). Alguns estudos, no entanto, verificaram sua eficácia quando iniciado precocemente, o mais cedo possível após o nascimento, mesmo para os que necessitam de cuidados intensivos (CONDE-AGUDELO; DÍAZ-ROSSELLO, 2014). Desse modo, o método canguru intermitente (por curtos períodos, uma ou várias vezes ao dia e por um número variável de dias) deve ser comumente empregado em ambientes de alta tecnologia. Essa modalidade deve ser considerada como uma adaptação gradual e progressiva da tríade mãe-bebê e família para o método canguru contínuo (NYQVIST et al., 2010).

Lundington-Hoe et al. (2003) implementaram um protocolo para realização do método canguru em RN sob ventilação mecânica, com peso inferior a 600 gramas e com menos de 26 semanas de idade gestacional ao nascimento. Durante a pesquisa, não houve qualquer extubação acidental, demonstrando que o método canguru pode ser realizado com segurança nesse grupo (prematuros extremos, de muito baixo peso ao nascer).

Dentre os benefícios do método canguru, destaca-se o maior desenvolvimento da identidade materna depois de um nascimento prematuro e o fortalecimento e estabelecimento do vínculo e do apego, facilitando a maternagem. Há ainda menos incidência de ansiedade materna, maior satisfação com a experiência da UTIN e melhor interação positiva com seu filho. As mães podem compartilhar o papel de provedor do contato pele a pele, especialmente com os pais do RN (LUNDIGTON-HOE; MORGAN; ABOUELFETTOH, 2008; SANTOS et al., 2013; FELDMAN; ROSENTHAL; EIDELMAN, 2014).

Ademais, o contato pele a pele reduz eventos de bradicardia e dessaturação de oxigênio em prematuros, proporcionando estabilidade fisiológica, mesmo que realizado por poucas horas diárias (MITCHELL et al., 2013; LUNDIGTON-HOE; MORGAN; ABOUELFETTOH, 2008). Proporciona também melhor desenvolvimento sensório-motor e neurocomportamental a curto e longo prazo (MOTA; SÁ; FROTA, 2005; LUNDIGTON-HOE; MORGAN; ABOUELFETTOH, 2008; FELDMAN; ROSENTHAL; EIDELMAN, 2014). Ainda, revisões

sistemáticas apontam que o MC reduz substancialmente a mortalidade neonatal hospitalar entre os RN pré-termo, e é altamente eficaz na redução da morbidade grave, particularmente da infecção (LAWN et al., 2010; CONDE-AGUDELO; DÍAZ-ROSSELLO, 2014).

Com relação ao AM, uma revisão integrativa aponta que o método canguru foi um dos principais fatores que influenciaram a duração do AM após a alta hospitalar em prematuros submetidos a cuidados intensivos (Briere et al., 2014), dados que corroboram com os encontrados por Silva e Segre (2010). Parker et al. (2013), por sua vez, através de revisão sistemática da literatura, revelaram uma associação do método canguru e o aumento do volume de leite produzido pela mãe. Já em pesquisa conduzida no Irã, as mães que praticaram o contato pele a pele com seus filhos prematuros na UTIN tiveram 4,1 vezes maior probabilidade de amamentar exclusivamente no momento da alta hospitalar, quando comparadas às mães que não o fizeram (HEIDARZADEH et al., 2013).

Os efeitos do método canguru no aumento da duração do AME vão além do momento da alta. Em estudo que acompanhou RN que receberam o MC com os que receberam apenas o cuidado convencional, o AME mostrou-se mais frequente até o sexto mês de vida (22,7 *versus* 5,9%, aos seis meses) (Almeida et al., 2010). Em um ensaio clínico randomizado, Hake-Brooks e Anderson (2008) também compararam o padrão do AM em pré-termos que realizaram o método canguru ou experienciaram o cuidado convencional, e constataram que os prematuros do grupo método canguru, apresentaram maior prevalência de AME até o sexto mês de vida, e também tiveram duração total do AM significativamente maior (5 meses *versus* 2 meses).

Segundo Moreira (2011), o século XX encerrou com três grandes iniciativas do governo brasileiro: o Programa de Treinamento “Aconselhamento em Amamentação” (1995), o Projeto Carteiro Amigo da Amamentação (1996) e a Unidade Básica Amiga da Amamentação (1999).

A Iniciativa Unidade Básica Amiga da Amamentação (IUBAAM), inaugurada no estado do Rio de Janeiro, baseia-se nos 10 Passos para o Sucesso da Amamentação, buscando inserir a promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno na atenção básica. Essa Iniciativa delineia um importante papel de suporte que as unidades básicas de saúde, em conjunto com os hospitais, podem desempenhar a fim de tornar o aleitamento materno uma prática universal, contribuindo significativamente para a saúde e bem-estar dos bebês, suas mães, família e comunidade local. Estudo realizado no sudeste do país evidenciou que a prevalência de AME foi 19,0% superior nas crianças acompanhadas em unidades credenciadas na IUBAAM, constituindo a IUBAAM como um fator de proteção para tal desfecho (ALVES; OLIVEIRA; MORAES, 2013).

O século XXI, por sua vez, iniciou com a consolidação e o avanço de estratégias para a promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno. Segundo Souza, Santo e Giugiani [201-], a Política Nacional de Aleitamento Materno atual está organizada em braços estratégicos:

O primeiro, de incentivo ao aleitamento materno na Atenção Básica, é feito por intermédio da Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil, lançada em 2012. Essa estratégia tem como objetivo qualificar o processo de trabalho dos profissionais da atenção básica com o intuito de reforçar e incentivar a promoção do aleitamento materno e da alimentação saudável para crianças menores de dois anos no âmbito do SUS. Na atenção hospitalar, por sua vez, duas iniciativas têm contribuído para aumentar as taxas de AM: a Iniciativa Hospital Amigo da Criança e o Método Canguru.

Quanto às principais estratégias da política governamental de promoção do aleitamento materno, encontra-se a Rede Brasileira de Bancos de Leite Humano, a maior e mais complexa do mundo. Atualmente conta com 215 BLH e 98 postos de coleta distribuídos em todos os estados. O modelo do Banco de Leite Humano Brasileiro é referência internacional e, desde 2005, o país exporta técnicas de baixo custo para implementar bancos de leite materno em diversos países. De janeiro a dezembro de 2014 foram coletados, em todo o país, 184 mil litros de leite materno, beneficiando a 178 mil recém-nascidos. Ao todo, 164 mil mulheres doaram leite neste período. De 2008 até 2014 foi registrado aumento de 11% no volume de coletas de leite no Brasil. Além de coletar, processar e distribuir leite humano, os bancos de leite prestam assistência às lactantes cujos filhos estão hospitalizados ou que tenham dificuldades com a amamentação em qualquer momento (BRASIL, 2015a).

Entre as ações de mobilização social, o Dia Nacional de Doação de Leite Humano de 2015 teve como protagonista da campanha publicitária o bebê prematuro. Com duração de um ano, a campanha apresenta mensagens enfatizando a importância do leite doado para salvar a vida desses bebês, quando não podem ser amamentados pelas próprias mães.

Numa das ações governamentais mais recentes, o Ministério da Saúde instituiu a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC), com o objetivo de promover e proteger a saúde da criança e o aleitamento materno, mediante a atenção e cuidados integrais e integrados desde a gestação, com especial atenção à primeira infância e às populações de maior vulnerabilidade, visando à redução da morbimortalidade e um ambiente facilitador à vida com condições dignas de existência e pleno desenvolvimento (BRASIL, 2015b).

A Política sintetiza para os gestores estaduais, municipais e profissionais de saúde, os grandes eixos de ações que compõem uma atenção integral à Saúde da Criança e aponta estratégias e dispositivos para a articulação das ações e da rede de serviços de saúde nos

municípios e regiões de saúde. O aleitamento materno encontra-se como um dos sete eixos que estruturam a PNAISC, tendo como ações estratégicas a IHAC, a Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil, a Mulher Trabalhadora que Amamenta, a Rede Brasileira de Bancos de Leite Humano, a implementação da NBCAL e a mobilização social em aleitamento materno (BRASIL, 2015b).

Embora todas essas estratégias, principalmente a IHAC, tenham contribuído para uma melhora significativa no apoio ao início e duração do AME, e das taxas de AM, ainda são insuficientes para atender as necessidades e a complexidade do processo de amamentar os prematuros, cada vez mais imaturos e com menor peso. No documento *Baby-Friendly Hospital Initiative: Revised, Updated and Expanded for Integrated Care*, a unidade neonatal é mencionada como uma área que deveria ser contemplada em uma expansão da versão original dos 10 Passos para o Sucesso da Amamentação. As diferentes situações enfrentadas pelos prematuros e RN doentes e suas mães, comparados com os RN a termo saudáveis e suas mães, evidencia a necessidade de políticas de AM específicas para as unidades neonatais e requerem que os profissionais de saúde tenham conhecimento e habilidade específicos na lactação e no apoio ao AM desse grupo (WHO, 2009).

Tal constatação culminou com a elaboração de uma proposta de expansão da IHAC original para este segmento populacional de risco, com um novo documento para unidades neonatais, denominado IHAC-Neo, que atualmente é alvo de pesquisas em alguns países, incluindo o Brasil (NYQVIST et al., 2012). A IHAC-Neo leva em consideração o contexto das unidades neonatais, as necessidades peculiares dos prematuros e/ou gravemente doentes e a necessidade de um cuidado diferenciado para oferecer o apoio necessário à amamentação para as mães e família de prematuros (NYQVIST; KYLBERG, 2008; NYQVIST et al., 2013).

Entende-se que as políticas públicas estão em constante renovação, buscando estratégias mais efetivas para promoção e proteção do AM. Todavia, maior atenção deve ser destinada ao aleitamento materno do prematuro, visto sua importância biológica, social e econômica.

As peculiaridades dos prematuros e o contexto da hospitalização na unidade neonatal, tornam um desafio para os gestores e tomadores de decisão elaborar políticas e ações que garantam a promoção do AM, bem como para os profissionais de saúde implementarem intervenções efetivas que garantam o sucesso do início precoce e manutenção do AME nessa população.

O conhecimento do padrão de AM do prematuro, desde a admissão na unidade neonatal, no momento da alta, e após a alta hospitalar, bem como os fatores que podem facilitar ou

dificultar o sucesso do AME, podem contribuir para a elaboração de políticas e intervenções informadas pela evidência científica específicas para essa população vulnerável.

2 MÉTODOS

2.1 Desenho do estudo

Estudo longitudinal, útil para investigar mudanças ao longo do tempo e para precisar a sequência temporal dos fenômenos, constituindo-se um critério fundamental para estabelecer a causalidade (POLIT; BECK, 2011). Assim, este tipo de estudo se adequa à presente pesquisa, uma vez que buscou-se acompanhar a situação do aleitamento materno de prematuros desde a admissão na unidade neonatal até o primeiro mês após a alta hospitalar.

2.2 Local do estudo

O estudo foi desenvolvido em dois hospitais universitários, ambos Amigos da Criança, da cidade de Recife, Pernambuco.

O primeiro trata-se do Hospital das Clínicas (denominado na pesquisa como UN1), hospital universitário vinculado à Universidade Federal de Pernambuco (UFPE), com um total de 413 leitos hospitalares, que realiza atendimento em mais de 30 especialidades. Quanto à assistência ao parto e ao neonato de risco, é hospital de referência no estado de Pernambuco, com um total de 58 leitos destinados a mães e RN.

Possui o título de Hospital Amigo da Criança há 16 anos. No ano de 2014 apresentou um total de 1715 nascimentos, sendo 51% de parto normal e 49% de parto cesáreo, com uma taxa de nascimentos pré-termo de 30%. Dispõe de 28 leitos neonatais, sendo 8 em UTIN, 5 em Unidade de Cuidados Intermediários Neonatal (UCIN) e 15 em Alojamento Conjunto.

O segundo hospital tem unidade neonatal similar em termos de tamanho, equipamentos e equipe de atendimento. Trata-se do Centro Integrado de Saúde Amaury de Medeiros - CISAM (denominado na pesquisa como UN2), hospital universitário vinculado à Universidade de Pernambuco, com um total de 90 leitos hospitalares, realizando atendimento na área materno-infantil. É hospital de referência no estado de Pernambuco na assistência ao parto e ao neonato de risco, com um total de 76 leitos destinados a mães e RN. Possui o título de Hospital Amigo da Criança há 21 anos.

No ano de 2012 (no qual passou por reformas estruturais e teve seu número de atendimentos limitados) apresentou um total de 2802 nascimentos, sendo 47% de parto normal e 53% de parto cesáreo, com uma taxa de nascimentos pré-termo de 27%. Dispõe de 54 leitos neonatais, sendo 08 em UTIN, 20 em UCIN, 8 em Unidade Canguru, e 18 em Alojamento Conjunto.

2.3 População e amostra

A população de referência para o estudo foi constituída por 202 prematuros de ambos os sexos admitidos nas duas unidades neonatais participantes.

Foram incluídos na amostra RN com menos de 37 semanas de idade gestacional, internados na unidade neonatal até as primeiras 48 horas de vida, com no mínimo 48 horas de permanência na unidade. Considerou-se unidade neonatal como a UTIN, a UCIN e Unidade Canguru.

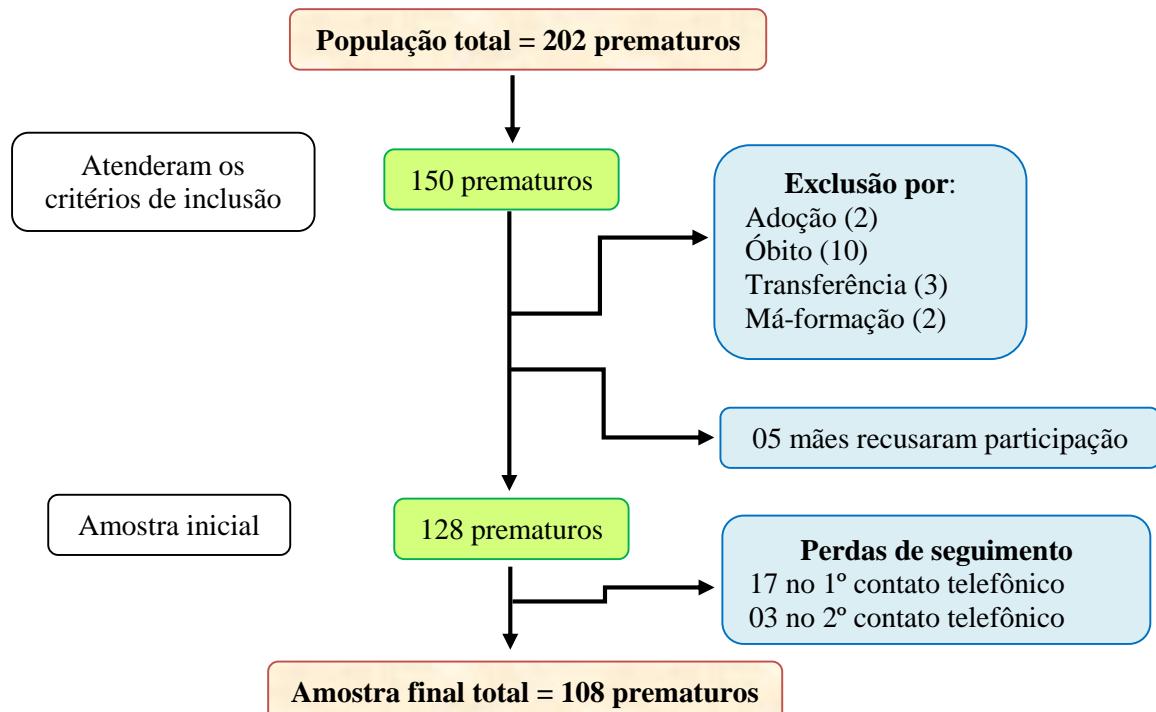
Os critérios de exclusão compreenderam transferência da mãe e/ou RN para outra instituição, óbito materno ou neonatal, situações de adoção/abandono de menor, presença de anormalidades congênitas ou cromossômicas no RN que impossibilitavam o desenvolvimento da capacidade motora oral normal e restrições para amamentar. Considerou-se como restrições ao aleitamento materno a infecção materna pelo HIV, HTLV1 ou HTLV2, uso de medicamentos incompatíveis com a amamentação, como antineoplásicos e radiofármacos, e RN portador de galactosemia (BRASIL, 2009b).

Optou-se por uma amostragem em sequência, que envolve recrutar todos os indivíduos de uma população acessível que atendam aos critérios de elegibilidade ao longo de um intervalo de tempo específico. Esse tipo de amostragem apresenta vantagens em relação a amostra por conveniência, em especial quando o período de amostragem é suficientemente longo para lidar com possíveis desvios que refletem flutuações sazonais ou de outro tipo relacionadas com o tempo, sendo a abordagem de escolha quando há “inscrição contínua” de participantes em uma população acessível (POLIT; BECK, 2011).

Assim, a amostra consistiu de todas as mães de RN elegíveis que tiveram alta hospitalar no período de abril a julho de 2014, perfazendo uma amostra inicial de 128 prematuros. No seguimento da pesquisa, houve perda de 20 mães, todas pela impossibilidade de contato telefônico, após um mínimo de 15 tentativas, cujas ligações foram identificadas como fora da

área de cobertura ou telefone desligado, ou número inexistente. Com exceção de três mães, as perdas ocorreram no primeiro contato telefônico. Assim, o estudo foi concluído com 108 prematuros (Figura 1).

Figura 1 – Fluxograma de seguimento dos prematuros na pesquisa. Recife, 2014.



FONTE: O autor (2014)

2.4 Instrumentos para coleta de dados

Para a coleta de dados foram utilizados dois instrumentos, construídos e validados pelo grupo de pesquisa do projeto multicêntrico ao qual esta pesquisa está aninhada. O teste piloto foi realizado nas cinco regiões do país e um grupo de juízes avaliou a pertinência e clareza das questões, sendo os instrumentos finalizados após os ajustes sugeridos nesse processo. O instrumento 1 (APÊNDICE A) destina-se à pesquisa em prontuários e o instrumento 2 (APÊNDICE B), para pesquisa dos dados pós-alta hospitalar, por meio de entrevistas por telefone. Especificamente para essa pesquisa (que avaliou os RN também no 30º dia, ao

contrário do estudo multicêntrico), o instrumento 2 foi acrescido de questões adaptadas de Javorski (2014), referentes ao seguimento e saúde do RN no pós-alta.

2.5 Definição de termos e variáveis do estudo

Para fins de categorização e análise da situação do aleitamento materno foram consideradas as definições propostas pela OMS (WHO, 2008; WHO, 2003):

- Aleitamento materno exclusivo (AME): quando a criança recebe somente leite materno, direto da mama ou ordenhado, ou leite humano de outra fonte, durante as últimas 24 horas;
- Aleitamento materno predominante (AMP): quando o leite materno é a fonte predominante de nutrição da criança, porém a criança também recebe água, bebidas à base de água (água açucarada e com sabores, suco de frutas, chá), solução de sais de hidratação oral ou vitaminas;
- Aleitamento materno (AM): quando a criança recebe leite materno e leite não humano durante as últimas 24 horas;
- Aleitamento artificial (AA), quando a criança é alimentada somente com substitutos do leite humano.

2.5.1 Variável dependente

Aleitamento materno exclusivo ao final do primeiro mês após a alta hospitalar.

2.5.2 Variáveis independentes

As variáveis de exposição utilizadas para análise, e suas respectivas descrições, foram classificadas como maternas, institucionais ou neonatais, e encontram-se agrupadas no quadro a seguir (Quadro 1).

Quadro 1 – Variáveis independentes e suas categorizações agrupadas em maternas, institucionais e neonatais. Recife, 2014

Variáveis	Categorizações
Maternas	
Região moradia	‣ Região metropolitana ‣ Não metropolitana
Idade (anos)*	‣ ≤ 19 ‣ 20-34 ‣ ≥ 35
Escolaridade (anos)	‣ ≤ 8 ‣ > 8
União com companheiro	‣ Sim ‣ Não
Trabalho remunerado	‣ Sim ‣ Não
Renda familiar em salários mínimos**	‣ < 1 ‣ 1-2 ‣ ≥ 3 s
Primípara	‣ Sim ‣ Não
Experiência prévia com AM	‣ Sim ‣ Não
Tipo de parto	‣ Vaginal ‣ Cesáreo
Trauma mamilar	‣ Sim ‣ Não
Tempo para início ordenha	‣ Até 48h pós-parto ‣ Após 48h
Institucionais	
Unidade Neonatal	‣ UN1 ‣ UN2
Internamento em unidade Canguru	‣ Sim ‣ Não
Visita domiciliar da ESF***	‣ Sim ‣ Não
Seguimento ambulatorial	‣ Sim ‣ Não
Local da consulta	‣ Ambulatório Egresso ‣ USF****
Neonatais	
Sexo	‣ Feminino ‣ Masculino
Gemelar	‣ Sim ‣ Não
Idade gestacional (semanas)*****	‣ ≤ 28 ‣ 28-31 ‣ 32-36
Peso ao nascer (gramas)*****	‣ < 1500 ‣ 1500-2499 ‣ ≥ 2500

Variáveis	Categorizações
Contato pele-a-pele na 1ª hora de vida	› Sim › Não
Peito na 1ª hora de vida	› Sim › Não
Tempo de internamento (dias)	Variável contínua
Idade (em dias de vida) que iniciou AM	Variável contínua
Idade corrigida que iniciou AM (semanas)	› <33 › 33-34 › ≥35
Peso ao iniciar AM (gramas)	Variável contínua
AME na alta	› Sim › Não
Tipo de AM na alta	› AME › AMP › AM › AA
AME com 15 dias	› Sim › Não
Tipo de AM na segunda semana pós-alta	› AME › AMP › AM › AA
Tipo de AM com 30 dias pós-alta	› AME › AMP › AM › AA
Adoecimento pós-alta	› Sim › Não
Reinternamento	› Sim › Não

FONTE: O autor (2014)

*Classificação utilizada pelo Ministério da Saúde em pesquisas de prevalência de AM

**Salário mínimo vigente em 2014 era de R\$ 724,00

***ESF (Equipe de Saúde da Família)

****USF (Unidade de Saúde da Família)

*****De acordo com a classificação da OMS

Além dessas variáveis, para RN que não se encontravam em AME, questionou-se o motivo da introdução de outro alimento (incluindo água e chá) na dieta do prematuro, considerado como alegação materna para o não AME. Tais causas foram categorizadas, adaptadas de Volpini e Moura (2005), em causas culturais/educacionais, sociais e biológicas.

2.6 Procedimento para coleta de dados

Após assinatura das Cartas de Anuênciā (ANEXOS A e B) pelas instituições participantes, e da apreciação e aprovação do projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), procedeu-se à coleta dos dados, no período de abril a agosto de 2014.

Todos os PT admitidos na unidade neonatal, que atendiam aos critérios de elegibilidade do estudo e que tiveram alta hospitalar entre 01 de abril a 31 de julho de 2014, foram incluídos no estudo, após consentimento da mãe (e responsável, em caso de adolescentes). Cinco mães recusaram participação, sendo duas da UN1 e três da UN2.

As visitas às unidades eram realizadas no mínimo três vezes por semana, pela pesquisadora e por uma auxiliar de pesquisa, para que as mães pudessem ser convidadas a participar do estudo, bem como para possibilitar o acesso aos prontuários tão logo ocorresse a alta hospitalar. Para facilitar o controle, foi elaborado um instrumento de seguimento dos participantes (APÊNDICE C), executado desde a admissão do prematuro até o 30º dia pós-alta hospitalar.

No momento da alta, então, eram coletados no prontuário os dados do nascimento e do internamento do prematuro, incluindo aqueles relativos ao AM, utilizando-se o instrumento 1 (APÊNDICE A). Para a uniformização do processo e melhor acurácia do estudo, a auxiliar de pesquisa foi capacitada para a aplicação do instrumento por meio de explicações dialogadas quanto ao seu manejo e de práticas de campo pilotos. Vale salientar que pesquisadora e auxiliar de pesquisa mantinham contato frequente, a fim de discutir o andamento e procedimentos na coleta, para que possíveis problemas fossem solucionados.

Após a alta hospitalar, toda a coleta de dados e seguimento dos RN foram realizados exclusivamente pela pesquisadora. Utilizando o instrumento 2 (APÊNDICE B), as mães eram entrevistadas, por telefone, na segunda semana e um mês após a alta, em horário pré-estabelecido, de acordo com a preferência da mulher. Frequentemente as mães expunham dúvidas quanto aos cuidados com o bebê, as quais eram sanadas prontamente. No entanto, quando as dúvidas eram relativas à alimentação, a pesquisadora orientava procurar a unidade de saúde mais próxima ou retornar/ligar para o serviço de origem, a fim de evitar viés na pesquisa. Orientações quanto a alimentação/ aleitamento materno só eram fornecidas se o questionamento ocorresse no último contato telefônico (um mês após a alta).

Por sua vez, o uso do telefone como estratégia para coleta de dados em pesquisas sobre aleitamento materno vem sendo empregado satisfatoriamente em estudos longitudinais, que

avaliaram a temática do AM, a exemplo de Khresheh et al. (2011), Figueiredo, Mattar e Abrão (2013) e Javorski (2014).

2.7 Processamento e análise dos dados

A partir dos instrumentos preenchidos, procedeu-se à dupla entrada dos dados, para verificação de possíveis inconsistências e erros de digitação. Caso houvesse discordância, o digitador responsável pelo instrumento fazia a correção utilizando como base o respectivo instrumento.

O processamento e análise dos dados foi realizado utilizando-se o programa *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS, versão 21.0). Para avaliação das variáveis categóricas, foram calculadas as frequências percentuais e construídas as respectivas distribuições de frequência; para as variáveis contínuas, foram calculadas as medidas de tendência central (média, desvio padrão e mediana). As prevalências dos tipos de aleitamento materno foram estimadas para cada momento determinado: alta hospitalar, quinze e trinta dias após a alta. Para a identificação das causas alegadas para o não AME, utilizou-se o teste de diferença de proporções (Teste Exato de Fisher), com intervalo de confiança de 95% (IC95%).

Quanto à influência dos fatores estudados no AME, procedeu-se à análise bivariada, sendo construídas as tabelas de contingência e aplicado o teste do Qui-quadrado de Pearson ou o teste exato de Fisher, considerando-se o nível de significância de 5%. Para identificar fatores associados ao AME trinta dias após a alta hospitalar, realizou-se análise de regressão logística múltipla, sendo adotado o procedimento *stepwise* para seleção das variáveis no modelo. A avaliação da significância dos fatores foi feita através da estatística de Wald. Foram inicialmente incluídas no modelo as variáveis que apresentaram significância estatística de até 20% ($p<0,20$) na análise bivariada. Para a permanência da variável no modelo foi considerado a significância de 5%. A força da associação entre as variáveis foi expressa em valores estimados de *Odds Ratio* (brutos e ajustados) com intervalo de confiança de 95%. Ainda, foram calculadas as razões de chances para comparar a chance para AME aos 30 dias pós-alta hospitalar para cada característica da mãe e do RN.

2.8 Aspectos éticos e legais

O estudo atende à Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2012), tendo sido aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/ Universidade de São Paulo, CAAE nº 23975813.7.1001.5393 (ANEXO C), bem como pelo CEP das Instituições coparticipantes, Centro de Ciências da Saúde da UFPE e CISAM, sob o CAAE nº 23975813.7.2005.5208 e 23975813.7.2002.5191, respectivamente.

Conforme a recomendação da mesma Resolução, foi obtida anuênciā das Unidades participantes para a realização da pesquisa. A participação na pesquisa somente ocorreu mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE D) pelas mães (ou responsáveis, no caso de adolescentes) dos prematuros participantes desse estudo. As mesmas eram informadas sobre os objetivos da pesquisa e convidadas a participar, e só então era solicitado que assinassem o Termo, assegurando-lhes o sigilo, o anonimato, o livre acesso às informações, bem como liberdade para sair da pesquisa a qualquer momento, se assim o desejassem.

3 RESULTADOS

As características maternas sociodemográficas, biológicas e relacionadas à amamentação estão descritas na tabela 1. Observa-se que a maioria das mulheres era procedente da região metropolitana de Recife (63,9%) e possuía idade entre 20 e 34 anos (63,0%), sendo que 21,3% eram adolescentes. Mais da metade das entrevistadas (58,3%) tinha mais de oito anos de estudo, não exerciam trabalho remunerado (64,8%) e viviam com uma renda familiar de um a dois SM (59,6%). No que se refere à situação marital, 64,8% viviam em união com companheiro. 51,9% eram multíparas e, dessas, 83,9% possuíam experiência prévia com AM. A maioria teve o parto prematuro por cesárea (52,8%), iniciou a ordenha mamária até 48 horas pós-parto (52,7%) e não apresentou trauma mamilar (81,5%).

Tabela 1. Características maternas segundo variáveis sociodemográficas e clínicas. Recife, 2014.

Variáveis	N	%
Características sociodemográficas		
Região de moradia		
Metropolitana	69	63,9
Não metropolitana	39	36,1
Idade (anos)		
≤ 19	23	21,3
20-34	68	63,0
≥ 35	17	15,7
Escolaridade (anos)		
≤ 8	45	41,7
> 8	63	58,3
União com companheiro		
Sim	70	64,8
Não	38	35,2
Trabalho remunerado		
Sim	38	35,2
Não	70	64,8
Renda familiar (em SM)*		
< 1	24	25,5
1-2	56	59,6
≥ 3s	14	14,9
Características clínicas		
Primípara		
Sim	52	48,1
Não	56	51,9
Experiência prévia com AM**		
Sim	47	83,9
Não	9	16,1

Variáveis	(continuação)	
	N	%
Tipo de parto		
Vaginal	51	47,2
Cesáreo	57	52,8
Trauma mamilar		
Sim	20	18,5
Não	88	81,5
Tempo para início ordenha*		
Até 48h pós-parto	49	52,7
Após 48h	44	47,3

*O total não soma o valor de N, por falta de preenchimento de dados

**N equivale ao total de multíparas (56)

Dos participantes da pesquisa, 54,6% nasceram na UN2, e apenas 27,8% foram internados em unidade Canguru. Até 15 dias após a alta hospitalar, somente 47,4% dos prematuros haviam recebido visita domiciliar pela Equipe de Saúde da Família. O seguimento ambulatorial foi realizado por 80,6% dos bebês, sendo o ambulatório de egresso (especializado) o principal local de realização da consulta (Tabela 2).

Tabela 2. Fatores institucionais relacionados aos prematuros. Recife, 2014.

Variáveis	n	%
Unidade Neonatal		
Unidade 1	49	45,4
Unidade 2	59	54,6
Internamento em unidade Canguru		
Sim	30	27,8
Não	78	72,2
Visita domiciliar da ESF		
Sim	45	47,4
Não	50	52,6
Seguimento ambulatorial		
Sim	87	80,6
Não	21	19,4
Local da consulta		
Ambulatório egresso	48	55,2
USF	39	44,8

Na tabela 3 encontram-se as características dos RN quanto ao nascimento, internamento e situação de saúde pós-alta hospitalar. Do total da amostra, 58,3% eram do sexo feminino, 13% gemelares, e 84,3% eram prematuros moderados a tardios, com uma idade gestacional média de 33,7 semanas (DP=2,2). A maioria apresentava peso de nascimento entre 1500 gramas e 2499 gramas (65,1%), com uma média de peso de 1964 gramas (DP=533).

Tabela 3. Características dos prematuros segundo variáveis do nascimento, internamento e situação de saúde pós-alta. Recife, 2014.

Variáveis	N	%		
Características do nascimento				
Sexo				
Feminino	63	58,3		
Masculino	45	41,7		
Gemelar				
Sim	14	13,0		
Não	94	87,0		
Idade gestacional (semanas)				
≤ 28	4	3,7		
28-31	13	12,0		
32-36	91	84,3		
Mín - Máx	27,0 - 36,9			
Média±Desvio padrão	33,7±2,2			
Peso ao nascer (gramas)*				
<1500	21	19,8		
1500-2499	69	65,1		
≥2500	16	15,1		
Mín - Máx	620 - 3515			
Média±Desvio padrão	1964±533			
Características do internamento				
Contato pele-a-pele na 1ª hora de vida				
Sim	49	45,4		
Não	59	54,6		
Peito na 1ª hora de vida				
Sim	13	26,5		
Não	36	73,5		
Idade que iniciou AM (dias de vida)				
Mín - Máx	0,0 - 66,0			
Média±Desvio padrão	10,5±13,2			
Idade corrigida que iniciou AM (semanas)				
< 33	12	11,1		
33-34	32	29,6		
≥ 35	64	59,3		
Mín - Máx	31,6 - 39,4			
Média±Desvio padrão	35,2±1,5			
Peso ao iniciar AM (gramas)				
Mín - Máx	1265 - 3200			
Média±Desvio padrão	1921±419			
Tempo de internamento (dias)				
Mín – Máx	3 – 94			
Média±Desvio padrão	21±19			
Característica de saúde pós-alta				
Adoecimento no pós-alta				
Sim	29	6,9		
Não	79	73,1		
Reinternamento				
Sim	11	37,9		
Não	18	62,1		

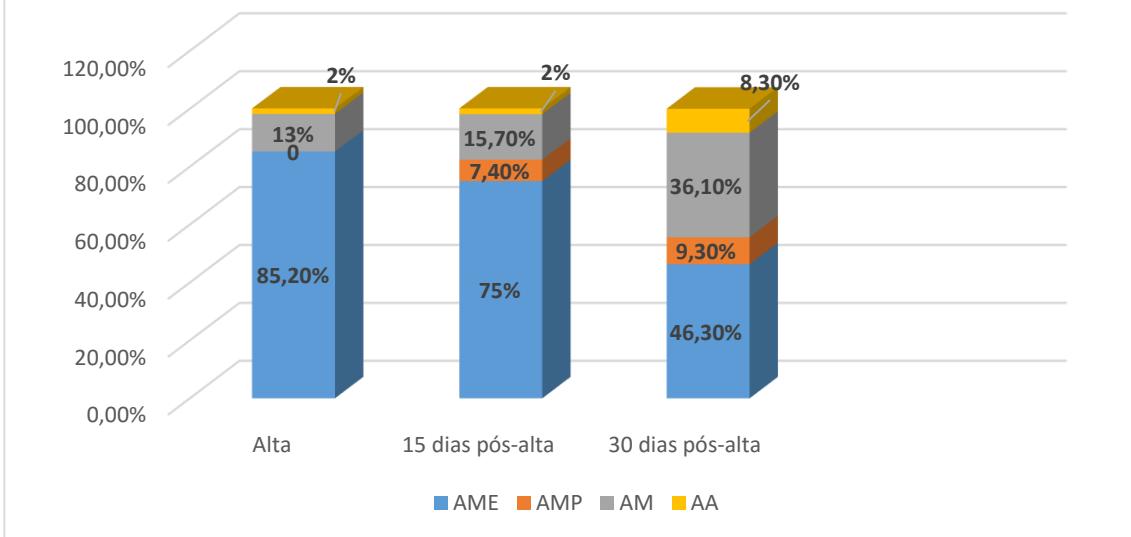
*O total não soma o valor de N, por falta de preenchimento de dados

**N equivale ao total de adoecimentos no pós-alta (29)

Mais da metade dos RN não foi colocada em contato pele a pele ou no peito materno na primeira hora de vida (54,6% e 73,5%, respectivamente). Quanto ao início da amamentação, diretamente no peito, a idade pós-natal média foi de 10,5 dias (DP=13,2), enquanto a média da idade gestacional corrigida foi de 35,2 semanas (DP=1,5). O peso médio, por sua vez, foi de 1921 gramas ((DP=419). A duração média do internamento desses prematuros foi de 21 dias. No primeiro mês após a alta hospitalar, 26,9% adoeceram e, desses, 37,9% necessitaram ser reinternados.

As prevalências dos tipos de aleitamento materno estão apresentadas no gráfico 1. O tipo de aleitamento que predomina no momento da alta, após 15 dias e 30 dias da alta hospitalar é o aleitamento materno exclusivo, porém esta prevalência sofre redução de 45,7%, estatisticamente significante entre estes períodos: 85,2% na alta hospitalar, 75% após 15 dias e 46,3% após 30 dias (p -valor < 0,001), indicando que ocorre alteração relevante na prevalência de AM entre os tempos avaliados.

Gráfico 1. Tipo de aleitamento materno segundo o período avaliado.
Recife, 2014.



FONTE: O autor (2014)

* p -valor <0,001 (teste Qui-quadrado)

As alegações maternas para a introdução de outros alimentos, que não o leite materno, aos 15 e aos 30 dias pós-alta hospitalar encontram-se descritos na tabela 4. Verifica-se que aos 15 dias os motivos mais frequentemente alegados foram: leite insuficiente/secou (34,6%), seguido da crença no benefício do chá e bebê não dorme/chora muito, igualmente distribuídos

(19,2%). Aos 30 dias, os motivos mais citados pelas mães para a interrupção do AME foram: leite insuficiente/secou (50,9%), bebê não dorme/chora muito (24,6%) e necessidade de água (7,0%). Ainda, verifica-se que o teste de homogeneidade não foi significativo na comparação das alegações nos dois momentos avaliados ($p = 0,214$), indicando que os motivos para a não realização do AME nos dois momentos foram semelhantes.

Tabela 4. Causas alegadas pelas mães para interrupção do AME aos 15 dias e aos 30 dias pós-alta hospitalar. Recife, 2014.

Motivos avaliados	15 dias		30 dias		p-valor
	n	%	n	%	
Causas culturais / educacionais					
Crença no benefício do chá	5	19,2	2	3,5	
Necessidade de água	3	11,5	4	7,0	
Leite insuficiente/secou	9	34,6	29	50,9	
Bebê não dorme/chora muito	5	19,2	14	24,6	
Causas sociais					
Orientação profissional de saúde	1	3,8	2	3,5	0,214 ¹
Conveniência materna	0	0,0	2	3,5	
Influência de terceiros	0	0,0	1	1,8	
Causas biológicas					
Bebê não suga/sonolento	3	11,5	3	5,3	

¹p-valor do teste Exato de Fisher.

Na análise bivariada, verificou-se a distribuição do AME segundo as características maternas, nos três momentos avaliados (tabela 5): na alta hospitalar, aos 15 e 30 dias pós-alta. No momento da alta hospitalar foi observada maior prevalência de AME no grupo de mães residentes na região metropolitana (85,5%), adolescentes (91,3%), com mais de 8 anos de escolaridade (85,7%), que não possuía união com companheiro (86,8%), que tinha trabalho remunerado (89,5%), com renda familiar menor que 1 SM (87,5%), primípara (88,5%), que possuía experiência prévia com AM (87,2%), teve o filho por parto cesáreo (89,5%), não apresentou trauma mamilar (88,6%) e iniciou a ordenha até 48 horas pós-parto (85,7%).

Aos 15 dias pós-alta foi verificada maior prevalência de AME no grupo de mães residentes na região metropolitana (75,4%), com mais de 35 anos (88,2%), com até 8 anos de estudo (75,6%), que não possuía união com companheiro (81,6%), que tinha trabalho remunerado (76,3%), com renda familiar menor que 1 SM ou de 1 a 2 SM (ambos com 75,0%), não primíparas (76,8%), que possuía experiência prévia com AM (78,7%), com parto vaginal (78,4%), não apresentou trauma mamilar (76,1%) e que iniciou a ordenha até 48 hora pós-parto (81,6%).

Já aos 30 dias pós-alta, verificou-se maior prevalência de AME no grupo de mães não residentes na região metropolitana (48,7%), com idade de 20 a 34 anos (52,9%), com até 8 anos de escolaridade (51,1%), que não possui união com companheiro (52,6%), que não tem trabalho remunerado (47,1%), com renda familiar de 1 a 2 SM ou com 3 ou mais SM (ambos com 50,0%), não primípara (48,2%), com experiência prévia em AM (51,1%), que teve parto cesáreo (54,4%), não apresentou trauma mamilar (47,7%) e iniciou a ordenha após 48 horas pós-parto (52,3%).

Mesmo sendo encontrada maior prevalência nos grupos descritos, apenas o fator **experiência prévia com AM** mostrou-se significativo na prática do AME na alta hospitalar (p -valor = 0,044), indicando que as demais características maternas não foram determinantes nessa população para aumentar o AME, nos três momentos avaliados.

Tabela 5. Distribuição do AME segundo as características maternas, no momento da alta hospitalar, aos 15 dias e 30 dias pós-alta. Recife, 2014.

Variáveis	AME					
	Alta		15 dias		30 dias	
	Sim	Não	Sim	Não	Sim	Não
Região de moradia						
Metropolitana	59(85,5%)	10(14,5%)	52(75,4%)	17(24,6%)	31(44,9%)	38(55,1%)
Não metropolitana	33(84,6%)	6(15,4%)	29(74,4%)	10(25,6%)	19(48,7%)	20(51,3%)
<i>p</i> -valor	0,900 ¹		0,908 ¹		0,704 ¹	
Idade						
Até 19 anos	21(91,3%)	2(8,7%)	19(82,6%)	4(17,4%)	7(30,4%)	16(69,6%)
De 20 a 34 anos	57(83,8%)	11(16,2%)	47(69,1%)	21(30,9%)	36(52,9%)	32(47,1%)
35 anos ou mais	14(82,4%)	3(17,6%)	15(88,2%)	2(11,8%)	7(41,2%)	10(58,8%)
<i>p</i> -valor	0,732 ²		0,169 ¹		0,156 ¹	
Escolaridade						
Até 8 anos	38(84,4%)	7(15,6%)	34(75,6%)	11(24,4%)	23(51,1%)	22(48,9%)
Mais de 8 anos	54(85,7%)	9(14,3%)	47(74,6%)	16(25,4%)	27(42,9%)	36(57,1%)
<i>p</i> -valor	0,855 ¹		0,910 ¹		0,396 ¹	
União com companheiro						
Sim	59(84,3%)	11(15,7%)	50(71,4%)	20(28,6%)	30(42,9%)	40(57,1%)
Não	33(86,8%)	5(13,2%)	31(81,6%)	7(18,4%)	20(52,6%)	18(47,4%)
<i>p</i> -valor	0,721 ¹		0,245 ¹		0,331 ¹	
Trabalho remunerado						
Sim	34(89,5%)	4(10,5%)	29(76,3%)	9(23,7%)	17(44,7%)	21(55,3%)
Não	58(82,9%)	12(17,1%)	52(74,3%)	18(25,7%)	33(47,1%)	37(52,9%)
<i>p</i> -valor	0,355 ¹		0,816 ¹		0,811 ¹	
Renda familiar (em SM)						
Menor que 1	21(87,5%)	3(12,5%)	18(75,0%)	6(25,0%)	9(37,5%)	15(62,5%)
De 1 a 2	47(83,9%)	9(16,1%)	42(75,0%)	14(25,0%)	28(50,0%)	28(50,0%)
3 ou mais	12(85,7%)	2(14,3%)	9(64,3%)	5(35,7%)	7(50,0%)	7(50,0%)
<i>p</i> -valor	1,000 ²		0,704 ¹		0,571 ¹	
Primípara						
Sim	46(88,5%)	6(11,5%)	38(73,1%)	14(26,9%)	23(44,2%)	29(55,8%)
Não	46(82,1%)	10(17,9%)	43(76,8%)	13(23,2%)	27(48,2%)	29(51,8%)
<i>p</i> -valor	0,423		0,657		0,678	
Experiência prévia com AM						
Sim	41(87,2%)	6(12,8%)	37(78,7%)	10(21,3%)	24(51,1%)	23(48,9%)
Não	5(55,6%)	4(44,4%)	6(66,7%)	3(33,3%)	3(33,3%)	6(66,7%)
<i>p</i> -valor	0,044 ²		0,419 ²		0,472 ²	
Tipo de parto						
Vaginal	41(80,4%)	10(19,6%)	40(78,4%)	11(21,6%)	19(37,3%)	32(62,7%)
Cesáreo	51(89,5%)	6(10,5%)	41(71,9%)	16(28,1%)	31(54,4%)	26(45,6%)
<i>p</i> -valor	0,185 ¹		0,436 ¹		0,075 ¹	
Trauma mamilar						
Sim	14(70,0%)	6(30,0%)	14(70,0%)	6(30,0%)	8(40,0%)	12(60,0%)
Não	78(88,6%)	10(11,4%)	67(76,1%)	21(23,9%)	42(47,7%)	46(52,3%)
<i>p</i> -valor	0,073 ²		0,567 ¹		0,532 ¹	
Tempo para início ordenha						
Até 48h pós-parto	42(85,7%)	7(14,3%)	40(81,6%)	9(18,4%)	23(46,9%)	26(53,1%)
Após 48h	36(81,8%)	8(18,2%)	33(75,0%)	11(25,0%)	23(52,3%)	21(47,7%)
<i>p</i> -valor	0,610 ¹		0,437 ¹		0,607 ¹	

¹p-valor do teste Qui-quadrado para independência. ²p-valor do teste Exato de Fisher.

Na tabela 6 tem-se a distribuição do AME segundo os fatores institucionais, nos três momentos avaliados. A maior prevalência do AME no momento da alta hospitalar foi no grupo de mães que tiveram o filho na UN1 (89,8%), foram internadas em unidade canguru (90%), que não receberam visita domiciliar da ESF (88%) e realizaram o seguimento ambulatorial (87,4%) no ambulatório de egresso (87,5%).

No momento 15 dias pós-alta foi verificada maior prevalência de AME no grupo de mães internadas na UN2 (81,4%), que foram internadas em unidade canguru (90,0%), que não recebeu visita da ESF (76,0%), realizou seguimento ambulatorial (79,3%) no ambulatório de egresso (85,4%). Já aos 30 dias pós-alta, a maior prevalência de AME esteve no grupo de mães da UN1 (53,1%), que foram internadas em unidade canguru (53,3%), que receberam visita domiciliar da ESF (44,4%) e que realizou o seguimento ambulatorial (50,6%) na USF (53,8%).

O teste de independência, por sua vez, evidenciou que apenas os fatores **internamento em unidade canguru e seguimento ambulatorial**, aos 15 dias pós-alta hospitalar, foram determinantes para o aumento do AME ($p = 0,026$ e $0,035$, respectivamente).

Tabela 6. Distribuição do AME segundo os fatores institucionais, no momento da alta hospitalar, aos 15 dias e aos 30 dias pós-alta. Recife, 2014.

Variáveis	AME					
	Alta		15 dias		30 dias	
	Sim	Não	Sim	Não	Sim	Não
Unidade Neonatal						
Unidade 1	44(89,8%)	5(10,2%)	33(67,3%)	16(32,7%)	26(53,1%)	23(46,9%)
Unidade 2	48(81,4%)	11(18,6%)	48(81,4%)	11(18,6%)	24(40,7%)	35(59,3%)
<i>p</i> -valor	0,219 ¹		0,094 ¹		0,199 ¹	
Internamento em unidade Canguru						
Sim	27(90,0%)	3(10,0%)	27(90,0%)	3(10,0%)	16(53,3%)	14(46,7%)
Não	65(83,3%)	13(16,7%)	54(69,2%)	24(30,8%)	34(43,6%)	44(56,4%)
<i>p</i> -valor	0,548 ²		0,026 ¹		0,363 ¹	
Visita domiciliar da ESF³						
Sim	-	-	33(73,3%)	12(26,7%)	20(44,4%)	25(55,6%)
Não	-	-	38(76,0%)	12(24,0%)	21(42,0%)	29(58,0%)
<i>p</i> -valor	-		0,765 ¹		0,810 ¹	
Seguimento ambulatorial³						
Sim	-	-	69(79,3%)	18(20,7%)	44(50,6%)	43(49,4%)
Não	-	-	12(57,1%)	9(42,9%)	6(28,6%)	15(71,4%)
<i>p</i> -valor	-		0,035 ¹		0,070 ¹	
Local da consulta³						
Ambulatório Egresso	-	-	41(85,4%)	7(14,6%)	23(47,9%)	25(52,1%)
USF	-	-	28(71,8%)	11(28,2%)	21(53,8%)	18(46,2%)
<i>p</i> -valor	-		0,119 ¹		0,582 ¹	

¹p-valor do teste Qui-quadrado para independência. ²p-valor do teste Exato de Fisher; ³Não há avaliação da variável no momento da alta hospitalar.

Quanto à distribuição do AME segundo as características do RN (tabela 7), verifica-se que a prevalência de AME no momento da alta hospitalar foi maior naqueles prematuros do sexo masculino (91,1%), não gemelares (88,3%), com idade gestacional de 28 a 31 semanas (92,3%) e com peso de nascimento de 2500 gramas ou mais (87,5%). Ainda, 89,8% receberam o contato pele a pele e foram colocados no peito (92,3%) na 1^a hora de vida. Todos os prematuros que iniciaram a amamentação com menos de 33 semanas de IG corrigida se encontravam em AME na alta, embora esse dado não tenha apresentado significância estatística. Apenas as variáveis **gemelaridade** e **idade gestacional** tiveram associação estatisticamente significante com o AME na alta hospitalar ($p = 0,033$ e $0,015$, respectivamente).

Por sua vez, foi verificada maior prevalência de AME aos 15 dias pós-alta no grupo de prematuros do sexo masculino (77,8%), não gemelar (79,8%), com idade gestacional de 28 a 31 semanas (84,6%), com baixo peso ao nascer (79,7%) e que iniciou a amamentação com menos de 33 semanas de idade gestacional corrigida (83,3%). O teste de independência foi significativo nos fatores: **gemelaridade** ($p = 0,006$) e **peso ao nascer** ($p = 0,048$), indicando que a prevalência do AME aos 15 dias pós-alta é maior quando o prematuro não é gemelar e tem peso baixo ao nascer.

Já aos 30 dias pós-alta, foi verificada maior prevalência do AME no grupo de RN do sexo masculino (46,7%), não gemelar (51,1%), extremamente prematuros (50,0%) e com baixo peso ao nascer (55,1%), iniciou a amamentação com menos de 33 semanas de idade gestacional corrigida (50%), não adoeceram após a alta (49,4%) e precisou ser reinternado (45,5%). Assim como no 15º dia, os fatores **gemelaridade** ($p = 0,010$) e **peso ao nascer** ($p = 0,039$) foram os únicos que se mostraram estatisticamente significativos, indicando que a prevalência do AME aos 30 dias pós-alta, assim como aos 15 dias, sofre um aumento relevante se o RN é não gemelar e nasce com baixo peso.

Tabela 7. Distribuição do AME segundo as características do RN, no momento da alta hospitalar, aos 15 dias e 30 dia pós-alta. Recife, 2014.

Variáveis	AME					
	Alta		15 dias		30 dias	
	Sim	Não	Sim	Não	Sim	Não
Sexo						
Feminino	51(81,0%)	12(19,0%)	46(73,0%)	17(27,0%)	29(46,0%)	34(54,0%)
Masculino	41(91,1%)	4(8,9%)	35(77,8%)	10(22,2%)	21(46,7%)	24(53,3%)
<i>p</i> -valor	0,143 ¹		0,573 ¹		0,948 ¹	
Gemelar						
Sim	9(64,3%)	5(35,7%)	6(42,9%)	8(57,1%)	2(14,3%)	12(85,7%)
Não	83(88,3%)	11(11,7%)	75(79,8%)	19(20,2%)	48(51,1%)	46(48,9%)
<i>p</i> -valor	0,033 ²		0,006 ²		0,010 ¹	
Idade gestacional						
Menor de 28 semanas	1(25,0%)	3(75,0%)	2(50,0%)	2(50,0%)	2(50,0%)	2(50,0%)
De 28 a 31 semanas	12(92,3%)	1(7,7%)	11(84,6%)	2(15,4%)	5(38,5%)	8(61,5%)
De 32 a 36 semanas	79(86,8%)	12(13,2%)	68(74,7%)	23(25,3%)	43(47,3%)	48(52,7%)
<i>p</i> -valor	0,015 ²		0,376 ²		0,912 ²	
Peso ao nascer						
Menos de 1500g	17(81,0%)	4(19,0%)	16(76,2%)	5(23,8%)	7(33,3%)	14(66,7%)
1500g a 2499g	59(85,5%)	10(14,5%)	55(79,7%)	14(20,3%)	38(55,1%)	31(44,9%)
2500g ou mais	14(87,5%)	2(12,5%)	8(50,0%)	8(50,0%)	4(25,0%)	12(75,0%)
<i>p</i> -valor	0,852 ²		0,048 ¹		0,039 ¹	
Contato pele-a-pele na 1^a hora de vida						
Sim	44(89,8%)	5(10,2%)	39(79,6%)	10(20,4%)	23(46,9%)	26(53,1%)
Não	48(81,4%)	11(18,6%)	42(71,2%)	17(28,8%)	27(45,8%)	32(54,2%)
<i>p</i> -valor	0,219 ¹		0,315 ¹		0,903 ¹	
Peito na 1^a hora de vida						
Sim	12(92,3%)	1(7,7%)	11(84,6%)	2(15,4%)	7(53,8%)	6(46,2%)
Não	32(88,9%)	4(11,1%)	28(77,8%)	8(22,2%)	16(44,4%)	20(55,6%)
<i>p</i> -valor	1,000 ²		0,709 ²		0,560 ¹	
Idade corrigida que iniciou AM						
Menos de 33 semanas	12(100,0%)	0(0,0%)	10(83,3%)	2(16,7%)	6(50,0%)	6(50,0%)
33 a 34,99 semanas	25(78,1%)	7(21,9%)	24(75,0%)	8(25,0%)	13(40,6%)	19(59,4%)
35 semanas ou mais	55(85,9%)	9(14,1%)	47(73,4%)	17(26,6%)	31(48,4%)	33(51,6%)
<i>p</i> -valor	0,224 ²		0,768 ¹		0,741 ¹	
Adoecimento³						
Sim	-	-	20(69,0%)	9(31,0%)	11(37,9%)	18(62,1%)
Não	-	-	61(77,2%)	18(22,8%)	39(49,4%)	40(50,6%)
<i>p</i> -valor	-		0,380 ¹		0,291 ¹	
Reinternamento³						
Sim	-	-	8(72,7%)	3(27,3%)	5(45,5%)	6(54,5%)
Não	-	-	12(66,7%)	6(33,3%)	6(33,3%)	12(66,7%)
<i>p</i> -valor	-		1,000 ²		0,696 ²	

¹p-valor do teste Qui-quadrado para independência. ²p-valor do teste Exato de Fisher. ³Não há avaliação da variável no momento da alta hospitalar.

Na tabela 8 tem-se o ajuste do modelo logístico para o AME aos 30 dias pós-alta hospitalar. Inicialmente foram incluídas as variáveis significativas na análise bivariada ($p<0,20$): Idade da mãe, tipo de parto, unidade neonatal, seguimento ambulatorial,

gemelaridade e peso ao nascer. No modelo final permaneceram as variáveis: **tipo de parto, gemelaridade e peso ao nascer.**

Verifica-se que os RN nascidos de parto cesáreo tiveram 2,8 vezes mais chances de estar em AME aos 30 dias pós-alta quando comparados aos RN que nasceram pela via vaginal. Quanto à gemelaridade, os prematuros não gemelares possuíram 8,3 vezes mais chances de receber AME aos 30 dias após a alta hospitalar do que os que possuíam irmão gêmeo. Os prematuros que nasceram com peso entre 1500g e 2499g apresentaram 4,1 vezes mais chances de não introduzir outros alimentos ou líquidos até o 30º dia pós-alta do que os que nasceram com peso igual ou maior do que 2500g.

Tabela 8. Análise de regressão logística dos fatores associados ao AME de prematuros aos 30 dias pós-alta hospitalar. Recife, 2014.

Variáveis	Ajuste do modelo		
	OR ¹	IC ² (95%)	p-valor ³
Tipo de parto			
Vaginal	1,000	-	-
Cesáreo	2,794	1,179 - 6,621	0,020
Gemelar			
Sim	1,000	-	-
Não	8,350	1,643 - 42,433	0,011
Peso ao nascer			
Menos de 1500g	1,175	0,256 - 5,396	0,836
1500g a 2499g	4,102	1,099 - 15,317	0,036
2500g ou mais	1,000	-	-

¹OR= Odds Ratio; ²IC=intervalo de confiança; ³p-valor do teste de Wald

4 DISCUSSÃO

As prevalências de AME encontradas neste estudo apresentam valores expressivos quando comparadas às taxas verificadas em outras regiões do país e do mundo. A prevalência do AME de prematuros no momento da alta hospitalar foi de 85%, taxa superior em comparação com 72%, verificada em estudo de base populacional realizado em oito cidades de diferentes países, incluindo o Brasil (ISMAIL et al., 2016). Também se mostrou alta em comparação com 68% na Dinamarca, país desenvolvido, onde as mulheres têm, no mínimo, 10 meses de licença maternidade remunerada (MAASTRUP et al., 2014).

Tais resultados mostram que é possível estabelecer o AME na maioria dos RN pré-termo que permaneceram hospitalizados, apesar de suas peculiaridades e diferentes situações, que desafiam o início e a manutenção da amamentação. O papel do profissional de saúde da unidade neonatal, nesse contexto, é fundamental para apoiar a prática do AM.

Terem nascido em Hospitais Amigos da Criança possivelmente pode ter contribuído para esse resultado, já que um dos objetivos da IHAC é a melhoria dos índices de AM, em especial o exclusivo, através da implementação dos 10 Passos, mesmo essa estratégia tendo como foco RN a termo.

Contudo, ao observar a evolução da prevalência do AME desses prematuros no período após a alta hospitalar, percebe-se que houve uma queda acentuada no primeiro mês pós-alta, reduzindo para 75% aos 15 dias e para 46,3% aos 30 dias. Dados semelhantes foram obtidos por Sassá et al (2014), em pesquisa no sul do país, que identificaram uma prevalência de AME em prematuros aos 15 e 45 dias após a alta de 71,5% e 45,2%, respectivamente. Azevedo e Cunha (2013), por sua vez, em estudo realizado em Hospital Amigo da Criança, também no sul do Brasil, verificaram menores taxas de AME, de 36,2% no 14º dia após a alta e de 25% no 28º dia.

Os primeiros trinta dias após a alta hospitalar são considerados críticos para a adaptação da mãe-prematuro-família, tornando-se essencial não apenas uma equipe de saúde neonatal comprometida e qualificada no âmbito hospitalar, mas que também coexista no nível de atenção básica profissionais capacitados a atenderem os prematuros e sua família em suas necessidades, incluindo a promoção do AM, possibilitando a continuidade da assistência, inclusive por meio das ações da IUBAAM.

Em ambos os hospitais participantes do estudo, existe Banco de Leite Humano, é permitido o livre acesso aos pais na UTIN, onde são realizadas orientações quanto à importância

do leite materno, especialmente para o prematuro, incentivo para manter a lactação com ordenhas frequentes, oferta do leite materno cru ou pasteurizado e preparo do prematuro e sua família para a alta hospitalar. Ainda que essas práticas sejam recomendadas na literatura (FREITAS et al., 2016), parecem não ser suficientes para manutenção das boas taxas de AME após a alta hospitalar. A queda significativa do AME observada nesse estudo, logo nas primeiras semanas pós-alta, revela as dificuldades do binômio mãe-filho durante sua adaptação à rotina no domicílio.

As mães atribuíram a interrupção do AME principalmente a causas de ordem cultural/educacional, como o fato do leite ser insuficiente ou ter secado, do bebê não dormir ou chorar muito, ou da crença do benefício do chá e da necessidade da oferta de água. Essas alegações são semelhantes, no 15º ou no 30º dia pós-alta.

Esses achados são consistentes com outros resultados relatados na literatura. Volpini e Moura (2005), em pesquisa com crianças menores de dois anos, identificaram como principais causas alegadas para o desmame a redução do volume de leite e a rejeição do bebê ao peito. A quantidade insuficiente de leite também foi evidenciada como a principal causa alegada para a interrupção do AM nos estudos de Gubert et al (2012), no sul do Brasil, e no de Sharp et al. (2015), que comparou duas coortes contemporâneas na Austrália Ocidental.

Liu et al. (2013), por sua vez, evidenciaram que mães chinesas que consideravam que o leite materno não poderia atender as necessidades do filho prematuro na primeira semana após o nascimento, tiveram menor duração do AM. Ainda, segundo pesquisa de Silva e Segre (2010) no sudeste do Brasil, mães que tinham impressão de pouco leite introduziram mamadeira mais precocemente ($p=0,02$).

Vale destacar que a percepção materna de pouco leite é também uma das razões mais comuns alegadas pelas mães de bebês nascidos a termo (ROCCI; FERNANDES, 2014). Na presente pesquisa, as justificativas por causa biológica, quando o bebê não sugava ou era sonolento, peculiaridade do prematuro reconhecida como dificultadora do AM, foi referida apenas por pequena parcela das mães (11,5% e 5,3% aos 15 e 30 dias, respectivamente), fato que pode ser justificado pelo treinamento e estímulos oferecidos durante o período de hospitalização para que o RN já apresentasse sucção efetiva no momento da alta.

A influência do fator cultural/educacional, portanto, deve ser sempre levado em consideração nas práticas de orientação e promoção do AM, no sentido de empoderar a mulher na sua capacidade de aleitar o filho, mesmo prematuro. O relato de pouco leite é um problema complexo, que cruza linhas culturais, geográficas e socioeconômicas. É sabido que a percepção da produção insuficiente de leite ocorre muito mais frequentemente do que o problema real.

Leite insuficiente, real ou percebido, é descrito por Thulier e Mercer (2009) como uma mãe sentindo que sua produção de leite é insuficiente tanto para satisfazer a fome do seu filho, quanto para proporcionar um ganho ponderal adequado. No entanto, segundo os autores, apenas 1 a 5% das mulheres tem problemas genuínos com a sua produção láctea, sendo as causas secundárias, relacionadas a problemas no manejo do AM, muito mais comuns.

O desmame parcial ou total também foi justificado pelas mães por causas de ordem social, sobretudo por orientação de profissional de saúde, resultado este que está de acordo com Thulier e Mercer (2009), que em revisão da literatura evidenciaram que a falta de apoio profissional qualificado está associada com a diminuição da duração do AM. O suporte profissional deve ser adequado para conseguir influir positivamente a mulher nos seus esforços de amamentar um bebê prematuro.

Nenhuma variável sociodemográfica mostrou-se associada ao AME. A escolaridade e idade materna são geralmente associadas na literatura com a duração do AM (VICTORA et al., 2016; ROCCI; FERNANDES, 2014), mas nesse estudo isso não foi demonstrado, o que pode ser devido à capacidade da equipe das UTIN de apoiar as mães menos escolarizadas e de menor idade durante a hospitalização, e talvez o tempo prolongado do internamento oportunize maior aprendizado.

Embora sem significância estatística, todos os prematuros que iniciaram a amamentação (direto no peito) com menos de 33 semanas de idade gestacional corrigida estavam em AME no momento da alta hospitalar. Considerando que a idade média para o início da amamentação foi 35,2 semanas de idade corrigida, observa-se um atraso na ida do RN ao peito materno, visto que evidências apontam competência do prematuro tão cedo quanto 32 semanas (LUCAS; SMITH; GEPHART, 2015). A idade tardia constatada nesse estudo pode estar relacionada à inexistência de um consenso sobre a transição alimentar do prematuro, contribuindo para diferentes posturas profissionais dentro de uma mesma instituição.

Segundo a IHAC-Neo, a amamentação deve ser iniciada o mais precocemente possível, com a estabilidade clínica do prematuro como único critério. O apoio precoce, sistemático e contínuo para as mães iniciarem a expressão láctea e amamentarem, tão logo seja possível, são essenciais para superar as dificuldades fisiológicas e emocionais relacionadas a amamentar no contexto da unidade neonatal.

Do mesmo modo, a variável ‘tempo para início da ordenha’ não foi estatisticamente significativa, mas demonstrou que quase metade das mulheres só iniciaram a ordenha após 48 horas do parto, tempo considerado extenso e dificultador do AME. As evidências apontam que a ordenha mamária deve ser iniciada o mais precocemente possível, preferencialmente nas

primeiras seis horas após o parto, aumentando a probabilidade de um bom suprimento lácteo e colaborando para o estabelecimento do AME do prematuro (PARKER et al., 2012; SANTOS; DITZ; COSTA, 2012).

Com relação à associação entre as características pesquisadas e o AME no momento da alta hospitalar, apresentaram significância estatística na análise bivariada as seguintes variáveis: experiência prévia com aleitamento materno, não ser gemelar e idade gestacional entre 28 e 31 semanas.

Quanto à experiência prévia com AM, independente do seu sucesso, observou-se que a prevalência do AME na alta foi maior se a mulher já havia amamentado anteriormente. Outros estudos também constataram a influência da experiência materna, a exemplo de Maastrup et al. (2014), que em estudo prospectivo evidenciaram que mães dinamarquesas que não tinham amamentado anteriormente tinham maior chance de falha no AME no momento da alta.

Há que se considerar, entretanto, que os profissionais não devem ignorar essa mulher “experiente”, visto que a experiência prévia de amamentar um filho a termo e saudável pode ser bem diferente da realidade vivenciada ao tentar aleitar um filho prematuro. O apoio insuficiente pode minar a confiança e a autoeficácia materna, afetando negativamente a amamentação.

Ser muito prematuro (idade gestacional entre 28 e 31 semanas) também teve associação com o AME na alta, achado esse controverso na literatura. Maastrup et al. (2014) verificaram que os RN extremamente prematuros e os muito prematuros permaneceram com a probabilidade mais elevada de insucesso do AME no momento da alta, mesmo quando corrigidos para potenciais fatores de confusão. Já na coorte retrospectiva realizada no sudeste brasileiro, verificou-se que o risco de interrupção do AM entre prematuros de idade gestacional menor que 32 semanas foi de 2,6 vezes maior em relação aos que nasceram com 32 semanas ou mais (FREITAS et al., 2016).

Ambas as pesquisas justificam que possivelmente os achados devem-se à associação inversa da idade gestacional e o risco de morbidades, bem como a outros fatores, como estímulo insuficiente da mama e causas subjacentes ao parto prematuro (hipertensão, diabetes e obesidade materna), todos influenciando negativamente na produção de leite. Contudo, admitem que a motivação materna e o apoio recebido são capazes de aumentar a duração do AM. Nesse mesmo estudo, inclusive, Maastrup et al. (2014) revelam que se a mãe tinha êxito no estabelecimento do AME no momento da alta, o impacto significativo da idade gestacional desaparecia em relação à duração do AME.

Em coorte prospectiva, Wilson et al. (2015) demonstraram que uma maior oferta de LM da própria mãe na primeira semana de vida do prematuro menor de 32 semanas está associada a uma taxa de AME de 55% com 36 semanas de idade gestacional corrigida, confirmando que é possível estabelecer o AME em prematuros menores de 32 semanas, como também demonstrado no presente estudo.

Corroborando com os achados aqui explanados, Silva e Segre (2010) encontraram uma correlação negativa entre a idade gestacional e o desmame parcial: quanto menor a idade gestacional, mais tardia a introdução da mamadeira com leite artificial. Resultados semelhantes foram encontrados em estudo de coorte que identificou uma associação estatística entre idade gestacional e a prática do AM, evidenciando que quanto menor a idade gestacional, maior a ocorrência de AM (SASSÁ et al., 2014). Outra coorte realizada em Israel constatou que o AM pode ser iniciado e mantido durante toda a internação na maioria (80%) dos prematuros extremos (MORAG et al., 2016).

A admissão na UTIN representa um desafio único para as famílias, contudo, pode-se inferir que o maior tempo de internação frequentemente observado nos RN muito prematuros pode influir positivamente no estabelecimento do AME e melhorar a preparação da família para a amamentação após a alta.

Quanto à prevalência do AME aos 15 dias pós-alta hospitalar, a análise bivariada mostrou significância estatística nas variáveis: internamento em unidade Canguru, seguimento ambulatorial, não ser gemelar e ser BPN. Importante registrar que este foi o único momento, entre os três avaliados, que apresentou variáveis significativas que podem ser modificáveis pela equipe, o internamento em unidade canguru e o seguimento ambulatorial. Ambas têm caráter assistencial e podem ser exploradas pelos profissionais na promoção do AME.

O método canguru é uma prática bem documentada na literatura por proporcionar efeitos positivos na amamentação em bebês prematuros, corroborando com os resultados dessa pesquisa, cuja taxa de AME aos 15 dias pós-alta foi maior nos prematuros que foram internados em unidade canguru.

Em revisão sistemática da literatura e meta-análise, Boundy et al. (2016) evidenciaram que o Método Canguru, em comparação com o tratamento convencional, foi associado ao aumento do AME. Do primeiro ao quarto mês de seguimento pós-alta, tal método aumentou a probabilidade de AME em 39% nos prematuros.

Em ensaio clínico randomizado, Hake-Brooks e Anderson (2008) também compararam o padrão do AM em prematuros que realizaram o método canguru ou receberam apenas o cuidado convencional, e constataram que o grupo experimental apresentou maior prevalência

de AME até o sexto mês de vida, com uma duração média de cinco meses, em comparação a dois meses com o grupo controle ($p<0,01$). Resultados similares obtiveram Almeida et al. (2010), em estudo prospectivo, onde os RN que receberam o cuidado canguru apresentaram maiores taxas de AME desde a alta até o sexto mês de vida, sendo que com 40 semanas de idade gestacional corrigida essa diferença era de 73,9% contra 31,6% do grupo que recebeu o cuidado convencional ($p = 0,01$).

Em pesquisa realizada em uma maternidade da região norte do Brasil, com 550 neonatos de baixo peso ao nascer, acompanhados pela terceira etapa do MC, verificou-se uma prevalência de AME na alta hospitalar de 93,1%, evidenciando a alta prevalência de AME em RN que recebem o cuidado canguru (LEITE et al., 2016). Esses achados reforçam a importância dos profissionais de saúde orientarem e incentivarem o MC desde o nascimento, internamento e após a alta dos prematuros.

O baixo percentual de internamento na unidade canguru ora evidenciado (27,8%) justifica-se parcialmente pelo fato de que apenas uma das unidades neonatais tinha a segunda etapa do MC instituída. O reduzido número de leitos da unidade canguru pode indicar que os gestores não estão oferecendo a devida importância a essa estratégia, tão bem evidenciada como promotora do AME em prematuros e RN de baixo peso ao nascer.

A importância do acompanhamento ambulatorial no período pós-alta tem sido demonstrada por alguns estudos no aumento das taxas de AME. Os dados dessa pesquisa estão de acordo com os da literatura, de que a realização do seguimento ambulatorial está associada a maior prevalência do AME, e ressaltam a importância da equipe de saúde e da continuidade do suporte a essas mulheres após a alta hospitalar.

Silva e Segre (2010) demonstraram que quanto maior o número de consultas ambulatoriais, mais tardia a interrupção do AME ($p<0,001$). Um estudo de intervenção realizado no sudeste do Brasil comprovou que ações voltadas para o apoio e orientações sobre AM para mães de prematuros, desde a internação, até o seguimento ambulatorial, foram eficazes na melhoria das taxas de AM; os prematuros do grupo intervenção apresentaram mediana de AM de 91 dias, contra 54 dias do grupo controle ($p<0,01$) (SANTORO JÚNIOR; MARTINEZ, 2007).

Moimaz et al. (2013) enfatizam que as orientações recebidas pelas gestantes sobre o AM, durante a gestação e após o nascimento, são importantes para motivar as mães e informá-las sobre o tema, com influência estatisticamente significativa no padrão de aleitamento, mas que acompanhá-las no período da lactação, identificando precocemente possíveis dificuldades,

é indispensável, já que se os problemas não forem bem acompanhados e assistidos podem levar ao desmame precoce.

Segundo a Sociedade Brasileira de Pediatria (2012), o seguimento do prematuro, com orientação multiprofissional, é fundamental para que a família compreenda as necessidades e se prepare para receber o novo componente familiar, sendo sua qualidade avaliada pelas faltas às consultas. No entanto, outros fatores podem contribuir para o não acompanhamento da criança, como a distância entre a residência e o serviço de saúde ou limitações financeiras.

Em se tratando de Hospitais Amigos da Criança, com boas taxas de AME na ocasião da alta, não se pode deixar de agregar estratégias de continuidade de apoio ao AM para além do período de internamento. O acompanhamento e apoio aos prematuros e suas famílias deve ser realizado em todos os níveis de atenção à saúde, iniciando-se na hospitalização e estendendo-se ao longo do período de acompanhamento ambulatorial, seja no ambulatório especializado ou na rede básica de saúde, através das consultas na USF ou nos atendimentos domiciliares pela Equipe de Saúde da Família.

Embora a visita domiciliar pela ESF não tenha sido estatisticamente significativa no aumento da prevalência do AME nos momentos avaliados dessa pesquisa, considera-se fundamental sua realização para o seguimento do prematuro com qualidade, especialmente no que se refere ao apoio ao AM e enfrentamento às possíveis dificuldades com a lactação. No entanto, segundo Aires et al. (2015) a articulação dos cuidados entre os diversos níveis de saúde ainda é tímida, e o seguimento do prematuro conforma-se em um cuidado fragmentado entre o hospital e a USF. O sucesso do AM depende também do suporte fornecido pela equipe de saúde, principalmente quando se considera a complexa transição que ocorre no momento da alta hospitalar.

Ao fim do primeiro mês após a alta hospitalar, a análise bivariada evidenciou associação entre o AME e as variáveis: não ser gemelar e ser BPN, ambas também associadas ao AME no 15º dia pós-alta. Para avaliar o efeito independente de cada uma dessas variáveis, foi ajustado o modelo de regressão logística multivariada, continuando significantes a gemelaridade e o peso ao nascer e, ainda, o tipo de parto.

O nascimento de múltiplos (duas ou mais crianças) é consistentemente discutido na literatura como fator de risco para o AM, como evidenciado por Briere et al. (2014) em revisão integrativa. No presente estudo, o prematuro não gemelar apresentou 7,35 vezes mais chance de receber AME aos 30 dias pós-alta do que os gemelares.

Em coorte nacional na Dinamarca, Maastrup et al. (2014) também constataram que o nascimento múltiplo aumentava a probabilidade de insucesso no AME. Em estudo de base

populacional conduzido no Japão, observou-se que a taxa de AME entre gêmeos ou trigêmeos foi significativamente menor do que entre bebês únicos; a razão de chances indicou que mães que tiveram gêmeos ou trigêmeos eram 2,44 vezes mais propensas a ofertar fórmula infantil do que os não múltiplos. (YOKOYAMA et al., 2006).

McDonald et al. (2012), ao analisarem preditores do AME de RN termo gemelares e únicos, em coorte retrospectiva no Canadá, verificaram que as mães de gêmeos eram menos propensas a amamentar exclusivamente (OR=0,30). Sanches et al. (2011), por sua vez, em estudo transversal com lactentes nascidos com baixo peso, identificaram que a gestação múltipla está associada à interrupção do AME no terceiro mês de vida.

Importante mencionar estudo de base populacional realizado na Suécia por Östlund et al. (2010), que investigou fatores associados à interrupção precoce do AM em gemelares termo e pré-termo. Os autores observaram que as taxas de AM são semelhantes para ambos os grupos, sugerindo que o sucesso da amamentação independe se o RN é prematuro ou a termo, porém necessitam de apoio adicional pré e pós-natal.

Uma das principais razões referidas pelas mulheres para a introdução de suplementos quando estão amamentando gêmeos é a produção inadequada de leite, e os profissionais de saúde devem estar preparados para orientar e solucionar as dificuldades surgidas, uma vez que o volume de leite produzido é normalmente adequado à demanda (MARIANI NETO, 2015).

A vulnerabilidade desse grupo para interrupção do AME está clara e estabelecida, e sua superação está relacionada com a existência de um suporte extra, não só dos serviços de saúde, mas de um apoio familiar intensivo, evitando que o AM seja interrompido também por exaustão materna, pois a dinâmica da amamentação de gêmeos nos primeiros dias é trabalhosa e exige a participação de todos.

O peso de nascimento entre 1500g e 2499g mostrou associação positiva com a amamentação, aumentando a probabilidade do AME aos 30 dias pós-alta em 3,1 vezes, quando comparado aos prematuros nascidos com 2500g ou mais (peso normal de nascimento).

Essa constatação não é inconcussa, e é provável que fatores locais influenciem este achado. Há que se reconhecer a importância dos Bancos de Leite, presente nas duas unidades onde a presente pesquisa foi realizada, auxiliando na estimulação e manutenção da lactação nas mães dos RN que ainda não podem ser alimentados no peito, por meio de orientação e realização da ordenha precoce e frequente. Ver seu filho receber o leite ordenhado pode fazer a mulher se sentir parte do cuidado ao filho, incentivando-a a superar os desafios de aleitá-lo.

Possivelmente, o maior tempo de permanência hospitalar dos prematuros com BPN proporcionou maior apoio emocional e educacional às mães, com amparo amplo de uma equipe

multidisciplinar, comprometida com o sucesso do aleitamento materno. Os prematuros com peso normal ao nascer, cuja alta hospitalar espera-se ser mais rápida, ficavam mais susceptíveis aos fatores que podem influenciar o AM no pós-alta, já que o AME podia ainda não estar bem estabelecido no momento da alta.

Os RN com muito baixo peso, por sua vez, embora se presuma que tenham o maior tempo de permanência hospitalar, estão mais sujeitos a problemas de saúde críticos, que dificultam e atrasam o início da amamentação. Esses dados estão em consonância com Mamemoto et al. (2013), que identificaram que iniciar a alimentação por via oral o mais cedo possível é crucial para o sucesso do AME em crianças com BPN, tanto na alta da UTIN quanto no início da alimentação complementar.

Silva e Segre (2010) encontraram correlação negativa entre o peso de nascimento e o tempo para o desmame parcial, ou seja, quanto menor o peso, mais tardio o desmame ($p<0,001$). Dados semelhantes foram encontrados por Sassá et al. (2014), que verificaram que a prática do AM aos 3 meses de vida estava associada ao peso ao nascer ($p=0,01$), demonstrando que quanto menor o peso, maior a ocorrência de amamentação. Embora a maioria dos bebês que estavam sendo amamentados aos 15 dias após a alta fossem crianças nascidas com baixo peso (65,7%), não se encontrou associação entre o peso ao nascer e o AM nesse período.

Por outro lado, estudos como o de Kaneko et al. (2006), no Japão, evidenciaram uma associação negativa entre o BPN e o AME. O mesmo ocorreu com Davanzo et al. (2013), em uma UTIN italiana, cujas crianças com peso de nascimento entre 1500g e 2499g foram negativamente associadas com o AME na alta. Também Rigotti et al. (2015) verificaram associação entre o BPN e o desmame total, na qual o BPN aumentou em 45% a prevalência de crianças não amamentadas no segundo semestre de vida.

Outros estudos não evidenciaram associação com significância estatística entre o AM e o BPN, a exemplo de Flacking, Wallin e Ewald (2007), ao pesquisarem os determinantes perinatais do AM em prematuros de duas cidades suecas, e de Vasconcelos, Lira e Lima (2006) e Caminha et al. (2014) ambas em pesquisa sobre a prática do AM no estado de Pernambuco.

Pode-se supor que resultados de estudos controversos em relação ao peso de nascimento e o aleitamento materno possam ocorrer em função da variação de vários fatores, como época e local do estudo, população estudada e período analisado, além da assistência e o apoio recebidos pela mãe, sendo necessários novos estudos para melhor compreensão do tema.

A outra variável, tipo de parto, mostrou que prematuros nascidos de parto cesáreo têm 1,79 vezes mais chance de estar em AME no 30º dia após a alta, quando comparados aos nascidos de parto vaginal. A princípio, é um resultado que aparentemente não está em

consonância com a literatura, já que, historicamente, o parto cirúrgico é tido como um fator desfavorável ao AM. Mas estudos populacionais individuais que examinaram a associação entre cesárea e AM são controversos (THULIER; MERCER, 2009).

Diante da “epidemia” de cesáreas, onde o Brasil ocupa a lamentável liderança mundial, com 57% das gestantes sendo submetidas a esse procedimento (PELLEGRINI, 2015), aumentou-se a preocupação do seu impacto não apenas na saúde da mulher, mas também na do RN.

Descobertas sobre a relação entre a via de parto e a amamentação mudaram ao longo do tempo. Durante os anos 80 e 90, os pesquisadores concluíram que a cesariana poderia interferir com o AM, com uma relação negativa entre o parto cesáreo e o sucesso da amamentação, mas muitos estudos não distinguiam entre início ou duração do AM. Alguns estudos, então, começaram a identificar correlação positiva entre cesárea e AM, percebendo-se a necessidade de se fazer essa distinção, bem como do tipo de cesárea, para maior compreensão dos conceitos e melhor preditor das possibilidades (THULIER; MERCER, 2009).

McDonald et al. (2012), em uma coorte no Canadá, identificaram que mulheres com cesárea eram menos propensas a amamentar exclusivamente do que as mulheres com parto vaginal. Também em pesquisa realizada por Narchi et al. (2009), para verificar os fatores que influenciam a manutenção do AME em uma comunidade na periferia de São Paulo, observou-se que mulheres que tiveram parto normal apresentam maior chance de manter o AME nos primeiros 30 dias de vida da criança ($p=0,038$), sendo que nos outros períodos (até o sexto mês) não ocorreu diferença estatisticamente significante.

O parto cirúrgico tem sido associado com a diminuição do início do AM, a exemplo de Regan, Thompson e DeFranco (2013), que em coorte realizada em Ohio, Estados Unidos, constataram que mulheres submetidas a uma cesariana eletiva (programada) são menos propensas a iniciar o AM em comparação com aquelas que tiveram parto normal; as que tiveram parto cesáreo após iniciarem o trabalho de parto também são mais propensas a iniciar a amamentação do que as com cesárea programada.

Em revisão sistemática e meta-análise realizada por Prior et al. (2012), que incluiu dados de mais de meio milhão de mulheres em 31 países, constatou-se que o parto por cesárea tem uma associação significativa com menores taxas de amamentação precoce ($p<0,00001$), mas uma vez iniciada a amamentação, o tipo de parto não tem nenhum efeito significativo na duração do AM. A associação adversa entre cesárea e AM limitou-se à cesariana eletiva.

A cesariana eletiva, sem trabalho de parto, não desencadeia a lactogênese II de imediato, por atraso das alterações hormonais, retardando o início da produção láctea e, frequentemente,

há a necessidade de oferta de substitutos do leite materno, que interferem na amamentação (MEZZACAPPA; FERREIRA, 2016).

É possível que os efeitos do parto cesáreo sejam diferentes para o grupo de nascidos a termo e os nascidos prematuramente, uma vez que o prematuro é mais provável de permanecer internado, conseguindo-se iniciar o AM com o apoio da equipe e, uma vez iniciado, o AME consegue ser estabelecido ainda durante a hospitalização. É o que mostra, assim como o presente estudo, a pesquisa de Omarsdottir et al. (2015), onde o parto por cesárea, após análise multivariada (OR=9,7), foi um preditor favorável ao AME na alta de prematuros, dados semelhantes aos de Lee e Gould (2009), ao investigarem os fatores que influenciam o AM na alta de RN muito baixo peso ao nascer ($p=0,0007$).

Talvez, mães que passaram pelo risco de um parto prematuro sejam mais dispostas a enfrentar os desafios de aleitar um filho, apesar de todo estresse situacional de ter um bebê frágil e da responsabilidade que lhe é imposta para conseguir amamentar. No entanto, o sucesso do AM não é responsabilidade exclusiva da mulher. Necessita de apoio profissional, político e social.

As diferentes situações enfrentadas pelos prematuros e suas mães, comparados com os RN a termo, evidencia a necessidade de políticas de AM específicas para as unidades neonatais e requerem que os profissionais de saúde tenham conhecimento e habilidade na lactação e no apoio ao AM desse grupo. A possibilidade de se implantar uma versão expandida da IHAC, voltada para estas particularidades, pode ser um passo crítico em direção ao tão almejado sucesso do aleitamento materno em prematuros.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados encontrados evidenciam que é possível atingir boas taxas de aleitamento materno exclusivo na alta hospitalar de RN prematuros, embora ainda se encontre abaixo do preconizado pela OMS. Porém, a redução significativa na prevalência do AME após a alta hospitalar demonstra que o acompanhamento nesse período é fundamental para se evitar o desmame precoce.

A manutenção do AME após a alta hospitalar deve ser um objetivo comum para os prestadores de cuidados à mãe, bebê e família. O ambiente da unidade neonatal frequentemente fornece o suporte necessário às mães, mas é em casa que elas se deparam com dúvidas e dificuldades, associadas muitas vezes a apoio profissional e social insuficiente, dificultando a continuidade do AME.

É preciso que haja um planejamento de alta, que envolva mãe-família e equipe multidisciplinar, e que se estabeleça um sistema de referência e contrarreferência efetivo. Mesmo quando o serviço dispõe de um ambulatório de seguimento, a equipe de Saúde da Família deve ser responsabilizada em acompanhar também essa família, realizando visita domiciliar, preferencialmente na primeira semana do retorno ao domicílio, consultas em puericultura e grupos de educação em saúde.

Todavia, sabe-se que barreiras de acesso aos serviços de saúde ainda são uma realidade. Quando se identifica essa fragilidade institucional, uma alternativa poderia ser o acompanhamento por telefone, conduzida por profissional experiente em amamentação, onde as mães poderiam obter respostas para suas possíveis dúvidas e dificuldades na amamentação, visto que, de maneira geral, as mães participantes da pesquisa mostravam-se satisfeitas com as ligações e ansiosas por esclarecer dúvidas.

Considerando-se que as principais causas alegadas pelas mães para o desmame total ou parcial foram de ordem educacional e cultural, faz-se necessário, sobretudo, orientações quanto ao processo de amamentação e produção láctea, ajudando a prevenir as insuficiências reais e percebidas na oferta de leite.

As características que de forma independente aumentaram a probabilidade do prematuro estar em AME no 30º dia pós-alta foram: não ser gemelar, ser baixo peso ao nascer e ter nascido de parto cesáreo. Apesar de serem todos fatores não controláveis pela equipe de saúde, seu conhecimento é importante para propiciar dados aos profissionais, no intuito de esclarecer e incentivar as mães mais vulneráveis à interrupção do AME.

Quanto à gemelaridade, é importante que mães de filhos múltiplos tenham uma rede social fortalecida, e um amparo amplo da equipe de saúde, possivelmente com visitas domiciliares e consultas em intervalos mais curtos. Aos prematuros com peso adequado ao nascimento, bem como àqueles clinicamente sadios, que têm previsão de alta precoce, deve-se assegurar que o AME esteja bem estabelecido, já que muitas vezes, a mãe pode permanecer com dúvidas quanto ao AM. Ainda, é relevante oferecer a devida atenção aos prematuros nascidos de parto cesáreo, no tocante ao início precoce da amamentação, a fim de possibilitar a manutenção e duração adequada do AME.

É necessário que novos estudos sejam realizados, em novos cenários, ampliando o acompanhamento dos prematuros para além dos 30 dias pós-alta, para melhor compreensão do fenômeno, embora se saiba que a compreensão do AM transcende aspectos quantitativos, e que ele deve também ser investigado sob seus aspectos subjetivos.

Ademais, espera-se que as ações de saúde em prol do AM englobem os vários períodos de assistência à mulher e à criança, desde o pré-natal, nos diversos cenários dos serviços de saúde, com ações articuladas entre a unidade de referência e o serviço de atenção básica, aliadas ao apoio profissional qualificado e rede social de apoio, fundamentais para o sucesso do AME.

REFERÊNCIAS

AHRABI, A. F; SCHANLER, R. J. Human milk is the only milk for preemies in the NICU! **Early human development**, v. 89, p. 51-3, 2013.

AIRES, L. C. P. et al. Seguimento do bebê na atenção básica: interface com a terceira etapa do método canguru. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 36, p. 224-32, 2015.

ALMEIDA, H. D. et al. The impact of kangaroo care on exclusive breastfeeding in low birth weight newborns. **Jornal de Pediatria**, v. 86, n. 3, p. 250-253, 2010.

ALVES, A. L. N.; OLIVEIRA, M. I. C.; MORAES, J. R. Iniciativa Unidade Básica Amiga da Amamentação e sua relação com o aleitamento materno exclusivo. **Revista de Saúde Pública**, v. 47, n. 6, p. 1130-40, 2013.

ARAÚJO, B. F. D. et al. Analysis of neonatal morbidity and mortality in late-preterm newborn infants. **Jornal de Pediatria**, v. 88, n. 3, p. 259-266, 2012.

AZEVEDO, M.; CUNHA, M. L. C. Fatores associados ao aleitamento materno exclusivo em prematuros no primeiro mês após a alta hospitalar. **Clinical and Biomedical Research**, v. 33, n. 1, 2013.

AZEVEDO, M.; MENDES, E. N. W. Manutenção da lactação: desafio para mães de prematuros hospitalizados. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 29, n. 1, p. 68, 2008.

BARRIERE, H. et al. [Prenatal breastfeeding information: survey in Pays de Loire, France]. **Archives de Pédiatrie: organe officiel de la Societe française de pédiatrie**, v. 18, n. 9, p. 945-954, 2011.

BARROS, F. C. et al. Gestational age at birth and morbidity, mortality, and growth in the first 4 years of life: findings from three birth cohorts in Southern Brazil. **BMC Pediatr**, v. 12, p. 169, 2012.

BECKER, G. E.; COONEY, F.; SMITH, H. A. Methods of milk expression for lactating women. **Cochrane Database Syst Rev**, v. 12, 2011.

BLACK, A. Breastfeeding the premature infant and nursing implications. **Adv Neonatal Care**, v. 12, n. 1, p. 10-1, Feb 2012.

BONET, M. et al. Variations in breastfeeding rates for very preterm infants between regions and neonatal units in Europe: results from the MOSAIC cohort. **Archives of Disease in Childhood-Fetal and Neonatal Edition**, v. 96, n. 6, p. F450-F452, 2011.

BOUNDY, E. O. et al. Kangaroo Mother Care and Neonatal Outcomes: A Meta-analysis. **Pediatrics**, v. 137, n. 1, p. 2015-2238, 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Materiais informativos: saúde da criança**. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programadas e Estratégicas. **II Pesquisa de Prevalência de Aleitamento Materno nas Capitais Brasileiras e Distrito Federal**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009a.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde da criança: nutrição infantil** – aleitamento materno e alimentação complementar. Cadernos de Atenção Básica, série A, Normas e Manuais Técnicos. Brasília: Ministério da Saúde, 2009b.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programadas e Estratégicas. **Atenção à saúde do recém-nascido**: guia para os profissionais de saúde. Vol. 4. Brasília: Ministério da Saúde, 2011a.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Área Técnica de Saúde da Criança e Aleitamento Materno. **Gestões e gestores de políticas públicas de atenção à saúde da criança**: 70 anos de história. Brasília: Ministério da Saúde, 2011b.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programadas e Estratégicas. **Iniciativa Hospital Amigo da Criança**: revista, atualizada e ampliada para o cuidado integrado. Brasília: Ministério da Saúde, 2011c.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programadas e Estratégicas. **Atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso**: Método Canguru. Brasília: Ministério da Saúde, 2011d.

_____. Resolução 466, de 12 de dezembro de 2012. Dispõe sobre as diretrizes e normas regulamentadoras sobre pesquisa envolvendo seres humanos. **Diário Oficial da União**. Conselho Nacional de Saúde. Brasília, 2012.

_____. Portaria N. 1.153, de 22 de maio de 2014. Redefine os critérios de habilitação da

Iniciativa Hospital Amigo da Criança. **Diário Oficial da União**. Brasília: Ministério da Saúde, 28 maio 2014. Seção 1, p. 43, 2014.

_____. **Ministério lança campanha para incentivar doação de leite materno aos prematuros**. 2015a. Disponível em: < <http://bvsms.saude.gov.br/ultimas-noticias/1088-ministerio-da-saude-lanca-campanha-para-incentivar-doacao-de-leite-aos-prematuros> >. Acesso em: 12 ago. 2015.

_____. Portaria N. 1.130, de 05 de agosto de 2015. Institui a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança no âmbito do Sistema Único de Saúde. **Diário Oficial da União**. Brasília: Ministério da Saúde, 06 ago. 2015b.

BRAUN, M. L. G. et al. Evaluation of the impact of the baby-friendly hospital initiative on rates of breastfeeding. **American Journal of Public Health**, v. 93, n. 8, p. 1277-1279, 2003.

BRIERE, C. E. et al. An integrative review of factors that influence breastfeeding duration for premature infants after NICU hospitalization. **Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing**, v. 43, n. 3, p. 272-281, 2014.

CALDEIRA, A. P.; GONÇALVES, E. Assessment of the impact of implementing the Baby-Friendly Hospital Initiative. **Jornal de Pediatria**, v. 83, n. 2, p. 127-132, 2007.

CAMINHA, M. D. F. C. et al. Aleitamento materno em crianças de 0 a 59 meses no Estado de Pernambuco, Brasil, segundo o peso ao nascer. **Cienc Saude Coletiva**, v. 19, n. 7, p. 2021-32, 2014.

CONDE-AGUDELO, A.; DÍAZ-ROSSELLO, J. L. Kangaroo mother care to reduce morbidity and mortality in low birthweight infants. **Cochrane Database Syst Rev**, v. 4, p. 1-65, 2014.

CORPELEIJN, W. E. et al. Intake of Own Mother's Milk during the First Days of Life Is Associated with Decreased Morbidity and Mortality in Very Low Birth Weight Infants during the First 60 Days of Life. **Neonatology**, v. 102, n. 4, p. 276-281, 2012.

CORVAGLIA, L.; MARTINI, S.; FALDELLA, G. Breastfeeding the preterm infant. **Journal of Pediatric and Neonatal Individualized Medicine (JPNIM)**, v. 2, n. 2, 2013.

COSTA, A. C. D. S. et al. Analysis of productions with emphasis on breastfeeding in neonatal intensive care unit. **Revista de Enfermagem da UFPI**, v. 2, n. 2, p. 61-5, 2013.

CZECHOWSKI, A. E.; FUJINAGA, C. I. Seguimento ambulatorial de um grupo de prematuros e a prevalência do aleitamento na alta hospitalar e ao sexto mês de vida: contribuições da Fonoaudiologia. **Rev Soc Bras Fonoaudiol**, v. 15, n. 4, p. 572-7, 2010.

DAVANZO, R. et al. Breastfeeding at NICU Discharge: A Multicenter Italian Study. **Journal of Human Lactation**, v. 29, n. 3, p. 374-80, 2013.

DELGADO, S. E.; HALPERN, R. Amamentação de prematuros com menos de 1500 gramas: funcionamento motor-oral e apego. **Pró-Fono Revista de Atualização Científica**, v. 17, n. 2, p. 141-152, 2005.

DEMITTO, M. D. O. et al. Orientações sobre amamentação na assistência pré-natal: uma revisão integrativa. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste-Rev Rene**, v. 11, 2012.

DEREDDY, N. et al. A multipronged approach is associated with improved breast milk feeding rates in very low birth weight infants of an inner-city hospital. **Journal of human lactation**, v. 31, n. 1, p. 43–6, 2015.

FELDMAN, R.; ROSENTHAL, Z.; EIDELMAN, A. I. Maternal-preterm skin-to-skin contact enhances child physiologic organization and cognitive control across the first 10 years of life. **Biological psychiatry**, v. 75, n. 1, p. 56-64, 2014.

FERECINI, G. M. **Desenvolvimento e avaliação do objeto digital de aprendizagem sobre o aleitamento materno do prematuro**. 2012. (Doutorado). Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo.

FLACKING, R.; WALLIN, L.; EWALD, U. Perinatal and socioeconomic determinants of breastfeeding duration in very preterm infants. **Acta Paediatrica**, v. 96, n. 8, p. 1126-30, 2007.

FIGUEREDO, S. F.; MATTAR, M. J. G.; ABRÃO, A. C. F. D. V. Iniciativa Hospital Amigo da Criança: uma política de promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno. **Acta Paul. Enferm**, v. 25, n. 3, p. 459-463, 2012.

_____. Baby-Friendly Hospital: prevalence of exclusive breastfeeding at 6 months and intervening factors. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 47, n. 6, p. 1291-1297, 2013.

FREITAS, B. A. C. et al. Duração do aleitamento materno em prematuros acompanhados em serviço de referência secundário. **Revista Paulista de Pediatria**, 2016.

FRIEDMAN, S. et al. The effect of prenatal consultation with a neonatologist on human milk feeding in preterm infants. **Acta Paediatrica**, v. 93, n. 6, p. 775-778, 2004.

FUJINAGA, C. I. et al. Validação clínica do Instrumento de Avaliação da Prontidão do Prematuro para Início da Alimentação Oral. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 21, n. spec, p. 140-5, 2013.

GUBERT, J. K. et al. Avaliação do aleitamento materno de recém-nascidos prematuros no primeiro mês após a alta. **Ciência, Cuidado e Saúde**, v. 11, n. 1, p. 146-155, 2012.

HAKE-BROOKS, S. J.; ANDERSON, G. C. Kangaroo care and breastfeeding of mother-preterm infant dyads 0–18 months: A randomized, controlled trial. **Neonatal Network: The Journal of Neonatal Nursing**, v. 27, n. 3, p. 151-159, 2008.

HATAMLEH, W. Prenatal breastfeeding intervention program to increase breastfeeding duration among low income women. **Health**, v. 4, p. 143, 2012.

HAWKINS, S. S. et al. Evaluating the impact of the Baby-Friendly Hospital Initiative on breast-feeding rates: a multi-state analysis. **Public Health Nutrition**, p. 1-9, 2014.

HEIDARZADEH, M. et al. The Effect of Kangaroo Mother Care (KMC) on Breast Feeding at the Time of NICU Discharge. **Iranian Red Crescent medical journal**, v. 15, n. 4, p. 302, 2013.

HONORATO, Z. N. et al. Minimização da dor na venopunção de neonatos: revisão sistemática da literatura. **Enfermagem Revista**, v. 19, n. 1, p. 117-30, 2016.

ISMAIL, L. C. et al. Preterm feeding recommendations are achievable in large-scale research studies. **BMC Nutrition**, v. 2, n. 1, p. 1, 2016.

JAVORSKI, M. **Efeitos de uma tecnologia educativa na autoeficácia para amamentar e no aleitamento materno exclusivo**. 2014. (Doutorado). Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza.

JAVORSKI, M. et al. As representações sociais do aleitamento materno para mães de prematuros em unidade de cuidado canguru. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 12, n. 6, p. 890-898, 2004.

KANEKO, A. et al. Factors associated with exclusive breast-feeding in Japan: for activities to

support child-rearing with breastfeeding. **Journal of Epidemiology**, v. 16, n. 2, p. 57-63, 2006.

KHRESHEH, R. et al. The effect of a postnatal education and support program on breastfeeding among primiparous women: a randomized controlled trial. **International journal of nursing studies**, v. 48, n. 9, p. 1058-1065, 2011.

KOGAN, M. D. et al. Multivariate analysis of state variation in breastfeeding rates in the United States. **Journal Information**, v. 98, n. 10, 2008.

KRAMER, M. S. et al.. Promotion of Breastfeeding Intervention Trial (PROBIT): a randomized trial in the Republic of Belarus. **Jama**, v. 285, n. 4, p. 413-420, 2001.

LAMOUNIER, J. A. et al. Iniciativa Hospital Amigo da Criança, mais de uma década no Brasil: repensando o futuro. **Rev Paul Pediatr**, v. 26, n. 2, p. 161-9, 2008.

LAMY FILHO, F. et al. Factors associated with weaning at the time of hospital discharge of very low birth weight premature infants. **Revista de Pesquisa em Saúde**, v. 13, n. 2, p. 21-5, 2012.

LAWN, J. E. et al. 'Kangaroo mother care' to prevent neonatal deaths due to preterm birth complications. **International journal of epidemiology**, v. 39, n. suppl 1, p. 144-54, 2010.

LEE, H. C.; GOULD, J. B. Factors influencing breast milk versus formula feeding at discharge for very low birth weight infants in California. **The Journal of pediatrics**, v. 155, n. 5, p. 657-62, 2009.

LIU, P. et al. Factors associated with breastfeeding duration a 30-month cohort study in northwest China. **Journal of Human Lactation**, v. 29, n. 2, p. 253-59, 2013.

LUCAS, R. F.; SMITH, R. L.; GEPHART, S. When is it safe to initiate breastfeeding for preterm infants? **Advances in Neonatal Care**, v. 15, n. 2, p. 134-41, 2015.

LUDINGTON-HOE, S. M.; MORGAN, K.; ABOUELFETTOH, A. A clinical guideline for implementation of kangaroo care with premature infants of 30 or more weeks' postmenstrual age. **Advances in Neonatal Care**, v. 8, n. 3, p. S3-S23, 2008.

LUDINGTON-HOE, S. M. et al. Safe criteria and procedure for kangaroo care with intubated preterm infants. **Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing**, v. 32, n. 5, p.

579-588, 2003.

MAASTRUP, R. et al. Factors associated with exclusive breastfeeding of preterm infants. Results from a prospective national cohort study. **PloS one**, v. 9, n. 2, 2014.

MAMEMOTO, K. et al. Factors associated with exclusive breastfeeding in low birth weight infants at NICU discharge and the start of complementary feeding. **Asia Pacific journal of clinical nutrition**, v. 22, n. 2, p. 270, 2013.

MARIANI NETO, C. **Manual de aleitamento materno**. 3. ed. São Paulo: Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO), 2015.

McDONALD, S. D. et al. Prevalence and predictors of exclusive breastfeeding at hospital discharge. **Obstetrics & Gynecology**, v. 119, n. 6, p. 1171-9, 2012.

McFADDEN, A. et al. Spotlight on infant formula: coordinated global action needed. **The Lancet**, v. 387, n. 10017, p. 413-5, 2016.

MEDEIROS, A. M. C. et al. Caracterização da técnica de transição da alimentação por sonda enteral para seio materno em recém-nascidos prematuros. **J Soc Bras Fonoaudiol**, v. 23, n. 1, p. 57-65, 2011.

MEIER, P. P. et al. Supporting breastfeeding in the neonatal intensive care unit: Rush Mother's Milk Club as a case study of evidence-based care. **Pediatric clinics of North America**, v. 60, n. 1, p. 209-26, 2013.

MELO, L. M. et al. Prematuro: experiência materna durante amamentação em unidade de terapia intensiva neonatal e pós-alta. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**, v. 14, n. 3, 2013.

MENEZES, M. A. D. S. et al. Recém-nascidos prematuros assistidos pelo Método Canguru: avaliação de uma coorte do nascimento aos seis meses. **Rev Paul Pediatr**, v. 32, n. 2, p. 171-7, 2014.

MENON, G.; WILLIAMS, T. C. Human milk for preterm infants: why, what, when and how? **Archives of Disease in Childhood-Fetal and Neonatal Edition**, 2013.

MEZZACAPPA, M. A.; FERREIRA, B. G. Perda de peso excessiva em recém-nascidos a termo amamentados exclusivamente ao seio materno em um Hospital Amigo da Criança.

Revista Paulista de Pediatria, 2016.

MITCHELL, A. et al. Effects of daily kangaroo care on cardiorespiratory parameters in preterm infants. **Journal of neonatal-perinatal medicine**, v. 6, n. 3, p. 243-249, 2013.

MOIMAZ, S. A. S. et al. Desmame precoce: Falta de conhecimento ou de acompanhamento? **Pesquisa Brasileira em Odontopediatria e Clínica Integrada**, v. 13, n. 1, p. 53-9, 2013.

MORAG, I. et al. Factors Associated with Breast Milk Feeding of Very Preterm Infants from Birth to 6 Months Corrected Age. **Breastfeeding Medicine**, v. 11, n. 3, 2016.

MOTA, L. A.; SÁ, F. E.; FROTA, M. A. Estudo comparativo do desenvolvimento sensório-motor de recém-nascidos prematuros da Unidade de Terapia Intensiva neonatal e do Método Canguru. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde**, v. 18, n. 4, p. 191-8, 2005.

MOREIRA, M. A. **Continuidades e descontinuidades intergeracionais sobre a experiência de amamentar: um estudo de representações sociais**. 2011. (Doutorado). Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia, Salvador.

MORTON, J. et al. Combining hand techniques with electric pumping increases milk production in mothers of preterm infants. **Journal of Perinatology**, v. 29, n. 11, p. 757-64, 2009.

MURASE, M. et al. Predictors of low milk volume among mothers who delivered preterm. **Journal of Human Lactation**, v. 30, n. 4, p. 425-35, 2014.

MURPHY, L. et al. A quality improvement project to improve the rate of early breast milk expression in mothers of preterm infants. **Journal of Human Lactation**, v. 30, n. 4, p. 398-401, 2014.

NARSKI, N. Z. et al. Variáveis que influenciam a manutenção do aleitamento materno exclusivo. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 43, n. 1, p. 87-94, 2009.

NASCIMENTO, M. B. R. D.; ISSLER, H. Breastfeeding in premature infants: in-hospital clinical management. **Jornal de Pediatria**, v. 80, n. 5, p. 163-72, 2004.

NEU, J.; WALKER, W. A. Necrotizing enterocolitis. **New England Journal of Medicine**, v. 364, n. 3, p. 255-64, 2011.

NYQVIST, K. Early attainment of breastfeeding competence in very preterm infants. **Acta paediatrica**, v. 97, n. 6, p. 776-781, 2008.

NYQVIST, K. H. et al. Towards universal kangaroo mother care: recommendations and report from the first European conference and seventh international workshop on kangaroo mother care. **Acta Paediatrica**, v. 99, n. 6, p. 820-826, 2010.

NYQVIST, K. H. et al. Expansion of the Ten Steps to Successful Breastfeeding into Neonatal Intensive Care Expert Group Recommendations for Three Guiding Principles. **Journal of Human Lactation**, v. 28, n. 3, p. 289-296, 2012.

_____. Expansion of the Baby-Friendly Hospital Initiative Ten Steps to Successful Breastfeeding into Neonatal Intensive Care Expert Group Recommendations. **Journal of Human Lactation**, v. 29, n. 3, p. 300-309, 2013.

NYQVIST, K. H.; KYLBERG, E. Application of the baby friendly hospital initiative to neonatal care: suggestions by Swedish mothers of very preterm infants. **Journal of Human Lactation**, v. 24, n. 3, p. 252-262, 2008.

OHYAMA, M.; WATABE, H.; HAYASAKA, Y. Manual expression and electric breast pumping in the first 48 h after delivery. **Pediatrics International**, v. 52, n. 1, p. 39-43, 2010.

OMARSDOTTIR, S. et al. Predictors of sustained maternal milk feeds in extremely preterm infants. **Journal of Perinatology**, v. 35, n. 5, p. 367-72, 2015.

ÖSTLUND, Å. et al. Breastfeeding in preterm and term twins—Maternal factors associated with early cessation: A population-based study. **Journal of Human Lactation**, 2010.

PARKER, L. A. et al. Effect of early breast milk expression on milk volume and timing of lactogenesis stage II among mothers of very low birth weight infants: a pilot study. **Journal of Perinatology**, v. 32, n. 3, p. 205-9, 2012.

_____. Strategies to Increase Milk Volume in Mothers of VLBW Infants. **MCN: The American Journal of Maternal/Child Nursing**, v. 38, n. 6, p. 385-390, 2013.

PELLEGRINI, M. O que fazer com a epidemia de cesáreas no Brasil? **Carta Capital**, ago. 2015. Disponível em: <<http://www.cartacapital.com.br/saude/epidemia-de-cesareas-influencia-na-mortalidade-materna-5619.html>>. Acesso em: 25 mar. 2016.

POLIT, D. F.; BECK, C. T. **Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem: Avaliação de evidências para a prática da enfermagem.** 7. Porto Alegre: Ed. Artmed, 2011.

PRIOR, E. et al. Breastfeeding after cesarean delivery: a systematic review and meta-analysis of world literature. **The American journal of clinical nutrition**, 2012.

QUIGLEY, M.; MCGUIRE, W. Formula milk versus donor breast milk for feeding preterm or low birth weight infants. **Cochrane Database Syst Rev**, n. 4, 2014.

RADIS. **País tem 12% de bebês prematuros.** Radis. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz. p. 132, 2013.

REA, M. F. Reflexões sobre a amamentação no Brasil: de como passamos a 10 meses de duração. **Cad Saúde Pública**, v. 19, n. Supl 1, p. 37-45, 2003.

REGAN, J.; THOMPSON, A.; DEFREANCO, E. The influence of mode of delivery on breastfeeding initiation in women with a prior cesarean delivery: a population-based study. **Breastfeeding Medicine**, v. 8, n. 2, p. 181-186, 2013.

RIGOTTI, R. R.; OLIVEIRA, M.; BOCCOLINI, C. S. Associação entre o uso de mamadeira e de chupeta e a ausência de amamentação no segundo semestre de vida. **Cienc Saude Colet**, 2015.

ROCCI, E.; FERNANDES, R. A. Q. Dificuldades no aleitamento materno e influência no desmame precoce. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 67, n. 1, p. 22-7, 2014.

RODRIGUES, A. P. et al. Manutenção do aleitamento materno de recém-nascidos pré-termo: revisão integrativa da literatura. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 15, n. 1, p. 253-64, 2013.

ROLLINS, N. C. et al. Why invest, and what it will take to improve breastfeeding practices? **The Lancet**, v. 387, n. 10017, p. 491-504, 2016.

SÁ NETO, J. A.; RODRIGUES, B. M. R. D. Tecnologia como fundamento do cuidar em neonatologia. **Texto & Contexto Enfermagem**, v. 19, n. 2, p. 372-7, 2010.

SAIGAL, S.; DOYLE, L. W. An overview of mortality and sequelae of preterm birth from infancy to adulthood. **Lancet**, v. 371, n. 9608, p. 261-9, 2008.

SANCHES, M. T. C. et al. Fatores associados à interrupção do aleitamento materno exclusivo de lactentes nascidos com baixo peso assistidos na atenção básica. **Cad Saude Publica**, v. 27, n. 5, p. 953-965, 2011.

SANTORO JÚNIOR, W.; MARTINEZ, F. E. Impacto de uma intervenção pró-aleitamento nas taxas de amamentação de recém-nascidos de muito baixo peso. **J. pediatr.(Rio J.)**, v. 83, n. 6, p. 541-546, 2007.

SANTOS, L. M. et al. Maternal perception of the skin to skin contact with premature infants through the kangaroo position. **Revista de Pesquisa: Cuidado Fundamental Online**, v. 5, n. 1, p. 3504-14, 2013.

SANTOS, T. A. D. S.; DITTZ, É. D. S.; COSTA, P. R. D. Práticas favorecedoras do aleitamento materno ao recém-nascido prematuro internado na unidade de terapia intensiva neonatal. **Revista de Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro**, v. 2, n. 3, p. 438-50, 2012.

SASSÁ, A. H. et al. Bebês pré-termo: aleitamento materno e evolução ponderal. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 67, n. 4, p. 594, 2014.

SHARP, M. et al. Improvement in Long-Term Breastfeeding for Very Preterm Infants. **Breastfeeding Medicine**, v. 10, n. 3, p. 145-149, 2015.

SCHANLER, R. J. Outcomes of human milk-fed premature infants. **Seminars in perinatology**, v. 35, n. 1, p.29-33, 2011.

SCOCHI, C. G. S. et al. Alimentação láctea e prevalência do aleitamento materno em prematuros durante internação em um hospital amigo da criança de Ribeirão Preto-SP, Brasil. **Ciência, Cuidado e Saúde**, v. 7, n. 2, p. 145-154, 2008.

SILVA, D. G. D.; CARVALHO, A. K. M. D. Aleitamento materno de prematuros na terceira etapa do método canguru. **Nutrire**, v. 38, n. Suplemento, p. 136-136, 2013.

SILVA, E. F.; MUNIZ, F.; CECCHETTO, F. H. Aleitamento materno na prematuridade: uma revisão integrativa. **Revista de Enfermagem da UFSM**, v. 2, n. 2, p. 434-441, 2012.

SILVA, L. M.; TAVARES, L. A. M.; GOMES, C. F. Dificuldades na amamentação de lactentes prematuros. **Distúrbios da Comunicação**, v. 26, n. 1, 2014.

SILVA, R. V. D.; SILVA, I. A. A vivência de mães de recém-nascidos prematuros no

processo de lactação e amamentação. **Esc Anna Nery Rev Enferm**, v. 13, n. 1, p. 108-15, 2009.

SILVA, S. M. D. S.; SEGRE, C. A. D. M. Fatores que influenciam o desmame no recém-nascido prematuro. **Revista brasileira de crescimento e desenvolvimento humano**, v. 20, n. 2, p. 291-301, 2010.

SILVEIRA, M. F. et al. Increase in preterm births in Brazil: review of population-based studies. **Rev Saúde Pública**, v. 42, n. 5, p. 957-64, 2008.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA. **Seguimento ambulatorial do prematuro de risco**. São Paulo 2012.

SOUZA, C. B.; SANTO, L. C. D. E.; GIUGLIANI, E. R. J. **Políticas públicas de incentivo ao aleitamento materno: a experiência do brasil**. [201-]. Disponível em: < http://www.aleitamento.com.br/upload%5Carquivos%5Carquivo1_2418.pdf > Acesso em: 17 set. 2015.

SOUZA, K. V.; TESIN, R. R.; ALVES, V. H. Mães de recém-nascidos hospitalizados: em/entre círculos no processo de amamentação. **Acta paul enferm**, v. 23, n. 5, p. 608-13, 2010.

SPEHAR, M. C.; SEIDL, E. M. F. Maternal perceptions in the Kangaroo method: skin-to-skin contact, breastfeeding and self-efficacy. **Psicologia em Estudo**, v. 18, n. 4, p. 647-656, 2013.

THULIER, D.; MERCER, J. Variables associated with breastfeeding duration. **Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing**, v. 38, n. 3, p. 259-268, 2009.

TURCK, D. et al. Allaitement maternel: les bénéfices pour la santé de l'enfant et de sa mère. **Archives de Pédiatrie**, v. 20, p. S29-S48, 2013.

UNGERER, R. L.; MIRANDA, A. T. D. História do alojamento conjunto. **J Pediatr**, v. 75, n. 1, p. 5-10, 1999.

UNICEF. **Declaração de Innocenti** - sobre a proteção, promoção e apoio ao aleitamento materno. 1990. Disponível em: http://www.unicef.org/brazil/pt/activities_10000.html > Acesso em: 17 set. 2015.

VASCONCELOS, M. G. L. D.; LIRA, P. I. C. D.; LIMA, M. D. C. Duração e fatores

associados ao aleitamento materno em crianças menores de 24 meses de idade no estado de Pernambuco. **Rev. bras. saúde matern. infant.**, v. 6, n. 1, p. 99-105, 2006.

VENÂNCIO, S. I.; MONTEIRO, C. A. A tendência da prática da amamentação no Brasil nas décadas de 70 e 80. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 1, n. 1, p. 40-9, 1998.

VICTORA, C. G. et al. Maternal and child health in Brazil: progress and challenges. **The Lancet**, v. 377, n. 9780, p. 1863-76, 2011.

VICTORA, C. G. et al. Association between breastfeeding and intelligence, educational attainment, and income at 30 years of age: a prospective birth cohort study from Brazil. **The Lancet Global Health**, v. 3, n. 4, p. 199-205, 2015.

VICTORA, C. G. et al. Breastfeeding in the 21st century: epidemiology, mechanisms, and lifelong effect. **The Lancet**, v. 387, n. 10017, p. 475-90, 2016.

VIERA, C. S.; MELLO, D. F. D. O seguimento da saúde da criança pré-termo e de baixo peso egressa da terapia intensiva neonatal. **Texto & Contexto Enfermagem**, v. 18, n. 1, p. 74, 2009.

VOHR, B. R. et al. Beneficial effects of breast milk in the neonatal intensive care unit on the developmental outcome of extremely low birth weight infants at 18 months of age. **Pediatrics**, v. 118, n. 1, p. 115-23, 2006.

VOLPINI, C. C. D. A.; MOURA, E. C. Determinantes do desmame precoce no distrito noroeste de Campinas. **Rev. nutr.**, v. 18, n. 3, p. 311-319, 2005.

WILSON, E. et al. Early Provision of Mother's Own Milk and Other Predictors of Successful Breast Milk Feeding after Very Preterm Birth A Regional Observational Study. **Journal of Human Lactation**, 2015.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Indicators for assessing infant and young child feeding practices**: part 1: definitions: conclusions of a consensus meeting held 6-8 November 2007 in Washington DC, USA. 2008.

_____. **Born too soon**: The global action report on preterm birth. WHO. Geneva, 2012.

_____. **Preterm birth**. WHO. v. 363, 2013. Disponível em: <<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs363/en/>>. Acesso em 15 jan. 2014.

_____. **10 facts on breastfeeding**. WHO. Geneva, 2014. Disponível em: <<http://www.who.int/features/factfiles/breastfeeding/en/>>. Acesso em 15 set. 2015.

WHO; UNICEF. **HIV and infant feeding**: A guide for health-care managers and supervisors. WHO. Geneva, 2003.

_____. **Baby-Friendly Hospital Initiative**: Revised, updated and expanded for integrated care. WHO. Geneva, 2009.

YOKOYAMA, Y. et al. Breastfeeding rates among singletons, twins and triplets in Japan: a population-based study. **Twin Research and Human Genetics**, v. 9, n. 02, p. 298-302, 2006.

APÊNDICE A – Instrumento de coleta de dados 1

Dados socioeconômicos, Dados perinatais, Condições de saúde e nascimento do prematuro e Indicadores do aleitamento materno no internamento e na alta hospitalar

1. IDENTIFICAÇÃO

1.1 Número do Prontuário/Registro: Data do Egresso: / /
 Nome da mãe: **Fone de contato:** ()

1.2 **Código do participante:** NE - - BA -
 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 SÓCIOECONÔMICOS DOS PAIS

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

2.2 **Domiciliada em:** Cidade: Estado/UF:

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** (formação profissional – superior ou não):

2.8 **Trabalho remunerado** (trabalho atual):

Dados paternos: 2.9 Ignorado(). Ir para 2.13

2.10 **Idade:** anos

2.11 **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()

2.12 **Trabalho remunerado:**

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

1 Ignorado() 2 Menor que 1 salário mínimo regional() 3 De 1 a 2 salários mínimos()
 4 De 3 a 5 salários mínimos() 5 Mais que 5 salários mínimos()

3. DADOS GESTACIONAIS E DO PARTO

3.1 Fez **Pré-Natal?**: 1 Sim() Número de consultas: 2 Não()

3.2 **Local:** 1 Posto/Unidade de Saúde() 2 Hospital() 3 Outro(). Especifique:

3.3 Número de **Gestações**: Número de **paridade**: Número de filhos < 5 anos:

3.4 **Intercorrências** na gestação: 1 Sim(). Quais? 2 Não()

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()

3.9 **Bolsa rota:** 1 Sim(). Tempo: horas 2 Não()

3.10 **Intercorrências no parto:** 1 Sim(). Quais? 2 Não()

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 e dias

Avaliação/Método: 1 USG() 2 DUM() 3 Capurro() 4 Ballard() 5 Ignorado()

4.4 **Peso** ao nascer: gramas

4.5 **Apgar** 1º minuto: 4.6 **Apgar** 5º minuto:

4.7 **Reanimação** (VPP e/ou massagem cardíaca e/ou medicação): 1 Sim() 2 Não()

4.8 **Intercorrências clínicas:** 1 Hipóxia() 2 Tocotraumatismo() 3 Malformações congênitas() 4 Aspiração meconial() 5 Outra() 6 Ignorado() 7 Não houve()

4.9 Contato **pele a pele precoce:** 1 Sim(). Ir para 4.10
2 Não() 3 Ignorado() Ir para 4.11

4.10 Se contato pele a pele: 1 Imediatamente após o nascimento()

2 Durante a primeira hora de vida() 3 Durante a 2ª até 24ª hora 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+oxigênio na incubadora(). 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 (dados do prontuário):

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

6.3 **Idade:** horas. Se mais de 72 horas, registrar idade em dias:

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

6.5 **Técnica** de administração na 1ª alimentação láctea: 1 Ignorado()
2 Gavagem/seringa/bomba infusão() 3 Dedo/luva() 4 Copo() 5 Mamadeira/chuca()

7. DADOS DO ALEITAMENTO MATERNO NA INTERNAÇÃO

7.1 Idade no **início do AM**: horas. Se mais de 72 horas, registrar idade em dias:

7.2 **Tipo de leite** no início do AM: 1 Leite materno() 2 Leite humano/materno do banco()
3 Leite humano/materno + Fórmula infantil()

7.3 **Via de administração** no início do AM: 1 Oral() 2 Sonda()

7.4 **Técnica de administração** no início do AM: 1 Ignorado() 2 Peito() 3 Translactação()
4 Dedo/luva() 5 Copo() 6 Mamadeira/chuca() 7 Gavagem/seringa/bomba infusão()

Amamentação (no peito)

7.5 Data do **início**: / /

7.6 **Tempo de vida**: horas. Se mais de 72 horas, registrar idade em dias:

7.7 **Idade corrigida**: s d (semanas/dias)

7.8 **Peso**: gramas

7.9 **Técnica** no início da Amamentação: 1 Só peito() 2 Peito + sonda() 3 Peito + dedo/luva()
4 Peito + copo() 5 Peito + mamadeira/chuca() 6 Translactação() 7 Translactação +
gavagem() 8 Translactação + copo() 9 Translactação + gavagem/seringa()
10 Translactação + mamadeira/chuca() 11 Ignorado()

8. DADOS DO ALEITAMENTO MATERNO NA ALTA

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

8.3 **Peso**: (gramas)

8.4 **Tipo de alimentação**:

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

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

¹ Apenas o leite materno como única fonte de nutrição.

² O 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.

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.

APÊNDICE B – Instrumento de coleta de dados 2

Indicadores do aleitamento materno pós-alta hospitalar

Parte A – Segunda semana após a alta

9. DADOS DO ALEITAMENTO MATERNO NO DOMICÍLIO

9.1 Data: / / **Tempo de pós alta:** dias Dias de vida: 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 Peito + copo()
4 Peito + mamadeira() 5 Translactação() 6 Translactação + gavagem/seringa()
7 Translactação + copo() 8 Translactação + mamadeira/chuca() 9 Mamadeira/chuca()

9.4 Se ofereceu outro alimento, qual o principal motivo?

9.5 Se não estiver em AME, qual outro alimento ofereceu?

10. VIVÊNCIA MATERNA NO ALEITAMENTO

Durante a internação do prematuro

10.0 Logo após o nascimento (ainda na Sala de Parto, seu bebê foi colocado junto a você?

1 Sim() 2 Não()

10.0.1 Se sim, ele foi colocado no peito? 1 Sim() 2 Não()

10.0.2 Quando você ordenhou/tirou o leite a primeira vez para dar ao bebê?

10.0.3 Quando você segurou pela primeira vez seu bebê, na posição canguru?

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

1 Sim() Quais? 2 Não()

10.2 Houve **problemas com as mamas?** 1 Sim() 2 Não()
Se Sim, **quais?** 1 Ingurgitamento() 2 Mastite() 3 Fissura() 4 Outros(). Especifique:

10.3 Você se sentiu apoiada para amamentar pela equipe de saúde?

1 Sim() 2 Não() 3 Às vezes()

10.4 Recebeu orientações para alta sobre o aleitamento materno: 1 Sim () 2 Não ()
Se Sim, quais?

10.5 Encaminhamentos:

Após a alta do prematuro

10.6 Após a alta do bebê, **procurou ajuda** para o aleitamento materno?

1 Sim(). De quem: 2 Não()

10.7 Obteve ajuda? 1 Sim(). De quem: 2 Não()

10.7.1 Você e o bebê já receberam visita domiciliar? 1 Sim() 2 Não() 3 Não tem ESF()

10.8 Numa escala de 1 a 5, quanto você daria para onde 1=nenhuma contribuição e 5=contribuiu fortemente?

10.9 Você se **sente apoiada pela equipe de saúde para continuar amamentando?**

1 Sim() 2 Não() 3 Às vezes()

10.10.0 Você está satisfeita com a amamentação? 1 Sim() 2 Não()

10.10 **Como você se sente amamentando seu filho?** Para mães que não amamentaram, registrar 0 (zero).

10.11 **Você desejava amamentar?** 1 Sim() 2 Não()

10.12 **Sugestões** ao atendimento à amamentação de um filho prematuro:

10.13 Qual sua situação profissional hoje? 1 Trabalhando () 2 Licença maternidade ()
3 Dona de casa () 4 Outro ():

Parte B – Um mês após a alta

11. DADOS DO ALEITAMENTO MATERNO NO DOMICÍLIO

11.1 Data: / / **Tempo de pós alta:** dias Dias de vida: dias

11.2 **Tipo de alimentação** (nas últimas 24 horas): 1 Aleitamento materno exclusivo¹()
2 Aleitamento materno predominante²() 3 Aleitamento materno³()
4 Aleitamento artificial/não aleitamento materno⁴()

11.3 Se não estiver em AME, **qual outro alimento ofereceu?**

11.4 Se ofereceu outro alimento, qual o principal motivo?

11.5 Se não estiver em aleitamento materno, quais os **motivos**:

11.6 Retornou ao trabalho? 1 Sim() 2 Não() 3 Não se aplica ()

11.7 O bebê foi para a consulta de seguimento (no hospital em que nasceu)? 1 Sim() 2 Não()

11.8 Se não, foi para consulta em Posto de Saúde? 1 Sim() 2 Não()

11.9 O bebê está ganhando peso? 1 Sim() 2 Não()

11.10 O bebê adoeceu? 1 Sim() De quê? 2 Não()

APÊNDICE C - Checklist de seguimento dos participantes

Coleta de dados – UN1 (UN2)

PARTICIPANTES ELEGÍVEIS

Critérios: (1) prematuridade (RNP), ou seja, com idade gestacional menor que 37 semanas,

(2) *Interimamento da UNN nas pressões para a descolonização da UNN* (p. 100) permanecendo inalterada de 40 anos e

(3) alta hospitalar a partir de 01 de abril de 2014

Perda de seguimento/ Recusa

APÊNDICE D - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Prezada senhora,

Por meio deste termo, você está sendo convidada a participar da pesquisa que se chama “Aleitamento materno em prematuros: impacto da IHAC para unidades neonatais”, em desenvolvimento junto à Universidade Federal de Pernambuco, sob a responsabilidade da Profa. Dra. Maria Gorete Lucena de Vasconcelos e colaboradores.

Seu apoio e participação são muito importantes para a realização deste estudo, que tem como objetivo geral implementar e testar a efetividade da Iniciativa Hospital Amigo da Criança recém-adaptada para as unidades neonatais (IHAC-Neo) no aumento das taxas de aleitamento materno exclusivo. Para tal, a pesquisa será dividida em três fases: Fase 1: Avaliar o quanto os prematuros são amamentados exclusivamente no peito, e a quantidade de infecções relacionadas ao AM em prematuros internados neste hospital; Identificar o que os profissionais de saúde e as mães/família fazem para apoiar o aleitamento materno em prematuros neste hospital; Identificar as barreiras e facilitadores para o estabelecimento do aleitamento materno de prematuros neste hospital; Fase 2: Implementar práticas que facilitem o aleitamento materno em prematuros neste hospital e Fase 3: Examinar o quanto este hospital acatou a essas novas práticas implantadas nesta instituição e o quanto as mães/família ficaram satisfeitas com essas práticas; Avaliar o quanto os prematuros são amamentados durante a internação três meses após a implementação dessas práticas; Medir a quantidade de infecções relacionadas ao AM.

Sua participação se dará por meio da busca de dados no prontuário do seu filho para analisarmos a situação de saúde dele (a) e a alimentação durante a internação e de uma entrevista guiada por um questionário com questões fechadas. Este questionário tem a intenção de avaliar as práticas de aleitamento materno no domicílio e sua vivência com a amamentação. O tempo previsto para esta entrevista que será realizada por telefone, em duas ocasiões (na segunda e na quinta semana após a alta hospitalar), será no máximo de 10 minutos.

Informamos que, caso aceite participar da pesquisa os dados coletados serão mantidos sob nossa responsabilidade e garantimos que seu nome não será divulgado em nenhum momento, e você poderá aceitar ou não a participar da pesquisa. Os possíveis riscos do estudo se referem a alguns desconfortos que você pode ter no momento em que for responder ao questionário, porém poderá interromper sua participação a qualquer momento. Faremos o possível para auxiliá-la caso o desconforto ocorra, esclarecendo-a ou tranquilizando-a. Sua participação será completamente voluntária, não havendo custo para você e nem pagamento pela sua participação. Caso em algum momento você se sinta lesada por algo que possa acontecer durante a 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, não somente durante a entrevista. 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 incrementar as práticas profissionais para que se estabeleça o aleitamento materno exclusivo nessas crianças. (benefícios)

Esta pesquisa foi analisada e aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (CEP 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-EERP-USP na Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP, Avenida Bandeirantes, 3900 Bairro: Monte Alegre - Campus Universitário, Ribeirão Preto – SP, CEP: 14040-902, telefone (16) 3602-3386, dias úteis, em horário comercial.

Agradecemos a sua colaboração.

Participante

Pesquisadora: Ana Paula Esmeraldo
 E-mail: anapaulaesmeraldo@gmail.com
 Telefones de contato: (81) 2126-3661
 (81) 9172-6223

Responsável (se a mãe for menor de idade)

Recife, _____ de _____ de 201__.

ANEXO A – Carta de Anuênciça (CISAM)



Anuênciça de Participação

O Centro Integrado de Saúde Amaury Medeiros - CISAM concorda com a realização da pesquisa **"Aleitamento materno em prematuros: impacto da IHAC para unidades neonatais"** neste centro, pela pós-graduanda Ana Paula Lima, sob coordenação da Profa. Dra. Carmem Gracinda Silvan Scuchi.

Esta anuênciça condicionada à aprovação do projeto em questão pelo Comitê de Ética em Pesquisa designado.

Fátima Maia
Dra Fátima Maia

Diretora do CISAM

Recife, _____ de _____ de 2013

CENTRÔ INTEGRADO DE SAÚDE AMAURY DE MEDEIROS
Rua Visconde de Marambaia, s/nº - Encalhado - Recife - PE
CNPJ: 52.070.413 - Fone: (81) 3427.3700 ou 3011 - FAX: (81) 3427.3389
C.G.C. 11.022.847/0012-44 / cisam@upe.uecerra.com.br

ANEXO B – Carta de Anuênciа (HC)

ANUÊNCIA DE PARTICIPAÇÃO

A Unidade Neonatal concorda com a realização da pesquisa **"Aleitamento materno em prematuros: impacto da IHAC para unidades neonatais"** no Hospital das Clínicas - UFPE, pela pós-graduanda Ana Paula Esmeraldo Lima, sob coordenação da Profa. Dra. Maria Gorete Lucena de Vasconcelos e da Profa. Dra. Carmen Gracinda Silvan Sochi.

Esta anuênciа está condicionada à aprovação do projeto em questão pelo Comitê de Ética em Pesquisa designado.

Lindacir Sampaio de Oliveira

Dra Lindacir Sampaio

Coordenadora da Unidade Neonatal

Hospital das Clínicas/UFPE

Lindacir Sampaio de Oliveira
CRM 7039
Coordenadora da Unidade Neonatal
UFPE

Recife, 22 de outubro de 2013.

ANEXO C – Folha de aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa



ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
 Centro Colaborador da Organização Mundial da Saúde para o Desenvolvimento da Pesquisa em Enfermagem

Avenida Bandeirantes, 3900 - Ribeirão Preto - São Paulo - Brasil - CEP 14040-302 - Fone: 55 16 3602.3382 - 55 16 3602.3381 - Fax: 55 16 3602.0518
www.eerp.usp.br - eerp@edu.usp.br

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA EERP/USP

Of.CEP-EERP/USP – 042/2014

Ribeirão Preto, 12 de Março de 2014.

Prezada Senhora,

Comunicamos que o projeto de pesquisa, abaixo especificado, foi analisado e considerado **APROVADO** pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, em sua 176ª Reunião Ordinária, realizada em 12 de março de 2014.

Protocolo CAAE: 23975813.7.1001.5393

Projeto: Aleitamento materno em prematuros: impacto da IHAC para unidades neonatais.

Pesquisadores: Carmen Gracinda Silvan Scochi

Em atendimento à Resolução 466/12, deverá ser encaminhado ao CEP o relatório final da pesquisa e a publicação de seus resultados, para acompanhamento, bem como comunicada qualquer intercorrência ou a sua interrupção.

Atenciosamente,

Claudia B. Santos
Prof. Dr. Claudia Benedita dos Santos
 Coordenadora do CEP-EERP/USP

Ilma. Sra.
Profa. Dra. Carmen Gracinda Silvan Scochi
 Departamento de Enfermagem Materno-Infantil e Saúde Pública
 Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - USP