

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
CENTRO ACADÊMICO DE VITÓRIA
CURSO DE GRADUAÇÃO EM NUTRIÇÃO

KENNIA KISS BORGES SANTOS

**PRÁTICA DO ALEITAMENTO MATERNO EM CRIANÇAS PREMATURAS
ACOMPANHADAS EM UM HOSPITAL DE REFERÊNCIA PARA RECÉM-
NASCIDOS DE ALTO RISCO**

Vitória de Santo Antão

2017

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
CENTRO ACADÊMICO DE VITÓRIA
CURSO DE GRADUAÇÃO EM NUTRIÇÃO

KENNIA KISS BORGES SANTOS

**PRÁTICA DO ALEITAMENTO MATERNO EM CRIANÇAS PREMATURAS
ACOMPANHADAS EM UM HOSPITAL DE REFERÊNCIA PARA RECÉM-
NASCIDOS DE ALTO RISCO**

Trabalho de conclusão de curso apresentado ao colegiado de graduação em Nutrição do Centro Acadêmico de Vitória da Universidade Federal de Pernambuco em cumprimento a requisito parcial para obtenção do grau de Bacharel em Nutrição.

Orientadora: Profa. Dr. Michelle Figueiredo Carvalho

Coorientador: Prof. Ms. Antônio Flaudiano Bem Leite.

Vitória de Santo Antão

2017

Fonte
Sistema de Bibliotecas da UFPE. Biblioteca Setorial do CAV.
Bibliotecária Jaciane Freire Santana, CRB-4/2018

S237p Santos, Kennia Kiss Borges.

Prática do aleitamento materno em crianças prematuras acompanhadas em um hospital de referência para recém-nascidos de alto risco/ Kennia Kiss Borges Santos. - Vitória de Santo Antão, 2017.
95 folhas: il.

Orientadora: Michelle Figueiredo Carvalho.

Coorientador: Antônio Flaudiano Bem Leite.

TCC (Graduação em Nutrição) - Universidade Federal de Pernambuco, CAV, bacharelado em Nutrição, 2018.

Inclui referências e anexos.

1. Aleitamento Materno. 2. Recém-Nascido Prematuro - Nutrição. I. Carvalho, Michelle Figueiredo (Orientadora). II. Leite, Antônio Flaudiano Bem. III. Título.

649.33 CDD (23.ed)

BIBCAV/UFPE-023/2018

Folha de aprovação

Kennia Kiss Borges Santos

PRÁTICA DO ALEITAMENTO MATERNO EM CRIANÇAS PREMATURAS ACOMPANHADAS EM UM HOSPITAL DE REFERÊNCIA PARA RECÉM- NASCIDOS DE ALTO RISCO

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Colegiado do Curso de Graduação em Nutrição do Centro Acadêmico de Vitória da Universidade Federal de Pernambuco em cumprimento a requisito parcial para obtenção do grau de Bacharel em Nutrição.

Data: 19/01/2018

BANCA EXAMINADORA:

Prof^a. Dr^a. Wylla Tatiana Ferreira e Silva
UFPE/CAV – Núcleo de Nutrição

Prof^a. Dr^a. Sílvia Alves da Silva
UFPE/CAV – Núcleo de Nutrição

Camilla Peixoto Santos
Nutricionista Residente em Saúde da Família – Vitória de Santo Antão

Dedico esse trabalho a Deus pela força e coragem durante essa longa caminhada. Ao meu esposo e minha mãe que com muito carinho e apoio não mediram esforços para que chegasse até esta etapa de minha vida.

AGRADECIMENTOS

Primeiramente agradeço a Deus que meu deu a oportunidade de ingressar em uma instituição pública, capacitou-me, orientou-me e ajudou-me a chegar até aqui, mesmo sem merecer.

Ao meu esposo Jadson Geovaneque leu cautelosamente e carinhosamente meu trabalho, sendo crítico e fazendo isso com toda dedicação que só ele tem, por toda sua paciência, que por sinal foi muita. Ajudou-me bastante me dando dicas e apoio moral para desenvolvimento deste trabalho.

À minha querida mãe Jaidete Santos por acreditar em mim mais do que eu mesma, por suas orações que sempre me incentivaram dando-me forças para que eu continuasse lutando durante toda a graduação e alcançasse meus sonhos.

Às minhas amigas de graduação Alcione, Gesikelly e Tafnes que nunca mediram esforços para me ajudar e torceram por mim a todo o momento.

Aos meus pastores e amigos Gilcélio e Aldênio e suas respectivas esposas Magdala e Soraia, assim como uma amiga muito especial, Marília Motta, que me ajudaram em orações me apoiando.

Um agradecimento muito especial à minha orientadora Michelle Carvalho, uma nutricionista admirável que me guiou pacientemente no decorrer de todo trabalho, dando-me todo suporte necessário.

Obrigada também ao meu coorientador Antônio Bem Leite pelas discussões produtivas, pelo seu trabalho formidável e pela paciência em entender todos os objetivos do trabalho.

Agradeço a todas as mães que participaram pacientemente da pesquisa.

Enfim, o meu muitíssimo obrigado a todos que me ajudaram a conquistar mais uma vitória!

“Eu tentei 99 vezes e falhei, mas na centésima tentativa eu consegui, nunca desista de seus objetivos mesmo que esses pareçam impossíveis, a próxima tentativa pode ser a vitoriosa.”

(Albert Einstein)

RESUMO

O parto prematuro é compreendido como aquele que ocorre antes da 37ª semana gestacional, podendo acarretar intercorrências ao recém-nascido e dificulta a prática da amamentação, e sabe-se que o leite materno é de grande importância para a recuperação, crescimento e desenvolvimento do bebê. O presente trabalho objetiva analisar a prática do aleitamento materno (AM) em crianças prematuras acompanhadas em hospital de referência para recém-nascido de alto risco no município da Vitória de Santo Antão – PE. O estudo é do tipo longitudinal, de seguimento prospectivo, realizado com 34 prematuros, nascidos ou transferidos para clínica neonatal do Hospital João Murilo de Oliveira, e posteriormente acompanhados no ambulatório de Nutrição da unidade hospitalar. Os pré-terms foram avaliados no momento da alta hospitalar, no 2º e 4º mês de idade cronológica. No que concerne ao tipo de AM na alta hospitalar, houve predomínio do aleitamento materno exclusivo (AME) com 76,6%, reduzindo significativamente no 2º mês para 35,3% e no 4º mês para 20,6%, no entanto, sem significância estatística. O início do seio materno livre (SML) foi em média 15 dias após o nascimento, os prematuros desmamados no 2º e 4º mês e vida iniciaram o SML em média do 19º e 17º dia, respectivamente. Na alta a maior prevalência do AM foi entre os prematuros de mães adolescentes (100,0%), moradoras do município da Vitória de Santo Antão (95,0%), ingressantes do ensino médio ou superior (94,7%), solteiras (100,0%), moradoras de casa com rede de esgoto (100,0%) com água encanada (96,1%), com coleta de lixo (96,0%), que recebiam benefício do governo (100,0%), e com renda mensal menor ou igual a 1 salário mínimo (95,5%). Correlacionando as características clínicas maternas e neonatais com a prática do AM no 2º mês, observou-se maior prevalência entre as mães multíparas (78,6%), acometidas ao parto cesáreo (77,8%), participantes de 6 ou mais consultas do pré-natal (75,0%), com experiência prévia em amamentar (75,0%), que amamentaram anteriormente por 4 ou mais meses (87,5%), prematuros do sexo feminino (75,0%), com idade gestacional (IG) igual ou maior a 34 semanas (71,4%), peso ao nascer insuficiente (69,6%), estado nutricional adequado/grande para idade gestacional (AIG/GIG) (65,6%), que não faziam uso de chupeta (93,7%) e mamadeira (100,0%), estas duas últimas foram significativas estatisticamente. Quanto a promoção e orientações sobre o AM, no 4º mês o predomínio foi entre os pré-terms que não foram colocados no seio na 1ª hora pós-parto (60,0%), que não receberam visita domiciliar na primeira semana pós-alta (65,0%), entre mães que não receberam orientação sobre dar somente o leite de peito até os 6 meses (75,0%), nem sobre o não uso de chupeta (64,3%) e mamadeira (73,3%). Os resultados encontrados evidenciam que é possível atingir elevadas taxas do AME em prematuros na alta, no entanto a sua continuidade foi comprometida, apresentado elevadas taxas de desmame precoce, em especial nos pré-terms que iniciaram o SML mais tardiamente, como também entre aqueles que fizeram o uso de chupeta e mamadeira. Se faz necessário mais estudos que acompanhem além dos 4 meses para melhor compreensão dessa prática.

Palavras-chaves: Aleitamento Materno. Prematuros. Prevalência

Abstract

Preterm birth is understood as occurring before the 37th gestational week, which may lead to complications of breastfeeding, and it is known that breastmilk is of great importance for the recovery, growth and development of the baby. The present study aims to analyze the practice of breastfeeding (AM) in premature infants followed at a referral hospital for high risk newborns in the city of Vitória de Santo Antão - PE. The study is a longitudinal, prospective follow-up study with 34 premature infants, born or transferred to a neonatal clinic at the João Murilo de Oliveira Hospital, and then followed up at the Nutrition outpatient clinic of the hospital unit. The pre-terms were assessed at the time of hospital discharge, in the 2nd and 4th month of chronological age. Regarding the type of breastfeeding at hospital discharge, there was a predominance of exclusive breastfeeding (AME) with 76.6%, reducing significantly in the 2nd month to 35.3% and in the 4th month to 20.6%, however, without statistical significance. The onset of the maternal free breast (SML) was on average 15 days after birth, the preterm weaned in the 2nd and 4th month and life began the SML in average of the 19th and 17th day, respectively. The highest prevalence of AM was among the preterm infants of adolescent mothers (100.0%), residents of the city of Vitória de Santo Antão (95.0%), high school students (94.7%), single parents (100.0%), housewives with a sewage network (100.0%) with piped water (96.1%), with garbage collection (96.0%), receiving government benefits (100.0% %), and with monthly income less than or equal to 1 minimum wage (95.5%). Correlating the maternal and neonatal clinical characteristics with the practice of MA in the 2nd month, a higher prevalence was observed among multiparous mothers (78.6%), cesarean birth (77.8%), participants of 6 or more prenatal (75.0%), previous experience in breastfeeding (75.0%), who previously breastfed for 4 months or more (87.5%), female premature (75.0%), aged gestational age (GI) equal to or greater than 34 weeks (71.4%), insufficient birth weight (69.6%), adequate / large gestational age (AIG / GIG) (65.6%), which did not made use of pacifiers (93.7%) and bottle feeding (100.0%), the latter two were statistically significant. Regarding the promotion and orientation of MA, in the 4th month, the predominance was among the pre-terms that were not placed in the first hour postpartum (60.0%), who did not receive a home visit in the first post-discharge week (65.0%), mothers who did not receive guidance on giving breast milk only up to 6 months (75.0%), or on non-use of pacifiers (64.3%) and bottle feeding (73.3% %). The results show that it is possible to achieve high rates of AME in preterm infants at discharge, but their continuity was compromised, presenting high precocious weaning rates in spatial in the preterm infants who started SML later, as well as among those who made use of pacifier and bottle. Further studies are required to accompany patients beyond 4 months to better understand this practice.

Key-words: Breastfeeding. Premature. Prevalence.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 – Composição do colostro e do leite materno maduro de mães de crianças a termo e pré-termo e do leite de vaca.....	26
Figura 2 – Fluxograma de seguimento dos prematuros na pesquisa, Vitória de Santo Antão - Pernambuco, 2017.....	34
Quadro 1 – Variáveis independentes e suas categorizações agrupadas em sociodemográficas e clínicas da mãe, clínica do prematuro, promoção orientações do aleitamento materno, Vitória de Santo Antão - Pernambuco, 2017.....	37
Gráfico 1 – Tipo de aleitamento materno e desmame no momento da alta hospitalar, no 2º e 4º mês de idade cronológica dos prematuros. Vitória de Santo Antão, Pernambuco, 2017.....	40
Gráfico 2 – Prevalência do aleitamento materno no 2º mês de idade cronológica, segundo a média em dias do início do seio materno livre. Vitória de Santo Antão - Pernambuco, 2017.....	41
Gráfico 3 – Prevalência do aleitamento materno no 4º mês de idade cronológica, segundo a média em dias do início do seio materno livre. Vitória de Santo Antão - Pernambuco, 2017.....	42

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Prática do aleitamento materno segundo as características sócio demográficas no momento da alta hospitalar, ao 2º e 4º mês de idade cronológica. Vitória de Santo Antão, Pernambuco, 2017.....	43
Tabela 2 – Prática do aleitamento materno segundo as características clínicas da mãe no momento da alta hospitalar, no 2º e 4º mês de idade cronológica. Vitória de Santo Antão, Pernambuco, 2017.....	45
Tabela 3 – Prática do aleitamento materno segundo as características clínicas do prematuro no momento da alta hospitalar, no 2º e 4º mês de idade cronológica. Vitória de Santo Antão, Pernambuco, 2017.....	47
Tabela 4 – Prática do aleitamento materno no 2º e 4º mês de idade cronológica, segundo aspectos relacionados à sua promoção e orientações. Vitória de Santo Antão, Pernambuco, 2017.....	49
Tabela 5 – Análise de regressão logística aos fatores associados ao AM de prematuros no 4º mês de idade cronológica Vitória de Santo Antão - Pernambuco, 2017.....	50

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AA	Aleitamento artificial
AIG	Adequado para idade gestacional
AM	Aleitamento materno
AMC	Aleitamento materno complementar
AME	Aleitamento materno exclusivo
AMM	Aleitamento materno misto
AMP	Aleitamento materno predominante
CEP	Comitê de ética em pesquisa
ENPASCS	Estratégia amamenta e alimenta Brasil que é a junção da estratégia nacional para a <i>alimentação complementar saudável</i>
GIG	Grande para idade gestacional
HIV	Human Immunodeficiency Virus
HJMO	Hospital João Murilo de Oliveira
HTLV 1	Virus that infects human T cells (relacionado à doença neurológica e leucemia)
HTLV 2	Virus that infects human T cells (pouca evidencias com a causa da doença)
IG	Idade gestacional
OMS	Organização mundial de saúde
PIG	Pequeno para idade gestacional
RN	Recém-nascido
RNBP	Recém-nascido de baixo peso
RNMBP	Recém-nascido de muito baixo peso
RNMMBP	Recém-nascido de muitíssimo baixo peso
RNPT	Recém-nascido pré-termo
SBP	Sociedade brasileira de pediatria
SINASC	Sistema de nascido vivos
SML	Seio materno livre
UCI	Unidade de cuidados intensivos
UNICEF	Fundo das nações unidas para a infância
UTI	Unidade de terapia intensiva

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	12
2. OBJETIVOS.....	15
2.1. Geral.....	15
2.2. Específico	15
3. JUSTIFICATIVA.....	16
4. REVISÃO DE LITERATURA.....	17
4.1. Prematuridade	17
4.2. História do Aleitamento Materno	18
4.2.1. Prevalência do Aleitamento Materno	20
4.2.2. Benefícios do Aleitamento Materno	22
4.3. Estratégias para Promoção do Aleitamento Materno	26
4.3.1. Políticas Públicas que favorecem o Aleitamento Materno	26
4.4. Causa do Desmame	30
5. MATERIAL E MÉTODOS.....	32
5.1. Tipo e estudo	32
5.2. Local do estudo	32
5.3. Critérios de elegibilidade.....	33
5.4. Amostra do estudo.....	33
5.5. Coletas de dados	34
5.6. Definição de termos e variáveis do estudo	35
5.6.1. Variável dependente	36
5.6.2. Variáveis independentes	36
5.7. Procedimentos e análise de dados	39
5.8. Aspectos éticos e legais.....	39
6. RESULTADOS.....	40
7. DISCUSSÃO	51
8. CONCLUSÕES	66
REFERÊNCIAS	68
APÊNDICE	74
ANEXO	93

1. INTRODUÇÃO

O aleitamento materno é um dos hábitos alimentares mais antigos. O leite da mãe é o primeiro alimento que deve ser oferecido à criança após seu nascimento, no entanto, em meados dos séculos XVII e XVIII, a elite já condenava a prática da amamentação, pois era considerado um comportamento típico das mulheres da classe inferior. Por isso, esse período também ficou conhecido por dar origem às amas de leite (NASCIMENTO, 2011).

Diante de tais circunstâncias, houve um aumento dos indicadores de mortalidade infantil, o que levou os médicos associarem os altos índices de mortalidade com a recusa materna para amamentar. Dessa forma, as mulheres foram orientadas a amamentar com o intuito de preservar a vida e saúde de seus bebês (NASCIMENTO, 2011).

O leite materno é a principal fonte de alimentação para o recém-nascido, além de fornecer os elementos nutricionais ideais para que a criança atinja o crescimento saudável, exerce proteção, atua na redução da morbimortalidade infantil, no desenvolvimento da estrutura óssea e neurológica. Em relação à mãe, fortalece o vínculo com o filho, atua na proteção contra o câncer de mama e a depressão, reduz as possibilidades de uma nova gestação e do ponto de vista econômico diminui os possíveis gastos em serviços de saúde e na compra de leites artificiais (FIGUEIREDO, 2013; BRASIL, 2015).

Assim, a Organização Mundial de Saúde (OMS) orienta que o aleitamento materno exclusivo (AME) aconteça até o 6º mês e seja complementado até os 2 anos ou mais. O tempo de duração da gestação é fundamental para o sucesso dessa recomendação, pois diante de um parto prematuro, pode trazer consequências, retardando e/ou dificultando o início da amamentação e sua continuidade (SILVA; TREVISAN, 2014).

A gestação é influenciada por diversos fatores, que podem muitas vezes, resulta em um parto prematuro (BRASÍLIA, 2011). A prematuridade ocorre quando o parto acontece entre a 22ª e antes da 37ª semana de gestação, acarretando diversos prejuízos à saúde do recém-nascido (RN) (BRASÍLIA,

2014). Uma das medidas a serem adotadas para auxiliar na recuperação do bebê pré-termo é justamente a prática da amamentação (BRASÍLIA, 2011), uma vez que, estudos mostram que o leite humano em crianças prematuras é eficaz no melhor ganho de peso comparado aos outros tipos de leites (SILVA et. al., 2014; GUBERT, 2012).

Contudo, diante do parto prematuro pode haver a privação da lactação pós-parto, o retardo da amamentação e consequentemente o comprometido do seu progresso. Por isso, é importante identificar as dificuldades do recém-nascido pré-termo (RNPT) no acompanhamento nutricional, para que seja possível promover os cuidados e intervenções adequadas e assim minimizar ou eliminar as dificuldades para amamentar (GUBERT, 2012).

De acordo com a OMS (2012), estima-se que anualmente nasçam 15 milhões de prematuros no mundo e o Brasil se encontra na 10^a colocação no ranking mundial. Segundo a Pesquisa nascer Brasil, o Nordeste representa 10,9% dos nascimentos prematuros do país e conforme o Sistema de Informação de Nascidos Vivos (SINASC), em 2015 no estado de Pernambuco foram mais de 16 mil partos prematuros e no município da Vitória de Santo Antão em torno de 690 (UNICEF, 2013; SINASC, 2017).

A Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher (PNDS), realizada em 2006, revelou que no nordeste mais de 95% dos recém-nascidos a termo foram amamentados no primeiro dia de vida, porém, apenas 50% dos menores de 2 e 4 meses, estavam em AME (BRASIL, 2009). Estudo realizado com bebês prematuros, mostrou uma significativa redução na prevalência do AM com o passar da idade, passando de 90,5% aos 15 dias pós-alta, para 41,0% aos 6 meses de idade cronológica (REZENDE et al.; SASSÁ et al., 2014). Diante de estudos que corroboram com essa considerável diminuição, é importante que haja estratégias e políticas públicas que incentivem essa prática, como também leis que resguardecem o direito da amamentação para essas crianças.

A orientação às mães é a chave para o sucesso da amamentação e deve ser iniciada desde o pré-natal. O profissional de saúde deve expor os seus benefícios e as desvantagens da sua interrupção, ensinar técnicas de

pega correta, incentivar o AM na sala de parto, acompanhar o seu andamento e o correto momento para o desmame (BRASIL, 2015).

As mães são orientadas ao desmame espontâneo e no momento escolhido pela criança. Porém, na maioria das vezes, acontece precocemente e de forma invasiva e no tempo determinado pelas mães, que em muitos casos, são influenciadas pela cultura e não recebem o apoio da família, resultando em diversos problemas para saúde da criança (BRASIL, 2015).

Diante do exposto, torna-se importante o acompanhamento nutricional dos prematuros, bem como investigar a prevalência do AM e os fatores que podem estar associados com a sua prática, pois a imaturidade fisiológica, neurológica e o baixo peso ao nascer, são condições dos pré-termos que podem dificultar a prática da amamentação (SILVA; TREVISAN, 2014).

2. OBJETIVOS

2.1. Geral

Analisar a prática do aleitamento materno em crianças prematuras acompanhadas em hospital de referência para recém-nascido de alto risco no município da Vitória de Santo Antão - PE.

2.2. Específico

- Acompanhar a prevalência do aleitamento materno conforme seus tipos;
- Identificar os principais motivos que levaram ao desmame precoce;
- Correlacionar a prevalência do aleitamento materno com a média em dias de início do seio materno livre;
- Relacionar a prevalência do aleitamento materno com as características sociodemográficas, clínicas da mãe e do prematuro, como também a promoção e orientações sobre a amamentação pelos profissionais de saúde.

3. JUSTIFICATIVA

O presente estudo justifica-se pelo fato de que é indispensável o acompanhamento nutricional para a promoção e incentivo a prática do aleitamento materno em prematuros. Por tratar-se de um grupo que apresenta elevado risco nutricional é importante analisar e comparar a prevalência da amamentação e os seus tipos nesse momento, bem como suas correlações, tendo em vista a adaptação entre o prematuro e a família nesse período. Uma vez que o leite materno é o principal componente que proporcionará melhor desenvolvimento neurológico, ganho de peso apropriado, redução de doenças e elementos nutricionais adequados.

De tal modo, diante dos dados encontrados pôde-se saber o diagnóstico da população estudada e elaborar ações para solucionar ou minimizar os problemas encontrados, e assim prolongar essa prática pelo período adequado, resultando numa melhor qualidade de vida para essas crianças e suas mães.

4. REVISÃO DE LITERATURA

4.1. Prematuridade

A gestação é influenciada por diversos fatores, como os aspectos biológicos, ambientais, socioeconômicos e culturais que contribuem para que o nascimento ocorra no período correto (BRASÍLIA, 2011). Entretanto, em algumas situações pode ocorrer o parto prematuro, que é definido quando acontece entre a 22^a e antes da 37^a semanas gestacionais, independentemente do peso de nascimento do recém-nascido (BRASÍLIA, 2014). O parto prematuro traz inúmeros malefícios à saúde do pré-termo e pode até resultar na sua morte (BRASÍLIA, 2011). O recém-nascido pode ser acometido de icterícia, distúrbios respiratórios, hipoglicemia, infecções precoces, malformações e intercorrências no período neonatal (COSTA et al, 2015).

A prematuridade possui classificações quanto à idade gestacional ao nascer; ao peso e ao estado nutricional do nascimento. Em relação à idade gestacional (IG) ao nascimento, pode ser classificada segundo os critérios da Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP) (2009), como prematuridade extrema, quando a IG é inferior a 28 semanas; grave, quando apresentam entre 28 e 30 semanas; moderado entre 31 e 33 semanas e tardia, entre 34 e 36 semanas de IG.

Quanto o peso de nascimento, os prematuros nascidos com peso $\geq$ 4000g são classificados como macrossômicos, entre 3999 e 2500g são os de peso adequado, entre 2499g e 1500g são os de baixo peso, entre 1499g e 1000g são os de muito baixo peso e <1000g aqueles em extremo baixo peso (SBP, 2009).

Outra classificação é de acordo com a sua localização nas curvas de crescimento intrauterino, segundo a curva de Alexander (1966) (ANEXO A) é realizada a classificação do prematuro ao nascer e de acordo com a de Fenton e Kim (2013) (ANEXO B e C) é possível realizar o acompanhamento do crescimento do prematuro, nelas é possível relacionar o peso com a idade gestacional. Os que se localizam acima da curva superior (percentil 90) são aqueles grandes para sua idade gestacional (GIG), os que se localizam entre

as curvas (percentil 10 e 90) são adequados para sua idade gestacional (AIG) e os que se localizam abaixo da curva inferior (percentil 10) são pequenos para a idade gestacional (PIG).

Nos últimos anos, a prematuridade tem se mantido com elevados índices. No ano de 2012, a OMS realizou o Relatório de Ação Global no Nascimento Prematuro (*Born Too Soon, The Global Action Report on Preterm Birth*) apontando que anualmente nascem em média 15 milhões de bebês pré-termo, o equivalente a 1 a cada 10 nascidos vivos. Nessa mesma pesquisa, foram avaliados 184 países, revelando que a taxa de nascimentos prematuros varia entre 5% e 18%. Também indicou que mais de 60% dos nascimentos precoces ocorrem na África e sul da Ásia, além disso, nos países mais carentes, nascem em média 12% de crianças prematuras e nos de maior renda 9%. O Brasil se encontra na décima colocação no ranking mundial de prematuridade, apresentando uma média de 279mil partos prematuros por ano, o primeiro e segundo lugar pertence respectivamente, à Índia com mais de 3.500 milhões e a China com mais de 1.170 milhões de partos precoces por ano.

Outra pesquisa realizada foi a Nascer no Brasil, revelando que em 2010 houve uma prevalência de 11,7% de nascimentos precoces no país. Nas regiões mais desenvolvidas como Sul e Sudeste os resultados foram superiores às outras regiões, respectivamente 12,0% e 12,5%, seguido pelo centro-oeste com 11,5%, pelo Nordeste com 10,9% ocupando o penúltimo lugar e o Norte com 10,8% (UNICEF, 2013).

Além disso, o SINASC revela que em 2015 nasceram mais de 16 mil prematuros no estado de Pernambuco, já no município da Vitória de Santo Antão no mesmo ano foram mais de 690 nascimentos antecipados. (SINASC, 2017).

4.2. História do Aleitamento Materno

A existência dos problemas culturais relacionados ao ato de amamentar no cenário da alimentação infantil é antiga. Segundo Silva (1997), a classe mais nobre, como os aristocratas e burgueses, desprezavam o ato de

amamentar, julgavam-no como grotesco e repulsivo, pois se tratava de práticas destinadas à classe social inferior, tanto que nos séculos XVII e XVIII, a nobreza passou a fazer o uso das amas de leite. Portanto, observa-se que em décadas anteriores os benefícios do leite materno não eram valorizados pelas mães, acarretando diversas consequências na saúde de seus filhos. (BOSI e MACHADO, 2005).

Na nomenclatura, ama de leite representa uma mulher que amamenta a criança de outra mulher (HOUAISS, 2009). As amas eram escravas vendidas ou alugadas e devido a essa circunstância, na maioria das vezes, eram obrigadas a separar-se de seus filhos, que eram criados por outras escravas (KOUTSOUKOS, 2009).

No século XVI, conforme registros, algumas mães da burguesia parlamentar ainda amamentavam seus filhos. Porém, no fim desse século e no início do século XVII, muitas famílias em diversos países passaram a fazer o uso das amas de leite, outras até enviavam seus filhos à casa das amas para que lá fossem criados por elas (BOSI; MACHADO, 2005).

No Brasil, no fim do século XVIII e no século XIX, era comum que as amas no exercício da sua função convivessem com as famílias nobres ou como em outros países, os bebês fossem morar em suas casas. No entanto essas mulheres possuíam maior contato com a rua e eram acometidas frequentemente por epidemias de febre amarela e cólera, aumentando a possibilidade de transmitir essas doenças para seus senhores e principalmente para as crianças aleitadas por elas (KOUTSOUKOS, 2009). Diante desse fato, houve censura dos médicos que condenavam o uso das amas de leite, pelo grande risco de contaminação das crianças e aumento da mortalidade infantil, assim nomeando essa prática de “aleitamento mercenário” (KOUTSOUKOS, 2009).

Outro fato que contribuiu para o aumento das enfermidades e mortalidade que acometiam os bebês foi à prática das amas em ministrar o leite de vaca em chifres de boi furados. Essa técnica existia pelo fato de acreditarem que por não gostarem de amamentar os filhos de seus senhores,

achavam que através do leite tal sentimento fosse transmitido e assim ocasionavam a morte dos bebês (KOUTSOUKOS, 2009).

Contudo, o procedimento aumentava o risco de contaminação pelo uso de um instrumento não esterilizado, como também não era sabida a quantidade exata de água para diluição do leite e nem a sua procedência, aumentando de tal modo o risco para as crianças (BADINTER, 1985). Nota-se, portanto que o aleitamento artificial já era uma prática antiga. Anos depois, entre as décadas de 40 e 50, os médicos passaram a prescrever o leite em pó indiscriminadamente assegurando que se tratava de “produtos confiáveis”, o que levou as mães a acharem esse método mais prático (BOSI; MACHADO, 2005).

Em 1980, foram publicadas as primeiras pesquisas em diversos países expondo os benefícios do AME, em destaque a OMS e o Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF), entre outras organizações e pesquisas (FABRASO, 2010). Sendo assim, foi recomendado o seu uso exclusivo para crianças até os 6 meses, tendo como consequência a regulamentação do Código de Substitutos do leite humano na Assembleia Mundial de Saúde, além da implantação de vários programas e estratégias de promoção ao aleitamento materno, coordenados pelo Programa Nacional de Aleitamento Materno de 1981 do Ministério da Saúde do Brasil (BOSI; MACHADO, 2005).

Posteriormente, foi adotada a implementação da Iniciativa do Hospital Amigo da Criança (IHAC) no Brasil, criação de bancos de leite humano, capacitação para aconselhamento em amamentação, projeto carteiro amigo, dentre outras promoções. No início houve resistência na implantação desses programas, devido a uma nova rotina que seria adotada, apesar disso, atualmente, é possível observar o progresso dessas estratégias (BOSI; MACHADO, 2005).

4.2.1. Prevalência do Aleitamento Materno

A prevalência do AM mostra o percentual de crianças que são alimentadas com o leite materno nas suas diferentes classificações. Através desses dados é possível estimar a frequência dessa prática nas faixas etárias,

em variadas populações e em diferentes áreas geográficas e conhecer as condições de saúde desses grupos. Através da análise é possível contribuir orientando e intervindo para melhorar as condições de saúde e nutrição desses lactentes (BRASIL, 2001).

Conforme a PNDS, que objetivou identificar o perfil da amamentação em crianças menores de cinco anos, mostra que na região do Nordeste quase 52% dos recém-nascidos foram amamentados na primeira hora de vida e que 95,4% foram amamentados no seu primeiro dia. Sobre o tipo do aleitamento materno, observa-se que as crianças menores de 2 e 4 meses que estavam em AME apresentaram resultados próximos aos 50%, sendo mínima a diferença entre esses meses (BRASIL, 2009).

Dados posteriores foram apresentados pela 2ª Pesquisa de Prevalência de Aleitamento Materno nas Capitais Brasileiras e Distrito Federal, realizada durante a campanha de vacinação em 2008, tendo como público alvo crianças menores de 1 ano que compareceram à campanha. Um dos principais objetivos foi verificar a atual situação da amamentação nas capitais brasileiras e Distrito Federal (BRASÍLIA, 2009).

Esta pesquisa revelou que o AME nos menores de 6 meses na região do nordeste representou um percentual de 37,0% e em Recife 38,3%. Em relação às crianças que foram amamentados na primeira hora de vida, o nordeste e o Recife representaram ambos quase 67,0%. Quanto ao AM, nas crianças aos 2 meses de vida e residentes na capital do Recife a prevalência foi de 85,6% e aos 4 meses de 79,0%. As duas pesquisas mencionadas foram realizadas com crianças a termo, trazendo resultados positivos que são refletidos na redução da mortalidade infantil nos últimos anos (BRASIL, 2009).

Entretanto, os estudos realizados com crianças pré-termo revelam que os resultados podem ser desfavoráveis em relação às pesquisas com crianças a termo. Pois, na prematuridade, o desenvolvimento pode ser comprometido, resultando em riscos e complicações que acometem o recém-nascido, e assim, retardando o progresso da amamentação. A prática do AM é primordial para nutrição e recuperação adequada dessas crianças. Portanto, se faz

necessários estudos que identifiquem a prevalência do AM em crianças prematuras (LEMES, 2015).

O estudo de Rezende e colaboradores (2014) traz resultados da prevalência do AM em RNPT de muito baixo peso de duas maternidades localizadas em Belo Horizonte - MG. As crianças foram analisadas com 40 semanas de IG, aos 2 meses, 4 meses e 6 meses de idade corrigida. Observou-se que na primeira maternidade houve um declínio da prevalência do AM de quase 90% na 40^a semana gestacional para em torno de 35% aos 2 meses, 30% aos 4 meses e 10% aos 6 meses de idade corrigida. Já na segunda maternidade, houve o decréscimo de quase 50% na 40^a semana gestacional para aproximadamente 10% no 2º e 4º mês e 5% no 6º mês de idade gestacional (REZENDE et al., 2014).

Outra pesquisa realizada entre 2008 e 2009 em Maringá – PR, avaliou a prevalência do AM em crianças prematuras aos 15 e 45 dias após a alta hospitalar e aos 3 e 6 meses de idade cronológica. Constatou que a prevalência do AM aos 15 dias após a alta hospitalar foi de 90,5%, no entanto, apresentou um significativo declínio para 41% aos 6 meses de idade cronológica (SASSÁ et al., 2014). Observa-se que os valores são inferiores das recomendações da OMS e a manutenção do AME após a alta deve ser um objetivo comum no meio das mães.

4.2.2. Benefícios do Aleitamento Materno

Entende-se que o AM é um processo que traz diversas vantagens para a saúde da criança, como recuperação do estado nutricional, proteção contra infecções, desenvolvimento cognitivo e emocional, benefícios para saúde da mãe tanto física quanto psíquica. Portanto, o AM é a estratégia mais sensata e natural que promove afeto, proteção e nutrição, possui a competência para redução da morbimortalidade infantil, traz vantagens econômicas e eficazes para crianças a termos e pré-terms, apesar das limitações fisiológicas desse último grupo (BRASIL, 2015; FIGUEIREDO, 2013).

Os bebês prematuros apresentam comprometimento no desenvolvimento, resultando em diversas complicações neonatais, o cuidado

com a sua saúde, contribui para a redução da mortalidade infantil (BRASIL, 2011; LEMES, 2015). Desse modo, o AM é o componente essencial para auxiliar na recuperação do neonato (BRASÍLIA, 2011).

A melhor nutrição para o bebê é o leite materno, além de ser bem mais digerível, nele encontram-se proteínas, gorduras e vitaminas que serão fundamentais para o seu crescimento e desenvolvimento. Assim, as crianças de até 6 meses tem suas necessidades nutricionais supridas apenas com o seu uso (BRASIL, 2015). Nos últimos anos no Brasil, o índice de mortalidade no grupo infantil tem apresentado menores resultados. Contudo, o Nordeste é uma das prioridades de atenção para que no país não haja desigualdade nos índices de mortalidade, o que contribuiu para essa redução foi o aumento da prática do AM (BRASÍLIA, 2009).

O leite materno das mães de prematuros apresenta outro importante benefício, nele encontra-se uma adaptação necessária para as necessidades de uma criança pré-termo, pois possuem maiores teor de caloria, gordura e proteína (figura 1). Além dos componentes já citados, também apresentam fatores de defesa, triacilglicerol de cadeia média, e ácidos graxos poli-insaturados (FEFERBAUM; SILVA; MARCO, 2012; BRASIL, 2014b).

Segundo Oddy (2013) os benefícios do leite humano podem ser justificados pela sua mudança, que altera conforme as necessidades da criança e assim proporciona uma melhor proteção imunológica. Como também, apresentam componentes que protegem contra processos inflamatórios intestinais. Essa proteção é efetuada por meio de enzimas bioativas, hormônios, fatores de crescimento, citocinas e agentes imunológicos que amadurecem e promovem a defesa do hospedeiro, além do desenvolvimento neonatal. O estudo ainda mostra que uma pesquisa realizada em 67 países, constatou que quanto mais imediato é o início do AM na primeira hora de vida, menores são as ocorrências de letalidades neonatais (ODDY, 2013).

O AM também apresenta vantagens em relação ao crescimento infantil. Na pesquisa de Corrêa (2016) constatou que quanto mais precoce a interrupção do AME, maior é o déficit na estatura para idade. Conforme Caldas (2016), o AM é diretamente proporcional à melhores resultados do estado

nutricional, pois, mais de 78% das crianças da pesquisa consumiam o leite humano e mais de 90% estavam em estado nutricional eutrófico. Estudo também afirma que o AM pode agir beneficiando o combate à obesidade infantil (NASCIMENTO et al., 2016).

Outro benefício da continuidade da amamentação é a prevenção contra alergias alimentares e respiratórias. De acordo com Wille (2015), quanto mais precoce a interrupção do AME maior a propensão da criança desenvolver alergia a algum alimento. Uma amamentação deficiente acarreta alergia respiratória e sua ocorrência prevalece em crianças que não foram amamentadas. A justificativa é que no leite humano estão presentes anticorpos responsáveis pelo fortalecimento do sistema imune (OLIVEIRA; FANARO 2015).

Fonseca e colaboradores (2012) afirmam em sua pesquisa que o leite materno, também contribui para o desenvolvimento cognitivo. A pesquisa foi realizada com 560 crianças que mamaram exclusivamente até os 6 meses e avaliadas aos 8 anos de idade, essas crianças apresentaram resultados satisfatórios no desempenho da avaliação intelectual, independente da classe social da família, em relação as que não mamaram exclusivamente.

O AM também apresenta resultados positivos contra a diarreia, que é reconhecida como uma das principais causas de internação de crianças, sendo um grave problema de saúde pública. Estudos afirmam que o leite humano apresenta efeito protetor contra diarreia em crianças menores de 2 anos (BRASIL, 2009; BARNARDI; GAMA, 2011). Sendo assim, considerado um fator que diminui os números da mortalidade pós-neonatal, bem como na proporção dos casos de internações hospitalares ocasionadas por essa patologia (SANTOS et al., 2015).

Quanto mais duradoura a prática do AME, menos chances há da criança desenvolver diabetes, pois a sua interrupção e a introdução precoce do leite de vaca são fatores que interferem no seu surgimento. Pressupõe-se que o leite humano permita a maturação do sistema imunológico e assim protegendo-o contra diabetes tipo 1. Nele está presente substâncias bioativas que proporcionam o equilíbrio energético e a saciedade, reduzindo a

possibilidade do ganho de peso em excesso e assim reduzido a ocorrência da diabetes do tipo 2 (FERREIRA et al., 2013).

Além dos benefícios já expostos, outra ação eficaz do leite humano é contra a alteração da pressão arterial. Segundo Nobre e Lessa (2016) a interrupção do AM antes dos 6 meses está associado aos altos índices de casos de hipertensão arterial infantil. Um estudo de coorte realizado com 230 crianças indicou que os altos índices da pressão arterial sistólica estiveram associados com baixo peso ao nascer e com o menor período do consumo do leite materno (NOBRE; LESSA, 2016).

A amamentação proporciona o desenvolvimento da cavidade bucal, sendo essencial para melhor formação do palato duro, melhor alinhamento dos dentes e uma correta oclusão dentária (BRASIL, 2015). O que esboça o estudo de Lopes e colaboradores (2014), que quanto mais longo o tempo do AME menor a possibilidade da criança apresentar um padrão de respiração bucal.

O leite materno também traz inúmeros benefícios para a saúde da mãe, como proteção contra o câncer de mama. O Instituto Nacional do Câncer afirma que as mulheres que nunca amamentaram apresentam uma maior propensão ao desenvolvimento dessa doença. Desse modo, a amamentação também é compreendida como fator de proteção contra o câncer de mama (BRASIL, 2015).

A amamentação, quando realizada exclusivamente até o 6º mês, reduz os riscos de uma nova gestação. Esse procedimento apresenta efeito contraceptivo, quanto mais a criança mamar, a ovulação será retardada, assim, menos chances de engravidar (BRASIL, 2015).

A economia também é um ponto positivo, visto que, quando se faz o uso de outro leite tem-se um gasto com a fórmula infantil ofertada à criança, dentre outras despesas com utensílios, como mamadeiras, bicos e os remédios usados com as prováveis doenças ocasionadas pela não amamentação (BRASIL, 2015).

Ademais, achados apontam que a depressão pós-parto pode ser impossibilita pelo exercício da amamentação (FIGUEIREDO, 2013). Isso porque esta prática ocasiona o aumento do vínculo afetivo entre a mãe e seu

filho, possibilitando a comunicação, troca de afeto e olhares, proporcionando sentimentos de proteção na criança e de satisfação na mãe (BRASIL, 2015).

Todos esses são benefícios que promovem uma melhor qualidade de vida, já que resultam em menores acometimentos de doenças, gastos financeiros, situação de estresse, falta das mães ao trabalho, entre outras situações (BRASIL, 2015).

Figura 1 – Composição do colostro e do leite materno maduro de mães de crianças a termo e pré-termo e do leite de vaca.

Nutriente	Colostro (3–5 dias)		Leite Maduro (26–29 dias)		Leite de vaca
	A termo	Pré-termo	A termo	Pré-termo	
Calorias (kcal/dL)	48	58	62	70	69
Lípidios (g/dL)	1,8	3,0	3,0	4,1	3,7
Proteínas (g/dL)	1,9	2,1	1,3	1,4	3,3
Lactose (g/dL)	5,1	5,0	6,5	6,0	4,8

Fonte: BRASIL (2009)

4.3. Estratégias para Promoção do Aleitamento Materno

4.3.1. Políticas Públicas que favorecem o Aleitamento Materno

Pesquisas revelam que há anos atrás, já existia a carência de informações e a necessidade das mães serem orientadas e direcionadas na prática da amamentação (FEBRASGO, 2010; BRASIL, 2015). Diante disso, fez-se necessário a criação de políticas públicas que promovessem a amamentação desde o período gestacional. Pois, incentivar o AM durante a gestação, revelam resultados satisfatórios no desenvolvimento da amamentação (BRASIL, 2015).

O Ministério da Saúde tem desenvolvido estratégias para a promoção, proteção e apoio ao AM, tais como o Hospital Amigo da Criança (HAC), Método Canguru, Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil, Mulher Trabalhadora que Amamenta e Normas Brasileiras de Comercialização de Alimentos para lactentes e crianças de primeira infância e a Rede Brasileira de Banco de Leite

Humano. Todas essas estratégias têm como objetivo levar a informação às mulheres lactentes sobre seus direitos, ensinar técnicas para amamentar e orientar sobre os benefícios do AME (SES, 2012).

A IHAC foi criada pela OMS junto com a UNICEF em 1991, que tem como objetivo aplicar os “Dez passos para o Sucesso do Aleitamento Materno” e o Código Internacional de Comercialização dos Substitutos do Leite Materno, em que no Brasil é aplicado por meio da NBCAL – Norma Brasileira de Comercialização de Alimentos para Lactentes e Crianças de Primeira Infância, Bicos, Chupetas e Mamadeiras nas maternidades credenciadas (SES, 2012). Nos “Dez Passos para o Sucesso do Aleitamento Materno” encontram-se condutas para serem postas em prática no período pré-natal, durante o parto, no pós-parto imediato e na alta hospitalar (FEBRASGO, 2010).

Na Portaria Nº 1.153, de 22 de maio de 2014 traz as normas necessárias para se tornar um hospital com o título de HAC. É necessário seguir os “Critérios de habilitação da IHAC”, como estratégia de promoção, proteção, apoio ao AM, à saúde integral da criança e da mulher, sobre o domínio do Sistema Único de Saúde (SUS). Para evitar interferências no AM e garantir o uso apropriado de produtos destinados a recém-nascidos e a crianças, são utilizadas as NBCAL. Nelas encontraremos normas que regulam promoções comerciais e a rotulagem de alimentos e produtos destinados a recém-nascidos e a crianças de até 3 anos, como leites, papinhas, chupetas e mamadeiras. Assim, impedindo o uso desses produtos é possível favorecer o fortalecer do contato entre a genitora e seu filho (BRASÍLIA, 2006).

Na pesquisa de Silva e colaboradores (2015), foi aplicada os “Dez Passos para o Sucesso do Aleitamento Materno” em mais de 12 mil mães e revelando que quando realizada previamente a orientação sobre a importância do AM, a aceitação dos passos ocorre de forma positiva. Nesse estudo, também comprovam que os profissionais de saúde são extremamente importantes na aplicação de todas as etapas.

Para promover ainda mais esse contato entre mãe e filho surgiu o Método Canguru, que iniciou em 1979 na Colômbia. Nele é utilizada a técnica da mãe carregar o seu filho recém-nascido sobre seu tórax, com a finalidade de

melhorar os cuidados prestados ao neonato. Como os prematuros apresentam dificuldades para se alimentar e para regular a sua temperatura, por meio do Método Canguru é proporcionado o toque da criança com o seio materno, promovendo a regulação de sua temperatura corporal mediante o contato pele a pele com sua genitora (BRASÍLIA, 2011).

A equipe responsável em promover essa assistência deve contar com habilidades para estimular o mais precocemente a aproximação entre mãe e bebê, ou seja, nos cuidados intensivos ou no alojamento conjunto. Deve incentivar assim que possível, o estímulo ao reflexo de sucção ao peito, garantindo o AM e o acesso aos cuidados especializados necessários para uma melhor atenção ao recém-nascido em risco (BRASÍLIA, 2011).

Outro método para promover uma alimentação saudável para crianças é a Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil que é a junção da Estratégia Nacional para a Alimentação Complementar Saudável (ENPASCS) mais a Rede Amamenta Brasil. Essas estratégias apresentam apoio, promoção, proteção à alimentação saudável e ao aleitamento materno na atenção básica. A Estratégia Amamenta Alimenta Brasil surgiu a partir das demandas em trabalhar ambos os temas em um só momento, já que se tratava do mesmo público, como os profissionais de UBS, as mães, as crianças e seus familiares (BRASÍLIA, 2011).

Os objetivos da estratégia são incentivar a orientação alimentar na rotina dos serviços de saúde, formar hábitos alimentares saudáveis desde a infância, respeitar a cultura alimentar, despertar nos profissionais de saúde o interesse em qualificar-se, elaborar estratégias de acordo com a realidade das unidades e propor metas possíveis com a responsabilidade de todos para realizar as mudanças necessárias (BRASÍLIA, 2011).

Para as mães que trabalham e amamentam foi criada pelo Ministério da Saúde a Cartilha para a Mãe Trabalhadora. Nela contém informações sobre seus direitos de trabalhadora e mãe, a importância da manutenção do AM, bem como negociar com os patrões a melhor forma de manter o aleitamento e dar continuidade de forma segura, mesmo longe da criança (BRASÍLIA, 2010).

No Brasil, com a promulgação da Constituição Federal em 1988, é garantido às mulheres trabalhadoras os seus respectivos direitos e benefícios, como direito de 120 dias de licença maternidade, que também é abarcado na CLT. Já a lei 11.770 publicada em 9 de setembro de 2008, incentiva os patrões a ampliarem a licença maternidade até os 6 meses, se igualando com o período de recomendação do AME pela OMS (BRASÍLIA, 2010).

Como já citado, para o sucesso da amamentação também é fundamental o apoio dos serviços e profissionais de saúde. Diante disso, na assistência básica, mediante o SUS, tem-se firmado a Estratégia Saúde da Família, aperfeiçoando as orientações por meio das promoções de saúde (BRASIL, 2015). As orientações devem se iniciar desde o pré-natal em grupos de apoio à gestante com a participação da família, que é peça fundamental para o melhor desempenho da amamentação. Expor as vantagens do AM, desvantagens da sua interrupção precoce, orientar sobre a produção do leite, lactação na sala de parto, técnica adequada para amamentar, possíveis problemas com as mamas e no pós-parto acompanhar o andamento da amamentação (BRASIL, 2015).

No entanto, segundo a pesquisa de Batista e Colaboradores (2013), realizada com mães no período do puerpério, constatou que mais de 56% não receberam orientações no pré-natal e nem no puerpério imediato. Além disso, afirmaram que as mães acometidas a alguma dificuldade em aleitar, apresentaram na sua maioria problemas de fácil solução. Contudo, como não houve a orientação e nem o incentivo ao AME, as mães optaram em abandonar precocemente a amamentação.

Desse modo, as mães que recebem um melhor suporte dos profissionais de saúde no âmbito da amamentação permanecem amamentando por um maior período, em comparação aquelas não foram orientadas, resultando na melhor qualidade de vida da criança (FEBRASGO, 2010; BRASIL, 2015).

4.4. Causa do Desmame

O desmame pode ser compreendido pelo término do AM, evento que faz parte do amadurecimento da mãe e desenvolvimento da criança. Ocorre de maneira espontânea quando a criança determina esse acontecimento. Contudo, na prática, pode ser influenciada por diversos fatores, como sociais, culturais, econômicos, étnicos e comportamentais. Não há uma idade determinada, porém é mais frequente entre 2 e 4 anos (BRASIL, 2015).

Quando o desmame ocorre precocemente pode trazer diversas consequências, como prejuízos no desenvolvimento motor oral, acarretando em danos na mastigação, deglutição, respiração e articulação dos sons da fala e má oclusão dentária (BRASIL, 2015).

Um dos motivos mais frequentes para o desmame precoce é o choro excessivo da criança, no qual a genitora não sabe como lidar com essa situação e interpreta-o erroneamente. Entretanto, a criança poderia ser acalmada no afago do seio materno, mas provoca efeito inverso afastando o bebê da sua mãe. O choro ainda está diretamente associado com outra causa importante do desmame, que é o uso da chupeta para acalmar a criança (BRASIL, 2015).

Outro motivo frequente para o desmame precoce é a introdução de água, chás e leite não humano, pois geralmente são oferecidos em mamadeiras, fazendo com que a crianças apresente a “confusão de bicos” e após o uso da mamadeira, frequentemente as crianças recusam mamar no seio (BRASIL, 2015).

A interrupção da lactação também pode ocorrer pela presença do trauma mamilar, caracterizado por edemas, eritema, fissuras, bolhas, “marcas” brancas, amareladas ou escuras, hematomas ou equimoses, causando dor durante o momento da amamentação. Como também em uma nova gravidez, que pode prejudicar a continuidade da amamentação, resultando possivelmente na redução da produção do leite, alteração do sabor, causando maior sensibilidade nos mamilos e fadiga materna (BRASIL, 2015).

Além das causas citadas anteriormente, a criança pré-termo também apresenta outras causas para o desmame precoce. Diante do parto prematuro, o recém-nascido passa por vários procedimentos para garantir a sua sobrevivência: Como o uso de sonda para alimentação, uso da ventilação mecânica para ajudar na respiração, maior tempo de internação, fototerapia, administração de medicamentos, entre outros procedimentos. Esses processos auxiliam na recuperação do neonato, mas por outro lado retardam o contato com a mãe e o início do seio materno livre (SML) (SILVA; GUEDES, 2017).

Esses métodos limitam a evolução da amamentação, podendo ocorrer um atraso na coordenação de movimentos de sucção e deglutição pelo uso prolongado da sonda, hipersensibilidade oral devido à mínima experiência do contato com o alimento na boca, resultando na rejeição da nutrição por via oral. Achados apontam que outras importantes causas para o desmame precoce em prematuros são os fatores socioeconômicos, anatomofisiológicos, educacionais e culturais, estes dois últimos se destacam com elevados índices (SILVA; GUEDES, 2017).

O isolamento do recém-nascido pode comprometer o desenvolvimento físico da criança, por isso, a mãe deve ser incentivada a ter contato com o bebê mais previamente possível, ajudando na sua recuperação, favorecendo entre eles o vínculo afetivo e estimulando as glândulas mamárias (FEBRASGO, 2010). Diante da falha no processo de sucção pelo bebê, a mãe deve ser orientada a extrair o leite/colostró o mais breve possível para manutenção da lactogênese apropriada (FEBRASGO, 2010).

O desmame pode e deve ser de forma voluntária e tranquila, sem estresse para a mãe e a criança. Quando o desmame é realizado de maneira precoce deixa a criança insegura, interferindo no progresso da sua independência, devendo ser desestimulado pelos profissionais de saúde (BRASIL, 2015).

5. MATERIAL E MÉTODOS

5.1. Tipo e estudo

Estudo do tipo longitudinal, de seguimento prospectivo, com prematuros provenientes da UTI/UCI neonatal e acompanhados pós-alta no ambulatório de egresso do Hospital Estadual. O estudo examinou as mudanças na alimentação ao longo do tempo, os motivos para o desmame e a prática da promoção do aleitamento materno.

5.2. Local do estudo

O estudo foi realizado em um Hospital de referência estadual para recém-nascido de alto risco, João Murilo de Oliveira, que está localizado na Avenida Henrique de Holanda, nº 87, Bairro Matriz, no município da Vitória de Santo Antão.

A cidade Vitória de Santo Antão está situada na Zona da Mata Sul do Estado de Pernambuco, com área territorial de 368 Km² e conforme o censo de 2010 possui uma população de 129.974 habitantes, sendo 113.429 na zona urbana e 16.545 na zona rural (IBGE, 2017).

O Hospital João Murilo de Oliveira (HJMO) tem capacidade de executar cerca de 10 mil atendimentos por mês nas emergências adulto e pediátrica, 1.600 atendimentos ambulatoriais e realiza mensalmente 300 partos. Em 2011 o hospital passou por mudanças e se tornou referência para recém-nascido de alto risco no interior do estado, recebendo uma Unidade de Terapia Intensiva (UTI) neonatal (Secretaria de Saúde – PE, 2017).

Possuem 755 funcionários, 111 leitos ao total e em 2012 o hospital recebeu mais 10 leitos na UTI e outros 10 na Unidade de Cuidados Intensivos (UCI) neonatais e 10 na casa de apoio às mães que possuem filhos internados no hospital (Secretaria de Saúde – PE, 2017). Os nascimentos de prematuros na unidade nos anos de 2015 e 2016 foram respectivamente, 121 e 116, e até outubro de 2017 cerca de 110 pré-termos (SINASC, 2017).

A pesquisa foi desenvolvida inicialmente na clínica neonatal e posteriormente continuada no ambulatório de Nutrição para o atendimento da consulta do egresso, onde as crianças são acompanhadas em média até o 1º ano de vida. No ambulatório, os prematuros são atendidos pela nutricionista e pediatra, o período entre as consultas é em torno de 2 meses, que varia de acordo com as necessidades clínica da criança.

5.3. Critérios de elegibilidade

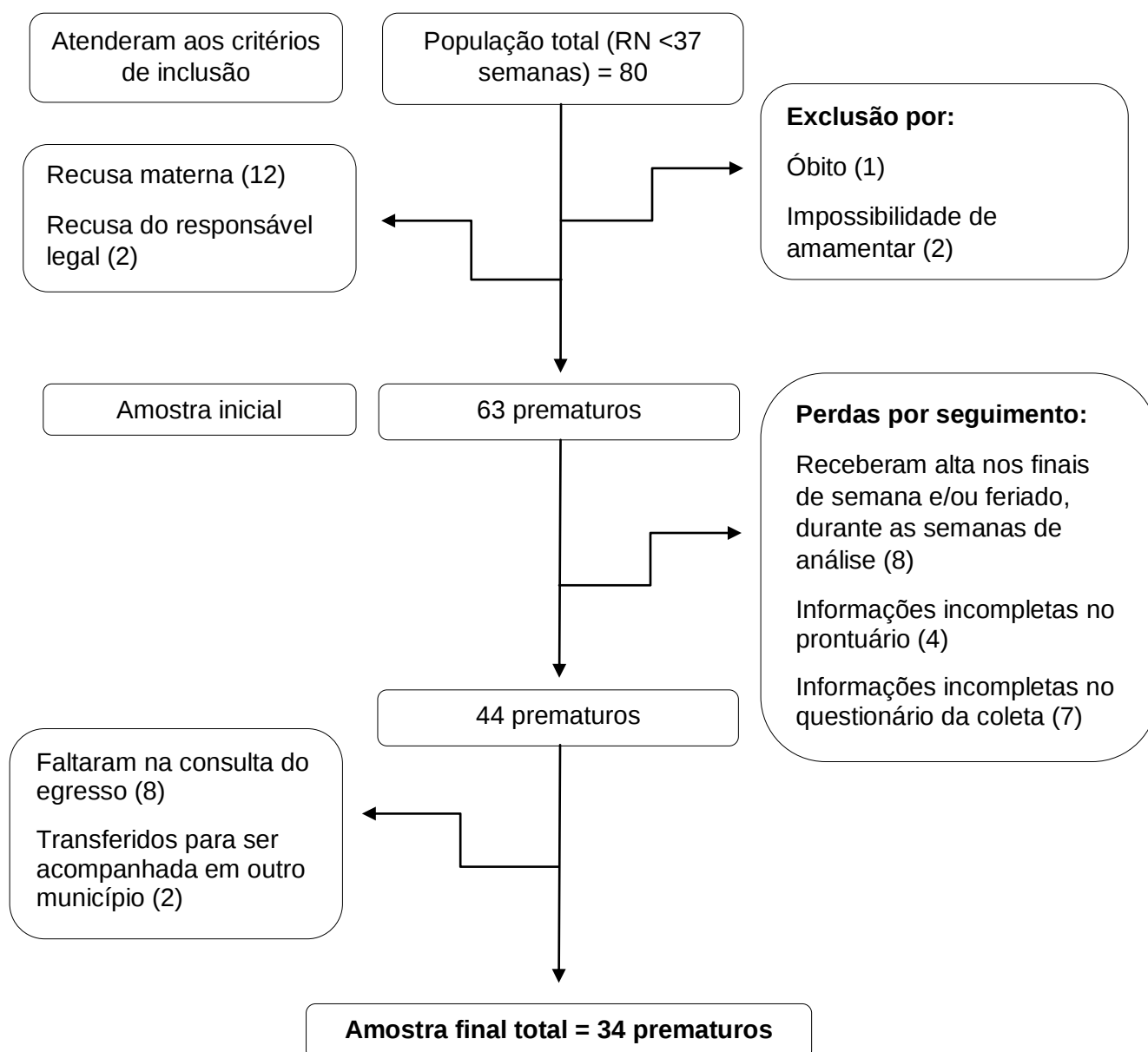
Foram incluídas as crianças com menos de 37 semanas de idade gestacional, nascidas no HJMO e que estivessem no setor da UTI/UCI neonatal, como também as que eram transferidas de outras unidades hospitalares para o referido setor e que após a alta hospitalar fossem acompanhadas no ambulatório de Nutrição do hospital.

Os critérios de exclusão abrangem óbito materno ou do neonatal, abandono do menor, presença de malformações congênitas, síndromes genéticas, doenças neuropsicomotora que impedisse o desenvolvimento da capacidade motora oral normal do RN. Considerou-se também as restrições ao aleitamento materno, como as mães HIV positivo, HTLV1 ou HTLV2, mãe usuária de drogas, uso de medicamentos que impedem a amamentação e crianças com erros inato do metabolismo (BRASIL, 2009).

5.4. Amostra do estudo

Participaram do estudo 34 crianças prematuras de ambos os sexos, que se enquadraram no critério de inclusão durante o período de coleta, que foi de janeiro de 2016 a setembro de 2017, cujas mães fossem residentes ou não no município da Vitória de Santo Antão e que prosseguiram para o acompanhamento no ambulatório de Nutrição.

Figura 2: Fluxograma de seguimento dos prematuros na pesquisa, Vitória de Santo Antão - Pernambuco, 2017.



5.5. Coletas de dados

Para coleta dos dados foi utilizado um questionário (APÊNDICE A) com dados maternos e de identificação do prematuro, antropometria, informações sobre o aleitamento materno e orientações passadas às mães por profissionais de saúde. No questionário também tem a avaliação qualitativa das práticas alimentares de crianças menores de dois anos de idade, elaborado por Oliveira

et al., (2015). Além disso, algumas informações foram obtidas através dos prontuários e da caderneta da criança.

Após a aprovação no Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) procedeu-se o início das coletas de dados, com todos os prematuros admitidos ou encaminhados à unidade neonatal do HJMO que preenchessem aos critérios de elegibilidade da pesquisa. Inicialmente, o projeto realizou um estudo piloto no próprio Hospital com duração de 30 dias.

Os discentes participantes da pesquisa receberam previamente um treinamento sobre todas as normas do projeto, incluindo os critérios de inclusão e o método de preenchimento do questionário e a forma de abordar as mães.

Para participar da pesquisa as mães eram abordadas nas enfermarias, onde era explicado de forma clara e objetiva o funcionamento da pesquisa, em seguida as mesmas assinavam o termo de consentimento da coleta de dados, em caso de menores de 18 anos, o responsável legal se responsabilizava pelos procedimentos.

Os dados foram coletados no momento da alta hospitalar do prematuro e semanalmente na sala de espera durante as consultas de egresso, realizadas no ambulatório de nutrição, conforme a escala da nutricionista. Posteriormente, foram analisados os tipos de aleitamento materno na alta hospitalar, no 2º e 4º mês de idade cronológica, bem como as orientações dos profissionais de saúde sobre o AM e sua influência na prática da amamentação.

5.6. 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 (2009).

- **Aleitamento materno exclusivo (AME)** – Quando a criança recebe somente leite materno direto da mama, ordenhado ou leite humano de outra fonte, sem adição de outros líquidos ou sólidos, com exceção de suplementos minerais ou medicamentos.

- **Aleitamento materno predominante (AMP)** – Quando a criança recebe, além do leite materno, água, sucos de frutas ou bebidas à base de água (água adoçada, chás, infusões).
- **Aleitamento materno (AM)** – Quando a criança recebe leite materno e leite não humano, além de outros alimentos sólidos.
- **Aleitamento materno complementado (AMC)** – Quando a criança recebe, além do leite materno, qualquer alimento sólido ou semissólido com a finalidade de complementá-lo e não de substituí-lo.
- **Aleitamento materno misto (AMM)** – Quando a criança recebe leite materno e outros tipos de leite.

5.6.1. Variável dependente

O aleitamento materno na alta hospitalar, no 2º e 4º mês de idade cronológica.

5.6.2. Variáveis independentes

As variáveis de exposições independentes empregadas para análise dos dados e suas respectivas descrições foram as sociodemográficas, clínicas da mãe, clínica do prematuro, promoção e orientação para o aleitamento materno. Estão expostas e agrupadas no quadro a seguir (Quadro1).

Quadro 1 – Variáveis independentes e suas categorizações agrupadas em sociodemográficas e clínicas da mãe, clínica do prematuro, promoção orientações do aleitamento materno, Vitória de Santo Antão - Pernambuco, 2017.

Variáveis	Categorização
Sociodemográfica da mãe	
Idade	≤ 18 anos ≥ 19 anos
Escolaridade	Ensino fundamental incompleto/ completo Ensino médio incompleto/ completo Ensino superior
Estado Civil	Solteira Casada/ união estável
Rede de esgoto	Sim Não
Água encanada	Sim Não
Coleta de lixo	Sim Não
Benefício do governo	Sim Não
Renda mensal*	≤ 1 salário mínimo >1 salário mínimo
Clínicas da mãe	
Paridade	Primípara Multípara
Tipo de parto	Vaginal Cesáreo
Número de consultas no pré-natal	< 6 ≥ 6
Experiência prévia com aleitamento materno	Sim Não
Se houve experiência, até qual mês	< 2 meses 2 – 4 meses >4 meses
Clínicas do prematuro	
Sexo	Feminino Masculino
Idade gestacional	≤ 33 semanas ≥ 34 semanas
Peso	< 1500g 1500 – 2499g ≥ 2500 g

Estado nutricional	PIG AIG/GIG
Uso de chupeta	Sim Não
Uso de mamadeira	Sim Não
Início do SML	Dias de vida
Promoção do aleitamento materno	
Colocada ao seio em 1h pós-parto	Sim Não
Recebeu visita domiciliar na 1ª semana de pós-alta	Sim Não
Orientações sobre o aleitamento materno	
Dar somente leite de peito até os 6 meses	Sim Não
O não uso de chupeta	Sim Não
O não uso de mamadeira	Sim Não
Tipo de aleitamento na alta hospitalar ***	AME AMP AMM AM AA
Tipo de aleitamento aos 2 meses cronológicos ***	AME AMP AMM AM AA
Tipo de aleitamento aos 4 meses cronológicos ***	AME AMP AMM AM AA

Fonte: SANTOS. K.K.B., 2017. Nota: Tabela elaborada pelo autor com base nas variáveis da pesquisa.

* Salário mínimo vigente em 2016 em 2017 foi respectivamente, R\$880,00 e R\$ 937,00.

S.M.L: Seio Materno Livre

P.I.G:Pequeno para idade gestacional; A.I.G: Adequado para idade gestacional; G.I.G: Grande para idade gestacional.

A.M.E: Aleitamento Materno Exclusivo; A.M.P: Aleitamento Materno Predominante; A.M.M Aleitamento Materno Misto; A.M Aleitamento Materno; A.A: Aleitamento Artificial.

5.7. Procedimentos e análise de dados

Após a coleta dos dados, iniciou-se a digitação do banco de dados no *Microsoft Office Excel*, versão 2013. O programa utilizado para as análises estatísticas dos dados foi *EpiInfo 7.0*.

As prevalências dos tipos de aleitamento materno foram estimadas para cada momento determinado: alta hospitalar, no 2º e 4º mês de idade cronológica. Em relação aos fatores que poderiam influenciar no AM realizou-se a análise bivariada, formado por tabelas de contingências, aplicado o *Teste do Qui-quadrado com correções de Yates* e o *Teste Exato de Fisher* com intervalo de confiança de 95% (IC 95%).

Para verificar o tipo de aleitamento materno nos referidos momentos de avaliação foi utilizado o *Teste Binominal para Duas Proporções*. Para obter a média em dias do início do aleitamento materno foi utilizado o *Teste Kruskal-Wallis*, com intervalo de confiança de 95% (IC 95%). Para regressão logística dos fatores associados ao AM foi usado o *Teste de Odds Ratio* com Intervalo de confiança de 95% e o p-valor do *Teste de Wald*. Foram inicialmente incluídas no modelo as variáveis que apresentaram significância estatística de até 5% ($p < 0,05$).

5.8. Aspectos éticos e legais

O trabalho foi aprovado pelo comitê de Ética em Pesquisa envolvendo Seres Humanos, CEP – CCS – UFPE nº CAAE: 46894115.1.0000.5208, fazendo parte de um projeto de pesquisa maior intitulado “Perfil clínico-nutricional e terapia nutricional precoce de prematuros da UTI neonatal em uma Maternidade pública de referência para gestação de alto risco no Município da Vitória de Santo Antão – Pernambuco”.

Para a participação da criança na pesquisa a mãe teve que assinar o Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE) para as mães maiores de 18 anos (APÊNDICE B). Se a mãe for menor de idade deve assinar o Termo de Assentimento Livre Esclarecido (TALE) (APÊNDICE C) e um responsável pela mãe menor de idade deve assinar o Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE) para responsável legal de menores de 18 anos (APÊNDICE D).

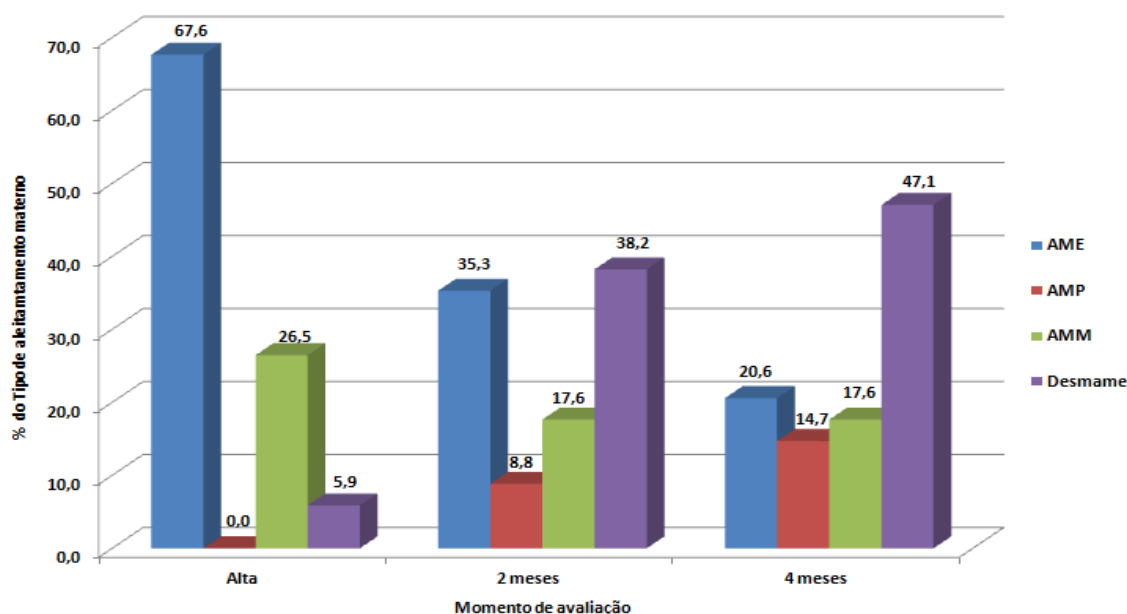
6. RESULTADOS

Inicialmente foi previsto uma amostra com 80 crianças, entretanto no seguimento da pesquisa houve 1 óbito, 2 impossibilidades de amamentar, 12 recusas materna, 2 recusas do responsável legal, 8 por receberam alta em finais de semana e/ou feriados (não sendo possível realizar a coleta), 4 informações incompletas no prontuário, 7 informações incompletas no questionário de coleta, 8 crianças faltaram nas consultas do egresso e 2 foram transferidas para serem acompanhadas no egresso em outra cidade. Assim, a amostra foi formada por 34 prematuros e 31 mães, pois houve 2 mães com gestações de gêmeos.

No gráfico 1 verificou-se as prevalências do tipo de AM na alta hospitalar, no 2º e 4º mês de idade cronológica. O AME predominou na alta hospitalar com 67,6%, contudo, no 2º mês apresentou uma redução para 35,3%, indicando uma alteração significativa (p-valor = 0.008) e no 4º mês passou para 20,6%, porém sem significância estatística (p-valor = 0.177).

Já o desmame apresentou baixos valores na alta hospitalar (5,9%), entretanto, no 2º mês houve aumento da sua prevalência (38,2%) revelando diferença significativa (p-valor = 0.001), por conseguinte, no 4º mês apresentou outro aumento (47,1%), porém, sem significância (p-valor = 0.462).

Gráfico 1: Tipo de aleitamento materno e desmame no momento da alta hospitalar, no 2º e 4º mês de idade cronológica dos prematuros, Vitória de Santo Antão - Pernambuco, 2017.

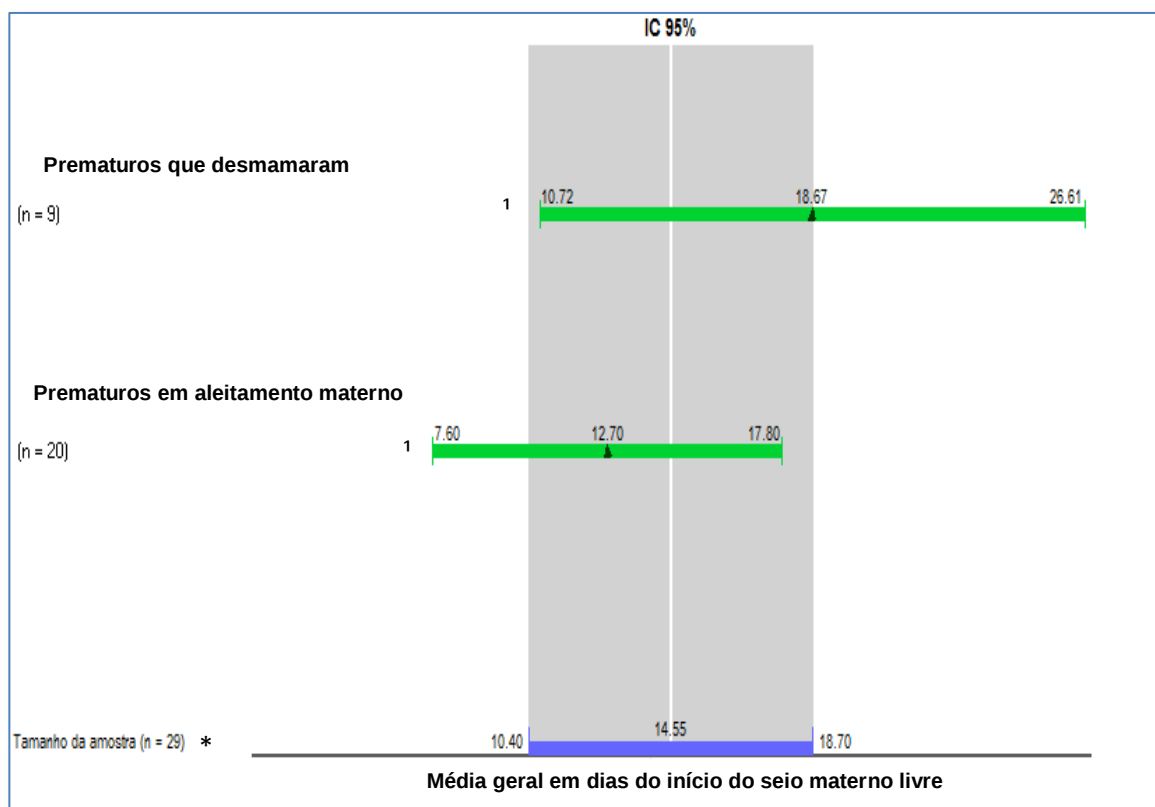


Fonte: SANTOS, K.K.B., 2017. **Nota:** Gráfico elaborado pelo autor com base nos resultados obtidos na pesquisa. Teste binominal para duas correções.

Em relação ao desmame precoce, aos 4 meses de idade cronológica 15 (44.1%) crianças, haviam desmamado. Também foi analisada a causa para a antecipação do desmame e averiguou-se que 100% das mães alegraram leite insuficiente/secou.

No gráfico 2 observou-se a prevalência do aleitamento materno no 2º mês de idade cronológica, segundo a média em dias do início do SML. Verificou-se que a média geral foi de aproximadamente de 15 dias após o nascimento. No entanto, os prematuros que já haviam desmamado no 2º mês (n=9) apresentaram o início do SML mais tardiamente, por volta do 19º dia depois do nascido. Já os prematuros que estavam em AM no 2º mês (n=20), iniciaram o SML mais previamente, em torno do 13º dia. Havendo diferença entre as médias desses dois grupos, contudo, os resultados não apresentaram significância (p-valor = 0.073).

Gráfico 2: Prevalência do aleitamento materno no 2º mês de idade cronológica, segundo a média em dias do início do seio materno livre. Vitória de Santo Antão - Pernambuco, 2017.

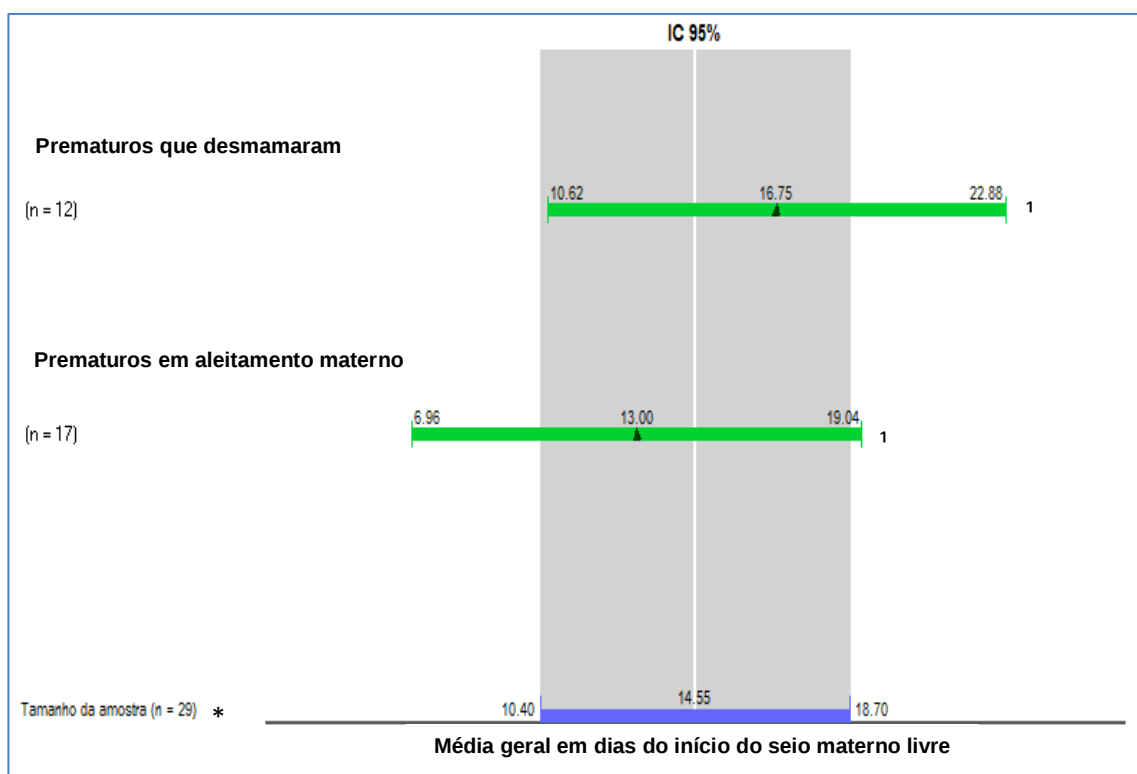


Fonte: SANTOS, K.K.B., 2017. Nota: Gráfico elaborado pelo autor com base nos resultados obtidos na pesquisa. ¹Teste de Kruskal-Wallis.

* Só foi possível coletar o dia de início do SML com 29 das 34 crianças da pesquisa, por falta de dados nos questionários do estudo.

No gráfico 3 analisou-se a prevalência do aleitamento materno no 4º mês de idade cronológica, segundo a média em dias do início do SML. Os prematuros que já haviam desmamado no 4º mês (n=12) apresentaram o início do SML por volta do 17º dia após seu nascimento, mais tardiamente quando comparado aos que estavam em AM. Os pré-termos que permaneceram mamando no 4º mês, iniciaram o SML mais previamente, em torno de 13º dia depois do nascimento. Nota-se um intervalo entre a média desses dois grupos, no entanto, os resultados não foram significativos (p-valor = 0.096).

Gráfico 3: Prevalência do aleitamento materno no 4º mês de idade cronológica, segundo a média em dias do início do seio materno livre. Vitória de Santo Antão - Pernambuco, 2017.



Fonte: SANTOS, K.K.B., 2017. Nota: Gráfico elaborado pelo autor com base nos resultados obtidos na pesquisa. ¹Teste de Kruskal-Wallis.

*Só foi possível coletar o dia de início do SML com 29 das 34 crianças da pesquisa, por falta de dados nos questionários do estudo.

Na tabela 1 encontra-se a distribuição do AM segundo as características sócio-demográficas das mães nos três momentos avaliados: na alta hospitalar, ao 2º e 4º mês de idade cronológica. Nota-se que no primeiro momento da análise bivariada, na alta hospitalar, a maior prevalência do AM ocorreu entre as mães adolescentes (100,0%), moradoras do município da Vitória de Santo Antão (95,0%), que possuem o ensino médio ou superior incompleto/completo (94,7%), solteiras (100,0%), residentes em casas com rede de esgoto (100,0%), com água encanada (96,1%), com coleta de lixo (96,0%), que recebiam benefício do governo (100,0%) e renda familiar de até um salário mínimo (95,5%).

No 2º e 4º mês de idade cronológica houve maior prevalência do AM: em mães adolescentes (75,0%; 58,3%), nas domiciliadas no município da Vitória de Santo Antão (75,0%; 65,0%), que possuíam o ensino fundamental incompleto/completo (77,8%; 77,8%), solteiras (75,0%; 75,0%), residentes em casas com rede de esgoto (73,3%; 66,7%), com coleta de lixo (72,0%; 60,0%), que recebiam benefício do governo (71,4%; 71,4) e com renda familiar mensal de até um salário mínimo (68,2%; 59,1%), respectivamente. Em relação a água encanada, no 2º mês ocorreu predomínio do AM entre as mães que possuíam casa com água encanada (69,2%) e no 4º mês entre as que não possuíam (60,0%).

Tabela 1. Prática do aleitamento materno segundo as características sócio demográficas no momento da alta hospitalar, ao 2º e 4º mês de idade cronológica. Vitória de Santo Antão – Pernambuco, 2017.

Características sociodemográficas	Aleitamento Materno					
	Alta		2 meses		4 meses	
	Sim n(%)	Não n(%)	Sim n(%)	Não n(%)	Sim n(%)	Não n(%)
Idade (anos)						
≤ 18	12 (100.0)	0 (0.0)	9 (75.0)	3 (25.0)	7 (58.3)	5(41.7)
≥ 19	17 (89.5)	2 (10.5)	12 (63.2)	7 (36.8)	11(57.9)	8 (42.1)
RP (I.C.95%)	-		1.72 (0.34-10.22) ¹		1.02 (0.22-4.72) ¹	
p-valor	0.681 ²		0.769 ²		1.000 ²	
Município						
Vitória	19 (95.0)	1 (5.0)	15 (75.0)	5 (25.0)	13 (65.0)	7 (35.0)
Outro	10 (90.9)	1 (9.1)	6 (54.5)	5 (45.5)	5 (45.5)	6 (54.5)
RP (I.C.95%)	1.85 (0.04-77.73) ¹		2.42 (0.48-12.53) ¹		2.17 (0.47-10.56) ¹	
p-valor	1.000 ²		0.445 ²		0.499 ²	

Continua

Continuação - Tabela 1. Prática do aleitamento materno segundo as características sócio demográficas no momento da alta hospitalar, ao 2º e 4º mês de idade cronológica. Vitória de Santo Antão – Pernambuco, 2017.

Características sociodemográficas	Aleitamento Materno					
	Alta		2 meses		4 meses	
	Sim n(%)	Não n(%)	Sim n(%)	Não n(%)	Sim n(%)	Não n(%)
Escolaridade						
Ensino fundamental incompleto/ completo	10 (90.9)	1 (9.1)	9 (77.8)	2 (22.2)	7 (77.8)	2 (22.2)
Ensino médio ou superior incompleto/completo	19 (94.7)	1 (5.3)	11 (55.0)	9 (45.0)	10 (50.0)	10 (50.0)
RP (I.C.95%)	0.53 (0.03-22.21) ¹		4.00 (0.75-32.32) ¹		1.96 (0.45-9.48) ¹	
p-valor	1.000		0.192		0.566	
Estado Civil						
Solteira	4 (100.0)	0 (0.0)	3 (75.0)	1 (25.0)	3 (75.0)	1 (25.0)
Casada/união estável	25 (92.6)	2 (7.4)	18 (66.7)	9 (33.3)	15 (55.6)	12 (44.4)
RP (I.C.95%)	-		1.48 (0.14-43.64) ¹		2.34 (0.22-68.11) ¹	
p-valor	1.000 ²		1.000 ²		0.847 ²	
Rede de esgoto						
Sim	15 (100.0)	0 (0.0)	11 (73.3)	4 (26.7)	10 (66.7)	5 (33.3)
Não	14 (87.5)	2 (12.5)	10 (62.5)	6 (37.5)	8 (50.0)	8 (50.0)
RP (I.C.95%)	-		1.62 (0.34-8.32) ¹		1.95 (0.45-9.08) ¹	
p-valor	0.494 ²		0.794 ²		0.565 ²	
Água encanada						
Sim	25 (96.1)	1 (3.9)	18 (69.2)	8 (30.8)	15 (57.7)	11 (42.3)
Não	4 (80.0)	1 (20.0)	3 (60.0)	2 (40.0)	3 (60.0)	2 (40.0)
RP (I.C.95%)	5.70 (0.13-252.03) ¹		1.48 (0.15-11.86) ¹		0.91 (0.09-7.13) ¹	
p-valor	0.724 ²		1.000 ²		1.000 ²	
Coleta de lixo						
Sim	24 (96.0)	1 (4.0)	18 (72.0)	7 (28.0)	15 (60.0)	10 (40.0)
Não	5 (83.3)	1 (16.7)	3 (50.0)	3 (50.0)	3 (50.0)	3 (50.0)
RP (I.C.95%)	4.47 (0.10-194.02) ¹		2.49 (0.35-17.80) ¹		1.48 (0.21-10.23) ¹	
p-valor	0.834 ²		0.583 ²		1.000 ²	
Benefício do governo						
Sim	7 (100.0)	0 (0.0)	5 (71.4)	2 (28.6)	5 (71.4)	2 (28.6)
Não	22 (91.7)	2 (8.3)	16 (66.7)	8 (33.3)	13 (54.2)	11 (45.8)
RP (I.C.95%)	-		1.24 (0.19-10.99) ¹		2.07 (0.33-18.01) ¹	
p-valor	1.000 ²		1.000 ²		0.705 ²	
Renda mensal						
≤ 1 salário mínimo	21 (95.5)	1 (4.5)	15 (68.2)	7 (31.8)	13 (59.1)	9 (40.9)
≥ 1 salário mínimo	8 (88.9)	1 (11.1)	6 (66.7)	3 (33.3)	5 (55.6)	4 (44.4)
RP (I.C.95%)	2.53 (0.06-106.84) ¹		1.07 (0.17-5.75) ¹		1.15 (0.22-5.84) ¹	
p-valor	1.000 ²		1.000 ²		1.000 ²	

Fonte: SANTOS, K.K.B., 2017.

Nota: Tabela elaborada pelo autor com base nos resultados obtidos na pesquisa. ¹ Teste exato de Fisher, com intervalo de confiança de 95% (IC95%). ² P-valor do teste Qui-quadrado para independência.

R.P: Razão de prevalência I.C: Intervalo de confiança AM: Aleitamento materno

* Informação ausente em 1 questionário

** Informação ausente em 2 questionários

*** Variável aplicada apenas para as mães com experiência prévia em amamentar.

Na tabela 2 foi avaliada a distribuição do AM segundo as características clínicas da mãe nos três momentos da avaliação. No momento da alta hospitalar, a maior prevalência do AM ocorreu entre as mães primíparas (94,1%), com parto cesáreo (100,0%), nas que realizaram seis ou mais consultas durante o pré-natal (100,0%) e sem experiência prévia com a amamentação (94,4%). Porém, todas (100,0%) que tiveram experiência prévia com a amamentação por um período menor que quatro meses estavam em AM na alta hospitalar.

No 2º e 4º mês de idade cronológica o predomínio do AM ocorreu respectivamente: entre as mães múltiparas (78,6%; 71,4%), de parto cesáreo (77,8%; 77,8%), com experiência prévia em amamentar (75,0%; 66,7%) e que amamentaram por quatro meses ou mais (87,5%; 87,5%). Quanto ao número de consultas no pré-natal, no 2º mês a prevalência do AM foi maior entre as mães que realizaram seis ou mais consultas (75,0%), já no 4º mês ocorreu entre naquelas que realizaram menos de seis consultas (56,0%).

Tabela 2. Prática do aleitamento materno segundo as características clínicas da mãe no momento da alta hospitalar, no 2º e 4º mês de idade cronológica. Vitória de Santo Antão – Pernambuco, 2017.

Características clínicas da mãe	Aleitamento Materno					
	Alta		2 meses		4 meses	
	Sim n(%)	Não n(%)	Sim n(%)	Não n(%)	Sim n(%)	Não n(%)
Paridade						
Primípara	16 (94.1)	1 (5.9)	10 (58.8)	7 (41.2)	8 (47.1)	9 (52.9)
Múltipara	13 (92.9)	1 (7.1)	11 (78.6)	3 (21.4)	10 (71.4)	4 (28.6)
RP (I.C.95%)	1.22 (0.03-50.84) ¹		0.40 (0.07-1.99) ¹		0.37 (0.07-1.65) ¹	
p-valor	1.000 ²		0.433 ²		0.316 ²	
Tipo de Parto*						
Vaginal	19 (90.5)	2 (9.5)	13 (61.9)	8 (38.1)	10 (47.6)	11 (52.4)
Cesáreo	9 (100.0)	0 (0.0)	7 (77.8)	2 (22.2)	7 (77.8)	2 (22.2)

Continua

Continuação – Tabela 2. Prática do aleitamento materno segundo as características clínicas da mãe no momento da alta hospitalar, no 2º e 4º mês de idade cronológica. Vitória de Santo Antão – Pernambuco, 2017.

Características clínicas da mãe	Aleitamento Materno					
	Alta		2 meses		4 meses	
	Sim n(%)	Não n(%)	Sim n(%)	Não n(%)	Sim n(%)	Não n(%)
RP (I.C.95%)	-		0.47 (0.05-2.80) ¹		0.27 (0.03-1.56) ¹	
p-valor	0.873 ²		0.673 ²		0.260 ²	
Nº de consultas no pré-natal *						
< 6	23 (92.0)	2 (8.0)	16 (64.0)	9 (36.0)	14 (56.0)	11 (44.0)
≥ 6	4 (100.0)	0 (0.0)	3 (75.0)	1 (25.0)	2 (50.0)	2 (50.0)
RP (I.C.95%)	-		0.60 (0.02-6.55) ¹		1.26 (0.11-13.78) ¹	
p-valor	1.000 ²		1.000 ²		1.000 ²	
Experiência prévia com AM **						
Sim	11 (91.7)	1 (8.3)	9 (75.0)	3 (25.0)	8 (66.7)	4 (33.3)
Não	17 (94.4)	1 (5.6)	11 (61.1)	7 (38.9)	9 (50.0)	9 (50.0)
RP (I.C.95%)	0.66 (0.01-27.44) ¹		1.87 (0.37-11.20) ¹		1.95 (0.42-9.94) ¹	
p-valor	1.000 ²		0.693 ²		0.598 ²	
Se houve experiência, até qual mês ***						
< 4 meses	7 (100.0)	0 (0.0)	3 (42.9)	4 (57.1)	2 (28.6)	5 (71.4)
≥ 4 meses	7 (87.5.0)	1 (12.5)	7 (87.5)	1 (12.5)	7 (87.5)	1 (12.5)
RP (I.C.95%)	-		0.13 (0.00 -1.48) ¹		0.74 (0.00-0.86) ¹	
p-valor	1.000 ²		0.200 ²		0.072 ²	

Fonte: SANTOS, K.K.B., 2017.

Nota: Tabela elaborada pelo autor com base nos resultados obtidos na pesquisa.

¹ Teste exato de Fisher, com intervalo de confiança de 95% (IC95%).

² P-valor do teste Qui-quadrado para independência.

R.P: Razão de prevalência

I.C: Intervalo de confiança

AM: Aleitamento materno

* Informação ausente em 2 questionários

** Informação ausente em 1 questionário

*** Variável aplicada apenas com as mães com experiência prévia em amamentar

Averiguou-se a distribuição do AM segundo as características clínicas do prematuro (tabela 3) no momento da alta hospitalar, no 2º e 4º mês de idade cronológica. No momento da alta hospitalar, foi observada maior prevalência do AM nas crianças de sexo masculino (94,4%), com idade gestacional igual ou

maior que 34 semanas (100,0%), com peso ao nascer insuficiente (100,0%) e peso adequado (100,0%), apresentando estado nutricional PIG (100,0%) e que não faziam uso de chupeta (100,0%) e de mamadeira (100,0%).

No 2º e 4º mês de idade cronológica a prevalência do AM ocorreu: entre as crianças do sexo feminino (75,0%; 68,7%), com idade gestacional igual ou maior que 34 semanas (71,4%; 64,3%), com peso ao nascer insuficiente (69,6%; 65,2%), em estado nutricional AIG/GIG (65,6%; 56,3%), e que não faziam uso de chupeta (93,7%; 93,7%) e de mamadeira (100,0%; 100,0%).

O teste de independência, por sua vez, evidenciou que apenas os fatores **não uso de chupeta aos 2 e 4 meses e não uso de mamadeira aos 4 meses de idade cronológica**, foram determinantes para a continuidade do AM ($p= 0.003$, 0.000 e 0.014 , respectivamente).

Tabela 3. Prática do aleitamento materno segundo as características clínicas do prematuro no momento da alta hospitalar no 2º e 4º mês de idade cronológica. Vitória de Santo Antão – Pernambuco, 2017.

Características clínicas do prematuro	Aleitamento Materno					
	Alta		2 meses		4 meses	
	Sim n(%)	Não n(%)	Sim n(%)	Não n(%)	Sim n(%)	Não n(%)
Sexo						
Feminino	15 (93.7)	1 (6.3)	12 (75.0)	4 (25.0)	11 (68.7)	5 (31.3)
Masculino	17 (94.4)	1 (5.6)	10 (55.6)	8 (44.4)	8 (44.4)	10 (55.6)
RP (I.C.95%)	0.88 (0.02-36.60) ¹		2.34 (0.54-11.35) ¹		2.67 (0.65-11.89) ¹	
p-valor	1.000 ²		0.409 ²		0.281 ²	
Idade Gestacional						
≤ 33	18 (90.0)	2 (10.0)	12 (60.0)	8 (40.0)	10 (50.0)	10 (50.0)
≥ 34	14 (100.0)	0 (0.0)	10 (71.4)	4 (28.6)	9 (64.3)	5 (35.7)
RP (I.C.95%)	-		0.61 (0.12-2.67) ¹		0.56 (0.13-2.33) ¹	
p-valor	0.632 ²		0.748 ²		0.635 ²	
Peso						
< 1500	6 (75.0)	2 (25.0)	4 (50.0)	4 (50.0)	3 (37.5)	5 (62.5)
1500-2499	23 (100.0)	0 (0.0)	16 (69.6)	7(30.4)	15 (65.2)	8 (34.8)
≥ 2500	3 (100.0)	0 (0.0)	2 (66.7)	1 (33.3.)	1 (33.3)	2 (66.7)
RP (I.C.95%)	-		1.00 (2.27-2.00) ¹		1.00 (3.12-0.83) ¹	
p-valor	0.025 ²		0.427 ²		0.623 ²	

Continua

Continuação - Tabela 3. Prática do aleitamento materno segundo as características clínicas do prematuro no momento da alta hospitalar no 2º e 4º mês de idade cronológica. Vitória de Santo Antão – Pernambuco, 2017.

Características clínicas do prematuro	Aleitamento Materno					
	Alta		2 meses		4 meses	
	Sim n(%)	Não n(%)	Sim n(%)	Não n(%)	Sim n(%)	Não n(%)
Estado Nutricional						
PIG	2 (100.0)	0 (0.0)	1 (50.0)	1 (50.0)	1 (50.0)	1 (50.0)
AIG/GIG	30 (93.7)	2 (6.3)	21 (65.6)	11 (34.4)	18 (56.3)	14 (43.7)
RP (I.C.95%)	-		0.53 (0.01-22.21) ¹		0.78 (0.02-32.40) ¹	
p-valor	1.000 ²		1.000 ²		1.000 ²	
Uso de chupeta						
Sim	16 (88.9)	2 (11.1)	7 (38.9)	11 (61.1)	4 (22.2)	14 (77.8)
Não	16 (100.0)	0 (0.0)	15 (93.7)	1 (6.3)	15 (93.7)	1 (6.3)
RP (I.C.95%)	-		0.05 (0.00-0.35) ¹		0.03 (0.00-0.18) ¹	
p-valor	0.519 ²		0.003 ²		0.000 ²	
Uso de mamadeira						
Sim	24 (92.3)	2 (7.7)	14 (53.8)	12 (46.2)	11 (42.3)	15 (57.7)
Não	8 (100.0)	0 (0.0)	8 (100.0)	0 (0.0)	8 (100.0)	0 (0.0)
RP (I.C.95%)	-		-		-	
p-valor	1.000 ²		0.490 ²		0.014 ²	

Fonte: SANTOS, K.K.B., 2017.

Nota: Tabela elaborada pelo autor com base nos resultados obtidos na pesquisa.

¹ Teste exato de Fisher, com intervalo de confiança de 95% (IC95%).² P-valor do teste Qui-quadrado para independência.

R.P: Razão de prevalência

I.C: Intervalo de confiança

PIG: Pequeno para idade gestacional

Na tabela 4 verificou-se a prática da alta amamentação no 2º e 4º mês de idade cronológica, segundo aspectos relacionados à sua promoção e orientações nas consultas de puericultura. No momento da alta hospitalar, 32 (94,1%) crianças estavam em aleitamento materno, destas, apenas 1 (3,2%) foi colocada ao seio materno na primeira hora pós-parto.

No 2º e 4º mês houve predominância do AM no prematuro que não foi colocado no seio materno na primeira hora pós-parto (70,0%; 60,0%), nas crianças que não receberam visita domiciliar na primeira semana após a alta (75,0%; 65,0%), entre as mães que não receberam orientação sobre dar somente o leite de peito até os 6 meses (75,0%; 75,0%), entre as que não receberam orientação sobre o não uso de chupeta (71,4%; 64,3%), entre as

que não receberam orientação sobre o não uso de mamadeira (80,0%; 73,3%), respectivamente.

Tabela 4. Prática do aleitamento materno no 2º e 4º mês de idade cronológica, segundo aspectos relacionados à sua promoção e orientações. Vitória de Santo Antão, Pernambuco, 2017.

Promoção de aleitamento materno	Aleitamento Materno			
	2 meses		4 meses	
	Sim n(%)	Não n(%)	Sim n(%)	Não n(%)
Criança colocada ao seio em 1h pós-parto*				
Sim	0 (0.0%)	1 (100.0%)	0 (0.0%)	1 (100.0%)
Não	21 (70.0%)	9 (30.0%)	18 (60.0%)	12 (40.0%)
RP (I.C.95%)	-		-	
p-valor	0.699 ²		0.868 ²	
Visita domiciliar na 1ª semana após a alta				
Sim	6 (54.5%)	5 (45.5%)	5 (45.5%)	6 (54.5%)
Não	15 (75.0%)	5 (25.0%)	13 (65.0%)	7 (35.0%)
RP (I.C.95%)	0.41 (0.08 – 2.06) ¹		0.46 (0.09 - 2.14) ¹	
p-valor	0.445 ²		0.499 ²	
Dar somente leite de peito até os 6 meses				
Sim	18 (66.7%)	9 (33.3%)	15 (55.6%)	12 (44.4%)
Não	3 (75.0%)	1 (25.5%)	3 (75.0%)	1 (25.0%)
RP (I.C.95%)	0.67 (0.02 – 7.30) ¹		0.43 (0.01 - 4.54) ¹	
p-valor	1.000 ²		0.847 ²	
O não uso de chupeta				
Sim	11 (64.7%)	6 (35.3%)	9 (52.9%)	8 (47.1%)
Não	10 (71.4%)	4 (28.6%)	9 (64.3%)	5 (35.7%)
RP (I.C.95%)	0.74 (0.14 - 4.26) ¹		0.63 (0.14 - 2.77) ¹	
p-valor	0.990 ²		0.786 ²	
O não uso de mamadeira				
Sim	9 (56.3%)	7 (43.7%)	7 (43.7%)	9 (56.3%)
Não	12 (80.0%)	3 (20.0%)	11 (73.3%)	4 (26.7%)
RP (I.C.95%)	0.33 (0.06 - 1.65) ¹		0.29 (0.06 - 1.33) ¹	
p-valor	0.303 ²		0.192 ²	

Fonte: SANTOS, K.K.B., 2017.

Nota: Tabela elaborada pelo autor com base nos resultados obtidos na pesquisa.

¹ Teste exato de Fisher, com intervalo de confiança de 95% (IC95%).

² P-valor do teste Qui-quadrado para independência.

R.P: Razão de prevalência

I.C: Intervalo de confiança

AM: Aleitamento materno

*Informação ausente em 3 questionários

Verificou-se o ajuste logístico para o AM no 4º mês de idade cronológica (tabela 5). Foram incluídas as variáveis significativas da análise bivariada (p-valor <0,05). As variáveis foram: se a criança faz o uso de chupeta e mamadeira. A variável que permaneceram significantes após a análise de regressão logística foi se a **criança faz uso de chupeta (p=0)**.

Tabela 5: Análise de regressão logística aos fatores associados ao AM de prematuros no 4º mês de idade cronológica Vitória de Santo Antão - Pernambuco, 2017.

Variáveis	Ajuste do modelo		
	OR ¹	IC (95%) ²	p-valor ³
Uso de chupeta	0.019	0.0 –0.19	0.001
Uso de mamadeira	0.000	–	0.797

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

7. DISCUSSÃO

Em virtude dos inúmeros benefícios do leite humano sobre a saúde da criança, é importante incentivar o AME até os 6 meses, bem como acompanhar a sua prevalência nesse período de adaptação. Entre os prematuros essa prática é fundamental, pois no leite materno encontram-se componentes essenciais para auxiliar o desenvolvimento neurológico, ganho de peso adequado e redução de morbimortalidade infantil (BRASÍLIA, 2011; FIGUEIREDO, 2013; BRASIL, 2015).

No presente estudo a prevalência do AME foi de 67,6% na alta hospitalar, superior à pesquisa realizada em Porto Alegre – RS e no Distrito Federal, onde, respectivamente nenhum RN pré-termo e aproximadamente 63% prematuros estavam em AME na alta (AZEVEDO; CUNHA, 2013; BRAGA, 2015). Entretanto, inferior à pesquisa de Lima (2016) realizada em Pernambuco, verificando a prevalência do AME em 85% dos prematuros na alta hospitalar.

Esses resultados revelam que é possível acontecer o AME em maior parte dos prematuros na alta, mesmo diante do longo período de internação. A unidade hospitalar onde foi desenvolvida a presente pesquisa ainda não é credenciada à IHAC, porém é referência no interior de estado para recém-nascido de alto risco, além de incentivar o contato entre mãe e filho por meio da presença casa de apoio às mães, o AME e a lactação por meio da ordenha (Secretaria do Estado, 2017).

Entretanto, pôde-se observar um acentuado declínio na prevalência do AME nos primeiros 2 e 4 meses de idade cronológica, apresentando uma redução estatisticamente significativa da alta para o 2º mês. Aos 2 meses, a prevalência de AME foi de 35,3% passando para 20,6% aos 4 meses, no entanto sem significância. Esses valores são próximos ao estudo realizado em Belo Horizonte – MG, no qual identificaram a prevalência do AM em pré-termos aos 2 e 4 meses, ficando em torno dos 33% e 30%, na devida ordem (REZENDE et al., 2014). Fuzeto e Oliveira (2010), por sua vez, em pesquisa realizada no sul do país averiguaram maiores taxas de AME no 1º mês de vida

com 66,7%, já no 4º mês a prevalência caiu para 37,6%, quanto ao AMM prevaleceu em 10,3%, quase a metade do resultado da atual pesquisa (26,5%).

A menor idade gestacional, baixo peso ao nascer, atraso do início da amamentação, carência de ações incentivadoras ao AM, ausência de casa de apoio às mães de recém-nascidos internados, presença de patologias nos recém-nascidos, esses são fatores que dificultam o AM, resultando em elevados percentuais de desmame no momento da alta (LIMA, 2016).

Nessa pesquisa o desmame na alta hospitalar ocorreu em 5,9% dos prematuros, semelhante ao estudo realizado no nordeste em duas unidades hospitalares com o título HAC, identificando a presença do desmame em apenas 2% dos RNPT no momento da alta (LIMA, 2016). Segundo Mancini e Meléndez (2004), os motivos que contribuíram para a não amamentação exclusiva na alta em sua pesquisa foram: uso de alimentação por sonda, recém-nascidos cujas mães foram a menos de seis consultas no pré-natal, uso da técnica de translactação, peso ao nascer menor que 2500g e internação em hospitais sem o título de HAC. Diferente da pesquisa de Azevedo e Cunha (2013), na qual os autores não encontraram desmame na alta hospitalar, o que justifica esse favorável resultado é o credenciamento do hospital a IHAC, consultoria em lactação pelas mães e a presença de banco de leite humano.

Já aos 4 meses o desmame esteve presente em quase metade dos prematuros analisados (47,1%), período que coincide com o fim da licença maternidade adotada por maior parte das empresas. Os achados de Vieira e coparticipantes (2004) tiveram como principal causa para o desmame a volta da mãe ao trabalho, pois as que não trabalhavam deram continuidade por um maior período ao AME, diferente das que possuíam emprego fixo, que desmamaram mais previamente.

Entretanto, o estudo de Fuzeto e Oliveira (2010), identificou que aos 4 meses o desmame esteve presente em 18% dos recém-nascidos a termo. O que justifica esse menor resultado quando comparado à pesquisa em questão é a presença de apenas crianças a termo na análise, visto que a prematuridade é um fator que dificulta o progresso do AM, pelas condições clínicas do RNPT

no início da vida, atrasando o início da amamentação e sua permanência (LIMA, 2016).

Sem falar que para a adaptação mãe-prematuro-família são considerados críticos os primeiros meses pós-alta da criança; um dos motivos é o desenvolvimento alimentar vulnerável do pré-termo. Necessitando além de uma equipe neonatal comprometida e qualificada, de apoio na atenção básica no cuidado ao prematuro e o incentivo ao AM (BRAGA, 2015; LIMA, 2016).

Pôde-se observar elevado percentual de crianças desmamadas precocemente nessa pesquisa (47,1%), ao qual todas as mães atribuíram o desmame ao fator cultural leite insuficiente ou secou. Esta causa de desmame foi semelhante aos achados de Araújo e colaboradores (2014), os quais realizaram pesquisa em Campina Grande – PB com 74 puérperas e com seus filhos a termo menores de 1 ano, tendo como principais motivos para o desmame: leite insuficiente (26,5%), recusa do bebê ao peito (23,5%), mães com mamilos não favoráveis para amamentar (7,3%), problemas nas mamas (5,9%), dentre outras causas (36,8%).

Na literatura também é evidenciada outras causas para o desmame precoce, tais como o uso de chupeta e mamadeira, o que confirma pesquisa realizada com 704 crianças a termo com até 6 meses, evidenciando que entre as que haviam desmamado o uso de chupeta esteve presente em 59,8% das crianças (LEONE; SADECK, 2012). Como também em estudo realizado com 186 crianças pré-termo e a termo, constatando que o principal motivo para a interrupção da amamentação foi o uso de chupeta e mamadeira (SILVA; GUEDES, 2013).

A prática do AM pode ser influenciada por diversos fatores como idade da mãe, características sociodemográficas, condições clínicas maternas e do recém-nascido, promoções e orientações sobre o AM (GUSMÃO et al., 2013; FEBRASGO, 2010; BRASÍLIA, 2011; LEONE et al., 2011).

No atual estudo o AM foi expressivo entre as mães adolescentes em relação às adultas, mantendo-se presente nos três momentos da análise (100,0%; 75,0%; 58,3%), o que pode justificar esse resultado é que a maior

parte das mães adolescentes não trabalham, tornando-se mais fácil a continuidade ao AM comparada às adultas (FUZETO; OLIVEIRA, 2010).

Já o estudo de Clapis e colaboradores (2013), composto por 850 mães adolescentes com idade entre 14 e 16 anos, expõem que houve dificuldades para amamentação nesse grupo no pós-parto e ao longo do puerpério. Fuzeto e Oliveira (2010) afirmam que as mães adultas apresentaram maiores índices de AM por volta dos 2 e 4 meses (93.5% e 82.2%), comparado às adolescentes, o que pode justificar esse resultado é o maior acesso a informação sobre os benefícios do leite materno entre essas mães adultas, como também melhores condições socioeconômicas se tratando do sudeste do país e maior período de licença maternidade, em comparação as mães adultas da presente pesquisa.

Os resultados da pesquisa em destaque mostram que é possível ocorrer o AM entre as mães adolescentes de RN pré-termo, entretanto, é importante que haja a orientação e acompanhamento para que o progresso ocorra eficazmente (CLAPIS et al., 2013)

Quanto ao local de moradia, houve maior prevalência do AM no presente estudo em todas as etapas (95,0%; 75,0%; 65,0%), entre as mães moradoras do município da Vitória de Santo Antão, local onde ocorreu a atual pesquisa. Segundo Caminha (2009), em sua pesquisa as cidades localizadas no interior do estado de Pernambuco apresentaram apenas 10% na prevalência da amamentação exclusiva em termos menores de 6 meses

O que justifica esse resultado é a presença na região de um hospital de referência para recém-nascido de alto risco que estimula e orienta a prática do AM, assim como o acompanhamento no ambulatório de nutrição do próprio hospital, realizado com essas crianças em média até o seu 1º ano.

Em relação ao grau de escolaridade, houve predominância do AM no 2º e 4º mês entre as mães ingressas apenas no ensino fundamental (77,8% e 77,8%). Confirmando o que se encontra na PNDS (2009), que quanto menos anos de estudo possui a mãe maior é o tempo da amamentação da criança. Como também afirma Flores (2017), visto que em seu estudo com 5044 crianças entre menores de 6 meses em AME e menores de 2 anos em AM,

moradoras da zona rural e da urbana, apontou que mais de 67% das mães sem instrução permaneceram amamentando após os 6 meses da criança.

As mães com menor escolaridade na sua maioria não possuem emprego fixo e nem emprego com melhor remuneração, tendo como primeira opção o leite materno por ter um baixo custo, diferentemente das mães com maior escolaridade que muitas vezes precisam voltar ao trabalho antes do 6º mês de vida de seus filhos e por isso iniciam o desmame precocemente (BRASIL, 2009). Entretanto contradiz o estudo de Lima (2016), onde afirma que na alta, aos 15 e 30 dias pós-alta (54%, 47% e 27%, respectivamente) o AME esteve presente nas mães de pré-termo com maior escolaridade, assim como Vieira (2015) que alega que quanto maior o nível de escolaridade da genitora maior será o acesso à informação e consequentemente a maior prevalência do AM.

Na atual pesquisa, em todos os momentos da análise houve o predomínio do AM entre as mães que não possuíam companheiro. Pode-se alegar que essas mães recebem menos apoio financeiro, logo, o leite materno é a principal opção de alimento para criança. Diferente do estudo de Silva e Almeida (2015), os quais mostram que a presença do companheiro proporciona um maior tempo de amamentação.

Rodrigues e coparticipantes (2012) também afirmam que o apoio do marido ou companheiro é primordial, influenciando de forma positiva na manutenção do AM. Achados ainda apontam que deve haver a cooperação do pai em manter a cautela, com a companheira sem fazer cobranças da amamentação, bem como a mãe em sensibilizar-se com a participação do pai dando-lhe abertura para o cuidado do bebê (BRUNA, 2012).

Quanto à rede de esgoto e a coleta de lixo, os melhores resultados foram entre as genitoras domiciliadas em casas que possuíam essas características. Corroborando com o estudo de Oliveira e colaboradores (2013), realizado em Gameleira – PE, no qual indica que o maior período de amamentação foi entre as mães residentes em casas com rede geral de esgoto e com coleta de lixo. Pode-se sugerir que essas mães em sua maioria são moradoras da zona urbana e tem maior acesso às unidades de saúde, bem

como a informação e apoio sobre os benefícios da amamentação, já as casas privadas dessas características, em maior parte são localizadas na zona rural.

No que se refere a presença de água encanada na residência, apresentaram valores elevados para prática do AM na alta e aos 2 meses as mães que possuíam essa variável, com 96,1% e 69,2% respectivamente. Tal resultado pode ser justificado pelo fato das famílias que possuem água encanada também são moradoras da zona urbana, dispondo do maior acesso à unidade básica de saúde e à informação. Os resultados alinham-se com a pesquisa de Caminha (2009) que afirma um maior predomínio (12.0%) do AME nas mães residentes em casas com canalização, comparadas as sem canalização (9.7%). Igualmente a estudo no nordeste com 280 crianças menores de 2 anos, evidenciando maior eficácia da amamentação entre as mães que possuíam abastecimento de água geral (OLIVEIRA et al., 2013).

No que concerne a participação da família em programa de auxílio, o bolsa família, Caminha (2009), em pesquisa realizada em 18 municípios de Pernambuco entre zona rural e urbana, observaram-se maiores valores do AME (11,9%) entre as mães cadastradas no Programa Bolsa Família, já as que não eram cadastrados apenas 9,3% estavam em AME. Na atual pesquisa, a prevalência do AM foi maior em todas as etapas (100,0%;71,4%;71,4%) entre as mães cadastradas no programa bolsa família. Resultado que é justificado por meio das condicionalidades do programa, onde as mães beneficiadas pelo programa precisam fazer acompanhamento durante o pré e pós-natal (FERREIRA, 2007; BICHR, 2010).

Em relação a renda familiar mensal, as mães que possuíam uma renda menor que 1 salário mínimo por mês apresentaram maiores resultados na prática do AM nas três etapas da pesquisa. Explica-se pelo fato que essas mães optaram pelo leite materno pelo seu baixo custo, comparado às fórmulas infantis (BRASIL, 2009). O atual estudo diverge da pesquisa de Carvalho e coautores (2015), no qual identificaram que a introdução do leite de vaca esteve presente entre as mães com menores rendas, repercutindo diretamente e de modo negativo na continuidade da amamentação. Corroborando com achados que afirmam que as famílias com melhor renda tem uma maior

duração do AM, pois melhores condições financeiras possibilitam melhor acesso a informação (FROTA et. al., 2009).

As características clínicas da mãe influenciam no processo do aleitamento materno, como: as multíparas e aquelas que amamentaram por um maior período, pois possivelmente são mais experientes; as que procederam do parto vaginal pela melhor recuperação e as que participaram de mais consultas no pré-natal, visto que tiveram mais acesso a informação (FEBRASGO, 2010; BRASIL, 2015).

As primíparas predominaram na prática da amamentação no momento da alta hospitalar (94,1%), no entanto no 2º mês e 4º mês cronológico houve destaque entre as mães multíparas (78,6%; 71,4%). Dados semelhantes foram obtidos por Lima (2016), onde na alta as mães da 1ª gestação apresentaram maior prevalência do AME (88.5%), já aos 15 e 30 dias pós-alta, a prevalência de AME foi maior entre as mães de segunda gestação com 76.8% e 48.2%, respectivamente. Podendo-se explicar que as mães de primeira gestação recebem mais apoio e orientações da unidade hospitalar pela sua inexperiência em amamentar, já as mães multíparas dão continuidade à amamentação devido a experiências de gestações anteriores (BRASIL, 2011).

Sobre o tipo de parto, a PNDS (2009) apresentou valores satisfatórios do AM entre as mães que tiveram seus bebês por parto vaginal, pois foi mais viável para essas amamentarem seus filhos no primeiro dia pós-parto ou alguma vez na vida, com 97,0% e 95,4%, nessa ordem. Assim como os achados de Oliveira e colaboradores (2013) que confirmam a influência do parto vaginal sobre o AME e AM. Diferentemente, no presente estudo houve predominância do AM nas três fases da pesquisa entre as mães que passaram pelo parto cesáreo (100,0%; 77,8%; 71,4%), os motivos mais frequentes para o médico optar pelo parto cesáreo é a gravidade clínica da gestante e/ou da criança, pondo em risco a vida dos mesmos, diante da severidade clínica do recém-nascido de parto cesáreo, houve uma maior atenção para estes, esse fato pode justificar os elevados resultados encontrados (PERPÉTUO; BESSA; FONSECA, 2016).

Quanto ao acompanhamento pré-natal, a quantidade de consultas durante o pré-natal é um fator diretamente proporcional a prática favorável do AM (CARVALHO, 2017). Na presente pesquisa esse resultado foi expressivo, pois o maior número de consultas no pré-natal influenciou positivamente a amamentação no momento da alta hospitalar (100,0%) e no 2º mês (75,0%), confirmando o que se encontra na PNDS (2009), estando consideravelmente presente a amamentação entre as mães que realizaram 7 ou mais consultas no pré-natal, contribuindo com a amamentação na 1ª hora após o nascimento (96.2%), como também entre aqueles que alguma vez na vida mamaram (95.5%) (BRASÍL, 2009).

Corroborando com o que identificou o estudo de Oliveira e coautores (2013), onde as mães que realizaram 6 ou mais consultas no pré-natal obtiveram maior duração do AME e AM. Caminha (2009) também alega que em seu estudo em Pernambuco que a prevalência do AME de 12,2% entre as mães que realizaram de 6 a 20 consultas foi maior comparada as que realizaram menos de 3 consultas, com apenas 6,3%.

Além disso, achados afirmam que a experiência prévia em amamentar contribui com a maior duração do AM da atual gestação (REZENDE et al., 2014). Lima (2016) também confirma essa afirmação, pois em sua pesquisa no momento da alta hospitalar e aos 15 dias após a alta a amamentação exclusiva apresentou resultados positivos com 87,2% e 78,7% respectivamente, entre as mães que amamentaram em gestação anterior.

Entretanto, na atual pesquisa, no momento da alta hospitalar o predomínio da amamentação ocorreu entre as mães que não possuíam experiência prévia (94,4%), diferentemente do 2º e 4º mês, em que os melhores resultados estavam presentes entre as mães experientes (75,0%; 66,7%). Uma vez que as mães sem experiência não tinham resultados negativos, favorecendo o início e a permanência da amamentação na alta, mas a manutenção após a alta foi proporcionada pela prática da gestação anterior (SASSÁ, 2014).

Quanto o tempo de experiência prévia na amamentação, as mães que amamentaram por menos de 4 meses, curiosamente, apresentaram

predomínio do AM na alta (100,0%), por outro lado, no 2º e 4º mês houve maior prevalência entre as mães que amamentaram por 4 ou mais meses (87,5%; 87,5%). Tais resultados justificam-se porque na alta as genitoras com menor tempo de experiência possivelmente receberam maior apoio e orientação da equipe hospitalar, já aquelas com mais experientes possuíam mais habilidades e obtiveram melhores resultados durante os primeiros 4 meses.

Em relação ao sexo da criança, os resultados dessa pesquisa na alta foram superiores no sexo masculino (94,4%), semelhante ao estudo de Lima (2016) que apresentou uma prevalência do AME de 91.1% na alta. Já aos 2 e 4 meses de idade cronológica o predomínio foi entre as crianças de sexo feminino, como também os achados de Oliveira e colaboradores (2013).

No que diz respeito às características clínicas do prematuro, o que justifica a maior prevalência do AM nas três etapas da pesquisa (100,0%; 71,4%; 64,3%) entre os RN pré-termo de maior idade gestacional (≥ 34 semanas) é o amadurecimento dos reflexos de sucção e deglutição, melhor respiração, maturação dos sistemas fisiológicos dos pré-termos tardios, permitindo uma melhor evolução clínica e ponderal resultante do início do SML mais previamente, bem como a sua continuidade (SILVA; GUEDES, 2015; LEMES et. al., 2015). Os resultados foram semelhantes ao de Belo Horizonte – MG, nos quais quanto maior a idade gestacional do prematuro nos primeiros 4 meses, maior foi o período de amamentação.

Quanto ao peso do nascimento, na presente pesquisa a prevalência do AM na alta apresentou maiores valores entre os prematuros com peso insuficiente (100,0%) e peso adequado (100,0%), contudo aos 2 e 4 meses permaneceram em AM maior parte dos pré-termo com peso insuficiente, 69,6% e 65,2% respectivamente.

Esses achados se assemelham a estudo com prematuros realizado em Pernambuco, com destaque da amamentação exclusiva no momento da alta hospitalar (85.5%) entre os prematuros com peso insuficiente e adequado (87.5%) e permaneceu aos 15 e 30 dias pós-alta com melhores resultados entre aqueles com peso insuficiente 79,7% e 55,1% (LIMA, 2016). Da mesma forma, em pesquisa realizada em Pernambuco com amostra de 1568 crianças

e outra no sul do país com 341 lactentes obtiveram resultados positivos do AM entre os bebês com peso adequado ao nascer, em razão desses dispor de melhor maturação gastrointestinal, serem mais maduros e possuindo mais força para mamar e melhor desenvolvimento fisiológico (CAMINHA, 2009; COSTA, 2010; MORAIS, 2016).

A respeito do estado nutricional, os resultados do AM foram curiosamente expressivos na alta entre os RN pré-termo PIG, já que estes necessitam de uma maior atenção pelos profissionais de saúde do hospital e prioridade no recebimento do leite materno, perante seu comprometimento clínico (LEMES, 2015). Divergindo com esse resultado, Mancini e Meléndez (2004) em suas análises afirmam que o predomínio do AM na alta esteve presente entre os recém-nascidos adequados para a idade gestacional. Concordando com achados, que afirmam que a continuidade da amamentação muitas vezes apresenta melhores resultados entre os adequados para idade gestacional, pois esses possuem vantagens no crescimento pós-alta (VAGAS; BENEDETTI; WEINMANN, 2017).

Na pesquisa em discussão foi significativa a maior prevalência do AM, em todas as etapas do estudo, entre os prematuros que não faziam uso da chupeta e mamadeira, confirmando o que se encontra na literatura, onde o uso desses bicos artificiais resulta na “confusão de bicos” e, após a sua utilização, as crianças apresentam dificuldades em amamentar (BRASIL, 2015). Moraes e colaboradores (2016) afirmam que a interrupção do AME foi predominante entre os recém-nascidos que receberam bico/chupeta no hospital ou após alta, como também a pesquisa de Souza e colaboradores (2012), realizada com uma amostra de 770 crianças encontraram que aquelas que permaneceram no AME foram as crianças que não faziam uso de mamadeira (88.4%) e chupeta (60.9%).

Leone e coautores (2012) confirmam tais resultados, pois aproximadamente 68% das crianças que estavam em AME não tinha feito o uso da chupeta nas últimas 24h, por outro lado, em torno de 60% das que tinham feito o uso da chupeta não estava em aleitamento exclusivo. Diante disto, o uso de mamadeira e chupeta tem como uma das principais consequências do desmame precoce (SILVA; GUEDES, 2013).

No tocante a prática da amamentação aos 2 e 4 meses, segundo os aspectos relacionados à promoção e orientação do AM, foi evidenciado entre esses meses elevados valores (70,0%; 60,0%) de mães que amamentaram, cujo seus filhos não foram colocados no peito na 1ª hora pós-parto, constando apenas de toda análise 1 (2,9%) criança passou por essa prática.

Pesquisa realizada no Rio de Janeiro revelou diferentes valores, no qual 43,9% das crianças nascidas em um hospital para gestação de alto risco mamaram na 1ª hora pós-parto. Dessas 55,2% foram ouvidas quando perguntaram sobre a amamentação no pós-parto imediato e 52,2% apresentaram-se satisfeitas com o serviço, motivo que favoreceu melhor resultado, em relação a atual pesquisa (PEREIRA et al., 2013). Como também em uma unidade hospitalar em Londrina - PR, evidenciando que 72,5% das crianças foram amamentadas na 1ª hora de vida, pode-se justificar esse fato por se tratar de uma região com maior recurso financeiro e assim maior acesso à informação da vantagem dessa prática (SOUZA et al., 2012).

Essas unidades hospitalares seguiram o 4º passo para o sucesso do aleitamento materno, que é “Ajudar as mães a iniciar a amamentação na primeira meia hora após o parto”, que possibilita o contato pele a pele entre mãe e bebê, permitindo a construção do vínculo e o sucesso para a amamentação (FEBRASGO, 2010). Boccolini e coparticipantes (2013) reconhecem que a amamentação na primeira hora de vida contribui para a promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno, reduzindo a mortalidade neonatal e devendo fazer parte da rotina hospitalar.

Outra importante promoção ao AM é o acompanhamento no período pós-parto, que pode ser efetuado por meio da visita domiciliar. Sendo significativo para o processo da amamentação, pois profissionais de saúde capacitados são essenciais para esclarecer as dúvidas e ajudar as mães diante das primeiras dificuldades na prática de amamentar, proporcionando resultados clínicos positivos sobre a lactação (FEBRASGO, 2010; BRASIL, 2015). Uma preconização da Atenção à Saúde do Recém-nascido é a visita domiciliar na primeira semana após o parto, com intuito de avaliar o risco da criança e de apoiar o AM (BRASÍLIA, 2011).

Nessa pesquisa, a maior parte dos prematuros na primeira semana de vida encontrava-se internados, no entanto na primeira semana após a alta hospitalar foi observado que apenas 11 mães (32,3%) receberam visita domiciliar de algum profissional de saúde. Já pesquisa realizada em São João do Tigre – PB constatou que 81,3% das mães receberam visita do agente comunitário de saúde, essas mulheres amamentaram exclusivamente por um maior período, comparadas as que não receberam visita. Explica-se pelo fato de se tratar de uma região onde existe um maior investimento em vistas domiciliares, pela precariedade das condições de vida, refletidos nos baixos índices de desenvolvimento humano com intuito de promover uma melhor qualidade de vida (OLIVEIRA et al., 2013).

Essas visitas são importantes para os RN de alto risco, pois os prematuros necessitam do cuidado de uma equipe da atenção básica de saúde. Além disso, é essencial o acompanhamento desses nas consulta de puericultura, nela os pais são orientados pelo profissional de saúde sobre o estímulo ao aleitamento materno, técnicas de pega correta, benefícios do leite humano, o período do AME, desmistificação de mitos sobre o leite materno, entre outras orientações. (BRASÍLIA, 2011; ANTUNES, 2017).

A OMS recomenda dar somente o leite de peito ao bebê até os seus 6 meses, por meio dessa prática será possível proporcionar uma nutrição adequada para criança, resultando em inúmeros benefícios para sua saúde, bem como para a da mãe (BRASIL, 2013). No entanto, as prevalências no Brasil são inferiores do preconizado pela OMS (BRASIL, 2015). Se fazendo necessário o comparecimento das crianças junto com os pais nas consultas de puericultura, para que o profissional de saúde capacitado oriente sobre a amamentação exclusiva até os 6 meses (ANTUNES, 2017).

Na pesquisa em questão, essa orientação esteve presente em 64,7% e 52,9% das mães que estavam amamentando aos 2 e 4 meses, na devida ordem. Já a pesquisa de Cavalcante (2015) apresentou valores superiores, verificou-se que das 124 mães que amamentaram exclusivamente até os 6 meses, 109 (87,9%) receberam orientações sobre a amamentação. Resultados similares à pesquisa realizada em Pernambuco e na Paraíba, com cerca de 85% e 79%, respectivamente das mães que permaneceram em AM por mais

meses receberam orientações (OLIVEIRA, 2013). Em ambos os estudos observou-se a alta adesão das mães nas consultas do pré-natal e de puericultura, favorecendo o acesso dessas mães ao conhecimento sobre a exclusividade do leite materno até os 6 meses (CAVALCANTE, 2015; OLIVEIRA, 2013).

Além disso, os profissionais de saúde também devem orientar que não é recomendando o uso de chupeta e mamadeira pelos bebês, pois o uso desses bicos artificiais resulta na “confusão de bicos” e assim interrompendo o AM (BRASIL, 2015).

Na atual pesquisa cerca de 65,0% e 53,0% das crianças que estavam em AM aos 2 e 4 meses, concomitantemente, foram aquelas cujo suas mães foram orientadas a não oferecer a chupeta. Estudo realizado em São Paulo com bebês menores de 6 meses, aponta que entre os que não estavam em AME em torno de 60% tinha feito o uso da chupeta nas últimas 24 horas, observou-se que o hospital de nascimento de 75,2% não possuía o título IHAC, razão que pode ter contribuído para esse resultado (LEONE; SADECK; PAULISTANA, 2011).

O uso da chupeta que tem sido desaconselhado, diante dos imensos prejuízos trazidos à saúde da criança e redução da frequência de mamada, ocasionando o desmame precoce (BRASIL, 2015). Conforme Marques e colegas (2009), em pesquisa realizada em Cajuri – MG, mães afirmam que receberam a orientação que o uso da chupeta não é aconselhado, apesar do conhecimento dos danos ocasionados pelo seu uso, elas optavam pela sua utilização, alegando este como um objeto de ajuda, permitindo que realizassem outras atividades, pois “acalmava” e “intertia” a criança, especialmente na hora do choro.

Quanto à orientação sobre o não uso da mamadeira no 2º e 4º mês entre as mães que estavam amamentando, respectivamente 56,3% e 43,7%, receberam essa orientação. Moraes e colaboradores (2016) realizaram estudo no sul do país, revelando que 46,2% das crianças que tiveram o AME interrompido, fizeram ainda no hospital o uso da mamadeira ou da chupeta. Em Londrina – PR autores afirmam que as crianças menores de 4 meses que

mantiveram o AME, 88,4% e 60,9% não faziam o uso de chupeta e mamadeira, na devida ordem, tais resultados confirmam que o não uso da mamadeira interfere de maneira positiva na prática da amamentação (SOUZA et al., 2012).

Segundo Lima (2011) o ato de sugar o leite materno, é capaz fazer com que a criança movimente em perfeita sincronia cerca de 20 músculos mastigatórios da face, que futuramente ajudarão na mastigação dos alimentos, diferentemente da mamadeira que são estimulados apenas 2 grupos de músculos e viabilizando o desmame.

No que diz respeito ao início do SML, aos 2 meses os prematuros que já haviam desmamados iniciaram a amamentação no seio da mãe em média do 19º dia após o nascimento, já aqueles que continuaram em AM, por volta do 13º dia. No 4º mês, os prematuros que permaneceram em AM apresentaram o início do SML em média do 13º dia e os que desmamaram, em torno do 17º dia.

Estudo semelhante foi realizado com RNPT em duas unidades hospitalares no sudeste do país, onde na primeira unidade a prevalência do AM aos 2 e 4 meses foi aproximadamente de 30% e na segunda de 10%, em relação ao início da amamentação em ambos hospitais sucedeu por volta do 35º dia, mais tardiamente do que a unidade hospitalar da pesquisa em questão que incentiva o AM. Diferente do estudo realizado com prematuros em Brasília – DF, que o predomínio da amamentação foi entre 10 e 24 horas após o nascimento, essas unidades neonatais eram credenciadas à IHAC ou participante da estratégia Rede Cegonha que contribuem para o contato entre mãe e filho e para o início mais previamente ao SML (BRAGA, 2015).

Conforme Silva e Almeida (2015) a prematuridade é um obstáculo para o início do SML, entretanto a idade gestacional da criança, a iniciativa da mãe, como seu conhecimento sobre os benefícios do leite materno, junto com uma equipe multiprofissional que estimule e acompanhe esse progresso são fatores que contribuem para o início e sucesso da amamentação. Condições que foram encontradas no hospital que foi realizada a presente pesquisa, pois a cooperação de toda equipe foi fundamental para resultados positivos sobre a

amamentação, no entanto alguns casos foram interferidos pelas condições clínicas dos bebês, porém o resultado final foi satisfatório.

A literatura afirma que o toque do recém-nascido com o seio materno permite o contato pele a pele e olhares contínuos entre mãe e filho, fortalece os laços afetivos e troca de sentimentos. Sem falar que o colostro e o leite maduro de mães de prematuros apresentam mais calorias, lipídios e proteínas, em relação à mãe de uma criança a termo, como também seus elementos imunológicos que protegem e auxiliam na recuperação da criança (BRASIL, 2015).

8. CONCLUSÕES

O estudo proporcionou conhecer no âmbito da prematuridade, em um município no interior do estado o tipo de AM em importantes momentos para o prematuro, as causas para o desmame precoce e a correlação entre: o início do SML; as características sociodemográficas; as características clínicas tanto da mãe quanto do prematuro; a promoção e orientações sobre a amamentação com a prevalência do AM.

Os resultados comprovaram que é possível obter boas taxas de AME em recém-nascido pré-termo na alta, apesar de se encontrar abaixo do sugerido pela OMS. No entanto, após a alta hospitalar foi evidenciando um significativo declínio do AM e crescimento significativo do desmame nos primeiros 4 meses, sendo necessário o acompanhamento dessas mães durante os primeiros meses de vida. Como também o início tardio do SML esteve presente entre as crianças que já haviam desmamado aos 2 e 4 meses.

A maior prevalência do AM foi entre as mães adolescentes, moradoras do município Vitória de Santo Antão, que ingressaram o ensino fundamental, solteiras, moradoras em casas com melhores condições de moradia, credenciadas ao Programa Bola Família e com renda familiar mensal de até 1 salário mínimo. Observa-se que as características sociodemográficas não interferiram na amamentação.

A amamentação também sobressaiu entre as mães da segunda gestação, procedentes do parto cesáreo, que participaram de 6 ou mais consultas do pré-natal, com experiência prévia em amamentar por um maior período. Assim como sobre os prematuros do sexo feminino, com peso insuficiente ao nascer, adequado ou grande para idade gestacional, que não faziam uso de chupeta e mamadeira, estas duas últimas variáveis apresentaram significância e após a regressão logística o uso de mamadeira permaneceu significativo.

A promoção e as orientações são peças fundamentais para o seguimento da amamentação, no entanto, curiosamente os resultados foram expressivos entre pré-termos que não foram amamentados na 1ª hora pós-

parto, que não receberam visita pós-alta por algum profissional de saúde e entre as mães que não receberam orientações em dar somente o leite de peito até os 6 meses, bem como o não uso de chupeta e mamadeira.

Ademais, se faz necessário a realização de novos estudos, que vá além dos 4 meses, para melhor compreensão desse acontecimento. Além da necessidade da intensificação da promoção, apoio e orientações sobre o AM pelos profissionais de saúde da atenção básica.

REFERÊNCIAS

ANTUNES, B. S. et al. Condutas do enfermeiro na promoção da manutenção do aleitamento materno exclusivo nas consultas de puericultura. **Ciências da Saúde**, Santa Maria-RS, v.18, n.1, p.85-98, 2017.

ANTUNES, L. S. et al. Amamentação natural como fonte de prevenção em saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 1, pp. 103-109, 2008.

ARAÚJO, J. P. et al. Desmame precoce e suas causas: Experiência na atenção básica de Campina Grande – PB. **Revista da Universidade Vale do Rio Verde**, Três Corações, v.11, n.2, p.146-155, ago/dez, 2013.

AZEVEDO, M. de; CUNHA, M. L. C. da; Fatores associados ao aleitamento materno exclusivo em prematuros no primeiro mês após a alta hospitalar. **Revista do Hospital de Clínica e da Faculdade de Medicina**, Porto Alegre, v.33, n.1, 2013.

BATISTA, K. R. de A; FARIAS, M. do C. A. D. de; MELO, W. dos S. N. de. Influência da assistência de enfermagem na prática da amamentação no puerpério imediato. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v.37, n.96, p.130-138, jan/mar, 2013.

BICHIR, R. M. O bolsa família na berlinda? Os desafios atuais dos programas de transferência de renda. **Revista Novos Estudos CEBRAP**, São Paulo, n.87, p.115-129, 2010.

BOCCOLINI, C. S; CARVALHO, M. L de; OLIVEIRA, M. I. C de; E-P, R. A amamentação na primeira hora de vida e mortalidade neonatal. **Jornal de Pediatria**, Rio de Janeiro, v.89, n.2, p.2013.

BOSI, M. L. M; MACHADO, M. T. Amamentação: um resgate histórico. **Escola de Saúde Pública no Ceará**, Fortaleza, v.1, n.1, jul/dez, 2005.

BRAGA, M. de S. **Aleitamento materno no prematuro: um estudo de prevalência em uma unidade neonatal do DF**. 2015. 71 f Monografia (Bacharelado em Enfermagem) – Curso de Enfermagem, Universidade de Brasília, Ceilândia - DF.

BRASIL. Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia. **Manual de Aleitamento Materno**. São Paulo: FEBRASGO, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Atenção à Saúde do Recém-Nascido: Guia para os Profissionais de Saúde**. 1.ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Cartilha para a mãe trabalhadora que amamenta**. 1.ed. Brasília: Ministério da Saúde, abril, 2010.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Iniciativa Hospital Amigo da Criança**. Brasília: Ministério da Saúde, janeiro, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual Ilustrativo das Ações de Alimentação e Nutrição na Rede Cegonha**. 1.ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Método Canguru Método Técnico**, 2.ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Pesquisa de Prevalência de Aleitamento Materno Em Municípios Brasileiros**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

BRASIL. Ministério da saúde. **Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher PNDS 2006**. 1ª ed., v.1, Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Saúde da Criança: Aleitamento Materno e Alimentação Complementar**. 2ª ed., v.23. Brasília: Ministério da Saúde, 2015.

BRASIL. Rede Internacional em Defesa do Direito de Amamentar. **Cartilha Informativa: Alimentos para crianças de até 3 anos, bicos, chupetas e mamadeiras**. 1ª ed., São Paulo, 2007.

BRASIL. Ministério Da Saúde. **Manual Técnico: Pré-Natal e Puerpério - Atenção Qualificada e Humanizada**. 5ª ed., v.1. Brasília: Ministério Da Saúde, 2006.

BUENO, M. B. et al. Riscos associados ao processo de desmame entre crianças nascidas em hospital universitário de São Paulo, entre 1998 e 1999: estudo de coorte prospectivo do primeiro ano de vida. **Cadernos Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.19, n.5, p.1453-1460, set./out, 2003

CALDAS, D. R. C. et al. Aleitamento Materno e Estado Nutricional de Crianças Menores de um Ano de um Município do Nordeste do Brasil. **Ensaio e Ciência: Ciências Biológicas, Agrárias e da Saúde**, v. 20, n. 1, p. 3-10, 2016.

CAMINHA, M. de F. C. **Aleitamento materno no Estado de Pernambuco: distribuição**. 2009. Dissertação (Doutorado em Nutrição) - Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 2009.

CAMINHA, M. de F. C. et al. Tendências temporais e fatores associados à duração do aleitamento materno em Pernambuco. **Revista de saúde Pública**, São Paulo, v.44, n.2, p.240-248, 2010.

CAVALCANTI, S. H. et al. Fatores associados à prática do aleitamento materno exclusivo por pelo menos seis meses no estado de Pernambuco. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, São Paulo, v. 18, n.1, p. 208-19, jan/mar, 2015.

CCARVALHO, C. A de. Fatores sociodemográficos, perinatais e comportamentais associados aos tipos de leite consumidos por crianças

menores de seis meses: coorte de nascimento. **Ciência Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.22, n.11, p.3699-3710, 2017.

CLAPIS, C. V; FABBRO, M. R. C; BERETTA. A prática da amamentação de mães adolescentes nos primeiros seis meses de vida do filho. **Ciência Cuidado e Saúde**, Maringá, v.12, n.4, p.704-710, out/dez, 2013.

CORRÊA, M. S. **Perfil Alimentar e Estado Nutricional de Crianças no Primeiro Ano de Vida. Educação e Ciência para a Cidadania Global**. Universidade Federal do Espírito Santo, Guararema, Alegre-ES, 2016.

ESCUDEIR, M. M. L.; VENÂNCIO, S. I.; PEREIRA, J. C. R. Estimativa de impacto da amamentação sobre a mortalidade infantil. **Revista Saúde Pública**, São Paulo, v. 37, n.3, 2003.

FALCÃO, M. C. Suporte nutricional no recém-nascido doente ou prematuro. **Revista de Medicina**, São Paulo, v. 82, n. 1-4, p. 11-21, 2003.

FERREIRA, M. I. C; Programa bolsa família e o sistema de proteção social no país. **Bahia Análise & Dados**, Salvador, v.17, n.1, p. 707-719, abr/jun, 2007.

FERREIRA, P. F; ALFENAS, R. de C. G; ARAÚJO, R. M. A. O aleitamento influencia a risco de desenvolvimento de diabetes mellitus na criança? Uma análise das evidências atuais. **Jornal de Pediatria**, Porto Alegre, v.90, n.1 p.7-15, 2014.

FIGUEIREDO, B; DIAS, C. C; BRANDÃO, S; CANÁRIO, C; Amamentação e depressão pós-parto: revisão do estado de arte. **Jornal de Pediatria**, Porto Alegre, v.89, n.4, p.332-338, 2013.

FLORES, T. R. et al. Consumo de leite materno e fatores associados em crianças menores de dois anos: Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. **Cadernos de Saúde Pública**, São Paulo, v.11, n.33, 2017.

FONSECA, A L. M. et al. Impacto do aleitamento materno no coeficiente de inteligência de crianças de oito anos de idade. **Revista Paulista de Pediatria**, São Paulo, v.89, n.4, p.346-53, 2013.

FROTA, M. A. et al. Fatores que interferem no aleitamento materno. **Revista Rene**, Fortaleza, v. 10, n.3, p. 61-67, jul/set, 2009.

FUZETO, K. L. R; OLIVEIRA, A. C. L. de. Comparação da Prática do aleitamento materno e da alimentação complementar entre mães adolescentes a adultas, Curitiba – PR. **Cadernos de escola de saúde/ UNIBRASIL**, Curitiba, v.1, n.3, p.1-16, 2010.

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

GUSMÃO, A. M. de. Prevalência do aleitamento materno exclusivo e fatores associados: estudo transversal com mães adolescentes de 14 e 16 anos em Porto Alegre, RS, Brasil. **Revista Ciência Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.18, n.11, p.3357-3368, 2013.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA. Ministério da Saúde. **Câncer de mama: é preciso falar disso**. 3.ed., Rio de Janeiro: Inca, 2015.

KOUTSOUKOS, S. S. M. 'Amas mercenárias': o discurso dos doutores em medicina e os retratos de amas – Brasil, segunda metade do século XIX. História, **Ciências, Saúde**, Rio de Janeiro, v.16, n.2, p.305-324, abr./jun, 2009.

LEMES, E. F. et al. Estimulação sensório-motora intra e extra-oral em neonatos prematuros: Revisão bibliográfica. **Revista CECAF**, São Paulo, v.17, n.3, p.945-955, 2015.

LEONE, C. R; SADECK, L. dos L; PAULISTANA, P. R. de P. M. Fatores de risco associados ao desmame em crianças até seis meses de idade no município de São Paulo. **Revista Paulistana de Pediatria**, São Paulo, v.30, n.1, p.21-6, 2012.

LIMA, A. A. **Odontologia e Amamentação: Contribuição do cirurgião dentista para a promoção da saúde bucal**. 2011. 28 f. Monografia (Especialização em Atenção Básica) – Núcleo de Saúde Coletiva, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2011.

LIMA, A. P. E. **Aleitamento materno em prematuros hospitalizados e no primeiro mês pós-alta**. 2016. 96 f. Tese (Doutorado em Saúde da Criança e do Adolescente) – Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 2016.

LOPES, T. S. P; MOURA, L. A. D; LIMA, M. C. M. P. Associação entre amamentação e padrão de respiração em crianças: estudo transversal. **Jornal de pediatria**, São Paulo, v.90, n.4, p.396-402, 2014.

MACCINI, P. G. B; MELÉNDEZ, G. V; Aleitamento materno exclusivo na alta de recém-nascidos internados em berçário de alto risco e os fatores associados a essa prática. **Jornal de Pediatria**, São Paulo, v. 80, n. 3, p. 242-248, 2004.

MARQUES, R. F.S.V.; LOPEZ, F. A.; BRAGA, J.A.P. O Crescimento de crianças alimentadas com leite materno exclusivo nos primeiros 6 meses de vida. **Jornal de Pediatria**, São Paulo, v. 80, n. 2, p. 99-105, 2004.

MORAIS, B. A; GONÇALVES, A. de C; STRADA, J. K. R; GOUVEIA; H. G; Fatores associados à interrupção do aleitamento materno exclusivo com até 30 dias. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v.37, 2016.

NASCIMENTO, V. G. **Aleitamento Materno**. Departamento de Saúde Materno-Infantil da faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo (USP), São Paulo, Brasil. Editorial, 2015.

NASCIMENTO, V. G. et al. Aleitamento materno, introdução precoce de leite não materno e excesso de peso na idade pré-escolar. **Revista Paulista de Pediatria**, São Paulo, v.34, n.4, p.454-459, 2016.

NEIVA, F. C. B. et al. Desmame precoce: implicação para o desenvolvimento motor oral. **Jornal de Pediatria**, São Paulo, v. 79, n.1, 2003.

NOBRE, L. N; LESSA, A. do C. Influência do aleitamento materno nos primeiros meses de vida na pressão arterial de pré-escolares. **Jornal de Pediatria**, São Paulo, v.92, n.6, p.588-594, 2016.

ODDY, W. H. Aleitamento materno na primeira hora de vida protege contra mortalidade neonatal. **Jornal de Pediatria**, São Paulo, v. 89, n. 2, p. 109-111 março/abril, 2013.

OLIVEIRA, M. F; FANARO, G. B. Aleitamento materno na prevenção de sobrepeso, obesidade infantil e alergias. **Revista Brasileira de Nutrição Clínica**, São Paulo, v.30, n.4, p. 328-37, 2015.

OLIVEIRA, M. G. O. A. de. et al. Fatores associados ao aleitamento materno em dois municípios com baixo índice de desenvolvimento humano no Nordeste do Brasil. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 16, n.1, p. 178-189, 2013.

PEREIRA, C. R. V. R. et al. Avaliação de fatores que interferem na amamentação na primeira hora de vida. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, São Paulo, v.16, n.2, p.525-534, 2013.

PEREIRA, P. F; ALFENAS, R. de C. G; ARAÚJO, R. M. A. O aleitamento materno influencia o risco de desenvolvimento de diabetes mellitus na criança? Uma análise das evidências atuais. **Jornal de Pediatria**, São Paulo, v.90, n.1, p.7-15, 2014.

REZENDE, M. B. et al. Prevalência de aleitamento materno em recém-nascidos de muito baixo peso: método alternativo *versus* tradicional na alimentação. **Revista Médica de Minas Gerais**, Belo Horizonte, v.24, n.2, p143-149, 2014.

SANTOS, F. S. et al. Aleitamento materno e proteção contra diarreia: revisão integrativa da literatura. **Einstein**, São Paulo, v.13, n.3, p.435-440, 2015.

SASSÁ, A. H. et al. Bebês pré-termo: aleitamento materno e evolução ponderal. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v.67, n.4, p.594-600, 2014.

SILVA, B. T; SANTIAGO, L. B; LAMONIER. Apoio paterno ao aleitamento materno: uma revisão integrativa. **Revista Paulista de Pediatria**, São Paulo, v.30, n.1, p.122-130, março, 2012.

SILVA, C. M. et al. Prática educativa dos “Dez passos para o sucesso do aleitamento materno” em um Banco de Leite Humano. **Ciência & saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n.5, p. 1661-1671, 2015.

SILVA, P. K; ALMEIDA, S. T. Avaliação de recém-nascidos prematuros durante a primeira oferta de seio materno em uma UTI neonatal. **Revista CEFAC**, São Paulo, v.17, n.3, p.927-935, maio/jun, 2015.

SILVA, R. K. C. et al. O ganho de peso em prematuros relacionados ao tipo de leite. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Goiânia, v.16, n.3, p.535-541, 2014.

SILVA, W. F. da; GUEDES, Z. C. F. Tempo de aleitamento materno exclusivo em recém-nascidos prematuros e a termo. **Revista CEFAC**, São Paulo, v.15, n.1, p.160-171, 2013.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA (SBP). **Seguimento Ambulatorial do Prematuro de Risco**. Rio de Janeiro: Departamento Científico de Neonatologia, 2012a.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA. **Manual de orientação para a alimentação do lactente, do pré-escolar, do escolar, do adolescente e na escola**. 3.ed. Rio de Janeiro: SBP, 2012b.

SOUZA, S. N. D. H. de. et al. Prevalência de aleitamento materno e fatores associados no município de Londrina – PR. **ACTA Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v.25, n.1, p.20-35, 2012.

WILLE, P. T; BATTARO, S. M; CARBONARI, V. Z. Análise da Alimentação de Crianças de 24 a 72 Meses de Idade de Um Município do Noroeste do Rio Grande do Sul. In: SALÃO DO CONHECIMENTO., 2015., Ijuí. **Anais...** Ijuí: Unijuí, 2015.

APÊNDICE

APÊNDICE A – Instrumento para coleta de dados



UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
CENTRO ACADÊMICO DE VITÓRIA
PROJETO PREMATURO



**COORTE PROSPECTIVA DO PRIMEIRO ANO DE VIDA DE CRIANÇAS PREMATURAS DO
MUNICÍPIO DE VITÓRIA DE SANTO ANTÃO, PERNAMBUCO: ESTUDO DO
CRESCIMENTO, DESENVOLVIMENTO, AMAMENTAÇÃO, PADRÕES ALIMENTARES E
MORBIDADES DESTES GRUPO DE RISCO**

Questionário da criança

Unidade de Saúde:		
Número do questionário:		QUEST ____
Data da entrevista:	____/____/____	DENT ____/____/____
Nome do entrevistador:		
Nome do ACS:		
Dados Maternos		
1. Nome da mãe:		
2. Idade:		
3. Qual o seu estado Civil?	1[] Solteira 2[] Casada 3[] Viúva 4[] Divorciada 5[] Outros. Qual? _____	
4. Qual a sua profissão?	1[] Do lar 2[] Desempregada 3[] Empregada Qual profissão? _____	

Criança

Identificação

5. Qual o nome da criança?

6. Sexo	1[] Feminino 2[] Masculino	SEXO: ____
7. Qual a idade da criança?	8.1. Idade Gestacional (semanas): ____ 8.2. Idade Corrigida: ____ 8.3. Idade Cronológica: ____	
8. Data de Nascimento da criança?	____/____/____	DNASC ____/____/____
9. Qual o seu Endereço residencial?	_____ _____ _____ _____	
10. Telefones para contato:	() ____-____ () ____-____	
Situação Sócio-Econômica e Habitação		
11. Mora com quem?	1[] Mãe 2[] Pai 3[] Mãe e Pai 4[] Outro. Qual? _____	MRQ: ____
12. Sua casa tem água encanada?	1[] Sim 2[] Não	SANBAS: ____
13. Como é feito o abastecimento de água?	1[] Carro Pipa 2[] Rede geral (COMPESA) 3[] Poços 4[] Captação da água de chuva 5[] Açude 6[] Outro. Qual? _____	ABASTAG: ____
14. Qual o destino dos dejetos (fezes e urina)?	1[] Fossa 2[] Céu aberto 3[] Rede de esgoto 4[] Outro. Qual? _____	DESTDJT: ____
15. Você trata a água que você bebe?	1[] Sim 2[] Não	TAB: ____
16. <u>SE AGUA É TRATADA</u> , Qual o tratamento utilizado?	1[] Fervura 2[] Cloração 3[] Filtração 4[] Mineral 5[] Outro. Qual? _____	TUPTA: ____
17. Qual o destino do seu lixo?	1[] Coletado	DLIXO: ____

	2[] Queimado 3[] Céu aberto 4[] Enterrado 5[] Outro. Qual? _____	
18. Qual a renda familiar da sua casa?	1[] Inferior a 1 salário mínimo 2[] 1 salário mínimo 3[] Até 2 salários mínimos 4[] Acima de 2 salários mínimos	REND: _____
19. Recebe algum benefício do governo?	1[] Sim 2[] Não Qual? _____	BENF: _____
Antropometria e Exames		
20. Possui a caderneta da criança?	1 [] Sim, trouxe 2 [] Sim, Não trouxe 3 [] Não	PCC: _____
21. Peso ao nascer (gramas):		PN: _____
22. Comprimento ao nascer (cm):		EN: _____
23. Perímetro Cefálico ao nascer (cm):		PCN: _____
24. Peso atual (cm):		
25. Comprimento atual (cm):		
26. Perímetro Cefálico atual (cm):		
27. Perímetro Torácico (cm):		
28. Circunferência do Braço (cm):		
29. A criança recebeu visita domiciliar na 1ª semana de algum profissional de saúde?	1 [] Sim 2 [] Não	VAPS: _____
30. Qual profissional?		
	Médico 1 [] Sim 2 [] Não	VMED: _____
	Enfermeiro 1 [] Sim 2 [] Não	VENF: _____
	Fonoaudiólogo 1 [] Sim 2 [] Não	VFON: _____
	Nutricionista 1 [] Sim 2 [] Não	VNUT: _____
	Outro. Qual? _____	
31. A criança tomou/toma vitamina A? (VER NO CARTÃO)	1 [] Sim	TVITA: _____

	2 [] Não	
32. SE TOMOU , Quantas doses?	1 [] Uma 2 [] Duas 3 [] Três 4 [] Quatro 3 [] Não se aplica	
33. A criança TOMA sulfato ferroso?	1 [] Sim 2 [] Não	TSULFFER: _____
34. SE TOMOU/ TOMA , Qual o esquema de suplementação?	1 [] Diariamente 2 [] Semanalmente 3 [] Não se aplica	
35. A criança TOMA outro tipo de suplemento oral?	1 [] Sim Qual? _____ 2 [] Não	TSUPORAL: _____
36. SE TOMOU/ TOMA , Qual o esquema de suplementação?		
Aleitamento materno		
37. A criança foi colocada ao seio para mamar na primeira hora de vida logo após o parto? (AINDA NA SALA DE PARTO)	1 [] Sim 2 [] Não	
38. Na alta hospitalar qual era a alimentação da criança?	1 [] Apenas leite materno 2 [] Leite materno + fórmula infantil no copinho 3 [] Leite materno + fórmula infantil na chucha 4 [] Apenas fórmula infantil no copinho 5 [] Apenas fórmula infantil na chucha	
39. A criança mama?	1 [] Sim 2 [] Não	CMAMA: _____
40. SE NÃO MAMA , A criança mamou alguma vez na vida?	1 [] Sim 2 [] Não (NUNCA) 3 [] NÃO SE APLICA (QUANDO A CRIANÇA AINDA MAMA) 4 [] Não sabe	CMAMOU: _____
41. Mamou até que idade (MESES)?	1 [] Até 1 mês 2 [] Até 2 meses 3 [] Até 3 meses 4 [] Até 4 meses 5 [] Até 5 meses 6 [] Até 6 meses	MAMOU: _____

	7 [] > 6 meses	
42. <u>SE NÃO MAMA, MAS MAMOU</u> , Porque deixou de mamar?	1 [] Leite insuficiente 2 [] Criança não queria 3 [] Mãe não queria 4 [] Criança doente 5 [] Mãe doente 6 [] Mãe trabalhava/estudava 7 [] Problema no seio 8 [] Não se aplica 9 [] Outro. Qual? _____	PQDM: _____
43. <u>SE NUNCA MAMOU</u> , Porque nunca mamou?	1 [] Leite insuficiente 2 [] Criança não queria 3 [] Mãe não queria 4 [] Criança doente 5 [] Mãe doente 6 [] Mãe trabalhava/estudava 7 [] Problema no seio 8 [] Não se aplica 9 [] Outro Qual? _____	PNM: _____
44. <u>SE NUNCA MAMOU</u> qual o leite ofereceu como “substituto” do Leite Materno?	1 [] Leite em pó modificado (fórmulas) 2 [] Leite de vaca em pó integral 3 [] Leite de vaca não pasteurizado (natural) 4 [] Leite de vaca líquido integral 5 [] Leite de cabra 6 [] Leite de soja 7 [] Não se aplica 8 [] Não sabe 9 [] Outro: _____	SLM: _____
45. <u>SE NUNCA MAMOU</u> , Como preparava o leite da criança com mais frequência?	1 [] Apenas leite 2 [] Leite com açúcar 3 [] Leite com farináceos 4 [] Leite com açúcar e farináceos	
46. <u>ENQUANTO MAMA OU MAMAVA</u> ofereceu outro tipo de alimento? (ANTES DOS 6 MESES DE VIDA)	1 [] Sim 2 [] Não 3 [] NÃO SE APLICA (NUNCA MAMOU) 4 [] Não sabe	OAL: _____

47. ENQUANTO MAMA OU MAMAVA , qual alimento recebeu: (ANTES DOS 6 MESES DE VIDA)	Água: 1[☐] Sim 2 [☐] Não	AG: _____
	Chá: 1[☐] Sim, QUAL? 2 [☐] Não	CHA: _____
	Suco: 1[☐] Sim, QUAL? 2 [☐] Não	SUCO: _____
	Outro leite: 1[☐] Sim, QUAL? 2 [☐] Leite em pó modificado (fórmulas) 3 [☐] Leite de vaca em pó integral 4 [☐] Leite de vaca não pasteurizado (natural) 5 [☐] Leite de vaca líquido integral 6 [☐] Leite de cabra 7 [☐] Leite de soja 8 [☐] Não 9 [☐] não sabe informar	OLEIT: _____
	COMO PREPARA OU PREPARAVA O LEITE? 1 [☐] Apenas leite 2 [☐] Leite com açúcar 3 [☐] Leite com farináceos 4 [☐] Leite com açúcar e farináceos	
48. Quem recomendou a introdução dos alimentos? (ANTES DOS SEIS MESES DE VIDA)	1 [☐] Mãe 2 [☐] Sogra 3 [☐] Médico 4 [☐] Nutricionista 5 [☐] Outro. Qual? _____	

Avaliação de práticas alimentares de crianças menores de dois anos de idade

A senhora pode me dizer quais Alimentos esta criança tomou ou comeu desde ontem de tarde até hoje, sem contar com a primeira refeição da manhã? Eu vou falar o nome de cada alimento e a Sra. responde sim ou não.

49. Tomou leite de peito?	1 [☐] Sim 2 [☐] Não (Passe para a questão 50) 9 [☐] Não Sabe (Passe para a questão 50)
50. Quantas Vezes? _____ vezes	9 [☐] Não Sabe
51. Tomou Água?	1 [☐] Sim

	2 [] Não 9 [] Não Sabe	
52. Tomou Chá?	1 [] Sim 2 [] Não 9 [] Não Sabe	
53. Tomou outro Leite?	1 [] Sim, qual? _____ 2 [] Não (Passe para a questão 55) 9 [] Não Sabe (Passe para a questão 55)	
54. Quantas vezes a criança recebeu esse outro leite? _____ vezes	9 [] Não Sabe	
55. Nesse leite tinha açúcar ou achocolatado?	1 [] Sim 2 [] Não 9 [] Não Sabe	
56. Tomou Suco de Fruta Natural ou Água de Coco?	1 [] Sim 2 [] Não 9 [] Não Sabe	
57. Tomou Suco Industrializado ou em Pó?	1 [] Sim 2 [] Não 9 [] Não Sabe	
58. Tomou Refrigerantes?	1 [] Sim 2 [] Não 9 [] Não Sabe	
59. Tomou Café?	1 [] Sim 2 [] Não 9 [] Não Sabe	
60. Comeu algum Alimento Sólido, Semissólido ou Pastoso?	1 [] Sim 2 [] Não 9 [] Não Sabe	Quantas Vezes? _____ Vezes
61. Comeu Mingau com Leite?	1 [] Sim 2 [] Não 9 [] Não Sabe	Quantas Vezes? _____ Vezes
62. Comeu outro tipo de Mingau?	1 [] Sim, qual? _____ 2 [] Não 9 [] Não Sabe	Quantas Vezes? _____ Vezes
63. Comeu Fruta Inteira, em Pedacos ou Amassada?	1 [] Sim 2 [] Não	Quantas Vezes? _____ Vezes

	9 [] Não Sabe	
64. Comeu Mamão, Manga, Pitanga?	1 [] Sim 2 [] Não 9 [] Não Sabe	
65. Comeu alimento adoçado com Açúcar, Mel, Melado, adoçante?	1 [] Sim 2 [] Não 9 [] Não Sabe	
66. Comeu Bala, Pirulito, ou outras guloseimas?	1 [] Sim 2 [] Não 9 [] Não Sabe	
67. Comeu Bolacha, Biscoito ou Salgadinho de Pacote?	1 [] Sim 2 [] Não 9 [] Não Sabe	
68. Comeu comida com Sal (de Panela, Papa, sopa)?	1 [] Sim 2 [] Não (Passe para a questão 69) 9 [] Não Sabe (Passe para a questão 69)	
69. Quantas Vezes?	1 [] 1 Vez 2 [] Duas Vezes 3 [] Três Vezes ou Mais 9 [] Não Sabe	
70. A comida oferecida foi (Leia as alternativas. Se necessário assinale mais de uma)	1 [] Igual a da família? 2 [] Preparada só para a criança? 3 [] Industrializada (de potinho) 9 [] Não Sabe	
*Questão 69: _____, _____, _____ (resposta codificada)		
71. Essa comida foi oferecida como: (Leia as alternativas. Se necessário assinale mais de uma)	1 [] Em Pedacos? 2 [] Amassada? 3 [] Passada da Peneira? 4 [] Liquidificada? 9 [] Não sabe	
*Questão 70: _____, _____, _____ (resposta codificada)		
72. Comeu algum tipo de Carne (de Boi, Frango, Porco, Peixe ou outro)?	1 [] Sim 2 [] Não 9 [] Não Sabe	

73. Comeu Fígado?	1 [☐] Sim 2 [☐] Não 9 [☐] Não Sabe
74. Comeu Feijão?	1 [☐] Sim 2 [☐] Não (Passe para a questão 75) 9 [☐] Não Sabe (Passe para a questão 75)
75. Como foi oferecido esse feijão?	1 [☐] Só o Caldo 2 [☐] Só o Caroço 3 [☐] Caldo e Caroço 9 [☐] Não sabe
76. Comeu Ovo?	1 [☐] Sim 2 [☐] Não (Passe para a questão 78) 9 [☐] Não Sabe (Passe para a questão 78)
77. Como foi oferecido o Ovo?	1 [☐] Só a Clara 2 [☐] Só a Gema 3 [☐] Clara e Gema
78. Comeu Arroz, Batata, Inhame, Aipim, Macarrão sem ser Miojo?	1 [☐] Sim 2 [☐] Não 9 [☐] Não Sabe
79. Comeu Legumes sem ser Batata/ Inhame/ Aipim?	1 [☐] Sim 2 [☐] Não 9 [☐] Não Sabe
80. Comeu Abóbora, Cenoura, Brócolis ou Couve?	1 [☐] Sim 2 [☐] Não 9 [☐] Não Sabe
81. Comeu Verduras de Folhas?	1 [☐] Sim 2 [☐] Não 9 [☐] Não Sabe
82. Comeu Salsicha, Linguiça e/ou Nuggets?	1 [☐] Sim 2 [☐] Não 9 [☐] Não Sabe
83. Comeu Macarrão tipo Instantâneo (Tipo Miojo)?	1 [☐] Sim 2 [☐] Não 9 [☐] Não Sabe
84. Tomou ou Comeu outros alimentos?	1 [☐] Sim 2 [☐] Não

	9 [] Não Sabe	
85. A criança frequenta Creche?	1 [] Sim 2 [] Não 9 [] Não Sabe	
86. Qual o Período?	1 [] Integral 2 [] Meio Período (Manhã ou Tarde)	
87. A Criança usa Mamadeira ou Chuquinha?	1 [] Sim 2 [] Não 9 [] Não Sabe	
88. A Criança usa Chupeta?	1 [] Sim 2 [] Não 9 [] Não Sabe	
Orientações Passadas por profissionais as mães das crianças atendidas nas UBS		
89. Você recebeu orientação sobre os benefícios do Aleitamento Materno?	1 [] Sim 2 [] Não	
90. Na consulta de puericultura explicaram a você a importância de dar somente o leite do peito até os seis meses de vida?	1 [] Sim 2 [] Não	
91. Na consulta de puericultura, você foi orientada a partir de qual mês o seu filho pode ingerir outros alimentos além do AM?	1 [] Sim. Qual? _____ 2 [] Não	
92. Na UBS algum profissional perguntou se estava tendo dificuldades na introdução dos alimentos na alimentação do seu filho?	1 [] Sim 2 [] Não	
93. Você foi orientada se é correto dar chupeta ao seu filho?	1 [] Sim 2 [] Não	
94. Você foi orientada se é correto a prática de dar leite na mamadeira ao seu filho?	1 [] Sim 2 [] Não	
95. Na UBS você foi informada sobre quais alimentos ricos em ferro você deve ofertar ao seu filho e a partir de qual mês deve introduzir esses alimentos?	1 [] Sim. Quais são? _____ 2 [] Não	
96. Na UBS você foi orientada sobre quais alimentos ricos em vitamina A você deve dar ao seu filho e a partir de qual mês deve introduzir esses alimentos?	1 [] Sim. Quais são? _____ 2 [] Não	
97. Em qual momento você recebeu as orientações de como deve ser a alimentação do seu filho?	1 [] Pré-natal 2 [] Curso de gestante 3 [] Consulta de puericultura 4 [] Consulta de rotina	

APÊNDICE B: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
CENTRO ACADÊMICO DE VITÓRIA
NÚCLEO DE NUTRIÇÃO

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

(PARA MAIORES DE 18 ANOS OU EMANCIPADOS - Resolução 466/12)

Convidamos o (a) Sr. (a) para participar como voluntário (a) da pesquisa (título completo da pesquisa), que está sob a responsabilidade do (a) pesquisador (a) **“PERFIL CLINICO-NUTRICIONAL E TERAPIA NUTRICIONAL PRECOCE DE PREMATUROS DA UTI NEONATAL EM UMA MATERNIDADE PÚBLICA DE REFERÊNCIA PARA GESTAÇÃO DE ALTO RISCO NO MUNICÍPIO DE VITÓRIA DE SANTO ANTÃO PERNAMBUCO”**. Esta pesquisa é da responsabilidade do (a) pesquisador (a): Prof^a Michelle Figueiredo Carvalho. Estão envolvidos na pesquisa os seguintes colaboradores: Elisa Barros de Andrade, Kennia Kiss Borges Santos, Andressa Laís Ferreira Silva, Rosélia Odete Justino da Silva, Deysiane Biserra de Souza – alunos de graduação em Nutrição do Centro Acadêmico de Vitória/ Universidade Federal de Pernambuco, endereço: Rua Alto do Reservatório, S/N, – Bela Vista - CEP: 55608-680, Vitória de Santo Antão – PE.

Caso este Termo de Consentimento contenha informações que não lhe sejam compreensível, as dúvidas podem ser tiradas com a pessoa que está lhe entrevistando e apenas ao final, quando todos os esclarecimentos forem dados, caso concorde com a realização do estudo pedimos que rubrique as folhas e assine ao final deste documento, que está em duas vias, uma via lhe será entregue e a outra ficará com o pesquisador responsável.

Caso não concorde não haverá penalização, bem como será possível retirar o consentimento a qualquer momento, também sem qualquer penalidade.

INFORMAÇÕES SOBRE A PESQUISA:

- A pesquisa tem como objetivodescrever e acompanhar o perfil clinico nutricional/estado nutricional e as praticas de amamentação e alimentação dos recém nascidos prematuros nascidos em um hospital de referencia para

a gestação de alto risco da cidade da Vitória de Santo antão até completarem 1 ano de vida. Os dados serão coletados por meio de questionário preestabelecido e análise dos prontuários e caderneta da criança, sem utilização de métodos invasivos.

➤ O período de participação do voluntário da pesquisa será de 1 ano, desde o nascimento e entrada na UTI neonatal até completar 1 ano de idade corrigida. A pesquisa será realizada no Hospital João Murilo de Oliveira, e os dados serão coletados no prontuário da criança sem nenhum contato com o prematuro, e posteriormente, após a alta hospitalar, a coleta será feita no ambulatório de nutrição do Hospital João Murilo de Oliveira durante os egressos mensais da criança para acompanhamento neste ambulatório. A coleta de dados terá a supervisão da nutricionista da UTI neonatal.

➤ **RISCOS** - não haverá métodos invasivos durante o estudo, visto que não haverá a manipulação dos recém- nascidos, nem exposição a procedimentos, pois os dados serão coletados através dos prontuários. Pode haver constrangimento por parte das mães na hora de responder as perguntas do questionário, nesse caso o participante pode se negar a responder a referente questão que lhe cause constrangimento, mas para minimizar isto, a mãe será informada sobre todos os objetivos e etapas da pesquisa.

➤ **BENEFÍCIOS** - o estudo permitirá conhecer de forma integral o estado de saúde e nutrição dos prematuros residentes no município e verificar a atenção prestada a este grupo de risco nutricional e com isso identificar possíveis carências e inadequações alimentares sendo possível subsidiar ações práticas, orientações, trabalhos de extensão a esta população.

Todas as informações desta pesquisa serão confidenciais e serão divulgadas apenas em eventos ou publicações científicas, não havendo identificação dos voluntários, a não ser entre os responsáveis pelo estudo, sendo assegurado o sigilo sobre a sua participação. Os dados coletados nesta pesquisa, ficarão armazenados em computador pessoal, sob a responsabilidade do (a) pesquisador (a), no endereço (acima informado), pelo período de (mínimo) 5 anos.

Nada lhe será pago e nem será cobrado para participar desta pesquisa, pois a aceitação é voluntária, mas fica também garantida a indenização em casos de danos, comprovadamente decorrentes da participação na pesquisa, conforme decisão judicial ou extra-judicial. Se houver necessidade, as despesas para a sua participação serão assumidas pelos pesquisadores (ressarcimento de transporte e alimentação).

Em caso de dúvidas relacionadas aos aspectos éticos deste estudo, você poderá consultar o Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da UFPE no endereço: (Avenida da Engenharia s/n – 1º Andar, sala 4 - Cidade Universitária, Recife-PE, CEP: 50740-600, Tel.: (81) 2126.8588 – e-mail: cepccs@ufpe.br).

(assinatura do pesquisador)

CONSENTIMENTO DA PARTICIPAÇÃO DA PESSOA COMO VOLUNTÁRIO (A)

Eu, _____, CPF _____, abaixo assinado, após a leitura (ou a escuta da leitura) deste documento e de ter tido a oportunidade de conversar e ter esclarecido as minhas dúvidas com o pesquisador responsável, concordo em participar do estudo **“PERFIL CLINICO-NUTRICIONAL E TERAPIA NUTRICIONAL PRECOCE DE PREMATUROS DA UTI NEONATAL EM UMA MATERNIDADE PÚBLICA DE REFERÊNCIA PARA GESTAÇÃO DE ALTO RISCO NO MUNICÍPIO DE VITÓRIA DE SANTO ANTÃO PERNAMBUCO”**, como voluntário (a). Fui devidamente informado (a) e esclarecido (a) pelo(a) pesquisador (a) sobre a pesquisa, os procedimentos nela envolvidos, assim como os possíveis riscos e benefícios decorrentes de minha participação. Foi-me garantido que posso retirar o meu consentimento a qualquer momento, sem que isto leve a qualquer penalidade (ou interrupção de meu acompanhamento/ assistência/tratamento).

Local e data _____

Assinatura do participante:

Presenciamos a solicitação de consentimento, esclarecimentos sobre a pesquisa e o aceite do voluntário em participar.

Impressão
Digital
(Opcional)

(02 testemunhas não ligadas à equipe de pesquisadores):

Nome:	Nome:
Assinatura:	Assinatura:

APÊNDICE C: Termo de Assentimento Livre e Esclarecido

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
CENTRO ACADÊMICO DE VITÓRIA
NÚCLEO DE NUTRIÇÃO

TERMO DE ASSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

(PARA MENORES DE 12 a 18 ANOS - Resolução 466/12)

OBS: Este Termo de Assentimento para o menor de 12 a 18 anos não elimina a necessidade da elaboração de um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido que deve ser assinado pelo responsável ou representante legal do menor.

Convidamos você, após autorização dos seus pais [ou dos responsáveis legais] para participar como voluntário (a) da pesquisa: **“PERFIL CLINICO-NUTRICIONAL E TERAPIA NUTRICIONAL PRECOCE DE PREMATUROS DA UTI NEONATAL EM UMA MATERNIDADE PÚBLICA DE REFERÊNCIA PARA GESTAÇÃO DE ALTO RISCO NO MUNICÍPIO DE VITÓRIA DE SANTO ANTÃO PERNAMBUCO”**. Esta pesquisa é da responsabilidade do (a) pesquisador (a): Prof^a Michelle Figueiredo Carvalho. Estão envolvidos na pesquisa os seguintes colaboradores: Elisa Barros de Andrade, Kennia Kiss Borges Santos, Andressa Laís Ferreira Silva, Rosélia Odete Justino da Silva, Deysiane Biserra de Souza– alunos de graduação em Nutrição do Centro Acadêmico de Vitória/ Universidade Federal de Pernambuco, endereço: Rua Alto do Reservatório, S/N, – Bela Vista - CEP: 55608-680, Vitória de Santo Antão – PE.

Caso este Termo de Consentimento contenha informações que não lhe sejam compreensível, as dúvidas podem ser tiradas com a pessoa que está lhe entrevistando e apenas ao final, quando todos os esclarecimentos forem dados e concorde com a realização do estudo pedimos que rubrique as folhas e assine ao final deste documento, que está em duas vias, uma via lhe será entregue para que seus pais ou responsável possam guardá-la e a outra ficará com o pesquisador responsável.

Você será esclarecido (a) sobre qualquer dúvida e estará livre para decidir participar ou recusar-se. Caso não aceite participar, não haverá nenhum problema, desistir é um direito seu. Para participar deste estudo, o responsável por você deverá

autorizar e assinar um Termo de Consentimento, podendo retirar esse consentimento ou interromper a sua participação a qualquer momento, sem nenhum prejuízo.

INFORMAÇÕES SOBRE A PESQUISA:

- A pesquisa tem como objetivodescrever e acompanhar o perfil clinico nutricional/estado nutricional e as praticas de amamentação e alimentação dos recém nascidos prematuros nascidos em um hospital de referencia para a gestação de alto risco da cidade da Vitória de Santo antão até completarem 1 ano de vida. Os dados serão coletados por meio de questionário preestabelecido e análise dos prontuários e caderneta da criança, sem utilização de métodos invasivos.
- O período de participação do voluntário da pesquisa será de 1 ano, desde o nascimento e entrada na UTI neonatal até completar 1 ano de idade corrigida. A pesquisa será realizada no Hospital João Murilo de Oliveira, e os dados serão coletados no prontuário da criança sem nenhum contato com o prematuro, e posteriormente, após a alta hospitalar, a coleta será feita no ambulatório de nutrição do Hospital João Murilo de Oliveira durante os egressos mensais da criança para acompanhamento neste ambulatório. A coleta de dados terá a supervisão da nutricionista da UTI neonatal.
- **RISCOS** - não haverá métodos invasivos durante o estudo, visto que não haverá a manipulação dos recém- nascidos, nem exposição a procedimentos, pois os dados serão coletados através dos prontuários. Pode haver constrangimento por parte das mães na hora de responder as perguntas do questionário, nesse caso o participante pode se negar a responder a referente questão que lhe cause constrangimento, mas para minimizar isto, a mãe será informada sobre todos os objetivos e etapas da pesquisa.
- **BENEFÍCIOS** - o estudo permitirá conhecer de forma integral o estado de saúde e nutrição dos prematuros residentes no município e verificar a atenção prestada a este grupo de risco nutricional e com isso identificar possíveis carências e inadequações alimentares sendo possível subsidiar ações práticas, orientações, trabalhos de extensão a esta população.

As informações desta pesquisa serão confidenciais e serão divulgadas apenas em eventos ou publicações científicas, não havendo identificação dos voluntários, a não ser entre os responsáveis pelo estudo, sendo assegurado o sigilo sobre a sua participação. Os dados coletados nesta pesquisa, ficarão armazenados em computador pessoal, sob a responsabilidade do (a) pesquisador (a), no endereço (acima informado), pelo período de (mínimo) 5 anos.

Nem você e nem seus pais [ou responsáveis legais] pagarão nada para você participar desta pesquisa, também não receberão nenhum pagamento para a sua participação, pois é voluntária. Se houver necessidade, as despesas (deslocamento e alimentação) para a sua participação e de seus pais serão assumidas ou ressarcidas pelos pesquisadores. Fica também garantida indenização em casos de danos, comprovadamente decorrentes da sua participação na pesquisa, conforme decisão judicial ou extra-judicial.

Este documento passou pela aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da UFPE que está no endereço: (Avenida da Engenharia s/n – 1º Andar, sala 4 - Cidade Universitária, Recife-PE, CEP: 50740-600, Tel.: (81) 2126.8588 – e-mail: cepccs@ufpe.br).

Assinatura do pesquisador (a)

ASSENTIMENTO DO(DA) MENOR DE IDADE EM PARTICIPAR COMO VOLUNTÁRIO(A)

Eu, _____, portador (a) do documento de Identidade _____ (se já tiver documento), abaixo assinado, concordo em participar do estudo **“PERFIL CLINICO-NUTRICIONAL E TERAPIA NUTRICIONAL PRECOCE DE PREMATUROS DA UTI NEONATAL EM UMA MATERNIDADE PÚBLICA DE REFERÊNCIA PARA GESTAÇÃO DE ALTO RISCO NO MUNICÍPIO DE VITÓRIA DE SANTO ANTÃO PERNAMBUCO”**, como voluntário (a). Fui informado (a) e esclarecido (a) pelo (a) pesquisador (a) sobre a pesquisa, o que vai ser feito, assim como os possíveis riscos e benefícios que podem acontecer com a minha participação. Foi-me garantido que posso desistir de participar a qualquer momento, sem que eu ou meus pais precise pagar nada.

Local e data _____

Assinatura do (da) menor : _____

Presenciamos a solicitação de assentimento, esclarecimentos sobre a pesquisa e aceite do/a voluntário/a em participar. 02 testemunhas (não ligadas à equipe de pesquisadores):

Nome:	Nome:
Assinatura:	Assinatura:

APÊNDICE D: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
CENTRO ACADÊMICO DE VITÓRIA
NÚCLEO DE NUTRIÇÃO

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

(PARA RESPONSÁVEL LEGAL PELO MENOR DE 18 ANOS - Resolução 466/12)

Solicitamos a sua autorização para convidar o (a) sua filho (a) ou menor que está sob sua responsabilidade legal para participar como voluntário (a) da pesquisa **“PERFIL CLINICO-NUTRICIONAL E TERAPIA NUTRICIONAL PRECOCE DE PREMATUROS DA UTI NEONATAL EM UMA MATERNIDADE PÚBLICA DE REFERÊNCIA PARA GESTAÇÃO DE ALTO RISCO NO MUNICÍPIO DE VITÓRIA DE SANTO ANTÃO PERNAMBUCO”**. Esta pesquisa é da responsabilidade do (a) pesquisador (a): Prof^a Michelle Figueiredo Carvalho. Estão envolvidos na pesquisa os seguintes colaboradores: Elisa Barros de Andrade, Kennia Kiss Borges Santos, Andressa Laís Ferreira Silva, Rosélia Odete Justino da Silva, Deysiane Biserra de Souza – alunos de graduação em Nutrição do Centro Acadêmico de Vitória/ Universidade Federal de Pernambuco, endereço: Rua Alto do Reservatório, S/N, – Bela Vista - CEP: 55608-680, Vitória de Santo Antão – PE.

Caso este Termo de Consentimento contenha informações que não lhe sejam compreensível, as dúvidas podem ser tiradas com a pessoa que está lhe entrevistando e apenas ao final, quando todos os esclarecimentos forem dados, caso concorde com a realização do estudo pedimos que rubrique as folhas e assine ao final deste documento, que está em duas vias, uma via lhe será entregue e a outra ficará com o pesquisador responsável.

Caso não concorde não haverá penalização, bem como será possível retirar o consentimento a qualquer momento, também sem qualquer penalidade.

INFORMAÇÕES SOBRE A PESQUISA:

- A pesquisa tem como objetivodescrever e acompanhar o perfil clinico nutricional/estado nutricional e as praticas de amamentação e alimentação dos recém nascidos prematuros nascidos em um hospital de referencia para

a gestação de alto risco da cidade da Vitória de Santo Antão até completarem 1 ano de vida. Os dados serão coletados por meio de questionário preestabelecido e análise dos prontuários e caderneta da criança, sem utilização de métodos invasivos.

➤ O período de participação do voluntário da pesquisa será de 1 ano, desde o nascimento e entrada na UTI neonatal até completar 1 ano de idade corrigida. A pesquisa será realizada no Hospital João Murilo de Oliveira, e os dados serão coletados no prontuário da criança sem nenhum contato com o prematuro, e posteriormente, após a alta hospitalar, a coleta será feita no ambulatório de nutrição do Hospital João Murilo de Oliveira durante os egressos mensais da criança para acompanhamento neste ambulatório. A coleta de dados terá a supervisão da nutricionista da UTI neonatal.

➤ **RISCOS** - não haverá métodos invasivos durante o estudo, visto que não haverá a manipulação dos recém-nascidos, nem exposição a procedimentos, pois os dados serão coletados através dos prontuários. Pode haver constrangimento por parte das mães na hora de responder as perguntas do questionário, nesse caso o participante pode se negar a responder a referente questão que lhe cause constrangimento, mas para minimizar isto, a mãe será informada sobre todos os objetivos e etapas da pesquisa.

➤ **BENEFÍCIOS** - o estudo permitirá conhecer de forma integral o estado de saúde e nutrição dos prematuros residentes no município e verificar a atenção prestada a este grupo de risco nutricional e com isso identificar possíveis carências e inadequações alimentares sendo possível subsidiar ações práticas, orientações, trabalhos de extensão a esta população.

Todas as informações desta pesquisa serão confidenciais e serão divulgadas apenas em eventos ou publicações científicas, não havendo identificação dos voluntários, a não ser entre os responsáveis pelo estudo, sendo assegurado o sigilo sobre a sua participação. Os dados coletados nesta pesquisa, ficarão armazenados em computador pessoal, sob a responsabilidade do (a) pesquisador (a), no endereço (acima informado), pelo período de (mínimo) 5 anos.

Nada lhe será pago e nem será cobrado para participar desta pesquisa, pois a aceitação é voluntária, mas fica também garantida a indenização em casos de danos, comprovadamente decorrentes da participação na pesquisa, conforme decisão judicial ou extra-judicial. Se houver necessidade, as despesas para a sua participação serão assumidas pelos pesquisadores (ressarcimento de transporte e alimentação).

Em caso de dúvidas relacionadas aos aspectos éticos deste estudo, você poderá consultar o Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da UFPE no endereço: (Avenida da Engenharia s/n – 1º Andar, sala 4 - Cidade Universitária, Recife-PE, CEP: 50740-600, Tel.: (81) 2126.8588 – e-mail: cepccs@ufpe.br).

(assinatura do pesquisador)

CONSENTIMENTO DA PARTICIPAÇÃO DA PESSOA COMO VOLUNTÁRIO (A)

Eu, _____, CPF _____, abaixo assinado, responsável por _____, após a leitura (ou a escuta da leitura) deste documento e de ter tido a oportunidade de conversar e ter esclarecido as minhas dúvidas com o pesquisador responsável, autorizo a sua participação no estudo **“PERFIL CLINICO-NUTRICIONAL E TERAPIA NUTRICIONAL PRECOCE DE PREMATUROS DA UTI NEONATAL EM UMA MATERNIDADE PÚBLICA DE REFERÊNCIA PARA GESTAÇÃO DE ALTO RISCO NO MUNICÍPIO DE VITÓRIA DE SANTO ANTÃO PERNAMBUCO”**, como voluntário (a). Fui devidamente informado (a) e esclarecido (a) pelo(a) pesquisador (a) sobre a pesquisa, os procedimentos nela envolvidos, assim como os possíveis riscos e benefícios decorrentes de minha participação. Foi-me garantido que posso retirar o meu consentimento a qualquer momento, sem que isto leve a qualquer penalidade (ou interrupção de meu acompanhamento/ assistência/tratamento) para mim ou para o (a) menor em questão.

Local e data _____

Assinatura do (a)

responsável: _____

Presenciamos a solicitação de consentimento, esclarecimentos sobre a pesquisa e o aceite do voluntário em participar.

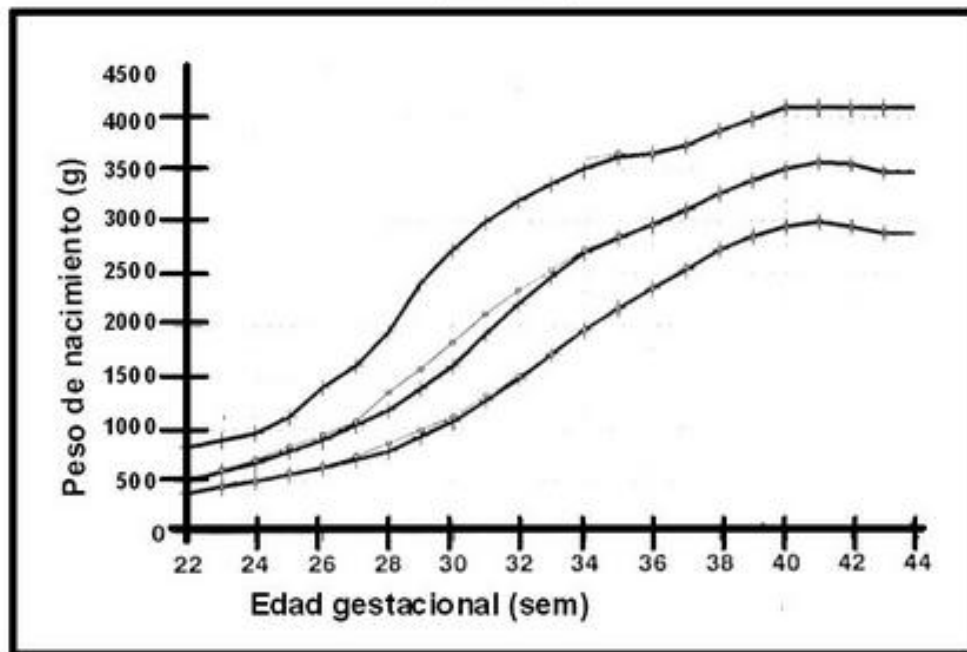
Impressão Digital (Opcional)

(02 testemunhas não ligadas à equipe de pesquisadores):

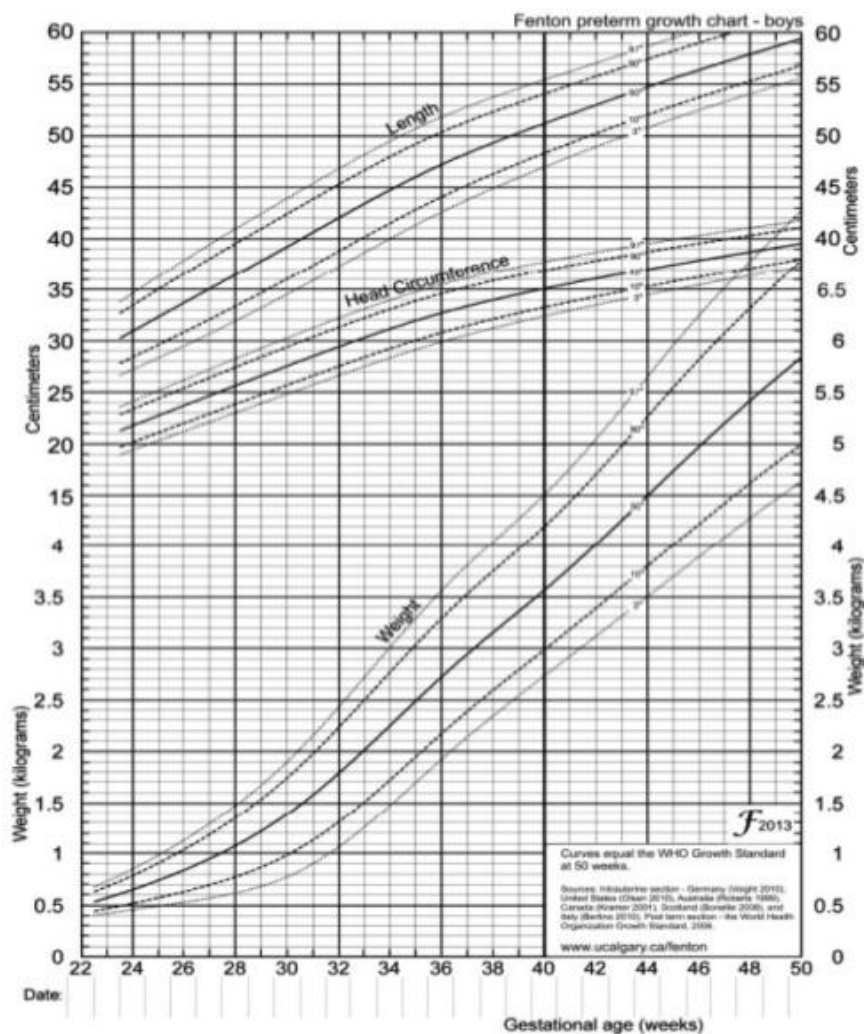
Nome:	Nome:
Assinatura:	Assinatura:

ANEXO

ANEXO A – Curva de crescimento intrauterino para crianças prematuras, por Alexander (1966)

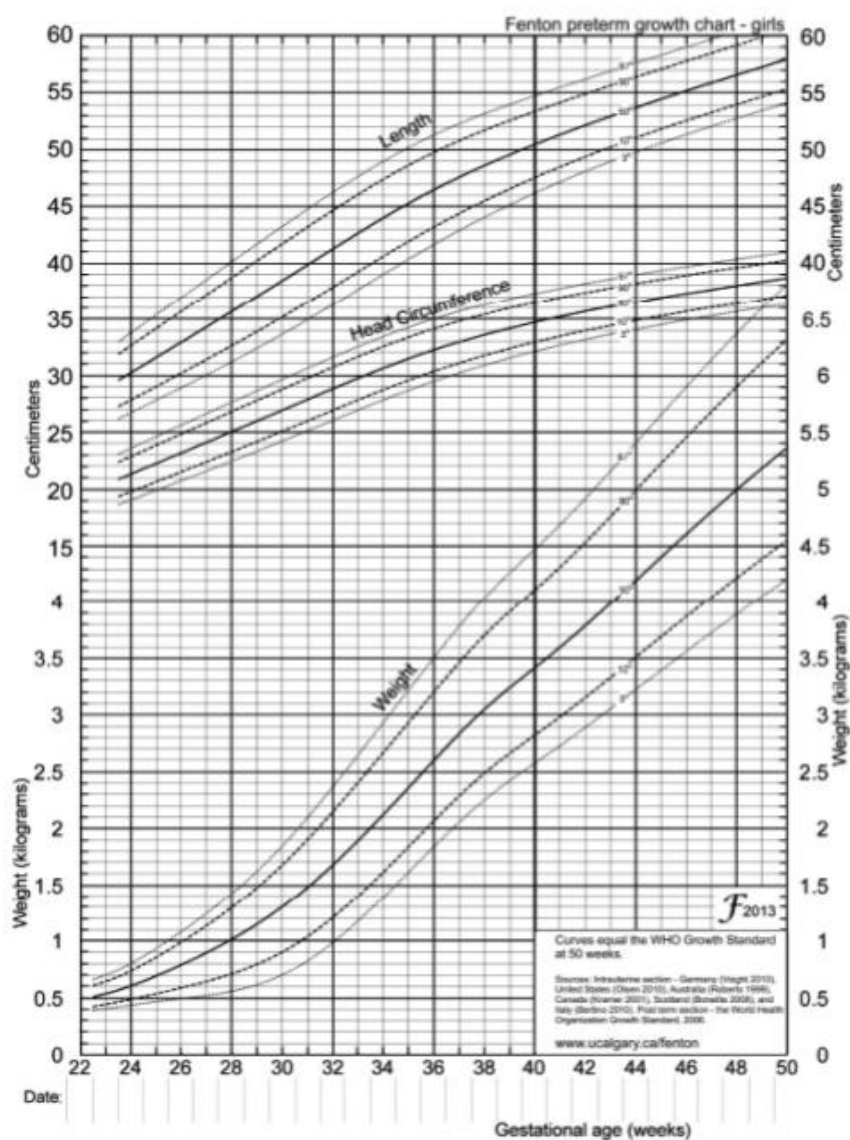


ANEXO B – Curva de crescimento intrauterino para meninos prematuras proposta por Fenton e Kim (2013)



Fonte: University of Calgary. (Disponível em: <http://ucalgary.ca/fenton/files/fenton/fenton2013growthchartboys.pdf>)

ANEXO C – Curva de crescimento intrauterino para meninas prematuras proposta por Fenton e Kim (2013)



Fonte: University of Calgary. (Disponível em: <http://ucalgary.ca/fenton/files/fenton/fenton2013growthchartgirls.pdf>)