

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
MESTRADO EM ENFERMAGEM**

MELISSA DE AZEVEDO

**PADRÕES DE ALEITAMENTO MATERNO EM RECÉM-NASCIDOS PRÉ-TERMO
INTERNADOS E NO PRIMEIRO MÊS APÓS A ALTA HOSPITALAR**

PORTO ALEGRE

2011

MELISSA DE AZEVEDO

**PADRÕES DE ALEITAMENTO MATERNO EM RECÉM-NASCIDOS PRÉ-TERMO
INTERNADOS E NO PRIMEIRO MÊS APÓS A ALTA HOSPITALAR**

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul para obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Linha de Pesquisa: Fundamentos e Práticas de Enfermagem em Saúde da Mulher, Criança e Adolescente.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Maria Luzia Chollopetz da Cunha

PORTO ALEGRE

2011

DADOS INTERNACIONAIS DE CATALOGAÇÃO-NA-PUBLICAÇÃO-CIP
BIBLIOTECA DA ESCOLA DE ENFERMAGEM, UFRGS, Porto Alegre, BR-RS

CIP - Catalogação na Publicação

Azevedo, Melissa de
Padrões de aleitamento materno em recém-nascidos
pré-termo internados e no primeiro mês após a alta
hospitalar / Melissa de Azevedo. -- 2011.
93 f.

Orientadora: Maria Luzia Chollopetz da Cunha.

Dissertação (Mestrado) -- Universidade Federal do
Rio Grande do Sul, Escola de Enfermagem, Programa de
Pós-Graduação em Enfermagem, Porto Alegre, BR-RS, 2011.

1. Prematuro. 2. Aleitamento materno. 3.
Enfermagem Neonatal. 4. Alta do Paciente. 5. Estudo
de Coorte. I. Cunha, Maria Luzia Chollopetz da,
orient. II. Título.

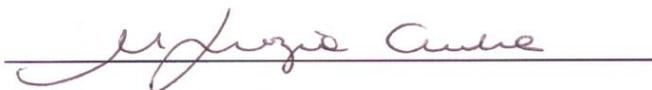
MELISSA DE AZEVEDO

Padrões de aleitamento materno em recém-nascidos pré-termo internados e no primeiro mês após a alta hospitalar.

Dissertação apresentada ao Curso de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Aprovada em Porto Alegre, 07 de abril de 2011.

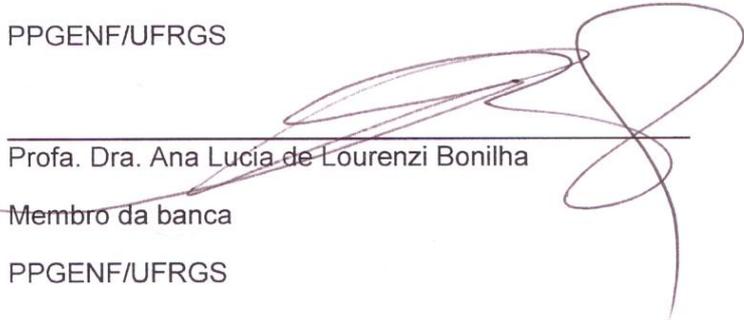
BANCA EXAMINADORA



Profa. Dra. Maria Luzia Chollopetz da Cunha

Presidente da Banca – Orientadora

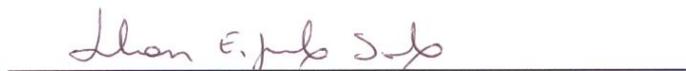
PPGENF/UFRGS



Profa. Dra. Ana Lucia de Lourenzi Bonilha

Membro da banca

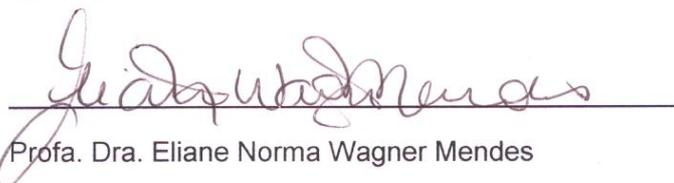
PPGENF/UFRGS



Profa. Dra. Lilian Cordova do Espírito Santo

Membro da banca

EENF/UFRGS



Profa. Dra. Eliane Norma Wagner Mendes

Membro da banca

EENF/UFRGS

*Dedico este estudo aos meus pais, **Ivone e Milton**, pelo amor, carinho e atenção dedicados a mim desde sempre, e às **mães e seus prematuros** participantes da atividade de extensão universitária desenvolvida na UIN do HCPA, “Encontro Semanal com Pais de Bebês Prematuros”, através de cujos depoimentos me aproximei da temática da amamentação em neonatos pré-termo.*

AGRADECIMENTOS

A minha orientadora, Prof.^a Dr.^a Maria Luzia Chollopetz da Cunha, pela amizade, apoio, paciência e orientação, essenciais para a concretização desta pesquisa;

Ao Programa de Pós-graduação em Enfermagem da UFRGS, pela excelente formação;

Aos colegas da Pós-graduação em Enfermagem da UFRGS, em especial, Dinara Dornfeld, Eunice Fabiani Hilleshein, Joice Moreira Schmalfluss, Raquel Maria Violeta Cossa e Cristiane Moraes Roos, pela amizade e cumplicidade construídas durante esses dois anos de muito estudo;

Às colegas do grupo de pesquisa do GEMBE/EEUFRGS, pelo incentivo e amizade;

Às secretárias do Programa de Pós-graduação EEUFRGS Tatiane Santos e Camila Waterloo Radomsky, pela amizade e companheirismo,

Aos funcionários da Escola de Enfermagem da UFRGS, pelo apoio e pronto atendimento;

Ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), pelo apoio financeiro;

Ao Fundo de Incentivo à Pesquisa e Eventos (FIPE) do HCPA, pelo apoio financeiro ao fornecer materiais da pesquisa e pelo patrocínio em eventos científicos;

Às consultoras em lactação, enfermeira Cléa Machado Carvalho e nutricionista Lilia Farret Refosco, pela amizade e auxílio, tanto na construção do projeto, quanto na fase de coleta de dados;

Aos funcionários da Unidade de Internação Neonatal (UIN), especialmente os enfermeiros e técnicos de enfermagem do turno da manhã e da tarde, pela amizade e pelo auxílio na fase de coleta de dados;

Aos funcionários da Unidade de Internação Obstétrica (UIO) e às técnicas de nutrição do BLH, pelo auxílio na fase de coleta de dados;

Aos secretários da Unidade de Internação Neonatal Jeferson e Cida, pela amizade e pelo auxílio na fase de coleta de dados;

À bolsista de iniciação científica Aline Masera de Souza, pela amizade e pela dedicação na coleta de dados;

Ao Grupo de Pesquisa e Pós-Graduação (GPPG) do HCPA, por oferecer consultorias estatísticas e éticas;

Às estatísticas Vânia Hirakata e Ceres Oliveira, pela dedicação ao realizar a análise estatística deste estudo e pelas horas de ensino;

Aos funcionários do Serviço de Arquivo Médico e de Informações em Saúde (SAMIS) do HCPA, em especial, Jane Márcia Flâmia, pelo auxílio na construção do projeto e na coleta de dados;

À Prof.^a Dr.^a Eliane Norma Wagner Mendes, por me mostrar a importância da pesquisa científica desde a graduação, pela amizade e pelo carinho;

Aos amigos Daniel Engelman, Ticiano Schaumloeffel e Paulo César Keller Júnior, pelo incentivo, pelos momentos de descontração e pela amizade de longos anos;

A minha família, pelo apoio, incentivo e amor incondicional;

Ao meu afilhado e sobrinho Matheus de Azevedo Deon, pela alegria de viver, pela paciência e compreensão nos momentos em que precisava trabalhar e não podíamos brincar;

Aos prematuros e suas mães que participaram desta pesquisa, pela oportunidade de acompanhá-los nos primeiros meses de vida, tornando possível esta pesquisa;

Muito obrigada!

RESUMO

Introdução: Os benefícios do leite materno na alimentação de recém-nascido pré-termo (RNPT) estão amplamente comprovados na literatura; o estabelecimento do aleitamento materno nesta população, porém, envolve vários fatores que podem dificultar esse processo.

Objetivo: Analisar os padrões de aleitamento materno em recém-nascidos pré-termo internados e no primeiro mês após a alta hospitalar. **Método:** Estudo observacional de coorte prospectivo com 116 mães e seus recém-nascidos pré-termos internados na Unidade de Internação Neonatal (UIN) do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA) entre 1.º de setembro de 2009 e 25 de agosto de 2010 que nascerem com idade gestacional ≥ 32 e < 37 semanas, que permaneceram internados na UIN e que estavam sendo amamentados por ocasião da alta hospitalar. Os dados da pesquisa foram obtidos através de um formulário feito com base em consultas aos prontuários do bebê e da mãe, ao livro de registro e ao cadastro da nutriz do Banco de Leite Humano (BLH) e de três entrevistas realizadas com a mãe: a primeira entrevista, presencial, na véspera da alta do bebê, e a segunda e a terceira entrevistas, por telefone, respectivamente, no 14.º dia e no 28.º dia após a alta do RNPT. O projeto, aprovado pela Comissão de Ética e de Pesquisa do HCPA sob o número 09.291, foi financiado pelo Fundo de Incentivo à Pesquisa e Eventos (FIPE) do HCPA. **Resultados:** Os bebês incluídos no estudo apresentaram idade gestacional média de $34,5 \pm 1,4$ semanas, peso médio ao nascer de $2130,5 \pm 567,7$ g, 59,5% do sexo masculino e mediana de tempo de internação na UIN de 15 (10-29) dias. Dentre as características das mães, destacaram-se idade média de $27,3 \pm 7,5$ anos; escolaridade média de $9,4 \pm 3,4$ anos; 57,8% de cor branca; 50,9% não tinham experiência prévia com amamentação. No momento da alta hospitalar, todos os bebês estavam em aleitamento materno. No 14.º dia após a alta, 36,2% dos RNPT estavam em aleitamento materno exclusivo (AME), 55,2% se encontravam em aleitamento materno e 8,6% já tinham sido desmamados. Já no 28.º dia após a alta hospitalar, 25% estavam em AME, 60,3% das crianças se encontravam em aleitamento materno e 14,7% delas estavam desmamadas. Desenvolveu-se análise multivariável separadamente com as variáveis relacionadas ao bebê e à mãe. Os resultados da análise multivariável das variáveis relacionadas ao bebê, quando ajustada para *peso de nascimento, idade gestacional ao nascer, tempo de hospitalização e recebia complemento após mamar no peito na hospitalização*, mostraram que o início do AME após a alta hospitalar esteve somente associado ao *não uso de chupeta antes de iniciar a amamentação exclusiva* (HR= 4,01; IC95%: 2,13-7,52). Já a

análise multivariável dos fatores maternos, quando ajustada para *bebê satisfeito mamando só no peito na percepção da mãe na hospitalização e local onde a mãe se encontrava na hospitalização do filho*, revelou associação entre o *início do AME após a alta hospitalar e a orientação de AME na alta hospitalar do bebê* (HR=6,6; IC 95%: 2,90-15,16). **Conclusões:** Verificou-se que os padrões de aleitamento materno se alteraram no decorrer do primeiro mês após a alta. O AME ocorreu somente no domicílio, e seu início foi associado à orientação recebida na alta hospitalar de amamentar exclusivamente o bebê em casa e ao não uso da chupeta antes de começar o AME. Desse modo, o estudo remete à reflexão sobre a importância do seguimento do aleitamento materno e dos resultados das orientações oferecidas às mulheres no pré-natal, durante a hospitalização e no domicílio.

Descritores: Prematuro; Aleitamento Materno; Enfermagem Neonatal; Alta do Paciente.

ABSTRACT

Background: The benefits of human milk for preterm infants are recognized in the scientific literature. However, the establishment of preterm infant breastfeeding involves many factors that complicate this process. **Objective:** To analyze breastfeeding patterns in hospitalized preterm babies and one month after the hospital discharge. **Methods:** Prospective cohort study with 116 mothers and their preterm babies hospitalized at “Hospital de Clínicas de Porto Alegre” (HCPA) Neonatal Unit from September 1st 2009 to August 25th 2010 born of a gestational age between 32 and 36 weeks, hospitalized for the entire time at HCPA Neonatal Unit and having been breastfed until the time of the hospital discharge. The variables were collected via consultation of babies’ and mothers’ medical records, registers books of human milk bank and through three interviews with the mother: the first one was personal, done right before the babies’ hospital discharge day, the second and the third ones were done by telephone, respectively, on the 14th and the 28th days after the hospital discharge. This project, approved by HCPA under number 09.291, was supported by HCPA’s Research Incentive Fund and Events. **Results:** The babies included in this study presented the following characteristics: average gestational age of 34.5 ± 1.4 weeks, average birth weight of $2.130,5 \pm 567.7$ g, median hospital stay of 15 (10-29) days, and 59.5% were males. Among the mothers’ characteristics, we can highlight the following: average age of 27.3 ± 7.5 , average school attendance of 9.4 ± 3.4 years; 57.8% were white; 50.9% did not have previous breastfeeding experience. At the moment of the hospital discharge, all the babies were being breastfed. On the 14th day after the hospital discharge, 36.2% were being exclusively breastfed; 55.2% were breastfed, e 8.6% had been weaned. On the 28th day after hospital discharge, 25% were exclusively breastfed, 60.3% were breastfed, and 14.7% were weaned. A multivariate analysis was separately performed with variables related to the babies and mothers. The results of the multivariate analysis with variables related of the baby, when adjusted to *birth weight, gestational age at birth, hospital stay and complementary to breastfeeding during hospital stay*, have shown that the beginning of exclusive breastfeeding after the hospital discharge was only associated with *non-use of pacifier before the beginning of exclusive breastfeeding* (HR= 4,01; IC95%: 2,13-7,52). The multivariate analysis of the mother’s factors, when adjusted to *baby satisfied only with breastfeeding during hospital stay according to mother’s perception and place where the mother was during her child’s hospital stay*, has shown association between the beginning of exclusive breastfeeding after the

hospital discharge with *recommendation of exclusive breastfeeding at the baby's hospital discharge* (HR=6,6; IC 95%: 2,90-15,16). **Conclusions:** It was found that the patterns of breastfeeding changed along the first month after the hospital discharge. Exclusive breastfeeding occurred only at home, and its beginning was associated with the recommendation at hospital discharge of offering only breast milk to the baby at home and not offering the pacifier before initiating exclusive breastfeeding. Therefore, this study has led us to the reflection on the importance of both proceeding with breastfeeding and the results of recommendations given to the women along the pre-natal period, during hospital stay and at home.

Descriptors: Premature Infant; Breastfeeding; Neonatal Nursing; Patient Discharge.

RESUMEN

Introducción: Los beneficios de la leche materna en la alimentación del recién nacido prematuro (RNPT) están ampliamente comprobados en la literatura, sin embargo, el establecimiento de la lactancia en esta población envuelve varios factores que pueden dificultar ese proceso. **Objetivo:** Analizar los padrones de lactancia materna en recién nacidos prematuros internados y durante el primer mes después del alta del hospital. **Método:** Estudio observacional de corte prospectiva con 116 madres y sus recién nacidos prematuros internados en la Unidad de Internación Neonatal (UIN) del Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA) entre el 1° de Septiembre del 2009 al 25 de Agosto del 2010 que nacieron con edad gestacional ≥ 32 y < 37 semanas, que permanecieron internados en la UIN y que estaban siendo amamantados por ocasión del alta del hospital. La colecta de datos del estudio fue realizada a través de un formulario elaborado con base en consultas a la ficha médica del bebé y de la madre, al libro de registro y al catastro de la Nutriz del Banco de Leche Humano (BLH) y de tres entrevistas realizadas con la madre; la primera entrevista, presencial, a vísperas del alta del bebé; la segunda y la tercera entrevistas, por teléfono, ocurriendo estas, respectivamente, al 14° día y al 28° día después del alta del RNPT. El proyecto, aprobado por la Comisión de Ética y de Investigación del HCPA, sobre el número 09.291, fue financiado por el Fondo de Incentivo a la Investigación y Eventos del HCPA. **Resultados:** Los bebés incluidos en el estudio presentaron edad gestacional media de $34,5 \pm 1,4$ semanas, peso medio al nacer de $2130,5 \pm 567,7$ g, 59,5% de sexo masculino y mediana de tiempo de internación en la UIN de 15 (10-29) días. Entre las características de las madres, se destacaron edad media de $27,3 \pm 7,5$ años; escolaridad media de $9,4 \pm 3,4$ años; 57,8% de color blanca; 50,9% no tenían experiencia previa con lactancia materna. En el momento del alta del hospital, todos los bebés estaban en lactancia materna. En el 14.° día después del alta, 36,2% estaban siendo amamantados de pecho exclusivamente (AME); 55,2%, en lactancia materna, y 8,6% ya habían sido desmamados. Ya al 28° día después del alta del hospital, 25% se encontraban en AME, 60,3% de los niños estaban en lactancia materna y 14,7% de ellos estaban desmamados. Se efectuó un análisis multivariable separadamente con las variables relacionadas al bebé y a la madre. Los resultados del análisis multivariable de las variables relacionadas al bebé, cuando ajustado para *peso de nacimiento, edad gestacional al nacer, tiempo de hospitalización y recibía fórmula después de mamar en el seno durante la hospitalización*, mostraron que el inicio del AME después del alta del hospital estuvo

solamente asociado al *no uso de chupeta antes de iniciar la lactancia exclusiva* (HR=4,01; IC95%: 2,13-7,52). Ya el análisis multivariable de los factores maternos, cuando ajustado para *bebé satisfecho mamando solo en el pecho en la percepción de la madre durante la hospitalización y local donde la madre se encontraba en la hospitalización del hijo*, reveló asociación entre el inicio del AME después del alta del hospital y la *orientación de AME en el alta del hospital del bebé* (HR=6,6; IC 95%: 2,90-15,16). **Conclusiones:** Se verificó que los padrones de lactancia se alteraron durante el transcurso del primer mes después del alta. El AME ocurrió solamente en el domicilio, y su inicio fue asociado a orientación recibida durante el alta del hospital de amamantar exclusivamente al bebé en casa y al no uso de chupeta antes de comenzar o AME. De ese modo, el estudio lleva a la reflexión sobre la importancia del seguimiento de la lactancia materna y de los resultados de las orientaciones ofrecidas a las mujeres en el pre-natal, durante la hospitalización y a domicilio.

Descriptores: Prematuro; Lactancia Materna; Enfermería Neonatal; Alta del Paciente.

LISTA DE ABREVIATURAS

AIG	Adequado para idade gestacional
AM	Aleitamento materno
AME	Aleitamento materno exclusivo
BLH	Banco de Leite Humano
CNPq	Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico
CPAP	Suporte ventilatório com pressão positiva contínua em vias aéreas
CSA	Chá, suco e/ou água
DF	Distrito Federal
EEUFRGS	Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul
FIPE	Fundo de Incentivo à Pesquisa e Eventos
EUA	Estados Unidos da América
g	Gramas
GPPG	Grupo de Pesquisa e Pós-Graduação
HCPA	Hospital de Clínicas de Porto Alegre
HR	<i>Hazard ratio</i>
RDI	Razão de densidade de incidência
IC	Intervalo de Confiança
IHAC	Iniciativa Hospital Amigo da Criança
kg	Kilogramas
ml	Mililitros
OR	<i>Odds ratio</i>
NPT	Nutrição parenteral total
OMS	Organização Mundial da Saúde
p	Valor p
POA	Porto Alegre
PIG	Pequeno para idade gestacional
RNPT	Recém-nascido pré-termo
RDI	Razão de densidade de incidência
RP	Razão de prevalência
RS	Rio Grande do Sul
r_s	Símbolo do coeficiente de Correlação de <i>Spearman</i>
SAMIS	Serviço de Arquivo Médico e de Informações em Saúde
SIAB	Sistema de Informação da Atenção Básica
SNAPPE II	Escore de gravidade inicial
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UCO	Unidade de Centro Obstétrico
UIO	Unidade de Internação Obstétrica
UIN	Unidade de Internação Neonatal
UNICEF	Fundo das Nações Unidas para a Infância
UTIN	Unidade de Terapia Intensiva
r	Símbolo do coeficiente de correlação de Pearson
CLT	Regime celetista

LISTA DE TABELAS

Tabela 1: Características dos recém-nascidos pré-termo (n=116)	43
Tabela 2: Condições clínicas dos recém-nascidos pré-termo (n=116).....	44
Tabela 3: Alimentação dos prematuros durante a hospitalização (n=116).	45
Tabela 4: Características das mães incluídas no estudo (n=116).	46
Tabela 5: Informações sobre a manutenção láctea durante a hospitalização do bebê (n=112).	47
Tabela 6: Relação entre o esgote mamário realizado durante a hospitalização do bebê e o início do AME no primeiro mês após a alta hospitalar da criança (n=50).....	48
Tabela 7: Informações acerca do aleitamento materno referentes às nutrizes (n=116).	48
Tabela 8: Resultados da Regressão de Cox Bivariada e Multivariada das variáveis dos bebês em relação ao início do AME (n=53).	50
Tabela 9: Resultados da Regressão de Cox Bivariada e Multifatorial das variáveis maternas em relação ao início do AME (n=53).	51

LISTA DE FIGURAS

- Figura 1** - Fluxograma das duplas mãe-bebê elegíveis para participarem do estudo.....42
- Figura 2** - Padrões de aleitamento materno na alta hospitalar, no 14º e no 28º dia após a alta hospitalar do bebê (n=116).....49
- Figura 3** - Curva do primeiro dia de início do aleitamento materno exclusivo (n= 53).....52

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	18
2 HIPÓTESE.....	30
3 OBJETIVOS	31
3.1 Objetivo geral.....	31
3.2 Objetivos específicos.....	31
4 METODOLOGIA.....	32
4.1 Delineamento do estudo	32
4.2 População do estudo	32
4.3 Local de realização do estudo	32
4.4 Amostra e amostragem	33
4.5 Variáveis do estudo.....	35
4.6 Coleta de dados	37
4.7 Logística.....	38
4.8 Análise dos dados.....	40
4.9 Considerações éticas	41
5 RESULTADOS	42
6 DISCUSSÃO	53
7 LIMITAÇÕES DO ESTUDO	61
8 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	62
REFERÊNCIAS	67
APÊNDICE A: Formulário para coleta de dados nos registros hospitalares	75
APÊNDICE B: Formulário para entrevista na alta hospitalar do bebê	78
APÊNDICE C: Formulário para entrevista no 14.º dia após a alta hospitalar do bebê..	83
APÊNDICE D: Formulário para entrevista no 28.º dia após a alta hospitalar do bebê..	87

APÊNDICE E: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	91
ANEXO 1: Aprovação do projeto de pesquisa pela Comissão de Pesquisa da EEUFRGS	92
ANEXO 2: Aprovação do projeto de pesquisa pelo GPPG/HCPA.....	93

1 INTRODUÇÃO

Os indicadores nacionais de natalidade do Sistema de Informações de Nascidos Vivos do Brasil (SINASC) revelam que o número absoluto de nascimentos reduziu cerca de 4,5%, de 1997 para o ano de 2007. O número de nascidos vivos, no estado do Rio Grande do Sul (RS) e na cidade de Porto Alegre, também vem decrescendo ao longo dos anos. O coeficiente de natalidade estadual reduziu, de 18 nascidos vivos por mil habitantes, no ano de 1998, para cerca de 12 nascidos vivos por mil habitantes, em 2007. A redução deste coeficiente foi semelhante em Porto Alegre nos mesmos anos de análise^(1,2).

Apesar da redução nos índices de natalidade do âmbito nacional ao municipal, observou-se um aumento na incidência de nascimentos prematuros no Brasil, de 5,3%, em 1997, para 6,7%, no ano de 2006, e, no estado do Rio Grande do Sul, de 5,9%, no ano de 1997, para 8,9%, em 2006. Em relação ao município de Porto Alegre, essa diferença foi ainda maior, passando de 8,0%, em 1997, para 10,7%, em 2006⁽³⁾. Outro ponto a destacar foi o aumento nos percentuais de baixo peso ao nascer (<2500g), entre os anos de 1998 e 2007, no RS e no município de Porto Alegre. No estado do RS, os nascimentos com baixo peso aumentaram, de 8,7%, no ano de 1998, para 9,3%, em 2007. Já em Porto Alegre, 9,4% dos bebês nascidos em 1998 apresentaram baixo peso, e 10,1%, no ano de 2007^(1,2).

Em relação aos indicadores de mortalidade no período neonatal, os dados Estatísticos Mundiais de Saúde da Organização Mundial da Saúde revelam que o coeficiente de mortalidade neonatal (óbito ocorrido com até 27 dias de vida) no Brasil, em 2004, foi de 13 óbitos por mil nascidos vivos⁽⁴⁾. Os coeficientes de mortalidade neonatal do estado do Rio Grande do Sul e de Porto Alegre reduziram entre os anos de 1998 e 2008. Em Porto Alegre, o coeficiente reduziu de 8,4 óbitos por mil nascidos vivos, em 1998, para 7,6 óbitos por mil nascidos vivos, em 2008. No RS, o coeficiente passou de 10,0 óbitos por mil nascidos vivos, no ano de 1998, para 8,7 óbitos por mil nascidos vivos, em 2008⁽⁵⁾.

As informações de natalidade e mortalidade dos indicadores de saúde do Ministério da Saúde/DATASUS do Brasil^(1,2,5) e da Organização Mundial da Saúde (OMS)⁽⁴⁾ revelam transformações no perfil epidemiológico dos recém-nascidos ao longo dos anos. Esses indicadores evidenciam a redução da natalidade e da mortalidade neonatal, o aumento da prematuridade e do baixo peso ao nascer^(1,2,6).

Essa constatação nos leva a refletir sobre a demanda de cuidados especializados, necessários para a promoção de uma assistência de saúde e de enfermagem com qualidade para a população neonatal e suas famílias.

O nascimento prematuro de um bebê caracteriza-se como uma das principais causas de internação neonatal, sendo também responsável por altos índices de morbi-mortalidade nesse período. Assim sendo, os recém-nascidos pré-termo (RNPT)^a, devido a sua vulnerabilidade, necessitam de cuidados diferenciados, permanecendo longos períodos em Unidades de Tratamento Intensivo Neonatal^(7,8). O RNPT, segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), é aquele que nasce com idade gestacional inferior a 37 semanas, independente do peso ao nascer⁽⁸⁾.

A mãe e demais familiares têm um importante papel junto ao prematuro, e a sua inclusão no cuidado ao bebê quando este necessita hospitalização objetiva, entre outros fatores, o fortalecimento e a manutenção do vínculo parental e familiar com a criança^(7,9-13). Da mesma forma, o ato de incentivar a manutenção láctea e o aleitamento materno são maneiras preconizadas para reforçar a participação da mãe no cuidado do bebê hospitalizado^(7,11,14).

A esse respeito, as vantagens do leite materno para os RNPT estão amplamente comprovadas no meio científico, sendo considerada essa a forma mais natural e apropriada para a alimentação desses bebês. Em sua composição, o leite materno contém quantidades nutricionais ajustadas às necessidades do bebê e a sua idade gestacional. Além disso, seus nutrientes são de fácil digestão e absorção. Ressalta-se ainda ser o leite da própria mãe o mais indicado para os prematuros, pois, através dele, o bebê recebe a imunidade e os elementos nutricionais adequados ao seu crescimento e desenvolvimento, e fica mais protegido contra infecções⁽¹⁵⁻²¹⁾. O uso do leite materno na alimentação de prematuros, além de diminuir o tempo de hospitalização, mostra-se relacionado à redução da retinopatia da prematuridade, da sepse neonatal, de doenças respiratórias, de enterocolite necrotizante^(21,22). Destacam-se também outras vantagens do uso do leite materno: sua disponibilidade e sua prontidão para ser servido ao bebê, a vantagem econômica relacionada à redução dos gastos com a compra de fórmulas lácteas e mamadeiras^(21, 23).

De acordo com as definições das práticas de alimentação infantil da Organização Mundial da Saúde (OMS), está em aleitamento materno exclusivo (AME) a criança que recebe somente leite materno de sua mãe ou ama-de-leite, ou leite humano ordenhado, sem

^aRecém-nascido prematuro, prematuro, neonato pré-termo foram termos usados como sinônimos para recém-nascido pré-termo (RNPT).

outros líquidos ou sólidos, com exceção de gotas ou xaropes contendo vitaminas, suplementos minerais ou medicamentos. O aleitamento materno predominante, por sua vez, ocorre quando a criança é alimentada predominantemente com leite materno de sua mãe ou ama-de-leite, ou leite humano ordenhado, recebendo outros líquidos como água, chás e sucos, além de gotas ou xaropes contendo vitaminas, suplementos minerais ou medicamentos. Por outro lado, o aleitamento materno acontece quando a criança recebe leite materno de sua mãe ou ama-de-leite, leite humano ordenhado e outros leites não humanos e fórmulas lácteas. Já o aleitamento materno complementado é definido pela OMS quando a criança recebe leite materno de sua mãe ou ama-de-leite, ou leite humano ordenhado e outros alimentos sólidos e semi-sólidos e líquidos, incluindo outros leites não humanos e fórmulas lácteas⁽⁶⁾.

Considerando os benefícios do leite materno, a OMS da Saúde faz recomendações acerca da duração do aleitamento materno. Ressalta que o AME deve ocorrer nos primeiros seis meses do bebê, e o aleitamento materno complementado, até o segundo ano de vida da criança ou mais^(6,24).

Pesquisas nacionais sobre a amamentação vêm sendo desenvolvidas com a finalidade de avaliar a situação atual do aleitamento materno e a evolução de seus indicadores. Com esse objetivo, o Ministério da Saúde promoveu a segunda edição da Pesquisa de Prevalência do Aleitamento Materno nas Capitais Brasileiras e Distrito Federal (DF). Essa pesquisa avaliou 34.366 crianças menores de um ano que compareceram na segunda fase da campanha de multivacinação, em 2008, em todas as capitais brasileiras e DF, sem distinção entre bebês nascidos a termo e pré-termo. Os resultados da pesquisa do Ministério da Saúde mostraram uma melhora na mediana da duração do aleitamento materno nacional, que passou de 295,9 dias, em 1999, para 341,59 dias, em 2008; ou seja, houve um aumento de um mês e meio na duração mediana de aleitamento materno. Constatou-se um aumento da mediana de duração do aleitamento materno na Região Sul e na cidade de Porto Alegre, entre 1999 e 2008. No entanto, dentre as regiões brasileiras, a região Sul foi a que apresentou a menor mediana, 302,08(286,25-320,97) dias, e, dentre as capitais, Porto Alegre obteve a terceira menor mediana do país, 299,34 dias (IC95% 274,17-333,16)⁽²⁵⁾.

Os indicadores da referida pesquisa identificam um aumento na prática do AME em crianças menores de quatro meses no Brasil, de 35,5%, em 1999, para 51,2%, em 2008, e, na Região Sul, de 41,1%, em 1999, para 53,6%, no ano de 2008. O percentual de crianças amamentadas exclusivamente no município de Porto Alegre também aumentou, passando de 38,4%, em 1999, para 46,2%, no ano de 2008, mas continua abaixo dos padrões nacionais e estaduais. Em relação à prevalência de aleitamento materno em crianças entre 9 e 12 meses,

no período de 1999 a 2008, identificou-se um incremento no nível nacional, com um aumento de 42,4%, em 1999, para 58,7%, no ano de 2008. A prevalência deste indicador também se verificou na Região Sul (38,2%, em 1999, para 49,5%, em 2008) e em Porto Alegre (36,3%, em 1999, para 50,2%, em 2008), porém, esses índices se mantêm abaixo do percentual nacional⁽²⁵⁾.

Os resultados da *II Pesquisa de Prevalência do Aleitamento Materno nas Capitais Brasileiras e Distrito Federal* assinalaram um aumento significativo da prática de aleitamento materno no Brasil. Alguns indicadores de aleitamento materno aumentaram na cidade de Porto Alegre, entre os anos de 1999 a 2008; todavia, a mediana de duração do aleitamento materno, prevalência de AME em crianças menores de quatro meses e a prevalência de aleitamento materno em crianças entre 9 e 12 meses mantiveram-se abaixo dos indicadores nacionais⁽²⁵⁾.

Uma coorte prospectiva desenvolvida em Porto Alegre acompanhou por seis meses 220 bebês saudáveis nascidos com peso médio 3283,5g±424,5g. Ao final do primeiro mês, 54% dos bebês estavam em aleitamento materno exclusivo e, aos seis meses, apenas 6,6% deles continuavam sendo amamentados exclusivamente. Os resultados dessa pesquisa também identificaram os seguintes fatores associados à interrupção do aleitamento materno exclusivo antes dos seis meses: mãe adolescente (RDI= 1,48; IC95% 1,01-2,17), acompanhamento pré-natal com menos de seis consultas (RDI= 1,60; IC95% 1,10-2,33), uso de chupeta no primeiro mês (RDI= 1,53; IC95% 1,12-2,11) e técnica de amamentação inadequada (RDI=1,29; IC95% 1,06-1,58 para cada item desfavorável na pega)⁽²⁶⁾.

Em relação ao uso de água e/ou chá e de outro leite na alimentação de recém-nascidos, um estudo verificou os fatores associados à sua introdução, no primeiro mês de vida, em recém-nascidos saudáveis nascidos com mais de 2500 g e sua influência na duração do aleitamento materno. Os resultados mostraram que a introdução de água e/ou chá esteve associada à idade materna menor que 20 anos (RP= 1,55; IC95% 1,14-2,09), pré-natal com menos de seis consultas (RP= 1,48; IC95% 1,09-2,01), coabitação com avó materna (RP= 1,51; IC95% 1,10-2,10) e pega inadequada aos 30 dias (RP= 1,87; IC95% 1,35-2,58). A introdução de outro leite esteve associada à amamentação de filhos anteriores menores que seis meses (RP= 3,18; IC95% 1,18-8,58), cesárea (RP= 1,92; IC95% 1,07-3,44), pega inadequada aos 30 dias (OR= 2,82; IC95% 1,55-5,11), uso de chupeta aos sete dias (RP= 2,75; IC95% 1,38-5,48), introdução de chá nos primeiros sete dias (RP= 2,75; IC95% 1,15-4,15) e ingurgitamento mamário aos sete dias (RP= 2,19; IC95% 1,00-3,16). Além disso, a introdução de água e/ou chá ao final do primeiro mês não influenciou a duração do

aleitamento materno ($p=0,277$), mas a introdução de outro leite afetou negativamente ($p<0,001$)⁽²⁷⁾.

O leite materno é considerado o melhor alimento, tanto para os recém-nascidos pré-termo, quanto para os nascidos a termo, mas, quando comparado seu uso, ocorre com menos frequência em RNPT⁽²⁸⁾. Confirmando esta informação, um estudo com base populacional realizado na Suécia com 37.343 mães (2.093 de RNPT e 35.250 de recém-nascidos a termo) identificou que mães de prematuros apresentaram um elevado risco de desmame em comparação às mães de bebês a termo antes de dois meses (OR=1,70; IC95%: 1,46-1,99), quatro meses (OR=1,79; IC95%: 1,60-2,01), seis meses (OR=1,48; IC95%: 1,33-1,64) e nove meses de vida da criança (OR=1,19; IC95%: 1,06-1,34), quando ajustado para os fatores socioeconômicos maternos (escolaridade materna, seguro-desemprego materno, possuir renda familiar compatível com as necessidades da família)⁽²⁹⁾.

Já na Austrália, um estudo com 3.600 crianças investigou os efeitos da idade gestacional na duração do aleitamento materno. Os resultados revelaram que, quando ajustado para os fatores maternos confundidores (fumo, idade, nível socioeconômico, cesariana), crianças nascidas com 35-36 semanas de gestação (OR=0,51; IC95%: 0,34-0,76) e 37-39 semanas (OR= 0,80; IC95%: 0,69-0,93), apresentaram menos chances de os bebês estarem em aleitamento materno aos seis meses de vida, quando comparados aos bebês nascidos com ≥ 40 semanas de gestação⁽²⁸⁾.

O estabelecimento do aleitamento materno em neonatos prematuros apresenta-se como um desafio, devido a vários fatores que dificultam esse processo, dentre os quais, destacam-se os seguintes: a imaturidade do bebê^(12,30,31) e a necessidade de hospitalização, o afastamento materno^(12,30), a dificuldade da mãe em manter a lactação durante a internação⁽³²⁾, o baixo volume de leite produzido^(32,33), o comprometimento emocional das mães causado pelo tempo de hospitalização do filho^(34,35), o uso de fórmula láctea para complementar o aleitamento materno durante a hospitalização e problemas com a técnica de amamentação na internação hospitalar⁽³⁵⁾. Desse modo, o conhecimento dos fatores que podem influenciar a amamentação facilita a escolha de estratégias que visem à promoção da amamentação exclusiva em RNPT⁽³⁶⁾.

Em relação à lactogênese materna, salienta-se que ela ocorre em dois estágios: o estágio da maturação e o da secreção do leite. A maturação acontece antes do parto, quando a glândula mamária se prepara para secretar o leite; o estágio da secreção láctea, por outro lado, ocorre após o parto, influenciado por estímulos hormonais. Com o nascimento, as mamas respondem às alterações do sistema hormonal e ao estímulo de sucção do bebê, produzindo e

secretando o leite^(16,37). Estudos revelam que o atraso na descida do leite pode ocorrer por diversos fatores, tais como ansiedade materna, devido às condições clínicas do filho ou pela separação (hospitalização) do filho após o nascimento⁽³⁸⁾; cesariana⁽³⁹⁾; prematuridade^(40,41); idade materna ≥ 30 anos; sobrepeso ou obesidade materna; bebês com peso >3600 g ao nascer⁽⁴²⁾. Em vista disso, o profissional de saúde deve estar atento para acompanhar as mães nessa situação, estimulando sua auto-confiança e orientando a estimulação das mamas, pela sucção do bebê, ou pela ordenha mamária, quando o neonato ainda não mama no peito⁽⁴³⁾.

Para que o aleitamento materno se estabeleça, tanto a mãe precisa estar competente para dar de mamar, quanto o bebê precisa estar apto para a atividade de sucção, de deglutição e de respiração de maneira coordenada, sem prejuízos para as funções vitais. Estas habilidades são estabelecidas logo após o nascimento em neonatos a termo. Em se tratando de RNPT, suas capacidades podem estar prejudicadas, devido à imaturidade do reflexo de deglutição e sucção e à imaturidade enzimática e funcional do estômago e do intestino⁽⁴⁴⁾. Por essa razão, alguns prematuros não estão aptos para mamar no peito logo após o nascimento, já que a coordenação dos reflexos de sucção, deglutição e respiração se estabelece entre a 32.^a e 34.^a semanas de gestação^(18,23). Sendo assim, podem ser utilizados diferentes métodos para alimentar o neonato pré-termo até que ele esteja apto para sugar ao seio, destacando-se entre eles a nutrição parenteral total (NPT), a alimentação por sonda ou gavagem e o uso de mamadeiras⁽²³⁾. O uso da sucção não-nutritiva – que pode ser realizada através de chupetas⁽⁴⁴⁾, dedo enluvado⁽⁴⁵⁾ ou seio materno vazio^(45,46) – também é indicado para que o prematuro desenvolva a habilidade de sucção, tornando-se, então, apto a sugar futuramente o seio⁽⁴⁴⁾.

Uma pesquisa foi desenvolvida em Porto Alegre com o intuito de estudar os efeitos da estimulação da sucção não-nutritiva em 95 prematuros. As crianças foram divididas em três grupos: grupo controle, grupo de estimulação com chupeta ortodôntica e grupo de estimulação com dedo enluvado. A intervenção foi desenvolvida no grupo de estimulação com chupeta e grupo de estimulação com dedo enluvado, de segunda a sexta-feira, durante 10 minutos simultaneamente à alimentação por sonda oro-gástrica, sendo a intervenção realizada até a criança receber dieta por via oral. Avaliava-se semanalmente a estimulação da sucção não-nutritiva, de acordo com o grupo (dedo enluvado ou chupeta), até o início da dieta por via oral, sendo, após este período, acrescentada a avaliação da sucção nutritiva através do uso de mini-mamadeiras. Os resultados indicaram que o uso do dedo enluvado aumentou a probabilidade de ocorrência de várias características da sucção em relação à chupeta. Além disso, o dedo enluvado mostrou-se como a técnica mais eficaz para a estimulação da sucção não-nutritiva nos prematuros estudados, quando comparado ao uso da chupeta ortodôntica⁽⁴⁵⁾.

Por outro lado, estudos com recém-nascidos com <1500g recomendam o uso de chupeta para redução da dor em procedimentos como realização de exames⁽⁴⁷⁾ e em punções venosas⁽⁴⁸⁾; entretanto, o uso da chupeta, quando estendido para além do tempo necessário de aprendizado succional do bebê, pode prejudicar o aleitamento materno⁽⁴⁹⁾.

No Rio de Janeiro, um estudo retrospectivo com dados de 203 prematuros com peso de nascimento menor que 1500g em um hospital da cidade avaliou o tempo para início de dieta enteral, para atingir a dieta enteral plena (100kcal/kg/dia) e para o início de nutrição parenteral. Nessa instituição, preconizava-se que o início da dieta enteral ocorresse nas primeiras 72 horas após o nascimento, com progressão diária até 20ml/kg/dia. Dava-se preferência ao leite cru, e, na sua falta, utilizava-se fórmula láctea para RNPT, pois a instituição não possuía Banco de Leite Humano; o início da dieta enteral era recomendado nas primeiras horas de vida. Os resultados apontaram que o tempo médio para o início da dieta enteral foi de 6,5 dias (IC95%: 6,0-7,2) e a média de tempo para alcançar a dieta enteral plena, de 18,9 dias (IC95%: 17,6-20,3). O tempo médio para o início da nutrição parenteral foi de 2,8 (IC95%: 17,6-29,3), sendo que este tipo de nutrição foi utilizado, em média, por 10,8 dias (IC95%: 9,7-11,9). Na alta hospitalar, 61,6% dos prematuros estavam em aleitamento materno; destes, 12,3% estavam em AME e 26,1% eram alimentados somente com fórmula láctea⁽⁵⁰⁾.

Em relação às mães de bebês que ainda não mamam e que pretendem amamentar seus filhos, recomenda-se que iniciem a retirada do leite através do esgote mamário em até seis horas após o parto^(29,37), pois o início precoce da ordenha favorece a obtenção de um resultado semelhante ao da sucção do bebê na produção láctea^(51,52). Além do mais, a produção de leite está diretamente relacionada à frequência de sua extração. Sendo assim, a frequência da ordenha recomendada corresponde ao número de mamadas diárias de um bebê: de oito^(20,37, 52) a dez vezes^(20,37), em 24 horas, e, pelo menos, uma vez durante a noite. No caso de diminuição da produção de leite, orienta-se à mãe aumentar a estimulação da ordenha para 10 a 12 vezes diárias; admite-se, contudo, que esta frequência pode ser difícil de ser alcançada por mães de bebês que estejam internados⁽³⁸⁾.

Um estudo transversal sobre aleitamento materno em prematuros nascidos com menos de 1500g internados na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal do HCPA, em Porto Alegre, identificou como variáveis associadas estatisticamente à adequação da sucção nutritiva os seguintes aspectos: a postura ao seio; a preensão do mamilo; a coordenação da sucção, da respiração e da deglutição; a força de sucção e sua sustentação; o ritmo e o estado de alerta do bebê⁽⁵³⁾.

A valorização do aleitamento materno em RNPT, por parte dos profissionais, muitas vezes, ocorre tardiamente, na véspera da alta hospitalar do bebê, dificultando o estabelecimento do aleitamento materno. Em decorrência disso, várias estratégias estão sendo implantadas nas instituições hospitalares, com o objetivo de favorecer o aleitamento em unidades neonatais, dentre as quais se salientam o Método Canguru e a Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC)⁽⁵⁴⁾. Além da implantação de estratégias nas instituições hospitalares, destaca-se uma proposta brasileira para a promoção do aleitamento materno na Atenção Básica de Saúde: a Rede Amamenta Brasil⁽⁵⁵⁾.

O Método Canguru é um programa que reúne propostas de intervenções voltadas para o crescimento do RNPT de baixo peso. Um dos focos desse cuidado é o incentivo ao aleitamento materno, sendo que o contato pele a pele (posição Canguru), preconizado nesse método, favorece a produção láctea e o vínculo afetivo mãe-bebê^(7,15,18,54,56).

A IHAC, idealizada no ano de 1990, pela Organização Mundial da Saúde e pelo Fundo das Nações Unidas pela Infância (UNICEF), por sua vez, visa a incentivar as instituições e os profissionais de saúde a promover, proteger e apoiar o aleitamento materno, por ser o melhor método para a nutrição infantil. Esse programa também evidencia a importância de haver profissionais qualificados, para que possam fornecer o suporte necessário a essas mães que buscam o estabelecimento do aleitamento materno⁽⁵⁷⁾.

Já a Rede Amamenta Brasil – programa em fase de implantação, estratégia lançada pelo Ministério da Saúde no ano de 2008 – tem o intuito de promover, proteger e apoiar o aleitamento materno na atenção básica de saúde. Esta estratégia visa a contribuir para o aumento das taxas de aleitamento materno no país, e busca sensibilizar e qualificar os profissionais de saúde para a promoção do aleitamento materno⁽⁵⁵⁾.

Um estudo documental desenvolvido em Minas Gerais, referente aos períodos de 1998 e 1999 – ano de implantação da IHAC –, cuja amostra foi composta por 111 recém-nascidos a termo (idade gestacional >37 semanas e ≤42 semanas) e 383 RNPT, mostrou que a prevalência de aleitamento materno exclusivo por ocasião da alta hospitalar aumentou de 36% (antes da implantação do IHAC) para 54,7% (após a implantação do IHAC). O estudo também identificou fatores independentes que dificultam o sucesso do AME: a internação em período anterior ao credenciamento da IHAC (OR= 2,75; IC95% 1,80-4,20), o uso de dieta por sonda (OR= 3,01; IC95% 1,77-5,12), o número de consultas pré-natais menor que seis (OR= 2,21; IC95% 1,42-3,44), o uso de translactação (OR= 2,66; IC95% 1,13-6,29) e o peso ao nascer inferior a 2.500g (OR= 2,64; IC95% 1,55-4,50)⁽⁵⁸⁾.

Outra pesquisa retrospectiva desenvolvida em um Hospital Amigo da Criança de Ribeirão Preto com prontuários de bebês prematuros com idade gestacional média $32,3 \pm 2,4$ semanas e peso médio de nascimento de $1482g \pm 531g$ identificou que 76,72% dos RNPT estavam sendo amamentados na ocasião da alta hospitalar, sendo que 28,4% deles estavam em AME⁽¹⁸⁾.

De outra parte, em um hospital de Londrina (Paraná), pesquisadores estudaram longitudinalmente por seis meses 278 prematuros com idade gestacional média de 34 semanas e peso ao nascer médio de $2152,9g \pm 637,6g$ nascidos. A mediana de duração do aleitamento materno nos prematuros foi superior a 180 dias, e a do AME, de 63,5 dias. Além disso, a prevalência de aleitamento materno aos seis meses foi de 54,7%, sendo que 6,8% dos RNPT estavam em aleitamento materno exclusivo⁽⁵⁹⁾.

Ratificando o que foi exposto anteriormente, uma pesquisa desenvolvida em Recife com 114 prematuros participantes do Método Canguru com idade gestacional média de 33,4 semanas e peso médio de 1475g indicou que 88% dos bebês estavam em AME na alta hospitalar, e que 63% dessa amostra permaneceram em AME até os três meses de vida⁽⁶⁰⁾.

A temática do aleitamento materno em neonatos prematuros também é foco de pesquisas desenvolvidas nos Estados Unidos da América (USA) e na Europa. Nesse sentido, um estudo desenvolvido na cidade de Cleveland constatou que o início precoce da ordenha mamária (antes de seis horas após o parto), a frequência do esgote mamário igual ou superior a cinco vezes por dia e a participação no Método Canguru são variáveis preditoras para o estabelecimento da lactação em mães de bebês prematuros de baixo peso na idade de 40 semanas de idade gestacional corrigida⁽³⁴⁾.

Igualmente, um estudo desenvolvido na cidade de Chicago identificou que as mães de prematuros estimularam a produção de leite através da ordenha mamária com menos frequência que mães de bebês a termo, esgotando a mama em média de 5,7 a 6,05 vezes por dia, enquanto mães de crianças a termo esgotavam em média de 8 a 8,9 vezes diárias. Com a progressão do tempo de hospitalização, observou-se um decréscimo na frequência de esgotos. O estudo aponta ainda o início precoce do esgote mamário como um fator preditivo para o volume adequado de leite esgotado na sexta semana (volume de leite ordenhado ≥ 500 ml por dia) para os prematuros (RNPT, $r_s = 0,63$, $p < 0,001$) e os bebês a termo (recém-nascido a termo, $r_s = 0,53$, $p < 0,001$)⁽¹⁶⁾.

Além disso, os determinantes para a utilização do leite materno na alimentação de 151 RNPT (idade gestacional < 34 semanas) internados em unidades de terapia intensiva foram estudados no estado de Illinois (EUA). Entre as variáveis maternas, verificou-se que a

probabilidade de usar o leite materno na alimentação dos filhos prematuros entre mulheres com 21 anos ou mais foi 3,7 vezes maior, quando comparadas às mais jovens. Ademais, a probabilidade entre as mães que possuíam plano privado de saúde de usar o leite materno foi 2,69 vezes maior do que as sem plano. Em relação às variáveis preditoras neonatais, os RNPT que nasceram com Apgar menor que 6 no quinto minuto apresentaram 92% menos chances de serem alimentados com leite materno. Nesse estudo, 49,7% dos RNPT recebiam leite materno e 51,3% recebiam fórmula durante a hospitalização⁽⁶¹⁾.

Já o volume de leite esgotado pelas mães durante a hospitalização dos filhos foi o foco de um estudo desenvolvido com 103 mães de prematuros com peso de nascimento <1500g e idade gestacional ≤ 31 semanas internados em hospitais do estado de Illinois, USA. Nesse estudo, foi constatado que o volume de leite esgotado no quarto dia após o parto foi um fator preditor para o estabelecimento da lactação na sexta semana em mães de prematuros, e que as nutrizes que ordenhavam menos de 140 ml no quarto dia não alcançaram um volume de leite adequado na sexta semana, definido como volume total ≥ 500 ml por dia⁽⁶²⁾.

Uma pesquisa, também desenvolvida no mesmo estado americano, Illinois, acompanhou 94 mães que realizavam o esgote mamário no domicílio. Os resultados identificaram os seguintes fatores preditores para o uso da fórmula na alimentação de RNPT na décima segunda semana após o parto: o volume inadequado de leite ordenhado, o parto múltiplo, a idade materna superior a 29 anos e a intenção materna de manter a lactação por menos de 34 semanas. Em relação às variáveis preditoras para volume inadequado de leite entre a oitava e a décima- segunda semanas após o parto, apontam-se o volume inadequado de leite na sexta semana (volume ordenhado ≤ 500 ml/dia) e a alta hospitalar do RNPT depois de 42 dias após o nascimento⁽⁶³⁾.

Na Suécia, estudos relacionados ao aleitamento materno de bebês prematuros também foram desenvolvidos. A esse respeito, um estudo retrospectivo desenvolvido com 70 prematuros de baixo peso (idade gestacional <37 semanas e peso ao nascer <2500g) identificou a prevalência de AME no momento da alta hospitalar: 93% desses bebês estavam sendo amamentados e 36% deles continuaram a ser amamentados até os seis meses⁽⁶⁴⁾.

O impacto da prematuridade, do tamanho do RNPT ao nascer, dos problemas respiratórios do neonato e dos fatores socioeconômicos maternos na duração do aleitamento materno em prematuros nascidos com menos de 32 semanas foram estudados noutra pesquisa na Suécia. A pesquisa revelou que 79% dos bebês foram amamentados até o segundo mês, 45% até o sexto mês e 12% deles continuaram a ser amamentados até o primeiro ano de vida. Não foi encontrada associação entre a prematuridade, o tamanho no nascimento e os

problemas respiratórios do RNPT com a duração do aleitamento materno. Identificou-se, no entanto, uma associação positiva entre o desmame até o sexto mês do bebê e os fatores socioeconômicos maternos, tais como baixa escolaridade da mãe (OR: 3,94; IC95% 1,69-9,19), o fato de a mãe estar desempregada (OR: 2,23; IC95% 1,13-4,37) e de não possuir renda familiar compatível com as necessidades da família (OR: 2,21; IC95% 1,18-4,14). Os autores ressaltam a importância de oferecer, durante a hospitalização, um suporte diferenciado para as mães que apresentam fatores socioeconômicos desfavoráveis para o aleitamento materno de prematuros⁽⁶⁵⁾.

Ainda, um estudo descritivo prospectivo avaliou a capacidade de mamar em prematuros que apresentavam idade gestacional média de 29,6 semanas e peso de nascimento médio de 1369g. A idade média dos bebês para o início da sucção ao seio foi de 29 semanas, e o início do aleitamento materno ocorreu na 32.^a semana. O estudo demonstrou que a estimulação oral precoce em prematuros antecipa o início do aleitamento materno e favorece o AME⁽⁶⁶⁾.

De acordo com os dados apresentados anteriormente, entende-se que os fatores que influenciam o estabelecimento do aleitamento materno em prematuros podem ser relacionados ao bebê e à mãe. Dentre os fatores relacionados ao neonato prematuro apresentados nos estudos, situam-se o peso ao nascer⁽⁵⁸⁾, o índice de Apgar⁽⁶¹⁾, o tempo de hospitalização⁽⁶³⁾, a estimulação oral precoce⁽⁶⁶⁾, o uso de sonda, a translação e a internação em um Hospital Amigo da Criança⁽⁵⁸⁾. Em relação aos fatores relacionados à mãe, as pesquisas indicam a idade⁽⁶¹⁾, a escolaridade⁽⁶⁵⁾, o número de consultas de pré-natal⁽⁵⁸⁾, as condições financeiras da família, o desemprego materno⁽⁶⁵⁾, o plano de saúde familiar⁽⁶¹⁾, o parto múltiplo, a intenção de manter a lactação⁽⁶³⁾, o volume de leite ordenhado^(16,63), a frequência da ordenha mamária e a participação no Método Canguru⁽³⁴⁾.

Apesar de os estudos nacionais evidenciarem um aumento na tendência da prática e das ações de proteção, apoio e promoção ao aleitamento materno, a realidade ainda está distante das metas propostas pela OMS. Dessa maneira, as vantagens do aleitamento materno para crianças nascidas prematuramente e a situação de baixa prevalência, especialmente nos primeiros meses de vida desses bebês, são um estímulo para o estudo do comportamento de nossa população local e suas tendências acerca do aleitamento materno.

Frente a esse contexto, o profissional de saúde, especialmente o enfermeiro, pela proximidade com o paciente, precisa estar capacitado para promover um cuidado humanizado e de qualidade para os bebês prematuros e suas famílias, priorizando estratégias de promoção e apoio ao aleitamento materno. O conhecimento dos padrões de aleitamento materno em

recém-nascidos pré-termo internados e no primeiro mês após a alta hospitalar pode, igualmente, auxiliar os profissionais de saúde a avaliarem as condutas vigentes e a otimizarem estratégias de orientação e apoio às mães de RNPT na prática do aleitamento materno.

2 HIPÓTESE

Os padrões de aleitamento materno em recém-nascidos pré-termo internados e no primeiro mês após a alta hospitalar estão relacionados a variáveis maternas e neonatais.

3 OBJETIVOS

Os objetivos do estudo, subdivididos em geral e específico, são apresentados a seguir.

3.1 Objetivo geral

Analisar os padrões de aleitamento materno em recém-nascidos pré-termo internados e no primeiro mês após a alta hospitalar.

3.2 Objetivos específicos

- Determinar a incidência de aleitamento materno exclusivo em recém-nascidos pré-termo no primeiro mês após a alta hospitalar;
- Identificar as informações referentes à manutenção da produção láctea durante a hospitalização do recém-nascido pré-termo;
- Verificar a associação das variáveis maternas e neonatais quanto ao início do aleitamento materno exclusivo após a alta hospitalar do recém-nascido pré-termo.

4 METODOLOGIA

A seguir, apresenta-se a metodologia utilizada para o desenvolvimento do estudo.

4.1 Delineamento do estudo

A proposta metodológica para o desenvolvimento desta pesquisa constitui-se em um estudo de coorte prospectivo. Neste tipo de estudo, formam-se grupos através da observação das situações na vida real, que são acompanhados por um período de tempo pré-determinado para avaliar a incidência do desfecho de interesse⁽⁶⁷⁾.

4.2 População do estudo

A população do estudo foi composta por mães e seus recém-nascidos pré-termo internados na Unidade de Internação Neonatal (UIN) do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA).

4.3 Local de realização do estudo

O estudo foi realizado na UIN e no Banco de Leite Humano (BLH) do HCPA, ambos localizados no 11º andar da ala norte.

A UIN, vinculada ao Serviço de Enfermagem Materno-Infantil e ao Serviço de Neonatologia, possui 20 leitos de internação de Alto Risco e 27 leitos de Terapia Intermediária. Os bebês que ali internam são provenientes da Unidade de Centro Obstétrico (UCO) e do Serviço de Emergência do HCPA, ou de outros hospitais conveniados com o Sistema Único de Saúde (SUS). São critérios adotados para a internação de RNPT na UIN: o peso inferior a 2000g, a idade gestacional ao nascer, ou a ocorrência de diferentes patologias do período neonatal.

O BLH, por sua vez, está vinculado ao Serviço de Nutrição e Dietética do Hospital, permanecendo aberto 24 horas por dia e atendendo mães de recém-nascidos e de crianças internadas nas unidades do HCPA, além de mulheres lactantes do quadro funcional do HCPA ou da comunidade em geral. Neste local, são realizadas atividades de retirada, armazenamento e conservação do leite materno, sendo que as crianças internadas no HCPA, quando recebem leite humano para sua alimentação, recebem-no somente de suas próprias mães⁽⁶⁸⁾.

O Hospital de Clínicas de Porto Alegre é conhecido como Hospital Amigo da Criança, desde o ano de 1997⁽⁶⁹⁾. Nesta instituição, é oferecida, desde o ano de 1996, consultoria em lactação^b, visando à promoção, à proteção e ao apoio ao aleitamento materno durante a hospitalização das crianças, como parte da IHAC. O grupo de consultoras em lactação é formado por uma enfermeira que exerce essa função em dedicação exclusiva e uma nutricionista, em dedicação parcial⁽¹⁷⁾. Além do suporte durante a hospitalização, o hospital referido oferece a orientação pós-alta às mães que amamentam e à comunidade em geral, através de um atendimento por telefone, conhecido como “*Disque Amamentação*”.

O HCPA oferece ainda uma Casa de Apoio, com 54 vagas, para hospedar crianças e adolescentes de zero a 18 anos e seus acompanhantes (mães ou cuidadores), durante o tratamento hospitalar. No ano de 2009, a Casa de Apoio hospedou 4.835 pessoas. A maioria dessas pessoas é proveniente do interior do estado e possui baixa renda familiar. A Casa de Apoio também oferece hospedagem às mães, no caso em que seus RNPT estejam hospitalizados no HCPA, para permanecerem mais próximas de seus filhos. Essa proximidade com o bebê durante a hospitalização, além de favorecer o vínculo entre mãe e bebê, favorece também a lactação e o estabelecimento do aleitamento materno⁽⁶⁸⁾.

4.4 Amostra e amostragem

O cálculo do tamanho da amostra foi realizado, utilizando-se a prevalência de 74% de aleitamento materno em RNPT por ocasião da alta hospitalar⁽⁵⁰⁾, um nível de confiança de 95% e um erro de 5%, estimando-se uma amostra de 116 RNPT. Este cálculo foi realizado

^bOs profissionais que atendem a consultoria em lactação (*lactation consultant*) são reconhecidos pela International Board of Lactation Consultant Examiners (IBLCE)⁽⁷⁰⁾.

pelo estatístico do Grupo de Pesquisa e Pós-Graduação (GPPG) do HCPA, aplicando-se o Software WinPepi⁽⁷¹⁾.

Conforme levantamento de dados realizado no Serviço de Arquivo Médico e Informações em Saúde (SAMIS) do HCPA, observou-se a média anual de 501 internações de prematuros em geral na UIN, nos anos de 2005 a 2008, sendo que 393 dessas internações foram de RNPT com idade gestacional ≥ 32 semanas e < 37 semanas, o que confirma a viabilidade do tamanho da amostra do estudo.

A amostra do estudo foi de conveniência⁽⁷²⁾, composta por todas as mães e seus RNPT que se adequaram aos critérios de inclusão, e estando o bebê internado na UIN entre 1º de agosto de 2009 a 25 de agosto de 2010.

Foram incluídos no estudo todas as mães e seus RNPT que:

- a) nasceram no HCPA, com idade gestacional ≥ 32 e < 37 semanas, independente do peso ao nascer, conforme avaliação dos métodos New Ballard⁽⁷³⁾ ou Capurro⁽⁷⁴⁾. O primeiro método é utilizado na UIN para classificar os RNPT com peso de nascimento ≤ 1500 g, e o segundo, para aqueles com peso de nascimento > 1500 g. Justifica-se a inclusão de prematuros nascidos com idade gestacional ≥ 32 e < 37 semanas, pois a coordenação dos reflexos de sucção, deglutição e respiração, importantes para o aleitamento materno, é estabelecida a partir da 32.^a e 34.^a semana de gestação^(75,76). Além disso, bebês nascidos entre a 32.^a e a 33.^a semanas de gestação geralmente permanecem hospitalizados em UIN, devido à imaturidade, podendo, nesse período, ser estimulados precocemente para desenvolverem as habilidades de sucção, respiração e deglutição;
- b) estiveram internados na UIN desde o nascimento e receberam alta desta unidade;
- c) estavam sendo amamentados por ocasião da alta hospitalar. Neste estudo, considerou-se o bebê amamentado por ocasião da alta aquele que recebeu leite materno, independente da forma, pelo menos uma vez na última semana de hospitalização.

As mães e seus RNPT foram excluídos do estudo nos seguintes casos:

- a) bebê com malformações congênitas;
- b) mães que manifestaram, durante a primeira entrevista, o desejo de não amamentar;
- c) mães com contra-indicação para o aleitamento materno⁽¹⁸⁾;
- d) bebê e mãe que estiveram internados na Unidade de Internação Obstétrica (Alojamento Conjunto) do HCPA e receberam alta dessa unidade;
- e) mães que não tinham telefone (móvel ou residencial).

4.5 Variáveis do estudo

As variáveis independentes e dependentes do estudo estão descritas a seguir.

4.5.1 Variáveis independentes

As variáveis independentes foram subdivididas em variáveis neonatais e maternas.

Variáveis neonatais:

- *Peso de nascimento* (em gramas): dado coletado nos prontuários e categorizado em $<2500g$ e $\geq 2500g$;
- *Idade gestacional ao nascer* (em semanas): dado coletado nos prontuários e categorizado em <35 semanas e ≥ 35 semanas;
- *Apgar no 5.º minuto* (em pontos): dado coletado nos prontuários e categorizado em <6 pontos e ≥ 6 pontos;
- *Início do uso de chupeta*: dado informado pela mãe e categorizado em *no hospital, em casa e nunca usou*;
- *Uso de sonda para dieta* (em dias): dado coletado nos prontuários e categorizado em *sim e não*;
- *Tempo total de internação na UIN* (em dias): dado coletado nos prontuários e categorizado em <7 dias e ≥ 7 dias;
- *Recebia complemento após mamar no peito durante a hospitalização*: dado informado pela mãe e categorizado em *sim e não*.

Variáveis maternas:

- *Idade* (em anos completos): dado informado pela mãe;
- *Escolaridade* (em anos completos): dado informado pela mãe;
- *Tipo de parto*: dado coletado nos prontuários e categorizado em *vaginal e cesáreo*;
- *Número de consultas pré-natal*: dado informado pela mãe e categorizado em <6 consultas e ≥ 6 consultas;

- *Renda per capita* (em salário mínimo): dado informado pela mãe (Referência de salário mínimo: R\$ 477,40);
- *Realização da posição Canguru*: dado informado pela mãe e categorizado em *sim* e *não*;
- *Continuação do esgote mamário após o bebê iniciar sucção no seio*: dado informado pela mãe e categorizado em *sim* e *não*;
- *Continuação do esgote mamário próximo à alta do filho*: dado informado pela mãe e categorizado em *sim* e *não*;
- *Frequência da ordenha mamária nos primeiros quatro dias após o parto*: dado informado pela mãe e categorizado em <5 vezes diárias e ≥ 5 vezes diárias;
- *Métodos de ordenha mamária*: dado informado pela mãe e categorizado em *bomba de sucção a vácuo do HCPA*; *ordenha manual e bomba de sucção a vácuo do HCPA*; *bomba manual e bomba de sucção a vácuo do HCPA*; *bomba manual, bomba de sucção a vácuo do HCPA e ordenha manual*; *outro método*;
- *Avaliação pessoal da quantidade de leite esgotado na hospitalização*: dado informado pela mãe e categorizado em *suficiente para o bebê* e *pouco para o bebê*;
- *Tempo em que pretende amamentar o filho*: dado informado pela mãe e categorizado em <6 meses e ≥ 6 meses;
- *Bebê satisfeito mamando só no peito na hospitalização pela percepção da mãe*: dado informado pela mãe e categorizado em *sim* e *não*;
- *Local onde a mãe se encontrava na hospitalização do filho*: dado informado pela mãe e categorizado em *no HCPA*; *em POA* e *fora de POA*.
- *Tipo de alimentação orientada na alta hospitalar do RNPT*: dado coletado nos prontuários, informado pela mãe e categorizado em *AME (Aleitamento materno exclusivo)*, *AM (leite materno e fórmula láctea)* e *AM (leite materno e leite de vaca integral diluído)*;
- *Mãe trabalha fora de casa no 14º dia após a alta do filho*: dado informado pela mãe e categorizado em *sim* e *não*.
- *Mãe trabalha fora de casa no 28º dia após a alta do filho*: dado informado pela mãe e categorizado em *sim* e *não*.

4.5.2 Variáveis dependentes

Na presente pesquisa, os padrões de aleitamento materno predominante e aleitamento materno complementado foram agrupados ao padrão aleitamento materno. Assim, dois

padrões de aleitamento materno foram utilizados neste estudo, segundo as definições da OMS: aleitamento materno exclusivo e aleitamento materno⁽⁶⁾.

As variáveis dependentes foram estas:

- *Aleitamento materno exclusivo (AME) ao final do primeiro mês após a alta hospitalar do bebê:* dado coletado nas entrevistas do 14.º e 28.º dia após a alta do RNPT. Considerou-se a criança em AME quando esta recebia somente leite materno de sua mãe ou leite materno ordenhado, sem outros líquidos ou sólidos, com exceção de gotas ou xaropes contendo vitaminas, suplementos minerais ou medicamentos^(6,24) por, no mínimo, 24 horas após sua alta hospitalar.
- *Aleitamento materno ao final do primeiro mês após a alta hospitalar do bebê:* dado coletado nas entrevistas do 14.º e 28.º dia após a alta do RNPT. Foi considerada a criança em aleitamento materno quando o bebê recebia leite materno de sua mãe ou leite materno ordenhado, além de outros alimentos e líquidos, incluindo outros leites não humanos e fórmulas lácteas^(6,24) por no mínimo 24 horas após sua alta hospitalar.

4.6 Coleta de dados

A coleta de dados foi realizada de 1.º de setembro de 2009 a 25 de agosto de 2010 pela pesquisadora e por uma bolsista de iniciação científica. A busca ativa dos sujeitos do estudo foi realizada diariamente de segunda a sexta-feira, nos turnos da manhã e da tarde. Algumas coletas foram realizadas nos finais de semana, pelo fato de que não houve confirmação da alta de alguns bebês elegíveis para compor a amostra do estudo durante a semana.

Os dados da pesquisa foram obtidos através de um formulário (Apêndice A), feito com base em consultas aos prontuários do bebê e da mãe, ao livro de registro e ao cadastro da Nutriz do BLH e de três entrevistas realizadas com a mãe, na alta hospitalar do filho, no 14.º e no 28.º dia após a alta do bebê.

A entrevista da alta foi presencial, e ocorreu em até quatro dias antes da previsão da alta hospitalar do bebê, sendo realizada na “Sala dos pais de recém-nascidos internados” (sala 1131A), 11.º andar, ala norte do HCPA, ou, em algumas vezes, na sala de Triagem Auditiva

da UIN, quando esta se encontrava desocupada. Nesse momento, as mães assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido e foram questionadas acerca da orientação sobre alimentação do bebê na alta, dados maternos sócio-demográficos, informações sobre o pré-natal, experiências prévias com aleitamento materno, a alimentação do bebê durante a hospitalização, a manutenção láctea durante a hospitalização, participação no Método Canguru, as visitas ao bebê no hospital e o uso de chupeta no hospital (Apêndice B).

Logo após a alta do binômio, o formulário para coleta de dados nos registros hospitalares (Apêndice A) era preenchido através de consultas aos prontuários do bebê e da mãe, ao livro de registro e ao cadastro da nutriz do BLH.

As entrevistas após a alta da criança foram efetuadas por telefone, e ocorreram, respectivamente, no 14.º dia (Apêndice C) e no 28.º dia (Apêndice D) após a alta do RNP. Como forma de prevenir perdas durante a realização das entrevistas após a alta hospitalar da criança, determinou-se que as entrevistas por telefone poderiam ser efetuadas num período de até uma semana após o 14.º dia, e, igualmente, em até uma semana após o 28.º dia depois da alta. Vale ressaltar que, ainda que as entrevistas tenham sido efetuadas dentro deste limite de tempo estipulado, os questionamentos feitos às mães eram sempre referentes ao 14.º e 28.º dia após a alta do filho. Assim, a entrevista referente ao 14.º dia ocorreu entre o 14.º e o 21.º dia após a alta do bebê, e aquela referente ao 28.º dia ocorreu entre o 28.º e o 35.º dia após a alta da criança. Nestas entrevistas, as participantes confirmavam qual tinha sido a orientação recebida na alta hospitalar sobre a alimentação do bebê e se a criança havia sido hospitalizada novamente por mais de 3 dias, pois, em caso afirmativo deste último item, o binômio era excluído do estudo. Ademais, coletavam-se dados acerca da alimentação atual do bebê, do apoio para do aleitamento materno, do retorno ao trabalho, do uso de chupeta e do acompanhamento de saúde do bebê.

4.7 Logística

O recrutamento dos sujeitos do estudo foi feito através de pesquisa, realizada de segunda a sexta-feira, de novas internações de neonatos pré-termo no sistema de informação *online* do hospital, da revisão dos prontuários dos prematuros e das mães. Procurou-se, ainda, manter contatos diários com os secretários e os enfermeiros da UIN, com a intenção de identificar novas internações de RNPT na unidade, como também prematuros com alta

prevista para ocorrer em até 72 horas da UIN. Para tanto, a mestrande e a bolsista de iniciação científica realizavam busca ativa, de segunda a sexta-feira, em dois turnos, manhã e tarde; excepcionalmente, a coleta foi desenvolvida nos finais de semana, quando a mãe não foi localizada durante a semana e havia a possibilidade de seu bebê ter alta hospitalar no final de semana.

Ao se identificar um bebê elegível para compor a amostra da pesquisa, verificava-se se o mesmo teria alta nos próximos dias. Caso a alta do bebê estivesse programada para acontecer em até quatro dias, procurava-se sua mãe na unidade, conversava-se com ela sobre sua intenção de amamentar ou não o filho. Nesse momento, as mães eram entrevistadas, ou agendava-se a data da primeira entrevista, conforme a disponibilidade das mesmas, coletando-se, após a alta, as informações dos registros hospitalares.

Aqueles bebês considerados elegíveis e que não tinham alta prevista eram acompanhados pelas pesquisadoras através de um controle diário do estado clínico, do peso, do tipo e da via de alimentação, e do leito de internação, até sua alta, para serem incluídos no estudo. Na proximidade da alta do bebê, verificava-se novamente se o binômio ainda era elegível para compor a amostra, para, então, entrevistar-se a mãe e incluí-los no estudo.

Os binômios eram numerados sequencialmente, de acordo com a data da alta do RNPT. No momento da alta, a pesquisadora registrava a data para a realização da entrevista do 14.º e do 28.º dia, realizando, em seguida, a coleta dos dados nos prontuários (Apêndice A).

As mães eram contatadas por telefone no 14.º e 28.º dia após a alta do bebê, momento em que eram realizadas a segunda e a terceira entrevistas.

Estratégias foram adotadas para minimizar as perdas de seguimento. Procurava-se conversar com as mães durante a hospitalização do filho, não só na proximidade da alta do bebê, mas, semanalmente, pois esse contato poderia auxiliar na formação do vínculo da pesquisadora e da bolsista com as participantes. Em tais momentos, aproveitava-se para ressaltar às mães a importância de sua participação e de seu seguimento no estudo. Esse contato semanal com as mães durante a hospitalização, assim como o contato promovido na realização da entrevista presencial (entrevista da alta), auxiliou na formação do vínculo da pesquisadora com as participantes, e parece ter favorecido a adesão das mães ao estudo.

Também se solicitou às participantes, em todas as entrevistas, a confirmação do número de seus telefones celulares e residenciais e a informação de telefones residenciais de amigos e/ou parentes. As mães eram questionadas, em todas as entrevistas, em relação à possível mudança de endereço, fazendo-se o registro nos formulários, quando necessário.

Quando as mães não eram encontradas através de seus telefones particulares, a pesquisadora ligava para os telefones residenciais de amigos/parentes informados pelas participantes, para localizá-las. Então, a busca ativa das participantes foi feita através de ligações telefônicas. Salienta-se que o cabeçalho dos formulários utilizados para a entrevista presencial da alta (Apêndice B) e as realizadas por telefone referentes ao 14.º (Apêndice C) e ao 28.º dia após a alta (Apêndice D), foi construído para coletar informações que facilitassem o seguimento da mãe após a alta do RNPT.

4.8 Análise dos dados

O banco de dados foi elaborado com a utilização do Programa Epidata⁽⁷⁷⁾, sendo que, para garantir a acurácia das informações, foi feita digitação dupla, com posterior validação. As análises estatísticas foram realizadas no software SPSS versão 18.0.

Uma análise descritiva dos dados foi realizada, calculando-se a frequência e o percentual para as variáveis categóricas, enquanto que, para as variáveis quantitativas, calcularam-se a média, o desvio padrão, a mediana e o intervalo-interquartil.

Inicialmente, realizou-se a análise bivariada, através do teste qui-quadrado e análise de regressão de Cox simples de todas as variáveis neonatais e maternas, para determinar quais delas teriam associação com o início do AME no primeiro mês após a alta hospitalar da criança. A razão de densidade de incidência (*hazard-ratio*) e seu respectivo intervalo de confiança de 95% foram utilizados como medida de efeito da associação entre as variáveis testadas e o início do AME no primeiro mês após a alta hospitalar dos RNPT.

A análise multivariável foi realizada para controlar possíveis interferências de algumas variáveis sobre o início do AME, sendo incluídas, nesta análise, aquelas variáveis que apresentaram o nível de significância $p < 0,10$ na regressão de Cox simples. Para a análise bivariada e multivariável, criou-se a variável *uso de chupeta antes de iniciar o AME*, categorizada em sim e não, através do cruzamento das variáveis *data de início do AME*, da entrevista do 14.º dia e 28.º dia, *começou o uso de chupeta*, da entrevista do 28.º dia, e *idade do bebê quando iniciou o uso de chupeta*, coletado na entrevista do 28.º dia.

Nos modelos de regressão de Cox multivariável adotados, foram incluídas separadamente variáveis relacionadas ao bebê e à mãe.

Para avaliar a associação entre as variáveis relativas às informações do Banco de Leite Humano com o início do AME no primeiro mês após a alta hospitalar da criança, aplicou-se o teste qui-quadrado de Pearson. Para a realização destes testes de associação, a variável *métodos utilizados para esgotar* foi agrupada em *uso de bomba de sucção a vácuo no HCPA* e *bomba de sucção a vácuo no HCPA associado a outros métodos*.

Foi construída curva de Kaplan-Meier para avaliar o tempo entre a alta hospitalar e o primeiro dia de início do aleitamento materno exclusivo.

O nível de significância adotado foi $\alpha = 0,05$.

4.9 Considerações éticas

O projeto da pesquisa foi aprovado pela Comissão de Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (EEUFRGS) (Anexo 1) e pela Comissão de Ética e de Pesquisa do HCPA (Anexo 2), antes do início da coleta de dados.

As mães dos RNPT elegíveis para a amostra do estudo foram informadas e esclarecidas quanto aos objetivos, à metodologia e à finalidade da pesquisa. Também foram dadas aos sujeitos da pesquisa garantias de sigilo e de confidencialidade quanto às informações fornecidas no estudo⁽⁷⁸⁾.

Aquelas mães que concordaram em participar da pesquisa foram instruídas a assinarem um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice E), que continha todos os dados necessários ao entendimento dos objetivos do projeto e aos procedimentos a serem realizados, incluindo riscos, desconfortos e benefícios previstos. O referido documento foi assinado em duas vias, uma das quais permaneceu com a pesquisadora e a outra, com a mãe⁽⁷⁹⁾. As mães também foram convidadas a responder as entrevistas por telefone.

Além disso, a pesquisadora assinou um Termo de Compromisso de Utilização de Dados, documento padrão do HCPA, comprometendo-se a zelar pelo anonimato dos sujeitos da pesquisa quando da utilização dos dados coletados em prontuários. Os formulários de coleta de dados serão arquivados pela pesquisadora por um período de cinco anos, sendo destruídos após esse período, conforme a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (1996)⁽⁷⁹⁾.

A pesquisa recebeu apoio financeiro do Fundo de Incentivo à Pesquisa e Eventos (FIPE) do Hospital de Clínicas de Porto Alegre.

5 RESULTADOS

Durante o período de realização da coleta de dados, de setembro de 2009 a agosto de 2010, ocorreram 350 internações de RNPT na Unidade de Internação Neonatal do HCPA. Desse total, 133 duplas mãe-bebê foram consideradas elegíveis e preencheram os critérios de inclusão, porém, 123 (35,1%) foram incluídos na pesquisa. Dos 123 binômios incluídos no estudo e que iniciaram o seguimento, perderam-se 7 duplas: 2 delas por não se conseguir entrar em contato por telefone com a mãe durante o primeiro mês após a alta do filho, não sendo possível realizar as entrevistas após a alta, e outras 5 binômios, porque os RNPT foram hospitalizados no período entre a realização das entrevistas por telefone. As informações referentes a estas 7 duplas não foram utilizadas neste estudo, uma vez que uma nova hospitalização poderia dificultar o estabelecimento do aleitamento materno, e a não conclusão de todas as etapas da pesquisa poderia acarretar a falta de informações para o estudo, e, como consequência, em ambos os casos, causaria algum viés nos resultados da pesquisa⁽⁸⁰⁾. Dessa forma, a amostra do estudo foi de 116 mães e seus recém-nascidos pré-termo (Figura 1).

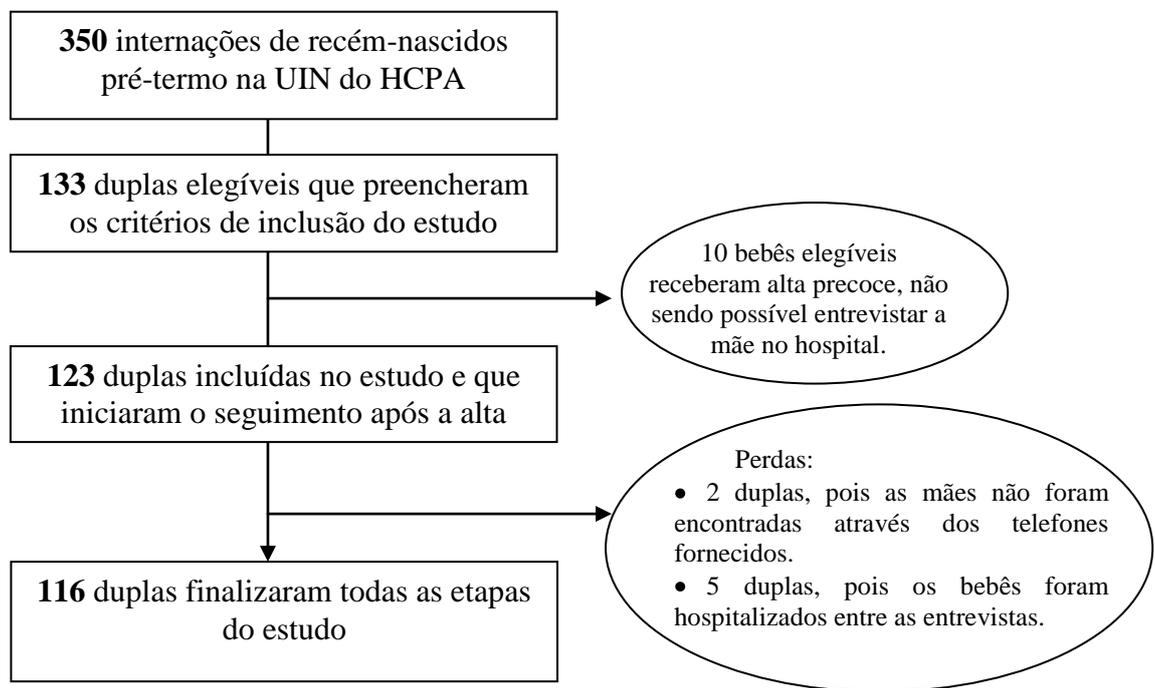


Figura 1- Fluxograma das duplas mãe-bebê elegíveis para participarem do estudo.

A entrevista da alta com as mães foi realizada em até quatro dias antes da alta prevista do RNPT, e, em 63,8% (74) dos casos, a entrevista ocorreu por ocasião da alta do bebê. A entrevista do 14.º dia após a alta do RNPT foi efetuada entre o 14.º e o 21.º dia após a alta do

bebê, sendo que, em 56% (65) dos casos, foi realizada no 14.º dia. Já entrevista do 28.º dia após a alta, foi realizada entre o 28.º e 35.º dia após a alta da criança, e, em 42,2% (49) dos casos, ocorreu no 28.º dia após a alta. Num caso, a entrevista referente ao 28.º dia após a alta foi realizada no 37.º dia e, noutro, no 41.º após a alta hospitalar do RNPT, pois, no momento das ligações, as mães não estavam presentes, ou quando elas eram encontradas, relatavam que queriam conversar com as pesquisadoras, mas solicitavam que a entrevista fosse feita em outra ocasião, pois estavam ocupadas com os bebês. Essas dificuldades geraram recorrência de ligações para as mesmas mães, e as pesquisadoras, com o intuito de respeitar a vontade das participantes, retornavam a ligação num outro dia. As entrevistas referentes a esses dois casos não foram excluídas, pois as respostas das mães reportavam-se ao 28.º dia após a alta do filho.

Quanto às características dos RNPT do estudo, constatou-se que a média de idade gestacional foi de $34,5 \pm 1,4$ semanas e a média de peso ao nascer, de $2130,5 \pm 567,7$ g. Na alta hospitalar, os prematuros apresentavam média de idade gestacional corrigida de $37,5 \pm 2,03$ semanas e peso médio de $2365,3 \pm 0,44$ gramas. Em relação ao uso de chupeta, observou-se que 64,7% deles usaram chupeta no hospital, e a mediana de início do uso de chupeta foi 5(2-30) dias de vida (Tabela 1).

Tabela 1: Características dos recém-nascidos pré-termo (n=116)

Características	
Peso de nascimento (g)*	2130,5±567,7
Idade gestacional (semanas)*	34,5±1,4
Sexo masculino†	69 (59,5)
Apgar no 1.º minuto*	7,03±1,95
Apgar no 5.º minuto*	8,69±0,97
Estado nutricional†	
<i>AIG</i>	66 (56,9)
<i>PIG</i>	50 (43,1)
Tempo total de internação UTIN (dias) (n= 107)‡	7(4-15)
Tempo total de internação na UIN (dias)‡	15 (10-29)
Peso na alta hospitalar (g)*	2365,3±434,6
Idade gestacional corrigida na alta hospitalar (semanas)*	37,5±2,03
Uso de chupeta*	
<i>No hospital</i>	75 (64,7)
<i>Em casa</i>	27 (23,3)
<i>Nunca usou</i>	14 (12,0)
Início do uso de chupeta‡	
<i>No hospital (dias de vida)</i>	5 (2-30)
<i>Em casa (dias após a alta)</i>	11(6-25)

*Média±DP; † n (%); ‡Mediana (P25-P75).

Legenda: AIG: adequado para idade gestacional; PIG: pequeno para idade gestacional; UTIN: Unidade de Terapia Intensiva Neonatal; UIN: Unidade de Internação Neonatal.

Dentre os motivos da hospitalização mais frequentes, destacou-se a prematuridade, em 68,1% dos casos. Já a Hiperbilirrubinemia foi a enfermidade mais prevalente durante a internação hospitalar dos bebês (76,7%). Verificou-se também que 54,3% dos bebês fizeram uso de oxigenoterapia durante a hospitalização e que a mediana do tempo de uso foi de 2(1-3) dias (Tabela 2).

Tabela 2: Condições clínicas dos recém-nascidos pré-termo (n=116).

Características	
Motivos da hospitalização mais frequentes ^{*1}	
<i>Hipoglicemia</i>	8(6,9)
<i>Gemência</i>	9(7,8)
<i>Sepse</i>	9(7,8)
<i>Baixo peso</i>	21 (18,1)
<i>Disfunção Respiratória Precoce</i>	42(36,2)
<i>Prematuridade</i>	79(68,1)
<i>Outros motivos</i>	27(23,3)
Escore SNAPPE II (n=102) [†]	0(0-10,5)
Tempo de uso de nutrição parenteral (em dias) (n=43) [†]	8 (3-13)
Tempo de uso de oxigenoterapia (em dias) (n=63) [†]	2(1-3)
Tempo de uso de CPAP (em dias) (n=49) [†]	2(1-3)
Tempo de uso de ventilação mecânica (em dias) (n=20) [†]	4(1-10,25)
Enfermidades durante a hospitalização ^{*1}	
<i>Enterocolite Necrozante</i>	2(1,7)
<i>Doença de Membrana Hialina</i>	5(4,3)
<i>Sepse neonatal</i>	58(50)
<i>Hiperbilirrubinemia</i>	89(76,7)

*n(%); †Mediana (P25-P75).

Legenda: SNAPPE II: Escore de gravidade inicial; CPAP: Suporte ventilatório com pressão positiva contínua em vias aéreas.

¹Questão de múltipla resposta, podendo o mesmo bebê ter mais do que um motivo de hospitalização e mais de uma enfermidade durante a hospitalização.

A maioria dos RNPT fez uso de sonda para alimentação (72,4%) durante a hospitalização, sendo que a mediana de uso foi de 9(3-16) dias. A mediana de início da alimentação oral total foi 7(1-18) dias de vida, e a mediana de início da sucção ao seio, de

7(4-13) dias antes da alta. O método de translactação não foi evidenciado no presente estudo. Na última semana de hospitalização, a maioria das crianças foi alimentada com leite materno e fórmula láctea: 68,1% delas alimentadas ao seio materno e na mamadeira (Tabela 3).

Tabela 3: Alimentação dos prematuros durante a hospitalização (n=116).

Características	
Uso de sonda para dieta*	84(72,4)
Uso de copo na última semana de hospitalização*	7(6,03)
Tempo de uso de sonda para dieta (em dias) (n=84)†	9(3-16)
Início da alimentação com sonda (dias) (n=84)†	2(1-3)
Início da alimentação oral parcial (dias) (n=84)†	8 (3-15)
Início da alimentação oral total (dias) (n=116)†	7(1-18)
Início da alimentação oral total (dias antes da alta)†	8 (4-13)
Início do uso de leite materno na alimentação (dias)†	3 (2-5)
Início da sucção ao seio (dias antes da alta)†	7(4-13)
Alimentos recebidos na última semana de hospitalização*	
<i>Leite materno e fórmula láctea</i>	110(94,8)
<i>Leite materno, fórmula láctea e água</i>	6 (5,2)
Recebia complemento após mamar no peito*	91(78,4)
Via de alimentação do bebê na última semana de hospitalização*	
<i>Seio materno e copo</i>	5(4,3)
<i>Seio materno e mamadeira</i>	79(68,1)
<i>Seio materno, copo e mamadeira</i>	2(1,7)
<i>Seio materno, mamadeira e sonda</i>	27(23,3)
<i>Mamadeira e sonda</i>	3(2,6)

* n (%); † Mediana (P25-P75).

As mães, quanto às suas características, apresentaram idade média de 27,3±7,5 anos e escolaridade média de 9,4±3,4 anos. A cesariana ocorreu em 63,8% dos nascimentos. A maioria das mães realizou pré-natal (98,3%), porém, somente 22,8% das entrevistadas informaram ter recebido orientações sobre aleitamento materno durante as consultas. Quando questionadas sobre com quem residiam, 82,6%, delas relataram morar com o pai do bebê (Tabela 4).

Tabela 4: Características das mães incluídas no estudo (n=116).

Características	
Idade*	27,3±7,5
Escolaridade (anos)*	9,4±3,4
Cesariana†	74 (63,8)
Cor branca†	67 (57,8)
Possui plano de saúde privado†	35(30,2)
Realizou ≥ 6 consultas de pré-natal†	60(51,7)
Recebeu orientações sobre amamentação no pré-natal (n=114)†	26(22,8)
Cidade de residência†	
<i>Porto Alegre</i>	60(51,7)
<i>Cidade da Região Metropolitana de Porto Alegre</i>	35(30,2)
<i>Cidade do interior do estado do RS ou em outro estado</i>	21(18,1)
Coabita com o pai do bebê†	96(82,6)
Coabita com avós paternos e/ou maternos†	25(21,6)
Renda <i>per capita</i> ‡	0,67 (0,41-1,14)
Primípara†	59(50,9)
Trabalha fora de casa†	55(47,4)
Em licença maternidade (n=55) †	40(72,7)
Realizou a posição Canguru†	30(25,9)

*Média±DP; † n (%); ‡Mediana (P25-P75).

Legenda: RS: estado do Rio Grande do Sul; HCPA: Hospital de Clínicas de Porto Alegre.

Durante o período de hospitalização do bebê, 76,7% (89) das participantes do estudo relatou permanecer na cidade de Porto Alegre, sendo que, destas, 23,3% (27) referiu ter ficado no HCPA (internadas ou alojadas na Casa de Apoio da instituição) e, 23,3% (27), fora de Porto Alegre. Além disso, 92,2% (107) das mães revelaram visitar o filho diariamente e 57,8% (67) delas, permanecer na UIN com a criança por um período ≥ 8 horas por dia.

Em relação à manutenção da lactação durante a hospitalização do prematuro, 96,6% (112) das entrevistadas relataram realizar o esgote mamário, sendo que a mediana de início do esgote foi de 26,5 (18,3-43,4) horas após o nascimento da criança. A média de esgotes nos primeiros quatro dias após o parto foi de 3,2±1,6 vezes por dia, ocorrendo decréscimo da mesma para 2,6±1,3 próximo da alta hospitalar do bebê (Tabela 5).

Tabela 5: Informações sobre a manutenção láctea durante a hospitalização do bebê (n=112).

Características	
1. ^a ordenha realizada no BLH do HCPA (horas após o parto) [‡]	26,5(18,3-43,4)
Local do esgote mamário [†]	
<i>No hospital</i>	56(50,0)
<i>Em casa e no hospital</i>	56(50,0)
Iniciou esgote em casa (dias após alta hospitalar materna) [‡]	1(0-2)
Número de esgotes nos primeiros quatro dias após o parto [*]	3,2±1,6
Número de esgotes próximos da alta hospitalar do bebê (n= 74) [*]	2,6±1,3
Continuou o esgote após o bebê iniciar a sucção no seio materno [†]	85(75,9)
Continuou esgote perto da alta do filho [†]	74(66,1)
Métodos utilizados para esgotar [†]	
<i>Bomba de sucção a vácuo no HCPA</i>	56(50,0)
<i>Bomba manual e bomba de sucção a vácuo no HCPA</i>	32(28,6)
<i>Ordenha manual e bomba de sucção a vácuo no HCPA</i>	19(17,0)
<i>Bomba manual, bomba de sucção a vácuo no HCPA e ordenha manual</i>	5(4,5)
Avaliação pessoal da quantidade de leite esgotada na hospitalização [†]	
<i>Suficiente para o bebê</i>	57(50,9)
<i>Pouco para o bebê</i>	55(49,1)

*Média±DP; †n (%); ‡Mediana (P25-P75).

Legenda: BLH: banco de leite humano; HCPA: Hospital de Clínicas de Porto Alegre.

Quando avaliadas somente as mães que esgotaram as mamas durante a internação e que iniciaram o aleitamento materno exclusivo após a alta (n=50), identificou-se associação estatisticamente significativa das variáveis relacionadas ao *método utilizado para o esgote mamário* (p=0,013) e *avaliação pessoal da quantidade de leite esgotado na hospitalização* (p=0,021) com o início do AME após a hospitalar do prematuro (Tabela 6).

Tabela 6: Relação entre o esgote mamário realizado durante a hospitalização do bebê e o início do AME no primeiro mês após a alta hospitalar da criança (n=50).

Características	Iniciou AME n (%)	p*
Número de esgotes nos primeiros quatro dias após o parto		
<5 vezes por dia	40 (42,6)	0,449
≥5 vezes por dia	10(55,6)	
Continuou a ordenha após o bebê iniciar a sucção no seio materno		
Sim	39(45,9)	0,806
Não	11(40,7)	
Continuou esgote perto da alta do filho		
Sim	32(43,2)	0,830
Não	18(47,4)	
Métodos utilizados para esgotar		
Bomba de sucção a vácuo do HCPA	32(57,1)	0,013
Bomba de sucção a vácuo do HCPA associada a outros métodos	18(32,1)	
Avaliação pessoal da quantidade de leite esgotado na hospitalização		
Suficiente	32(56,1)	0,021
Pouco	18(32,7)	

*teste Qui-quadrado de Pearson.

De acordo com as mães, 50,9% delas não tinham experiência prévia com aleitamento materno. A maioria referiu ter sido orientada sobre aleitamento materno no hospital (80,2%), e 44% delas foram acompanhadas pelas consultoras em lactação do HCPA durante a internação hospitalar. Salienta-se que o tipo de aleitamento materno orientado na alta foi confirmado pelas mães na entrevista por telefone após a alta, pois 70,7% (82) delas ainda não tinham sido orientadas sobre amamentação após a alta quando a entrevista da alta foi realizada (Tabela 7).

Tabela 7: Informações acerca do aleitamento materno referentes às nutrizes (n=116).

Características	
Experiência prévia com aleitamento materno*	
Sem experiência	59(50,9)
<6 meses	23(19,8)
≥ 6 meses	34(29,3)
Foi amamentada quando bebê*	88(75,9)
Tempo que pretende amamentar o bebê (meses)†	14(9,6-24)
Pensava em amamentar o bebê durante a gravidez*	93,1 (108)
Uso de medicamento para estimular a produção de leite*	22(19)
Orientada sobre amamentação no hospital*	93(80,2)
Acompanhada pelas consultoras em lactação do hospital*	51(44)
Tipo de alimentação orientado na alta hospitalar*	
Aleitamento materno exclusivo	56(48,3)
Aleitamento materno	57(49,1)
Não recebeu orientação	2(1,7)
Parar o aleitamento materno	1(0,9)

*%n (%); † Mediana (P25-P75).

Quanto aos padrões de aleitamento materno, observou-se que, na alta hospitalar, todos os bebês estavam em aleitamento materno. No 14.º dia após a alta da criança, 36,2% dos RNPT estavam em aleitamento materno exclusivo, tendo este índice decaído para 25% no 28.º dia após a alta. O percentual de crianças em aleitamento materno passou de 55,2%, no 14.º dia, para 60,3%, no 28.º dia após a alta. Já o percentual de crianças desmamadas aumentou de 8,6%, no 14.º dia, para 14,7%, no 28.º dia após a alta do RNPT (Figura 2).

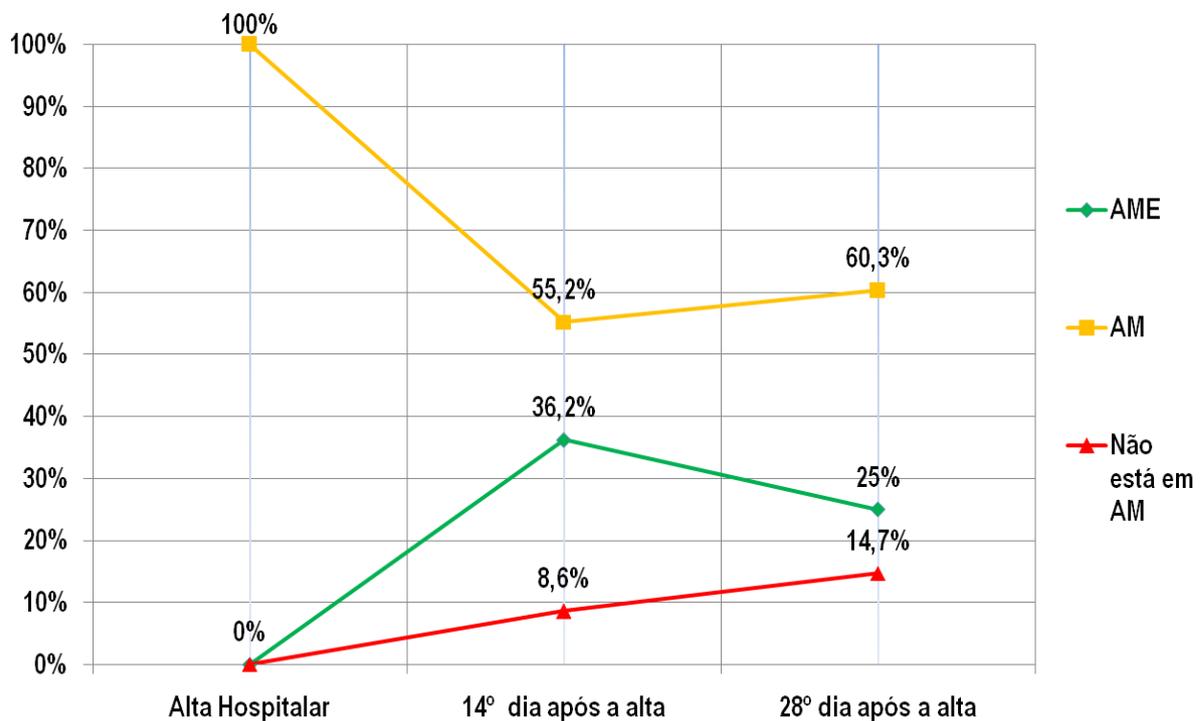


Figura 2 - Padrões de aleitamento materno na alta hospitalar, no 14º e no 28º dias após a alta hospitalar do bebê (n=116).

As variáveis neonatais que apresentaram o nível descritivo amostral $p < 0,10$ na regressão de Cox simples foram as seguintes: *peso ao nascer* $\geq 2.500g$ ($p=0,057$), *idade gestacional ao nascer* ≥ 35 semanas ($p=0,013$), *tempo de hospitalização* < 7 dias ($p=0,002$), *não recebia complemento após mamar no peito durante a hospitalização* ($p=0,032$) e o *não uso de chupeta antes de iniciar o AME* ($p < 0,001$).

A análise multivariável, quando ajustada para as variáveis de *peso* e *idade gestacional ao nascimento*, *tempo de hospitalização* e *recebia complemento após mamar no peito na hospitalização*, indicou que somente a variável *uso de chupeta antes de iniciar o AME* manteve-se associada ao início do AME após a alta hospitalar do bebê. A probabilidade de iniciar o AME no primeiro mês após a alta hospitalar de um RNPT que não utilizou chupeta

antes de iniciar o AME, foi de 4,01 (IC95%: 2,13-7,52) vezes maior em relação ao bebê que usou chupeta ($p < 0,001$) (Tabela 8).

Tabela 8: Resultados da Regressão de Cox Bivariada e Multivariada das variáveis dos bebês em relação ao início do AME (n=53).

Variáveis	Iniciou AME	Análise Bivariada		Análise Multivariada		
		% (n)	HR (IC 95%)	p*	HR (IC 95%)	p†
Peso de nascimento	<2.500g	39,5% (34)	1,00	0,057	1,00	0,586
	≥2.500g	63,3% (19)	1,73 (0,98-3,03)			
Idade gestacional ao nascer	<35 semanas	33,8% (22)	1,00	0,013	1,00	0,438
	≥35 semanas	60,8% (31)	2,02 (1,16-3,49)			
Tempo de hospitalização	≥7 dias	38,8% (38)	1,00	0,002	1,00	0,594
	<7 dias	83,3% (15)	2,54 (1,39 - 4,66)			
Uso de chupeta antes de iniciar o AME	Sim	29,1% (25)	1,00	<0,001	4,01 (2,13-7,52)	<0,001
	Não	93,3% (28)	4,62 (2,5-8,21)			
Recebia complemento após mamar no peito na hospitalização	Sim	40,0% (36)	1,00	0,032	1,00	0,855
	Não	68,0% (17)	1,89 (1,06 – 3,37)			

Legenda: HR= razão de densidade de incidência (*hazard-ratio*); IC 95%= Intervalo com 95% de confiança; AME: aleitamento materno exclusivo.

*Regressão de cox simples

†Regressão de cox multivariável

As variáveis maternas que apresentaram nível descritivo amostral $p < 0,10$ na Regressão de Cox Simples da entrevista da alta do RNPT foram *bebê satisfeito mamando somente no peito no hospital* ($p=0,020$), *a mãe se encontrar no HCPA durante a hospitalização do filho* ($p=0,014$), *a mãe se encontrar em Porto Alegre durante a hospitalização do filho* ($p=0,050$) e *aleitamento materno exclusivo orientado na alta hospitalar do bebê* ($p < 0,001$).

No modelo final de regressão, quando ajustado para as variáveis de *bebê satisfeito mamando só no peito na percepção da mãe durante a hospitalização e local onde a mãe se encontrava durante a hospitalização do filho*, somente a variável *tipo de aleitamento materno orientado na alta hospitalar do bebê* ($p < 0,001$) mostrou-se associada ao início do AME no primeiro mês após a alta hospitalar do RNPT. Assim sendo, a probabilidade de uma mãe orientada na alta hospitalar amamentar o filho exclusivamente é de 6,6 (IC 95%: 2,90-15,16) vezes maior de iniciar o AME no primeiro mês após a alta hospitalar, em relação àquelas orientadas a complementar o aleitamento materno com fórmula láctea ($p < 0,001$) (Tabela 9).

Tabela 9: Resultados da Regressão de Cox Bivariada e Multifatorial das variáveis maternas em relação ao início do AME (n=53).

Variáveis		Iniciou AME	Análise Bivariada		Análise Multivariada	
		% (n)	HR (IC 95%)	p [†]	HR (IC 95%)	p [‡]
Bebê satisfeito mamando no peito na percepção da mãe durante a hospitalização	Sim	56,2% (41)	2,16 (1,13-4,11)	0,020	1,02 (0,51-2,04)	0,957
	Não	28,6% (12)	1,00			
Local onde a mãe se encontrava durante a hospitalização do filho	No HCPA	63% (17)	3,21 (1,26-8,16)	0,014	2,27 (0,82-6,30)	0,115
	Em POA	48,4% (30)	2,40 (0,99-5,78)	0,050	1,91 (0,73-5,03)	0,188
	Fora de POA	22,2% (6)	1,00	---	1,00	---
Tipo de aleitamento materno orientado na alta hospitalar do bebê*	AME	76,8% (43)	7,58 (3,50-16,39)	<0,001	6,62 (2,90-15,16)	<0,001
	AM	13,8% (8)	1,00			

Legenda: HR= razão de densidade de incidência (*hazard-ratio*); IC 95%= Intervalo com 95% de confiança; HCPA: Hospital de Clínicas de Porto Alegre; POA: Porto Alegre; AME: aleitamento materno exclusivo; AM: aleitamento materno.

*Excluídas as mães que não receberam orientação sobre o tipo de alimentação na alta hospitalar (n=51).

[†]Regressão de cox simples

[‡]Regressão de cox multivariável

De acordo com as entrevistas realizadas após a alta hospitalar, a média de vezes que as crianças mamavam no peito foi de $9,9 \pm 3,4$ vezes por dia, no 14.º dia e de $10 \pm 4,3$ vezes por dia, no 28.º dia após a alta. Dentre os bebês que recebiam leite não humano, verificou-se que a maioria deles recebia fórmula láctea, tanto no 14.º dia (91,5%), quanto no 28.º dia (92,6%) após a hospitalização. Quanto à avaliação pessoal sobre a quantidade de leite materno, 65,1% das mães referiram ter a quantidade de leite suficiente para o filho no 14.º dia, e 66,7% %, no 28.º dia após a alta do RNPT. A maioria das mães relatou não estar trabalhando fora de casa, tanto no 14.º dia, quanto no 28.º dia após a alta. Todas as mães informaram que o filho fazia acompanhamento de saúde após a alta, sendo a rede básica de saúde o local de maior frequência, tanto no 14.º dia (42,2%), quanto no 28.º dia após a alta (40,5%).

A partir das entrevistas realizadas por telefone após a alta da criança, observou-se que aproximadamente 37% das duplas tentaram iniciar o aleitamento materno exclusivo dentro das primeiras 24 horas após a alta do bebê (dia zero). Ao final do 28.º dia após a alta, em torno de 46% das duplas haviam iniciado, em algum momento, o aleitamento materno exclusivo no domicílio. Dessa maneira, a probabilidade acumulada de iniciar o AME foi de 36,2%, no dia da alta; 43,1%, no 7.º dia após a alta; 44%, no 14.º dia, e 45,7%, no 28.º dia após a alta hospitalar. Observou-se que a maior parte daquelas duplas que começou o

aleitamento materno exclusivo em algum momento, iniciou esse tipo de aleitamento materno já nos primeiros sete dias após a alta da criança (Figura 3).

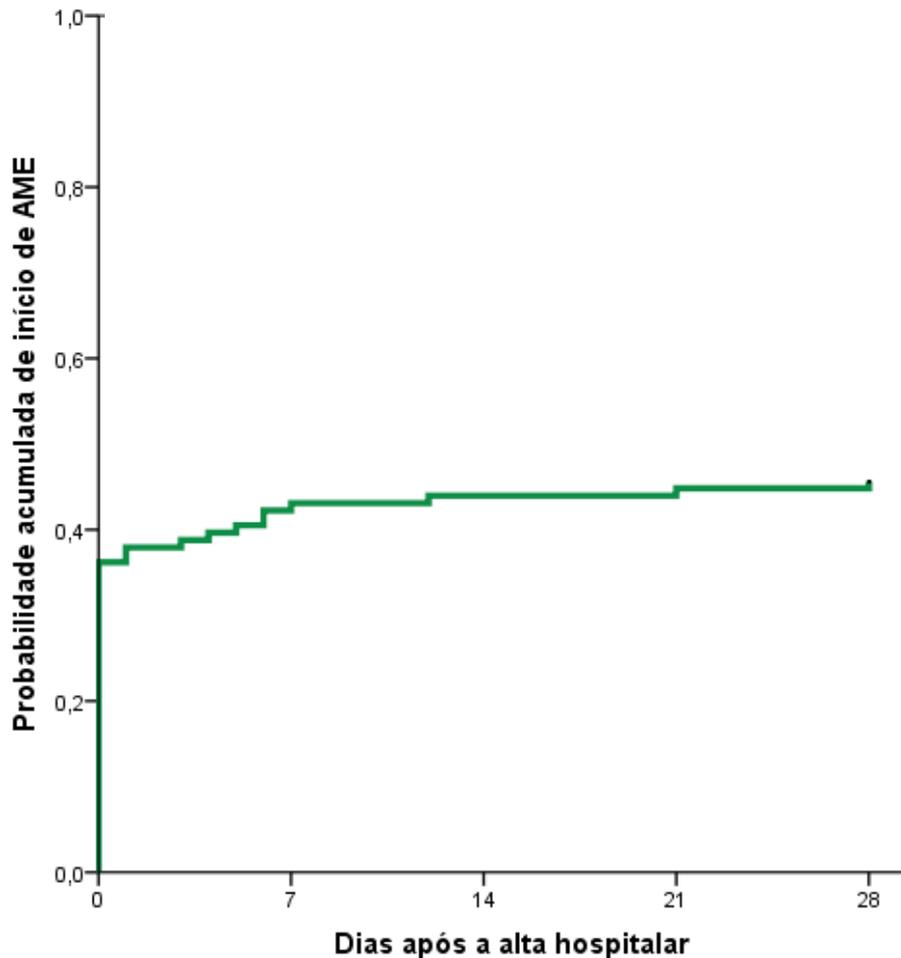


Figura 3 - Curva do primeiro dia de início do aleitamento materno exclusivo (n= 53)

A introdução de chá, suco e/ou água (CSA) aconteceu ao longo do primeiro mês após a alta hospitalar do bebê. Avaliando-se o tempo entre a alta hospitalar e o dia de introdução de chá, suco ou água, verificou-se que o 7.º dia após a alta foi o dia em que mais mães introduziram esses líquidos na alimentação dos filhos. No 28.º dia após a alta hospitalar, das 58 mães que tinham introduzido CSA, 07 tinham cessado esse uso. Ao final do período estudado, 50% das mães tinham introduzido chá, suco e/ou água em algum momento, sendo sua mediana de introdução de 2,5 (07-18,25) dias após a alta hospitalar do bebê.

6 DISCUSSÃO

O presente estudo buscou analisar os padrões de aleitamento materno em recém-nascidos pré-termo internados e no primeiro mês após a alta hospitalar. A hipótese deste estudo foi confirmada, uma vez que os padrões de AM em prematuros internados estabelecidos no primeiro mês após a alta estavam relacionados às variáveis maternas e neonatais.

Por ocasião da alta hospitalar, observou-se que todos os bebês seguidos no presente estudo estavam em aleitamento materno; o AME não foi estabelecido durante a hospitalização, tendo este iniciado somente no ambiente domiciliar. Na instituição onde o estudo foi realizado, os bebês recebem somente leite de suas mães; desse modo, no caso em que a mãe não amamenta ou não está presente para amamentar, não esgota as mamas ou não consegue ordenhar a quantidade de leite suficiente para a alimentação do filho, a criança é alimentada com fórmula láctea⁽⁶⁸⁾.

Estudos nacionais evidenciaram o estabelecimento do aleitamento materno exclusivo na alta hospitalar em prematuros. A esse respeito, uma pesquisa desenvolvida em um hospital na cidade do Rio de Janeiro mostrou que 12,3% dos 203 RNPT nascidos com peso <1500g estavam em aleitamento materno exclusivo na alta⁽⁵⁰⁾. Outro estudo, realizado em Ribeirão Preto, identificou que 28,4% dos neonatos pré-termo estavam em AME na alta hospitalar. Nessa pesquisa, foram incluídos somente RNPT que não receberam alimentação láctea enteral na admissão da UIN ou da UTI; ou seja, excluíram-se os bebês em situação mais grave, cujo quadro clínico poderia dificultar o estabelecimento do AME⁽¹⁸⁾. O índice de amamentação exclusiva encontrado em um estudo na cidade de Recife foi superior ao das pesquisas anteriores, onde 88% (114) dos prematuros participantes do Método Canguru estavam em AME na alta hospitalar⁽⁶⁰⁾.

No presente estudo, identificou-se que, após a alta hospitalar, o percentual de prematuros em aleitamento materno exclusivo reduziu, de 36,2%, no 14.º dia, para 25%, no 28.º dia após a alta hospitalar. Assim sendo, percebe-se uma redução de cerca de 12% de AME em RNPT em apenas quatorze dias de seguimento. Um estudo realizado em Londrina que acompanhou 278 prematuros – que receberam leite materno no hospital – por seis meses, evidenciou a redução do aleitamento materno exclusivo ao longo dos meses após a hospitalização. Os índices de AME encontrados nesse estudo foram os seguintes: 31%, na alta hospitalar; 70,4%, no primeiro mês após a alta; 33,6%, no terceiro mês após a alta; 17,7%, no

quarto mês e 6,9%, no sexto mês após a alta⁽⁵⁹⁾. A redução do AME também foi confirmada em estudos com bebês nascidos a termo. Em Porto Alegre, os percentuais de aleitamento materno exclusivo passaram de 54%, no primeiro mês, para 6,6%, ao final do sexto mês de vida⁽²⁶⁾. Outro estudo realizado em Londrina com crianças nascidas a termo verificou que, no primeiro mês após a alta, 62,6% das crianças estavam em aleitamento materno exclusivo, percentual este que caiu para 5,3%, no sexto mês de vida⁽⁸¹⁾.

De acordo com os dados do presente estudo, dentre as mães que iniciaram o AME em casa, a maioria delas começou na primeira semana após a alta hospitalar. Ao final do 28.º dia após a alta do filho, quase metade das participantes tinham iniciado o AME em algum momento em casa. As primeiras semanas após a alta hospitalar de um neonato pré-termo constituem-se em um período de transição, tanto para as mães – que devem cuidar e alimentar seus filhos sozinhas, sem o auxílio dos profissionais de saúde –, quanto para os prematuros – que continuam se desenvolvendo e maturando suas habilidades de sucção, respiração e deglutição, importantes para o AM^(82,83).

Na atual pesquisa, 100% dos prematuros estavam em aleitamento materno por ocasião da alta hospitalar (critério de inclusão estabelecido no estudo). Após a alta da criança, verificou-se uma redução neste percentual, no 14.º dia (55,2%), seguido de um pequeno aumento no índice, no 28.º dia (60,3%). A alternância nos percentuais de amamentação também foi observada em dois estudos nacionais realizados com prematuros nascidos com <37 semanas, embora isso tenha ocorrido em momentos diferentes. Em Londrina, ao se avaliar 278 RNPT, 69,0% estavam em aleitamento materno na alta; 16,9%, no primeiro mês, e 53,8%, no quarto mês⁽⁵⁹⁾. Um estudo de coorte desenvolvido em Belo Horizonte com 156 RNPT nascidos com idade gestacional <37 semanas verificou que, por ocasião da alta, 21,8% dos bebês estavam em aleitamento materno, e 33,3% estavam em aleitamento materno no sexto mês de vida⁽⁸⁴⁾.

O desmame precoce em RNPT também foi identificado no presente estudo: aproximadamente 15% dos prematuros estavam desmamados no 28.º dia após a alta hospitalar. Em uma maternidade pública da cidade de São Paulo, realizou-se um estudo sobre o desmame de neonatos pré-termo. Nessa pesquisa, foram incluídos 89 RNPT que estavam em acompanhamento ambulatorial e recebendo complemento lácteo por mamadeira, ou que já tinham sido desmamados antes do sexto mês de vida. A introdução de complemento lácteo por mamadeira ocorreu quando os bebês apresentavam em média $1,41 \pm 1,09$ meses, e a média de idade no desmame foi $2,93 \pm 1,54$ meses. A interrupção da amamentação ocorreu mais

tardiamente em mães que internaram em enfermarias Canguru, ou que iniciaram ou retornaram ao trabalho⁽⁸⁵⁾.

Na presente pesquisa, foram encontradas dificuldades para realizar comparações de seus resultados com os de outros estudos. E isso ocorreu, muitas vezes, pela falta de clareza nas definições dos padrões de aleitamento materno, pela falta de informações sobre a procedência do leite humano utilizado na alimentação das crianças (da própria mãe ou leite humano doado), pelas diferenças entre as condições clínicas dos prematuros pesquisados e pela diferença entre os períodos de seguimento dos bebês após a alta. Nesse sentido, um estudo destacou a necessidade de uma observação cuidadosa ao se comparar os resultados de pesquisas científicas, devido à variabilidade dos conceitos de aleitamento materno encontrada na literatura⁽⁸⁶⁾.

Dentre os fatores encontrados na literatura e as variáveis maternas e neonatais do presente estudo, apenas dois mostraram-se associados ao início do AME após a alta hospitalar em RNPT: *o uso de chupeta antes de iniciar o AME e tipo de aleitamento materno orientado na alta hospitalar do bebê*. Em relação ao *uso de chupeta*, os resultados da análise multivariável dos fatores neonatais identificaram a *não utilização de chupeta antes de iniciar o AME* como um fator de proteção para o início da amamentação exclusiva do prematuro no domicílio (HR= 6,62; IC95%: 2,90-15,16). Sobre essa temática, encontrou-se divergência entre os resultados de estudos desenvolvidos, tanto com crianças nascidas a termo, quanto com prematuros. Pesquisas realizadas com bebês a termo apontaram o uso de chupeta como fator de risco para a interrupção do aleitamento materno exclusivo nessa população^(27, 81,87-89); entretanto, outros estudos relataram não serem conclusivas as evidências relacionadas ao efeito adverso da utilização de chupeta no aleitamento materno em bebês a termo⁽⁹⁰⁻⁹²⁾. Em relação aos efeitos do uso de chupeta na amamentação em recém-nascidos pré-termo, os resultados de um ensaio clínico randomizado, realizado na Austrália com 319 RNPT nascidos com idade gestacional entre 23 e 34 semanas, mostrou não haver diferença significativa entre o uso de chupeta e a proporção de prematuros em AME (OR=0,84; IC95%: 0,51-1,39; p=0,50) ou em aleitamento materno (OR=0,83; IC95%: 0,45-1,50; p=0,53) por ocasião da alta hospitalar, no terceiro mês (OR=0,99; IC95%: 0,56-1,77; p=0,98) e no sexto mês após a alta hospitalar (OR= 1,23; IC95%: 0,66-2,30; p=0,51). Assim sendo, os achados do estudo australiano apontam para a não influência do uso de chupeta no aleitamento materno em prematuros nascidos com idade gestacional <34 semanas⁽⁹³⁾. Por outro lado, num estudo longitudinal realizado em Londrina que acompanhou 278 RNPT até o sexto mês de vida, o uso de chupeta em RNPT foi associado a um risco aumentado de interrupção do AME (OR

1,67; IC95%: 1,30-2,6)⁽⁵⁹⁾. Em contrapartida, no Rio de Janeiro, um ensaio clínico randomizado com 98 recém-nascidos de muito baixo peso (peso <1500 gramas ao nascer) e idade gestacional ao nascer entre 26 e 32 semanas estudou a influência da estimulação oral e da sucção não-nutritiva nos índices de aleitamento materno nesses bebês aos 3 e 6 meses de idade gestacional corrigida. A intervenção consistia em realizar estimulação por 15 minutos, uma vez ao dia, por, no mínimo, 10 dias, até o início da alimentação por via oral, usando-se dedo enluvado para estimulação perioral e intra-oral e chupeta durante gavagem. Os índices de aleitamento materno nos bebês do grupo intervenção foram superiores ao do grupo controle por ocasião da alta hospitalar ($p=0,003$), no terceiro mês ($p=0,003$) e no sexto mês de idade gestacional corrigida ($p=0,029$). Os resultados da pesquisa do Rio de Janeiro evidenciaram que a estimulação oral e a sucção não-nutritiva aumentaram a probabilidade das crianças estudadas de receberem alta em aleitamento materno. Uma das limitações da pesquisa, todavia, refere-se ao fato de o aleitamento materno e o AME não terem sido os desfechos principais desse estudo⁽⁹⁴⁾.

A segunda variável identificada na atual pesquisa associada ao início do AME após a alta, *tipo de aleitamento materno orientado na alta hospitalar do bebê*, ainda não tinha sido descrita em outros estudos desenvolvidos com prematuros. A análise multivariável indicou que o início do AME após a alta esteve associado à orientação recebida na alta hospitalar de amamentar exclusivamente o bebê em casa (HR= 6,6; IC 95%: 2,90-15,16). De acordo com os resultados do presente estudo, a maioria das mães (80,2%) relatou ter sido orientada sobre aleitamento materno durante a hospitalização do RNPT, e aproximadamente 45% delas referiram terem sido acompanhadas pelas consultoras em lactação da instituição. Contudo, em torno de 71% das participantes não tinham sido orientadas sobre como alimentar o filho em casa até quatro dias antes da alta da criança (momento em que foi realizada a primeira entrevista do presente estudo), evidenciando a falta de planejamento para a alta hospitalar do RNPT. A partir da confirmação do tipo de amamentação orientado na alta da criança, constatou-se que quase metade das mães foi orientada a amamentar exclusivamente os filhos no domicílio. De acordo com a literatura, o preparo da família para a alta do prematuro não deve ocorrer somente na véspera da alta, mas deve ser um processo de contínuo aprendizado, havendo orientações constantes da equipe multiprofissional envolvendo diversos aspectos, tais como vínculo afetivo entre a família e o RNPT, alimentação, crescimento e desenvolvimento da criança, bem como a prática do cuidado ao bebê – por parte dos pais – na UIN^(95,96).

A respeito da manutenção da produção láctea no período de hospitalização de recém-nascidos pré-termo, os resultados da presente pesquisa revelaram que a maioria das mães (96,6%) estimularam a produção de leite através do esgote mamário. O primeiro esgote, realizado no BLH, ocorreu no tempo mediano de 26,5 horas após o parto, período que, conforme as recomendações da literatura, pode ser considerado tardio, pois a bibliografia orienta o seu início em até seis horas após o parto^(20,37). O BLH da instituição onde o presente estudo foi desenvolvido localiza-se no mesmo andar, mas em um ambiente distinto do local de internação materna após o parto. Assim, as puérperas necessitam se deslocar até o BLH para realizar tal procedimento. Em Londres, uma das estratégias encontradas por um hospital para estimular a amamentação foi a utilização de esgotadeiras móveis, para que as mães de bebês hospitalizados tivessem a possibilidade de esgotar as mamas ao lado do filho ou em outro ambiente na instituição⁽⁹⁷⁾. Além do apoio e da orientação para a manutenção da produção láctea, as mães precisam ser elogiadas pelas conquistas alcançadas, como, por exemplo, pela ida ao BLH, independente do volume de leite ordenhado⁽³⁸⁾.

Quanto à frequência da ordenha mamária, as participantes da presente pesquisa informaram realizar, em média, $3,2 \pm 1,6$ esgotes por dia, nos primeiros quatro dias de vida, sendo que esta média diminuiu para $2,6 \pm 1,3$ esgotes por dia próximo da alta da criança. As médias de esgotes realizadas pelas mães do presente estudo nos dois períodos avaliados (primeiros dias depois do parto e perto da alta do filho) foram inferiores à média de ordenha encontrada em um estudo americano onde as mães de prematuros realizavam o esgote em média 5,7 a 6,05 vezes por dia⁽¹⁶⁾. A literatura internacional orienta que as mães realizem o esgote mamário de oito^(20,37,52) a dez^(20,37) vezes por dia, realizando, ainda, pelo menos, um esgote noturno. Segundo dados de um estudo americano, o início da ordenha mamária antes de seis horas após o parto e a realização da ordenha mamária >5 vezes diárias são variáveis preditoras para a amamentação em RNPT com idade gestacional corrigida de 40 semanas⁽³⁴⁾. Os dados da presente pesquisa revelaram também em torno de 25% das mães cessaram o esgote após o bebê iniciar a sucção no seio materno no hospital, e um terço delas relataram não estimular mais as mamas próximo à alta da criança. A interrupção da realização do esgote mamário no momento em que a criança começa a mamar no peito no hospital já tinha sido identificada em um estudo desenvolvido na mesma instituição onde foi realizada a presente pesquisa⁽³²⁾.

Dos prematuros incluídos neste estudo, 72,4% foram alimentados por sonda, sendo a mediana de uso de 9(3-16) dias. O percentual de crianças alimentadas por sonda nesta pesquisa foi inferior ao encontrado em outras pesquisas nacionais. Em Ribeirão Preto, um

estudo documental com RNPT nascidos com idade gestacional <37 semanas identificou que 86,1% das crianças foram alimentados por sonda⁽¹⁸⁾. Dentre os métodos utilizados na alimentação dos prematuros referidos na presente pesquisa, na última semana de hospitalização, destaca-se o uso da mamadeira em torno de 95% dos casos. O copo foi utilizado na alimentação em menos de 7% dos RNPT no mesmo período avaliado. Na pesquisa de Ribeirão Preto, o percentual de prematuros alimentados com copo durante a hospitalização foi superior ao encontrado no presente estudo: 8,7% dos casos⁽¹⁸⁾. Sobre o uso do copo e da mamadeira, uma pesquisa quase experimental, no Egito, com 60 RNPT nascidos com idade gestacional entre 34 e 37 semanas, revelou que os bebês alimentados com copo na hospitalização apresentaram escores elevados na escala PIBBS (*Premature Infant Breastfeeding Behavior Scale*)⁽⁹⁸⁾, o que significa mais maturidade para a amamentação, quando comparados a crianças alimentadas com mamadeira por um período superior a seis semanas ($p < 0,01$). Nesse mesmo estudo, crianças alimentadas com o copo no hospital apresentaram percentual de AME na primeira semana após a alta hospitalar superior aos alimentados com a mamadeira: 47% e 33%, respectivamente ($p = 0,03$)⁽⁹⁹⁾.

Com referência à posição Canguru (ou contato pele a pele), constatou-se uma adesão de 30 (25,9%) dos 116 binômios participantes do presente estudo. Dos 116 prematuros, 57 (49,1%) deles nasceram com peso inferior a 2000g (faixa de peso priorizado para a realização dessa posição). Dessa maneira, 52,6% dos prematuros que nasceram com o peso indicado para a realização da posição Canguru recebeu este contato pele a pele. A posição Canguru é uma das ações preconizadas em duas das três etapas do Método Canguru⁽⁷⁾. Este método já foi identificado como facilitador para o aleitamento materno exclusivo em recém-nascidos de baixo peso^(34,100-102); todavia, na presente pesquisa, não foi encontrada associação entre a realização da posição Canguru e o início do AME. O emprego do mesmo método, de acordo com a literatura, também está associado à redução de enfermidades graves (RR=0,30; IC95%: 0,14-0,67); à redução de infecções do trato respiratório inferior aos 06 meses de vida (RR=0,37; IC95%: 0,15-0,89); à redução do risco de infecção hospitalar com 41 semanas de idade gestacional corrigida (RR=0,49; IC95%: 0,25-0,93); ao maior ganho ponderal diário (diferença de médias de 3,6g/dia; IC95%: 0,8-6,4)⁽¹⁰²⁾.

Em relação ao presente estudo, quase 99% das mães realizaram pré-natal; todavia, apenas 22,8% delas referiram terem sido orientadas sobre aleitamento materno nas consultas. O percentual de mães orientadas sobre aleitamento materno no pré-natal encontrado na presente pesquisa foi superior ao identificado em um estudo de Minas Gerais, mas foi inferior ao percentual encontrado numa pesquisa de Porto Alegre. Em Minas Gerais, das 266

puérperas avaliadas, 94% delas confirmaram terem feito pré-natal; entretanto, apenas 14,3% tinham sido orientadas sobre amamentação nas consultas de pré-natal⁽¹⁰³⁾. De outra parte, em um estudo de Porto Alegre, das 48 mães de bebês pré-termo de muito baixo peso estudadas, 97,8% delas relataram ter realizado pré-natal, e 66,7% afirmaram ter recebido orientações a respeito de amamentação no pré-natal⁽⁵³⁾. Uma revisão sistemática, ao avaliar a eficiência de intervenções na saúde primária sobre aleitamento materno, identificou que intervenções em prol da amamentação realizadas durante o pré-natal aumentam as taxas de aleitamento materno⁽¹⁰⁴⁾.

Durante o período de hospitalização, as mães do presente estudo informaram que planejavam amamentar os filhos por um tempo mediano de 14 (9,6-24) meses. Apesar desse fato, na presente pesquisa, não foi encontrada significância estatística entre a intenção de amamentar o filho e o início do AME. Outro estudo nacional realizado com 246 mulheres assistidas em uma maternidade de Minas Gerais encontrou associação negativa entre a intenção de amamentar por menos de 12 meses e a duração do AME (RR=1,63; IC95%: 1,20-2,33; p=0,002)⁽⁸¹⁾. Já um estudo americano com mães de bebês prematuros e a termo revelou correlação positiva entre a intenção materna de amamentar exclusivamente por seis meses e a duração da AME pelo mesmo período (r= 0,67; p<0,001)⁽¹⁰⁵⁾. Além disso, um estudo prospectivo realizado em Cleveland (EUA) apontou que, das 87 mães de recém-nascidos com <1500g que pretendiam amamentar o filho após a alta, somente 34% delas continuaram amamentando o bebê quando este estava com 40 semanas de idade gestacional corrigida, e quando as crianças se encontravam no quarto mês de vida, 14% (12) das mães relataram oferecer o peito ao bebê pelo menos uma vez ao dia⁽³⁴⁾.

Segundo dados da atual pesquisa, 76,7% das participantes permaneceram na cidade de Porto Alegre no período de internação dos filhos. Em relação às visitas ao bebê no hospital, a maioria das mães (92,2%) relatou visitar a criança diariamente na hospitalização, e quase 60% das participantes confirmou permanecer por um período igual ou superior a 8 horas por dia com o filho. A frequência das visitas das mães da presente pesquisa aos bebês durante a hospitalização dos mesmos foi superior à identificada em um estudo da Finlândia, onde 28% das mães e 2% dos pais realizavam visitas diárias ao RNPT na internação; a mediana de visitas maternas às crianças durante a hospitalização nesse estudo da Finlândia foi de 6,2(2,3-7,0) dias por semana, enquanto que, para as visitas paternas, a mediana de visitas foi de 4,7 (1,8-6,6) dias por semana. Os prematuros foram submetidos a uma escala internacional sobre comportamento infantil *Child's Behavioral Checklist (CBCL)*⁽¹⁰⁶⁾ entre 7 e 8 anos após o nascimento, e os resultados indicaram que os prematuros cujas mães realizaram visitas diárias

durante a internação na UIN apresentaram menos problemas comportamentais e emocionais na idade escolar, quando comparados aos filhos de mães que os visitavam com menos frequência (OR=0,2; IC95%: 0-1,2; p= 0,07)⁽¹³⁾.

Quanto ao trabalho materno, os resultados do presente estudo revelaram que, das 55 mães que trabalhavam fora de casa, 72,7% delas estavam em licença maternidade durante a hospitalização do RNPT. Na Califórnia, um estudo com mães de RNPT e recém-nascidos de baixo peso revelou que a probabilidade de uma mãe que retorna ao trabalho até o 6.º mês após o parto de interromper a amamentação é de 3,4 (IC95%:1,57-7,34) vezes maior, quando comparado àquelas mães que não retornaram ao trabalho; o retorno ao trabalho entre 6.º e o 12.º mês após o parto também foi um fator de risco para a interrupção da amamentação (HR=2,38;IC95%:1,39-4,08)⁽¹⁰⁷⁾. No Brasil, as mulheres que trabalham sob o regime celetista (CLT) têm direito a 120 dias de licença maternidade. No ano de 2008, foi aprovada a Lei nº11.770, que estimula as empresas a ampliarem a licença maternidade para 180 dias⁽¹⁰⁸⁾. A ampliação da licença maternidade brasileira de 120 para 180 dias vai ao encontro das recomendações da OMS^(6,24) e do Ministério da Saúde⁽¹⁰⁸⁾, que orientam o aleitamento materno exclusivo por seis meses.

7 LIMITAÇÕES DO ESTUDO

As limitações encontradas neste estudo foram relacionadas a problemas na identificação do leite administrado ao prematuro, à falta de uniformidade nos registros do BLH e à ausência de planejamento da alta hospitalar do bebê. A inexistência de identificação do leite administrado ao RNPT na UIN ocorreu, em algumas ocasiões, quando não havia discriminação no rótulo do recipiente do leite oferecido ao prematuro, não informando se era leite materno ou fórmula láctea. Quando isso ocorria, registrava-se no controle de enfermagem que o bebê havia recebido fórmula láctea.

Em se tratando dos registros de atendimento no livro do BLH, observou-se não haver padronização dos dados de identificação das mães atendidas neste banco, uma vez que o registro era feito utilizando-se o nome da própria mãe, parte do nome materno ou o nome da criança hospitalizada.

A falta de planejamento da alta hospitalar do RNPT foi outra dificuldade encontrada na pesquisa. Observou-se que, em alguns casos, não havia preparação das mães para a alta do filho, o que demandava horas de coleta para não se perder pacientes, já que a inclusão ocorria somente na alta hospitalar. Apesar do controle diário do estado clínico dos prematuros realizado pelas pesquisadoras, algumas perdas ocorreram devido à ausência de registro de previsão de alta nos prontuários e ao desconhecimento das mães frente à possibilidade de alta domiciliar.

8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao final deste estudo, percebe-se que o aleitamento materno exclusivo em crianças nascidas prematuramente e que permaneceram hospitalizadas após o nascimento é possível. Entretanto, para tal sucesso, o trabalho conjunto entre mães e profissionais de saúde mostra-se fundamental. Essas mães precisam ser acompanhadas não só durante toda a hospitalização, como também após a alta hospitalar, principalmente nos primeiros dias, para que as dificuldades próprias dessa população no processo de lactação possam ser superadas.

O estudo revelou que todos os RNPT partiram de um mesmo padrão de aleitamento materno na alta hospitalar e que, no decorrer das semanas, esses padrões se alteraram. Verificou-se que, no 14.º dia após a alta, 36,2% das crianças estavam em AME, 55,2% se encontravam em aleitamento materno e 8,6% já tinham sido desmamados. Com relação aos padrões de aleitamento materno no 28.º dia depois da alta, constatou-se que 25% dos bebês estavam sendo amamentados exclusivamente, 60,3% deles estavam em aleitamento materno e 14,7% não estavam sendo amamentados.

Nesta pesquisa, o início do aleitamento materno exclusivo ocorreu somente após a alta hospitalar, e, na maioria dos casos, durante a primeira semana no domicílio. Quase a metade das mães estudadas iniciou o AME no primeiro mês depois da alta, demonstrando que as mesmas tentaram amamentar exclusivamente seus filhos após a hospitalização. Em virtude disso, salienta-se a importância de ações em prol do aleitamento materno, tais como visitas domiciliares, pronto atendimento e uma linha telefônica para esclarecimentos/orientações desenvolvidos pelos profissionais de saúde da rede básica ou dos locais onde essas crianças e suas mães realizam o acompanhamento logo nas primeiras semanas após a alta dos RNPT. Isso se justifica, porque, de acordo com os resultados do presente estudo, a probabilidade de iniciar o AME depois da primeira semana em casa é muito pequena. Destaca-se ainda a necessidade de que todos os profissionais que trabalham na Atenção Básica realizem treinamentos e capacitações frequentes, para promover esse atendimento.

O seguimento das mães de prematuros após a alta hospitalar mostra-se fundamental para o sucesso do estabelecimento do AME nessa população. Em virtude disso, enfatiza-se também a importância da implantação/disseminação da Estratégia Rede Amamenta Brasil nas unidades básicas de saúde do país, como forma de continuação das ações de apoio e de promoção do aleitamento materno iniciadas nos Hospitais Amigos da Criança, tornando universal a prática do aleitamento materno. Sugere-se igualmente que o atendimento de

consultoras em lactação seja estendido aos postos de saúde, e que sejam criados programas específicos sobre aleitamento materno em RNPT nas unidades básicas de saúde, uma vez que dificuldades no AM também ocorrem no domicílio, e precisam ser superadas, para o estabelecimento do aleitamento materno exclusivo em prematuros.

Apesar do desejo das mães de amamentar o filho por mais de seis meses, revelado durante a hospitalização e por meio das tentativas maternas de amamentar exclusivamente a criança no domicílio, constatou-se uma redução no percentual de crianças em AME durante o período estudado, e, em contrapartida, um aumento no percentual de bebês desmamados. Estes resultados revelam que os percentuais de aleitamento materno nos recém-nascidos pré-termo estudados estão muito aquém das orientações acerca da duração do AME, de acordo com o que preconiza a OMS.

Os resultados da presente pesquisa identificaram que o início do aleitamento materno exclusivo após a alta hospitalar nos prematuros estudados nascidos com idade gestacional ≥ 32 e < 37 semanas esteve associado à *orientação recebida na alta de amamentar exclusivamente o bebê em casa e ao não uso de chupeta* antes de iniciar o AME. Embora algumas pesquisas indiquem a utilização de chupeta em prematuros durante a hospitalização para a estimulação da sucção e a para o conforto do bebê durante certos procedimentos, recomenda-se que o profissional de saúde esteja atento ao indicar seu uso, já que, de acordo com os resultados obtidos, o uso de chupeta antes de iniciar o AME foi um fator de risco para o início da amamentação exclusiva do prematuro no domicílio. Além disso, podem-se utilizar métodos alternativos para estimular a sucção nos prematuros, bem como para proporcionar maior conforto à criança durante procedimentos hospitalares. Destaca-se ainda a necessidade de os pais serem informados quanto aos riscos do uso de chupeta para o estabelecimento do aleitamento materno exclusivo.

A orientação na alta hospitalar foi outro fator influente no início do AME após a hospitalização. Os resultados do estudo mostraram que as mães incentivadas a amamentar exclusivamente na alta, iniciaram o AME com mais frequência. Percebeu-se, no entanto, que poucas mães foram preparadas para a alta hospitalar do filho. Entende-se que a mãe precisa ser preparada para levar seu filho prematuro para casa, e seria adequado que essa preparação ocorresse ao longo da hospitalização, para que ela vá adquirindo autoconfiança no cuidado do bebê. Da mesma forma, a mãe que pretende amamentar seu filho, necessita ser acompanhada durante a internação da criança, para que, além de estimular a produção láctea, tenha a oportunidade de aleitar o prematuro no peito na internação.

A respeito da orientação sobre o aleitamento materno durante a hospitalização, identificou-se que a maioria das participantes foi orientada pelos profissionais de saúde, e algumas delas foram acompanhadas pelas consultoras em lactação do HCPA. O apoio e orientação oferecidos pelas consultoras em lactação às mães são extremamente relevantes, principalmente nos casos de maior dificuldade no processo de lactação e aleitamento materno e, especialmente, no caso de prematuridade. Merece destaque a presença de consultor/a em lactação em uma instituição hospitalar. Não obstante a atuação do/a consultor/a em lactação, ressalta-se a capacitação de todos os profissionais relacionados à saúde, para promover ações de apoio e de orientação às puérperas. Apesar de a maioria das mães deste estudo relatar ter sido orientada sobre aleitamento materno durante a hospitalização, parece não haver uma rotina de seguimento por parte dos profissionais de saúde acerca dessas orientações fornecidas às mães. Além do mais, a hospitalização do prematuro, por vezes, é prolongada, e, com o passar do tempo, as mães podem ficar desestimuladas a dar continuidade às ações em prol do estabelecimento da lactação e do aleitamento materno. Por essa razão, recomenda-se que o profissional, além de oferecer orientação contínua sobre a temática, acompanhe os resultados de suas orientações, conversando com a mãe sobre suas dúvidas, verificando os métodos de estímulo à produção láctea empregada e sua adequada utilização, averiguando a frequência de idas da mãe ao BLH, a quantidade de leite esgotado no BLH e em casa, a quantidade de leite materno utilizado na alimentação do RNPT, entre outros.

Outro ponto a ser ressaltado é que muitos neonatos pré-termo recebem alta hospitalar ao apresentarem um bom ganho de peso diário e ao se mostrarem capazes para a alimentação oral. Essas crianças podem, todavia, apresentar poucas habilidades para sugar ao seio materno. Assim, o profissional de saúde, durante a hospitalização do RNPT, necessita, além de estimular os pais a desempenharem atividades de cuidado ao filho no hospital, incentivar a mãe a amamentar o bebê o maior número de vezes. Em fazendo isso, o profissional pode avaliar a técnica, auxiliando a nutriz a sentir-se mais segura ao alimentar o filho no domicílio.

A posição Canguru – embora neste estudo não tenha sido evidenciada a sua influência positiva no aleitamento materno–, associada a outras etapas preconizadas pelo Método Canguru, mostra-se uma estratégia importante, que deve ser estimulada e realizada com as duplas mãe-bebê, com vistas à formação do vínculo afetivo e à estimulação da lactação durante a internação e após a alta hospitalar.

É importante destacar que a maioria das mães estimulou a produção láctea durante a hospitalização; o início da ordenha, no entanto, foi tardio, e sua frequência de realização foi inferior ao recomendado pela literatura. O fato de mais da metade dos nascimentos avaliados

terem ocorridos por cesariana e de as mães precisarem se deslocar da Unidade de Internação Obstétrica (Alojamento Conjunto) até o BLH, para realizar o esgote das mamas podem ser fatores que tenham contribuído para o atraso no início precoce deste estímulo. Uma alternativa para as puérperas que não apresentem condições clínicas de deslocamento até o BHL seria realizar o estímulo no próprio leito, utilizando a técnica da ordenha manual ou esgotadeiras elétricas móveis. Outro ponto a ser ressaltado é o caso de algumas mães cessarem a realização da ordenha mamária logo após o bebê iniciar a sucção no seio, ou cessarem o estímulo perto da alta, o que denota falta de seguimento e orientação, por parte do profissional, com relação às mães. O encerramento do esgote mamário pode ter sido prejudicial ao estabelecimento do AME, porquanto as mães não permaneciam 24 horas com o filho para amamentá-lo, e também não estimularam a produção láctea no período em que não se encontravam com o filho.

Verificou-se que metade das mães ordenhava as mamas, utilizando somente a bomba de sucção da instituição. Embora este método possa ser mais eficiente na retirada do leite do que a ordenha manual das mamas, salienta-se a importância de as mães estarem bem orientadas e aptas a realizar a ordenha manual. Este é um método eficaz, que pode ser realizado em qualquer lugar, sem custo e sem equipamento específico, e pode auxiliar as mães no estímulo à produção e na retirada do leite após a alta.

Encontrou-se dificuldade na coleta de informações do BLH, em decorrência da falta de padronização de seus registros. Entende-se que as informações do Banco de Leite Humano são fundamentais para o seguimento das mulheres em processo de lactação. Por esse motivo, seria recomendável que o profissional tivesse acesso a estes dados de forma fácil e rápida. Verificou-se que a instituição onde a pesquisa foi realizada possui um sistema de *intranet* para o acesso aos prontuários dos pacientes via *online*. Assim sendo, sugere-se a informatização também dos registros do BLH, uma vez que esta tecnologia pode facilitar o acompanhamento das mães quanto ao início da ordenha e a sua frequência ao BLH, quanto ao volume ordenhado no hospital e no domicílio, bem como quanto ao volume de leite materno disponível para a alimentação do prematuro.

A maioria das participantes do estudo realizou pré-natal, mas poucas foram orientadas a respeito do aleitamento materno durante as consultas. O pré-natal é um momento importante, não só para realizar ações de prevenção e promoção da saúde da mãe e do bebê, como também para fornecer orientações sobre os benefícios do aleitamento materno para o binômio. Enfatiza-se ainda a importância de as orientações sobre aleitamento materno serem realizadas desde as primeiras consultas – considerando também a possibilidade de nascimento

prematureo –, e não somente nos últimos trimestres, pois isso pode refletir na disposição e na autoconfiança da mãe com relação ao aleitamento materno.

A pesquisa identificou que as mães visitavam seus filhos durante a hospitalização, na maioria dos casos, de forma regular e diária, e que mais da metade delas permanecia por um período igual ou superior a 8 horas por dia com o bebê. A partir desse contexto, percebe-se que as mães sujeito deste estudo permaneceram na UIN durante a hospitalização do filho prematuro, o que talvez seja observado em outras mães com filhos prematuros internados. Assim sendo, os profissionais de saúde podem manter um contato mais próximo com as mães, dialogar com elas – verificando e esclarecendo suas dúvidas –, reforçar as orientações referentes ao aleitamento materno e acompanhar seus resultados.

Os benefícios do aleitamento materno para o neonato pré-termo estão consolidados na literatura; evidencia-se, contudo, não só a necessidade de haver uma atenção diferenciada às mães de RNPT hospitalizados durante o processo de lactação e de estabelecimento do aleitamento materno, como igualmente uma integração entre os diferentes serviços de saúde, desde o pré-natal até o seguimento ambulatorial do bebê prematuro, com o objetivo de melhorar os índices de AM nesta população.

Entende-se que a promoção e apoio ao aleitamento materno não são ações restritas a uma categoria, mas são de responsabilidade de todos os profissionais de saúde que trabalham com gestantes, mães e bebês, independente de sua especialidade. Destaca-se ainda que o enfermeiro, pela proximidade e pelo convívio diário com as mães e seus bebês prematuros, possui os subsídios necessários para orientar e apoiar as mães no processo de estabelecimento e manutenção da lactação, como também no estabelecimento do aleitamento materno exclusivo.

O estudo remete à reflexão sobre a importância do seguimento da lactação, do aleitamento materno e dos resultados das orientações oferecidas às mulheres no pré-natal, no pós-parto, na hospitalização e no domicílio. Sugere-se que investigações futuras sejam voltadas para as seguintes questões: aleitamento materno em RNPT, intervenções em prol do aleitamento materno em prematuros hospitalizados, investigações acerca do esgote mamário precoce, do volume de leite ordenhado, do tipo e do volume de leite administrado ao neonato pré-termo e ações domiciliares para apoio ao aleitamento materno após a alta hospitalar.

REFERÊNCIAS

1. Secretaria Municipal da Saúde (POA). Departamento de Ações em Saúde. Núcleo de informações em saúde. Relatório SINASC 2007 – Parte I, Porto Alegre, Secretaria da Saúde, 2007.
2. Secretaria da Saúde. Departamento de Ações em Saúde. Núcleo de informações em saúde. Estatísticas de Nascimento SINASC. v. 11, Porto Alegre, Secretaria da Saúde, 2007.
3. Ministério da Saúde (BR). Caderno de Informações de Saúde [base de dados na Internet]. Brasília: Ministério da Saúde (BR); 2007-[acesso em 2009 Out 26]. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/tabdata/cadernos/cadernosmap.htm?saude=http%3A%2F%2Ftabnet.datasus.gov.br%2Ftabdata%2Fcadernos%2Fcadernosmap.htm&botaoook=OK&obj=%24VOb>
4. World Health Organization (WHO). World Health Statistics. Genebra: WHO, 2009.
5. Secretaria Municipal da Saúde (POA). Relatório do Sistema de Informação sobre Mortalidade de Porto Alegre, Porto Alegre, Secretaria da Saúde, 2008.
6. World Health Organization (WHO). Indicators for assessing infant and young child feeding practices. Genebra 2007.
7. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Políticas de Saúde. Área de Saúde da Criança. Aspectos biológicos. Atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso: método canguru: manual do curso. Brasília: Ministério da Saúde. 2002; p. 35-103.
8. Gaiva MAM, Gomes MMF. Cuidando o neonato: uma abordagem de enfermagem. Goiânia: AB; 2003.
9. Martinez FE, Camelo Jr JS. Alimentação do recém-nascido pré-termo. J Pediatr (Rio J). 77(supl. 1); 2001: S32-S40.
10. Latva R, Lehtonen L, Salmelin RK, Tamminen T. Visits by the family to the neonatal intensive care unit. Acta Paediatr. 2007 Feb;96(2):215-20.
11. Howard KM, Allen M. Breastfeeding. In: Cloherty JP, Eichenwald EC, Stark AR. Manual of Neonatal Care. 5 ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 2004. p. 139-145.
12. Santoro Júnior W, Martinez FE. Impacto de uma intervenção pró-aleitamento nas taxas de amamentação de recém-nascidos de muito baixo peso. J Pediatr (Rio J). 2007;83(6):541-6.
13. Latva R, Lehtonen L, Salmelin RK, Tamminen T. Visiting less than every day - A marker for later behavioral problems in finnish preterm infants. Arch Pediatr Adolesc Med. 2004 Dec;158(12):1153-7.
14. Santoro Júnior W, Romualdo GS. Anatomia e Psicofisiologia da lactação. In: Carvalho MR, Tamez RN. Amamentação: bases científicas. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2005. p. 3-14.

15. Spatz D. Ten steps for promoting and protecting breastfeeding for vulnerable infants. *J Perinat Neonatal Nurs.* 2004 Oct-Dec;18(4):385-96.
16. Hill PD, Aldag JC, Chatterton RT, Zinaman M. Comparison of milk output mothers of preterm and term infants: the first 6 weeks after birth. *J Hum Lact.* 2005; 21(1): 22-30.
17. Carvalho C, Bica O, Moura G. Consultoria em aleitamento materno no Hospital de Clínicas de Porto Alegre. *Revista HCPA.* 2007;27(2):53-6.
18. Scochi CGS, Ferreira FY, Góes FSN, Fujinaga C, Ferecini IGM, AM L. Alimentação Láctea e prevalência do aleitamento materno em prematuros durante internação em um hospital amigo da criança de Ribeirão Preto-SP, Brasil. *Ciênc. cuid. saúde.* 2008;7(2):145-54.
19. Wambach K, Campbell SH, Gill SL, Dodgson JE, Abiona TC, Heinig MJ. Clinical Lactation practice: 20 years of evidence. *J Hum Lact.* 2005;21(3):245-58.
20. Jones E. Initiating and establishing lactation in the mother of a preterm infant. *J Neonatal Nurs.* 2009;15(2):56-9.
21. Kim J, Unger S. Nutrition and Gastroenterology Committee Human Milk Banking. *Paediatr Child Health.* 2010;15(9):595-8.
22. Pineda R. Predictors of breastfeeding and breastmilk feeding among very low birth weight infants. *Breastfeed Med.* 2010;5(6):1-5.
23. Klossner N, Hatfield N. *Introductory Maternity & Pediatric Nursing.* 2 ed. Philadelphia: Wolters Kluwer; 2010.
24. World Health Organization (WHO). *La alimentación del lactante y del niño pequeño: Capítulo Modelo para libros de texto dirigidos a estudiantes de medicina y otras ciencias de la salud.* Genebra: WHO; 2010.
25. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção a Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. *II Pesquisa de Prevalência de Aleitamento Materno nas Capitais Brasileiras e Distrito Federal.* Brasília: Ministério da Saúde; 2009.
26. Santo LC, Oliveira L, Giugliani ER. Factors associated with low incidence of exclusive breastfeeding for the first 6 months. *Birth.* 2007;4(3):212-19.
27. Giugliani ER, Santo LC, Oliveira L, Aerts D. Intake of water, herbal teas and non-breast milks during the first month of life: associated factors and impact on breastfeeding duration. *Early Human Development.* 2008;84(5):305-10.
28. Donath S, Amir L. Effect of gestation on initiation and duration of breastfeeding. *Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed.* 2008;93:F448-F50.
29. Flacking R, Nyqvist K, Ewald U. Effects of socioeconomic status on breastfeeding duration in mothers of preterm and term infants. *J Public Health.* 2007;17(6):579-84.

30. Pinelli J, Atkinson S, Saigal S. Randomized Trial of Breastfeeding Support in Very Low-Birth-Weight Infants. *Arch Pediatr Adolesc Med.* 2001;155:548-53.
31. McInnes RJ, Shepherd AJ, Cheyne H, Niven C. Infant feeding in the neonatal unit. *Matern Child Nutr.* 2010;6(4):306-17.
32. Azevedo M, Mendes ENW. Manutenção da lactação: desafio para mães de prematuros hospitalizados. *Rev. gauch. enferm.* 2008;29(1):68-75.
33. Serra SOA, Scochi CGS. Dificuldades maternas no processo de aleitamento materno de prematuros em uma UTI neonatal. *Rev. latinoam. enferm.* 2004;12(4):597-605.
34. Furman L, Minich N, Hack M. Correlates of lactation in mothers of very low birth weight infants. *Pediatrics.* 2002 Apr;109(4):e57.
35. Callen J, Pinelli J, Atkinson S, Saigal S. Qualitative analysis of barriers to breastfeeding in very-low-birthweight infants in the Hospital and Postdischarge. *Adv Neonatal Care.* 2005 Apr;5(2):93-103.
36. Callen J, Pinelli J. A review of the literature examining the benefits and challenges, incidence and duration, and barriers to breastfeeding in preterm infants. *Adv Neonatal Care.* 2005 Apr;5(2):72-88.
37. Jones E, Spencer SA. Why is preterm milk expression so difficult? *Infant.* 2005;1(3):77-80.
38. Wallis M, Harper M. Supporting breastfeeding mothers in hospital: part 2. *Paediatr Nurs.* 2007;19(8):31-5.
39. Scott JA, Binns CW, Oddy WH. Predictors of delayed onset of lactation. *Matern Child Nutr.* 2007;3(3):186-93.
40. Hartmann P, Mark C. Lactogenesis and the effects of insulin-dependent diabetes mellitus and prematurity. 2001. *J Nutr*;131:3016S–20S.
41. Meier PP, Furman LM, Degenhardt M. Increased Lactation Risk for Late Preterm Infants and Mothers: Evidence and Management Strategies to Protect Breastfeeding. *J Midwifery Womens Health.* 2007;52:579–87.
42. Nommsen-Rivers L, Chantry C, Pearson J, Cohen R, Dewey K. Delayed onset of lactogenesis among first-time mothers is related to maternal obesity and factors associated with ineffective breastfeeding. *Am J Clin Nutr.* 2010;92(3):574-84.
43. Giugliani ER. O aleitamento materno na prática clínica. *J Pediatr.* 2000;76(Supl.3):s238-s52.
44. Caetano L, Fujinaga C, Scochi CGS. Sucção não-nutritiva em bebês prematuros: estudo bibliográfico. *Rev Latino-am Enfermagem.* 2003;11(2):232-6.
45. Neiva F, Leone C. Sucção em recém-nascidos pré-termo e estimulação da sucção. *Pró-Fono R. Atual. Cient.* 2006;18(2):141-50.

46. Borrero-Pachón M, Olombrada-Valverde A, Alegría MMd. Papel de la enfermería en el desarrollo de la lactancia materna en un recién nacido pretérmino. *Enfermería Clínica*. 2010;20(2):1119-25.
47. Boyle EM, Freer Y, Khan-Orakzai Z, Watkinson M, Wright E, Ainsworth JR, et al. Sucrose and non-nutritive sucking for the relief of pain in screening for retinopathy of prematurity: a randomised controlled trial. *Arch Dis Child Fetal Neonatal*. 2006;91(3):F166-8.
48. Liaw JJ, Yang L, Ti Y, Blackburn ST, Chang YC, Sun LW. Non-nutritive sucking relieves pain for preterm infants during heel stick procedures in Taiwan. *J Clin Nurs*. 2010;19(19-20):2741-51.
49. Sanches MTC. Manejo clínico das disfunções orais na amamentação. *J Pediatr*. 2004;80(5):s155-s62.
50. Valette C, Sichieri R, Peyneau D, Mendonça L. Análise das práticas de alimentação de prematuros em maternidade pública no Rio de Janeiro. *Rev Nutr* 2009;22(5):653-9.
51. Lana A. O livro de estímulo à amamentação: uma visão biológica, fisiológica e psicológica comportamental da amamentação. São Paulo: Atheneu; 2001.
52. The United Nations Children's Fund (UNICEF). UNICEF UK Baby Friendly Initiative Implementation Guidance. [Internet] [acesso em 08 fev.2011]; Disponível em: http://www.babyfriendly.org.uk/pdfs/implementation_guidance.pdf
53. Delgado S, Halpern R. Amamentação de prematuros com menos de 1500 gramas: funcionamento motor-oral e apego. *Pró-Fono R. Atual. Cient*, 2005;17(2):141-52.
54. Jones E, Spencer SA. How to achieve successful preterm breastfeeding. *Infant*. 2005;1(4):111-5.
55. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Atenção a Saúde. Rede Amamenta Brasil [Internet], 2008 [acesso em 04 jan. 2011]; Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/folder_rede_amamenta_matogrosso.pdf
56. Cardoso ACA, Romiti R, Ramos JLA, Issler H, Grassiotto C, Sanches MTC. Método Mãe-Canguru: aspectos atuais. *Pediatria (São Paulo)* 2006;28(2):128-34.
57. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Políticas de Saúde. Área Técnica de Saúde da Mulher. Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher. Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher. Brasília: Ministério da Saúde; 2001.
58. Bicalho-Mancini PG, Velázquez-Meléndez G. Aleitamento materno exclusivo na alta de recém-nascidos internados em berçário de alto risco e os fatores associados a essa prática. *J Pediatr*. 2004;80(3):241-8.
59. Oliveira M, Thomson Z, Vannuchi M, Matsuo T. Feeding patterns of Brazilian Preterm Infant during the first 6 months of life, Londrina, Paraná, Brazil. *J Hum Lact*. 2007;23(3):269-74.

60. Lima G, Quintero-Romero S, Cattaneo A. Feasibility, acceptability and cost of Kangaroo Mother Care in Recife, Brazil. *Ann Trop Paediatr*. 2005;20(1):22-6.
61. Espy K, Senn T. Incidence and correlates of breast milk feeding in hospitalized preterm infants. *Soc Sci Med*. 2003;57(8):1421-8.
62. Hill PD, Aldag JC. Milk volume on day 4 and income predictive of lactation adequacy at 6 weeks of mothers of nonnursing preterm infants. *J Perinat Neonatal Nurs*. 2005 Jul-Sep;19(3):273-82.
63. Hill PD, Aldag JC, Zinaman M, Chatterton RT. Predictors of Preterm Infant Feeding Methods and Perceived Insufficient Milk Supply at Week 12 Postpartum. *J Hum Lact*. 2007 Feb;23(1):32-8.
64. Flacking R, Nyqvist K, Ewald U, Wallin L. Long-Term Duration of Breastfeeding in Swedish Low Birth Weight Infants. *J Hum Lact*. 2003;19(2).
65. Flacking R, Wallin L, Ewald U. Perinatal and socioeconomic determinants of breastfeeding duration in very preterm infants. *Acta Paediatr*. 2007. Aug;96(8):1126-30.
66. Nyquist K. Early attainment of breastfeeding competence in very preterm infants. *Acta Paediatr*. 2008;97(6):776-81.
67. Cummings R, Newman TB, Hulley SB. Delineando um estudo observacional: estudos de coorte. In: Hulley SB, Cummings R, Brownwer WS, Grady D, Newman TB. *Delineando a pesquisa clínica: uma abordagem epidemiológica*. 3 ed. Porto Alegre: ArtMed; 2008, p.115-25.
68. Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA). Relatório Anual de 2009. Porto Alegre: HCPA, 2009. 55p.
69. Gonçalves A, Santo LE, Kohlmann M. Enfermeira consultora em aleitamento materno: a construção de um novo papel. *Rev. gauch. enferm*. 1998;19(1):60-5.
70. International Board of Lactation Consultant Examiners (IBLCE) [Internet]. Virginia: IBLCE. 6402 Arlington Blvd, Suite 350, Falls Church, Virginia 22042 USA; [acesso em 2011 Mar 10]. Disponível em: <http://www.iblce.org/>.
71. Abramson JH. WINPEPI (PEPI-for-Windows): computer programs for epidemiologists. *Epidemiol Perspect Innov*. 2004 Dec 17;1(1):6.
72. Hulley SB, Newman TB, Cummings SR. Escolhendo os Sujeitos do Estudo: Especificação, Amostragem e Recrutamento. In: Hulley SB, Cummings R, Brownwer WS, Grady D, Newman TB. *Delineando a pesquisa clínica: uma abordagem epidemiológica*. 3 ed. Porto Alegre: ArtMed; 2008, p. 45-54.
73. Ballard B, Khoury J, Wedig K, Wang L, Eilers-Walsman B, Lipp R. New Ballard Score, expanded to include extremely premature infants. *J Pediatr*. 1991;119(3):417-23.
74. Capurro H, Konichezky S, Fonseca D, Caldeyro-Barcia R. A simplified method for diagnosis of gestacional age in the newborn infant. *J Pediatr*. 1978;93(1):120-2.

75. Lowdermilk D, Perry S, Bobak I. O cuidado em Enfermagem Materna. 5 ed. Porto Alegre: ArtMed; 2002.
76. Tamez R, Silva M. Enfermagem na UTI neonatal: assistência ao recém-nascido de alto risco. 2 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2002.
77. Association. E. EpiData Software. EpiData Entry version 2.0. Denmark: Epidata Association; 2009.
78. Goldim J. Manual de iniciação à pesquisa em saúde. 2 ed. Porto Alegre: Dacasa; 2000.
79. Brasil. Conselho Nacional de Saúde. Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisas em Seres Humanos (Resolução 196/96). Diário Oficial da União, 16 de ou. 1996. Brasília: Ministério da Saúde, 1996.
80. Callegari-Jacques, SM. Bioestatística: princípios e aplicações. Porto Alegre: Artmed, 2003.
81. Chaves RG, Lamounier JA, Cesar CC. Factors associated with duration of breastfeeding. *J Pediatr (Rio J)*. 2007 May-Jun;83(3):241-6.
82. Reyna BA Pickler RH, Thompson A. A descriptive study of mothers' experiences feeding their preterm infants after discharge. *Adv Neonatal Care*. 2006 Dec;6(6):333-40.
83. Lopes TC, Mota JAC, Coelho S. Perspectivas de um programa de internação domiciliar neonatal no sistema único de saúde. *Rev Latino-Am Enfermagem* 2007 jul-ago; 15(4).
84. Czechowski A, Fujinaga C. Seguimento ambulatorial de um grupo de prematuros e a prevalência do aleitamento na alta hospitalar e ao sexto mês de vida: contribuições da Fonoaudiologia. *Rev Soc Bras Fonoaudiol*. 2010;15(4):572-7.
85. Saboia e Silva S, Segre C. Fatores que influenciam o desmame no recém-nascido prematuro. *Rev bras crescimento desenvolv hum*. 2010;20(2):291-301.
86. Gomes J.Rossetto E.de-Souza S.Scochi C. The prevalence of breastfeeding in prematures with very low birth weight – a systematic review. *Online Brazilian Journal of Nursing [serial on the Internet]*. 2009 May 25; [Cited 2010 June 17]; 8(2). Available from: <http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/2159>
87. Cunha AJ, Leite AM, Machado MM. Breastfeeding and pacifier use in Brazil. *Indian J Pediatr*. 2005 Mar;72(3):209-12.
88. Nelson EAS, Yu LM, Williams S, The International Child Care Practices Study Group Members. International Child Care Practices Study: Breastfeeding and Pacifier Use. *J Hum Lact*. 21(3):289-295.
89. Silveira FJF, Lamounier JA. Fatores associados à duração do aleitamento materno em três municípios na região do Alto Jequitinhonha, Minas Gerais, Brasil. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro. 2006 jan;22(1):69-77.

90. Guise JM. Evidence is not yet clear on impact of pacifiers on breastfeeding. *J Pediatr*. 2009 Sep;155(3):449-50.
91. O'Connor NR, Tanabe KO, Siadaty MS, Hauck FR. Pacifiers and breastfeeding: a systematic review. *Arch Pediatr Adolesc Med*. 2009 Apr;163(4):378-82.
92. Jenik AG, Vain NE, Gorestein AN, Jacobi NE. Does the recommendation to use a pacifier influence the prevalence of breastfeeding? *J Pediatr*. 2009 Sep;155(3):350-4.
93. Collins CT, Ryan P, Crowther CA, McPhee AJ, Paterson S, Hiller JE. Effect of bottles, cups, and dummies on breast feeding in preterm infants: a randomised controlled trial. *BMJ*. 2004 Jul 24;329(7459):193-8.
94. Pimenta HP, Moreira MEL, Rocha AD, Júnior SCG, Pinto LW, Lucena SL. Efeitos da sucção não-nutritiva e a estimulação oral nas taxas de amamentação em recém-nascidos pré-termo de muito baixo peso ao nascer: um ensaio clínico randomizado. *J Pediatr (Rio J)*. 2008; 84(5): 423-27.
95. Gaíva MAM, Neves AQ, Silveira AO, Siqueira FMG. A alta em unidade de cuidados intensivos neonatais: perspectiva da equipe de saúde e de familiares. *REME: rev min enferm* 2006 out-dez; 10(4): 387-92.
96. Couto FF, Praça NS. Preparo dos pais de recém-nascido prematuro para alta hospitalar: uma revisão bibliográfica. *Esc Anna Nery Rev Enferm*, 2009 out-dez; 13 (4): 886-91.
97. Wallis M, Harper M. Supporting breastfeeding mothers in hospital: part 1. *Paediatr Nurs*. 2007 Sep;19(7):48-52.
98. Nyqvist KH, Rubertsson C, Ewald U, Sjoden PO. Development of the preterm infant breastfeeding behavior scale (PIBBS): a study of nurse-mother agreement. *J Hum Lact*. 1996 Sep;12(3):207-19.
99. Abouelfetoh AM, Dowling DA, Dabash SA, Elguindy SR, Seoud IA. Cup versus bottle feeding for hospitalized late preterm infants in Egypt: A quasi-experimental study. *Int Breastfeed J*. 2008 Nov; 3:27.
100. Venâncio SI, Almeida H. Método Mãe Canguru: aplicação no Brasil, evidências científicas e impacto sobre o aleitamento materno. *J Pediatr (Rio J)*. 2004;80:S173-80.
101. Penalva O, Schwartzman JS. Descriptive study of the clinical and nutritional profile and follow-up of premature babies in a Kangaroo Mother Care Program. *J Pediatr (Rio J)*. 2006;82:33-9.
102. Almeida H, Venancio SI, Sanches MTC, Onuki D. Impacto do método canguru nas taxas de aleitamento materno exclusivo em recém-nascidos de baixo peso. *J Pediatr (Rio J)*. 2010 maio-jun; 86(3): 250-53.
103. Percegoni N, Araújo RMA, Silva MMS, Euclides MP, Tinoco ALA. Conhecimento sobre aleitamento materno de puérperas atendidas em dois hospitais de Viçosa, Minas Gerais. *Rev. Nutr., Campinas*. 2002 jan/abr;15(1):29-35

104. Chung M, Ip S, Yu W, Raman G, Trikalinos T, DeVine D, Lau J. Interventions in Primary Care to Promote Breastfeeding: A Systematic Review. Rockville (MD): Agency for Healthcare Research and Quality (US); 2008 Oct.
105. Bai Y, Middlestadt SE, Peng CY, Fly AD. Predictors of Continuation of Exclusive Breastfeeding for the First Six Months of Life. *J Hum Lact*; 2010 Feb;26(1):26-34.
106. Achenbach TM. Manual for the Child Behavior Checklist 4-18 and 1991 Profile. Burlington: University of Vermont Department of Psychiatry; 1991.
107. Guendelman S, Kosa JL, Pearl M, Graham S, Goodman J, Kharrazi M. Juggling Work and Breastfeeding: Effects of Maternity Leave and Occupational Characteristics. *Pediatrics*. 2009 Jan;123(1):e38-46.
108. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Cartilha para a mãe trabalhadora que amamenta/ Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

APÊNDICE A: Formulário para coleta de dados nos registros hospitalares

Número:

Data da inclusão: ___/___/___

Nome da mãe: _____	
N.º do prontuário da mãe: _____ Endereço: _____	
Bairro: _____ Cidade: _____	
Telefone(s): _____	
INFORMAÇÕES SOBRE O BEBÊ	
Nome do bebê: _____ N.º prontuário do RN: _____	
Motivo da internação: _____	
1. Data de nascimento: ___/___/___ Hora: ___h___min	DN <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
2. Peso de nascimento: _____ gramas	PN <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
3. Idade gestacional: _____ semanas + ___ dias* 1 dia= 0,14 ; 2 dias= 0,28 ; 3 dias= 0,42 4 dias= 0,56 ; 5 dias= 0,70 ; 6 dias= 0,84	IG <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
4. Tipo de parto: (1) Vaginal (2) Cesário	TPART <input type="checkbox"/>
5. Sexo: (1) Feminino (2) Masculino	SEXOB <input type="checkbox"/>
6. Intercorrências no parto? (0) Não, pule para questão 8 (1) Sim	INTPART <input type="checkbox"/>
7. Qual intercorrência no parto? (8) NSA	QINTER <input type="checkbox"/>
8. Ápgar no 1.º min: _____ (88) NSA	APGAR1 <input type="text"/> <input type="text"/>
9. Ápgar no 5.º min: _____ (88) NSA	APGAR5 <input type="text"/> <input type="text"/>
10. Ápgar no 10.º min: _____ (88) NSA	APGAR10 <input type="text"/> <input type="text"/>
11. Estado nutricional: (1) AIG (2) PIG (3) GIG	ESTNUT <input type="checkbox"/>
12. Cor: (1) Branca (2) Parda (3) Negra (4) Amarela	CORB <input type="checkbox"/>
13. Data da alta do bebê: ___/___/___	ALTAB <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
14. Peso na alta: _____ gramas	PALTAB <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
15. Tempo total de internação em terapia intensiva: ___ dias	TUTIN <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
16. Tempo total de internação na UIN: _____ dias	TUIN <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
USO DE CHUPETA	
17. Prescrição de chupeta ortodôntica? (0) Não (1) Sim, prescrito em:/...../..... (88) NSA	PREBICO <input type="checkbox"/>
CONDIÇÕES CLÍNICAS DO BEBÊ	
18. Escore SNAPPE II: _____ (88) NSA/NI	SNAPPE <input type="text"/> <input type="text"/>

*Utilizar Ballard para peso de nascimento ≤ 1500g e Capurro para > 1500g.

19. Uso de nutrição parenteral? ____ dias (888) NSA	NUTPA	<input type="text"/>
20. Uso de oxigenoterapia? ____ dias (888) NSA	OXIG	<input type="text"/>
21. Uso de CPAP? ____ dias (888) NSA	CPAP	<input type="text"/>
22. Uso de ventilação mecânica? ____ dias (888) NSA	VENTME	<input type="text"/>
PATOLOGIAS DO BEBÊ DURANTE A HOSPITALIZAÇÃO		
23. Hiperbilirrubinemia: (0) Não (1) Sim	HIPERB	<input type="checkbox"/>
24. Displasia Broncopulmonar: (0) Não (1) Sim	DISPLB	<input type="checkbox"/>
25. Sepses neonatal: (0) Não (1) Sim	SEPSE	<input type="checkbox"/>
26. Doença de Membrana Hialina: (0) Não (1) Sim	DOMHIA	<input type="checkbox"/>
27. Enterocolite Necrozante: (0) Não (1) Sim	ENTER	<input type="checkbox"/>
28. Outra patologia: (0) Não, pule para questão 30 (1) Sim	OUTPUT	<input type="checkbox"/>
29. Qual patologia? (8) NSA	OUTPUT1	<input type="checkbox"/>
ALIMENTAÇÃO DO BEBÊ DURANTE A HOSPITALIZAÇÃO		
30. Uso de sonda para dieta? ____ dias. Se zero, passe para questão 33	SOND	<input type="text"/>
31. Início da alimentação por sonda: ___/___/___ (88) NSA	ISOND	<input type="text"/>
32. Início da alimentação oral parcial em: ___/___/___ (88) NSA	IORALPA	<input type="text"/>
33. Uso da técnica da translactação? ____ dias (88) NSA	TRANSL	<input type="text"/>
34. Início da alimentação oral total: ___/___/___	IORALTO	<input type="text"/>
35. Início do uso do leite materno: ___/___/___	ILM	<input type="text"/>
36. Liberação do RN ao seio materno: ___/___/___ (88) NSA	LIBSM	<input type="text"/>
37. Início da sucção no seio materno: ___/___/___	IAM	<input type="text"/>
38. Alimento(s) oferecido(s) ao bebê na última semana de hospitalização: (1) Somente leite materno (2) Leite materno+ fórmula (3) Leite materno + fórmula + água (4) Somente fórmula (5) Outra: _____ (8) NI	ALISEM	<input type="checkbox"/>
39. Via(s) de administração utilizada(s) na alimentação do bebê na última semana de hospitalização: (1) Seio materno (2) Seio materno + copo (3) Seio materno + mamadeira (4) Seio materno + copo + mamadeira (5) Mamadeira (6) Copo + mamadeira (7) Seio materno + mamadeira + sonda (8) NI (9) Outra:	VIASEM	<input type="checkbox"/>

ALIMENTAÇÃO DO BEBÊ NA ALTA HOSPITALAR											
40. Tipo de alimentação do bebê orientada na ALTA: (1) AME (somente leite materno, independente da forma) (2) AM (leite materno + fórmula láctea) (3) AM (leite materno + fórmula láctea e/ou leite de vaca integral diluído) [#] (4) Outra: _____ (8) NI						ALIALTA	<input type="checkbox"/>				
41. Via de administração da alimentação do bebê orientada na ALTA: (1) Seio materno (2) Seio materno + mamadeira (3) Copo (4) Mamadeira (5) Outra: _____ (8) NI						VIALTA	<input type="checkbox"/>				
POSIÇÃO CANGURU											
42. Realizou posição Canguru? (0) Não, pule para questão 46 (1) Sim						CANG	<input type="checkbox"/>				
43. Primeiro dia a fazer a posição: ___/___/___ (88) NSA						ICANG	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>				
44. Sugou ao seio durante a posição? (0) Não (1) Sim (8) NSA						SUCANG	<input type="checkbox"/>				
45. Último dia que fez a posição: ___/___/___ (88) NSA						TECANG	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>				
DADOS DO CADASTRO DA NUTRIZ DO BLH											
46. Tempo TOTAL de internação hospitalar materna: _____ dias						THOSM	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>				
47. Tempo de internação materna (<i>a partir do nascimento</i>): ___ dias						INTEMA	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>				
48. Alta materna em: ___/___/___ (88) ainda hospitalizada						ALTM	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>				
49. N° de consultas de pré-natal: _____ (88) NSA						NPRE1	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>				
50. Ordenhou as mamas no hospital? (0) Não (1) Sim						ORHOSP	<input type="checkbox"/>				
51. Início da ordenha no BLH: ___/___/___ (88) NSA						IBLH	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>				
52. Término da ordenha no BLH: ___/___/___ (88) NSA						TEBLH	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>				
53. Primeira ordenha realizada: _____ horas após o parto. (15 min= 0,25; 30 min= 0,5; 45 min= 0,75)						PRIOR	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> , <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>				
REGISTRO DA ORDENHA MAMÁRIA DO BLH											
Data	N.º de esgotes por dia		Volume total LHO	Data	N.º de esgotes por dia		Volume total LHO	Data	N.º de esgotes por dia		Volume total LHO
	Casa	BHL			Casa	BLH			Casa	BLH	

LEGENDA: UIN: Unidade de Internação Neonatal; NI: resposta não informada; NSA: questão não se aplica ao sujeito; AME: Aleitamento Materno Exclusivo; BLH: Banco de Leite Humano; LHO: Leite humano ordenhado.

[#]Prática orientada pela nutricionista na alta hospitalar do bebê quando solicitado pela equipe médica uma alternativa de dieta devido à família não ter condições econômicas de adquirir a fórmula para prematuros.

APÊNDICE B: Formulário para Entrevista na Alta Hospitalar do Bebê

Número:

Data da entrevista: ___/___/___

Nome da mãe: _____		
Endereço: _____		
Bairro: _____ Cidade: _____		
Telefone(s): _____		
Pretende mudar de endereço ou ir para a casa de outra pessoa após a alta do bebê? () Não () Sim, para qual endereço e telefone? _____		
Nome de um amigo/parente: _____		
Telefone residencial do amigo/parente: _____		
Melhor horário para a entrevista por telefone? Turno: () M () T () N Horário: () qualquer horário		
Entrevista realizada: _____ dia(s) da alta hospitalar do bebê (0=alta; 1=1 dia antes)	ENTREAL	<input type="text"/>
ORIENTAÇÕES SOBRE A ALIMENTAÇÃO DO BEBÊ NA ALTA		
1. Pretende continuar amamentando em casa? (0) Não, ENCERRAR A ENTREVISTA! (1) Sim	AMLAR	<input type="text"/>
2. Alta do bebê prevista para: ___/___/___	ALTPRE	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
3. Já recebeu orientação de alta sobre a alimentação do bebê? (0) Não, passe para questão 6 (1) Sim	ORIEALT	<input type="text"/>
4. Qual profissional orientou sobre a alimentação do bebê? (1) Médico (2) Nutricionista (3) Enfermeiro (4) Outro: _____ (8) NSA/Não Sabe	PRORIE	<input type="text"/>
5. Qual orientação recebeu sobre a alimentação do bebê para a alta? (1) AME (somente leite materno, independente da forma) (2) AM (leite materno + fórmula láctea) (3) AM (leite materno + fórmula láctea e/ou leite de vaca integral diluído) (4) Outra: _____ (8) NSA	ORIEALI	<input type="text"/>
DADOS MATERNNOS		
6. Idade materna: _____ anos	IDM	<input type="text"/> <input type="text"/>
7. Cor da mãe: (1) Branca (2) Parda (3) Negra (4) Amarela	CORM	<input type="text"/>
8. Mãe trabalha (<i>formal ou informalmente</i>)? (0) Não, passe para a questão 12 (1) Sim	MTRAB	<input type="text"/>
9. Está em licença maternidade? (0) Não, passe para questão 11 (1) Sim (8) NSA	LICMAT	<input type="text"/>
10. Nº de meses em licença maternidade: _____ (8) NSA	TLICMAT	<input type="text"/>
11. Local da atividade profissional: (1) em casa (2) fora de casa (8) NSA	LOTRAB	<input type="text"/>

12. Atividade: (1) Dona de casa (4) Desempregada (6) Outra: _____ (2) Autônoma (5) Estudante (8) NI (3) Comércio	ATIVM	<input type="checkbox"/>
13. Possui plano de saúde privado? (0) Não (1) Sim	PPRIV	<input type="checkbox"/>
14. Mora em: (1) POA (2) Cidade da Região metropolitana de POA (3) Cidade do interior do estado do RS (4) Cidade fora do estado do RS	MORA	<input type="checkbox"/>
15. N.º de filhos vivos prévios: _____. Se zero, passe para questão 17 (88) NSA	FILVIVO	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
16. Prematuros anteriores: (0) Não (1) Sim (8) NSA	RNPTA.ºT	<input type="checkbox"/>
17. N.º de filhos que moram com a mãe (<i>contar o RN</i>): _____	FILMORA	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
18. Tem companheiro? (0) Não, pule para a questão 21 (1) Sim	COMP	<input type="checkbox"/>
19. Ele é o pai do bebê hospitalizado? (0) Não (1) Sim (8) NSA	COMPAI	<input type="checkbox"/>
20. Mora com o companheiro? (0) Não (1) Sim (8) NSA	MCOMPA	<input type="checkbox"/>
21. Mora com outras pessoas que não o companheiro? (0) Não, pule para questão 23 (1) Sim	MFAMIL	<input type="checkbox"/>
22. Com quem mora? (1) Pais (2) Sogros (3) Amigos (4) Outro: _____ (8) NSA	QEMORA	<input type="checkbox"/>
23. Anos completos de estudo: _____	ESCOL	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
24. Renda familiar: R\$ _____ Salários Mínimos: _____ (Referência de salário mínimo: R\$ 477,40)	RENDFA	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
25. N.º de pessoas que vivem com a renda (<i>contar o RN</i>): _____	PEREND	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
26. Renda per capita: R\$ _____ Sal. Mínimos: _____	RENDPER	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
PRÉ-NATAL		
27. Fez pré-natal: (0) Não, passe para a questão 31 (1) Sim, ____ consultas	PRE	<input type="checkbox"/>
28. Onde fez o pré-natal? (1) HCPA (4) Particular/Convênio (2) Em outro hospital (5) Outra: _____ (3) Rede Básica de Saúde (8) NSA	LOCPRE	<input type="checkbox"/>
29. Recebeu orientações sobre aleitamento materno no pré-natal? (0) Não (1) Sim (8) NSA	ORIPRE	<input type="checkbox"/>
30. Participou de grupo ou curso pré-natal? (0) Não (1) Sim, qual? _____ (8) NSA	GRUPRE	<input type="checkbox"/>
ALEITAMENTO MATERNO		
31. Foi amamentada quando bebê? (0) Não (1) Sim (2) Não sabe	FOIAM	<input type="checkbox"/>
32. Amamentou algum filho? (0) Não, passe para a questão 34 (1) Sim (8) NSA	AMFIL	<input type="checkbox"/>

33. Tempo durante o qual amamentou os filhos anteriores em meses. Comece pelo mais velho. A _____ B _____ C _____ D _____ E _____ F _____ G _____ H _____ (88) NSA (99) até 15 dias	TAMA	A <input type="text"/> <input type="text"/> B <input type="text"/> <input type="text"/> C <input type="text"/> <input type="text"/> D <input type="text"/> <input type="text"/>
34. Durante a gravidez pensava em amamentar o bebê? (0) Não (1) Sim	DESAM	<input type="text"/>
35. Foi orientada sobre amamentação no hospital? (0) Não (1) Sim	ORIAM	<input type="text"/>
36. Mãe e bebê foram acompanhados pelas consultoras em lactação do hospital? (0) Não (1) Sim	EQLACT	<input type="text"/>
ALIMENTAÇÃO DO BEBÊ DURANTE A HOSPITALIZAÇÃO		
37. Tipo de alimentação predominante (em n.º de vezes) oferecida pela mãe na última semana de hospitalização do bebê: (1) Leite materno (2) Leite materno + fórmula láctea (3) Fórmula láctea (8) NI	ALIPRED	<input type="text"/>
38. Via de administração alimentar predominante (em n.º de vezes) oferecida pela mãe na última semana de hospitalização do bebê: (1) Seio materno (4) Mamadeira (2) Seio materno + mamadeira (5) Outra: _____ (3) Copo (8) NI	VIAPRED	<input type="text"/>
39. Quando o bebê mama no peito fica satisfeito? (0) Não (1) Sim	MASAT	<input type="text"/>
40. Após mamar no peito, é oferecido outro alimento? (0) Não, passe para a questão 43 (1) Sim, sempre (2) Às vezes	COM	<input type="text"/>
41. Que tipo de alimento ele recebe com mais frequência? (1) Leite materno (2) Leite materno+ fórmula láctea (3) Fórmula láctea (8) NSA	TICOM	<input type="text"/>
42. Como ele recebe o alimento? (1) Mamadeira (2) Copo (8) NSA	VIACOM	<input type="text"/>
MANUTENÇÃO LÁCTEA DURANTE A HOSPITALIZAÇÃO		
43. Esgotou as mamas? (0) Não, passe para questão 53 (1) Sim	ESG	<input type="text"/>
44. Primeiro esgote realizado: ____ dia(s) após o parto. (88) NSA/Não sab (0= mesmo dia; 1= 1.º dia pós parto...)	PRIESG	<input type="text"/> <input type="text"/>
45. Esgotava em: (1) Casa (3) Casa + Hospital (2) Hospital, passe para questão 47 (8) NSA	LOCESG	<input type="text"/>
46. Iniciou o esgote em casa: ____ dias após a sua alta (88) NSA/Não sabe (0= mesmo dia; 1= 1.º dia pós parto...)	IESG	<input type="text"/> <input type="text"/>
47. A frequência do esgote desde o nascimento mantém-se igual? (0) Não (1) Sim, passe para a questão 49 (8) NSA	FRESG	<input type="text"/>
48. Número de vezes em que esgotou nos primeiros 04 dias: _____ vezes por dia (88) NSA	ESG4DIA	<input type="text"/> <input type="text"/>

49. Atualmente, quantas vezes esgota? _____ vezes por dia (88) NSA	ESGNOW	<input type="text"/>
50. Quais os métodos utilizados para esgotar as mamas? (1) Bomba de sucção a vácuo do HCPA (2) Ordenha manual + bomba de sucção a vácuo no HCPA (3) Bomba manual + bomba de sucção a vácuo no HCPA (4) Bomba manual+ bomba de sucção a vácuo no HCPA + Ordenha manual (5) Outro método: _____ (8) NSA	TIESG	<input type="text"/>
51. Continuou o esgote após o bebê iniciar a sucção no seio? (0) Não (1) Sim (8) NSA	ESGAM	<input type="text"/>
52. Você avalia que a quantidade de leite esgotado é: (1) Suficiente para o bebê (2) Pouco para o bebê (8) NSA	QANTLM	<input type="text"/>
53. Usa/usou medicamento para manter a produção de leite? (0) Não, passe para a questão 56 (1) Sim	MEDILM	<input type="text"/>
54. Qual o medicamento utilizado? (1) Plasil (2) Outro: _____ (8)NSA	QALMED	<input type="text"/>
55. Indicação de: (1) Médico (2) Familiar/amigo (3) Automedicação (4) Outro: _____ (8) NSA	INDMED	<input type="text"/>
56. Até que idade pretende amamentar o bebê? _____ meses	MESAM	<input type="text"/>
POSIÇÃO CANGURU		
57. Realizou a posição Canguru? (0) Não, passe para questão 62 (1)Sim	CANM	<input type="text"/>
58. Idade em que o bebê iniciou: _____ dias (88) NSA	ICANM	<input type="text"/>
59. Ele sugou ao seio na posição Canguru? (0) Não (1) Sim (8) NSA	SUCANM	<input type="text"/>
60. Fez posição Canguru diariamente? (0) Não (1) Sim (8) NSA	CANDIA	<input type="text"/>
61. Tempo de duração da posição Canguru: ____ min/dia (888) NSA	TCANM	<input type="text"/>
VISITAS AO BEBÊ NO HOSPITAL		
62. Frequência das visitas ao bebê na semana: (1) Diárias (2) 2x (3) 3x (4) 4x (5) 5x (6) 6 x	FREVIS	<input type="text"/>
63. Tempo de duração de cada visita: _____	TVISIT	<input type="text"/>
64. Turno em que as visitas mais aconteciam: (1) Manhã (5) Manhã +Noite (2) Tarde (6) Tarde +Noite (3) Noite (7) Manhã +Tarde+Noite (4) Manhã +Tarde (8) NI	TURVIS	<input type="text"/>

65. Durante a hospitalização do bebê, você estava: (1) no HCPA (<i>hospitalizada ou na Casa de Apoio</i>) (2) em POA (3) fora de POA	LOCHOS	<input type="checkbox"/>
66. Usava algum transporte para chegar ao hospital? (0) Não, passe para a questão 69 (1) Sim	TRAN	<input type="checkbox"/>
67. Qual o transporte utilizado predominante? (1) Carro da prefeitura (4) Carro próprio (2) Ônibus, quantos? _____ (5) Outro: _____ (3) Trem (8) NSA	QLTRAN	<input type="checkbox"/>
68. Duração do transporte: (1) - 30 min (2) - que 59 min (3) de 1 a 1h59 min (4) +de 2h (8) NSA	TETTRAN	<input type="checkbox"/>
USO DE CHUPETA		
69. O bebê usou chupeta alguma vez? (0) Não (1) Sim	BICM	<input type="checkbox"/>
70. Ele começou a usar chupeta com: ____ dias de vida (88) NSA	TBICM	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

LEGENDA: AME: Aleitamento materno exclusivo; NI: resposta não informada; NSA: questão não se aplica ao sujeito; HCPA: Hospital de Clínicas de Porto Alegre; POA: Porto Alegre; RS: Rio Grande do Sul.

APÊNDICE C: Formulário para entrevista no 14.º dia após a alta hospitalar do bebêNúmero:

Data da entrevista: ___/___/___

Nome da mãe: _____		
Endereço: _____		
Bairro: _____ Cidade: _____		
Telefone(s): _____		
Pretende mudar de endereço ou ir para a casa de outra pessoa após a alta do bebê? () Não () Sim, para qual endereço e telefone? _____		
Nome de um amigo/parente: _____		
Telefone residencial do amigo/parente: _____		
Melhor horário para a entrevista por telefone? Turno: () M () T () N Horário: () qualquer horário		
Entrevista realizada: _____ dias após a alta hospitalar do bebê	ENTRE14	<input type="text"/> <input type="text"/>
ALIMENTAÇÃO DO BEBÊ NA ALTA HOSPITALAR		
1. Tipo de alimentação do bebê orientada na ALTA: (1) AME (somente leite materno, independente da forma) (2) AM (leite materno + fórmula láctea) (3) AM (leite materno + fórmula láctea e/ou leite de vaca integral diluído)* (4) Outra: _____ (8) NI	ALIALT2	<input type="text"/>
2. Via de administração da alimentação do bebê orientada na ALTA: (1) Seio materno (4) Mamadeira (2) Seio materno + mamadeira (5) Outra: _____ (3) Copo (8) NI	VIALT2	<input type="text"/>
3. Que orientações recebeu sobre a amamentação na ALTA? (1) Amamentar em livre demanda sem oferecer complemento (2) Amamentar em livre demanda, se necessário, dar complemento (3) Outra: _____ (8) NI	QORIAL	<input type="text"/>
REINTERNAÇÃO HOSPITALAR DO BEBÊ		
4. Foi re-internado no hospital? (0) Não, pule para questão 7 (1) Sim	REHOSP14	<input type="text"/>
5. Data da re-internação hospitalar: ___/___/___ (88) NSA	DREHOS14	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
6. Qual o motivo da re-internação? Encerrar a entrevista! (88) NSA	MOTHOS14	<input type="text"/> <input type="text"/>
ALIMENTAÇÃO ATUAL DO BEBÊ		
7. O bebê está recebendo leite materno? (0) Não (1) Sim, passa para a questão 11	TOMALM14	<input type="text"/>
8. Procurou ajuda de um profissional de saúde? (0) Não, passa para a questão 10 (1) Sim (8) NSA	AJUPROF14	<input type="text"/>

*Prática orientada pela nutricionista na alta hospitalar do bebê quando solicitado pela equipe médica uma alternativa de dieta devido à família não ter condições econômicas de adquirir a fórmula para prematuros.

9. Qual a orientação do profissional de saúde? (1) Continuar tentando amamentar, sem introduzir fórmula láctea (2) Amamentar com fórmula láctea (3) Outra: _____ (8) NSA	CONDUT14	<input type="checkbox"/>
10. Parou de mamar em: ____ dias após a alta. (88) NSA. Passa para a questão 19	PARAMA14	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
11. Como ele recebe leite materno? (1) somente do peito, passa para a questão 15 (2) somente esgotado (3) do peito e esgotado (8) NSA	RECELM14	<input type="checkbox"/>
12. Como ele recebe o leite materno ESGOTADO ? (1) Mamadeira (2) Copo (3) Outro: _____ (8) NSA	HOWLM14	<input type="checkbox"/>
13. N.º de vezes/dia em que recebe leite materno ESGOTADO: _____(88)NSA	NLESG14	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
14. Motivo de receber leite ESGOTADO: _____ (8) NSA	MTESGO14	<input type="checkbox"/>
15. N.º de vezes em que ele mama NO PEITO por dia: ____ (88) NSA	NMA14	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
16. Ele fica satisfeito quando mama no peito? (0) Não (1) Sim (8) NSA	MASAT14	<input type="checkbox"/>
17. Após mamar no peito, você oferece outro alimento? (0) Não (1) Sim, sempre (2) Sim, às vezes (8) NSA	ALCAS14	<input type="checkbox"/>
18. Com relação à quantidade de leite, você avalia que tem: (1) Suficiente para o bebê (2) Pouco para o bebê (8) NSA	QANTLT14	<input type="checkbox"/>
O bebê recebe algum destes alimentos?		
19. Água: (0) Não, passa para a questão 23 (1) Sim	AGA14	<input type="checkbox"/>
20. Número de vezes/dia em que recebe água: _____ (88) NSA	XAGA14	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
21. Motivo da introdução: _____ (8) NSA	MTAGA14	<input type="checkbox"/>
22. Quando introduziu água? _____ dias após a alta do bebê (88) NSA	QNAGA14	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
23. Chá: (0) Não, passa para a questão 27 (1) Sim, qual? _____	CHA14	<input type="checkbox"/>
24. Número de vezes/dia em que recebe chá: _____ (88) NSA	XCHA14	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
25. Motivo da introdução: _____ (8) NSA	MTCHA14	<input type="checkbox"/>
26. Quando introduziu chá? _____ dias após a alta do bebê (88) NSA	QNCHA14	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
27. Suco de fruta: (0) Não, passa para a questão 31 (1) Sim, qual? _____	SUCO14	<input type="checkbox"/>
28. Número de vezes/dia em que recebe suco: _____ (88) NSA	XSUCO14	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
29. Motivo da introdução: _____ (8) NSA	MTSUCO14	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
30. Quando introduziu suco? _____ dias após a alta do bebê (88) NSA	QNSUCO14	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
31. Leite (não humano): (0) Não, passa para a questão 36 (1) Sim	LTVACA14	<input type="checkbox"/>

32. Qual o tipo de leite (<i>não humano</i>) recebido? (1) Leite modificado (fórmula láctea) (5) Leite engrossado (2) Leite de vaca integral diluído (6) Outro: _____ (3) Leite de vaca integral (puro) (8) NSA (4) Leite em pó integral	TIPOLT14	<input type="checkbox"/>
33. Número de vezes/dia em que recebe leite <i>não humano</i> : _____ (88) NSA	XLEIT14	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
34. Motivo da introdução: _____ (8) NSA	MTLEIT14	<input type="checkbox"/>
35. Quando introduziu? _____ dias após a alta do bebê (77) Recebe <i>fórmula láctea</i> desde a internação hospitalar (88) NSA	QNLEIT14	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
36. Recebe outro alimento? (0)Não, passe para a questão 41 (1) Sim	OUTRAL14	<input type="checkbox"/>
37. Qual alimento? _____ (8) NSA	QALIM14	<input type="checkbox"/>
38. Número de vezes/dia em que recebe o alimento: _____ (88) NSA	XALIM14	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
39. Motivo da introdução: _____ (8) NSA	MTALIM14	<input type="checkbox"/>
40. Quando introduziu? _____ dias após a alta do bebê (88) NSA	QNALIM14	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
41. Como ele recebe o(s) alimento(s)? (Sobre questões 19 a 37) (1) Mamadeira (3) Outro: _____ (2) Copo (8) NSA	COMVIA14	<input type="checkbox"/>
42. Tipo de amamentação atual do bebê: (1) AME (somente leite materno, independente da forma) (2) AM (leite materno + outro alimento e/ou leite não humano/fórmula) (3) Não está em amamentação	TIPOAM14	<input type="checkbox"/>
43. Via (s) de administração atual (is) usada(s) na alimentação do bebê: (1) Seio materno (4) Mamadeira (2) Seio materno + mamadeira (5) Outra: _____ (3) Copo (8) NI	VIALI14	<input type="checkbox"/>
44. Está ou esteve em AME? (0)Não, passe para a questão 47 (1)Sim	AME14	<input type="checkbox"/>
45. Data de início do AME: ____/____/____ (88) NSA	INAME14	<input type="checkbox"/>
46. Duração do AME: _____ dias (88) ainda em AME (00) não em AME	TAME14	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
47. Duração do AM: _____ dias (88) ainda mamando	TCOMPL14	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
APOIO NA AMAMENTAÇÃO		
48. Recebe/recebeu apoio incentivo para continuar a amamentar? (0) Não, passe para a questão 50 (1) Sim	APOIAM14	<input type="checkbox"/>
49. De quem você recebe apoio? (1) Companheiro (2) Profissional de saúde (3) Agente comunitário (4) Amigos (5) Avós do bebê (6) Outro: _____ (8) NSA/NI	QMAPOI14	<input type="checkbox"/>

50. Você recebe ajuda de alguém para cuidar dos afazeres domésticos: (0) Não (1) Sim	AJUCAS14	<input type="checkbox"/>
ATIVIDADE DA MÃE		
51. Está trabalhando? (0) Não, passe para a questão 53 (1) Sim	TRAB14	<input type="checkbox"/>
52. Local da atividade: (1) em casa (2) fora de casa (8) NSA	LTRAB14	<input type="checkbox"/>
USO DE CHUPETA		
53. Ele usou chupeta alguma vez? (0) Nunca usou, passe para a questão 57 (1) Sim, ainda usa. (2) Usou, mas não usa mais.	USOBIC14	<input type="checkbox"/>
54. Começou a usar chupeta: (1) no hospital (2) em casa (8) NSA	LOCBIC14	<input type="checkbox"/>
55. Idade do bebê quando iniciou a usar chupeta: _____ dias de vida (88) NSA	IDADBI14	<input type="text"/>
56. Quem deu a chupeta pela 1. ^a vez foi a/o(s): (1) Mãe (4) Equipe de saúde: _____ (2) Pai (5) Outro: _____ (3) Avós do bebê (8) NSA/NI	DEUBIC14	<input type="checkbox"/>
ACOMPANHAMENTO DE SAÚDE DO BEBÊ		
57. O bebê faz acompanhamento de saúde? (0) Não (1) Sim	SEG14	<input type="checkbox"/>
58. Onde faz o acompanhamento? (1) HCPA (2) Outro hospital (3) Rede Básica de Saúde (4) Particular/Convênio (5) Outro: _____ (8) NSA/NI	LOSEG14	<input type="checkbox"/>

LEGENDA: AME: Aleitamento materno exclusivo; NI: resposta não informada; NSA: questão não se aplica ao sujeito; AM: Aleitamento materno; HCPA: Hospital de Clínicas de Porto Alegre.

APÊNDICE D: Formulário para entrevista no 28.º dia após a alta hospitalar do bebêNúmero:

Data da entrevista: ___/___/___

Nome da mãe: _____		
Endereço: _____		
Bairro: _____ Cidade: _____		
Telefone(s): _____		
Pretende mudar de endereço ou ir para a casa de outra pessoa após a alta do bebê? () Não () Sim, para qual endereço e telefone? _____		
Nome de um amigo/parente: _____		
Telefone residencial do amigo/parente: _____		
Melhor horário para a entrevista por telefone? Turno: () M () T () N Horário: () qualquer horário		
Entrevista realizada: _____ dias após a alta hospitalar do bebê	ENTRE28	<input type="text"/> <input type="text"/>
ALIMENTAÇÃO DO BEBÊ NA ALTA HOSPITALAR		
1. Tipo de alimentação do bebê orientada na ALTA: (1) AME (somente leite materno, independente da forma) (2) AM (leite materno + fórmula láctea) (3) AM (leite materno + fórmula láctea e/ou leite de vaca integral diluído)* (4) Outra: _____ (8) NI	ALIALT2	<input checked="" type="checkbox"/>
2. Via de administração da alimentação do bebê orientada na ALTA: (1) Seio materno (4) Mamadeira (2) Seio materno + mamadeira (5) Outra: _____ (3) Copo (8) NI	VIALT2	<input checked="" type="checkbox"/>
3. Que orientações recebeu sobre aleitamento materno na ALTA? (1) Amamentar em livre demanda sem oferecer complemento (2) Amamentar em livre demanda, se necessário, dar complemento (3) Outra: _____ (8) NI	QORIAL	<input checked="" type="checkbox"/>
REINTERNAÇÃO HOSPITALAR DO BEBÊ		
4. Foi re-internado no hospital? (0) Não, pule para questão 7 (1) Sim	REHOSP28	<input type="text"/>
5. Data da re-internação hospitalar: ___/___/___ (88) NSA	DREHOS28	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
6. Qual o motivo da re-internação? Encerrar a entrevista! (88) NSA	MOTHOS28	<input type="text"/> <input type="text"/>
ALIMENTAÇÃO ATUAL DO BEBÊ		
7. O bebê está recebendo leite materno? (0) Não (1) Sim, passa para a questão 11	TOMALM28	<input type="text"/>
8. Procurou ajuda de um profissional de saúde? (0) Não, passa para a questão 10 (1) Sim (8) NSA	AJUPROF28	<input type="text"/>

*Prática orientada pela nutricionista na alta hospitalar do bebê quando solicitado pela equipe médica uma alternativa de dieta devido à família não ter condições econômicas de adquirir a fórmula para prematuros.

9. Qual a orientação do profissional de saúde? (1) Continuar tentando amamentar, sem introduzir fórmula láctea (2) Amamentar com fórmula láctea (3) Outra: _____ (8) NSA	CONDUT28	<input type="checkbox"/>
10. Parou de mamar em: ____ dias após a alta. (88) NSA. Passa para a questão 19	PARAMA28	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
11. Como ele recebe leite materno? (1) somente do peito, passa para a questão 15 (2) somente esgotado (3) do peito e esgotado (8) NSA	RECELM28	<input type="checkbox"/>
12. Como ele recebe o leite materno ESGOTADO ? (1) Mamadeira (2) Copo (3) Outro: _____ (8) NSA	HOWLM28	<input type="checkbox"/>
13. N° de vezes/dia em que recebe leite materno ESGOTADO : _____ (88)NSA	NLESG28	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
14. Motivo de receber leite ESGOTADO : _____ (8) NSA	MTESGO28	<input type="checkbox"/>
15. N° de vezes em que ele mama NO PEITO por dia: ____ (88)NSA	NMA28	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
16. Ele fica satisfeito quando mama no peito? (0) Não (1) Sim (8) NSA	MASAT28	<input type="checkbox"/>
17. Após mamar no peito, você oferece outro alimento? (0) Não (1) Sim, sempre (2) Sim, às vezes (8) NSA	ALCAS28	<input type="checkbox"/>
18. Com relação à quantidade de leite, você avalia que tem: (1) Suficiente para o bebê (2) Pouco para o bebê (8) NSA	QANTLT28	<input type="checkbox"/>
O bebê recebe algum destes alimentos?		
19. Água: (0) Não, passa para a questão 23 (1) Sim	AGA28	<input type="checkbox"/>
20. Número de vezes/dia em que recebe água: _____ (88) NSA	XAGA28	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
21. Motivo da introdução: _____ (8) NSA	MTAGA28	<input type="checkbox"/>
22. Quando introduziu água? _____ dias após a alta do bebê (88) NSA	QNAGA28	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
23. Chá: (0) Não, passa para a questão 27 (1) Sim, qual? _____	CHA28	<input type="checkbox"/>
24. Número de vezes/dia em que recebe chá: _____ (88) NSA	XCHA28	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
25. Motivo da introdução: _____ (8) NSA	MTCHA28	<input type="checkbox"/>
26. Quando introduziu chá? _____ dias após a alta do bebê (88) NSA	QNCHA28	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
27. Suco de fruta: (0) Não, passa para a questão 31 (1) Sim, qual? _____	SUCO28	<input type="checkbox"/>
28. Número de vezes/dia em que recebe suco: _____ (88) NSA	XSUCO28	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
29. Motivo da introdução: _____ (8) NSA	MTSUCO28	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
30. Quando introduziu suco? _____ dias após a alta do bebê (88) NSA	QNSUCO28	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
31. Leite (não humano): (0) Não, passa para a questão 36 (1) Sim	LTVACA28	<input type="checkbox"/>

32. Qual o tipo de leite (<i>não humano</i>) recebido? (1) Leite modificado (fórmula láctea) (5) Leite engrossado (2) Leite de vaca integral diluído (6) Outro: _____ (3) Leite de vaca integral (puro) (8) NSA (4) Leite em pó integral	TIPOLT28	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
33. Número de vezes/dia em que recebe leite <i>não humano</i> : _____ (88) NSA	XLEIT28	<input type="text"/> <input type="text"/>
34. Motivo da introdução: _____ (8) NSA	MTLEIT28	<input type="checkbox"/>
35. Quando introduziu? _____ dias após a alta do bebê (77) Recebe <i>fórmula láctea</i> desde a internação hospitalar (88) NSA	QNLEIT28	<input type="text"/> <input type="text"/>
36. Recebe outro alimento? (0) Não, passe para a questão 41 (1) Sim	OUTRAL28	<input type="checkbox"/>
37. Qual alimento? _____ (8) NSA	QALIM28	<input type="checkbox"/>
38. Número de vezes/dia em que recebe o alimento: _____ (88) NSA	XALIM28	<input type="text"/> <input type="text"/>
39. Motivo da introdução: _____ (8) NSA	MTALIM28	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
40. Quando introduziu? _____ dias após a alta do bebê (88) NSA	QNALIM28	<input type="text"/> <input type="text"/>
41. Como ele recebe o(s) alimento(s)? (Sobre questões 19 a 37) (1) Mamadeira (3) Outro: _____ (2) Copo (8) NSA	COMVIA28	<input type="checkbox"/>
42. Tipo de amamentação atual do bebê: (1) AME (somente leite materno, independente da forma) (2) AM (leite materno + outro alimento e/ou leite não humano/fórmula) (3) Não está em amamentação	TIPOAM28	<input type="checkbox"/>
43. Via (s) de administração atual (is) usada (s) na alimentação do bebê: (1) Seio materno (4) Mamadeira (2) Seio materno + mamadeira (5) Outra: _____ (3) Copo (8) NI	VIALI28	<input type="checkbox"/>
44. Está ou esteve em AME? (0) Não, passe para a questão 47 (1) Sim	AME28	<input type="checkbox"/>
45. Data de início do AME: ____/____/____ (88) NSA	INAME28	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
46. Duração do AME: _____ dias (88) ainda em AME (00) não em AME	TAME28	<input type="text"/> <input type="text"/>
47. Duração do AM: _____ dias (88) ainda mamando	TCOMPL28	<input type="text"/> <input type="text"/>
APOIO NA AMAMENTAÇÃO		
48. Recebe/recebeu apoio/incentivo para continuar a amamentar? (0) Não, passe para a questão 50 (1) Sim	APOIAM28	<input type="checkbox"/>
49. De quem você recebe apoio? (1) Companheiro (2) Profissional de saúde (3) Agente comunitário (4) Amigos (5) Avós do bebê (6) Outro: _____ (8) NSA/NI	QMAPOI28	<input type="checkbox"/>
50. Você recebe ajuda de alguém para cuidar dos afazeres domésticos: (0) Não (1) Sim	AJUCAS28	<input type="checkbox"/>

ATIVIDADE DA MÃE		
51. Está trabalhando? (0) Não, passe para a questão 53 (1) Sim	TRAB28	<input type="checkbox"/>
52. Local da atividade: (1) em casa (2) fora de casa (8) NSA	LTRAB28	<input type="checkbox"/>
USO DE CHUPETA		
53. Ele usou chupeta alguma vez? (0) Nunca usou, passe para a questão 57 (1) Sim, ainda usa. (2) Usou, mas não usa mais.	USOBIC28	<input type="checkbox"/>
54. Começou a usar chupeta: (1) no hospital (2) em casa (8) NSA	LOCBIC28	<input type="checkbox"/>
55. Idade do bebê quando iniciou a usar chupeta: _____ dias de vida (88) NSA	IDADBI28	<input type="text"/>
56. Quem deu a chupeta pela 1. ^a vez foi a/o(s): (1) Mãe (4) Equipe de saúde: _____ (2) Pai (5) Outro: _____ (3) Avós do bebê (8) NSA/NI	DEUBIC28	<input type="checkbox"/>
ACOMPANHAMENTO DE SAÚDE DO BEBÊ		
57. O bebê faz acompanhamento de saúde? (0) Não (1) Sim	SEG28	<input type="checkbox"/>
58. Onde faz o acompanhamento? (1) HCPA (2) Outro hospital (3) Rede Básica de Saúde (4) Particular/Convênio (5) Outro: _____ (8) NSA/NI	LOSEG28	<input type="checkbox"/>

LEGENDA: AME: Aleitamento materno exclusivo; NI: resposta não informada; NSA: questão não se aplica ao sujeito; AM: Aleitamento materno; HCPA: Hospital de Clínicas de Porto Alegre.

APÊNDICE E: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UFRGS/ Pós-Graduação em Enfermagem

Projeto de Pesquisa: Padrões de aleitamento materno em recém-nascidos pré-termo internados e no primeiro mês após a alta hospitalar

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Estamos realizando uma pesquisa com a finalidade de conhecer como acontece a amamentação em bebês prematuros. Esta atividade de pesquisa está vinculada ao programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. As pesquisadoras responsáveis por este projeto são a

Enfermeira Melissa de Azevedo e a Professora Doutora Maria Luzia Chollopetz da Cunha. Os telefones de contato são os seguintes: 3217 6649 ou 9617 6025, com Melissa.

A sua participação será através de três entrevistas sobre a amamentação de seu filho. A primeira entrevista será presencial, sendo realizada na véspera da alta hospitalar do bebê. A segunda e a terceira serão realizadas por telefone na segunda e quarta semana depois da alta do seu filho. A participação no estudo é voluntária, sendo garantida a possibilidade de desistência em qualquer momento do seu desenvolvimento, sem prejuízo para você ou para seu bebê.

O projeto foi avaliado e aprovado pela Comissão de Pesquisa e Ética em Saúde do hospital com o nº 09291.

Através deste **Termo de Consentimento Livre e Esclarecido**, você estará declarando ter sido orientada de forma clara e detalhada, livre de constrangimento e coerção, sobre os objetivos, a justificativa e os benefícios do presente projeto, assim como as atividades a que será submetida.

Este consentimento será assinado em duas vias, uma das quais permanecerá com a pesquisadora e a outra, com a mãe.

Agradecemos a sua colaboração.

Eu, _____, confirmo que fui informada dos objetivos, justificativas e benefícios desta pesquisa de forma clara e detalhada. Todas as minhas dúvidas foram respondidas, e sei que poderei solicitar novos esclarecimentos a qualquer momento do desenvolvimento da pesquisa. Assim, concordo voluntariamente em participar deste estudo, deixando meu consentimento formalizado, através de minha assinatura no presente documento.

Porto Alegre, de de 20.....

.....
Assinatura da mãe

HCPA / GPPG
VERSÃO APROVADA
24/07/2009
W 0929A



ANEXO 1: Aprovação do projeto de pesquisa pela Comissão de Pesquisa da EEUFRGS

COMISSÃO DE PESQUISA DA ESCOLA DE ENFERMAGEM DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL

CARTA DE APROVAÇÃO

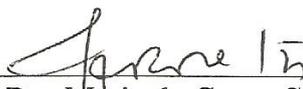
Projeto: Nº PG 31/09
Versão 05/2009

Pesquisadores: Maria Luzia Chollopetz da Cunha e Melissa de Azevedo

Título: PADRÕES DE ALEITAMENTO MATERNO EM RECÉM-NASCIDOS PRÉ-TERMO INTERNADOS E NO PRIMEIRO MÊS ÁPOS A ALTA HOSPITALAR.

A Comissão de Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (COMPESQ), no uso de suas atribuições, avaliou e aprova este projeto em seus aspectos éticos e metodológicos. Os membros desta Comissão não participaram do processo de avaliação de projeto onde constam como pesquisadores. Toda e qualquer alteração deverá ser comunicadas à Comissão.

Porto Alegre, 27 de Maio de 2009.



Profª Dra Maria da Graça Crossetti
Coordenadora da COMPESQ

ANEXO 2: Aprovação do projeto de pesquisa pelo GPPG/HCPA



HCPA - HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE Grupo de Pesquisa e Pós-Graduação COMISSÃO CIENTÍFICA E COMISSÃO DE PESQUISA E ÉTICA EM SAÚDE

A Comissão Científica e a Comissão de Pesquisa e Ética em Saúde, que é reconhecida pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP)/MS como Comitê de Ética em Pesquisa do HCPA e pelo Office For Human Research Protections (OHRP)/USDHHS, como Institutional Review Board (IRB00000921) analisaram o projeto:

Projeto: 09-291 **Versão do Projeto:** 16/07/2009 **Versão do TCLE:** 16/07/2009

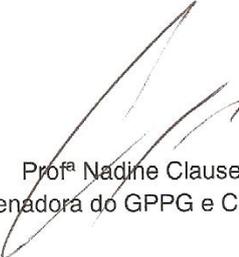
Pesquisadores:

MARIA LUZIA CHOLLOPETZ DA CUNHA
MELISSA DE AZEVEDO

Título: PADRÕES DE ALEITAMENTO MATERNO EM RECÉM-NASCIDOS PRÉ-TERMO INTERNADOS E NO PRIMEIRO MÊS APÓS A ALTA HOSPITALAR

Este projeto foi Aprovado em seus aspectos éticos e metodológicos, inclusive quanto ao seu Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, de acordo com as Diretrizes e Normas Internacionais e Nacionais, especialmente as Resoluções 196/96 e complementares do Conselho Nacional de Saúde. Os membros do CEP/HCPA não participaram do processo de avaliação dos projetos onde constam como pesquisadores. Toda e qualquer alteração do Projeto, assim como os eventos adversos graves, deverão ser comunicados imediatamente ao CEP/HCPA. Somente poderão ser utilizados os Termos de Consentimento onde conste a aprovação do GPPG/HCPA.

Porto Alegre, 24 de julho de 2009.


Profª Nadine Clausell
Coordenadora do GPPG e CEP-HCPA