

Aleitamento materno em prematuros egressos de hospitais amigos da criança do sudeste brasileiro

Talita Balaminit¹, Mirna Isicawa de Sousa², Ana Letícia Monteiro Gomes³, Marialda Moreira Christoffel⁴,
Adriana Moraes Leite⁵, Carmen Gracinda Silvan Scochi⁶

RESUMO

Descrever a prevalência de aleitamento materno exclusivo (AME) e os fatores associados na alta hospitalar, no primeiro mês pós-alta e aos seis meses de prematuros assistidos em dois hospitais Amigos da Criança do sudeste brasileiro. Estudo descritivo e prospectivo. Participaram 84 prematuros que tiveram alta durante três meses e 71 mães que atenderam aos critérios de inclusão. Coleta em prontuários e entrevistas com mães por instrumento estruturado. 31,0% estavam em AME na alta e no primeiro mês no domicílio e 9,1% aos seis meses. Foram associados ao AME na alta: estado civil, ocupação materna, consultas de pré-natal, tipo de parto, idade gestacional, peso ao nascer, tempo de internação e ventilação mecânica; no primeiro mês pós-alta: estado civil, ocupação materna, consultas de pré-natal, tipo de gestação e tempo de internação; aos seis meses: renda familiar. As taxas de AME em prematuros estão aquém das recomendações, necessitando de programas de intervenção especiais.

Descritores: Aleitamento Materno; Recém-Nascido Prematuro; Prevalência; Enfermagem Neonatal.

¹ Enfermeira. Discente do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem em Saúde Pública, nível Doutorado, da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. Ribeirão Preto, SP, Brasil. E-mail: talita_balaminit@yahoo.com.br.

² Enfermeira. Discente do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem em Saúde Pública, nível Doutorado, da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. Ribeirão Preto, SP, Brasil. E-mail: miisicawa@gmail.com.

³ Enfermeira, Mestre em Enfermagem. Discente do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, nível Doutorado, da Escola de Enfermagem Anna Nery da Universidade Federal do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, RJ, Brasil. E-mail: analeticiagomes88@gmail.com.

⁴ Enfermeira, Doutorado em Enfermagem. Professora Associada da Escola de Enfermagem Anna Nery da Universidade Federal do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, RJ, Brasil. E-mail: marialdanit@gmail.com.

⁵ Enfermeira, Doutora em Enfermagem em Saúde Pública. Professora Associada da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. Ribeirão Preto, SP, Brasil. E-mail: drileite@erp.usp.br.

⁶ Enfermeira, Doutora em Enfermagem. Professora Titular da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. Ribeirão Preto, SP, Brasil. E-mail: carmenscochi@gmail.com.

Artigo recebido: 03/01/2018.

Artigo aprovado: 12/06/2018.

Artigo publicado: 06/11/2018.

Como citar esse artigo:

Balaminit T, Sousa MI, Gomes ALM, Christoffel MM, Leite AM, Scochi CGS. Aleitamento materno em prematuros egressos de hospitais amigos da criança do sudeste brasileiro. Rev. Eletr. Enf. [Internet]. 2018 [acesso em: _____];20:v20a22. Disponível em: <https://doi.org/10.5216/ree.v20.50963>.

INTRODUÇÃO

O nascimento prematuro foi a principal causa das mortes neonatais no mundo em 2013⁽¹⁾. O aleitamento materno exclusivo (AME) é um importante aliado na redução da morbimortalidade neonatal; previne infecções, doenças atópicas, cardiovasculares, celíaca, diarreia, enterocolite necrosante, leucemia; promove ótimo crescimento e neurodesenvolvimento do prematuro; melhora o quociente de inteligência; reduz transtornos comportamentais e déficit de atenção; diminui risco de morte súbita; e incentiva o vínculo mãe-bebê⁽²⁻³⁾.

Portanto, o aleitamento materno (AM) promove vantagens a curto e longo prazo para a saúde, economia e meio ambiente às crianças, mães e sociedade⁽⁴⁾. Porém, a prática do AM em prematuro é desafiadora, principalmente pela sua imaturidade fisiológica e neurológica. A manutenção do AM em prematuros é dificultada pelos sentimentos de culpa, ansiedade e depressão das mães durante e após a alta, a crença materna do leite insuficiente, o uso de tabaco, a oferta de leite artificial, a fragilidade do bebê e as dificuldades de sucção no peito, as possíveis sequelas neonatais, o tempo de internação do prematuro e, conseqüentemente, o tempo de separação mãe-filho⁽⁵⁾.

Ademais, amamentar um prematuro é complexo e influenciado por inúmeros fatores maternos, neonatais, perinatais, socioeconômicos, além das práticas clínicas, ambiente físico das unidades neonatais, apoio e conhecimento da equipe de saúde no AM⁽⁶⁾.

A Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC) surgiu como política pública de incentivo ao AM de bebês a termo e saudáveis, mas esta estratégia não vem se mostrando suficiente nos hospitais brasileiros para gerar atitudes profissionais e rotinas hospitalares favoráveis à manutenção do AM em prematuros internados em unidades de terapia intensiva neonatal⁽⁷⁾.

Frequentemente os estudos de prevalência do AM em prematuros estão relacionados com outros desfechos ou alguma intervenção. Estudos recentes sobre a prevalência do AM foram desenvolvidos com prematuros menores de 37 semanas⁽⁶⁾ e tardios e moderados⁽⁸⁾. Os delineamentos variavam desde estudo documental⁽⁶⁾ até coorte prospectiva⁽⁹⁻¹¹⁾, com amostragem variando de 21⁽¹²⁾ a 68.886 prematuros⁽⁸⁾; no geral, estudos nacionais apresentam amostragem reduzida. A prevalência do AM em prematuros na alta variou de nenhum bebê amamentado exclusivamente⁽¹⁰⁾ a 68,0%^(9,11). De sete a 15 dias pós-alta, 47,6% dos prematuros estavam em AME⁽¹²⁾ e aos seis meses, 41,4%⁽¹³⁾. Há escassez de estudos prospectivos com acompanhamento desde o nascimento até o sexto mês de vida do prematuro.

Apesar dos incentivos e avanços nos últimos anos, a prevalência do AM em prematuros apresenta resultados aquém do preconizado pelo Ministério da Saúde e Organização Mundial da Saúde (OMS)^(2,14). A Suécia, país com altas taxas de AME e ações pró-aleitamento, vivenciou uma queda significativa do AME de prematuros na alta hospitalar num período de 10 anos, em especial nos prematuros extremos⁽⁶⁾.

A amamentação é o principal indicador relacionado ao estado nutricional da criança nos primeiros 12 meses de vida e seu monitoramento contribui na tomada de decisão, na reorganização dos serviços e no planejamento de ações a fim de melhorar a qualidade dos serviços ofertados às crianças⁽¹⁵⁾. Assim, taxas de AME são importantes indicadores de saúde e estudos da prevalência do AME em prematuros podem auxiliar na assistência e cuidados a essa clientela de risco.

O objetivo desta investigação é descrever a prevalência do AME e os fatores associados na alta hospitalar, durante o primeiro mês pós-alta e aos seis meses de vida em prematuros assistidos em dois hospitais Amigos da Criança da Região Sudeste. Espera-se contribuir com dados para adoção de intervenções e rotinas assistenciais baseadas em evidências para a promoção e apoio à mulher/mãe e família na amamentação do prematuro.

MÉTODO

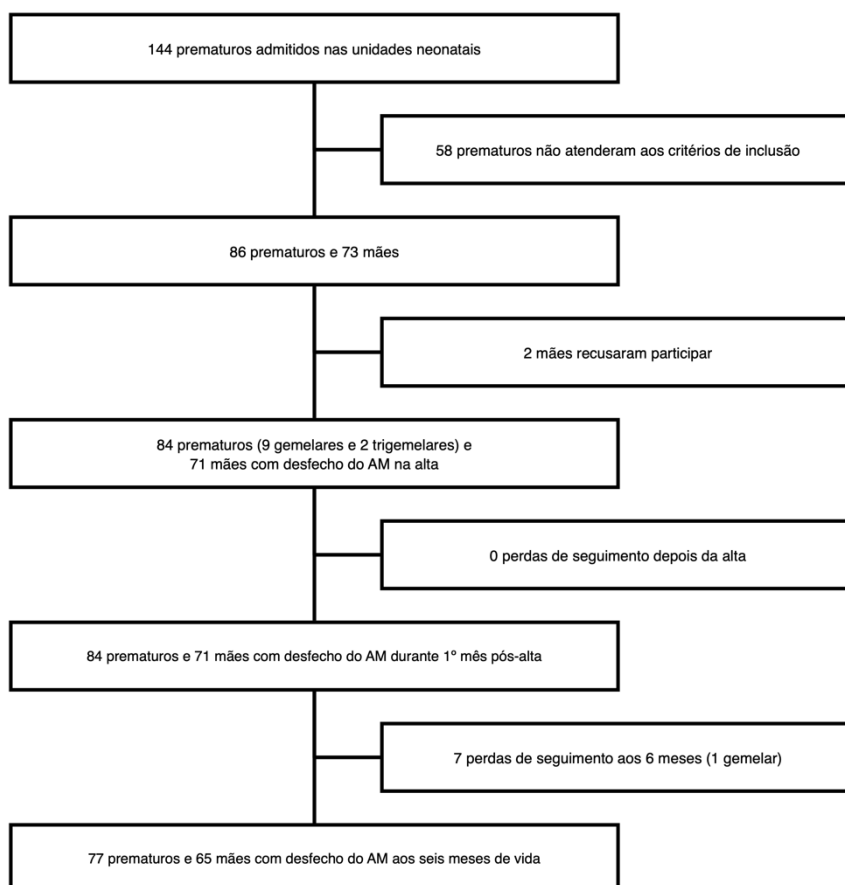
Estudo descritivo, prospectivo e com abordagem quantitativa, realizado nas unidades neonatais de dois hospitais públicos, referências para neonatos de risco, acreditados como Amigos da Criança de duas capitais do sudeste brasileiro.

Projeto aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa, parecer nº 914.135 e CAAE nº 23975813.7.1001.5393, após anuência dos hospitais e ambulatórios de seguimento. Todas as mães assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido; mães menores de idade manifestaram anuência mediante assinatura com seu responsável.

Incluídos todos os prematuros que tiveram alta num período de três meses (abril a julho/2014 no hospital paulista e agosto a novembro/2014 no hospital carioca) e atenderam aos critérios de inclusão: idade gestacional <37 semanas; internação na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN) e/ou Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal (UCIN) e/ou Unidade Canguru (UC) nas primeiras 48 horas de vida; mínimo de 48 horas de internação; e mães com capacidade cognitiva para responder as perguntas. Excluídos prematuros e mães com contraindicação temporária ou definitiva para amamentar e que foram a óbito.

O fluxograma do recrutamento e seguimento dos prematuros estão demonstrados na Figura 1.

Figura 1: Fluxograma de recrutamento dos participantes e seguimento do desfecho do aleitamento materno (AM) em prematuros.



Os dados sociodemográficos, obstétricos, de nascimento, dados da internação, primeiro leite recebido, início da amamentação e tipo de alimentação na alta hospitalar foram coletados em revisão de prontuários. Dados faltantes no prontuário foram coletados em entrevista com a mãe. Dados referentes ao AM no primeiro mês pós-alta (7^o-30^o dia) e no sexto mês de vida (seis meses e zero dias a seis meses e 29 dias) foram coletados por meio de recordatório alimentar nas últimas 24 horas, em entrevista com as mães no dia da consulta no ambulatório de seguimento do hospital ou por telefone, caso o prematuro não tivesse retorno neste período ou não comparecesse à consulta.

Utilizado questionário estruturado para a coleta dos dados no prontuário e com as mães, redigido por um grupo de pesquisadoras especialistas em AM mediante revisão da literatura, validado após teste piloto em nove hospitais brasileiros e utilizado em projeto multicêntrico contemplado no edital nº 05/2013 Chamada MCTI/CNPq/MS/SCTIE/Decit/Fundação Bill e Melinda Gates.

O AME foi considerado como desfecho primário, nos três momentos analisados. A categorização do tipo de AM seguiu as definições da OMS: AME (apenas leite humano, materno ordenhado ou doado do banco de leite humano-BLH), podendo receber vitaminas, suplementos minerais ou medicamentos); AM predominante (leite materno ordenhado ou do BLH, podendo receber também água, água açucarada, infusões, chás, suco de frutas, solução de reidratação oral, vitaminas, suplementos minerais e medicamentos); AM (leite materno ordenhado ou do BLH, além de fórmula e/ou substitutos do leite) e alimentação complementar (AM, leite materno ordenhado ou do BLH, e alimentos semissólidos e sólidos, com permissão para receber fórmula infantil e outros alimentos líquidos – termo apropriado para descrever a prática de alimentação em crianças com seis meses de vida ou mais)⁽¹⁴⁾, sendo este último tipo codificado como AM+alimentação complementar, pois incluímos classificação de aleitamento artificial (apenas fórmula e/ou substituto do leite materno) com ou sem alimentação complementar.

O desfecho do AME (sim e não) foi utilizado na associação com as variáveis investigadas, selecionadas segundo prática clínica e literatura científica, e categorizadas segundo estudo multicêntrico ao qual se vincula esta investigação.

Os dados foram digitados no IBM-SPSS Statistics®21.0 e realizado análise de consistência dos dados. Para caracterização da amostra e descrição da prevalência do AM foi realizada estatística descritiva (média, desvio-padrão, mediana e distribuição de frequência). Para os testes de associação foram realizados Qui-quadrado e Exato de Fisher nos respectivos softwares, IBM-SPSS Statistics®21.0 e programa R®i386 3.0.0, com nível de significância de 5%. A prevalência do AME foi estimada com intervalo de confiança de 95%.

RESULTADOS

Participaram do estudo 84 prematuros, 38,1% (32) egressos do hospital carioca e 61,9% (52) do paulista.

As características sociodemográficas e perinatais das mães estão apresentadas na Tabela 1, e a caracterização dos neonatos no nascimento e durante a hospitalização na Tabela 2.

Oitenta e três por cento (70) dos prematuros ficaram internados na UTIN, com média 16,3(±20,6); mediana 10,0 dias. Na UCIN ficaram internados 84,5% (71) com média 15,1(±16,1); mediana 8,0 dias. Apenas 16,7% (14) prematuros do hospital carioca foram internados na UC, com média 13,8(±10,8) e mediana 14,5 dias de

internação. Já no alojamento conjunto, 48,8% (41) dos bebês ficaram internados com suas mães, com média 5,6 ($\pm 3,4$) e mediana 5,0 dias.

Tabela 1: Distribuição das mães de prematuros internados em unidades neonatais, segundo as características sociodemográficas e perinatais. Região Sudeste, Brasil, 2014.

Variáveis		N	%	Média (DP)	Mediana	Mín-Máx
				26,5 ($\pm 7,4$)	25,0	14-43
Idade materna	< 21 anos	19	22,6			
	≥ 21 anos	65	77,4			
Escolaridade materna	Ensino fundamental	25	29,8			
	Ensino médio	50	59,5			
	Ensino superior	9	10,7			
Estado civil	Solteira	39	46,4			
	Casada	28	33,3			
Pais residem juntos	União consensual	15	17,9			
	Viúva	2	2,4			
Renda familiar	Sim	65	77,4			
	Não	19	22,6			
	< 1 salário mínimo	8	9,5			
	1-2 salários mínimos	49	58,3			
	3-5 salários mínimos	12	14,3			
Ocupação materna	> 5 salários mínimos	8	9,5			
	Ignorado	7	8,3			
	Do lar/dona de casa	33	39,3			
Pré-natal	Ocupação remunerada	44	52,4			
	Estudante	7	8,3			
Número de consultas pré-natal	Sim	83	98,8			
	Não	1	1,2			
				7,2 ($\pm 2,8$)	7,0	2-15
História prévia com amamentação	< 6 consultas	21	25,0			
	≥ 6 consultas	53	63,1			
	Ignorado	10	11,9			
História prévia de parto prematuro	Não se aplica (primíparas)	48	57,1			
	Sim	33	39,3			
	Não	3	3,6			
Tipo de gestação atual	Não se aplica (primíparas)	48	57,1			
	Não	25	29,8			
	Sim	11	13,1			
Intercorrências na gestação	Única	51	60,7			
	Dupla	25	29,8			
Intercorrências no parto	Tripla	8	9,5			
	Sim	50	59,5			
Tipo de parto	Não	34	40,5			
	Sim	80	95,2			
Tipo de parto	Sim	4	4,8			
	Cesáreo	50	59,5			
	Vaginal / fórceps	34	40,5			

Legenda: DP = Desvio padrão.

Durante a internação, 65,5% (55) dos prematuros tiveram síndrome do desconforto respiratório; 16,7% (14) membrana hialina; 25% (21) sepse; 8,3% (7) hemorragia intracraniana; 6% (5) enterocolite necrosante; e 4,8% (4) outras infecções.

O primeiro leite prescrito para os prematuros foi administrado entre 1 a 480 horas de vida, média 47,5($\pm 78,8$) e mediana 19 horas; a grande maioria (97,6%–82) iniciou com leite humano (leite materno

pasteurizado e/ou materno ordenhado cru e/ou humano do BLH), administrado por gavagem com uso de seringa, por bomba de infusão ou não (81,0%–68).

Tabela 2: Distribuição dos prematuros segundo as características de nascimento e condições clínicas durante a internação. Região Sudeste, Brasil, 2014.

Variáveis		N	%	Média (DP)	Mediana	Mín-Máx																																																																																																																																									
Sexo	Feminino	49	58,3	33,0 (±2,8)	34	26-36																																																																																																																																									
	Masculino	35	41,7				Idade gestacional	< 32 semanas	19	22,6	1790 (±623,9)	1730	490-3295	32-34 semanas e 6 dias	45	53,6	≥ 35 semanas	20	23,8	Peso ao nascer	< 1500g	26	31,0	31,5 (±26,5)	21,5	4-137	1500-2499g	47	56,0	≥ 2500g	11	13,1	Apgar 1º minuto	< 6	13	15,5	9,2 (±14,6)	3,5	1-64	≥ 6	71	84,5	Apgar 5º minuto	< 6	1	1,2	4,0 (±5,6)	2,0	1-20	≥ 6	83	98,8	Reanimação na sala de parto	Não	59	70,2	31,5 (±26,5)	21,5	4-137	Sim	25	29,8	Contato pele a pele ao nascer	Não	55	65,5	9,2 (±14,6)	3,5	1-64	Sim	21	25,0	Ignorado	8	9,5	AM na primeira hora de vida	Não	75	89,3	4,0 (±5,6)	2,0	1-20	Sim	1	1,2	Ignorado	Sim	1	1,2	4,0 (±5,6)	2,0	1-20	Ignorado	8	9,5	Tempo de internação total	≤ 15 dias	26	31,0	9,2 (±14,6)	3,5	1-64	16-29 dias	28	33,3	≥ 30 dias	30	35,7	Sim	56	66,7	Uso de suporte ventilatório e/ou oxigenoterapia	Não	28	33,3	4,0 (±5,6)	2,0	1-20	Sim	56	66,7	Tempo de uso de suporte ventilatório* (VMI / CPAP / BIPAP)	≤ 3 dias	27	50,0	4,0 (±5,6)	2,0	1-20	4-6 dias	10	18,5	≥ 7 dias	17	31,5	Tempo de uso de oxigenoterapia** (capacete / halo / cateter / "bigode" / O ₂ na incubadora)	≤ 2 dias	15	78,9	4,0 (±5,6)	2,0	1-20	3-6 dias	1
Idade gestacional	< 32 semanas	19	22,6	1790 (±623,9)	1730	490-3295																																																																																																																																									
	32-34 semanas e 6 dias	45	53,6																																																																																																																																												
	≥ 35 semanas	20	23,8																																																																																																																																												
Peso ao nascer	< 1500g	26	31,0	31,5 (±26,5)	21,5	4-137																																																																																																																																									
	1500-2499g	47	56,0																																																																																																																																												
	≥ 2500g	11	13,1																																																																																																																																												
Apgar 1º minuto	< 6	13	15,5	9,2 (±14,6)	3,5	1-64																																																																																																																																									
	≥ 6	71	84,5																																																																																																																																												
Apgar 5º minuto	< 6	1	1,2	4,0 (±5,6)	2,0	1-20																																																																																																																																									
	≥ 6	83	98,8																																																																																																																																												
Reanimação na sala de parto	Não	59	70,2	31,5 (±26,5)	21,5	4-137																																																																																																																																									
	Sim	25	29,8																																																																																																																																												
Contato pele a pele ao nascer	Não	55	65,5	9,2 (±14,6)	3,5	1-64																																																																																																																																									
	Sim	21	25,0																																																																																																																																												
	Ignorado	8	9,5																																																																																																																																												
AM na primeira hora de vida	Não	75	89,3	4,0 (±5,6)	2,0	1-20																																																																																																																																									
	Sim	1	1,2																																																																																																																																												
Ignorado	Sim	1	1,2	4,0 (±5,6)	2,0	1-20																																																																																																																																									
	Ignorado	8	9,5																																																																																																																																												
Tempo de internação total	≤ 15 dias	26	31,0	9,2 (±14,6)	3,5	1-64																																																																																																																																									
	16-29 dias	28	33,3																																																																																																																																												
	≥ 30 dias	30	35,7																																																																																																																																												
	Sim	56	66,7																																																																																																																																												
Uso de suporte ventilatório e/ou oxigenoterapia	Não	28	33,3	4,0 (±5,6)	2,0	1-20																																																																																																																																									
	Sim	56	66,7																																																																																																																																												
Tempo de uso de suporte ventilatório* (VMI / CPAP / BIPAP)	≤ 3 dias	27	50,0	4,0 (±5,6)	2,0	1-20																																																																																																																																									
	4-6 dias	10	18,5																																																																																																																																												
	≥ 7 dias	17	31,5																																																																																																																																												
Tempo de uso de oxigenoterapia** (capacete / halo / cateter / "bigode" / O ₂ na incubadora)	≤ 2 dias	15	78,9	4,0 (±5,6)	2,0	1-20																																																																																																																																									
	3-6 dias	1	5,3																																																																																																																																												
	≥ 7 dias	3	15,8																																																																																																																																												

Legenda: DP = Desvio padrão; AM = Aleitamento materno; VMI = Ventilação mecânica invasiva; CPAP = Pressão positiva contínua das vias aéreas; BIPAP = Pressão positiva em vias aéreas a dois níveis; * n = 54; ** n = 19

O início da amamentação, considerado quando o prematuro foi colocado em contato com a mama pela primeira vez com finalidade de ser alimentado, ocorreu em idade pós-natal de cinco a 2.448 horas, média 447,3(±525,9) e mediana 216,0 horas de vida; idade corrigida de 32,3 a 41,3, média 35,7(±1,8) e mediana 35,5 semanas; peso de 1.400 a 3.250g, média 1.957,8g(±449,1) e mediana 1.782,5g. A técnica de alimentação predominante nesta primeira amamentação foi sucção direta à mama e sonda (51,2%–43), seguida do peito e copo (27,4%–23).

Na alta hospitalar, a idade corrigida dos prematuros variou de 33,1 a 50 semanas, média 37,5 ($\pm 2,6$) e mediana 37,2 semanas; o peso variou de 1.790g a 3.550g, média 2.212,7g ($\pm 433,3$) e mediana 2.027,5g. A Tabela 3 apresenta a prevalência do AM e a técnica de administração na alta, durante o primeiro mês no domicílio e aos seis meses de vida.

Tabela 3: Distribuição dos prematuros segundo tipo e técnica de alimentação láctea no momento da alta hospitalar, durante o primeiro mês no domicílio e aos seis meses de vida. Região Sudeste, Brasil, 2014-2015.

Variáveis	N	%
Tipo de aleitamento no momento da alta	AME	26 31,0
	AM	51 60,7
Técnica de aleitamento no momento da alta	Aleitamento artificial	7 8,3
	Só peito	13 15,5
	Peito + copo	38 45,2
	Peito + mamadeira	26 31,0
	Mamadeira / chucha	7 8,3
Tipo de aleitamento durante o primeiro mês no domicílio	AME	26 31,0
	AM	48 57,1
Técnica de aleitamento durante o primeiro mês no domicílio	Aleitamento artificial	10 11,9
	Peito+mamadeira / chucha	47 56,0
	Só peito	22 26,2
	Mamadeira / chucha	10 11,9
	Peito+copo	5 6,0
Tipo de alimentação aos seis meses de vida^a	Aleitamento artificial + alimentação complementar	25 32,5
	Aleitamento artificial	17 22,1
	AM + alimentação complementar	16 20,8
	AM	11 14,3
	AME	7 9,1
Técnica de alimentação aos seis meses de vida^a	Aleitamento predominante	1 1,3
	Mamadeira / chucha	40 51,9
	Peito+mamadeira	21 27,3
	Só peito	14 18,2
	Copo	2 2,6

Legenda: AME = Aleitamento materno exclusivo; AM = Aleitamento materno; ^a n = 77

A coleta no primeiro mês pós-alta foi realizada com média de 11($\pm 3,5$) e mediana 10,5 dias depois da alta, variando de seis a 25 dias. Dentre os 84 prematuros acompanhados, sete não compareceram ao retorno dos seis meses e nem foram localizados por telefone (perda<10%). Nos 77 localizados, a idade corrigida variou de 3,2 a 5,6 meses, média 4,6($\pm 0,7$) e mediana 4,8 meses.

Dentre os motivos para o desmame precoce no domicílio, relatados durante o primeiro mês e aos seis meses, destacam-se que o leite havia “secado” (39,1%), a dificuldade de sucção do prematuro/“não querer pegar o peito” (34,8%), “pouco leite/leite insuficiente” (21,7%) e início do uso da mamadeira (17,4%), sendo possível a coexistência de vários motivos para a não amamentação.

As associações entre AME na alta, durante o primeiro mês no domicílio e aos seis meses de vida, e variáveis maternas e neonatais, estão na Tabela 4.

Tabela 4: Distribuição dos prematuros em AME e não AME no momento da alta, durante o primeiro mês no domicílio e aos seis meses de vida segundo variáveis maternas e neonatais e seus respectivos valores de *p* no teste estatístico. Região Sudeste, Brasil, 2014-2015.

Variáveis	AME na Alta Hospitalar (n=84)						AME Durante o 1º Mês no Domicílio (n=84)						AME aos 6 Meses de Vida (n=77)								
	Sim			Não			Valor <i>P</i>	Sim			Não			Valor <i>P</i>	Sim			Não			Valor <i>P</i>
	N	%	IC 95%	N	%	N		%	IC 95%	N	%	n	%		IC 95%	n	%				
Idade materna																					
<21 anos	6	31,6	10,7-52,5	13	68,4	0,94 ^a	5	26,3	6,5-46,1	14	73,7	0,61 ^a	3	16,7	0,0-33,9	15	83,3	0,34 ^b			
≥21 anos	20	30,8	19,5-42,0	45	69,2		21	32,3	20,9-43,7	44	67,7		4	6,8	0,4-13,2	55	93,2				
Escolaridade materna																					
Fundamental	7	28,0	10,4-45,6	18	72,0	0,34 ^b	8	32,0	13,7-50,3	17	68,0	0,88 ^b	2	8,3	0,0-19,4	22	91,7	0,86 ^b			
Médio	18	36,0	22,7-49,3	32	64,0		16	32,0	19,1-44,9	34	68,0		4	8,9	0,6-17,2	41	91,1				
Superior	1	11,1	0,0-31,6	8	88,9		2	22,2	0,0-49,4	7	77,8		1	12,5	0,0-35,4	7	87,5				
Estado civil																					
Solteira	8	20,5	7,8-33,2	31	79,5	0,007 ^b	9	23,1	9,9-36,3	30	76,9	0,03 ^b	3	8,8	0,0-18,4	31	91,2	0,34 ^b			
Casada	15	53,6	35,1-72,0	13	46,4		14	50,0	31,5-68,5	14	50,0		2	7,4	0,0-17,3	25	92,6				
União consensual	2	13,3	0,0-30,5	13	86,7		2	13,3	0,0-30,5	13	86,7		1	7,1	0,0-20,6	13	92,9				
Viúva	1	50,0	0,0-100,0	1	50,0		1	50,0	0,0-100,0	1	50,0		1	50,0	0,0-100,0	1	50,0				
Renda familiar																					
Ignorado	3	42,9	6,2-79,5	4	57,1	0,49 ^b	4	57,1	20,5-93,8	3	42,9	0,27 ^b	3	50,0	10,0-90,0	3	50,0	0,025 ^b			
< 1 salário mínimo	3	37,5	4,0-71,0	5	62,5		3	37,5	4,0-71,0	5	62,5		1	12,5	0,0-35,4	7	87,5				
1-2 salários mínimos	12	24,5	12,4-36,5	37	75,5		12	24,5	12,4-36,5	37	75,5		3	6,7	0,0-14,0	42	93,3				
3-5 salários mínimos	4	33,3	6,7-60,0	8	66,7		3	25,0	0,5-49,5	9	75,0		0	0,0	0,0-0,0	11	100				
>5 salários mínimos	4	50,0	15,4-84,6	4	50,0		4	50,0	15,4-84,6	4	50,0		0	0,0	0,0-0,0	7	100				
Ocupação materna																					
Remunerada	9	50,0	26,9-73,1	9	50,0	0,02 ^b	8	18,2	6,8-29,6	36	81,8	0,004 ^b	2	5,3	0,0-12,4	36	94,7	0,32 ^b			
Do lar / dona de casa	16	48,5	31,4-65,5	17	51,5		17	51,5	34,5-68,6	16	48,5		5	15,6	3,0-28,2	27	84,4				
Estudante	1	14,3	0,0-40,2	6	85,7		1	14,3	0,0-40,2	6	85,7		0	0,0	0,0-0,0	7	100				
Consultas pré-natal^c																					
≥6 consultas	2 ^c	9,5	0,0-22,1	19 ^c	90,5	0,02 ^b	2 [*]	9,5	0,0-22,1	19 ^c	90,5	0,02 ^b	3 ^c	6,2	0,0-13,1	45 ^c	93,8	1,00 ^b			
<6 consultas	19 ^c	35,8	22,9-48,8	34 ^c	64,2		19 [*]	35,8	22,9-48,8	34 ^c	64,2		1 ^c	5,3	0,0-15,3	18 ^c	94,7				
História prévia de amamentação																					
Sim	10	30,3	14,6-46,0	23	69,7	0,91 ^a	12	36,4	20,0-52,8	21	63,6	0,38 ^a	3	10,0	0,0-20,7	27	90,0	1,00 ^b			
Não ou primíparas	16	31,4	18,6-44,1	35	68,6		14	27,5	15,2-39,7	37	72,5		4	8,5	0,5-16,5	43	91,5				
Tipo de gestação atual																					
Única	18	35,3	22,2-48,4	33	64,7	0,14 ^b	21	41,2	27,7-54,7	30	58,8	0,02 ^b	7	14,9	4,7-25,1	40	85,1	0,11 ^b			
Dupla	8	32,0	13,7-50,3	17	68,0		5	20,0	4,3-35,7	20	80,0		0	0,0	0,0-0,0	22	100				
Tripla	0	0,0	0,0-0,0	8	100		0	0,0	0,0-0,0	8	100		0	0,0	0,0-0,0	8	100				
Tipo de parto																					
Cesáreo	11	22,0	10,5-33,5	39	78,0	0,03 ^a	16	32,0	19,1-44,9	34	68,0	0,82 ^a	4	8,9	0,6-17,2	41	91,1	1,00 ^b			
Vaginal / Fórceps	15	44,1	27,4-60,8	19	55,9		10	29,4	14,1-44,7	24	70,6		3	9,4	0,0-19,5	29	90,6				

Variáveis	AME na Alta Hospitalar (n=84)						AME Durante o 1º Mês no Domicílio (n=84)						AME aos 6 Meses de Vida (n=77)								
	Sim			Não			Valor P	Sim			Não			Valor P	Sim			Não			Valor P
	N	%	IC 95%	N	%	N		%	IC 95%	N	%	N	%		IC 95%	n	%	IC 95%	n	%	
Contato pele a pele ao nascer																					
Não ou ignorado	23	36,5	24,6-48,4	40	63,5	0,06 ^a	23	36,5	24,6-48,4	40	63,5	0,06 ^a	5	8,6	1,4-15,8	53	91,4	1,00 ^b			
Sim	3	14,3	0,0-29,3	18	85,7		3	14,3	0,0-29,3	18	85,7		2	10,5	0,0-24,3	17	89,5				
Idade gestacional																					
<32 semanas	1	5,3	0,0-15,3	18	94,7	0,01 ^b	3	15,8	0,0-32,2	16	84,2	0,07 ^b	2	11,8	0,0-27,1	15	88,2	0,33 ^b			
32-34 semanas 6 dias	17	37,8	23,6-51,9	28	62,2		13	28,9	15,6-42,1	32	71,1		5	12,2	2,2-22,2	36	87,8				
≥35 semanas	8	40,0	18,5-61,5	12	60,0		10	50,0	28,1-71,9	10	50,0		0	0,0	0,0-0,0	19	100				
Peso ao nascer																					
<1500g	3	11,5	0,0-23,8	23	88,5	0,02 ^b	5	19,2	4,1-34,4	21	80,8	0,10 ^a	2	8,0	0,0-18,6	23	92,0	0,65 ^b			
1500-2499g	18	38,3	24,4-52,2	29	61,7		15	31,9	18,6-45,2	32	68,1		5	12,2	2,2-22,2	36	87,8				
≥2500g	5	45,4	16,0-74,6	6	54,6		6	54,5	25,1-84,0	5	45,5		0	0,0	0,0-0,0	11	100				
Duração total de internação																					
≤15 di	15	57,7	38,7-76,7	11	42,3	<0,001 ^b	15	57,7	38,7-76,7	11	42,3	<0,001 ^b	2	8,0	0,0-18,6	23	92,0	0,79 ^b			
16-29 dias	9	32,1	14,8-49,4	19	67,9		7	25,0	9,0-41,0	21	75,0		3	12,0	0,0-25,7	21	84,0				
≥30 dias	2	6,7	0,0-15,6	28	93,3		4	13,3	1,2-25,5	26	86,7		2	7,1	0,0-16,7	26	92,9				
Uso de suporte ventilatório^d																					
≤3 dias	9	33,3	15,6-51,1	18	66,7	0,04 ^b	9	33,3	15,6-51,1	18	66,7	0,16 ^b	1	4,3	0,0-12,7	22	95,7	0,53 ^b			
4-6 dias	4	40,0	9,6-70,4	6	60,0		4	40,0	9,6-70,4	6	60,0		1	10,0	0,0-28,6	9	90,0				
≥7 dias	1	5,9	0,0-17,1	16	94,1		2	11,8	0,0-27,1	15	88,2		2	12,5	0,0-28,7	14	87,5				
Uso de oxigenoterapia^e																					
≤2 dias	7	46,7	21,4-71,9	8	53,3	0,34 ^b	8	53,3	28,1-78,6	7	46,7	0,22 ^b	3	21,4	0,0-42,9	11	78,6	1,00 ^b			
3-6 dias	0	0	0,0-0,0	1	100		0	0	0,0-0,0	1	100		0	0,0	0,0-0,0	1	100				
≥7 dias	0	0	0,0-0,0	3	100		0	0	0,0-0,0	3	100		0	0,0	0,0-0,0	3	100				

Legenda: AME = Aleitamento materno exclusivo; ^a Teste Qui-quadrado; ^b Teste Exato de Fisher; ^c Missing data; ^d n = 54 (5 perdas aos 6 meses); ^e n = 19 (1 perda aos 6 meses).

DISCUSSÃO

O leite materno, preferencialmente o cru, deve ser a primeira escolha para o primeiro leite a ser oferecido ao prematuro por suas inúmeras propriedades imunológicas. Neste estudo, 97,6% dos prematuros receberam leite materno e/ou do BLH na sua primeira alimentação láctea. Estes dados se aproximam de outro estudo, no qual 95,2% dos prematuros receberam leite humano, sendo 85,7% leite humano do BLH e 9,5% leite materno na primeira ingestão láctea⁽¹²⁾.

Em relação a prevalência do aleitamento em prematuros na alta hospitalar, 31,0% estavam em AME, 60,7% em AM e 8,3% em aleitamento artificial. Comparando estes dados com outros estudos, percebe-se que as taxas de AME em prematuros estão aquém daquelas recomendadas pela OMS⁽¹⁴⁾. Em coorte nacional dinamarquesa, o índice de AME na alta hospitalar foi maior, com 68% dos prematuros, e 17% de AM parcial e 15% de não aleitamento materno⁽⁹⁾.

Em estudo sueco, país com maiores taxas de AME, constatou-se queda do AME em prematuros na alta hospitalar num período de 10 anos, passando de 59%, em 2004, para 45%, em 2013, além de aumentar o aleitamento misto de 29% para 40% e o não AM de 12% para 15%. O maior declínio do AME ocorreu nos prematuros extremos, de 55% para 16%⁽⁶⁾.

A prevalência do AM (exclusivo ou não) nas primeiras semanas após a alta se aproxima de outras pesquisas. No 14º dia pós-alta de hospital amigo da criança, 36,2% dos prematuros estavam em AME, 55,2% em AM e 8,6% em AA. Após 28 dias da alta, 25% dos prematuros internados estavam em AME, 60,3% em AM e 14,7% já haviam desmamado⁽¹⁰⁾. Em estudo de coorte, apenas 13% dos prematuros estavam em AME aos seis meses de vida⁽¹¹⁾.

Outro aspecto negativo foi o aumento do uso da mamadeira, sendo na alta 39,3% e no primeiro mês no domicílio este valor quase dobrou, 67,9%. Autores⁽¹¹⁾ indicam que a mamadeira não deve ser introduzida nas unidades neonatais se a mãe deseja estabelecer o AME. Nesse sentido, faz-se necessário rever o que está relacionado ao uso das mamadeiras uma vez que a presente pesquisa foi realizada em hospitais Amigos da Criança que inclui, entre um dos passos para o sucesso do AM, o não oferecimento de mamadeiras ou bicos artificiais. Assim, questiona-se o quanto as normas e rotinas dessas instituições credenciadas se adequam às necessidades dos prematuros.

No presente estudo as mães de prematuros informaram como principais motivos para o desmame precoce as dificuldades de sucção, leite insuficiente ou que havia “secado”. Mães de prematuros de baixo peso também relacionaram a dificuldade na pega e debilidade da sucção ao fracasso da amamentação, e tiveram a impressão do leite fraco e insuficiente⁽¹⁶⁾. Nesse sentido, fazem-se necessários o apoio e escuta da família prematura, as orientações técnicas para o manejo da amamentação nesta população e a continuidade e acompanhamento do processo de amamentar após a alta hospitalar⁽¹⁶⁾.

A idade materna pode estar relacionada com a duração do AM. Pesquisa constatou que quanto maior a idade materna, maior o índice de AM em bebês pré-termo⁽⁸⁾. Entretanto, a escolaridade materna apresenta relações controversas com a duração do AM^(8,10,17). Nesta pesquisa não houve relação direta entre idade e escolaridade materna e a prevalência do AME, apesar de se ter mostrado uma possível associação entre renda familiar e AME aos seis meses de vida. Estudo relata a necessidade de trabalhar intensamente com mães de menor nível socioeconômico, pois podem estar dentro das estatísticas de risco para desmame precoce⁽¹⁷⁾.

O estado civil e a ocupação materna foram associados com AME na alta hospitalar e durante o primeiro mês no domicílio. O estado civil também foi associado ao início da amamentação em prematuros tardios em outro estudo⁽⁸⁾. Dentre as mães, de prematuros ou não, que trabalhavam fora, as que estavam em licença-maternidade, apresentaram menor chance de interrupção do AME nos primeiros quatro meses de vida do lactente⁽¹⁸⁾.

Outro fator que contribui para o AME é a frequência das consultas de pré-natal. O presente estudo revelou associação significativa entre o AME e o número de consultas de pré-natal, sendo que, a maioria das mães que estava alimentando exclusivamente seus filhos, na alta e no domicílio, realizaram menos de seis consultas. Contrariamente, revisão integrativa evidenciou que a educação no pré-natal é um fator significativo na duração do aleitamento materno depois da alta hospitalar de prematuros egressos de unidades intensivas neonatais⁽¹⁷⁾. Tais divergências levam a questionamentos sobre a qualidade do atendimento pré-natal no preparo e incentivo ao AM, além do delineamento amostral, sendo necessários estudos futuros para melhor elucidar tais resultados.

O tipo de parto também foi associado ao AME na alta, apesar de não ter apresentado associação em outro estudo⁽¹⁰⁾. Já o tipo de gestação interferiu no AME no primeiro mês pós-alta, provavelmente pelas dificuldades maternas em manter o AME de mais de um filho em casa, sem o suporte constante da equipe de saúde no domicílio. Menor prevalência de AME na alta hospitalar e menor duração do AME foram observadas em mães que pariram gêmeos ou trigêmeos⁽⁹⁾.

Além disso, idade gestacional e peso ao nascer são fatores comumente associados com a amamentação exclusiva em prematuros, o que se confirmou neste estudo, no qual bebês nascidos mais prematuramente ou com pesos menores não estavam em AME na alta hospitalar. Estudos apontaram que menores idades gestacionais estão associadas ao estabelecimento tardio do AME⁽¹¹⁾, e idade gestacional ao nascer é um forte preditor para o início e a frequência do AM durante a hospitalização do prematuro⁽¹⁹⁾.

O tempo de internação também influenciou na prevalência do AME na alta hospitalar e no domicílio. Quanto menor o período de hospitalização, maior a taxa de AME neste estudo. A própria admissão em uma unidade de terapia intensiva neonatal representa um desafio único para a família prematura, mas, por outro lado, o tempo de hospitalização adicional pode ser utilizado pela equipe de saúde para aumentar o preparo dos pais para a amamentação após a alta hospitalar⁽¹⁷⁾.

Dentre os prematuros que estavam em AME na alta, a maioria fez uso de ventilação mecânica três dias ou menos. Estudos também identificaram que prematuros que necessitaram de suporte ventilatório tiveram o início da amamentação⁽¹⁹⁾ e o estabelecimento do AME⁽¹¹⁾ tardiamente. A instabilidade respiratória é um dos fatores relevantes para início e manutenção do AM em prematuros.

Apesar do contato pele a pele precoce não ter sido associado ao AME nos três momentos coletados, a Iniciativa Hospital Amigo da Criança adaptada para unidades neonatais (IHAC-Neo) preconiza sua realização precoce, contínua e prolongada, com efeitos positivos na amamentação e desenvolvimento do prematuro⁽²⁰⁾.

Com todos estes desafios e dificuldades encontradas por mães e prematuros para o estabelecimento e manutenção do AME, a equipe de enfermagem possui fundamental destaque nesse processo. O AM em prematuros é um processo complexo influenciado por vários fatores maternos e neonatais, mas também influenciado pelas práticas clínicas e cuidados prestados pela equipe de saúde⁽¹¹⁾. A falta de tempo e conhecimento da equipe sobre amamentação pode afetar o suporte e apoio dado às mães de prematuros⁽⁶⁾. Por

isso, a enfermagem deve estar consciente da importância da busca constante de evidências recentes e atualizadas a fim de instrumentalizar sua prática clínica em ações para incentivo ao AM em prematuros.

Além disso, as estratégias e políticas atualmente implementadas para promoção, proteção e apoio ao AM não tem obtido sucesso para mudar o cenário de baixas taxas de AME em prematuros. Baseados neste desafio, um grupo de pesquisadores canadenses e nórdicos expandiram e adaptaram os Dez Passos para o Sucesso do AM para bebês prematuros e criticamente doentes internados em unidades neonatais, a IHAC-Neo, considerando o contexto complexo e altamente tecnológico de se amamentar exclusivamente esta população vulnerável. Estas adaptações baseiam-se nos padrões da IHAC e em três princípios norteadores: foco da equipe em responder às necessidades individuais de cada mãe no seu contexto; ações que facilitem a abordagem do cuidado centrado na família; e continuidade do cuidado entre os períodos pré, peri, pós-natal e após a alta hospitalar⁽²⁰⁾.

Assim, alguns aspectos singulares às normas e rotinas dos hospitais Amigos da Criança ora estudados precisam ser revistos, atualizados e aprimorados, fazendo-se premente a necessidade de adequá-los à peculiaridade e realidade dos prematuros e de bebês gravemente doentes. A IHAC-Neo mostra-se uma excelente estratégia a ser implementada nas unidades neonatais com a principal finalidade de superar os desafios de amamentar esta população vulnerável, reduzir as barreiras e avançar nas taxas de AME.

Dessa forma, as estratégias para apoio ao AME em prematuros precisam ser implementadas desde o pré-natal até o acompanhamento após a alta hospitalar, de uma maneira integral e interligada. Algumas mudanças também devem ser realizadas em outros níveis, incluindo reconhecimento e disseminação do papel fundamental do AM para a sociedade; fomento de atitudes sociais positivas ao AM; integração da amamentação em programas políticos; regulação da indústria de leite artificial; ampliação e monitoramento das intervenções e tendências da prática de amamentação; e remoção pelas políticas institucionais das barreiras estruturais e sociais que impedem as mulheres de amamentar⁽⁴⁾.

CONCLUSÃO

A pesquisa concluiu que as taxas de AME em prematuros de dois hospitais Amigos da Criança do Sudeste, na alta, no primeiro mês pós-alta e aos seis meses de vida, estão aquém das recomendações nacionais e internacionais. Os resultados também revelam que alguns fatores podem estar associados com a prevalência do AME nos prematuros, como estado civil, ocupação materna, consultas de pré-natal, tipo de gestação e parto, idade gestacional, peso ao nascer, uso de suporte ventilatório, tempo de internação em unidades neonatais e renda familiar. Logo, é necessário que as equipes de saúde, especialmente a enfermagem, conheçam estes fatores e sejam capacitadas para promover, apoiar e proteger a alimentação ideal para estes prematuros.

Como limitações deste estudo pode-se apontar a coleta das práticas do aleitamento no pós-alta e aos seis meses de vida baseado no recordatório materno de 24 horas, o que pode superestimar alguns indicadores. Além disso, o número amostral de prematuros foi insuficiente para realização de associações mais robustas sobre fatores que influenciam e determinam o AME nesta população. O fato de recrutar apenas os bebês que tiveram alta num período de três meses também pode limitar os resultados, especialmente por menores chances de incluir prematuros crônicos que ficam hospitalizados por longos períodos.

Apesar dessas limitações, acredita-se que os dados apresentados contribuam para elaboração e aprimoramentos das ações em prol da promoção, proteção e apoio ao AM nos prematuros e para propor intervenções que visem melhorar esta realidade. Evidentemente, é necessário que haja maior capacitação das equipes de saúde para intervenção e acompanhamento adequado deste segmento populacional, seguindo as diretrizes da IHAC-Neo, bem como socialização de conhecimento e conscientização da importância do AM para as mães/família de prematuros.

Agradecimentos e Financiamento

Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo (Bolsa Regular de Doutorado Direto processo nº 2014/10680-1); Ministério da Saúde, Decit, Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico – CNPq - e Fundação Bill & Melinda Gates (financiamento do projeto multicêntrico “Aleitamento materno em prematuros: impacto da IHAC para unidades neonatais” – processo CNPq nº 401628/2-13-2), ao qual a pesquisa está vinculada).

REFERÊNCIAS

1. Liu L, Oza S, Hogan D, Perin J, Rudan I, Lawn JE, et al. Global, regional, and national causes of child mortality in 2000-2013, with projections to inform post-2015 priorities: an updated systematic analysis. *Lancet* [Internet]. 2015 [acesso em: 06 nov. 2018];385(9966):430-40. Disponível em: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(14\)61698-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(14)61698-6).
2. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Saúde da criança: aleitamento materno e alimentação complementar [Internet]. 2ª ed. Brasília (Brasil): Ministério da Saúde, 2015 [acesso em: 06 nov. 2018]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_crianca_aleitamento_materno_cab23.pdf.
3. Brahm P, Valdés V. Benefícios de la lactancia materna y riesgos de no amamantar. *Rev. chil. pediatr.* [Internet]. 2017 [acesso em: 06 nov. 2018];88(1):7-14. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.4067/S0370-41062017000100001>.
4. Rollins NC, Bhandari N, Hajeebhoy N, Horton S, Lutter CK, Martines JC, et al. Why invest, and what it will take to improve breastfeeding practices? *Lancet* [Internet]. 2016 [acesso em: 06 nov. 2018];387(10017):491-504. Disponível em: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(15\)01044-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(15)01044-2).
5. Rodrigues AP, Martins EL, Trojahn TC, Padoin SMM, Paula CC, Tronco CS. Manutenção do aleitamento materno de recém-nascidos pré-termo: revisão integrativa da literatura. *Rev. Eletr. Enf.* [Internet]. 2013 [acesso em: 06 nov. 2018];15(1):253-64. Disponível em: <https://doi.org/10.5216/ree.v15i1.17067>.
6. Ericson J, Flacking R, Hellström-Westas L, Eriksson M. Changes in the prevalence of breast feeding in preterm infants discharged from neonatal units: a register study over 10 years. *BMJ Open* [Internet]. 2016 [acesso em: 06 nov. 2018];6(12):e012900. Disponível em: <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2016-012900>.
7. Pereira LB, Abrão ACFV, Ohara CVS, Ribeiro CA. Maternal experiences with specificities of prematurity that hinder breastfeeding. *Texto contexto - enferm* [Internet]. 2015 [acesso em: 06 nov. 2018];24(1):55-63. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0104-07072015000540014>.
8. Demirci JR, Sereika SM, Bogen D. Prevalence and predictors of early breastfeeding among late preterm mother-infant dyads. *Breastfeed Med* [Internet]. 2013 [acesso em: 06 nov. 2018];8(3):277-85. Disponível em: <https://doi.org/10.1089/bfm.2012.0075>.
9. Maastrup R, Hansen BM, Kronborg H, Bojesen SN, Hallum K, Frandsen A, et al. Factors associated with exclusive breastfeeding of preterm infants. Results from a prospective national cohort study. *PLoS ONE* [Internet]. 2014 [acesso em: 06 nov. 2018];9(2):e89077. Disponível em: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0089077>.
10. Azevedo M, Cunha MLC. Fatores associados ao aleitamento materno exclusivo em prematuros no primeiro mês após a alta hospitalar. *Revista HCPA* [Internet]. 2013 [acesso em: 06 nov. 2018];33(1):40-9. Disponível em: <https://seer.ufrgs.br/hcpa/article/view/37653>.
11. Maastrup R, Hansen BM, Kronborg H, Bojesen SN, Hallum K, Frandsen A, et al. Breastfeeding progression in preterm infants is influenced by factors in infants, mothers and clinical practice: the results of a national cohort study with high breastfeeding initiation rates. *PPLoS ONE* [Internet]. 2014 [acesso em: 06 nov. 2018];9(9):e108208. Disponível em: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0108208>.

12. Gomes ALM, Balaminut T, López SB, Pontes KAES, Scochi CGS, Christoffel MM. Aleitamento materno de prematuros em hospital amigo da criança: da alta hospitalar ao domicílio. *Rev Rene* [Internet]. 2017 [acesso em: 06 nov. 2018];18(6):810-7. Disponível em: <http://periodicos.ufc.br/rene/article/view/31098>.
13. Sharp M, Campbell C, Chiffings D, Simmer K, French N. Improvement in long-term breastfeeding for very preterm infants. *Breastfeed Med* [Internet]. 2015 [acesso em: 06 nov. 2018];10(3):145-9. Disponível em: <http://doi.org/10.1089/bfm.2014.0117>.
14. World Health Organization. Indicators for assessing infant and young child feeding practices – Part 1 definitions: conclusions of a consensus meeting held 6–8 November 2007 in Washington, DC, USA [Internet]. Washington: World Health Organization, 2008 [acesso em: 06 nov. 2018]. 19p. Disponível em: http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43895/9789241596664_eng.pdf;jsessionid=D10219EF951BCA6F81BAA1E929E5561F?sequence=1.
15. Stábile AP, Braz JC, Furtado MCC, Mello DF. Indicadores de saúde infantil na estratégia saúde da família no Brasil: revisão integrativa da literatura. *Revista de Ciências Médicas* [Internet]. 2013 [acesso em: 06 nov. 2018];22(1):31-41. Disponível em: <https://seer.sis.puc-campinas.edu.br/seer/index.php/cienciasmedicas/article/view/1999>.
16. Ciaciare BC, Migoto MT, Balaminut T, Tacla MTGM, Souza SNDH, Rossetto EG. A manutenção do aleitamento materno de prematuros de muito baixo peso: experiências das mães. *Rev. Eletr. Enf.* [Internet]. 2015 [acesso em: 06 nov. 2018];17(3). Disponível em: <https://doi.org/10.5216/ree.v17i3.27548>.
17. Briere CE, McGrath J, Cong X, Cusson R. An integrative review of factors that influence breastfeeding duration for premature infants after NICU hospitalization. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs* [Internet]. 2014 [acesso em: 06 nov. 2018];43(3):272-81. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/1552-6909.12297>.
18. Monteiro FR, Buccini GS, Venâncio SI, Costa THM. Influence of maternity leave on exclusive breastfeeding. *J Pediatr (Rio J)* [Internet]. 2017 [acesso em: 06 nov. 2018];93(5):475-81. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.jped.2016.11.016>.
19. Niela-Vilén H, Melender HL, Axelin A, Löyttyniemi E, Salanterä S. Predictors of breastfeeding initiation and frequency for preterm infants in the NICU. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs* [Internet]. 2016 [acesso em: 06 nov. 2018];45(3):346-58. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.jogn.2016.01.006>.
20. Nyqvist KH, Maastrup R, Hansen MN, Haggkvist AP, Hannula L, Ezeonodo A, et al. Neo-BFHI: The Baby-friendly Hospital Initiative for Neonatal Wards. Self-Appraisal Tool to assess standards and criteria [Internet]. Quebec, CA: Nordic and Quebec working group; 2015 [acesso em: 06 nov. 2018]. Disponível em: http://portal.ilca.org/files/resources/Neo-BFHI%20Self-Appraisal%20Tool%202015%20Edition_PDF.pdf.