

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

**Jéssica Machado Teles**

**FATORES ASSOCIADOS AO ALEITAMENTO MATERNO EXCLUSIVO NO  
PRIMEIRO MÊS DE VIDA DE PREMATUROS TARDIOS**

**PORTO ALEGRE**

**2018**

**Jéssica Machado Teles**

**FATORES ASSOCIADOS AO ALEITAMENTO MATERNO EXCLUSIVO NO  
PRIMEIRO MÊS DE VIDA DE PREMATUROS TARDIOS**

Tese apresentada ao Curso de Doutorado em Enfermagem do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFRGS.

**Orientadora:** Profa Dra Ana Lucia de Lourenzi Bonilha

**Área de concentração:** Cuidado em enfermagem e saúde.

**Linha de pesquisa:** Cuidado de enfermagem na saúde da mulher, criança, adolescente e família.

**Eixo temático:** Aleitamento Materno. Saúde do recém-nascido, criança, adolescente e família.

**PORTO ALEGRE**

**2018**

**JÉSSICA MACHADO TELES****Fatores associados ao aleitamento materno exclusivo no primeiro mês de vida de prematuros tardios**

Tese 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 Doutora em Enfermagem.

Aprovada em Porto Alegre, 27 de fevereiro de 2018.

**BANCA EXAMINADORA**

---

Profa. Dra. Ana Lucia de Lourenzi Bonilha

Presidente – PPGENF/UFRGS



---

Profa. Dra. Iona Carreno

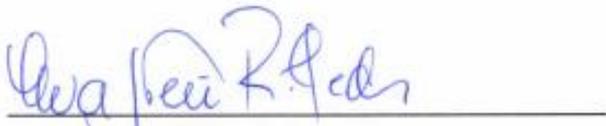
Membro – UNIVATES



---

Profa. Dra. Anne Marie Weissheimer

Membro – EENF/UFRGS



---

Profa. Dra. Eva Neri Rubim Pedro

Membro – PPGENF/UFRGS

*Dedico este trabalho à Ana Bonilha pela grande contribuição na minha trajetória e como expressão da minha admiração e carinho.*

## AGRADECIMENTOS

À Universidade Federal do Rio Grande do Sul, e especialmente à Escola de Enfermagem, por todas as oportunidades que tive e por ter me acolhido como uma segunda casa durante essa trajetória. Foi nesse espaço que cresci e amadureci tanto como pessoa, quanto profissionalmente. Serei eternamente grata por cada passo e ensinamento recebido nesta instituição.

Ao Programa de Pós-Graduação da Escola de Enfermagem e da Faculdade de Medicina pelas disciplinas, eventos, discussões e outros espaços de aprimoramento e aprendizado disponibilizados.

À CAPES, PROPESQ e ao HCPA que possibilitaram a realização desta pesquisa pelo auxílio financeiro ou pelo espaço disponibilizado.

À minha orientadora Ana Bonilha pela parceria de trabalho durante todos estes anos. Parceria que teve início na minha graduação e permaneceu até esta etapa. Nenhum agradecimento será suficiente para retribuir o quanto é importante na minha vida! Gratidão por cada momento em que estivemos juntas!

Aos demais professores (as) do PPgenf e da EEnf por terem contribuído na minha trajetória acadêmica.

Às integrantes da Banca de Defesa: Eva Neri Rubin Pedro, Anne Marie Weissheimer e Ioná Carreno pela leitura da Tese e relevância das contribuições.

Ao Hiago Rocha e Bruna Alábio pelo auxílio na construção e andamento desta pesquisa.

À equipe de enfermagem do Serviço de Enfermagem Materno-Infantil do HCPA pela colaboração durante a coleta de dados.

À minha família pelo amor e apoio durante toda minha trajetória. Obrigada por acreditarem nos meus sonhos e os tornarem possíveis!

Enfim, agradeço a todos os amigos e colegas que sinceramente me apoiam e torcem por minhas conquistas.

## SIGLÁRIO

AM	Aleitamento Materno
AMC	Aleitamento Materno Complementado
AME	Aleitamento Materno Exclusivo
AMP	Aleitamento Materno Predominante
CNPQ	Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico
MS	Ministério da Saúde
HCPA	Hospital de Clínicas de Porto Alegre
IHAC	Iniciativa Hospital Amigo da Criança
PIBIC	Programa Institucional de Bolsas de Iniciação Científica
PPGEnf	Programa de Pós-Graduação em Enfermagem
OMS	Organização Mundial de Saúde
RN(s)	Recém-nascido(s)
SINASC	Sistema de Informação de Nascidos Vivos
UFRGS	Universidade Federal do Rio Grande do Sul

## LISTA DE TABELAS

- TABELA 1. Análise Univariada das variáveis sociodemográficas das mães dos prematuros tardios com respectiva frequência absoluta, percentuais de aleitamento e níveis de significância (p). Porto Alegre, 2018. 34
- TABELA 2. Caracterização dos recém-nascidos prematuros tardios respectivo número da amostra (n) e percentuais (%). Porto Alegre, 2018. 35
- TABELA 3. Percentual de recém-nascidos prematuros tardios em aleitamento materno exclusivo com 24 horas, 15 e 30 dias de vida. Porto Alegre, 2018. 36
- TABELA 4. Distribuição do tipo de aleitamento de prematuros tardios segundo percentual e frequência absoluta. Porto Alegre, 2018. 36
- TABELA 5. Análise Univariada das variáveis da história obstétrica das mães dos prematuros tardios com 24 horas, 15 e 30 dias de vida e respectiva frequência absoluta, percentuais de aleitamento e níveis de significância (p). Porto Alegre, 2018. 38
- TABELA 6. Análise Univariada das variáveis da gestação e nascimento atual associadas ao aleitamento materno exclusivo dos recém-nascidos prematuros tardios com 24 horas, 15 e 30 dias de vida com respectiva frequência absoluta, percentuais de aleitamento e níveis de significância (p). Porto Alegre, 2018. 40
- TABELA 7. Análise multivariada das variáveis associadas ao aleitamento materno exclusivo dos recém-nascidos prematuros tardios com 24 horas de vida e respectivo risco relativo (RR) com seus níveis de significância (p). Porto Alegre, 2018. 42
- TABELA 8. Análise multivariada das variáveis associadas ao aleitamento materno exclusivo dos recém-nascidos prematuros tardios com 15 dias de vida e respectivo risco relativo (RR) com seus níveis de significância (p). Porto Alegre, 2018. 44
- TABELA 9. Análise multivariada das variáveis associadas ao aleitamento materno exclusivo dos recém-nascidos prematuros tardios com 30 dias de vida, segundo risco relativo (RR) com seus níveis de significância (p). Porto Alegre, 2018. 45

## RESUMO

**Introdução:** a prematuridade tardia é definida como o nascimento com idade gestacional entre 34 semanas e 36 semanas mais 6 dias. Esta é uma condição preditiva de falha na amamentação. As dificuldades no estabelecimento do aleitamento materno podem ocasionar complicações para prematuros tardios. **Objetivo:** identificar a incidência e os fatores associados ao aleitamento materno exclusivo no primeiro mês de vida de prematuros tardios. **Material e Método:** trata-se de um estudo de coorte prospectivo. A amostra foi composta por 182 recém-nascidos prematuros tardios que nasceram em um hospital credenciado com o título de Amigo da Criança em Porto Alegre (RS) no ano de 2017. O tratamento estatístico foi descritivo e analítico, com análise bivariada e multivariada dos dados. Para a análise multivariada utilizou-se o Modelo de Regressão de Poisson. **Resultados:** nesta pesquisa o percentual de AME para prematuros tardios com 24 horas de vida foi de 55%, com 15 dias de vida e 47,8% e 46,2% aos 30 dias de vida. Estão associados ao aleitamento materno exclusivo (AME) para prematuros tardios, nos seus primeiros 30 dias de vida, fatores sociodemográficos, obstétricos, neonatais e também fatores específicos para a prática da amamentação. São fatores associados ao AME com 24 horas de vida do recém-nascido prematuro tardio: a idade materna, o início do pré-natal, a idade gestacional do recém-nascido, o tipo de parto e internação do recém-nascido em unidade de neonatologia. Para os 15 dias de vida, foram fatores associados ao AME: o tipo de parto, o tipo de gestação e a dificuldade para amamentar com 15 dias de vida. Com 30 dias de vida do prematuro tardio foram fatores associados ao AME: a ocupação da mãe, o recém-nascido ter sugado/procurado o seio na primeira hora de vida, a internação do recém-nascido em unidade de neonatologia, o uso de chupeta nos 30 dias e o auxílio profissional com 30 dias de vida. **Conclusão:** Esta pesquisa identificou percentuais insatisfatórios de AME no primeiro mês de vida de prematuros tardios. **Implicações para a prática:** há necessidade de rotinas específicas direcionadas para as características dos recém-nascidos prematuros tardios. Pesquisa recebeu aprovação na Plataforma Brasil com CAEE N° 57463716.3.0000.5327.

**Palavras-chave:** Assistência Perinatal; Aleitamento Materno; Recém-Nascido Prematuro; Prematuro tardio

## ABSTRACT

**Introduction:** late prematurity is defined as birth with gestational age between 34 weeks and 36 weeks and 6 days. This is a predictive condition to failure in breastfeeding. Difficulties in the establishment of breastfeeding may cause other complications for late premature infants **Objective:** to identify the incidence and factors associated with exclusive breastfeeding in the first month of life of late preterm infants. **Method:** it is a prospective cohort study. The sample consisted of 182 premature newborns who were born in a hospital accredited with the title of Baby-friendly Hospital Initiative (BFHI) in Porto Alegre (RS) in the year 2017. The statistical treatment was descriptive and analytical, with a bivariate and multivariate analysis of the data. For the multivariate analysis, the Poisson Regression Model was used. **Results:** in this study the percentage of AME for late preterm infants with 24 hours of life was 55%, with 15 days of life and 47.8% and 46.2% at 30 days of life In the first 30 days of life, socioeconomic, obstetrical, neonatal factors and specific factors for the practice of breastfeeding are associated with exclusive breastfeeding (AME) for late preterm infants. Are factors associated with the 24-hour AME of the late premature newborn: maternal age, the onset of prenatal care, the gestational age of the newborn, the type of delivery and admission of the newborn to a neonatal unit. For the 15 days of life, factors associated with AME were the type of delivery, the type of pregnancy and the difficulty to breastfeed at 15 days of life. With 30 days of life of the late premature infant are associated factors with AME: the occupation of the mother, the newborn sucking the breast in the first hour of life, the hospitalization of the newborn in the neonatology unit, the use of pacifiers with 30 days and professional assistance with 30 days of life. **Conclusion:** This research identified an unsatisfactory percentual of AME in the first month of life of late preterm infants. **Implications for practice:** There is a need for specific routines directed at the characteristics of late preterm infants. Research was approved in the Plataforma Brasil with CAEE N° 57463716.3.0000.5327.

**Keywords:** Perinatal Care; Breast Feeding; Infant, Premature; Late premature

## RESUMEN

**Introducción:** la prematuridad tardía se define como el nacimiento con edad gestacional entre 34 semanas y 36 semanas más 6 días. Esta es una unión predictiva de falla en la lactancia. Las dificultades en el establecimiento de la lactancia materna pueden ocasionar otras complicaciones para prematuros tardíos. **Objetivo:** identificar la incidencia y los factores asociados a la lactancia materna exclusiva en el primer mes de vida de prematuros tardíos. **Material y método:** se trata de un estudio de cohorte prospectivo. La muestra fue compuesta por 182 recién nacidos prematuros tardíos que nacieron en un hospital acreditado con el título de Hospital Amigo del Niño (IHAN) en Porto Alegre (RS) en el año 2017. El tratamiento estadístico fue descriptivo y analítico, con análisis bivariado y multivariado de los datos. Para el análisis multivariado se utilizó el Modelo de Regresión de Poisson. **Resultados:** en esta investigación el porcentaje de AME para prematuros tardíos con 24 horas de vida fue del 55%, con 15 días de vida y el 47,8% y el 46,2% a los 30 días de vida. Se asocian a la lactancia materna exclusiva (AME) para prematuros tardíos, en sus primeros 30 días de vida, factores sociodemográficos, obstétricos, neonatales y también factores específicos para la práctica de la lactancia. Los factores asociados al AME con 24 horas de vida delgado nacido prematuro tardío: la edad materna, el inicio del prenatal, la edad gestacional del recién nacido, el tipo de parto e internación del recién nacido en la proporción de neonatología. Para los 15 días de vida, los factores asociados al AME: el tipo de parto, el tipo de gestación y la dificultad para amamantar con 15 días de vida. En el marco de la reforma agraria y de la reforma agronómica, se ha propuesto que, en el marco de la reforma agraria, con 30 días y la ayuda profesional con 30 días de vida. **Conclusión:** Esta investigación identificó porcentajes insatisfactorios de AME en el primer mes de vida de prematuros tardíos. **Implicaciones para la práctica:** hay necesidad de rutinas específicas dirigidas a las características de los recién nacidos prematuros tardíos. La investigación en la Plataforma Brasil con CAEE N° 57463716.300.00.5327.

**Palabras claves:** Atención Perinatal; Lactancia Materna; Recien Nacido Prematuro; Prematuro tardío

## SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	12
2. OBJETIVO.....	16
2.1 Objetivo geral .....	16
2.2 Objetivos específicos: .....	16
3. REVISÃO DA LITERATURA.....	17
3.1 O Aleitamento materno no Brasil .....	17
3.2 Fatores sociodemográficos e o aleitamento materno .....	18
3.3 Fatores obstétricos e aleitamento materno.....	20
3.4 Fatores neonatais que influenciam o aleitamento materno exclusivo .....	24
4. MATERIAL E MÉTODO.....	26
4.1 Delineamento da pesquisa .....	26
4.2 Local do estudo .....	26
4.3 População e amostra .....	26
4.4 Seleção da amostra.....	26
4.5 Cálculo do tamanho da amostra.....	26
4.6 Variáveis envolvidas no estudo .....	27
4.7 Coleta de dados .....	30
4.8 Análise dos dados .....	31
4.9 Aspectos éticos .....	32
5. RESULTADOS .....	34
6. DISCUSSÃO .....	47
7. CONCLUSÃO.....	57
8. IMPLICAÇÕES PARA PRÁTICA.....	59
REFERÊNCIAS .....	62
APÊNDICE A .....	71
APÊNDICE B.....	79
APÊNDICE C.....	80

## 1. INTRODUÇÃO

Conceitua-se prematuridade, de acordo com a OMS, como o nascimento que ocorre antes de 37 semanas de gestação. Nascerem cerca de 15 milhões de prematuros por ano, no mundo, e estima-se que 1,1 milhão destas crianças vão a óbito por complicações referentes à prematuridade (WHO, 2012).

A OMS evidencia a prematuridade como um problema mundial, estando o Brasil entre os dez países com taxas mais altas no mundo (WHO, 2012). A taxa nacional, brasileira, de prematuros foi de 10,8% no ano de 2015. Neste mesmo ano, a taxa de prematuridade chegou a 11,3% no estado do Rio Grande do Sul/Brasil (BRASIL, 2015). Estudo de coorte realizado na cidade de Pelotas (Brasil) identificou que a prematuridade vem aumentando neste local. No ano de 1982 a taxa de prematuros foi de 6,3% aumentando para 14,7% em 2004 (BARROS et al., 2008). No município de Porto Alegre (Brasil) no ano de 2013, os prematuros representavam 10,8% dos nascimentos, porém em 2015, esta taxa aumentou para 10,9% (BRASIL, 2015).

São definidos como prematuros tardios os recém-nascidos com idade gestacional entre 34 e 36 semanas e 6 dias (SHAPIRO-MENDOZA et al., 2006; RAJU HIGINS; STARK, 2006; WHO, 2012). Estes representam cerca de 74% dos prematuros nos Estados Unidos (McINTIRE; LEVENO, 2008).

Nos países em desenvolvimento a prematuridade tardia tem maior ocorrência. Na Espanha esta taxa é de 4,9%, já na Venezuela, país considerado em desenvolvimento, este percentual é de 12% dos nascimentos (SANTOS et al., 2009; MACHADO et al., 2014). No Brasil, em São Paulo, esta taxa é de 10,6% em Pelotas representa 11,3% dos nascidos vivos (FURZAN; SANCHEZ, 2009; CARTER et al., 2011).

Pesquisa realizada em Hospital Universitário em Porto Alegre, RS identificou uma taxa de prematuros tardios de 71,3% dentre os nascimentos prematuros, o que vai ao encontro da literatura internacional em que esta taxa se encontra entre 71% e 74% (BUENDGENS et al., 2017). Estudo transversal, realizado na cidade de Rio Grande/Brasil, identificou que a prematuridade tardia ocorreu em um a cada 10 recém-nascidos deste município no ano de 2013 (MACHADO et al., 2016).

Na prematuridade tardia, a mortalidade neonatal é 4,6 vezes maior e a mortalidade infantil é três vezes maior em comparação aos nascidos a termo (ENGLE, 2006; KHASHU, 2009; SHAPIRO; MENDOZA, 2009). Cerca de 5% dos prematuros tardios são reinternados e 1,3% permanecem algum período em observação no serviço de saúde (ENGLE, 2006; SHAPIRO, MENDOZA, 2006; MALLY, 2010).

É consenso na literatura que a prática do aleitamento materno contribui positivamente para redução das taxas de mortalidade infantil, podendo evitar cerca de 13% das mortes de crianças menores de cinco anos (BRASIL, 2009a; BRASIL, 2011). Esta prática também está associada a redução de mortalidade para recém-nascidos prematuros tardios (RADTKE, 2011; BONILHA et al., 2017).

O AME é preconizado até o sexto mês de vida da criança. Recomenda-se que até os seis meses a criança não receba chá, água ou outros alimentos líquidos ou sólidos (BRASIL, 2009a). Trata-se de uma prática protetiva para complicações e morbidade tanto para mãe, que amamenta, quanto para criança que é amamentada. Para o Ministério da Saúde, o aleitamento materno é classificado como:

- 1) aleitamento materno exclusivo: a criança recebe somente leite materno ou humano, seja diretamente da mama ou ordenhado, sem adição de outros líquidos ou sólidos (exceto gotas ou xaropes tais como vitaminas/sais);
- 2) aleitamento materno predominante: a criança recebe água e outros líquidos (água adoçada, chás, infusões, sucos de frutas, fluídos) além do leite materno;
- 3) aleitamento materno: a criança recebe leite materno independente de receber ou não outros alimentos;
- 4) aleitamento materno complementado: a criança recebe leite materno e alimento semissólido ou sólido com intuito de complementar o aleitamento materno e não substituí-lo.
- 5) aleitamento materno misto ou parcial: a criança recebe leite materno e outros tipos de leite (BRASIL, 2009a).

A prematuridade tardia é uma condição preditiva de falha na amamentação. Os prematuros tardios possuem risco aumentado, quando comparados a recém-nascidos a

termo, para o desmame precoce e para ocorrência de amamentação apenas em ambiente hospitalar (NASCIMENTO; ISSLER, 2003; SCOCHI et al., 2008; SILVA; GUEDES, 2015).

As dificuldades no estabelecimento do aleitamento materno podem ocasionar complicações na prematuridade tardia. Prematuros tardios que recebem alta nas primeiras 48 horas de vida apresentam risco duas vezes maior de reinternação no período neonatal quando comparados aos recém-nascidos a termo (TOMASHEK et al., 2009). Deste modo, os prematuros tardios necessitam de cuidados específicos para o início e manutenção do aleitamento materno (BICALHO-MANCINI; VELASQUEZ-MELENDZ, 2004; PEDRON et al., 2013).

Dentre as complicações associadas ao desmame precoce em prematuros tardios destacam-se problemas de ordem clínica, reinternações hospitalares, dificuldades de alimentação, sepse tardia, hipoglicemia, icterícia fisiológica prolongada, alterações de desenvolvimento neurológico e problemas respiratórios (DARCY, 2009; RADTKE, 2011; AYTON et al., 2012).

As pesquisas referentes a prematuridade tardia abordam especialmente a ocorrência de problemas metabólicos comumente presentes neste grupo de recém-nascidos, bem como a necessidade de incentivo à amamentação como uma estratégia protetiva, o incentivo a não interrupção precoce da gestação e chamam a atenção para as taxas de morbidade presentes nesse grupo de prematuros (GUASCH et al., 2009; PEDRON et al., 2013; MACHADO; PASSINI JUNIOR; ROSA, 2014).

O aleitamento materno, especialmente para prematuros tardios, possui vantagens no que diz respeito a questões imunológicas que auxiliam a maturação gastrointestinal, a formação do vínculo mãe-filho, o desenvolvimento neurocomportamental, a prevenção da enterocolite necrotizante, na diminuição do risco para sepse, em menores taxas de reinternação e no desenvolvimento no reflexo de sucção-deglutição (BRASIL, 2000; NASCIMENTO; ISSLER, 2003; BICALHO-MANCINI; VELASQUEZ-MELENDZ, 2004; CARVALHO, 2011; BONILHA et al., 2017).

Os prematuros tardios possuem imaturidade em diversos aspectos fisiológicos e metabólicos, tendo risco aumentado de morbidade e mortalidade necessitando de

cuidados diferenciados (ENGLE, 2006). Entre as principais complicações associadas à prematuridade tardia destaca-se: a hipotermia e hipoglicemia nas primeiras horas de vida, dificuldades no aleitamento materno associado a problemas na coordenação sucção/deglutição/respiração, instabilidade motora, sucção débil, fadiga, motilidade e o esvaziamento gástrico lentos, imaturidade na função motora intestinal e os distúrbios respiratórios devido ao desenvolvimento pulmonar incompleto (CLARK, 2005; LAPTOOK; JACKSON, 2006; MALLY et al, 2010; ADAMKIM, 2011). O problema de coordenação sucção/deglutição/respiração dificulta o aleitamento materno e pode comprometer a nutrição e crescimento na prematuridade tardia (MALLY et al, 2010).

O estabelecimento da amamentação ocorre nas primeiras semanas de vida do recém-nascido, especialmente durante o primeiro mês. Esta etapa é, geralmente, marcada por dificuldades na pega, sucção do recém-nascido, além da presença de possíveis traumas mamilares (FRANÇA et al., 2008). Para prematuros tardios a amamentação transcorre com maior dificuldade, além da ocorrência de desmame precoce, crescimento insuficiente, desidratação e icterícia relacionada à lactação (BENNETT; GALLOWAY; GRASSLEY, 2017).

Ressalta-se a importância de profissionais de saúde, em especial da enfermagem, no auxílio à amamentação principalmente nas primeiras semanas de vida da criança. Os enfermeiros que atuam em unidades hospitalares, em que se encontram estes recém-nascidos e suas mães, podem auxiliar positivamente no estímulo a este durante a pega à mama materna, evitando o desmame precoce (PEDRON et al., 2013; BONILHA et al., 2017).

Considerando a importância do aleitamento materno na redução dos índices de mortalidade e de internações hospitalares, a contribuição das ações de cuidado da enfermagem neste contexto e a escassez de estudos que abordem a temática do aleitamento materno para prematuros tardios, buscou-se identificar fatores associados ao aleitamento materno exclusivo para prematuros tardios com 24 horas, 15 e 30 dias de vida.

## **2. OBJETIVO**

### **2.1 Objetivo geral**

Identificar a incidência e os fatores associados ao aleitamento materno exclusivo no primeiro mês de vida de prematuros tardios.

### **2.2 Objetivos específicos:**

- identificar a incidência de aleitamento materno exclusivo para prematuros tardios com 24 horas, 15 e 30 dias de vida;

- identificar os fatores sociodemográficos, obstétricos e neonatais associados ao aleitamento materno exclusivo para prematuros tardios com 24 horas, 15 e 30 dias de vida.

### **3. REVISÃO DA LITERATURA**

#### **3.1 O aleitamento materno no Brasil**

Estudo realizado nas capitais brasileiras e Distrito Federal (DF) constatou que a prevalência de AME em crianças menores de 6 meses foi de 41%, com duração mediana de aleitamento materno exclusivo de 54,1 dias (1,8 meses) e a duração mediana de aleitamento materno (com complemento ou introdução de outros alimentos) de 341,6 dias (11,2 meses) no conjunto das capitais brasileiras e DF (BRASIL, 2009b).

Estudo de prevalência realizado no Brasil, entre os anos de 1999 e 2008, indicou que a duração de AME aumentou de 23,4 para 54,1 dias. Estudo publicado no ano de 2017, no Brasil, indicou que a prevalência de AME nos seis primeiros meses de vida foi de 25% com duração mediana de 55,41 dias. O uso de chupeta e o baixo peso ao nascer foram os principais fatores de exposição associados com o aumento da ocorrência de AME, para esta população (BRASIL, 2009b; GOMES et al, 2017).

Na região Sul do Brasil a taxa de AME é de 43,9% (IC 95%) a chance de uma criança ser amamentada no primeiro dia de vida é de 74,4%, com 15 dias de vida de 67%, com 30 dias de vida esta chance cai para 60,7%, já com 180 dias esse percentual diminui para 9,3%; dados que demonstraram que a tendência do desmame é bastante frequente no Brasil e especialmente na região sul. Esta publicação indica que, para OMS, são considerados os seguintes indicadores para a prática do AME: muito bom a faixa de 90 a 100%, bom a faixa de 50 a 89%, razoável de 12 a 49% e ruim de 0 a 11%. Estes dados são referentes às taxas de aleitamento materno para todos os nascidos vivos no Brasil, portanto é uma taxa geral (BRASIL, 2009b).

Há uma lacuna no conhecimento referente às taxas de aleitamento materno exclusivo na prematuridade tardia no Brasil. Estudo realizado em um hospital de Ribeirão Preto/Brasil, em hospital com o título de Hospital Amigo da Criança, encontrou uma taxa de aleitamento materno (com e sem introdução de complemento) de 76,72% na alta hospitalar para prematuros tardios. Neste mesmo hospital a taxa de aleitamento materno exclusivo para recém-nascidos entre 35 e 36 semanas mais 6 dias foi de 26,1% na alta hospitalar. Possivelmente esta diferença entre as taxas ocorreu pela introdução de complemento; sendo assim, as taxas de aleitamento materno exclusivo

para este grupo de prematuros foram baixas. Ressalta-se que este foi o único estudo encontrado na literatura com taxas de aleitamento materno para prematuros tardios no Brasil (SCOCHI et al., 2008).

Uma das estratégias para promover o aleitamento materno é a IHAC, que no Brasil é um programa público de saúde do Ministério da Saúde (BRASIL, 2010). Para receber o título da IHAC os hospitais precisam se adequar a 10 passos preconizados. Dentre estes inclui-se: capacitar os profissionais a incentivar a amamentação, orientar quanto às vantagens da amamentação e a importância para o recém-nascido, orientar a fim de prevenir dificuldades, garantir que as mães e seu (s) filho (s) recém-nascido estejam juntos 24 horas por dia em AC, não oferecer chupetas e mamadeiras e promover a formação de grupos de apoio à amamentação e encaminhar às mães a estes grupos (BRASIL, 2010).

A OMS preconiza que hospitais com o título de Amigo da Criança tenham taxas de contato pele a pele e estímulo à amamentação em sala de parto de pelo menos 80% para mulheres com parto normal (vaginal) e de 50% para mulheres que realizaram cesariana (BRASIL, 2010; BRASIL, 2014).

A implementação da IHAC contribui positivamente para o estímulo à amamentação sendo uma estratégia importante para a melhoria dos índices de amamentação exclusiva e de redução do desmame precoce. Neste sentido, o estímulo à amamentação imediatamente após o nascimento para recém-nascidos prematuros é descrito como uma prática benéfica para o sucesso do aleitamento materno especialmente em hospitais com a IHAC (GOMES et al., 2017).

### **3.2 Fatores sociodemográficos e o aleitamento materno**

Pesquisas indicam que a idade materna é um fator que está associado à prática da amamentação. Os extremos de idade como as mulheres mais jovens (<20 anos) e as mulheres mais velhas (>35anos) são fatores de risco para o não sucesso da amamentação, bem como o início tardio ou desmame precoce. Investigações que estudam a prematuridade tardia frequentemente relacionam a idade materna como um fator associado à prematuridade assim como ao início tardio do aleitamento materno (AYTON et al., 2012; VALDES et al., 2012; LEAL et al., 2016).

A idade materna inferior a 20 anos está associada a um risco para o desmame precoce, possivelmente pela relação com a inexperiência da mulher quanto a esta prática, assim como outros fatores sociais, emocionais e obstétricos que podem estar associados a esta faixa etária de mulheres (SOUZA et al., 2011).

Estudo realizado no Brasil identificou que as mulheres com idade superior a 35 anos iniciaram a amamentação mais tardiamente quando comparadas as mulheres com faixa etária inferior. Neste sentido, a idade materna superior aos 35 anos está associada como um fator de risco para o início tardio da amamentação. Estudos publicados no ano de 2008 concluíram que quanto maior a idade materna, maior é o tempo para que ocorra a primeira mamada. Ressalta-se que quanto mais precocemente ocorrer a amamentação maiores são as chances para o sucesso desta prática (BOCOLLINI et al., 2008; SILVEIRA; ALBERNAZ; ZUCCHETO, 2008).

A escolaridade é um fator frequentemente analisado e relacionado com a prática da amamentação em diversas pesquisas. O grau de instrução elevado pode estar associado ao maior acesso a informação e ao atendimento de saúde, porém alguns estudos relacionam com a maior ocorrência de cesariana para estas mulheres, fator que está relacionado a baixas taxas de aleitamento materno (SILVEIRA; ALBERNAZ; ZUCCHETO, 2008; GUASH et al., 2009; PEREIRA et al., 2013).

Assim, não há consenso sobre o grau de instrução e o risco de insucesso do aleitamento materno. Há pesquisas que indicam a maior escolaridade é um fator protetivo para o desmame precoce (DENNIS, 2002); outra pesquisa identificou que as mães com maior escolaridade iniciaram a amamentação mais tardiamente, quando comparadas com mães com baixa escolaridade (SILVEIRA et al., 2008).

Pesquisa de prevalência realizada nas capitais brasileiras e Distrito Federal concluiu que quanto maior a escolaridade materna (mais anos de estudo) maior chance de haver sucesso na amamentação, constituindo-se esta como fator que protege a criança contra possível interrupção precoce da amamentação (BRASIL, 2009a).

Estudo de coorte realizado em São Paulo, Brasil demonstrou que a escolaridade materna até o ensino fundamental, ou seja, baixa escolaridade, está associada ao dobro do risco para introdução precoce de outros alimentos, quando compara-se com mulheres com ensino superior (BUENO et al., 2003).

A presença de um companheiro (a) está relacionada ao possível apoio que a mulher possa receber para a prática da amamentação (HERNANDEZ; KOHLER, 2011). A presença de um (uma) acompanhante durante o processo de nascimento e parturição é descrita como um fator protetivo para o sucesso do aleitamento materno (PEREZ-SCAMILLA et al., 1995; BOCCOLINI et al., 2008; LUCAS et al., 2014).

A prevalência de aleitamento materno exclusivo foi 72% maior para mulheres com companheiro em estudo realizado na América Latina. Esta mesma pesquisa encontrou melhores percentuais de duração do aleitamento materno para crianças em que o pai morava com a família (PEREZ-SCAMILLA et al., 1995).

Dentre os determinantes descritos na literatura para a interrupção da interrupção da amamentação assim como o aleitamento materno exclusivo destaca-se o retorno da mulher ao mercado de trabalho (VANNUCHI et al., 2005).

Mulheres que se autodeclararam não pretas são descritas um fator protetivo para amamentação, especialmente com o início precoce desta prática (OLIVEIRA et al., 2007; PEREIRA et al., 2013). Outro estudo publicado em 2008 encontrou melhores percentuais de aleitamento para mulheres autodeclaradas brancas (SILVEIRA; ALBERNAZ; ZUCHETO, 2008). A cor branca aumentou em 20% a prevalência de AME segundo dados do PNDS de 1996 a 2006 (BRASIL, 2009c).

Estudo publicado no ano de 2013 identificou que mulheres que referiram cor da pele como não preta foram protegidas quanto a amamentação na primeira hora de vida do recém-nascido (PEREIRA et al., 2013). Pesquisa realizada no Rio de Janeiro (Brasil) concluiu que mães autodeclaradas não pretas foram protegidas quanto à amamentação na primeira hora de vida (OLIVEIRA et al., 2007). Por outro lado, pesquisa realizada em Pelotas, Brasil identificou as mães não brancas amamentando mais precocemente (SILVEIRA; ALBERNAZ; ZUCHETO, 2008).

### **3.3 Fatores obstétricos e aleitamento materno**

Investigação realizada em Rio Grande, Brasil no ano de 2013 identificou que quanto maior o número de consultas pré-natais, menor foi a ocorrência de prematuridade tardia (MACHADO; MARMITT; CESAR, 2016).

A multiparidade está descrita como um fator protetivo para a prática da amamentação. Esse fator pode estar associado às experiências maternas prévias de amamentação ou até com o seu aprendizado a partir da proximidade com profissionais ou familiares em que vivenciou a mulher maternidade e os cuidados com filhos anteriores (BOCCOLINI et al., 2008; PEREIRA, et al., 2013).

No mesmo sentido, a primiparidade está frequentemente associada como um fator que retarda o início da amamentação. Também é descrita como um fator que prejudica a manutenção da mesma, sendo considerada como um risco para o aleitamento materno (VENANCIO et al., 2002; BOCCOLINI et al., 2008).

Investigação publicada no ano de 2008 constatou que, quanto maior o número de filhos, mais precocemente ocorre à amamentação. Esse mesmo estudo sugere que as primíparas possivelmente tenham mais dúvidas e insegurança para amamentar, o que confere às multíparas, maior facilidade para realizar esta prática (BOCCOLINI et al., 2008). Estudo identificou que a multiparidade é um fator protetivo para amamentação especialmente na primeira hora de vida (PEREIRA, et al., 2013).

Pesquisa concluiu que a primiparidade foi um fator que retardou o tempo para que ocorresse a primeira mamada e que o número de filhos está relacionado à maior experiência e segurança para a prática da amamentação (BOCCOLINI et al., 2008). A primiparidade é descrita como um fator que prejudica o início e a manutenção da amamentação, identificando que esta condição é um fator de risco para a interrupção precoce da amamentação (VENANCIO et al, 2002).

Investigações que objetivaram estudar o aleitamento materno e a prática da amamentação indicaram que a realização adequada do pré-natal, assim como as orientações fornecidas à mulher e sua família durante este acompanhamento, são fatores que estão associados a melhores taxas de amamentação quando comparadas às mulheres com acompanhamento insuficiente/inadequado (VIEIRA et al., 2014; PEREIRA et al., 2013; PEDRON et al., 2013; BONILHA et al., 2017).

A gemelaridade é um fator de risco para introdução de fórmulas lácteas, uso de chupeta e desmame precoce. Estudos indicam melhores taxas de aleitamento materno exclusivo para recém-nascidos de gestação única, quando comparados aos gemelares.

Além disso, a gemelaridade está associada ao baixo peso ao nascer, menor idade gestacional e valores de Apgar, internações e prematuridade e outros fatores relacionados ao insucesso da amamentação (GUASH et al., 2009; MACHADO JUNIOR; PASSINI JUNIOR; ROZA, 2014; GIANNI et al., 2016; PEREIRA-SANTOS, 2017).

O parto vaginal é protetor para a amamentação pois a mulher encontra-se mais disposta e participativa para amamentar quando comparado à cesariana. Estudos indicam menores taxas de amamentação para crianças nascidas por cesariana, quando comparadas às nascidas por via vaginal (SILVEIRA; ALBERNAZ; ZUCCHETO, 2008; ALVES; OLIVEIRA; MORAES, 2013; PEREIRA et al., 2013).

A cesariana pode postergar o início da amamentação quando comparada ao parto vaginal (ROWE-MURRAY; FISCHER, 2002). Crianças nascidas por cesariana têm duas vezes mais chances de não serem amamentados imediatamente após o nascimento (SILVEIRA; ALBERNAZ; ZUCCHETO, 2008).

Sabe-se que o AM imediato e o contato pele a pele (entre a mãe e o recém-nascido) são fatores importantes para diminuição do sangramento em função da liberação de ocitocina endógena da mulher. Para o recém-nascido, o contato pele a pele auxilia na adaptação à vida extrauterina, além desta prática favorecer o comportamento inato do RN de abocanhar e sugar a mama durante sua primeira hora de vida (CHAPARRO; LUTTER, 2007; BRASIL, 2011; TELES et al; 2015).

A primeira hora de vida do recém-nascido é um período crucial para haver o contato precoce entre a mãe e seu filho. Mesmo para prematuros, juntamente com o clampeamento tardio do cordão umbilical, o contato pele a pele promove seu aquecimento adequado e um período de adaptação para vida extrauterina mais progressivo e menos traumático (BRASIL, 2014; TELES et al., 2015).

Evidências científicas indicam que a amamentação na primeira hora de vida é uma ação importante a ser adotada para recém-nascidos mesmo prematuros; a amamentação, juntamente com o contato pele a pele e clampeamento tardio promovem, uma melhor adequação do sistema metabólico prevenindo a hipoglicemia neonatal, a taquipnéia transitória, a icterícia neonatal, internações em unidades de neonatologia, o

uso de fórmulas lácteas e a necessidade de outras intervenções (DEMIRCI et al; 2015, HACKMAN et al; 2016, GIANNI et al; 2016, KAIR; COLAZY, 2016).

Especialmente na maternidade, imediatamente após o nascimento, é necessária avaliação e observação da mãe, assim como fornecer orientação para amamentação. É importante que os profissionais realizem a observação da mamada, promovam o aleitamento frequente e orientem os pais sobre o comportamento do prematuro tardio (DEMIRCI et al., 2015; KAIR et al., 2015; GIANNI et al., 2016; KAIR et al., 2016; HACKMAN et al; 2016).

O apoio às mulheres, no que diz respeito ao aleitamento materno, promove a prevenção de sentimentos tais como frustração, ansiedade, desesperança e até mesmo tristeza. Esses sentimentos podem ser vivenciados por mães de prematuros tardios, especialmente pelas dificuldades encontradas no aleitamento materno. Assim, fornecer às mulheres conhecimento sobre o comportamento do seu filho prematuro tardio, assim como orientações sobre técnicas de amamentação, poderá prevenir sentimentos de desesperança e desânimo (GOYAL; ATTANASIO; KOZHIMANNIL, 2014; LUCAS et al., 2014; DEMIRCI et al., 2015).

A presença do acompanhante durante o pré-parto, parto e puerpério é Lei desde o ano de 2005, no Brasil (BRASIL, 2005). O acompanhante neste processo estimula a vinculação do recém-nascido com a família, trazendo benefícios inclusive nos cuidados que serão prestados a criança após a alta hospitalar. A implementação desta prática, além de favorecer a evolução do trabalho de parto e parto, pode favorecer a prática da amamentação (BRASIL, 2011).

Estudo realizado em Porto Alegre, Brasil com prematuros nascidos em um hospital universitário, identificou que as mães que receberam orientação na alta hospitalar para amamentar exclusivamente iniciaram o AME com maior frequência após a alta; este estudo concluiu que para que as dificuldades enfrentadas por estas mães de prematuros, sejam enfrentadas é necessário o acompanhamento dos mesmos principalmente nos primeiros dias de internação e após a alta hospitalar (AZEVEDO; CUNHA, 2013).

Os prematuros tardios nascem em um período específico da gestação, em que está ocorrendo a maturidade do seu sistema neuronal responsável pela coordenação da sucção-deglutição-respiração (BENNET et al., 2017). Por não completarem o seu desenvolvimento, especialmente por não atingirem a idade do termo gestacional, estes recém-nascidos possuem dificuldades com relação à sucção apresentando prejuízo ou déficit de força. Essa característica acarreta em atraso na descida do leite materno e, conseqüentemente, demora no esvaziamento das mamas (BENNET et al., 2017; PEDRON et al., 2013).

Não há consenso na literatura quanto às taxas de aleitamento materno para prematuros tardios, nas maternidades fica torno de 59-70%, podendo haver taxas inferiores de aleitamento materno exclusivo ou até não ocorrer para alguns recém-nascidos nesta condição (RADTKE, 2011).

Os prematuros tardios apresentam maior chance de apresentar, durante a realização do reflexo de sucção, retração de língua quando comparados aos recém-nascidos a termo. Ainda, a chance de os prematuros tardios apresentarem uma sucção forte e efetiva é menor do que para os a termo (KAO; GUEDES; SANTOS, 2011).

### **3.4 Fatores neonatais que influenciam o aleitamento materno exclusivo**

Dentre as características dos prematuros tardios, destaca-se a menor vitalidade ao nascer se comparados aos recém-nascidos a termo (BENNET et al, 2017). Os prematuros tardios geralmente apresentam dificuldades no ganho de peso, além de desidratação, hipoglicemia, sonolência e possuem risco para internação em unidades de neonatologia (BENNET et al, 2017; PEDRON et al, 2017).

O início precoce da amamentação é uma prática de extrema importância para vida de recém-nascidos prematuros e de baixo peso (DRUDY et al., 2006).

O peso do recém-nascido igual ou maior à 2500g é um fator protetivo para amamentação especialmente imediatamente após o nascimento (PEREIRA et al., 2013). O MS define o baixo peso como fator de risco para internação do RN. Quanto menor for o peso ao nascer, maiores são as chances de internação (BRASIL, 2011). Estima-se que o risco de internações aumente em 9% a cada 100g a menos no peso do recém-nascido (PERLMAN; SAIMAN; LARSON, 2007). Estudo concluiu que o tempo para ocorrer a

amamentação a primeira vez teve pior desempenho para os recém-nascidos com baixo peso, quando comparado o tempo da primeira mamada para recém-nascidos com peso adequado (BOCCOLINI et al., 2008).

O ambiente do parto e nascimento deve ser favorável para recepção adequada do RN, evitando complicações e favorecendo a adaptação do mesmo (BECK et al., 2010; BRASIL, 2011;).

Sabe-se que o aleitamento materno enquanto prática, previne diversas morbidades e a mortalidade infantil e neonatal, por disponibilizar fatores imunológicos essenciais para a maturação deste sistema no neonato (PORTO et al., 2013).

A necessidade de internação em unidades de neonatologia está descrita como um fator que dificulta a amamentação. Estudo demonstrou que cerca de 13,3% dos recém-nascidos necessitaram de manobras de reanimação ao nascer e que, as mães e seus filhos devem ser estimulados para prática da amamentação assim que tiverem condições (BOCOLINI et al., 2015).

A intenção da mãe de dar chupeta ao RN dificulta a amamentação; pesquisa realizada em Pelotas, RS concluiu que o fato da mãe ter levado a chupeta para o hospital aumentou o risco dos recém-nascidos não serem amamentados na primeira hora de vida (SILVEIRA; ALBERNAZ; ZUCCHETO, 2008). Da mesma forma, ensaio clínico randomizado publicado no ano de 2001 identificou piores percentuais, em relação à amamentação, quando existe a intenção de uso da chupeta (KRAMER; et al, 2000).

Estudos revelam que o uso da chupeta está associado à interrupção precoce da amamentação (AUDI; CORRÊA; LATORRE, 2003; LEONE; SADECK, 2012; VIEIRA et al., 2014). O uso de chupeta pode levar a redução da frequência da amamentação, interferindo na livre demanda, além de alterar a dinâmica oral da criança (SILVA; GUEDES, 2015).

## **4. MATERIAL E MÉTODO**

### **4.1 Delineamento da pesquisa**

Trata-se de um estudo de coorte prospectivo. Este delineamento constitui-se em um recurso importante para definir a incidência e investigar potenciais causas de uma condição clínica (FLETCHER; FLETCHER, 2003; HADDAD, 2004).

### **4.2 Local do estudo**

O estudo foi realizado no Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA). Este é um hospital geral universitário vinculado à Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). O HCPA recebeu o título de Hospital Amigo da Criança em dezembro de 1997 e mantém este título até a presente data. Este é um hospital de referência para atendimento de risco obstétrico.

Estudo realizado no ano de 2013 identificou 3890 nascidos vivos no HCPA, sendo 446 prematuros (11,46%). Destes, 318 foram considerados recém-nascidos prematuros tardios, totalizando 71,3% dos nascimentos prematuros neste hospital (BUENDGENS et al., 2017).

### **4.3 População e amostra**

A população foi constituída por 182 recém-nascidos vivos com idade gestacional entre 34 e 36 semanas e 6 dias, nascidos no HCPA durante o período de 01/03/2017 à 30/09/2017.

### **4.4 Seleção da amostra**

Foram considerados elegíveis para participar da pesquisa recém-nascidos prematuros tardios nascidos no HCPA. Excluíram-se da amostra os recém-nascidos com contraindicação de amamentação por condição materna ou neonatal, aqueles em que a mãe foi transferida para unidade de terapia intensiva e/ou aquelas que estavam impossibilitadas de responder ao instrumento de pesquisa.

### **4.5 Cálculo do tamanho da amostra**

O cálculo do tamanho da amostra foi realizado no programa WinPEPI (*Programs for Epidemiologists for Windows*) versão 11.43 e baseado nos estudos de

Scochi et al. (2008) e Caminha et al. (2010), considerando um nível de significância de 5%, poder de 90%, uma incidência de 50% de aleitamento materno na alta e um risco relativo estimado de 1,5 para avaliar fatores associados com o AME (SCOCHI et al., 2008; CAMINHA et al., 2010).

Foram considerados prematuros tardios recém-nascidos com idade gestacional entre 34 semanas e 36 semanas mais 6 dias, pelo método de classificação de idade gestacional de Capurro. Ressalta-se que no HCPA, local em que ocorreu este estudo, o Capurro é realizado pela equipe médica exclusivamente.

O cálculo amostral previu como tamanho mínimo da amostra (n) a coleta de 170 recém-nascidos prematuros tardios. Considerando-se possíveis perdas, incluiu-se no cálculo amostral a coleta de mais 10% do tamanho mínimo previsto. Assim, foram acrescentados 17 recém-nascidos, totalizando uma amostra de 187 recém-nascidos prematuros tardios. As perdas totalizaram cinco recém-nascidos, 2,6% do tamanho da amostra. Considerou-se como perda os recém-nascidos que foram a óbito durante o primeiro mês de vida e aqueles, os quais, não foi possível o contato telefônico com a mãe para coleta dos dados. A amostra foi de 182 recém-nascidos prematuros tardios.

#### **4.6 Variáveis envolvidas no estudo**

As variáveis foram divididas em variáveis dependentes e independentes, com a categorização escolhida pela pesquisadora, conforme abaixo. A variável dependente foi o aleitamento materno exclusivo na prematuridade tardia. As variáveis independentes serão apresentadas a seguir.

As variáveis coletadas em Alojamento Conjunto referentes às primeiras 24 horas de vida do recém-nascido, foram:

- idade da materna:  $\leq 20$  anos; 20 - 35 anos;  $\geq 35$  anos;
- escolaridade materna: ensino fundamental, ensino médio, ensino superior;
- ocupação: estudante, exerce atividade remunerada, do lar;
- situação conjugal: com companheiro (a), sem companheiro (a);

- cor/raça materna autodeclarada: branca, negra, outras (os);
- número de gestações anteriores: nenhum/0, 1 (um), 2 (dois) ou mais;
- número de partos vaginais anteriores: nenhum/0, 1 (um), 2 (dois) ou mais;
- número de cesarianas anteriores: nenhum/0, 1 (um), 2 (dois) ou mais;
- número de nascidos vivos: nenhum/0, 1 (um), 2 (dois) ou mais;
- número de perdas fetais ou aborto: nenhum/0, 1 (um), 2 (dois) ou mais;
- número de consultas de pré-natal: nenhuma/0, 1 (uma) a 5 (cinco), 6 (seis) ou mais;
- início do pré-natal: até 12 semanas, após 12 semanas, sem registro;
- tipo de gestação: única, gemelar;
- nascimento (via/tipo): vaginal com períneo íntegro, vaginal com intervenção (instrumentalizado/com episiotomia/ ou com laceração), cesariana;
- tempo de contato pele a pele entre mãe e recém-nascido na primeira hora de vida: até 15 minutos, até 60 minutos, mais de 60 minutos, não houve;
- recém-nascido sugou/procurou a mama na primeira hora de vida: sim, não;
- acompanhante no nascimento: sim, não;
- sexo do recém-nascido: masculino, feminino;
- idade gestacional por capurro (em semanas + dias): 34 – 34+6, 35 – 35+6, 36 – 36+6;
- classificação do recém-nascido: PIG, AIG, GIG;

- índice de Apgar: (zero) a 10 (dez) no 1º minuto de vida, 0 (zero) a 10 (dez) no 5º minuto de vida, 0 (zero) a 10 (dez) no 10º minuto de vida (se for o caso);
- presença de traumas mamilares no puerpério: sim, não;
- internação do recém-nascido em unidade de neonatologia: sim, não;
- uso de fórmula pelo recém-nascido nas primeiras 24 horas de vida: sim, não;
- recebeu auxílio para amamentar no centro obstétrico: sim, não;
- profissional que auxiliou na amamentação: enfermeiro, técnico de enfermagem, outros profissionais;
- recebeu auxílio para amamentar no alojamento conjunto: sim, não;
- profissional que auxiliou na amamentação: enfermeiro, técnico de enfermagem, outros profissionais;
- recebeu auxílio para amamentar na neonatologia: sim, não;
- profissional que auxiliou na amamentação: enfermeiro, técnico de enfermagem, outros profissionais.

Variáveis coletadas em contato telefônico com a mãe do recém-nascido aos 15 e aos 30 dias de vida:

- recebeu auxílio para amamentar na unidade de saúde de referência: sim, não;
- profissional que auxiliou na amamentação (aos 15 ou 30 dias de vida do recém-nascido): enfermeiro, técnico de enfermagem, outros profissionais;
- presença de traumas mamilares (aos 15 ou 30 dias de vida do recém-nascido): sim, não;

- uso de fórmula pelo recém-nascido (aos 15 ou 30 dias de vida do recém-nascido): sim, não;
- uso de chupeta pelo recém-nascido (aos 15 ou 30 dias de vida do recém-nascido): sim, não;
- dificuldade para amamentar o recém-nascido (aos 15 ou 30 dias de vida do recém-nascido): sim, não.

#### **4.8 Coleta de dados**

A coleta de dados ocorreu durante o período de 01/03/2017 à 30/09/2017.

Primeiramente foi realizado convite e leitura do TCLE, ao haver o aceite era realizada uma entrevista durante a internação da mãe do recém-nascido prematuro tardio, nas primeiras 48 horas de vida do mesmo, realizada na Unidade de Alojamento Conjunto do HCPA. Neste primeiro contato realizava-se a leitura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e, após o aceite, a assinatura do mesmo (APÊNDICE B).

Após o contato presencial no Alojamento Conjunto (HCPA), houve a realização de contato telefônico com a mãe do recém-nascido em dois momentos distintos:

- uma ligação quando o recém-nascido prematuro tardio completasse 15 dias de vida, e;
- uma ligação quando o recém-nascido prematuro tardio completasse 30 dias de vida.

Portanto, realizou-se uma entrevista presencial com a mãe do recém-nascido prematuro tardio nas primeiras 48 horas de vida do mesmo, para coleta de dados referentes as suas primeiras 24 horas de vida, e após a alta foram realizadas duas entrevistas por telefone. O instrumento para coleta dos dados contemplou questões para coleta de informações do recém-nascido com 24 horas de vida, 15 dias e 30 dias de vida (APÊNDICE A).

Realizou-se um teste piloto com a coleta de dados de 10 recém-nascidos prematuros tardios para testagem prévia dos instrumentos. Após esta coleta foram realizados ajustes no instrumento para adequação das questões que seriam coletadas. Os dados destes recém-nascidos não foram incluídos na amostra deste estudo.

As duas etapas de coleta dos dados, tanto no Alojamento Conjunto do HCPA, quanto por telefone, foram realizadas exclusivamente pela autora desta pesquisa. Optou-se pela coleta de dados ser realizada por apenas uma pesquisadora por haver o entendimento que, desta forma, se facilitaria a comunicação e vinculação com as mães dos recém-nascidos prematuros tardios. Assim, as participantes reconheceriam com mais facilidade, no posterior contato telefônico, a pesquisadora que as contactou no hospital.

#### **4.9 Análise dos dados**

Para análise foi construído um banco de dados, contendo as variáveis coletadas no instrumento de pesquisa, no programa *Excel* (Versão 2016 do pacote *Microsoft Office®*). Após a construção do banco de dados realizou-se a digitação dupla dos mesmos. A digitação dos dados foi realizada por um bolsista de iniciação científica (PIBIC/CNPQ) e por uma mestranda (PPGENf), ambos vinculados à Escola de Enfermagem da UFRGS. Após a realização da dupla digitação houve o cruzamento, com sobreposição, das variáveis dos dois bancos de dados. A partir da identificação de discordâncias na digitação de algumas variáveis, foi realizada a revisão de acordo com o preenchimento do instrumento de coleta de dados. Realizada a revisão, e construção do banco final, os dados foram transferidos para o SPSS (*Statistical Package for the Social Sciences versão 23*) e, assim, aplicaram-se os testes estatísticos e foi realizada a análise dos resultados.

O tratamento estatístico foi descritivo e analítico. Todas as variáveis deste estudo foram categorizadas e descritas por frequências absolutas e relativas.

Para análise bivariada foram aplicados os testes qui-quadrado de Pearson ou exato de Fisher. Para controle de fatores confundidores foi aplicada a análise multivariada de Regressão de Poisson Hierárquica. A medida de efeito aplicada foi o Risco Relativo (RR) em conjunto com o intervalo de 95% de confiança.

Foram utilizados os seguintes blocos: (a) Dados sócio demográficos (idade da mãe, escolaridade, situação conjugal, ocupação, cor/raça materna); (b) Dados gestacionais e nascimento (tipo de parto, número de consultas pré-natal, paridade, número de nascidos vivos, tipo de gestação, classificação do recém-nascido, uso de fórmula, entre outros dados); (c) Dados da alta (uso de fórmula pelo recém-nascido, se

está sendo amamentado, entre outros dados); (d) Dados em 15 dias (uso de chupeta, em uso de fórmula, recebeu auxílio na unidade básica, dificuldade para amamentar o recém-nascido); (e) Dados dos 30 dias (uso de chupeta, em uso de fórmula, recebeu auxílio na unidade básica, dificuldade para amamentar o recém-nascido).

O critério para a entrada da variável no modelo multivariado foi de  $p < 0,20$  na análise bivariada e o critério para a permanência da variável no modelo é de que a mesma apresentasse um valor  $p < 0,10$ . O nível de significância adotado foi de 5% ( $p \leq 0,05$ ) e as análises foram realizadas no programa SPSS versão 23.0.

#### **4.10 Aspectos éticos**

Conforme as diretrizes e as normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos na Resolução do Conselho Nacional de Saúde nº 466/12, a pesquisa foi encaminhada primeiramente para a Comissão de Pesquisa da Escola de Enfermagem (COMPESQ) da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, após aceite, o projeto de pesquisa foi encaminhado para o Comitê de Ética e Pesquisa do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (CEP-HCPA), e recebeu aprovação do mesmo com CAEE Nº 57463716.3.0000.5327.

A presente pesquisa integra o projeto intitulado: “Fatores relacionados ao aleitamento materno no primeiro mês de vida de prematuros tardios e a rede de apoio”; este projeto possui duas etapas, uma etapa qualitativa e uma etapa quantitativa. A etapa qualitativa foi realizada e apresentada por uma aluna de doutorado do PPGENF/UFRGS. A etapa quantitativa está sendo apresentada nesta tese.

As mulheres, mães de prematuros tardios, foram contatadas no Alojamento Conjunto do Hospital de Clínicas de Porto Alegre, após 48 horas do nascimento do seu (s) filho (s). Neste contato, realizado por apenas uma pesquisadora, o estudo foi apresentado as mulheres com a leitura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e, para as que aceitassem participar do estudo, houve a assinatura do mesmo em duas vias, uma via de posse da pesquisadora e a outra de posse da participante (APÊNDICE B).

Os TCLE e os instrumentos de pesquisa utilizados na coleta dos dados serão guardados, pela a pesquisadora, durante o período de 5 (cinco) anos, e posteriormente serão destruídos.

## 5. RESULTADOS

Referente aos dados sociodemográficos deste estudo e características das mulheres, mães dos recém-nascidos prematuros tardios, foi identificado um perfil com idade entre 20 e 35 anos, com ensino médio completo, que referiram ter companheiro (a), exercem atividade remunerada e se autodeclararam brancas (TABELA 1).

Com relação a idade materna e a incidência de AME para prematuros tardios com 24 horas, 15 e 30 dias de vida, na Análise Univariada, observou-se significância estatística para mulheres com idade inferior a 20 anos. Neste sentido, há maior incidência de AME entre mulheres mais jovens se comparadas às mulheres com as demais faixas etárias (TABELA 1).

Quanto ao uso de fórmula láctea houve significância estatística entre prematuros tardios, com 24 horas e 30 dias de vida, e mães com idade superior a 35 anos. Para essas mulheres houve maior incidência de uso de fórmula láctea para os prematuros tardios com 24 horas de vida e 30 dias de vida, se comparadas às mulheres com as demais faixas etárias. Houve significância estatística para o uso de fórmula aos quinze dias de vida e idade materna entre 20 e 35 anos (TABELA 1).

Não houve significância estatística para a incidência de AME e/ou uso de fórmula com 24 horas, 15 e 30 dias de vida para os demais dados sociodemográficos das mulheres, mães dos recém-nascidos prematuros tardios, tais como: escolaridade materna, situação conjugal, ocupação e cor/raça autodeclarada (TABELA 1).

TABELA 1. Análise Univariada das variáveis sociodemográficas das mães dos prematuros tardios com respectiva frequência absoluta, percentuais de aleitamento e níveis de significância (*p*). Porto Alegre, 2018.

Variáveis	Aleitamento com 24 horas de vida			Aleitamento com 15 dias de vida			Aleitamento com 30 dias de vida		
	Em uso de Fórmula (%)	Em AME (%)	<i>p</i>	Em uso de Fórmula (%)	Em AME (%)	<i>p</i>	Em uso de Fórmula (%)	Em AME (%)	<i>p</i>
<b>Idade Materna</b>									
ate 19	6 (22,2)	21(77,8)*	<b>0,010</b>	8(29,6)	19(70,4)*	<b>0,026</b>	7(25,9)	20(74,1)*	<b>0,004</b>
20 a 35	49(44,1)	64(61,6)		65(58,5)*	46(52,5)		65(61,3)	43(38,7)	
acima de 35	26 (59,1)*	18(40,9)		23 (52,3)	21(47,7)		25 (56,8)*	19(43,2)	
<b>Escolaridade Materna</b>									
Ensino Fundamental	31(48,4)	33(51,6)	0,205	28(43,8)	36(56,3)	0,200	31(48,4)	33(51,6)	0,200
Ensino Médio	34(38,2)	55(61,8)		51(57,3)	38(42,7)		51(57,3)	38(42,7)	
Ensino Superior	16(55,2)	13(44,8)		17(58,6)	12(41,4)		18(62,1)	11(37,9)	
<b>Situação Conjugal</b>									
Sem companheiro (a)	14(51,9)	13(48,1)	0,534	16(59,3)	11(40,7)	0,599	17(63,0)	10(37,0)	0,485
Com companheiro (a)	67(43,2)	88(56,8)		80(51,6)	75(48,4)		83(53,5)	72(46,5)	
<b>Ocupação</b>									
Estudante	3(50,0)	3(50,0)	0,937	3(50,0)	3(50,0)	0,587	1(16,7)	5(83,3)	0,098
Exerce atividade remunerada	40(43,5)	52(46,6)		52(56,5)	40(43,5)		55(59,8)	37(40,2)	
Do lar	38(45,2)	46(54,8)		41(48,8)	43(51,2)		44(52,4)	40(47,6)	
<b>Cor/Raça**</b>									
Branca	47(46,1)	55(53,9)	0,889	61(59,8)	41(40,2)	0,094	61(59,8)	41(40,2)	0,225
Negra	19(42,2)	26(57,8)		19(42,2)	26(57,8)		20(44,4)	25(55,6)	
Outras	15(42,9)	20(57,1)		16(45,7)	19(54,3)		19(54,3)	16(45,7)	

\*associação estatisticamente significativa pelo teste de resíduos ajustados à 5% de significância. \*\*Autodeclarada pela mulher entrevistada.

A caracterização dos prematuros tardios investigados neste estudo identificou maior percentual com Idade Gestacional (Capurro) entre 36 a 36 semanas mais 6 dias. Os recém-nascidos em sua maioria eram do sexo masculino. Com relação à condição e vitalidade ao nascer, houve maior percentual de prematuros tardios apresentando Ápgar superior à 7 no 1º e no 5º minuto de vida e metade tinha peso inferior à 2500 gramas (TABELA 2).

A internação em Unidade de Neonatologia ocorreu para a menor parcela de prematuros tardios. As mães destes recém-nascidos referiram ter dificuldade para amamentá-los aos 15 dias de vida dos mesmos, porém aos 30 dias negaram ter dificuldades na amamentação. Houve uso expressivo de chupeta pelos recém-nascidos acompanhados neste estudo.

TABELA 2. Caracterização dos recém-nascidos prematuros tardios respectivo número da amostra (n) e percentuais (%). Porto Alegre, 2018.

<b>Variáveis</b>	<b>n (%)</b>
<b>Idade Gestacional (Capurro)</b>	
34 – 34+6	33 (18,1)
35 – 35+6	52 (28,6)
36 – 36+6	97 (53,3)
<b>Sexo</b>	
Masculino	95 (52,2)
<b>Apgar 1º Minuto</b>	
>7	150 (82,3)
<b>Apgar 5º Minuto</b>	
>7	176 (97,2)
<b>Peso</b>	
<2500g	92 (50,5)
<b>Internação Neonatologia</b>	
Não	99 (54,4)
<b>Dificuldade AM aos 15 dias</b>	
Sim	108 (59,3)
<b>Dificuldade AM aos 30 dias</b>	
Não	135 (74,2)
<b>Uso de Chupeta</b>	
Sim	114 (62,6)

Fizeram parte desta coorte 182 recém-nascidos prematuros tardios, destes 55% estavam em aleitamento materno exclusivo com 24 horas de vida. Porém, com 15 e 30 dias de vida o percentual de aleitamento materno exclusivo foi inferior à 50%, havendo redução dos percentuais nos três momentos analisados (TABELA 3).

TABELA 3. Percentual de recém-nascidos prematuros tardios em aleitamento materno exclusivo com 24 horas, 15 e 30 dias de vida. Porto Alegre, 2018.

<b>Idade do Recém-nascido</b>	<b>Percentual AME</b>	<b>(n=182)</b>
24 horas de vida	55%	100
15 dias de vida	47,8%	87
30 dias de vida	46,2%	84

Com relação ao AME observou-se que dos 182 prematuros tardios, 52 (28,6%) permaneceram nesta condição durante todo o período dos primeiros 30 dias de vida. Os demais recém-nascidos estavam recebendo exclusivamente fórmula láctea, desde o nascimento, ou alternaram o uso de fórmula láctea e o aleitamento materno (TABELA 4).

TABELA 4. Distribuição do tipo de aleitamento de prematuros tardios segundo percentual e frequência absoluta. Porto Alegre, 2018.

<b>Tipo de alimentação</b>	<b>Percentual</b>	<b>(n=182)</b>
Em AME desde o nascimento	28,6%	52
Alternou em AME e complementado	41,8%	76
Recebendo fórmula exclusivamente	29,6%	54

Na Análise Univariada das variáveis de história obstétrica materna não houve significância estatística entre o uso de fórmula ou AME e as variáveis: partos vaginais anteriores, número de nascidos vivos anteriores e número de perdas fetais ou abortos anteriores (TABELA 5).

Houve significância estatística para o uso de fórmula láctea aos 15 e 30 dias de vida de prematuros tardios em que as mães tinham história obstétrica de 1 (uma) cesariana anterior. Esta mesma variável não apresentou significância estatística para recém-nascidos prematuros tardios com 24 horas de vida (TABELA 5).

Identificou-se na Análise Univariada das variáveis da gestação e nascimento atual significância estatística com o tipo de gestação. Houve associação estatisticamente significativa entre AME e gestação única para os prematuros tardios com 24 horas, 15 e 30 dias de vida. Sendo assim, nesta pesquisa, houve maior prevalência de AME para prematuros tardios nascidos de gestação única, quando comparados com prematuros tardios nascidos de gestações gemelares (TABELA 5).

TABELA 5. Análise Univariada das variáveis da história obstétrica das mães dos prematuros tardios com 24 horas, 15 e 30 dias de vida e respectiva frequência absoluta, percentuais de aleitamento e níveis de significância (p). Porto Alegre, 2018.

Variáveis	Aleitamento com 24 horas de vida		p	Aleitamento com 15 dias de vida		p	Aleitamento com 30 dias de vida		p
	Em uso de Fórmula (%)	Em AME (%)		Em uso de Fórmula (%)	Em AME (%)		Em uso de Fórmula (%)	Em AME (%)	
<b>Partos vaginais anteriores</b>									
0	47(41,6)	66(58,4)	0,597	63(55,8)	50(44,2)	0,563	65(57,5)	48(42,5)	0,561
1	22(48,9)	23(51,1)		21(46,7)	24(53,3)		24(53,3)	21(46,7)	
2 ou mais	12 (50,0)	12(50,0)		12 (50,0)	12(50,0)		11 (13,2)	13(54,2)	
<b>Cesarianas anteriores</b>									
0	58(41,1)	83(58,9)	0,195	70(49,6)	71(50,4)	0,039	73(51,8)	68(48,2)	0,021
1	15(60,0)	10(40,0)		19(76,0)*	6(24,0)		20(80,0)*	5(20,0)	
2 ou mais	8(50,0)	8(50,0)		7(43,8)	9(56,3)		7(43,8)	9(56,3)	
<b>Número de Nascidos Vivos anteriores</b>									
0	31(37,3)	52(62,7)	0,196	44(53,0)	39(47,0)	0,997	46(55,4)	37(44,6)	0,714
1	27(49,1)	28(50,9)		29(52,7)	26(47,3)		32(58,2)	23(41,8)	
2 ou mais	23(52,3)	21(47,7)		23(52,3)	21(47,7)		22(50,0)	22(50,0)	
<b>Número de perdas fetais ou abortos anteriores</b>									
0	57(44,2)	72(55,8)	0,580	70(54,3)	59(45,7)	0,813	72(55,8)	57(44,2)	0,513
1	17(41,5)	24(58,5)		20(48,8)	21(51,2)		20(48,8)	21(51,2)	
2 ou mais	7(58,3)	5(41,7)		6(50,0)	6(50,0)		8(66,7)	4(33,3)	

\*associação estatisticamente significativa pelo teste de resíduos ajustados à 5% de significância

Na Análise Univariada das variáveis da gestação e nascimento atual não houve significância estatística entre o uso de fórmula ou AME e: consultas pré-natais, início do pré-natal, acompanhante no nascimento e tempo de contato pele a pele (TABELA 6).

Quanto ao tipo de parto, também houve significância estatística para os três momentos estudados nesta coorte. Apresentou-se maior incidência de AME para prematuros tardios nascidos de parto vaginal, mesmo para partos vaginais em que houve alguma intervenção. Houve maior uso de fórmula para prematuros tardios nascidos por cesariana (TABELA 6)

Também houve significância estatística entre o estímulo a amamentação na primeira hora de vida e o AME. Os recém-nascidos que foram estimulados para amamentação na primeira hora de vida apresentaram melhores percentuais de AME com 24 horas de vida, assim como os recém-nascidos que não tiveram este estímulo apresentaram maiores percentuais de uso de fórmula láctea. Não houve significância estatística desta variável para prematuros tardios com 15 e 30 dias de vida (TABELA 6).

TABELA 6. Análise Univariada das variáveis da gestação e nascimento atual associadas ao aleitamento materno exclusivo dos recém-nascidos prematuros tardios com 24 horas, 15 e 30 dias de vida com respectiva frequência absoluta, percentuais de aleitamento e níveis de significância (p). Porto Alegre, 2018.

Variáveis	Aleitamento com 24 horas de vida			Aleitamento com 15 dias de vida			Aleitamento com 30 dias de vida		
	Em uso de Fórmula (%)	Em AME (%)	<i>p</i>	Em uso de Fórmula (%)	Em AME (%)	<i>p</i>	Em uso de Fórmula (%)	Em AME (%)	<i>p</i>
<b>Consultas pré-natais</b>									
Nenhuma	1(1,3)	2(1,7)	0,204	2(66,7)	1(1,4)	0,909	2(66,7)	1(33,3)	0,977
1 a 5 consultas	21(53,8)	18(46,2)		22(20,6)	17(43,6)		21(53,8)	18(46,2)	
6 ou mais consultas	57 (41,3)	81(58,7)		71 (51,4)	67(48,6)		76 (55,1)	62(44,9)	
<b>Início no pré-natal</b>									
≤ 12 semanas	55(40,7)	80(59,3)	0,197	74(54,8)	61(45,2)	1,000	73(51,8)	68(48,2)	1,000
> 12 semanas	23(53,5)	20(46,5)		24(23,6)	19(44,2)		20(80,0)	5(20,0)	
Sem registro	0(0,0)	1(100,0)		0(0,0)	1(100,0)		7(43,8)	9(56,3)	
<b>Tipo de gestação atual</b>									
Única	61(40,1)	91(59,9)	0,008	67(44,1)	85(55,9)	0,000	71(46,7)	81(53,3)	<0,001
Gemelar	20(66,7)	10(33,3)		29(96,7)	1(3,3)		29(96,7)	1(3,3)	
<b>Tipo de parto</b>									
Períneo íntegro	8(27,6)	21(72,4)*	0,001	9(31,0)	20(69,0)*	0,000	11(37,9)	18(62,1)*	<0,001
Cesariana	52(58,4)*	37(41,6)		62(69,7)*	27(30,3)		63(70,8)*	26(29,2)	
Vaginal (instrumentalizado, episiotomia, laceração)	19(31,1)	42(68,9)*		23(37,7)	38(62,3)*		25(41,0)	36(59,0)*	
<b>Acompanhante no nascimento</b>									
Sim	71(43,8)	91(56,2)	0,600	82(50,6)	80(49,4)	0,101	86(53,1)	76(46,9)	0,232
Não	10(50)	10(50)		14(70,0)	6(30,0)		14(70,0)	6(30,0)	
<b>Tempo de Contato pele a pele no parto</b>									
Até 15 minutos	42(44,7)	52(55,3)	0,416	51(54,3)	43(44,4)	0,438	53(56,4)	41(43,6)	0,201
Até 60 minutos	11(36,7)	19(63,3)		12(40,0)	18(14,2)		12(40,0)	18(60,0)	
Mais de 60 minutos	1(20,0)	4(80,0)		2(40,0)	3(60,0)		2(40,0)	3(60,0)	
Não houve	27(51,9)	25(48,1)		30(57,7)	22(42,3)		33(63,5)	19(36,5)	
<b>RN sugou/procurou seio na 1ª hora</b>									
Sim	11(25,6)	32(74,4)	0,004	15(34,9)	28(65,1)	0,101	13(30,2)	80(49,4)	0,101
Não	70(61,9)	69(49,6)		81(58,3)	58(41,7)		14(70,0)	6(30,0)	

\*associação estatisticamente significativa pelo teste de resíduos ajustados à 5% de significância

Os resultados que serão apresentados a seguir integraram a Análise do Modelo Multivariado de Regressão de Poisson. Neste modelo foram inseridas as variáveis que apresentaram o valor de  $p < 0,20$  na análise Univariada (TABELA 7, 8 e 9).

Neste estudo, identificou-se que a idade materna menor que 20anos (RR=1,62; IC95%: 1,04-2,54) foi um fator protetivo para ocorrer AME para os prematuros tardios com 24 horas de vida, apresentando 62% maior probabilidade de esta ocorrer na comparação com recém-nascidos prematuros tardios de mulheres de outras faixas etárias (TABELA 7).

Prematuros tardios nascidos com idade gestacional entre 34 a 34 semanas + 6 dias apresentaram uma redução em 47% na probabilidade em estar em AME, com 24 horas de vida, quando comparados com os recém-nascidos com idade gestacional entre 36 a 36+6 (TABELA 7).

Mães que tiveram parto vaginal com períneo íntegro apresentaram uma probabilidade de AME 46% maior nas 24 horas e 68% aos 15 dias de vida do recém-nascido; quando comparadas às mães que foram submetidas à cesariana (TABELA 7 e 8).

A não internação em Unidade de Neonatologia foi um fator associado a maior probabilidade de os prematuros tardios serem amamentados nas primeiras 24 horas de vida, com 60% maior probabilidade do que os recém-nascidos internados (RR=1,60; IC95%: 1,15-2,24) (TABELA 7).

TABELA 7. Análise multivariada das variáveis associadas ao aleitamento materno exclusivo dos recém-nascidos prematuros tardios com 24 horas de vida e respectivo risco relativo (RR) com seus níveis de significância (*p*). Porto Alegre, 2018.

<b>Aleitamento Materno Exclusivo com 24 horas de vida</b>		
Variáveis	RR (IC 95%)	<i>P</i>
<b>Idade Materna em anos</b>		
<20	1,62(1,04-2,54)	0,035
20-34	1,22(0,85-1,76)	0,279
>35	1,00	
<b>Início do pré-natal (semanas gestacionais)</b>		
≤12	1,32(0,97-1,79)	0,082
>12	1,00	
<b>Idade Gestacional em semanas</b>		
34 – 34+6	0,53(0,30-0,92)	0,025
35 – 35+6	1,02(0,77-0,92)	0,875
36 – 36+6	1,00	
<b>Tipo de parto</b>		
Períneo íntegro	1,46(1,08-1,97)	0,014
Vaginal (instrumentalizado, episiotomia, laceração)	1,11(0,80-1,54)	0,525
Cesariana	1,00	
<b>Internação em Unidade de Neonatologia</b>		
Sim	1,00	
Não	1,60(1,15-2,24)	0,005

\*associação estatisticamente significativa pelo teste de resíduos ajustados à 5% de significância.

O parto vaginal, com ou sem intervenção obstétrica, foi um fator protetivo para o AME de prematuros tardios nos 15 dias de vida quando comparado o AME para nascidos por cesariana (RR=1,68; IC95%:1,17-2,40) (TABELA 8).

Prematuros tardios nascidos de gestação única foram protegidos para o AME nos 15 dias de vida (RR=12,8; IC95%:1,85-88,4). Esses recém-nascidos apresentam 12,8 vezes mais probabilidade de serem amamentados exclusivamente aos 15 dias de vida quando comparados aos nascidos de gestação gemelar (TABELA 8).

A dificuldade para amamentar aos 15 dias de vida dos prematuros tardios é um fator que diminui a probabilidade de AME em 36% para estes recém-nascidos (RR=0,64; IC95%:0,49-0,84) (TABELA 8).

TABELA 8. Análise multivariada das variáveis associadas ao aleitamento materno exclusivo dos recém-nascidos prematuros tardios com 15 dias de vida e respectivo risco relativo (RR) com seus níveis de significância (*p*). Porto Alegre, 2018.

<b>Aleitamento Materno Exclusivo com 15 dias de vida</b>		
Variáveis	RR (IC 95%)	<i>p</i>
<b>Tipo de parto</b>		
Períneo íntegro	1,68(1,17-2,40)	0,005
Vaginal (instrumentalizado, episiotomia, laceração)	1,55(1,12-2,15)	0,018
Cesariana	1,00	
<b>Tipo de gestação</b>		
Única	12,8(1,85-88,4)	0,010
Gemelar	1,0	
<b>Dificuldade para amamentar com 15 dias</b>		
Sim	0,64(0,49-0,84)	<0,001
Não	1,00	

\*associação estatisticamente significativa pelo teste de resíduos ajustados à 5% de significância.

Neste estudo, a mulher exercer atividade remunerada apresentou uma redução na probabilidade de ocorrer o AME aos 30 dias de vida, do recém-nascido, em 45% (RR=1,55; IC95%:0,39-0,79); além disso, os prematuros tardios em uso de chupeta aos 30 dias de vida apresentaram risco 32% menor de ocorrer o AME, quando comparados aos que não fazem uso (RR=0,68; IC95%:0,50-0,94).

Com relação aos prematuros tardios com 30 dias de vida, são fatores protetivos para o AME: sugar o seio da mãe/procurar na primeira hora de vida (RR=1,54; IC95%:1,09-2,18) e não ser internado na Unidade de Neonatologia (RR=1,63; IC95%:0,99-2,68). O auxílio do técnico de enfermagem para as mães de prematuros tardios com 30 dias de vida, quanto a amamentação, é um fator protetivo para o AME apresentando 2,29 vezes maior probabilidade de ocorrer (RR=2,29; IC95%:1,01-5,20) (TABELA 9).

TABELA 9. Análise multivariada das variáveis associadas ao aleitamento materno exclusivo dos recém-nascidos prematuros tardios com 30 dias de vida, segundo risco relativo (RR) com seus níveis de significância (*p*). Porto Alegre, 2018.

<b>Aleitamento Materno Exclusivo com 30 dias de vida</b>		
Variáveis	RR (IC 95%)	<i>p</i>
<b>Ocupação</b>		
Estudante	1,59(0,85-2,97)	0,151
Exerce atividade remunerada	0,55(0,39-0,79)	0,001*
Do lar	1,00	
<b>RN sugou na 1ª hora de vida</b>		
Sim	1,54(1,09-2,18)	0,014*
Não	1,0	
<b>Internação em Unidade de Neonatologia</b>		
Não	1,63(0,99-2,68)	0,057*
Sim	1,00	
<b>Uso de chupeta com 30 dias de vida</b>		
Sim	0,68(0,50-0,94)	0,018*
Não	1,00	
<b>Auxílio profissional na atenção primária com 30 dias de vida</b>		
Enfermeiro	1,30(0,60-2,79)	0,506
Técnico de enfermagem	2,29(1,01-5,20)	0,047*
Outros	1,0	

\*associação estatisticamente significativa pelo teste de resíduos ajustados à 5% de significância.

## 6. DISCUSSÃO

Esta investigação encontrou incidência de 55% de AME para prematuros tardios com 24 horas de vida, com 15 dias de vida 47,8% e 46,2% aos 30 dias de vida. Pesquisa de prevalência realizada no Brasil, identificou que na região Sul do Brasil a chance de uma criança ser amamentada no primeiro dia de vida é de 74,4%, com 15 dias de vida de 67%, com 30 dias de vida esta chance cai para 60,7% (BRASIL, 2009b). Embora estas pesquisas possuam delineamentos diferentes para recém-nascidos com diferentes idades gestacionais, observa-se que os percentuais de AME dos prematuros tardios são inferiores aos de recém-nascidos a termo. Não há estudos publicados que identifiquem estas taxas para prematuros tardios.

Para OMS, são considerados os seguintes indicadores para a prática do AME: muito bom a faixa de 90 a 100%, bom a faixa de 50 a 89%, razoável de 12 a 49% e ruim de 0 a 11% (BRASIL, 2009b). Neste sentido, os percentuais encontrados neste estudo são insatisfatórios ao considerar os indicadores recomendados pela OMS.

### 6.1 Idade Materna e ocupação

Este estudo mostrou associação entre a idade materna inferior a 20 anos e a prática do AME para prematuros tardios com 24 horas de vida. Dado este que vai ao encontro da pesquisa realizada na cidade de Pelotas (RS), a qual identificou que mães, com idade superior a 35 anos, foram as que iniciaram mais tardiamente a prática da amamentação. Esta mesma investigação concluiu que, quanto mais jovem a mãe, mais precoce foi o início da amamentação (SILVEIRA; ALBERNAZ; ZUCCHETO, 2008). Pesquisa indicou que para cada ano de idade materna aumenta em 2% o tempo para iniciar-se a amamentação, ou seja, o tempo para iniciar a amamentação pode ser 20% maior para mães 10 anos mais velhas (BOCOLLINI et al., 2008).

Estudos que indicam que a idade materna inferior aos 20 anos, especialmente para mães adolescentes, está associado à um risco para o desmame precoce. A associação entre a idade materna jovem e o desmame precoce possui diversos outros fatores que parecem estar relacionados, tais como: instrução, poder aquisitivo inferior ao de mulheres adultas, acesso ao pré-natal, entre outras (FROTA; MARCOPITO, 2004; SOUZA et al., 2012).

A OMS alerta para que os profissionais de saúde tenham maior atenção às mães jovens, especialmente adolescentes, por haver o entendimento que nesta fase há potencial risco para sentimentos relacionados ao medo, isolamento, ansiedade, assim como a inexperiência que pode levar a insegurança. Essas mulheres devem ser alvo de atenção por haver o risco de amamentarem seus filhos por tempo inferior ao preconizado pela OMS e MS, 6 meses exclusivamente e até dois anos ou mais com introdução de outros alimentos (FROTA; MARCOPITO, 2004; WHO, 2007; GUSMAO et al., 2013).

Houve maior prática de AME com 24 horas de vida para mulheres mais jovens (<20anos) neste estudo. Ressalta-se que, apesar deste achado, este grupo de mulheres deve continuar recebendo auxílio e apoio para que a prática do AME tenha continuidade até os 6 meses de vida da criança como recomendado pelo MS. A idade materna está associada a fatores relacionados à experiência, ao planejamento familiar, aceitação da gestação e apoio familiar/social.

Neste estudo, houve associação entre a mulher exercer atividade remunerada e o AME aos 30 dias de vida de prematuros tardios. Observou-se que houve maior incidência de uso de fórmula por estas mulheres, sendo assim, a probabilidade destes recém-nascidos serem amamentados exclusivamente é menor. Isso se dá pelo fato de que o retorno da mulher ao mercado de trabalho ser um fator de risco para o desmame (REA, 1990; MONTEIRO, 1995; BUENO et al., 2002).

É essencial que as mulheres trabalhadoras recebam auxílio, suporte e orientação para que a prática do AME ocorra. Dentre as orientações é fundamental que estas mulheres saibam como ordenhar a mama e estocar o leite materno. Além disso, é importante que os empregadores respeitem o tempo preconizado por lei para amamentação e tenham espaço para que esta prática seja realizada nas empresas (BRASIL, 2010).

## **6.2 Início do pré-natal**

Nesta pesquisa maior parte das mulheres realizou o número preconizado de consultas de pré-natal (PMPA, 2015; BRASIL, 2016). O início precoce do pré-natal (≤12 semanas de gestação) neste estudo está associado ao AME com 24 horas de vida

do prematuro tardio. É consenso que o estímulo precoce ao aleitamento materno é um fator protetivo para a prática da amamentação.

Pesquisa realizada no ano de 2010 concluiu que existe associação entre a amamentação na primeira hora de vida do RN e a mulher ter recebido orientações durante o acompanhamento pré-natal sobre a importância dessa prática, indicando que o acompanhamento adequado da gestante favorece a preparação da mesma para amamentação (VIEIRA et al., 2010).

As orientações referentes ao aleitamento materno devem ter início no pré-natal. O mesmo quando realizado de forma precoce permite maior vinculação dos profissionais de saúde com a mulher e sua família e, também, proporciona maior tempo para fornecer orientações relevantes quanto a gestação e período pós-natal.

Estudo realizado no Rio de Janeiro (Brasil) concluiu que as mães que realizaram o acompanhamento pré-natal foram fortemente protegidas com relação à amamentação na primeira hora de vida dos seus filhos (PEREIRA et al., 2013). É importante informar a mulher sobre a possibilidade e importância de amamentar na sala de parto (PEREIRA, et al., 2013).

### **6.3 Idade gestacional e Internação em Unidade de Neonatologia**

Identificou-se, nesta investigação, que a probabilidade de ocorrer AME para prematuros tardios com 24 horas de vida diminui com a idade gestacional deste grupo de recém-nascidos. Encontrou-se menor probabilidade de AME com 24 horas de vida para prematuros tardios com IG entre 34 – 34+6 semanas. Este vai ao encontro de outras pesquisas.

Estudo publicado no ano de 2013, realizado no mesmo hospital universitário de Porto Alegre/RS, identificou melhores taxas de aleitamento materno para prematuros com IG >35 semanas, e maior chance de amamentação estes recém-nascidos (AZEVEDO; CUNHA, 2013).

Quanto menor for a idade gestacional do recém-nascido maiores as consequências de não haver seu completo desenvolvimento neurológico e respiratório. É entre as 34 e 37 semanas de gestação em que está ocorrendo a maturidade do sistema neuronal responsável pela coordenação da sucção-deglutição-respiração (RADKE,

2011; SILVA; GUEDES, 2015; BENNET et al., 2017). Os prematuros tardios, por não completarem o seu desenvolvimento, especialmente por não atingirem a idade do termo gestacional (37 semanas), estes recém-nascidos apresentam prejuízo ou déficit de força durante a sucção. Esta característica acarreta em atraso na descida do leite materno e consequentemente demora no esvaziamento das mamas (BENNET et al., 2017; PEDRON et al, 2013).

Por haver maior instabilidade respiratória e dificuldade na adaptação a vida extrauterina o risco de internação em unidade neonatal é maior para prematuros tardios, e eleva-se a chance quanto menor for a sua idade gestação ao nascer (GUASCH et al., 2009; PEREIRA et al., 2013; RAYFIELD, OAKLEY; QUIGLEY, 2015).

Neste estudo, identificou-se associação para o AME de prematuros tardios com 24 horas de vida que não foram internados em Unidade de Neonatologia. A internação do neonato é um fator descrito na literatura como de risco para a separação da mãe e do seu filho (BOCCOLINI; CARVALHO; OLIVEIRA, 2015; GIANNI et al., 2016). Estes recém-nascidos, geralmente necessitam de outras intervenções que podem contraindicar o aleitamento materno ou até impossibilitar a prática da amamentação. Além disso, há maior probabilidade de uso de fórmula láctea para recém-nascidos internados, se comparados aos que permanecem com a mãe em alojamento conjunto (BOCCOLINI; CARVALHO; OLIVEIRA, 2015). Por este motivo é recomendado que as mães de recém-nascidos internados recebam orientação para realização de ordenha (AYTON et al., 2012; KAIR et al., 2016; DOSANI et al., 2017)

Estudo realizado em Portugal, comparando pré-termos tardios com recém-nascidos a termo precoce, encontrou maiores complicações neonatais para os prematuros tardios. Este recomenda a comunidade de profissionais da área obstétrica que se limitem os nascimentos antes das 39 semanas de gestação, a fim de evitar a prematuridade tardia (BARROS; CLODE; GRAÇA, 2016).

Nesta pesquisa, 50,5% dos prematuros tardios apresentaram peso inferior a 2500 gramas. A implementação do Método Canguru é uma prática descrita como benéfica para o estímulo ao aleitamento materno e ao desenvolvimento do prematuro. Este método está associado ao estímulo do desenvolvimento e auxilia na recuperação de recém-nascidos de baixo peso. O contato pele a pele, prática estimulada pelo Método

Canguru, pode auxiliar estes recém-nascidos, prematuros tardios, no estabelecimento da sua temperatura, melhorar a manutenção dos níveis glicêmicos prevenindo a hipoglicemia neonatal, além de favorecer a prática da amamentação (BRASIL, 2000; NASCIMENTO; ISSLER, 2003; GIANNI et al., 2016).

#### **6.4 Tipo de parto, práticas ao nascer e tipo de gestação**

Estudo identificou que a prática do contato pele a pele não ocorreu para 28% dos prematuros tardios ou ocorreu de forma inadequada até 15 minutos (51,6%). Cabe considerar que 82% dos recém-nascidos tiveram Ápgar superior à 7 no primeiro minuto de vida e este percentual foi de 97,2% no 5º minuto.

O tempo de contato pele a pele preconizado pela OMS é de no mínimo 1 hora e deve ser realizado imediatamente após o nascimento, sem haver campos ou panos entre a pele da mãe e do recém-nascido (BRASIL, 2011). Ressalta-se a importância em perguntar a mulher se ela deseja amamentar e auxiliá-la nesta hora, ajudando-a a segurar o seu filho, se desejar fazê-lo (PEREIRA, et al., 2013).

Neste estudo, apesar do hospital ser credenciado à IHAC observou-se que a prática de incentivo ao aleitamento materno imediatamente após o nascimento não apresentou dados satisfatórios. Observou-se que grande parte dos recém-nascidos que não foram amamentados na primeira hora de vida acabaram por receber fórmula com 24 horas, 15 e 30 dias de vida. Além disso, esta pesquisa identificou associação entre o prematuro tardio sugar o seio da mãe/procurar na primeira hora de vida e o AME aos 30 dias de vida. É consenso na literatura que a prática no aleitamento materno na primeira hora de vida é um fator protetor da prática da amamentação (CHAPARRO; LUTTER, 2007; BRASIL, 2011; TELES et al; 2015). As boas práticas de atenção ao parto e nascimento parecem ser pouco estimuladas para os prematuros tardios.

Estudos vem demonstrando a importância de haver políticas públicas e programas que incentivem o aleitamento materno nas maternidades. A IHAC é uma estratégia positiva para o incentivo desta prática dentro das maternidades não só para recém-nascidos a termo, mas também para prematuros tardios (DEMIRCI et al; 2015; GOMES et al., 2017).

Nesta pesquisa, encontrou-se associação entre o parto com períneo íntegro e a prática da AME para prematuros tardios com 24 horas e 15 dias de vida. Foram maiores os percentuais de uso de fórmula para prematuros tardios nascidos por cesariana. Sabe-se que partos menos traumáticos e com menos intervenções favorecem a movimentação da mulher, auxiliando nos cuidados com o recém-nascido e também na prática da amamentação. Os resultados desta pesquisa vão ao encontro de outros estudos que relacionam as intervenções no parto e no processo de nascimento como fatores que interferem negativamente na prática da amamentação. Diversos estudos relacionam as intervenções no parto com maior risco de não ocorrer amamentação ou de haver taxas de insatisfatórias de aleitamento materno (THORNTON; LILFORD, 1994; LOPES et al., 2001; D'ORSI et al., 2005; BOCCONILI et al., 2008; PORTO; AMORIM; SOUZA, 2010).

Esta pesquisa também encontrou associação entre a gestação única e o aleitamento exclusivo para prematuros tardios com 15 dias de vida. A gemelaridade é um fator descrito como de risco para o uso de fórmula láctea e o desmame precoce. Estudo publicado no ano de 2009 encontrou maior risco e complicações neonatais para recém-nascidos gemelares, especialmente os nascidos de cesariana. A maior parte deste recém-nascidos são prematuros tardios e está atribuído ao fato do aumento do número de reprodução assistida e gestações com idade materna avançada. Estudos sugerem que sejam evitadas as cesarianas agendadas a fim de evitar nascimentos prematuros (LEE; CLEARY-GOLDMAN; D'ALTON, 2006; GUASH et al., 2009).

### **6.5 Dificuldade para amamentar e auxílio profissional com 30 dias de vida**

A dificuldade para amamentar foi um fator associado ao AME para prematuros tardios aos 15 dias de vida. Esta variável apresentou um percentual de 59,3% aos 15 dias e houve uma redução aos 30 dias, para 25,8%. Cabe incluir que o AME aos 30 dias de vida, do prematuro tardio, neste estudo foi associado ao auxílio profissional de técnicos de enfermagem aos 30 dias de vida. A análise permite inferir que as mulheres que referiram dificuldades para amamentar os prematuros com 15 dias de vida estavam em AME. Já com 30 dias houve associação com auxílio profissional.

A literatura destaca que o primeiro mês de vida do recém-nascido é o período de maior dificuldade para o estabelecimento do aleitamento materno (DEMIRCI et al;

2015; GIANNI et al; 2016; GOMES et al., 2017). É neste período que as mulheres relatam a ocorrência de traumas mamilares, uso de pomadas e outras estratégias como tentativa de estabelecimento do aleitamento materno. Neste mesmo sentido, há necessidade de auxílio profissional para que as mulheres não desistam de amamentar exclusivamente seus filhos, especialmente quando se trata de prematuros tardios que frequentemente apresentam dificuldades de sucção.

Destaca-se o auxílio profissional do técnico de enfermagem para ocorrer o AME aos 30 dias de vida do prematuro tardio. O técnico de enfermagem é o profissional que se encontra mais próximo das mulheres e recém-nascidos nos ambientes de atenção ao parto, nascimento e acompanhamento da dupla mãe/recém-nascido após a alta. Este achado deve servir de alerta, especialmente aos enfermeiros, para que estejam mais próximos das mulheres a fim de auxiliá-las no estabelecimento da amamentação. Importante ressaltar que este auxílio deve ocorrer não só na maternidade, mas também nas Unidades de Saúde vinculadas à atenção primária, como forma de dar continuidade ao acompanhamento realizado na atenção terciária.

Existe uma lacuna no que diz respeito ao atendimento na atenção primária e terciária de saúde. Neste estudo, as mães de prematuros tardios sinalizaram que possuem dificuldades e dúvidas para amamentarem seus filhos após a alta hospitalar. Ainda o percentual de recém-nascidos em aleitamento materno exclusivo aos 15 dias de vida (47,8%) evidenciou a necessidade de suporte para estas mulheres e famílias. Neste sentido, é de grande relevância que os profissionais de saúde que atuam na atenção primária possuam conhecimento sobre a comunidade atendida a fim de que reconheçam o prematuro tardio e assim possam orientar as famílias sobre as especificidades relativas ao aleitamento materno para estes recém-nascidos (ABOUELFETTOH et al., 2008; GIANNI et al; 2016; DOSANI et al; 2017).

A literatura indica que a presença do acompanhante é um fator importante a favor da amamentação e que deve ser estimulada nos locais de atendimento ao parto e nascimento (BOCCOLINI et al., 2008). Dentre as orientações deve-se atentar para os aspectos emocionais da mulher e da família. Permitindo o diálogo para que se possa avaliar as condições emocionais e mentais. Ainda a presença de um acompanhante neste processo é um fator que contribui para o aleitamento materno por haver a possibilidade

de mais uma pessoa recebendo as informações e orientações com relação a esta prática. As orientações sobre aleitamento materno devem incluir aspectos específicos referentes ao comportamento dos prematuros tardios. Os pais devem receber orientações sobre características tais como: sonolência, dificuldades de sucção e de ganho de peso. Estas famílias devem ser encorajadas a alimentarem seus filhos, recém-nascidos, com leite materno.

Durante a permanência da mãe e do recém-nascido na maternidade seja fornecida orientação sobre ordenha (tanto manual quanto com uso de “bombinha”). Caso ocorra necessidade de oferecer complementação ao recém-nascido com fórmula láctea é importante que as mães de prematuros tardios saibam que a oferta deve ser realizada com copinho (ABOUELFETTOH et al; 2008). Ressalta-se que a complementação com fórmula deve ser evitada, primeiramente deve-se ofertar ao recém-nascido o leite esgotado da mãe com copinho (ABOUELFETTOH et al; 2008, LUCAS et al; 2014, DEMIRCI et al; 2015, GIANNI et al; 2016, KAIR et al; 2016).

O tempo de permanência no alojamento conjunto é outro fator que interfere no aleitamento materno do prematuro tardio, neste sentido a literatura recomenda que se postergue a alta até que a amamentação se estabeleça (AYTON et al., 2012; HWANG et al. 2013; DEMIRCI et al., 2013).

Bennet et al (2017) afirmam que as mães de prematuros tardios necessitam, com relação ao aleitamento materno, de suporte e auxílio não só na maternidade, mas também, na comunidade após a alta. É necessário que os profissionais de saúde que atuam nestes ambientes, em especial a enfermagem, estejam capacitados para reconhecer o prematuro tardio e proporcionar o suporte adequado para o sucesso da amamentação (BONILHA et al., 2017).

As dificuldades envolvidas no estabelecimento do aleitamento materno podem ocasionar outras complicações na prematuridade tardia. Prematuros tardios que recebem alta nas primeiras 48 horas de vida apresentam risco duas vezes maior de reinternação no período neonatal quando comparados aos recém-nascidos a termo (TOMASHEK, 2009). Os prematuros tardios de modo necessitam de cuidados específicos para o início e manutenção do aleitamento materno (BICALHO-MANCINI; VELASQUEZ-MELENDEZ, 2004; PEDRON et al., 2013; BONILHA et al., 2017).

Estudo de coorte publicado no ano de 2012, realizado na Austrália, indicou que a prematuridade tardia é um fator preditivo de insucesso do aleitamento materno e que eleva o risco de desmame precoce para esta população quando comparados à recém-nascidos a termo (OR 0.4 95%) (AYTON et al., 2012). Estudo de coorte realizado no Canadá e publicado no ano de 2013, demonstrou que a imaturidade neurológica e metabólica dos prematuros tardios, predispõe a dificuldades de aleitamento materno e risco para o uso de complementos e de aleitamento exclusivo até os 4 meses de vida (OR 1.72 95%); indicando que, para prematuros tardios, há maior necessidade de suporte e auxílio para o estabelecimento e sucesso do aleitamento materno (NAGULESAPILLAI et al., 2013).

Recomenda-se que o primeiro atendimento no domicílio para mães e seus filhos prematuros tardios ocorra entre 24 e 48 horas após a alta da maternidade (DOSANI et al., 2017, TULLY et al., 2017).

O apoio às famílias, especialmente aos pais de prematuros tardios, inclui além do auxílio de profissionais de saúde, a promoção e participação em grupos de apoio. A troca de experiências entre famílias é uma estratégia que promove a troca de informações e de vivências, além de possibilitar maior acesso à informação sobre as especificidades de cuidado para estes recém-nascidos (KAIR et al., 2015, GIANNI et al., 2016).

### **6.6 Uso de chupeta aos 30 dias de vida**

Esta pesquisa identificou associação entre o uso de chupeta aos 30 dias de vida do recém-nascido prematuro tardio e a prática do AME. Ressalta-se que 62,6% dos prematuros tardios, neste estudo, utilizaram chupeta. Cabe destacar, ainda, que 46,2% dos prematuros tardios estavam em AME com 30 dias de vida, o que é um percentual insatisfatório de aleitamento materno. Além disso, apenas 52 recém-nascidos (28,6%) estavam em AME durante os 30 primeiros dias de vida, os outros 71,4% receberam fórmula em algum momento.

Um dos mais importantes fatores para desmame precoce, descrito na literatura, é o uso da chupeta (RAMOS et al., 2008). A não utilização de chupeta antes de iniciar o AME foi descrita como um fator de proteção para o início do aleitamento materno em

prematturos no domicílio (AZEVEDO; CUNHA, 2013). Investigaçãõ realizada em Londrina/Brasil demonstrou que, para prematturos tardios, o uso da chupeta estã associado a um risco aumentado para interrupçãõ do AME (OR 1,67; IC 95%: 1,30-2,6) (OLIVEIRA; VANNUCHI; MATSUO, 2007).

Estudo de prevalência e de fatores associados à interrupçãõ precoce do aleitamento materno publicado em 2017, identificou que a associaçãõ entre o uso da chupeta e a interrupçãõ do aleitamento materno pode ser causal ou nãõ. Alguns autores sugerem que seja evitado o uso da chupeta antes de haver o estabelecimento da amamentaçãõ. Outros estudos devem ser realizados levando em conta a possibilidade de haver causalidade reversa entre o uso de chupeta e o desmame (BUCCINI et al., 2016; PEREIRA et al., 2017).

O risco de interrupçãõ precoce da amamentaçãõ, a partir do uso da chupeta antes do estabelecimento da sucçãõ do recém-nascido, deve ser abordado às mães e famílias de prematturos tardios.

Este foi um estudo de coorte prospectivo que, a partir deste desenho, permitiu identificar os fatores associados ao aleitamento materno exclusivo para prematturos tardios com 24 horas, 15 e 30 dias de vida. Os dados foram coletados a partir da análise de prontuários e de entrevista com as mulheres mães dos prematturos tardios de duas formas, presencial e por telefone. As respostas por telefone envolveram a disponibilidade da mulher em responder as questões e informar especificidades sobre seus filhos prematturos tardios o que pode ser uma limitaçãõ desta pesquisa. Sugere-se estudos observacionais que permitam aprofundar aspectos relacionados ao AM para prematturos tardios.

## 7. CONCLUSÃO

Identificou-se incidência de 55% de AME para prematuros tardios com 24 horas de vida, com 15 dias de vida de 47,8% e de 46,2% aos 30 dias de vida. Houve redução progressiva dos percentuais de AME na comparação dos três momentos analisados. Estes são insatisfatórios quando consideradas as taxas preconizadas pela OMS.

Os resultados evidenciaram que os fatores associados ao AME para prematuros tardios, nos seus primeiros 30 dias de vida, envolvem aspectos sociodemográficos, obstétricos, neonatais e também fatores específicos para a prática da amamentação.

No modelo final da análise estatística, Multivariado de Regressão, foram fatores associados ao AME com 24 horas de vida do recém-nascido prematuro tardio: idade materna, início do pré-natal, idade gestacional do recém-nascido, tipo de parto e internação em unidade de neonatologia. Para os 15 dias de vida, foram fatores associados ao AME: tipo de parto, tipo de gestação e dificuldade para amamentar com 15 dias de vida. Com 30 dias de vida do prematuro tardio foram fatores associados ao AME: ocupação, recém-nascido sugar/procurar o seio na primeira hora de vida, internação em unidade de neonatologia, uso de chupeta com 30 dias e auxílio profissional com 30 dias de vida.

Para prematuros tardios com 24 horas de vida identificou-se que a idade materna <20anos (RR=1,62; IC95%: 1,04-2,54) foi um fator protetivo para ocorrer, apresentando 62% maior probabilidade de ocorrer o AME para estes RN na comparação com os prematuros tardios de mães com outras faixas etárias.

Identificou-se redução em 47% na probabilidade de ocorrer AME para pré-terms tardios com IG entre 34 a 34 semanas + 6 dias, quando comparados com os recém-nascidos com idade gestacional entre 36 a 36+6.

O parto normal com períneo íntegro foi um fator protetivo para a prática do AME. Mães com esse tipo de parto apresentaram uma probabilidade de AME 46% maior nas 24 horas e 68% aos 15 dias de vida do recém-nascido.

É fator associado ao AME a não internação em Unidade de Neonatologia para prematuros tardios nas primeiras 24 horas de vida, com 60% maior probabilidade do que os recém-nascidos internados (RR=1,60; IC95%: 1,15-2,24).

Para prematuros tardios com 15 dias de vida o parto vaginal, com ou sem intervenção obstétrica, foi um fator protetivo para o AME quando comparado o AME para nascidos por cesariana. (RR=1,68; IC95%:1,17-2,40). Assim como prematuros tardios nascidos de gestação única, estes foram protegidos para o AME nos 15 dias de vida (RR=12,8; IC95%:1,85-88,4). Esses apresentam 12,8 vezes mais probabilidade de serem amamentados exclusivamente aos 15 dias de vida quando comparados aos RN de gestação gemelar.

Identificou-se que a dificuldade para amamentar aos 15 dias de vida dos prematuros tardios é um fator que diminui a probabilidade de AME em 36% para estes RN (RR=0,64; IC95%:0,49-0,84).

Há redução de 45% (RR=1,55; IC95%:0,39-0,79) na probabilidade de ocorrer o AME aos 30 dias de vida dos RNs com mães que exercem atividade remunerada. Identificou-se que o uso de chupeta aos 30 dias de vida é um fator de risco para o AME (32% menor) quando comparados os RN que não fazem uso (RR=0,68; IC95%:0,50-0,94).

São fatores protetivos para o AME de prematuros tardios com 30 dias de vida: ser estimulado para prática da amamentação na primeira hora de vida (RR=1,54; IC95%:1,09-2,18) e não ser internado na Unidade de Neonatologia (RR=1,63; IC95%:0,99-2,68). Identificou-se que o auxílio do técnico de enfermagem quanto a amamentação é um fator protetivo para o AME apresentando 2,29 vezes maior probabilidade de ocorrer para estas crianças (RR=2,29; IC95%:1,01-5,20).

## 8. IMPLICAÇÕES PARA PRÁTICA

Este trabalho teve como objetivo identificar a incidência e os fatores associados ao AME para prematuros tardios com 24 horas, 15 e 30 dias de vida. Escolheu-se por este tema por se tratar de um grupo específico de prematuros que são vistos, frequentemente, como recém-nascidos a termo. O fato de geralmente não haverem rotinas específicas para estes prematuros, suas especificidades acabam não sendo vistas pelos profissionais de saúde.

Esta pesquisa identificou percentuais insatisfatórios de AME para prematuros tardios. Reforçando a necessidade de haver rotinas específicas que sejam direcionadas para as características destes recém-nascidos.

Os profissionais de saúde, especialmente os enfermeiros, devem estar atentos para a ocorrência de prematuros tardios nas unidades em que atuam. Além disso, devem orientar as famílias sobre as características e necessidades específicas deste recém-nascido.

Destaca-se que o pré-natal é o período ideal para o incentivo e para fornecer orientações as mulheres e família quanto ao aleitamento materno. Além disso, as mulheres que exercem atividade remunerada devem ser encorajadas e informadas sobre as possibilidades de estarem alimentando seus filhos com leite materno, especialmente nos intervalos em que não podem amamentar. A inserção do companheiro (a) nas orientações, grupos de apoio e consultas pré-natais é um aspecto importante para que a mulher tenha apoio durante a prática do aleitamento materno.

A abordagem sobre o tipo de parto deve ser incorporada tanto nas consultas pré-natais, quanto nos grupos de gestantes. Dentre as principais causas da prematuridade tardia encontra-se as cesarianas eletivas. Sabe-se que a prematuridade é uma questão de saúde pública e as mulheres devem ser devidamente orientadas sobre os riscos de precipitar o nascimento. Neste estudo, assim como em outras pesquisas, identificou-se que quanto menor o número de intervenções no parto, maior será a probabilidade de ocorrer o aleitamento materno exclusivo. Trata-se de uma questão que merece atenção e discussão com as mulheres para que as mesmas tenham condições de decidir com mais propriedade e embasamento o tipo de nascimento que desejam para seus filhos.

Ressalta-se a necessidade de maior estímulo ao aleitamento materno. Esta pesquisa foi realizada em um hospital Amigo da Criança, porém, poucos prematuros tardios tiveram contato com suas mães imediatamente após o nascimento. O estímulo a amamentação e o contato precoce com a mãe, durante a primeira hora de vida, deve ser implementada. Além disso, o clampeamento tardio do cordão umbilical, apesar de não ter sido um objetivo deste estudo, é uma prática que favorece a adaptação do recém-nascido para vida extrauterina mesmo para recém-nascidos com dificuldade nesta transição. A realização dos primeiros cuidados com o recém-nascido junto a mãe deve ser incorporada as rotinas com prematuros tardios.

As mulheres com gestação múltipla devem receber atenção especial com relação às orientações e preparo da família para a prática da amamentação. Trata-se de gestações que, frequentemente, não chegam ao termo. Neste sentido, as famílias devem ser orientadas sobre esta possibilidade e devem receber orientações específicas sobre aleitamento materno antes do momento do nascimento.

É necessário que haja maior informação antes da alta da maternidade sobre ordenha manual (ou com bombinha) e como estocar o leite materno. Este estudo não objetivou identificar as dúvidas das mulheres sobre a prática da amamentação, porém durante a coleta de dados, foi possível perceber que as mesmas tinham muitos questionamentos sobre práticas específicas relacionadas a amamentação.

Identificou-se neste estudo um percentual relevante de mulheres com dúvidas após a alta da maternidade. Estas dúvidas não surgiam por esquecimento, mas possivelmente por não terem sido informadas. A repetição de informações e o aumento da frequência em que o tema “aleitamento materno” é abordado no pré-natal podem se formas de favorecer que as mulheres e famílias registrem aspectos tão importantes quanto a alimentação dos seus filhos recém-nascidos.

Sugere-se que sejam construídas rotinas específicas para os prematuros tardios, incluindo maior tempo de internação, inserção do Método Canguru, revisão dos parâmetros de glicemia para introdução de fórmula láctea, maior estímulo à sucção por meio de sucção não nutritiva assim como orientações específicas para as mães e família destes recém-nascidos. Necessita-se de outras investigações, especialmente no Brasil,

que abordem a temática do aleitamento materno para esta população que possui especificidades quando comparadas aos outros grupos de recém-nascidos.

Considerações para prática assistencial:

- 1) capacitação dos profissionais de saúde quanto a prematuridade tardia, incluindo aspectos específicos destes recém-nascidos;
- 2) aumento do número de dias de internação para prematuros tardios, ou estender a internação até o estabelecimento da amamentação;
- 3) postergar a alta da maternidade ou realizar visita domiciliar na comunidade entre 24 a 48 horas após a alta do prematuros tardios;
- 4) orientar mulheres com gestação gemelar e trabalhadoras, no pré-natal, sobre amamentação (incluindo ordenha e armazenamento do leite materno);
- 5) realizar revisão das rotinas hospitalares para os prematuros tardios;
- 6) evitar cesarianas eletivas e orientar mulheres sobre os riscos deste tipo de nascimento;
- 7) ofertar o leite materno ordenhado antes de oferecer fórmula láctea especialmente até o estabelecimento do AME.

## REFERÊNCIAS

- ABOUELFETTOH, A.M.A. et al. Cup versus bottle feeding for hospitalized late preterm infants in Egypt: A quasi-experimental study. **Int Breastfeed J**, v. 3, n. 27, 2008.
- ADAMKIM, D.H. Committee on Fetus and Newborn. Clinical report – Postnatal glucose homeostasis in late preterm and term infants. **Pediatrics**, v. 127, p. 575-9, 2011.
- ALVES, A.L.N.; OLIVEIRA, M.I.C.; MORAES, J.R. Iniciativa Unidade Básica Amiga da Amamentação e sua relação com o aleitamento materno exclusivo. **Rev Saude Publica**, v 47, n 6, p.1130-40, 2013.
- AUDI, C.A.F.; CORRÊA, A.M.S.; LATORRE, M.R.D.O. Alimentos complementares e fatores associados ao aleitamento materno e ao aleitamento materno exclusivo em lactentes até 12 m de vida em Itapira, SP, 1999. **Rev Bras Saude Mater Infant**, v.3, n 1, p.85-93, 2003.
- AYTON, J. et al. Factors associated with initiation and exclusive breastfeeding at hospital discharge: late preterm compared to 37 week gestation mother and infant cohort. **International Breastfeeding Journal**, v 7, p.16, 2012.
- AZEVEDO, M.; CUNHA, M. Fatores associados ao aleitamento materno exclusivo em prematuros no primeiro mês após a alta hospitalar. **Rev HCPA**, v 33, n 1, 2013.
- BARROS; CLODE; GRAÇA. Prevalence of late preterm and early term birth in Portugal. **Acta Med Port**, v. 29, n. 4, p. 249-253, 2016.
- BARROS, F.C. et al. Preterm births, low birth weight, and intrauterine growth restriction in three birth cohorts in Southern Brazil: 1982, 1993 and 2004. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, supl. 3, p. s390-s398, 2008.
- BECK S. et al. The worldwide incidence of preterm birth: a systematic review of maternal mortality and morbidity. **Bull World Health Organ**, v.88, p.31-8. 2010
- BENNETT, C.F.; GALLOWAY, C.; GRASSLEY, J.S. Education for WIC Peer Counselors About Breastfeeding the Late Preterm Infant. **J Nutr Educ Behav**, v.17, p. 1499-4046, 2017.
- BRASIL. Portaria nº 693 de 5 de julho de 2000. **Dispõe sobre a norma para implantação do método canguru, destinado a promover a atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso**. Diário Oficial da União, 06 de Jul, Seção 1:15, 2000.
- BRASIL. Ministério da saúde. **Banco de dados do sistema de informação sobre nascidos vivos (SINASC)**. Brasília, 2004. Disponível em:  
<<http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=060702>>

BRASIL. Lei nº 11.108, de 7 de abril de 2005. **Altera a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para garantir às parturientes o direito à presença de acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS.** Diário Oficial da União, 04 de Abr, p. 1, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde da criança: nutrição infantil: aleitamento materno e alimentação complementar.** Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2009a.

Disponível em:

<[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude\\_crianca\\_nutricao\\_aleitamento\\_alimentacao.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_crianca_nutricao_aleitamento_alimentacao.pdf)>

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **II Pesquisa de Prevalência de Aleitamento Materno nas Capitais Brasileiras e Distrito Federal.** Brasília. Editora do Ministério da Saúde, 2009b. Disponível em:

<[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pesquisa\\_prevalencia\\_aleitamento\\_materno.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pesquisa_prevalencia_aleitamento_materno.pdf)>

BRASIL. Ministério da Saúde. **Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher – PNDS2006: dimensões do processo reprodutivo e da saúde da criança.** Brasília: Ministério da Saúde. 300p, 2009c. Disponível em:

<[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pnds\\_crianca\\_mulher.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pnds_crianca_mulher.pdf)>

BRASIL. Ministério da saúde. **Iniciativa Hospital Amigo da Criança: revista, atualizada e ampliada para o cuidado integrado: modulo 4: auto avaliação e monitoramento do hospital / Fundo das Nações Unidas para a Infância, Organização Mundial da Saúde.** Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2010. Disponível em:

< [http://www.redeblh.fiocruz.br/media/modulo3\\_ihac\\_alta.pdf](http://www.redeblh.fiocruz.br/media/modulo3_ihac_alta.pdf)>

BRASIL. Ministério da Saúde. **Além da sobrevivência: práticas integradas de atenção ao parto, benéficas para a nutrição e a saúde de mães e crianças.** Secretaria de Atenção à Saúde. Área Técnica de Saúde da Criança e Aleitamento Materno.

Brasília, 2011. Disponível em:

<[http://www.sbp.com.br/fileadmin/user\\_upload/pdfs/Alem\\_sobrevivencia\\_Praticas\\_integradas\\_atencao\\_parto.pdf](http://www.sbp.com.br/fileadmin/user_upload/pdfs/Alem_sobrevivencia_Praticas_integradas_atencao_parto.pdf)>

BRASIL. Ministério da Saúde. **Atenção à saúde do recém-nascido: guia para os profissionais de saúde.** Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. 2. ed. atual. – Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

Disponível:

<[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao\\_saude\\_recem\\_nascido\\_v4.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_saude_recem_nascido_v4.pdf)>

BRASIL. Ministério da Saúde. **Protocolos de Atenção Básica**. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Brasília. 2016. Disponível em:

<[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolos\\_atencao\\_basica\\_saude\\_mulheres.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolos_atencao_basica_saude_mulheres.pdf)>

BICALHO-MANCINI, P.G.; VELASQUEZ-MELENDZ, G. Aleitamento materno exclusivo na alta de recém-nascidos internados em berçário de alto risco e os fatores associados a essa prática. **J. Pediatr. (Rio J.)**, Porto Alegre, v. 80, n. 3, p. 241-248, 2004.

BONILHA, A.L.L, et al. Ações para a promoção do aleitamento materno na prematuridade tardia. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, vol 9, n. 3, p.1347-1353, 2017.

BUCCINI, G.D. et al. Pacifier use and interruption of exclusive breastfeeding: Systematic review and meta-analysis. **Matern Child Nutr.** v. 32, n. 3, 2016.

BUENDGENS, B. et al. Características maternas na ocorrência da prematuridade tardia. **Rev enferm UFPE on line**, v 11, supl. 7, p. 2897-906, 2017.

BUENO, M.B. et al. Duração da amamentação após a introdução de outro leite: seguimento de coorte de crianças nascidas em um hospital universitário em São Paulo. **Rev. bras. epidemiol. [online]**, v.5, n.2, p.145-152, 2002.

BUENO, M.B. et al. Riscos associados ao processo de desmame entre crianças nascidas em hospital universitário de São Paulo entre 1998 e 1999: estudo de coorte prospectivo do primeiro ano de vida. **Cad Saúde Pública**, v.19, p.1453-60, 2003.

BOCCOLINI, C.S. et al. Fatores que interferem no tempo entre o nascimento e a primeira mamada. **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 24, n. 11, Nov, 2008.

BOCCOLINI, C.S.; CARVALHO, M.L.; OLIVEIRA, M.I.C. Fatores associados ao aleitamento materno exclusivo nos primeiros seis meses de vida no Brasil: revisão sistemática. **Rev. Saúde Pública [online]**, v.49, n. 91, 2015.

CAMINHA, M.F.C. Tendências temporais e fatores associados à duração do aleitamento materno em Pernambuco. **Rev. Saúde Pública**, v. 44, n. 2, p. 240-248, 2010.

CARTER, M. et al. The late preterm birth rate and its association with comorbidities in a population-based study. **Am J Perinatol**, v. 28, n. 9, p. 703-8, 2011.

CARVALHO, H.M.B. O recém-nascido pré-termo tardio: os desafios. **Rev. Saúde Criança Adolesc**, v.3, n. 1, p 14-18, 2011.

CLARK, R.H. The epidemiology of respiratory failure in neonates born at an estimated gestational age of 34 weeks or more. **J Perinatol**, v. 25, n. 4, p. 251-7, 2005.

DARCY, A.E. Complications of the late preterm infant. **J Perinat Neonatal Nurs**, v. 23, n. 1, p.78-86, 2009.

DEMIRCI JR, SEREIKA SM, BOGEN D. Prevalence and predictors of early breastfeeding among late preterm mother-infant dyads. **Breastfeed Med**, v. 8, n.3, p. 277-85, 2013.

DEMIRCI, J.R. et al. Weighing worth against uncertain work: The interplay of exhaustion, ambiguity, hope and disappointment in mothers breastfeeding late preterm infants. **Matern Child Nutr**, v.11, n.1, p: 59–72, 2015.

DENNIS, C.L. Breastfeeding initiation and duration: a 1990-2000 literature review. **J Obstet Ginecol Neonatal Nurs**, v. 31, p.12-32, 2002.

D'ORSI, E. et al. Qualidade da atenção ao parto em maternidades do Rio de Janeiro. **Rev. Saúde Pública**, v. 39, n. 4, 2005.

DOSANI, A. et al. Breastfeeding the late preterm infant: experiences of mothers and perceptions of public health nurses. **Int Breastfeed J**, v. 8, n.12, p. 23, 2017.

DRUDY, D. et al. Enterobacter sakazakii: Na emerging pathogen in powdered infant formula. **Clinical Infectious Diseases**, v. 42, p. 996-1002, 2006.

ENGLE, W.A. A recommendation for the definition of “Late preterm” (Near term) and the birth weight-gestational age classification system. **Semin Perinatol**, v 30, 2006.

FLETCHER, R.H.; FLETCHER, S.W. **Epidemiologia clínica: elementos essenciais**. Porto Alegre: Artmed, 2003.

FORMAN, M.R. Review research on the factors associated with choice and duration of infant feeding in less-developed countries. **Pediatrics**, v. 74, Supl 4, p. 667-94, 1984.

FRANÇA, M.C.T. et al. Uso de mamadeira no primeiro mês de vida: determinantes e influência na técnica de amamentação. **Rev. Saúde Pública**, v. 42, n.4, p. 607-614, 2008.

FROTA, D.A.L.; MARCOPITO, L.F. Amamentação entre mães adolescentes e não adolescentes, Montes Claros, MG. **Rev Saude Publica**. v. 38, n.1, p. 85-92, 2004.

FURZAN, J.; SANCHEZ H. Recién nacido prematuro tardío: incidencia y morbilidad neonatal precoz. **Arch Venez Pueric Pediatr**. v.72, n. 2, p. 59-67, 2009.

GIANNÌ, M.L. et al. Facilitators and barriers of breastfeeding late preterm infants according to mothers' experiences. **BMC Pediatr.** v. 8, n. 16 (1), p.179, 2016.

GOMES, A.L.M. et al. Aleitamento materno de prematuros em hospital amigo da criança: da alta hospitalar ao domicílio. **Rev Rene**, v. 18, n. 6, 2017.

GOYAL, N.K.; ATTANASIO, L.B.; KOZHIMANNIL, K.B. Hospital care and early breastfeeding outcomes among late preterm, early-term, and term infants. **Birth**, v. 41, n 4, p:330-8, 2014.

GUASCH, D.X. et al. Prematuros tardíos: una población de riesgo infravalorada. **Anales de Pediatría**, v.71, n. 4, p 291-298, 2009.

GUSMÃO, A.M. et al. Prevalência de aleitamento materno exclusivo e fatores associados: estudo transversal com mães adolescentes de 14 à 16 anos em Porto Alegre, RS, Brasil. **Cien Saude Colet**, v. 18, n. 11, p.3357-68, 2013.

HACKMAN, N.M. et al. Reduced Breastfeeding Rates in Firstborn Late Preterm and Early Term Infants. **Breastfeed Med**, v. 11, p. 119-25, 2016.

HADDAD, N. **Metodologia de Estudos em Ciências da Saúde: como planejar, analisar e apresentar um trabalho científico**, São Paulo: Roca, 2004.

HERNANDEZ, A.R.; KOHLER, C.V.F. Determinantes sociais do desmame: contribuições das diferentes abordagens metodológicas. **Physis**, vol.21, 2011.

HWANG, S.S. et al. Discharge timing, outpatient follow-up, and home care of late-preterm and early-term infants. **Pediatrics**. v.132, n.1, p: 101-8, 2013.

KAIR, L.R.; COLAIZY, T.T. Breastfeeding Continuation Among Late Preterm Infants: Barriers, Facilitators, and Any Association With NICU Admission? **Hosp Pediatr**. v. 6, n.5, p: 261-8, 2016.

KAIR, L.R. et al. The experience of breastfeeding the late preterm infant: a qualitative study. **Breastfeed Med**, v.10, n.2, p.102-6, 2015.

KAO, A.P.; GUEDES, Z.C.; SANTOS, A.M. Characteristics of non-nutritive sucking in full-term and late preterm infant. **Rev Soc Bras Fonoaudiol**, v.16, p. 298-303, 2011.

KHASHU, M. et al. Prenatal outcomes associated with preterm birth at 33 to 36 weeks gestacion: a population-based cohort study. **Pediatrics**, v. 123, n. 1, p. 109-113, 2009.

KRAMER, M.S. The contribution of mild and moderate preterm birth to infant mortality. Fetal and Infant Health Study Group of the Canadian Perinatal Surveillance System. **JAMA**, v. 284, n. 7, p. 843-849, 2000.

- LAPTOOK, A.; JACKSON, G.L. Cold stress and hypoglycemia in the late preterm (“near-term”) infant: Impact on nursery of admission. **Semin Perinatol**, v 30, 2006.
- LEAL, M. C. et al. Provider-Initiated Late Preterm Births in Brazil: Differences between Public and Private Health Services. **PLOS ONE**. v. 11, n.5, 2016.
- LEE, Y.M.; CLEARY-GOLDMAN, J.; D'ALTON, M.E. The impact of multiple gestations on late preterm (near-term) births. **Clin Perinatol**, v. 33, n. 4, p.777-92, 2006.
- LEONE, C.R.; SADECK, L.S.R. Fatores de risco associados ao desmame em crianças até seis meses de idade no município de São Paulo. **Rev Paul Pediatr**, v.30, n.1, p.21-6, 2012.
- LOPES, M.H.B.M. et al. O uso do enteroclistima no preparo para o parto: análise de suas vantagens e desvantagens. **Rev Lat Am Enfermagem**, v. 9, n. 6, p. 49-55, 2001.
- LUCAS, R. et al. A case study of a late preterm infant's transition to full at-breast feedings at 4 months of age. **J Hum Lact**, v. 30, n.1, p.28-30, 2014.
- MACHADO, L.C; PASSINI JUNIOR, R.; ROSA, I.R.M. Prematuridade tardia: uma revisão sistemática. **J. Pediatr. (Rio J.)**, v. 90, n. 3, p. 221-231, 2014.
- MACHADO, J.R.L.C. et al. Neonatal outcomes of late preterm and early term birth. **Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol**, v.179, p. 204-8, 2014.
- MACHADO, A.K.F.; MARMITT, L.P.; CESAR, J.A. Prematuridade tardia no extremo sul do Brasil: um estudo de base populacional. **Rev. Bras. Saude Mater, Infant. [online]**, v.16, n.2, p.113-120, 2016.
- MALLY, P.V.; BAILEY, S.; HENDRICKS-MUÑOZ, K.D. Clinical issues in the management of late preterm infants. **Curr Probl Pediatr Adolesc Health Care**, v. 40, 2010.
- MCINTIRE, D.; LEVENO, K. Neonatal mortality and morbidity rates in late preterm births at term. **Obstet Gynecol**, v.111, p35-41, 2008.
- MONTEIRO, C.A. **Velhos e novos males da saúde no Brasil: a evolução do país e de suas doenças**. São Paulo: HUCITEC/ABRASCO/NUPENS, 1995.
- NASCIMENTO, M.B.R.; ISSLER, H. Breastfeeding: making the difference in the development, health and nutrition of term and preterm newborns. **Rev. Hosp. Clin**, v. 58, n. 1, p. 49-60, 2003.

NAGULESAPILLAI, T. et al. Breastfeeding difficulties and exclusivity among late preterm and term infants: results from the all our babies study. **Can J Public Health**, v. 25, n.104, 2013.

OLIVEIRA, M. et al. Feeding patterns of Brazilian Preterm Infant during the first 6 months of life, Londrina, Paraná, Brazil. **J Hum Lact**, v.23, n.3, p. 269-74, 2007.

PEDRON, C.D. et al. Prematuridad tardía. **Revista Cubana de Enfermería**, v.29, n.3, n.170-181, 2013.

PEREIRA, C.R.V.R. et al. Avaliação de fatores que interferem na amamentação na primeira hora de vida. **Rev. bras. epidemiol. [online]**, v.16, n.2, p.525-534, 2013.

PEREIRA, A.P.E. et al. Determinação da idade gestacional com base em informações do estudo Nascer no Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v. 30, supl. 1, p. S59-S70, 2014.

PEREIRA-SANTOS, M. et al. Prevalência e fatores associados à interrupção precoce do aleitamento materno exclusivo: metanálise de estudos epidemiológicos brasileiros. **Rev. Bras. Saude Mater. Infant. [online]**, v.17, n.1, p.59-67, 2017.

PÉREZ-SCAMILLA, R. et al. Exclusive breast-feeding duration is associated with attitudinal, socioeconomic and biocultural determinants in three latin american countries. **J Nutr**, v. 125, p. 2972-84, 1995.

PERLMAN, J.M.; SAIMAN, L.; LARSON, E.L. Risk factors for late-onset health care associated bloodstream infections on patients in neonatal intensive care units. **Am. J. Infect. Control**, v 35, n.3, p.177-182, 2007.

PORTO, A.M.F. et al. Características maternas em gestações com risco de prematuridade tardia. **Rev. Bras. Saúde Matern. Infant**, v. 13, n. 2, p. 161-166, 2013.

PORTO, A.M.F.; AMORIM, M.M.R.; SOUZA, A.S.R. Assistência ao primeiro período do trabalho de parto baseada em evidências. **Femina**, v. 38, n 10, 2010.

PMPA. PREFEITURA MUNICIPAL DE PORTO ALEGRE. **Protocolo de assistência ao pré-natal de baixo risco 2015**. Grupo Técnico da Saúde da Mulher da Secretaria Municipal da Saúde de Porto Alegre, 2015. Disponível em: <  
[http://lproweb.procempa.com.br/pmpa/prefpoa/sms/usu\\_doc/protocolo\\_pre\\_natal\\_2015.pdf](http://lproweb.procempa.com.br/pmpa/prefpoa/sms/usu_doc/protocolo_pre_natal_2015.pdf)>

RADTKE, J.V. The Paradox of Breastfeeding-Associated Morbidity among Late Preterm Infants. **J Obstet Gynecol Neonatal Nur.**, v. 40, n.1, p. 9–24, 2011.

RAJU, T.N.K; HIGGINS, R.D.; STARK, A.R. Optimizing care na outcome for late preterm (near-term) infants: A summary of the workshop sponsored by the National

Institute of Child Health and Human Development. **Pediatrics**, 118(3), 1207-1214, 2006.

RAJU, T.N.K. Moderately Preterm, Late Preterm and Early Term Infant: Research Needs. **Clin Perinatol**, v.40, n.4, 2013.

RAMOS, C.V. et al. Diagnóstico da situação do aleitamento materno no Estado do Piauí, Brasil. **Cad Saúde Pública**, v. 24, n. 8, p.1753-62, 2008.

RAYFIELD, S.; OAKLEY, L.; QUIGLEY, M.A. Association between breastfeeding support and breastfeeding rates in the UK: a comparison of late preterm and term infants. **BMJ Open**. v.13, n.5, p.11, 2015.

REA, M. Substitutos do leite humano - passado e presente. **Rev Saúde Pública**, v.24, p.242-9, 1990.

ROWE–MURRAY, H.J.; FISHER, J.R.W. Baby friendly hospital practices: cesarean section is a persistent barrier to early initiation of breastfeeding. **Birth**, v. 29, n. 2, p. 124–131, 2002.

SANTOS, I.S. et al. Late preterm birth is a risk factor for growth faltering in early childhood: a cohort study. **BMC Pediatr**, v.9, n. 1, p. 71, 2009.

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

SHAPIRO-MENDOZA, C.K. et al. Risk factors for neonatal morbidity and mortality among “healthy”, late preterm newborns. **Seminars in Perinatology**, v.20, n.2, p. 54-60, 2006.

SHAPIRO-MENDOZA, C.K. Infants born late preterm: Epidemiology, trends and morbidity risks. **Neoreviews**. v. 10, 2009.

SILVA, W.F.; GUEDES, Z.C.F. Prematuros e prematuros tardios: suas diferenças e o aleitamento materno. **Rev. CEFAC [online]**. v.17, n.4, p.1232-1240, 2015.

SILVEIRA, R.B.; ALBERNAZ, E.; ZUCCHETO, L.M. Fatores associados ao início da amamentação em uma cidade do sul do Brasil. **Rev. Bras. Saude Mater. Infant**. v. 8, n. 1, 2008.

SINASC. **Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos: Relatório 2012**. In: Saúde SMd, Saúde CGdVe, Equipe de Vigilância de Eventos Vitais DeAnT, editors. Porto Alegre, 2012. Disponível em: <  
<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/defthtm.exe?sinasc/cnv/nvuf.def>>

SINASC. Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos: Relatório 2015. **In: Saúde SMD, Saúde CGdVe, Equipe de Vigilância de Eventos Vitais DeAnT, editors.** Porto Alegre, 2015. Disponível em: <

<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?sinasc/cnv/nvuf.def>>

SOUZA, M.F.L. et al. Avaliação da promoção do aleitamento materno em hospitais amigos da criança. **Rev. paul. Pediatr**, v. 29, n. 4, p.502-508, 2011.

TELES, J.M. et al. Amamentação no período de transição neonatal em Hospital Amigo da Criança. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 17, n. 1, p. 94-99, 2015.

THORNTON, J.; LILFORD, R. Active management of labour: current knowledge and research issues. **Br Med J**, n. 309, p.366-369, 1994.

TOMASHEK, K.M. et al. Early discharge among late preterm and term newborns and risk of neonatal morbidity. **Clin Perinatol**, v. 30, 2009.

TULLY, K.P. et al. The Relationship Between Infant Feeding Outcomes and Maternal Emotional Well-being Among Mothers of Late Preterm and Term Infants: A Secondary, Exploratory Analysis. **Adv Neonatal Care**, v.17, n.1, p.65-75, 2017.

VALDÉS, E.R. et al. Morbilidad neonatal de los prematuros tardíos en embarazos únicos: estudio de caso-control. **Rev chil obstet ginecol**, v.77, n.3, p. 195 – 200, 2012.

VANNUCHI, M.T.O. et al. Perfil do aleitamento materno em menores de um ano no Município de Londrina, Paraná. **Rev. bras. saúde matern. infant**, v. 5, n. 2, 2005.

VIEIRA, T.O. et al. Determinants of breastfeeding initiation within the first hour of life in a Brazilian population: cross-sectional study. **BMC Public Health**. v. 10, p. 760, 2010.

VIEIRA, T.O. et al. Duration of exclusive breastfeeding in a Brazilian population: new determinants in a cohort study. **BMC Pregnancy Childbirth**, v.14, n.1, p.175, 2014.

VENANCIO, S.I. et al. Frequência e determinantes do aleitamento materno em municípios do Estado de São Paulo. **Rev. Saúde Pública**. v. 36, n. 3, 2002.

WHO. Who Health Organization. Planejamento Familiar: um manual mundial para provedores. Genebra, 2007. Disponível em: <

[http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44028/6/9780978856304\\_por.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44028/6/9780978856304_por.pdf)>

WHO. Who Health Organization. Born too soon: The Global Action Report on Preterm Birth. Genebra, 2012. Disponível em: <

[http://www.who.int/pmnch/media/news/2012/201204\\_borntoosoon-report.pdf](http://www.who.int/pmnch/media/news/2012/201204_borntoosoon-report.pdf)>

**APÊNDICE A**  
**INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS**  
**PESQUISA: FATORES ASSOCIADOS AO ALEITAMENTO MATERNO NO**  
**PRIMEIRO MÊS DE VIDA DE PREMATUROS TARDIOS**

**PARTICIPANTE NÚMERO:** |\_|\_|\_|\_|

**IDENTIFICAÇÃO DA ENTREVISTADA**

**PRONTUÁRIO** |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|

**DATA DE NASCIMENTO:** \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_

**TELEFONE PARA CONTATO:**

1. \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_

**LEITO:**

**BAIRRO/CIDADE:** \_\_\_\_\_

**INFORMAÇÕES COLETA DE DADOS**

**COLETA DE DADOS NAS PRIMEIRAS 48 HORAS APÓS O NASCIMENTO**

**ENTREVISTADOR:** \_\_\_\_\_

**DATA DA ENTREVISTA** \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_

**DIGITADO NO BANCO DE DADOS POR:** \_\_\_\_\_

**ENTREVISTA POR TELEFONE COM 15 DIAS DE VIDA**

**ENTREVISTADOR:** \_\_\_\_\_

**DATA DA ENTREVISTA** \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_

**DIGITADO NO BANCO DE DADOS POR:** \_\_\_\_\_

**ENTREVISTA POR TELEFONE COM 30 DIAS DE VIDA**

**ENTREVISTADOR:** \_\_\_\_\_

**DATA DA ENTREVISTA** \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_

**DIGITADO NO BANCO DE DADOS POR:** \_\_\_\_\_

**COLETA DE DADOS NAS PRIMEIRAS 48 HORAS APÓS O NASCIMENTO DO  
RECÉM-NASCIDO**

**1.1 IDADE MATERNA**

1. ( ) INFERIOR A 20 ANOS
2. ( ) ENTRE 20 A 35 ANOS
3. ( ) SUPERIOR A 35 ANOS

**1.2 ESCOLARIDADE MATERNA**

1. ( ) ENSINO FUNDAMENTAL
2. ( ) ENSINO MÉDIO
3. ( ) ENSINO SUPERIOR
77. ( ) NÃO SE APLICA

**1.3 SITUAÇÃO CONJUGAL**

1. ( ) COM COMPANHEIRO
2. ( ) SEM COMPANHEIRO

**1.4 OCUPAÇÃO**

1. ( ) ESTUDANTE
2. ( ) EXERCE ATIVIDADE REMUNERADA
3. ( ) DO LAR
77. ( ) NÃO SE APLICA

**1.5 COR/RAÇA MATERNA AUTODECLARADA**

1. ( ) BRANCA
2. ( ) PRETA
3. ( ) OUTRAS

**1.6 NÚMERO DE GESTAÇÕES ANTERIORES**

1. ( ) NENHUM/0
2. ( ) 1 (UM)
3. ( ) 2 (DOIS OU MAIS)

**1.7 NÚMERO DE PARTOS VAGINAIS ANTERIORES**

1. ( ) NENHUM/0
2. ( ) 1 (UM)

3.  2 (DOIS OU MAIS)

### **1.8 NUMERO DE CESARIANAS ANTERIORES**

1.  NENHUM/0
2.  1 (UM)
3.  2 (DOIS OU MAIS)

### **1.9 NÚMERO DE NASCIDOS VIVOS**

1.  NENHUM/0
2.  1 (UM)
3.  2 (DOIS OU MAIS)

### **2.0 NÚMERO DE PERDAS FETAIS OU ABORTO**

1.  NENHUM/0
2.  1 (UM)
3.  2 (DOIS OU MAIS)

### **2.1 NÚMERO DE CONSULTAS DE PRÉ-NATAL**

1.  NENHUMA/0
2.  1 (UM) A 5 (CINCO)
3.  6 (SEIS OU MAIS)

### **2.2 INÍCIO DO PRÉ-NATAL**

1.  ATÉ 12 SEMANAS
2.  APÓS 12 SEMANAS
3.  SEM REGISTRO
77.  NÃO SE APLICA

### **2.3 TEVE ACOMPANHANTE NO MOMENTO DO NASCIMENTO?**

1.  SIM
2.  NÃO

### **2.4 TEMPO DE CONTATO PELE A PELE ENTRE MÃE E RECÉM-NASCIDO NA PRIMEIRA HORA DE VIDA**

1.  ATÉ 15 MINUTOS
2.  ATÉ 60 MINUTOS

- 3. ( ) MAIS DE 60 MINUTOS
- 4. ( ) NÃO HOUVE CONTATO PELE A PELE
- 77. ( ) NÃO SE APLICA

### **2.5 RN SUGOU/PROCUROU NA PRIMEIRA HORA DE VIDA**

- 1. ( ) SIM
- 2. ( ) NÃO
- 77. ( ) NÃO SE APLICA

### **2.6 PRESENÇA DE TRAUMAS MAMILARES NO PUERPÉRIO (24HS)**

- 1. ( ) SIM
- 2. ( ) NÃO
- 77. ( ) NÃO SE APLICA

### **2.7 USO DE FÓRMULA PARA ALIMENTAÇÃO PELO RECÉM-NASCIDO**

- 1. ( ) SIM
- 2. ( ) NÃO
- 77. ( ) NÃO SE APLICA

### **2.8 SEXO DO RECÉM-NASCIDO**

- 1. ( ) MASCULINO
- 2. ( ) FEMININO

### **2.9 IDADE GESTACIONAL (CAPURRO)**

- 1. ( ) 34 a 34+6
- 2. ( ) 35 a 35+6
- 3. ( ) 36 a 36+6

### **3.0 CLASSIFICAÇÃO DO RECÉM-NASCIDO**

- 1. ( ) FIG
- 2. ( ) AIG
- 3. ( ) GIG

### **3.1 ÍNDICE DE APGAR NO 1º MINUTO DE VIDA**

- 1. ( ) 0
- 2. ( ) 1

3. ( ) 2
4. ( ) 3
5. ( ) 4
6. ( ) 5
7. ( ) 6
8. ( ) 7
9. ( ) 8
10. ( ) 9
11. ( ) 10

### **3.2 ÍNDICE DE APGAR NO 5º MINUTO DE VIDA**

1. ( ) 0
2. ( ) 1
3. ( ) 2
4. ( ) 3
5. ( ) 4
6. ( ) 5
7. ( ) 6
8. ( ) 7
9. ( ) 8
10. ( ) 9
11. ( ) 10

### **3.3 ÍNDICE DE APGAR NO 5º MINUTO DE VIDA**

1. ( ) 0
2. ( ) 1
3. ( ) 2
4. ( ) 3
5. ( ) 4
6. ( ) 5
7. ( ) 6
8. ( ) 7
9. ( ) 8
10. ( ) 9
11. ( ) 10

**3.4 PESO DO RN:** \_\_\_\_\_

**3.5 INTERNAÇÃO RECÉM-NASCIDO NA NEONATOLOGIA**

1. ( ) SIM
2. ( ) NÃO

**3.6 RN COM CONTROLE GLICÊMICO**

1. ( ) SIM
2. ( ) NÃO

**3.7 DATA DO NASCIMENTO DO RECÉM-NASCIDO** \_\_\_\_\_

**3.8 DATA DE INTERNAÇÃO EM ALOJAMENTO CONJUNTO** \_\_\_\_\_

**3.9 DATA DE INTERNAÇÃO NA NEONATOLOGIA** \_\_\_\_\_

**4.0 DATA DA ALTA DA UNIDADE DE NEONATOLOGIA** \_\_\_\_\_

**4.1 DATA DA ALTA HOSPITALAR** \_\_\_\_\_

**ENTREVISTA POR TELEFONE PARA PUÉRPERAS COM RN 15 DIAS DE VIDA**

**4.2 RECEBEU AUXÍLIO PARA AMAMENTAR NA UNIDADE DE SAÚDE?**

1. ( ) SIM
2. ( ) NÃO

**4.3 QUAL PROFISSIONAL AUXILIOU?**

1. ( ) ENFERMEIRA
2. ( ) TÉCNICA DE ENFERMAGEM
3. ( ) OUTROS
77. ( ) NÃO SE APLICA

**4.4 PRESENÇA DE TRAUMAS MAMILARES NO PUERPÉRIO**

1. ( ) SIM
2. ( ) NÃO

**4.5 USO DE FÓRMULA PARA ALIMENTAÇÃO PELO RECÉM-NASCIDO**

1. ( ) SIM
2. ( ) NÃO

**4.6 OFERECEU OU OFERECE CHUPETA?**

1. ( ) SIM
2. ( ) NÃO

**4.7 O BEBÊ NECESSITOU DE ALGUM CUIDADO DE SAÚDE?**

1. ( ) SIM
2. ( ) NÃO

**4.8 O BEBÊ RECEBEU OU ESTÁ RECEBENDO ALGUMA MEDICAÇÃO?**

1. ( ) SIM
2. ( ) NÃO

**4.9 VOCÊ NECESSITOU DE ALGUM CUIDADO DE SAÚDE?**

1. ( ) SIM
2. ( ) NÃO

**5.0 VOCÊ ESTÁ COM DIFICULDADE PARA AMAMENTAR?**

1. ( ) SIM
2. ( ) NÃO
77. ( ) NÃO SE APLICA

**ENTREVISTA POR TELEFONE PARA PUÉRPERAS COM RN 30 DIAS DE VIDA****5.1 RECEBEU AUXILIO PARA AMAMENTAR NA UNIDADE DE SAÚDE?**

1. ( ) SIM
2. ( ) NÃO

**5.2 QUAL PROFISSIONAL AUXILIOU?**

1. ( ) ENFERMEIRA
2. ( ) TÉCNICA DE ENFERMAGEM
3. ( ) OUTROS
77. ( ) NÃO SE APLICA

**5.3 PRESENÇA DE TRAUMAS MAMILARES NO PUERPÉRIO**

1. ( ) SIM

2. ( ) NÃO

**5.4 USO DE FÓRMULA PARA ALIMENTAÇÃO PELO RECÉM-NASCIDO**

1. ( ) SIM

2. ( ) NÃO

**5.5 OFERECER OU OFERECE CHUPETA?**

1. ( ) SIM

2. ( ) NÃO

**5.6 O BEBÊ NECESSITOU DE ALGUM CUIDADO DE SAÚDE?**

1. ( ) SIM

2. ( ) NÃO

**5.7 O BEBÊ RECEBEU OU ESTÁ RECEBENDO ALGUMA MEDICAÇÃO?**

1. ( ) SIM

2. ( ) NÃO

**5.8 VOCÊ NECESSITOU DE ALGUM CUIDADO DE SAÚDE?**

1. ( ) SIM

2. ( ) NÃO

**5.9 VOCÊ ESTÁ COM DIFICULDADE PARA AMAMENTAR?**

1. ( ) SIM

2. ( ) NÃO

77. ( ) NÃO SE APLICA

**6.0 RN FOI A ÓBITO DURANTE O PERÍODO DOS PRIMEIROS 30 DIAS DE VIDA?**

1. ( ) SIM

2. ( ) NÃO

**APÊNDICE B**  
**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**  
**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL**  
**ESCOLA DE ENFERMAGEM**  
**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM - DOUTORADO**

**Pesquisa: FATORES ASSOCIADOS AO ALEITAMENTO MATERNO NA  
 PREMATURIDADE TARDIA**

**Pesquisador Responsável: Profa Dra Ana Lucia de Lourenzi Bonilha**  
**Doutoranda Responsável: Enfa Jéssica Machado Teles**

Local da Coleta de Dados: Hospital de Clínicas de Porto Alegre e posterior contato telefônico

A pesquisa “FATORES ASSOCIADOS AO ALEITAMENTO MATERNO NA PREMATURIDADE TARDIA”, tem como objetivo identificar os fatores associados ao aleitamento materno na prematuridade tardia durante o primeiro mês de vida do recém-nascido. Ou seja, estamos pesquisando os fatores envolvidos no aleitamento materno para recém-nascidos que são prematuros tardios, nascidos entre 34 e 36 semanas mais 6 dias de gestação. Esta pesquisa está sendo desenvolvida por uma professora da Escola de Enfermagem da UFRGS e por uma aluna do curso de Doutorado, da mesma universidade (Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFRGS).

Por se tratar de um estudo em que os dados serão obtidos por meio de entrevista, vimos por meio deste documento lhe convidar para participar desta pesquisa e pedir a sua autorização para utilizar estes dados apenas para fins de pesquisa. Informamos que não será publicado em nenhum momento o seu nome e nem o nome do seu filho recém-nascido. Utilizaremos o número do seu telefone, se autorizar, para contato durante a coleta de dados desta pesquisa, está previsto o número de duas ligações após a alta hospitalar, aos 15 e após aos 30 dias de vida do seu bebê. As pesquisadoras se identificarão durante o contato telefônico e farão perguntas sobre aleitamento materno.

Ainda salientamos que esta pesquisa prevê riscos mínimos aos participantes, apenas será necessário que responda questões sobre amamentação e aleitamento materno que serão feitas pelas pesquisadoras. Dentre os benefícios em participar deste estudo, incluímos que estará beneficiando a pesquisa na área da enfermagem com ênfase no cuidado ao recém-nascido prematuro. Além disso, você poderá desistir em participar da pesquisa em qualquer momento que julgar necessário. Os dados obtidos nesta entrevista serão descartados após 5 anos da data da coleta.

Porto Alegre \_\_\_\_\_, de \_\_\_\_\_ de 2017.

\_\_\_\_\_  
 Nome do colaborador

\_\_\_\_\_  
 Assinatura do colaborador

\_\_\_\_\_  
 Enfa Jéssica Machado Teles (Doutoranda)

\_\_\_\_\_  
 Profa Dra Ana Lucia de Lourenzi Bonilha

**APÊNDICE C**  
**APROVAÇÃO COMITÊ DE ÉTICA HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO**  
**ALEGRE (CEP/HCPA)**

HOSPITAL DE CLÍNICAS DE  
PORTO ALEGRE - HCPA /  
UFRGS



**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP**

**DADOS DA EMENDA**

**Título da Pesquisa:** FATORES RELACIONADOS AO ALEITAMENTO MATERNO NO PRIMEIRO MÊS DE VIDA DE PREMATUROS TARDIOS E A REDE DE APOIO

**Pesquisador:** Ana Lucia de Lourenzi Bonilha

**Área Temática:**

**Versão:** 4

**CAAE:** 57463716.3.0000.5327

**Instituição Proponente:** Hospital de Clínicas de Porto Alegre

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

**DADOS DO PARECER**

**Número do Parecer:** 1.792.592

**Apresentação do Projeto:**

Emenda submetida em 11/10/2016 visa alterar metodologia do projeto, adicionando um segundo encontro.

**Objetivo da Pesquisa:**

O objetivo da presente emenda é adicionar um novo encontro presencial com o intuito de confirmar a construção do mapa feito no primeiro encontro, sendo para tal também atualizado o TCLE.

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

A presente emenda não altera a avaliação de riscos e benefícios anteriormente realizada para este projeto.

**Endereço:** Rua Ramiro Barcelos 2.350 sala 2227 F  
**Bairro:** Bom Fim **CEP:** 90.035-903  
**UF:** RS **Município:** PORTO ALEGRE  
**Telefone:** (51)3359-7640 **Fax:** (51)3359-7640 **E-mail:** cephcpa@hcpa.edu.br

## APÊNDICE C (Cont.)

### APROVAÇÃO COMITÊ DE ÉTICA HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE (CEP/HCPA)

HOSPITAL DE CLÍNICAS DE  
PORTO ALEGRE - HCPA /  
UFRGS



Continuação do Parecer: 1.792.592

#### Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Justificativa para a emenda:

"Após avaliação da equipe de pesquisa percebeu-se a necessidade de validação pela participante de seu mapa da rede de apoio sendo assim, será necessário alterar o segundo encontro com as participantes da etapa qualitativa do projeto. Não será feito o contato telefônico e sim um novo encontro presencial com o intuito de confirmar a construção do mapa feito no primeiro encontro."

#### Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Foram adicionados os seguintes documentos:

- Carta adendo;
- Nova versão do Projeto de 11/10/2016;
- Nova versão do TCLE referente ao delineamento qualitativo de 11/10/2016.

#### Recomendações:

Nada a recomendar.

#### Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

A emenda não apresenta pendências e está em condições de aprovação.

#### Considerações Finais a critério do CEP:

Emenda submetida em 11/10/2016 aprovada, inclui Projeto de 11/10/2016 e TCLE referente ao delineamento qualitativo de 11/10/2016.

#### Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BASICAS_806278 E1.pdf	11/10/2016 14:19:53		Aceito
Outros	adendo.pdf	11/10/2016 14:18:28	Ana Lucia de Lourenzi Bonilha	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projutoreformulado.pdf	11/10/2016 14:17:36	Ana Lucia de Lourenzi Bonilha	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	tclequali.pdf	11/10/2016 14:17:13	Ana Lucia de Lourenzi Bonilha	Aceito
Outros	cartarespostacep.pdf	21/09/2016 15:39:17	Ana Lucia de Lourenzi Bonilha	Aceito
Cronograma	cronograma.pdf	21/09/2016 15:37:58	Ana Lucia de Lourenzi Bonilha	Aceito

Endereço: Rua Ramiro Barcelos 2.350 sala 2227 F  
Bairro: Bom Fim CEP: 90.035-903  
UF: RS Município: PORTO ALEGRE  
Telefone: (51)3359-7640 Fax: (51)3359-7640 E-mail: cephcpa@hcpa.edu.br

## APÊNDICE C (Cont.)

### APROVAÇÃO COMITÊ DE ÉTICA HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE (CEP/HCPA)

HOSPITAL DE CLÍNICAS DE  
PORTO ALEGRE - HCPA /  
UFRGS



Continuação do Parecer: 1.792.592

Declaração de Pesquisadores	DelegacaoFuncoesHiago.pdf	01/09/2016 16:48:24	Ana Lucia de Lourenzi Bonilha	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE2.pdf	01/09/2016 16:47:33	Ana Lucia de Lourenzi Bonilha	Aceito
Declaração de Pesquisadores	DelegacaoFuncoes.pdf	30/06/2016 11:29:14	Ana Lucia de Lourenzi Bonilha	Aceito
Folha de Rosto	folha_de_rosto.pdf	02/06/2016 10:59:38	Ana Lucia de Lourenzi Bonilha	Aceito
Orçamento	ORCAMENTO.pdf	02/06/2016 10:57:48	Ana Lucia de Lourenzi Bonilha	Aceito

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

PORTO ALEGRE, 26 de Outubro de 2016

\_\_\_\_\_  
**Assinado por:**  
**Marcia Mocellin Raymundo**  
**(Coordenador)**

Endereço: Rua Ramiro Barcelos 2.350 sala 2227 F  
Bairro: Bom Fim CEP: 90.035-903  
UF: RS Município: PORTO ALEGRE  
Telefone: (51)3359-7640 Fax: (51)3359-7640 E-mail: cephcpa@hcpa.edu.br