

## Fatores preditivos da interrupção de aleitamento materno exclusivo em prematuros: coorte prospectiva

*Predictive factors of the interruption of exclusive breastfeeding in premature infants: a prospective cohort*  
*Factores predictivos de la interrupción de la lactancia materna exclusiva en prematuros: cohorte prospectiva*

Lucyana Silva Luz<sup>1</sup>, Ruth Minamisava<sup>1</sup>, Carmen Gracinda Silvan Scochi<sup>II</sup>,  
Ana Karina Marques Salge<sup>1</sup>, Laiane Medeiros Ribeiro<sup>III</sup>, Thaíla Corrêa Castral<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Universidade Federal de Goiás, Faculdade de Enfermagem. Goiânia-GO, Brasil.

<sup>II</sup> Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto. Ribeirão Preto-SP, Brasil.

<sup>III</sup> Universidade de Brasília. Ceilândia-DF, Brasil.

### Como citar este artigo:

Luz LS, Minamisava R, Scochi CGS, Salge AKM, Ribeiro LM, Castral TC. Predictive factors of the interruption of exclusive breastfeeding in premature infants: a prospective cohort. Rev Bras Enferm [Internet]. 2018;71(6):2876-82. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0762>

Submissão: 31-10-2017

Aprovação: 15-02-2018

### RESUMO

**Objetivo:** Avaliar a incidência do aleitamento materno exclusivo e os fatores de risco associados à interrupção de aleitamento materno exclusivo em prematuros após a alta hospitalar. **Método:** Coorte prospectiva com 113 prematuros em unidade neonatal, e acompanhados entre 7 e 15 dias após a alta hospitalar. Teve-se como desfecho a interrupção do aleitamento materno exclusivo. As variáveis de exposição maternas e neonatais foram avaliadas por meio do modelo de regressão e descritas pela razão de risco e intervalo de confiança (95%). **Resultados:** A incidência de aleitamento materno exclusivo foi de 81,4% na alta e 66,4% entre 7 e 15 dias após a alta. As variáveis gestação dupla, tempo de ventilação e peso ao nascer foram associadas a um maior risco de interrupção do aleitamento materno exclusivo após a alta. **Conclusão:** É necessária a implementação de ações que promovam o início precoce e manutenção do aleitamento materno exclusivo no prematuro.

**Descritores:** Prematuro; Aleitamento Materno; Unidades de Terapia Intensiva Neonatal; Alta do Paciente; Estudos de Coortes.

### ABSTRACT

**Objective:** to evaluate the incidence of exclusive breastfeeding and the risk factors associated to its interruption in premature infants after hospital discharge. **Method:** this is a prospective cohort with 113 premature infants in a neonatal unit, whom were followed-up from 7 to 15 days after hospital discharge. The outcome was the interruption of exclusive breastfeeding. Maternal and neonatal exposure variables were evaluated by a regression model and described by the confidence interval (95%) and risk ratio. **Results:** exclusive breastfeeding rate was 81.4% at discharge and 66.4% at 7 to 15 days after discharge. Double gestation, time of mechanical ventilation and birth weight were associated with higher risks of interruption of exclusive breastfeeding after discharge. **Conclusion:** there is a need for the implementation of actions that promote the early onset and maintenance of exclusive breastfeeding of premature infants.

**Descriptors:** Premature; Breast Feeding; Neonatal Intensive Care Unit; Patient Discharge; Cohort Studies.

### RESUMEN

**Objetivo:** evaluar la incidencia de la lactancia materna exclusiva y los factores de riesgo asociados a su interrupción en prematuros después del alta hospitalaria. **Método:** cohorte prospectiva con 113 prematuros en unidad neonatal, acompañados de 7 a 15 días después del alta hospitalaria. El resultado fue la interrupción de la lactancia materna exclusiva. Las variables de exposición materna y neonatal fueron evaluadas por medio del modelo de regresión y descritas por la razón de riesgo e intervalo de confianza (95%). **Resultados:** la incidencia de lactancia materna exclusiva fue del 81,4% en la alta y del 66,4% entre 7 y 15 días después del alta. Las variables gestación doble, tiempo de ventilación y peso al nacer se asociaron a un mayor riesgo de interrupción de la lactancia materna exclusiva después del alta. **Conclusión:** es necesaria la implementación de acciones que promuevan el inicio precoz y el mantenimiento de la lactancia materna exclusiva del prematuro.

**Descritores:** Recien Nacido Prematuro; Lactancia Materna; Unidades de Cuidado Intensivo Neonatal; Alta del Paciente; Estudos de Cohortes.

**AUTOR CORRESPONDENTE** Thaíla Corrêa Castral E-mail: thaccastal@gmail.com

## INTRODUÇÃO

O aleitamento materno exclusivo (AME) é uma intervenção eficaz e de baixo custo que pode reduzir milhares de mortes neonatais<sup>(1-2)</sup>. A prevalência do AME até os cinco meses de idade é maior em países com baixa renda e renda média baixa do que em países com renda média alta, sendo a relação do produto interno bruto inversamente proporcional à prevalência de amamentação aos 12 meses<sup>(2)</sup>. O Brasil, um país de renda média alta com grande heterogeneidade entre as regiões, é reconhecido mundialmente por políticas bem-sucedidas de apoio, proteção e promoção do Aleitamento Materno (AM), com destaque para a larga implantação dos Hospitais Amigos da Criança (IHAC), eficiência da Rede de Banco de Leite Humano e criação da Norma Brasileira de Comercialização de Alimentos para Lactentes e Crianças.

Estudo de metanálise mostrou que o AM reduz 12-36% as mortes neonatais. Além disso, diminui em 58% a taxa de enterocolite necrotizante, oferece proteção para metade dos episódios de diarreia e um terço das infecções respiratórias, reduz entre 0,67 a 1,21% a chance de otite média, e asma em 9%. Em longo prazo, a amamentação está associada a uma redução de 26% na chance de sobrepeso ou obesidade, em 35% a chance de diabetes tipo 2 e de 19% de leucemia na infância. Ainda, o AM está associado a um melhor desempenho no teste de inteligência em crianças e adolescentes, e maior ganho salarial na vida adulta<sup>(2)</sup>.

Além disso, amamentar oferece benefícios para a mãe, tal como, diminuição de hemorragia pós-parto, redução do peso ganho na gestação, fortalecimento do vínculo mãe-filho, e diminuição do risco de câncer de mama<sup>(3)</sup>.

No entanto, amamentar um prematuro (PT) é um processo difícil devido às condições instáveis, à imaturidade fisiológica próprias desta população e à própria hospitalização<sup>(4-5)</sup>. Barreiras para o início precoce da amamentação incluem não permanência contínua das mães na unidade neonatal, pouca frequência do método canguru, apoio profissional inconsistente, e disfunção familiar<sup>(6-7)</sup>.

O leite humano é o melhor alimento para o PT. O leite de lactantes de bebês nascidos pré-termo possui altas concentrações de lactoferrina, lisozima e imunoglobulina A, sendo esses índices de concentrações diferenciadas do leite materno de uma lactante a termo, fator considerado de extrema importância para o adequado desenvolvimento e crescimento cerebral, visto a maior necessidade de nutrientes do PT<sup>(8)</sup>.

Apesar dos inúmeros benefícios do AM, esta prática ainda não está universalmente disseminada, inclusive no Brasil. Segundo dados do Fundo das Nações Unidas para a Infância (Unicef) menos de 40% dos bebês com menos de seis meses são amamentados exclusivamente no mundo<sup>(9)</sup>. No Brasil, no último estudo com 34.366 crianças realizada em 2008 nas capitais e Distrito Federal, a prevalência do AME em menores de seis meses foi de 41%<sup>(8)</sup>. Em PT, três coortes no sul do país

reportaram uma prevalência de AME entre 28,4 e 70,5% na alta hospitalar, e de 16,4 a 35,7% aos seis meses de idade<sup>(10-11)</sup>.

As estratégias da Organização Mundial da Saúde (OMS) para aumentar a prevalência de AME até 2025 incluem a revitalização, expansão e institucionalização da IHAC, realização de estratégias na comunidade de apoio à amamentação, redução significativa da comercialização agressiva e inapropriada de substitutos de leite materno, empoderamento da mulher para amamentar exclusivamente até seis meses, investimento em treinamento e capacitação para a proteção, promoção e apoio ao AM<sup>(12)</sup>.

O monitoramento das taxas de AME é um indicador de saúde importante para planejamento, implantação, e avaliação de iniciativas para promoção do AM, tal como a IHAC. Desta forma, este estudo acompanhou PT do Centro-Oeste do Brasil e descreveu a incidência do AME antes da maternidade receber o título de “Hospital Amigo da Criança” e investigou os fatores que contribuíram para a interrupção do AME após a alta hospitalar. Esses achados são de grande interesse para comparação com amostras de PT no Brasil e em outros países, visto a dificuldade de seguimento desta população.

Assim, teve-se como objetivo avaliar a incidência do AME e fatores de risco associados à interrupção de AME em PT na segunda semana após a alta hospitalar.

## OBJETIVO

Avaliar a incidência do aleitamento materno exclusivo e os fatores de risco associados à interrupção de aleitamento materno exclusivo em prematuros após a alta hospitalar.

## MÉTODO

### Aspectos éticos

O estudo atendeu às normas éticas em pesquisa no Brasil, foi aprovado pelo Comitê de Ética do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Goiás-GO. Todas as mães ou responsáveis pelos PT (no caso de mães adolescentes) assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

### Desenho, local do estudo e período

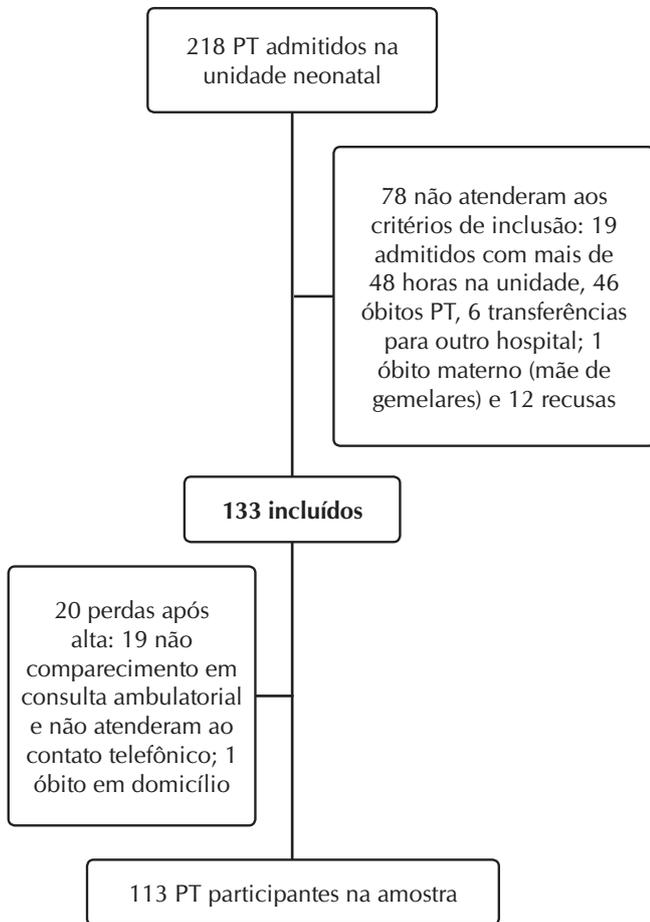
Trata-se de uma coorte prospectiva aberta, realizada em uma unidade neonatal de uma maternidade pública em Goiânia-GO, região Centro-Oeste, no Brasil, entre 1º de abril de 2014 a 1º de abril de 2015. A maternidade conta com uma unidade neonatal com dez leitos intensivos, dez leitos intermediários e cinco leitos do método canguru.

### Amostra e critérios de inclusão e exclusão

Foram incluídos os PT com idade gestacional < 37 semanas, obtida através do Capurro Somático registrado em prontuário, e PT admitidos na unidade neonatal nas primeiras 48 horas de vida, com permanência mínima de 48 horas. Foram excluídos os PT

cujas mães ou os próprios recém-nascidos tinham contraindicação temporária ou definitiva para amamentar (HIV positivo/AIDS, vírus linfotrópico da célula humana, sífilis e tuberculose sem tratamento, fístula gastroesofágica, fenilcetonúria, galactosemia, etc.)<sup>(13)</sup>, óbitos maternos ou do PT e, PT transferidos para outro hospital.

A amostra do estudo foi constituída por todos os PT admitidos na unidade neonatal da instituição entre 1º de abril de 2014 a 1º de abril de 2015. No período da coleta, foram admitidos na unidade neonatal 218 PT, e destes, 133 atenderam aos critérios de inclusão e foram incluídos. Ocorreram 20 perdas após a alta hospitalar (15,0%), totalizando 113 participantes no estudo, conforme detalhado na (Figura 1).



Nota: PT - prematuro

Figura 1 – Fluxograma de recrutamento e seguimento do estudo

### Protocolo do estudo

A interrupção do AME do PT entre sete e 15 dias após a alta hospitalar foi a variável de desfecho. Assim, a introdução de qualquer alimento, além do leite materno, foi considerada como interrupção do AME.

O recrutamento dos participantes foi realizado a partir dos registros de alta do PT na unidade neonatal e, aqueles elegíveis, tinham seus dados coletados retrospectiva e prospectivamente, no prontuário e por meio de entrevista em consulta de retorno ambulatorial. O retorno ambulatorial ocorreu entre sete e 15 dias depois da alta hospitalar, data em que se coletaram dados

sobre o AM. Utilizou-se um questionário semiestruturado para entrevista, elaborado por meio de revisão da literatura e sugestões de pesquisadores da área de AM, validado em estudo piloto em outras unidades neonatais. O preenchimento do questionário foi realizado pela pesquisadora e um auxiliar de pesquisa treinado.

O AM foi classificado em AME (somente leite materno, com exceção de medicamentos, suplementos minerais, vitaminas e soluções de reidratação oral), AM predominante (introdução de água ou bebidas à base de água como suco, infusões e chás, além do leite materno), AM (leite materno do peito ou ordenhado, independentemente de receber ou não outros alimentos) e o AM misto ou parcial (introdução de outros tipos de leite, além do materno)<sup>(1)</sup>. A idade gestacional em semanas foi classificada em: < 28 semanas – extremo; 28-31 semanas – moderado; 32-37 semanas – limítrofe.

### Análise dos resultados

Os dados do questionário foram digitados em uma planilha no SPSS® (versão 21.0) e feita análise de consistência dos dados. Foram realizadas análise descritiva dos dados (frequência, média e desvio-padrão) e análise inferencial por meio de regressão de riscos proporcionais de Cox univariada e múltipla. A medida de associação foi o *Harzard Risk* (HR) com respectivos intervalos de 95% de confiança. As variáveis com valor de  $p < 0,10$  na análise univariada foram incluídas em modelo de regressão múltipla *backward*. Foram considerados significantes valores de  $p < 0,05$  em todas as análises.

Na análise inferencial consideramos como variável de desfecho a interrupção do AME entre os PT e as potenciais variáveis de predição maternas: mãe com idade extrema, escolaridade materna, pais residem juntos, renda familiar, experiência prévia com a amamentação, primípara, problemas com as mamas, realizou  $\geq 6$  consultas de pré-natal; e neonatais: gestação dupla, tipo de parto, peso ao nascer, idade gestacional, sexo, tempo em assistência ventilatória invasiva e não invasiva, tempo de hospitalização, primeira alimentação láctea  $\leq 24$  horas, sugou o peito na primeira semana de vida, AME na alta hospitalar. A idade da criança na consulta de retorno foi estabelecida como variável de tempo.

### RESULTADOS

A média de idade das mães foi 26 (DP=6,7) anos, a maior parte estava em união consensual (52,2%), e 89,4% residiam com o pai do PT. Dos PT, 52,2% eram do sexo masculino, 82,3% nasceram de gestação única, 71,7% de parto cesáreo, e 47,8% necessitaram de reanimação ao nascer. A média da idade gestacional foi de 32,2 (DP=20,6) semanas, sendo que 72 (63,7%) dos PT tinham entre 32 a 37 semanas de gestação. Sessenta e um PT (54,0%) ficaram hospitalizados por < 30 dias. O tempo total médio de hospitalização foi 35 (DP=28,3) em dias, sendo que 94 (83,2%) PT ficaram internados na Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais, 104 (92,0%) na Unidade de Cuidados Intermediários Neonatais e 78 (69,0%) na Unidade Canguru. A maior parte dos PT necessitou de suporte ventilatório (92,0%), sendo que 83,2% permaneceram em ventilação mecânica por < 7 dias. O tempo médio de ventilação foi 4,9 (DP=9,6) dias.

A Tabela 1 descreve o tipo de AM do PT no momento da alta hospitalar e na segunda semana (entre sete e 15 dias) após a alta hospitalar.

**Tabela 1** – Características da alimentação dos prematuros durante a hospitalização, na alta hospitalar e no domicílio, Goiânia, Goiás, Brasil, 2014-2015

Tipo de aleitamento materno	f#	%#
Alta hospitalar		
Aleitamento materno exclusivo	92	81,4
Aleitamento materno	15	13,3
Aleitamento artificial	5	4,4
Aleitamento materno predominante	1	0,9
Segunda semana após a alta hospitalar		
Aleitamento materno exclusivo	75	66,4
Aleitamento materno	19	16,8
Aleitamento materno predominante	11	9,7
Aleitamento artificial	8	7,1

Nota: † frequência absoluta, # frequência relativa.

**Tabela 2** – Potenciais fatores preditores maternos e neonatais da interrupção do Aleitamento Materno (AM) exclusivo na segunda semana após a alta hospitalar, Goiânia, Goiás, Brasil, 2014-2015

Variáveis de exposição	Aleitamento materno exclusivo				Valor de p*
	não		sim		
	f#	%#	f#	%#	
<b>MATERNAS</b>					
Mãe com idades extremas (≤18 ou ≥35 anos)					
Sim	12	32,4	25	67,6	0,974
Não	26	34,2	50	65,8	
Escolaridade Materna					
Até ensino médio	26	31,3	57	68,7	0,367
Superior	12	40,0	18	60,0	
Pais residem juntos					
Não	4	33,3	8	66,7	0,267
Sim	34	33,7	67	66,3	
Primípara					
Sim	19	31,1	42	68,9	0,181
Não	19	36,5	33	63,5	
Realizou seis ou mais consultas de pré-natal					
Não	14	34,1	27	65,9	0,296
Sim	24	33,3	48	66,7	
Experiência prévia com amamentação					
Não	29	37,2	49	62,8	0,525
Sim	9	25,7	26	74,3	
Houve problemas com as mamas					
Sim	2	8,3	22	91,7	0,070*
Não	36	40,4	53	59,6	
Gestação dupla					
Sim	12	60,0	8	40,0	0,002*
Não	26	28,0	67	72,0	
Tipo de parto					
Cesáreo	29	35,8	52	64,2	0,219
Vaginal	9	28,1	23	71,9	
<b>NEONATAIS</b>					
Sexo					
Feminino	16	29,6	38	70,4	0,330
Masculino	22	37,3	37	62,7	

Continua

Tabela 2 (cont.)

Variáveis de exposição	Aleitamento materno exclusivo				Valor de p*	
	não		sim			
	f#	%#	f#	%#		
Idade gestacional ao nascer						
< 28 - extremo	3	37,5	5	62,5	0,000*	
28-31 - moderado	13	39,4	20	60,6	0,000*	
32-37 - limítrofe	22	30,6	50	69,4		
Tempo de internação						
> 30 dias	24	46,2	28	53,8	0,014*	
< = 30 dias	14	23,0	47	77,0		
Tempo de ventilação						
> 7 dias	8	42,1	11	57,9	0,001*	
7 dias	30	31,9	64	68,1	< =	
Idade da primeira alimentação láctea						
> 24 horas	18	46,2	21	53,8	0,306	
< = 24 horas	20	27,0	54	73,0		
Sugou peito na primeira semana de vida						
Não	26	40,0	39	60,0	0,000*	
Sim	12	25,0	36	75,0		
Aleitamento materno exclusivo alta hospitalar						
Não	20	95,2	1	4,8	0,112	
Sim	18	19,6	74	80,4		
		<b>Média</b>	<b>DP#</b>	<b>Média</b>	<b>DPI</b>	<b>Valor de p*</b>
Renda familiar (R\$)		1.762,8	9	1.983,0		0,881
Peso ao nascer (g)		1.452	454,0	1.686	565,0	0,000*

Nota: † frequência absoluta, %# frequência relativa, |DP desvio padrão, \*p < 0,10.

**Tabela 3** – Fatores preditores maternos e neonatais da interrupção do aleitamento materno exclusivo (AME) na segunda semana após a alta hospitalar, Goiânia, Goiás, Brasil, 2014-2015

Variáveis	Beta	Valor de p	HR ajustado	Intervalo de Confiança (95%)
Problemas com as mamas	-1,362	0,071	0,256	0,058 a 11,213
Gestação dupla	1,503	0,001*	4,495	1,802 a 11,213
Idade gestacional ao nascer				
< 28 semanas	-1,391	0,106	0,249	0,046 a 1,344
28-31 semanas	-0,163	0,788	0,849	0,258 a 2,707
32-37 semanas				
Peso ao nascer (em gramas)	0,001	0,038*	1,001	1,000 a 1,002
Tempo de internação	-12,128	0,882	0,000	0,000 a 2,367
Tempo de ventilação	-1,941	0,016*	0,144	0,030 a 0,694
Sexo	-0,385	0,297	0,680	0,330 a 1,403
Sugou peito na primeira semana de vida	-0,606	0,284	0,545	0,180 a 1,654

Nota: \*p < 0,05.

O resultado da análise univariada dos potenciais fatores de exposição maternos e neonatais preditores da interrupção do AME na segunda semana após a alta hospitalar, no domicílio, são apresentados na Tabela 2.

As variáveis estatisticamente significativas ( $p < 0,10$ ) na análise univariada compuseram o modelo para a análise multivariada (Tabela 3).

## DISCUSSÃO

O estudo encontrou uma incidência de AME no PT de 81,4% na alta hospitalar, e de 66,4% no retorno ambulatorial, na segunda semana após a alta hospitalar (entre 7 e 15 dias). Esses índices podem ser considerados aceitáveis, de acordo com a recomendação da OMS, mas estão ainda abaixo dos 90% preconizados<sup>(14)</sup>.

Outras duas coortes realizadas com PT no Brasil encontraram uma menor incidência de AME do que em nosso estudo. A primeira coorte realizada com 116 PT, em Porto Alegre-RS, encontrou uma incidência de AME de 36,2% aos 14 dias e de 25% aos 28 dias após a alta hospitalar<sup>(10)</sup>. A segunda coorte realizada com 42 PT, em Maringá-PR, verificou uma incidência de AME de 71,5% aos 15 dias após a alta hospitalar<sup>(15)</sup>. Já na Dinamarca, uma coorte realizada com 1.488 PT, verificou que a incidência de AME foi de 68% na alta hospitalar, com uma queda significativa para 13% aos seis meses de idade cronológica<sup>(16)</sup>. Apesar das diferenças entre os períodos de avaliação dos estudos, verificamos que existe uma dificuldade em estabelecer e manter o AME, principalmente após a alta hospitalar.

A maternidade do estudo recebeu o título de “Hospital Amigo da Criança” em abril de 2016, após o término da coleta de dados, porém instituiu, desde sua criação, em 2012, práticas de promoção, proteção e apoio ao AM. Além disso, a instituição possui uma sala de coleta de leite humano e banco de leite parceiro, além das três etapas implantadas do método canguru.

O título de “Hospital Amigo da Criança” pode contribuir para melhores índices de AME na alta hospitalar, no entanto, as práticas realizadas no hospital em prol do AM não asseguram a manutenção destes índices após a alta hospitalar<sup>(17)</sup>. Além disso, as diretrizes do “Hospital Amigo da Criança” não consideram as particularidades do prematuro e as dificuldades geradas pelo próprio processo de hospitalização em uma unidade neonatal.

Houve uma redução de 15% na incidência do AME nos PT entre a alta hospitalar e o domicílio. Outros estudos no Brasil também apontam queda da taxa de AME após a alta hospitalar de PT<sup>(10-11,15,18)</sup>. Esses dados são preocupantes, pois apontam uma falha das práticas e políticas atuais para a manutenção da amamentação após a alta hospitalar do PT.

No presente estudo o maior peso ao nascer, a gestação dupla e o menor tempo em ventilação mecânica (invasiva e não invasiva) foram associados a um maior risco de interrupção do AME. Vale ressaltar que essas variáveis podem influenciar de maneira independente o desmame precoce. Outras coortes com recém-nascidos (termo e pré-termo) também encontraram associação da interrupção do AME com o peso<sup>(19)</sup>, tempo de ventilação<sup>(15,20-21)</sup> e gestação dupla<sup>(18,22)</sup>.

Esses dados resultam em recomendações para a prática clínica. A idade gestacional não deve ser uma barreira para a amamentação.

Não há na literatura uma conformidade sobre os critérios para iniciar a amamentação no PT. Evidências na literatura apontam que o PT está apto para iniciar a amamentação quando se apresenta estável e não tem contraindicação de aleitamento, sendo este o único critério a ser adotado<sup>(23)</sup>. Nesse caso, a estabilidade é definida quando o PT não apresenta, no cuidado de rotina e manuseio, apneia severa, dessaturação e bradicardia<sup>(23)</sup>.

A morbidade neonatal é inversamente proporcional à idade gestacional e ao peso ao nascer, sendo determinantes para a sobrevivência do PT<sup>(19)</sup>. Desta forma, acreditamos que o peso e idade gestacional são variáveis importantes no contexto da alimentação do PT, porém não devem ser considerados fatores isolados para o início e manutenção da amamentação no PT.

Um fato dos nossos achados mostrou que os PT com maior peso ao nascer tiveram maior chance de interromper o AME no domicílio foi surpreendente. No entanto, esses PT permanecem menos tempo hospitalizados na maternidade, e acabam tendo menos acesso a apoio por profissional especializado. Desta forma, é importante considerar que esses bebês possuem maior risco de desmame, e assegurar que todas as mães recebam apoio e assistência adequada antes da alta hospitalar, bem como seguimento ambulatorial especializado, com articulação para continuidade dessa assistência pelos profissionais da atenção básica.

A alimentação dos PT em ventilação mecânica geralmente acontece por sonda nasogástrica, mas o uso prolongado de sondas pode trazer prejuízos fonarticulatórios<sup>(19)</sup>. Além disso, as lactantes apresentam insegurança ao visualizarem os PT em incubadoras, usando sondas e ventiladores. É importante que a mãe do PT seja orientada e estimulada pela equipe da unidade neonatal a realizar precocemente a ordenha de leite (iniciar até seis horas após o parto)<sup>(23)</sup> para oferecer o seu próprio leite ao PT enquanto este estiver em ventilação mecânica e alimentado por sonda. Além disso, técnicas como sucção não nutritiva e translactação devem ser utilizadas para reduzir o tempo de transição para alimentação oral. Assim, quanto menor o tempo em ventilação mecânica, menor será a chance de desmame precoce do PT.

A amamentação exclusiva em gemelares é um grande desafio. No Japão, estudo com 15.262 recém-nascidos a termo entre três e seis meses de idade encontrou uma prevalência de AME de 4,1% em gemelares em comparação a 44,7% em não-gemelares. As mães de gemelares tiveram 2,4 maior chance de escolher a mamadeira e leite artificial<sup>(22)</sup>. Na Suécia, uma coorte de recém-nascidos gemelares a termo ( $n = 962$ ) e pré-termo ( $n = 695$ ) encontrou que os gemelares pré-termo têm maior risco de desmame aos dois (OR = 1,36; 95% IC = 1,06-1,75), quatro (OR = 1,28; IC = 1,05-1,57), seis (OR = 1,30; IC = 1,06-1,58) e nove (OR = 1,43; IC = 1,09-1,88) meses de vida. O menor nível educacional e o fumo foram associados com maior risco de desmame entre os gemelares PT<sup>(22)</sup>.

Estudo qualitativo com mães de gemelares mostrou que as mães interpretam o choro dos bebês como insuficiência do leite materno. Outras dificuldades levantadas foram a dificuldade de sucção, cansaço, e insuficiência das orientações recebidas dos profissionais de saúde durante a hospitalização<sup>(24)</sup>.

Na maioria das vezes, os gemelares são PT e/ou baixo peso, sendo a alimentação com leite materno fundamental para desenvolvimento do PT. Torna-se fundamental a orientação por profissionais

capacitados em AM, desde a gestação, parto e puerpério para o início e manutenção da amamentação. Além disso, a mãe de gemelares necessita de uma rede de apoio para que possa dividir as outras tarefas de cuidados com o bebê e da casa, além de ter garantido acesso e apoio de serviço de saúde para solucionar os problemas com a amamentação após a alta hospitalar.

### Limitações do estudo

O acompanhamento dos PT até 15 dias após a alta hospitalar, no domicílio, foi uma limitação do estudo, visto que nas duas primeiras semanas em casa, os fatores clínicos (ex.: tempo em ventilação mecânica, peso ao nascer) poderiam ainda exercer maior influência do que os fatores culturais (ex.: desejo de amamentar, não trabalhar, residir com o companheiro). O acompanhamento dos PT até os seis meses de idade corrigida ou até a interrupção do AME poderia elucidar melhor todos os fatores envolvidos na manutenção do AME.

### Contribuições para a área da enfermagem

As diversas dificuldades do PT na amamentação, já documentadas na literatura, bem como a redução na incidência de AME após a alta hospitalar reportada neste estudo, apontam para a necessidade de uma assistência de enfermagem qualificada para garantir o início precoce e manutenção do aleitamento materno desta população vulnerável. Esses resultados poderão subsidiar a elaboração de recomendações e políticas de saúde específicas para os PT, baseada em evidências científicas robustas, e que incluam o contexto da hospitalização em unidade neonatal.

Consideramos que a IHAC-neo é uma iniciativa promissora para melhorar as práticas de AM ao PT, bem como as taxas de AME durante e após a alta hospitalar.

### CONCLUSÃO

A incidência de AME entre os PT foi de 81,4% na alta hospitalar e 66,4% no domicílio, representando uma queda de 15% na incidência de AME na segunda semana após a alta hospitalar.

Os achados mostram a dificuldade do estabelecimento do AME entre os PT até a alta hospitalar, bem como a sua manutenção no domicílio.

A gestação dupla, tempo de ventilação e peso ao nascer foram fatores preditores da interrupção do AME em PT após a alta hospitalar. Desta forma, os profissionais de saúde devem prestar maior assistência às mães e os PT gemelares, que permanecem mais do que sete dias em ventilação mecânica e têm maior peso ao nascer para prevenir a interrupção precoce do AME.

É necessária a implementação pela equipe multiprofissional de saúde de ações baseadas em evidências científicas para os PT, tal como a IHAC-neo, que promovam o início precoce e manutenção da amamentação durante a hospitalização em unidade neonatal. Além da articulação dessas ações com a atenção básica para a continuidade do AME no domicílio até os seis meses de vida. Essas ações devem ser promovidas com o apoio de políticas públicas informadas pela evidência científica que considerem as particularidades do PT no contexto das unidades neonatais.

---

### REFERÊNCIAS

1. World Health Organization-WHO. Indicators for assessing infant and young child feeding practices: conclusions of a consensus meeting held 6-8 November 2007 in Washington D.C., USA[Internet]. Geneva: World Health Organization; 2008[cited 2016 Jul 19]. 19 p. Available from: [http://www.who.int/nutrition/publications/iycf\\_indicators\\_for\\_peer\\_review.pdf](http://www.who.int/nutrition/publications/iycf_indicators_for_peer_review.pdf)
2. Victoria CG, Bahl R, Barros AJ, França GV, Horton S, Krasevec J, et al. Breastfeeding in the 21st century: epidemiology, mechanisms, and lifelong effect. *Lancet*[Internet]. 2016[cited 2016 Sep 3];387(10017):475-90. Available from: [http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(15\)01024-7/abstract](http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(15)01024-7/abstract)
3. Gradim CVC, Magalhães MC, Faria MCF, Arantes CIS. Aleitamento materno como fator de proteção para o câncer de mama. *Rev Rene*[Internet]. 2011[cited 2016 Sep 3];12(2):358-64. Available from: <http://periodicos.ufc.br/rene/article/view/4220>
4. World Health Organization-WHO. Born too soon: the global action report on preterm birth[Internet]. Geneva: World Health Organization; 2012[cited 2016 Aug 3]. 126 p. Available from: [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44864/1/9789241503433\\_eng.pdf?ua=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44864/1/9789241503433_eng.pdf?ua=1)
5. Rodrigues AP, Martins EL, Trojahn TC, Padoin SMM, Paula CC, Tronco CS. Manutenção do aleitamento materno de recém-nascidos pré-termo: revisão integrativa da literatura. *Rev Eletrôn Enferm*[Internet]. 2013[cited 2016 Sep 3];15(1):253-64. Available from: [https://www.fen.ufg.br/fen\\_revista/v15/n1/pdf/v15n1a29.pdf](https://www.fen.ufg.br/fen_revista/v15/n1/pdf/v15n1a29.pdf)
6. Ikonen R, Paavilainen E, Kaunonen M. Preterm infants' mothers' experiences with milk expression and breastfeeding: an integrative review. *Adv Neonatal Care*[Internet]. 2015[cited 2018 Aug 13];15(6):394-406. Available from: <https://insights.ovid.com/pubmed?pmid=26536173>
7. Smith R, Lucas R. Evaluation of nursing knowledge of early initiation of breastfeeding in preterm infants in a hospital setting. *J Neonatal Nurs*[Internet]. 2016[cited 2018 Aug 13];22(3):138-43. Available from: [https://www.journalofneonatalnursing.com/article/S1355-1841\(15\)00114-3/abstract](https://www.journalofneonatalnursing.com/article/S1355-1841(15)00114-3/abstract)
8. Kumar RK, Singhal A, Vaidya U, Banerjee S, Anwar F, Rao S. Optimizing nutrition in preterm low birth weight infants-consensus summary. *Front Nutr*[Internet]. 2017[cited 2018 Jan 22];4(20):1-9. Available from: <https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fnut.2017.00020/full>
9. United Nations Children's Fund. Unicef global databases, 2016, based on MICS, DHS and other nationally representative sources,

- 2010-2014[Internet]. New York: United Nations Children's Fund; 2016[cited 2016 Jul 19]. Available from: <http://data.unicef.org/nutrition/iycf.html#sthash.nEsKwT3U.dpuf>
10. Azevedo M, Cunha MLC. Fatores associados ao aleitamento materno exclusivo em prematuros no primeiro mês após a alta hospitalar. *Rev HCPA*[Internet]. 2013[cited 2016 Sep 3];33(1):40-9. Available from: <http://seer.ufrgs.br/hcpa/article/view/37653>
  11. Silva PK, Almeida ST. Avaliação de recém-nascidos prematuros durante a primeira oferta de seio materno em uma UTI neonatal. *Rev Cefac*[Internet]. 2015[cited 2016 Sep 3];17(3):927-35. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rcefac/v17n3/1982-0216-rcefac-17-03-00927.pdf>
  12. World Health Organization-WHO. United Nations Children's Fund. Global nutrition targets 2025: breastfeeding policy brief. Geneva: World Health Organization; 2014. 8 p.
  13. Brasil. Ministério da Saúde. Manual normativo para profissionais de saúde de maternidades: referência para mulheres que não podem amamentar. Brasília: Ministério da Saúde; 2005. 32 p.
  14. World Health Organization-WHO. Exclusive breastfeeding for six months best for babies everywhere. Geneva: World Health Organization; 2011[cited 2016 Jul 19]. Available from: [http://www.who.int/mediacentre/news/statements/2011/breastfeeding\\_20110115/en/](http://www.who.int/mediacentre/news/statements/2011/breastfeeding_20110115/en/)
  15. Sassá AH, Schmidt KT, Rodrigues BC, Ichisato SMT, Higarashi IH, Marcon SS. Bebês pré-termo: aleitamento materno e evolução ponderal. *Rev Bras Enferm*[Internet]. 2014[cited 2016 Sep 3];67(4):594-600. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v67n4/0034-7167-reben-67-04-0594.pdf>
  16. Maastrup R, Hansen BM, Kronborg H, Bojesen SN, Hallum K, Frandsen A, et al. Breastfeeding progression in preterm infants is influenced by factors in infants, mothers and clinical practice: the results of a national cohort study with high breastfeeding initiation rates. *Plos One*[Internet]. 2014[cited 2016 Sep 10];9(9):108-14. Available from: <http://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0108208>
  17. Rocci E, Fernandes RAQ. Dificuldades no aleitamento materno e influência no desmame precoce. *Rev Bras Enferm*[Internet]. 2014[cited 2016 Sep 3];67(1):22-7. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v67n1/0034-7167-reben-67-01-0022.pdf>
  18. Czechowski AE, Fujinaga CI. Seguimento ambulatorial de prematuros e a prevalência do aleitamento na alta hospitalar e ao sexto mês de vida: contribuições da fonoaudiologia. *Rev Soc Bras Fonoaudiol*[Internet]. 2010[cited 2016 Sep 3];15(4):572-7. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rsbf/v15n4/a16v15n4.pdf>
  19. Castro MP, Rugolo LMSS, Margotto PR. Sobrevida e morbidade em prematuros com menos de 32 semanas de gestação na região central do Brasil. *Rev Bras Ginecol Obstet*[Internet]. 2012[cited 2016 Sep 3];34(5):235-42. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rbgo/v34n5/08.pdf>
  20. Lamy Filho F, Rodrigues MC, Correia AS, Araújo HAWP. Fatores associados ao desmame por ocasião da alta em prematuros de muito baixo peso. *Rev Pesq Saúde*[Internet]. 2012[cited 2016 Sep 10];13(2):21-5. Available from: <http://www.periodicoseletronicos.ufma.br/index.php/revistahuufma/article/view/1318>
  21. Silva WF, Guedes ZCF. Prematuros e prematuros tardios: suas diferenças e o aleitamento materno. *Rev Cefac*[Internet]. 2015[cited 2016 Sep 10];17(4):1232-40. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rcefac/v17n4/1982-0216-rcefac-17-04-01232.pdf>
  22. Ostlund A, Nordström M, Dykes F, Flacking R. Breastfeeding in preterm and term twins-maternal factors associated with early cessation: a population-based study. *J Hum Lact*[Internet]. 2010[cited 2016 Sep 10];26(3):235-41. Available from: <http://jhl.sagepub.com/content/early/2010/02/05/0890334409359627.abstract>
  23. Nyqvist KH, Kylberg E, Hansen MN, Häggkvist A, Maastrup R, Frandsen AL, et al. Neo-BFHI: the baby-friendly hospital initiative for neonatal wards. Core document with recommended standards and criteria[Internet]. Raleigh: Nordic and Quebec Working Group; 2015[cited 2016 Jul 7]. Available from: <http://www.ilca.org/main/learning/resources/neo-bfhi>
  24. Cinar ND, Alvur TM, Kose D, Nemut T. Breastfeeding twins: a qualitative study. *J Health Popul Nutr*[Internet]. 2016[cited 2016 Sep 3];31(4):504-9. Available from: <http://www.bioline.org.br/pdf?hn13061>