

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
FACULDADE DE MEDICINA

ALEITAMENTO MATERNO EM CRIANÇAS
NASCIDAS COM PESO INFERIOR À 2000G ATÉ
SEIS MESES DE VIDA

Bianca Venâncio Romanini

Belo Horizonte – MG
2006

Bianca Venâncio Romanini

Aleitamento Materno em Crianças Nascidas com Peso
Inferior à 2000g até Seis Meses de Vida

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Ciências da Saúde.

Área de concentração: Saúde da Criança e do Adolescente

Orientador: Prof.Dr.César Coelho Xavier

Belo Horizonte
Faculdade de Medicina da UFMG
2006

Romanini, Bianca Venâncio.
R758a Aleitamento materno em crianças nascidas com peso inferior à 2000g até seis meses de vida [manuscrito]. /Bianca Venâncio Romanini. - - Belo Horizonte: 2006.
63f. :

Orientador: César Coelho Xavier.
Área de concentração: Saúde da Criança e do Adolescente.
Dissertação (mestrado): Universidade Federal de Minas Gerais, Faculdade de Medicina.

1. Aleitamento Materno. 2. Recém-Nascido de Baixo Peso. 3. Prevalência. 4. Dissertações Acadêmicas. I. Xavier, César Coelho. II. Universidade Federal de Minas Gerais, Faculdade de Medicina. III. Título.

NLM: WS 125

Dedico este trabalho aos meus pais, irmãos,
sobrinho, companheiro e à memória do Fox.

AGRADECIMENTOS

Às crianças e seus familiares que participaram deste estudo.

Ao Prof. César Coelho Xavier, pela orientação e aprendizado.

À Prof^a Maria Regina de Almeida Viana e À Prof^a Lúcia Horta Figueiredo Goulart, pelo apoio.

À Suzana, pela revisão do texto.

À Lenize, pela análise estatística.

À Dona Dina, pela solidariedade.

À amiga Bel, pelo empenho na formatação do texto.

Às funcionárias da biblioteca da UFMG pela ajuda na revisão de bibliografia, em especial, à Maria do Rosário.

À toda equipe do Hospital Sofia Feldman, pelo auxílio na realização deste trabalho.

Aos meus pais, pelo exemplo, amor, confiança, incentivo, dedicação e solidariedade.

Aos meus irmãos, em especial Breno, pelo apoio.

Ao meu namorado Vanderlei pelo incentivo e companherismo.

Ao meu sobrinho João Raphael, pela torcida.

Ao meu primo Paulo Antônio, pela ajuda constante.

Às minhas amigas, em especial à Cleise, pela ajuda e carinho.

Ao Fox, pelo aprendizado e persistência.

A todos aqueles que de maneira direta ou indireta contribuíram para a realização desse trabalho.

LISTA DE ABREVIACOES

ENDEF: Estudo Nacional de Despesa Familiar

PNSN: Pesquisa Nacional de Sade e Nutrio

PNDS: Plano Nacional de Desenvolvimento Social

LISTA DE TABELAS E FIGURAS

Figura 1 – Diagrama da dinâmica da população nascida no Hospital Sofia Feldman no período estudado

Tabela 1 – Distribuição das crianças quanto a duração do aleitamento materno de acordo com as categorias de peso de nascimento

Tabela 2 – Duração do aleitamento materno em recém-nascido pré-termo de muito baixo peso (< 1500g ao nascer) em relação à época, local e idade

SUMÁRIO

SUMÁRIO

| | |
|---|-----------|
| RESUMO..... | 8 |
| ABSTRACT..... | 10 |
| 1 – INTRODUÇÃO..... | 12 |
| 1.1 – Importância do aleitamento materno..... | 13 |
| 1.2 – Situação do aleitamento materno..... | 15 |
| 1.3 – Aleitamento materno em crianças prematuras e crianças com baixo peso ao nascer..... | 17 |
| 2 – OBJETIVOS..... | 24 |
| 2.1 – Objetivo geral..... | 25 |
| 2.2 – Objetivos específicos..... | 25 |
| 3 – METODOLOGIA..... | 26 |
| 3.1 – O desenho do estudo..... | 27 |
| 3.2 – A população..... | 27 |
| 3.3 – O Hospital Sofia Feldman..... | 29 |
| 3.4 – O protocolo e as variáveis estudadas..... | 30 |
| 3.5 – As definições e o critério..... | 30 |
| 3.6 – A coleta dos dados..... | 31 |
| 3.7 – As dificuldades e os vieses..... | 32 |
| 3.8 – A análise dos dados..... | 33 |
| 3.9 – A questão ética..... | 34 |
| 4 – RESULTADOS..... | 35 |
| Artigo original: Aleitamento materno em crianças nascidas com peso inferior à 2000g..... | 36 |
| 4.1 – Resumo..... | 36 |
| 4.2 – Abstract | 37 |
| 4.3 – Introdução..... | 37 |
| 4.4 – Metodologia..... | 39 |
| 4.5 – Resultados..... | 40 |
| 4.6 – Discussão..... | 41 |
| 5 – CONCLUSÕES..... | 48 |
| REFERÊNCIAS..... | 50 |
| APÊNDICES..... | 57 |

RESUMO

RESUMO

Trata-se de um estudo descritivo longitudinal do aleitamento materno em crianças nascidas com peso inferior à 2000g, nos primeiros seis meses de vida realizado no Hospital Sofia Feldman. A população estudada foi de 89 crianças. A alimentação dessas crianças foi verificada em quatro momentos: no nascimento, na alta do hospital, no 3º e 6º meses de vida. Foi verificada uma frequência de 79,8% de aleitamento materno exclusivo no momento da alta, taxa esta considerada satisfatória. As frequências de aleitamento materno exclusivo no 3º e 6º mês de idade cronológica foram, respectivamente, 40,5% e 4,5%. As taxas de aleitamento materno encontradas foram de 93,3% na alta da internação e 74,3 % no 6º mês de idade cronológica. A duração média do aleitamento materno foi de $5,3 \pm 1,4$ meses. Do total de 25 crianças menores de 1500 g ao nascer, 92,0% crianças foram amamentadas até a alta sendo que 56,0% crianças ainda estavam sendo amamentadas ao seis meses de vida. Este estudo evidencia que a situação ideal está longe de ser alcançado, embora tenham ocorrido melhoras em relação ao incentivo ao aleitamento materno em crianças de baixo peso ao nascer.

ABSTRACT

ABSTRACT

This survey is about a descriptive and longitudinal study from breastfeeding with children born with less than 2000g, in their six months of life, accomplished at Sofia Feldman Hospital. The population studied was of 89 children. These children's feeding was verified in four moments: at the birth, hospital charging and at the 3rd and 6rd monts of life. It was verified at the moment of charging, this rate being considered satisfactory. The frequencies of only breastfeeding in the 3rd and 6rd months of age were respeccively 40,5% and 4,5%. The rates of breastfeeding found were of 93,3% at the charging and 74,3% in the 6th month of chronological age. The mean duration of mother's breastfeeding was $5,3 \pm 1,4$ months. From the total of 25 children with less than 1500g when born, 92% were breastfeeding until their hospital charging and 56% from the children, were being breastfeeding at 6 months old. This study shows that ideal situation is far from being reached, in spite of the improvements that have been occurred in relation to the incentive of breastfeeding for children with low weight when they are born.

INTRODUÇÃO

1 – INTRODUÇÃO

O aumento da sobrevivência de crianças com baixo peso ao nascer, com a expansão e adequação tecnológica das unidades neonatais, resultou em um desafio político-social. A qualidade de vida dessas crianças, com sua adequada inserção na sociedade e desempenho da cidadania, sobrepôs preocupações iniciais da sobrevivência. A questão principal, hoje, é evitar a morte e viver com dignidade.

Políticas de humanização da assistência foram implementadas com o objetivo de favorecer os laços afetivos e, conseqüentemente, a inserção da criança em seu meio sócio-cultural. Aos pais e familiares, garantiu-se a participação no cuidado da criança e no acompanhamento da assistência oferecida pelos profissionais de saúde.

Entre os cuidados especializados prestados a essa população destaca-se a alimentação, que deve ser adequada para favorecer o crescimento e o desenvolvimento individual satisfatórios.

Crianças nascidas com peso inferior à 2000g, geralmente permanecem internadas em unidades neonatais, ficando afastadas de seu núcleo familiar. Apresentam dificuldades para o alcance do aleitamento materno exclusivo - alimentação exclusiva através da sucção no peito da mãe - devido às suas características funcionais para a alimentação. Suas mães têm produção láctea menor, pois esta é, principalmente, estimulada pela sucção da criança no peito e diminui na ausência da sucção ou quando a sucção é inadequada. A ordenha manual do leite materno, realizada com frequência, embora seja menos eficiente do que a sucção da criança, objetiva manter a produção do leite.

1.1 – Importância do aleitamento materno

O aleitamento materno beneficia a criança, a mãe e a sociedade. Protege contra alergias e infecções, facilita o vínculo mãe e filho, diminui a hemorragia pós-parto, previne o câncer de útero e ovário, promove o desenvolvimento neuropsicomotor, apresenta nutrientes perfeitos,

além de ser de fácil digestão. Propicia economia nos gastos relativos a consultas médicas, medicamentos, exames laboratoriais e hospitalizações. Estimula a fala e a linguagem e previne contra problemas ortodônticos (WHO/UNICEF, 1997). Previne a síndrome do respirador bucal, além de estimular as musculaturas envolvidas na mastigação, favorecer a deglutição e a fonação adequadas (Carvalho, 2003).

Apresenta vantagens de ordem nutricional, imunológica, econômica, psicológica e ecológica. Estudos mostram sua importância na prevenção de desnutrição, de diarreias e de infecções respiratórias. Victora et al (1987) evidenciaram uma diminuição de até 23 vezes o risco de mortes por diarreia e Woodward et al (1990) uma diminuição das infecções respiratórias em crianças tabagistas passivas, alimentadas com leite materno.

A Academia Americana de Pediatria (2005) relata possível diminuição da síndrome de morte súbita da criança no primeiro ano de vida e redução da incidência de diabetes mellitus, leucemia, obesidade e asma em crianças mais velhas e adultos que foram amamentados em comparação com os que não foram. Além disso há uma possível diminuição do risco de fraturas de quadril e da osteoporose no período pós-menopausa das mães que amamentaram seus filhos.

A Organização Mundial de Saúde (OMS) realizou um estudo multicêntrico, em seis países (Brasil, Gana, Índia, Noruega, Omã e Estados Unidos da América), após reconhecer a inadequação do padrão de referência de crescimento da NCHS/WHO (National Center for Health Statistics/ World Health Organization) recomendada para uso internacional desde o final da década de 70. Participaram do estudo, crianças saudáveis amamentadas no peito da mãe, no lugar das que se alimentavam com leite de vaca. Avaliaram crianças com representação universal em substituição das crianças/padrão locais. A nova referência aplica-se a crianças com menos de cinco anos de idade e inclui indicadores como peso-idade, altura-idade, peso-altura e índice de massa corporal-idade. Estabelece, assim, como modelo normativo de crescimento e desenvolvimento crianças amamentadas e recomenda seu uso na avaliação de crianças, independente do local, etnia, status socioeconômico e tipo de alimentação. As curvas de crescimento são importantes para o acompanhamento do crescimento e do desenvolvimento na infância (WHO, 2006a; WHO, 2006b).

O Ministério da Saúde recomenda que a criança deve ser amamentada exclusivamente no peito materno nos seis primeiros meses de vida. Recomenda, ainda, a continuidade da amamentação até os dois anos ou mais, com quantidades crescentes de alimentos complementares e líquidos. Recomendam também que crianças amamentadas não devem utilizar mamadeiras ou chupetas (Brasil, 2001b; Brasil, 2005).

A alimentação complementar adequada é fundamental para o crescimento e desenvolvimento da criança (Monte & Giugliani, 2004). Giugliani & Victora (2000) ressaltam a importância da introdução de alimentos complementares (qualquer alimento nutritivo, sólido ou líquido, diferente do leite materno, oferecido à criança amamentada) em tempo oportuno, em torno dos 6 meses de vida. Esta recomendação é baseada em evidências que a introdução antes da época citada, geralmente, não oferece vantagens, como pode ser prejudicial à saúde da criança.

A água não é necessária para crianças a termo, nascidas de baixo peso e que estão sendo exclusivamente alimentadas no peito materno, mesmo em condições de calor, concluem Cohen et al (2000). Concordando com estes autores, Black & Victora (2002) evidenciam que a adição de água não é necessária para manter a hidratação, mesmo em países tropicais. Além disso, a adição de água, chás e outros líquidos tem efeitos adversos na produção do leite humano, no crescimento, na morbidade e mortalidade por doenças infecciosas.

Black & Victora (2002) discutem, também, que se a recomendação para o aleitamento materno mudar de uma idade única para uma faixa de período de idade, adaptada de acordo com as necessidades individuais e a variabilidade regional, possibilitaria interpretações errôneas e pressão das indústrias de alimentos infantis. Relatam ainda que, em países em desenvolvimento, foi verificado um sucesso nos programas de promoção de aleitamento materno exclusivo e tendências positivas na duração deste.

1.2 - Situação do aleitamento materno

O ato de amamentar é biologicamente determinado e socioculturalmente condicionado. Deve ser entendido como uma prática complexa e dinâmica que ocorre em um contexto, que varia

com o tempo e o lugar, e que é definido obedecendo a determinantes sociais e econômicos. A mulher deve ser percebida como uma figura tridimensional, mulher, mãe e esposa, isto é, visualizada em sua individualidade, para depois ser compreendida em suas atitudes frente à maternidade. A mulher/mãe tem deixado de amamentar seus filhos. Sua entrada no mercado de trabalho, a cultura ao corpo e o uso da mamadeira contribuíram, marcadamente, para o decréscimo da amamentação (Ichisato & Shimo, 2002).

A diminuição do aleitamento materno no Brasil, na década de 70, com a prática generalizada do desmame precoce, foi concomitante ao crescimento das indústrias produtoras de fórmulas infantis (Silveira, 2001).

Para incentivar a prática do aleitamento materno e diminuir o desmame precoce, foi instituído, no início do ano de 1981, o Programa Nacional de Incentivo ao Aleitamento Materno (PNIAM). A estratégia era intervir nos obstáculos ao aleitamento materno, sendo áreas passíveis de intervenção: a educação, a organização dos serviços de saúde, o trabalho da mulher e a falta de controle sobre a publicidade dos alimentos infantis industrializados. Assim, treinamentos foram realizados; o alojamento conjunto tornou-se obrigatório nas maternidades públicas brasileiras em 1982; foi incentivada a aprovação de leis que obrigam a criação de creches nos locais de trabalho e que aumentam o tempo da licença-maternidade. Foram aprovadas, em 1988, as Normas para Comercialização de Alimentos para Lactentes. O Programa de Atenção Integral à Saúde da Criança (PAISC) desenvolvido, em 1984, pelo Ministério da Saúde, representou um marco no modelo de assistência à saúde infantil para combater as altas taxas de mortalidade causadas pelo binômio desnutrição-infecção, incentivar o aleitamento materno e introduzir a discussão sobre o processo de desmame (Alves et al, 2003).

Barros et al (1986a) acompanharam uma coorte de 5914 crianças na cidade de Pelotas em 1982, do nascimento até a idade de 12 meses. A prevalência de aleitamento materno foi definida a partir de 4.924 (83,3%) crianças. Destas, 92% iniciaram o aleitamento materno, 54% estavam sendo amamentadas aos três meses, 30% aos seis meses, 20% aos nove meses e 16% aos 12 meses. A duração média da amamentação foi de 3,3 meses.

Em 1990, para incentivar o aleitamento materno, foi assinada a Declaração de Innocenti, na Itália. Com metas de proteger, promover e apoiar o aleitamento materno os países, dentre eles

o Brasil, tinham como um de seus objetivos operacionais garantir nas maternidades a prática dos dez passos para o sucesso do aleitamento materno, propostos pelas World Health Organization/The United Nations Children's Fund (WHO/UNICEF). Resultou na criação do programa do Hospital Amigo da Criança (HAC) e contribuiu para o aumento da prevalência do aleitamento materno nos primeiros seis meses de vida (UNICEF, 2005).

O Ministério da Saúde estimou, em 1999, a prevalência de aleitamento materno nas capitais brasileiras e no Distrito Federal durante a segunda etapa da Campanha Nacional de Imunização. Foi observado um aumento significativo na duração mediana do aleitamento materno no Brasil. Passou de 2,5 meses em 1975 (ENDEF) para 5,5 meses em 1989 (PNSN); 7 meses em 1996 (PNDS) e 9,9 meses em 1999. (Brasil, 2001a). Rea (2003) ao analisar os dados desta pesquisa salienta que o tempo da amamentação entre uma em cada duas mulheres aumentou de dois a três meses em 1975 para dez meses em 1999.

Alves (2005) ao estudar a prática do aleitamento materno em um centro de saúde, na cidade de Belo Horizonte, observou que a duração mediana do aleitamento materno passou de cinco para onze meses, entre 1980 e 2004. Relata um aumento progressivo da prevalência do aleitamento materno em todas as idades estudadas, 1, 3, 6 e 12 meses.

O sucesso do aleitamento materno exclusivo depende da atenção qualificada e não apenas de maior atenção às mães, concluem Agrasada et al. (2005). Estudaram em Manilha, nas Filipinas, 204 mães de crianças a termo, de baixo peso ao nascer, divididas, aleatoriamente, em três grupos. O primeiro recebeu orientações sobre aleitamento materno de uma equipe treinada no assunto; o segundo recebeu orientações de uma equipe treinada em cuidados gerais com a criança, e o terceiro não recebeu orientações. Aos seis meses de vida, 44% das mães do primeiro grupo, 7% das mães do segundo e nenhuma mãe do terceiro grupo estavam amamentando exclusivamente no peito materno.

1.3 - Aleitamento materno em crianças prematuras e crianças com baixo peso ao nascer

Lawrence (2001) salienta que, a despeito das declarações dos benefícios do aleitamento materno e das recomendações, nem a Academia Americana de Pediatria, nem a Organização

Mundial de Saúde referem-se, especialmente, aos recém-nascidos de extremo baixo peso. Relata, também, que a taxa de sucesso do aleitamento materno entre mães de crianças prematuras é baixa, apesar de estar bem documentado o benefício da ingestão de leite humano.

Schanler et al (2005) realizaram um estudo aleatório com 243 crianças extremamente prematuras – 23 à 29 semanas de gestação – no Texas, com o objetivo de comparar a incidência do início da septicemia tardia e/ou da enterocolite necrozante entre três grupos de crianças. Foram comparadas crianças que recebiam leite humano pasteurizado com outras que recebiam leite de vaca, como suplemento, quando o leite da própria mãe não era suficiente. Estas foram ainda comparadas com as do grupo de referência, crianças que recebiam apenas leite da própria mãe. Não notaram diferença significativa entre os grupos que recebiam leite de vaca e leite humano pasteurizado, na repetição de episódios de início de septicemia tardia ($p=0,097$) e repetição de episódios de septicemia tardia e/ou enterocolite necrozante ($p=0,42$), porém observaram diferença significativa quando comparados com o grupo de referência. O grupo referência apresentou menos episódios de início da septicemia tardia (OR:0,47; 95% CI:0,25-0,90), menor repetição destes episódios (OR:0,45; 95% CI:0,24 – 0,86), e ainda menor repetição de episódios de septicemia tardia e/ou enterocolite necrozante (OR: 0,18; 95% CI:0,04 – 0,079), quando comparado aos outros dois grupos.

Bertino et al (2006), através de uma carta, fazem algumas críticas ao trabalho de Schanler et al (2005). A ocorrência de troca entre os dois grupos em um único sentido, grupo que recebia complemento com leite humano pasteurizado para o que recebia complemento com o leite de vaca. As diferenças das características sócio-econômicas entre os dois grupos. A incidência encontrada nas doenças estudadas foi a metade do esperado, supõe-se que o tamanho da amostra tenha sido inadequado. Os dois grupos receberam o leite da própria mãe, dificultando assim a comparação da influência do leite de vaca e do leite humano pasteurizado. Concluíram, que são necessários mais pesquisas comparando leite humano pasteurizado com leite de vaca, antes de inferir a ausência de vantagens do primeiro sobre o segundo.

Schanler, em réplica aos comentários dos autores, acima citados, fez algumas considerações. Concordou que são necessários estudos complementares para conclusões mais definitivas. Comenta, ainda, que a fortificação do leite humano não é uma prática na instituição onde o estudo foi desenvolvido, embora seja mais útil. Que algumas variáveis podem diferir entre

grupos envolvidos no estudo aleatório, entretanto, as variáveis sócio-demográficas não explicam as diferenças ou ausência destas, entre os grupos estudados. Que o tamanho da amostra utilizada foi determinada por estudos prévios, realizados com a sua participação, porém as taxas de uma ou outra doença foram menores do que o esperado, embora tenham sido próximas entre os dois grupos. E que a intenção não era estudar cada um dos suplementos como fonte única de alimentação, e sim, reproduzir a realidade de alimentação nas unidades neonatais nos Estados Unidos da América.

Barros et al (1986) alertam para a possibilidade da importância do aleitamento materno ser superestimada em crianças de baixo peso. Estudaram a associação entre peso de nascimento e aleitamento materno de todos os bebês nascidos em hospitais na cidade de Pelotas no ano de 1982. Relatam sobre a necessidade desta associação em estudos sobre mortalidade infantil que comparem bebês não amamentados e amamentados, pois este último grupo contém uma proporção menor de bebês de baixo peso. Sugerem que os demais fatores correlacionados a alta morbidade e mortalidade de crianças nascidas com baixo peso sejam estudados nas pesquisas relativas ao aleitamento materno.

Silva & Spencer (2004), realizaram uma revisão de todas as pesquisas relativas ao leite humano na prevenção de doenças, publicadas de 1970 à 2003, na base de dados Medline, Embase, Cinahi e Chrocrane. Eles relatam, após comentar estes estudos, que a superioridade do leite humano na prevenção de infecção em crianças prematuras e de muito baixo peso ao nascer não é comprovada. Furman (2006), em carta, esclarece resultados obtidos em seu estudo, e contrapõe as colocações dos autores anteriores. Pontua que a sucção de mais de 50ml/kg/dia de leite materno em quatro semanas de vida, diminui as taxas de septicemia em crianças de muito baixo peso ao nascer. Relata, como a principal falha no estudo de Silva & Spencer (2004), a falta de consistência das definições das crianças alimentadas com leite materno e dos métodos usados para quantificar o leite materno sugado pela criança.

Heiman & Shanler (2006) relatam que embora o leite humano acentue a imunidade das crianças, ele pode não conter todos os nutrientes necessários para crianças pré-termo (com peso ao nascer <1500g), podendo requerer fortificantes para obter nutrição mais favorável. Spatz (2006) ressalta que a ciência coloca o leite humano como a melhor forma de nutrir todas as crianças, mesmo as nascidas pré-termo ou com qualquer doença. Afirma que o leite

humano fortificado é usualmente necessário para crianças de muito baixo peso ao nascer, embora algumas podem ter experiência de intolerância a este leite que é feito de leite de vaca.

A frequência de aleitamento materno em crianças com baixo peso ao nascer é variada, pois, depende do peso dos neonatos, da definição de aleitamento materno, das informações sobre o ambiente em que se desenvolve a pesquisa e da metodologia utilizada.

Na Finlândia, Verronen (1985) estudou a incidência e a duração do aleitamento materno em 129 crianças nascidas com peso ≤ 2500 g. Observou um aumento da incidência de 1979 para 1982 de 78% para 91%. A prevalência das crianças amamentadas aos três meses foi de 67% e aos seis meses de 46%. Crianças menores, com síndrome do desconforto respiratório e de classe social mais baixa mamaram menos do que as outras. Fatores como idade da mãe, estado civil, tipo de parto, presença do companheiro durante o parto, asfixia perinatal e permanência hospitalar não tiveram relação com os dados obtidos.

Lefebvre & Ducharme (1989) compararam a experiência com aleitamento materno de mães de crianças de baixo peso ao nascer (< 2500 g) com as de pesos superiores a 2500g, no Canadá. Observaram que 65% destas últimas crianças receberam alta hospitalar com aleitamento materno exclusivo, contra, apenas 3% das crianças nascidas de baixo peso. A duração média da lactação das mães das crianças de baixo peso foi de 2,5 meses e das crianças do grupo controle de 3,2 meses. Observou-se, ainda, a média para as crianças nascidas com peso ≤ 1500 g, com peso entre 1501g e 2000g, entre 2001g e 2500g e para as crianças do grupo controle. As médias foram respectivamente: 1,8 mês; 3,1 meses, 2,2 meses e 3,2 meses.

Comparando os índices de prevalências encontradas por Verronen (1985) e por Lefebvre & Ducharme (1989) a diferença dos índices das taxas de aleitamento materno encontradas evidencia-se desde a alta hospitalar.

Xavier et al (1991), em estudo longitudinal e prospectivo, verificaram a duração do aleitamento materno no primeiro ano de vida de 222 recém-nascidos, com peso ≤ 2500 g, no Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto – Universidade de São Paulo (USP). A incidência do aleitamento materno foi de 86,5%, com mediana de duração de quatro meses. A prevalência para as crianças que foram amamentadas foi de 62,5% aos 3 meses, de 38,5% aos 6 meses, 28,7% aos 9 meses e 25% aos 12 meses. Concluíram que o

peso ao nascer mostrou associação positiva com a incidência e duração do aleitamento materno. A idade materna, situação conjugal e o número de consultas pré-natais não apresentaram associação com o aleitamento materno. Contrariando estes autores, Verronen (1985) não encontrou associação da duração do aleitamento materno com o peso ao nascer e sim, correlação positiva, com a classe social materna, determinada por sua ocupação. Apresenta ainda índice de aleitamento materno aproximadamente dez vezes maior do que o encontrado por Xavier et al (1991), nas crianças nascidas com peso ≤ 1500 g, aos seis meses; respectivamente 40% e 4,2%.

Foi realizado um estudo randomizado e multicêntrico (Etiópia, Indonésia e México), com 149 recém nascidos, pesando de 1000g a 1999g, submetidos ao Método Canguru e que iniciaram o aleitamento materno precocemente. O aleitamento exclusivo na alta hospitalar foi de 83%, 98% e 80%, respectivamente para aqueles países, com taxa geral de 88%. Comparando estas, com 136 crianças de mesmo peso e local ao nascer, submetidas ao método de cuidados convencionais, verificou-se que a amamentação mesmo entre culturas mais diferentes obteve maior prevalência e duração com o cuidado mãe canguru (Cattaneo et al., 1998).

Penalva & Schwartzman (2006) estudaram, em Itapeçerica da Serra, 70 crianças prematuras que participaram do Programa Mãe Canguru. Observaram que o aleitamento materno exclusivo iniciou-se com as crianças com peso médio de 1611g e idade gestacional média de 35,3 semanas. No momento da alta hospitalar, 85,7% estavam amamentando exclusivamente no peito da mãe.

Boo & Goh (1999) estudaram, na Malásia, as taxas de aleitamento materno de crianças nascidas com peso inferior à 1500g e os fatores predisponentes ao sucesso do aleitamento materno, e à alta hospitalar. Dentre as 141 crianças com peso ao nascer inferior à 1500g, que receberam alta com suas mães, 57 crianças (40,2%) estavam em aleitamento materno. Encontraram como fatores significativamente associados com o sucesso do aleitamento materno: nível de escolaridade materna entre sete e nove anos e início mais precoce da dieta por sonda.

Rocha (2001) estudando crianças com peso menor que 1500g ao nascer, em Ribeirão Preto, observou que a proporção de crianças que recebiam leite da própria mãe ou de banco de leite variou de 81,1% na alta hospitalar para apenas 47,8% no primeiro retorno ambulatorial da

criança, entre 5 e 15 dias. Isto representou uma diferença de 58,9%, em um curto período de tempo, sugerindo uma influência da equipe hospitalar nos resultados do aleitamento materno encontrados no momento da alta.

Para estudar a interrupção precoce da alimentação com leite materno em crianças de muito baixo peso de nascimento, Killersreiter et al (2001), compararam 89 crianças de muito baixo peso de nascimento (<1500g) com 177 crianças a termo, com peso ao nascer superior à 2500g, em Berlim. Observaram que a duração média do aleitamento materno foi de 36 dias para crianças de muito baixo peso e de 112 dias para as crianças do grupo controle. Concluíram que a duração média do aleitamento materno, no grupo das crianças de muito baixo peso ao nascer, foi significativamente maior ($p=0,008$) entre as que necessitaram de suporte de oxigênio com 36 semanas de idade gestacional corrigida, em oposição àquelas que sobreviveram com 36 semanas sem displasia broncopulmonar. A duração média do aleitamento materno foi associada, negativamente, com o hábito de fumar da mãe durante a gravidez. Gêmeos e trigêmeos, de muito baixo peso ao nascer, receberam leite de suas mães por um período significativamente superior, contrariando gestações múltiplas de crianças a termo.

Flacking et al (2003) compararam as taxas de aleitamento materno, na alta hospitalar, de 70 crianças de baixo peso ao nascer, com as de crianças nascidas no mesmo local e ano, em um município da Suécia. O hospital incentivava o aleitamento materno. Encontraram, na alta hospitalar, taxas de aleitamento materno de 93% nas crianças com baixo peso ao nascer e 97% nas do grupo controle. No 6º mês de vida estas taxas foram respectivamente 36% e 75%. Observaram que as crianças de baixo peso de nascimento tiveram alta incidência de aleitamento materno, porém com duração significativamente mais baixa quando comparadas com as do grupo controle.

Smith et al (2003), fizeram uma análise retrospectiva com 361 pares de mães e crianças nascidos com peso inferior à 1501g, acompanhados ambulatorialmente, para estudar a prática de alimentação. Esta população participava de um estudo de seguimento para avaliar o desenvolvimento neuropsicomotor nas idades de seis a oito anos. Observaram que 60% das mães iniciavam a alimentação com leite materno ordenhado. Apenas 27% das mães relataram oferta do leite materno por sucção direta no peito. Idade da mãe, seguro privado, menor

permanência hospitalar, experiência com aleitamento materno foram fatores associados, positivamente, para o aleitamento materno.

Vannuchi et al (2004) realizaram um estudo em Londrina com o objetivo de avaliar o impacto da iniciativa Hospital Amigo da Criança sobre a prática do aleitamento materno. Foram consultados todos os prontuários de recém-nascidos internados em unidade de neonatologia, de um hospital de ensino, durante os anos de 1994 (n=285) e 1998 (n=368). Observaram aumento progressivo das crianças em aleitamento materno exclusivo durante o período de internação – 1,9% em 1994, para 41,7% em 1998. Quanto à amamentação nos primeiros seis meses de vida, o tempo mediano do aleitamento materno exclusivo aumentou de 12 para 45 dias.

Para avaliar a importância do aleitamento materno e sua promoção no manejo clínico-hospitalar de recém-nascidos pré-termo, Nascimento & Issler (2004) revisaram a literatura existente na base de dados Medline, publicada de 1990 a 2003. Observaram que muitos artigos não definiram claramente aleitamento materno à alta hospitalar, não se referiam aos estímulos à amamentação praticados e que não havia consenso sobre o início da amamentação no prematuro. Salientam que o êxito da amamentação de prematuros é baixo, especialmente em unidades neonatais de risco, apesar do registro de postura hospitalar favorável. Consideraram o manejo clínico adequado como facilitador para uma amamentação bem sucedida e que uma mudança na assistência hospitalar é necessária para melhorar o cuidado perinatal, a humanização no nascimento e a colaboração dos pais.

Em revisão da literatura, nas bases de dados Medline, Lilacs, BDENF, PAHO, WHOLIS, não foram encontrados estudos recentes de prevalência do aleitamento materno em crianças de baixo peso ao nascer.

Esta pesquisa estuda o aleitamento materno de crianças com peso ao nascer inferior à 2000g na Fundação de Assistência Integral à Saúde/Hospital Sofia Feldman (FAIS/HSF), nos primeiros seis meses de vida. Esta população apresenta características alimentares com dificuldades distintas das crianças com peso ao nascer entre 2000 à 2500g. Trata-se de um estudo descritivo e prospectivo do aleitamento materno nos primeiros seis meses de vida.

OBJETIVOS

2 - OBJETIVOS

2.1 - Objetivo geral

Estudar a duração do aleitamento materno nos primeiros seis meses de vida de crianças nascidas, com peso inferior à 2000g no Hospital Sofia Feldman (HSF).

2.2 - Objetivos específicos

Verificar a frequência do aleitamento exclusivo no momento da alta da criança para o ambulatório.

Verificar a duração do aleitamento materno nos primeiros seis meses de vida.

METODOLOGIA

3 – METODOLOGIA

3.1 – O desenho do estudo

É um estudo descritivo e prospectivo de crianças nascidas com peso inferior à 2000g, no Hospital Sofia Feldman (HSF), com relação à alimentação nos primeiros seis meses de vida.

3.2 – A população

Participaram da pesquisa todas as crianças com peso ao nascer inferior à 2000g, nascidas no Hospital Sofia Feldman, no período março a novembro de 2005, que receberam alta.

Foram excluídas do estudo: crianças que faleceram, foram transferidas para outra instituição ou não receberam alta antes de 6 meses de vida, que nasceram de parto gemelar, mal formadas, cujas mães não concordaram em participar da pesquisa ou que apresentavam problemas que pudesse influenciar na prática do aleitamento materno ou na confiabilidade dos dados coletados.

De acordo com o registro hospitalar, 6045 crianças nasceram no ano de 2005 no Hospital Sofia Feldman, sendo 263 crianças (4,4%) nascidas vivas com peso inferior a 2000g e 176 (2,9%) durante o período estudado. A figura 1 mostra o diagrama da dinâmica da população nascida neste período, 4813 crianças.

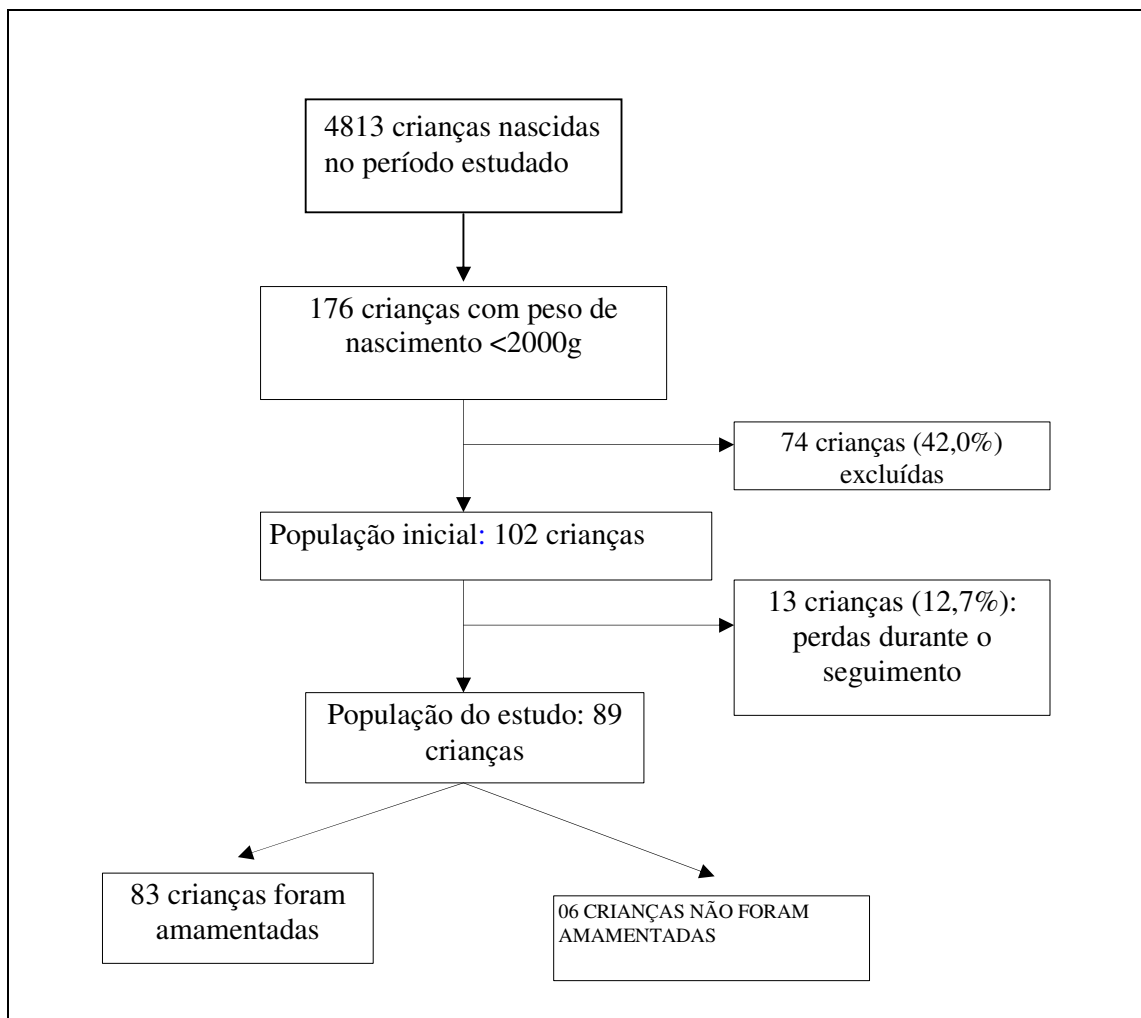


FIGURA 1 - Diagrama da dinâmica da população nascida no Hospital Sofia Feldman no período estudado

Setenta e quatro crianças não foram estudadas (Figura 1) atendendo aos critérios de exclusão, relacionados as:

a) mães: 18 crianças (11 não concordaram em participar da pesquisa, 3 apresentavam distúrbios psiquiátricos, 1 desenvolveu insuficiência renal após o parto, 1 era usuária de droga, 1 tinha glaucoma, 1 apresentou teste rápido para HIV positivo);

b) crianças: 56 crianças (21 óbitos, 23 nasceram de partos gemelares, 8 eram mal formadas, 3 não receberam alta antes de completarem seis meses de idade cronológica e 1 foi transferida para outra instituição).

A perda no seguimento foi de 10 crianças (9,8%). Assim, 92 crianças pesando menos de 2000g, foram estudadas.

3.3 – O Hospital Sofia Feldman

Trata-se de uma instituição filantrópica, não-governamental, situada no Distrito Sanitário Norte de Belo Horizonte, Minas Gerais, cuja clientela é usuária do Sistema Único de Saúde.

O Hospital incentiva e apóia o aleitamento materno e prioriza a atenção humanizada no parto, nascimento e durante a permanência de mãe e filho na instituição. Possui alojamento conjunto, unidade neonatal e alojamento materno, para mães de crianças internados nessa unidade. A unidade neonatal tinha 50 leitos no ano de 2005; hoje tem 67 leitos. O Hospital dispunha de 24 leitos de terapia intensiva e 26 leitos de cuidados intermediários. O Cuidado Mãe Canguru é realizado desde a Unidade de Terapia Intensiva e a presença da família é incentivada pela Instituição.

O Hospital foi agraciado com o título de Hospital Amigo da Criança (HAC) no ano de 1995, sendo o primeiro da cidade de Belo Horizonte a recebê-lo do Ministério da Saúde/UNICEF. Também, recebeu o Prêmio Professor Galba de Araújo, do Ministério da Saúde, em 1999, em reconhecimento ao atendimento humanizado, ao estímulo ao parto normal e ao aleitamento materno.

A Instituição realiza, desde junho de 2004, um Programa de Internação Domiciliar Neonatal (PID/NEO). Visa facilitar, sobretudo, a integração do binômio mãe-filho no contexto social em que vivem, favorecer o aleitamento materno exclusivo, integrar a família nos cuidados com o recém-nascido e garantir uma assistência integral e humanizada.

Participam do PID/NEO crianças que necessitam ganhar peso, em tratamento com fototerapia, em uso de antibiótico oral e com síndromes. A inclusão das crianças nesse programa ocorre, apenas, após a concordância médica e a anuência do responsável através da assinatura do termo de adesão. A família necessita morar no município de Belo Horizonte ou em municípios próximos e estar preparada para realizar os cuidados com a criança.

Existe na Instituição um posto de coleta de leite humano, mas não um banco de leite. A quantidade de leite ordenhada, que é pasteurizada na Maternidade Odete Valadares, é insuficiente para a demanda do HSF.

3.4 – O protocolo e as variáveis estudadas

O protocolo, montado para esta pesquisa (Apêndice A), contém dados de identificação individual, da mãe e da criança, e que possibilitam a localização e o contato com os indivíduos envolvidos na pesquisa. Contêm também informações sobre características sócio-culturais, experiência com aleitamento materno, expectativas quanto à amamentação, bem como sobre fatores perinatais, internação hospitalar, participação no Programa de Internação Domiciliar, tipo de alimentação e uso de mamadeira.

3.5 – As definições e os critérios

Os critérios referentes ao aleitamento materno e alimentação complementar, usados nesse estudo, são baseados em alguns dos critérios definidos pelo grupo de trabalho da Organização Mundial de Saúde (WHO, 1991).

- Aleitamento materno: a criança recebe leite humano (diretamente do peito ou ordenhado) da sua mãe ou leite de banco de leite.
- Aleitamento materno exclusivo: a criança recebe apenas o leite humano (diretamente do peito ou ordenhado) da sua mãe ou leite de banco de leite, e nenhum outro líquido ou sólido, com exceção de gotas ou xaropes de vitaminas, suplementos minerais ou remédios.

Este estudo baseou-se em Rocha (2001) para definir crianças amamentadas e não amamentadas.

- Crianças amamentadas: crianças que foram amamentadas por suas mães, por no mínimo 14 dias após a alta hospitalar.
- Crianças não amamentadas: crianças que não foram amamentadas por suas mães, por até 14 dias após a alta hospitalar.

Nesse trabalho, foram consideradas ainda, as seguintes definições:

- Desmame: a criança não se alimenta mais de leite materno.
- Idade gestacional: a utilizada pelo HSF, obtida pelo método Capurro considerando apenas as semanas completas.

3.6 – A coleta dos dados

As crianças nascidas com peso inferior a 2000g no Hospital Sofia Feldman foram identificadas através de pesquisa do Livro de registro da maternidade.

Suas mães eram informadas e convidadas a participar da pesquisa. Era feita a leitura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice B); as dúvidas esclarecidas e, então, era solicitada a concordância formalizada através de assinatura da mãe.

Com a anuência materna, as crianças eram incorporadas ao estudo, e as mães entrevistadas. As informações eram registradas no protocolo de pesquisa.

A coleta de dados foi feita em quatro momentos: no nascimento, na alta do hospital, no 3º e 6º meses de vida, para dados relativos ao tipo de leite e peso. Estas coletas foram feitas na maternidade, no ambulatório, e foram realizados contatos telefônicos com as famílias para diminuir as perdas e obter as informações relativas ao desmame.

Durante a internação, foram coletados os dados relativos à mãe e informações sobre o nascimento e o período perinatal da criança, através de entrevistas com as mães e de análises dos prontuários da mãe e da criança.

As consultas e entrevistas, realizadas durante o acompanhamento, foram agendadas para o período compreendido entre uma semana antes e uma depois do dia em que a criança completava o seu 3º ou 6º mês de vida. Essas eram realizadas no HSF, ou nos domicílios, quando crianças ou mães estavam impossibilitadas de comparecer ao hospital.

Para completar o protocolo, foram realizados levantamentos no Livro de registro do PID/NEO e no prontuário dos recém-nascidos (especialmente para obter dados relativos à alimentação da criança e sua permanência no PID/NEO).

As crianças foram pesadas - nos quatro momentos - no Hospital, com balança eletrônica Filizola Baby, ou em casa, com a balança cegonha marca Caudura, utilizada no Programa Viva Vida, da Secretaria Estadual de Saúde de Minas Gerais. Essa balança é do tipo mola, constituída por um tubo de alumínio quadrado, de uma polegada de lado, com altura de 63,5 cm, peso de 725g, carga máxima de 25kg, divisões de 100g e suporte para pesagem.

Foi garantido às mães o transporte para as consultas.

Todos os encontros foram feitos pessoalmente pela autora da pesquisa, que é fonoaudióloga do HSF. São funções da pesquisadora no hospital, orientar, auxiliar na prática de aleitamento materno e avaliar a sucção e a produção láctea materna para definição de condutas relacionadas à dieta das crianças pela equipe responsável.

3.7 – A análise dos dados

Um banco de dados foi construído no programa Epi-Info, versão 6.04, e os dados digitados foram revisados para assegurar melhor qualidade.

Os dados armazenados foram processados para a obtenção de listagens, distribuições de frequência, cálculos de média, mediana, desvio padrão e realização de outros cálculos estatísticos. Para comparar as médias entre os grupos, utilizou-se o teste Anova e para a distribuição dos dados não homogênea, o teste de Kruskal-Wallis. Para testar a existência de associação entre as variáveis, utilizaram-se o teste Yates corrigido e o Exato de Fisher. Considerou-se como significativa $p < 0,05$.

3.8 – As dificuldades e os vieses

Uma das dificuldades para realizar a pesquisa foi o período limitado de tempo da coleta dos dados, de março a novembro de 2005, resultando em um número pequeno da amostra (amostra casuística de 89 crianças).

O número de indivíduos da amostra e a sua variação dificultaram as análises estatísticas. A variação do número de pessoas ocorreu no seguimento devido a duas perdas e uma entrada tardia de criança. Nesta última poderia ocorrer um viés de lembrança dos dados relatados. Entretanto, Huttly et al (1990) ao investigarem o problema do viés de lembrança da duração do aleitamento materno, relatado pelas mães, na cidade de Pelotas, em mais de 1000 crianças, concluíram que estas não tenderam a errar na classificação, nem para mais e nem para menos, nos tempo de duração.

A análise dos dados estudados por categoria de peso foi prejudicada pela proporção de crianças nascidas com peso inferior à 1500g ter sido menor que 30%. O que influenciou na consistência dos dados, mesmo após realização do teste Exato de Fisher.

O fato desta pesquisa trabalhar com idade cronológica e não idade gestacional corrigida, como o usual, dificultou a comparação das médias e frequências do aleitamento materno. A pesquisadora não tinha experiência para a realização do exame clínico neurológico de Capurro, o que resultaria em um baixo grau de confiança. Este exame, com o objetivo de pesquisa, deve ser realizado por um único avaliador, o que não ocorreu no HSF.

As distintas definições dos indicadores do aleitamento materno encontradas na literatura, resultaram em uma limitação nas comparações dos estudos. Essa limitação foi citada pela OMS (2001) ao relatar que estas definições são imprecisas.

Outra dificuldade, foi manter o contato com as mães após a alta hospitalar. A inexistência de telefones e o fornecimento de endereços incompletos dificultaram o contato da mãe/pesquisadora e a perda dos contatos existentes, acarretava a interrupção do seguimento.

A coleta de dados foi feita por uma funcionária da Instituição que realizava a assistência - a autora - o que pode ter constrangido as mães durante as entrevistas. Para minimizar o risco deste viés, as mães foram auxiliadas e orientadas apenas durante a permanência na Instituição. Após alta hospitalar, as orientações ficaram a cargo de outros profissionais do Hospital.

3.9 – A questão ética

O projeto foi submetido e recebeu aprovação da Fundação de Assistência Integral à Saúde/Hospital Sofia Feldman (Anexo A) e do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais (nº 125-05) (Anexo B).

A criança somente foi incluída na pesquisa mediante a autorização da mãe através da assinatura de Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, em duas vias, após explicação completa sobre a pesquisa e o esclarecimento das dúvidas.

Foram assegurados ao paciente e seus familiares a confidencialidade e a privacidade dos dados, que, após coletados, foram registrados no protocolo.

Foi garantida a liberdade do responsável de recusar-se a participar ou retirar seu consentimento, em qualquer momento, sem penalização alguma e sem prejuízo ao cuidado do paciente no HSF.

RESULTADOS

4 – ARTIGO ORIGINAL: ALEITAMENTO MATERNO EM CRIANÇAS NASCIDAS COM PESO INFERIOR À 2000G

4.1 – Resumo

Objetivo: Verificar a duração do aleitamento materno, nos primeiros seis meses de vida, em crianças com peso ao nascer inferior que 2000 g em um hospital com amplas práticas de incentivos à amamentação.

Métodos: Estudo observacional de 89 crianças nascidas e acompanhadas em um Hospital Amigo da Criança na cidade de Belo Horizonte. Foram avaliados o aleitamento materno, a época do desmame e a evolução ponderal. Os dados foram coletados no nascimento, na alta do hospital e no 3º e 6º meses de idade cronológica.

Resultados: Foram amamentadas 83/89 (93,3 %) crianças, das quais 61/83 (73,5%) permaneceram em aleitamento materno até o 6º mês de idade cronológica. A duração média do aleitamento materno neste período foi de $5,3 \pm 1,4$ meses. Do total de 25 crianças menores de 1500 g ao nascer, 23/25 (92,0%) crianças foram amamentadas até a alta sendo que 14/25 (56,0%) crianças ainda estavam sendo amamentadas ao seis meses de vida. Das 89 crianças estudadas, 71(79,8%), no momento da alta, estavam em uso de aleitamento materno exclusivo. Queda acentuada do uso do leite materno exclusivo foi observada durante o seguimento; 36/89 (40,5%) das crianças no 3º mês de vida e apenas 4/89 (4,5%) no 6º mês.

Conclusões: Este estudo, apesar de utilizar idade cronológica e não idade gestacional corrigida, apresenta taxas interessantes de aleitamento materno no 6º mês de seguimento: 61/89 (68,5%) das acompanhadas e 14/25 (56,0%) das nascidas com peso inferior à 1500g. Evidencia um aumento nas taxas e na duração do aleitamento materno principalmente nas crianças com menos de 1500 g ao nascer, em relação à experiência observada nas duas últimas décadas. Importante ressaltar que esta pesquisa foi realizada em um hospital que realiza várias práticas em prol do aleitamento materno.

4.2 – Abstract

Goal: To verify the length of breastfeeding, in the first six months of life, in children Who were Born with less than 2000g in a hospital with great practices of inciting breastfeeding.

Methods: An observing study from 89 children who were born an followed in a Friend Child Hospital in Belo Horizonte city. Theyy were evaluated through breastfeeding, weaning time and the measured evolution, the data were collected at the birth, hospital discharge and in the 3rd and 6rd months of chonological age.

Results: 83/89 children (93,3%) were breastfeeding and 61/83 (73,5%) remained with breastfeeding until they were 6 months old. The breastfeeding mean duration in the period was $5,3 \pm 1,4$ months. From the total of 25 children born with less than 1500g, 23/25 (92%) were breastfeeding until the diacharge and 14/25 (56%) were still being breastfeeding with 6 months old. From 89 children studied, 71(79,8%) at the hospital discharge were only in use of breastfeeding. Remarkable falling from the use of only breastfeeding was observed during the follow-up: 36/89 (40,5%) from children in the 3rd month of life and only 4/89 (4,5%) in the 6th months.

Conclusions: This survey, notwithstanding making use of chronological age instead of corrected pregnancy age, presents interesting rates of breastfeeding in the 6th month of following-up: 61/89 (68,5%) with less than 1500g. It shows an increase in the rates and duration of breastfeeding, mainly in the children with less than 1500g when they were born, in relation to the observed experience in the last two decadaes. It's important to emphasize that the survez was accomplished in a hospital that performs many practices pro breastfeeding.

4.3 – Introdução

Os benefícios e as vantagens do aleitamento materno, amplamente descritos na literatura¹⁻⁴, são incontestáveis. O crescimento adequado das crianças alimentadas exclusivamente com

leite materno nos primeiros seis meses de vida⁵⁻⁷ evidencia suas vantagens nutricionais e proteção à obesidade⁸. O ato de amamentar é uma prática complexa e dinâmica que ocorre em um contexto, que varia com o tempo e o lugar, e é definido obedecendo a determinantes sociais e econômicos⁹ e certamente pode sofrer influências das práticas de incentivo e atenção humanizadas. Observou-se um aumento nas taxas de aleitamento materno, no Brasil¹⁰⁻¹³, de crianças a termo com peso ao nascer superior à 2500g.

O aleitamento materno de crianças nascidas com baixo peso é uma prática mais difícil e que necessita de maior apoio para ocorrer¹⁴. Esta prática pode ser estabelecida com sucesso em crianças nascidas prematuras e em neonatos doentes¹⁵, quando comparados com a duração do aleitamento materno em crianças saudáveis. Recente trabalho¹⁶ associa a duração do aleitamento materno à fatores sócio-econômicos como educação materna, benefício de desemprego, bem-estar social e renda familiar disponível e não a prematuridade, tamanho ao nascimento e doenças neonatais. Entretanto, estudo¹⁷ brasileiro relaciona o baixo peso ao nascer com menor duração do aleitamento materno exclusivo.

As pesquisas relativas a duração do aleitamento materno, em crianças nascidas com baixo peso, apresentam resultados diversos¹⁸⁻²⁵. Pesquisa realizada na Finlândia, em 1982-1984¹⁸, mostrou proporção de aleitamento materno para crianças nascidas com peso inferior à 1500g dez vezes maior em relação à pesquisa realizada no sudeste do Brasil²⁰ no período de 1985-87. Em 2001, nova pesquisa²⁶ realizada no mesmo hospital do sudeste do Brasil, apresenta duplicação das taxas de aleitamento materno no momento da alta da internação, evidência a influência do tipo de alimentação neste período com a manutenção do aleitamento em prematuros e a repercussão positiva do apoio às mães nas taxas do aleitamento materno. Entretanto, poucos são os estudos apresentados na literatura analisando especificamente o aleitamento materno em crianças nascidas com peso inferior à 2000g ou 1500g.

Esta pesquisa investiga a duração do aleitamento materno, deste grupo de crianças mais vulneráveis, nascidas em um Hospital Amigo da Criança.

4.4 – Metodologia

Trata-se de um estudo²⁷ descritivo de acompanhamento, até o 6º mês de idade cronológica, do aleitamento materno de 89 crianças nascidas com peso inferior à 2000g no Hospital Sofia Feldman (HSF).

O hospital incentiva e apóia o aleitamento materno, prioriza a atenção humanizada, realiza o Cuidado Mãe Canguru desde a Unidade de terapia intensiva e estimula a presença da família na Instituição. Possui alojamento materno para mães de crianças internadas na Unidade de terapia intensiva e acomodação junto ao leito das crianças na Unidade de cuidados intermediários. O HSF é um Hospital Amigo da Criança (HAC) desde 1995 e que realiza, desde 2004, um Programa de Internação Domiciliar Neonatal (PID/NEO).

Participaram da pesquisa, crianças nascidas no período de março a novembro de 2005. Neste período, 176 crianças nasceram vivas com peso inferior a 2000g. Foram excluídas as crianças que: faleceram, foram transferidas, não receberam alta antes de 6 meses de vida, gemelares, mal formadas e que apresentavam problemas que pudessem influenciar na prática do aleitamento materno. Setenta e quatro (42,0%) crianças foram excluídas da pesquisa e 13 (12,7%) crianças foram as perdas durante o seguimento.

Avaliou-se a prática do aleitamento materno em três momentos: alta do hospital, no 3º e 6º meses de idade cronológica. Foram avaliados o aleitamento materno, a época do desmame e a evolução ponderal. O acompanhamento foi realizado através de consultas no ambulatório do hospital, se necessário no domicílio, e por contatos telefônicos.

Foram consideradas amamentadas as crianças que faziam uso do leite humano, por no mínimo até 14 dias após a alta hospitalar. As crianças que estavam em uso de leite humano exclusivo foram classificadas em aleitamento materno exclusivo e as que tinham cessado completamente o uso do leite humano, desmamadas.

Os dados foram analisados através do programa Epi Info versão 6.04. Para comparação de médias utilizou-se o teste T-Student (Anova) e para a de medianas, o teste de Kruskal-Wallis.

Para testar a existência de associação entre as variáveis, utilizaram-se o teste Yates corrigido e o Exato de Fisher. Considerou-se como significante $p < 0,05$.

O estudo foi submetido e recebeu aprovação da Fundação de Assistência Integral à Saúde/Hospital Sofia Feldman e do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais (n°. 125-05).

4.5 – Resultados

As 89 crianças, que participaram da pesquisa, apresentaram idade gestacional mediana de 33 semanas, sendo 82/89 (92,1%) RNPT, 7/89 (7,9%) RNT. Vinte e cinco (28,1%) crianças tiveram peso ao nascer inferior à 1500g. As medianas de ganho ponderal mensal no 3° e 6° mês de vida foram, respectivamente, de 760g e 727g. Participaram do Programa de Internação Domiciliar Neonatal 49/89 (55,1%) crianças.

Considerando a prática do aleitamento materno no momento da alta da internação, 87/89 (97,8%) crianças estavam em uso do leite humano. No 3° e 6° mês, respectivamente, 76/89 (85,4%) e 61 (68,5%) crianças.

No entanto, considerando que o critério utilizado nesta pesquisa de serem crianças amamentadas somente aquelas em aleitamento 14 dias após a alta hospitalar, encontramos que foram amamentadas 83/89 (93,3%) crianças, das quais 61/83 (74,7%) permaneceram em aleitamento materno até o 6° mês de idade cronológica. A duração média do tempo de aleitamento materno das crianças que foram amamentadas foi de $5,3 \pm 1,4$ meses durante os seis primeiros meses de vida.

Do total das crianças estudadas, 76/89 (85,4%) crianças usaram leite humano exclusivo. Destas, 43/76 (56,6%) iniciaram o uso do leite de vaca após um mês e uma semana, em média. No momento da alta da internação, 71/89 (79,8%) crianças estavam em aleitamento materno exclusivo, 41/49 (83,7%) que participaram do PID/NEO e 31/40 (77,5%) que não participaram.

Vinte e três (92,0%) crianças, dentre as nascidas com peso inferior a 1500g, estavam em aleitamento materno na alta da internação. A tabela 1 apresenta a duração do aleitamento materno de acordo com as categorias de peso ao nascimento durante o seguimento.

Tabela 1 – Distribuição das crianças quanto a duração do aleitamento materno de acordo com as categorias de peso de nascimento

| Aleitamento materno | <1500g n = 25 (%) | 1500g a 1999g n = 64 (%) | Total n(%) |
|----------------------------|---------------------------------|-------------------------------------|-----------------------|
| Alta da internação | 23 (92,0) | 64 (100,0) | 87 (97,8) |
| 3º mês | 20 (80,0) | 56 (87,5) | 76 (85,4) |
| 6º mês | 14 (56,0) | 47 (73,4) | 61 (68,5) |

Observa-se um declínio acentuado nas proporções de aleitamento materno exclusivo, no decorrer do estudo: 71 (79,8%) crianças na alta da internação, 36 (40,5%) no 3º mês de vida e 4 (4,5%) no 6º mês de vida.

O declínio das taxas do aleitamento materno ocorreu independente da categoria de peso de nascimento e da participação ou não no PID/NEO. Entretanto, vale ressaltar que a participação no PID/NEO não teve uma distribuição aleatória.

4.3 – Discussão

Esta pesquisa apresenta que 61/89 (68,5%) das crianças acompanhadas e 14/25 (56,0%) das nascidas com peso inferior à 1500g estavam em aleitamento materno na idade cronológica de 6 meses. Mostra satisfatória duração média do aleitamento materno, $5,3 \pm 1,4$ meses, com 87/89 (97,8%) das crianças sendo amamentadas no momento da alta da internação, embora evidencie queda acentuada nas frequências de aleitamento materno exclusivo. Na alta da internação, 71/89 (79,8%) das crianças estudadas estavam em aleitamento materno exclusivo, e no 3º e 6º mês, respectivamente, 36/89 (40,5%) e apenas 4/89 (4,5%) delas.

Este estudo apresenta proporções semelhantes de aleitamento materno no momento da alta, entretanto, maior porcentagem de aleitamento materno no 3º e 6º mês quando comparada com os trabalhos de Verronen¹⁸ e Xavier et al²⁰. Os autores estudaram a prevalência do aleitamento materno na década de 80, respectivamente na Finlândia e no Brasil, de crianças nascidas com peso inferior à 2500g. Em relação à proporção do aleitamento materno na alta, no 3º e 6º mês, o presente estudo encontrou taxas de 97,8%, 85,4% e 68,5%, respectivamente. O estudo finlandês apresentou 91,0% das crianças em aleitamento materno na alta hospitalar, 67,0% no 3º mês e 46,0% no 6ºmês e o trabalho brasileiro, também realizado há 20 anos, incidências de 86,5% na alta hospitalar e 62,5% e 38,5% nos 3º e 6º mês respectivamente. Uma possível explicação, para os melhores índices de aleitamento materno encontrados neste trabalho, é a política de incentivo ao aleitamento materno.

Quando comparada com trabalho desenvolvido com crianças prematuras nascidas em um Hospital Amigo da Criança na cidade de Londrina, em 2002-2003²⁸, esta pesquisa mostra melhor prevalência de aleitamento materno no sexto mês, 68,5%, e menor duração média desta prática, 5,3±1,4 meses. Este trabalho paranaense apresenta prevalência de 54,7% de crianças sendo amamentadas nos primeiros seis meses de vida e duração média de aleitamento materno maior que 180 dias. Provavelmente, a proximidade nas taxas de aleitamento materno se deva ao fato dos dois trabalhos utilizarem idade cronológica, serem realizados em Hospital Amigo da Criança e na mesma época.

A frequência do aleitamento materno exclusivo satisfatória no momento da alta, observada neste estudo, não se manteve no 3º e 6º meses de idade cronológica. Divergindo desta pesquisa, Lefebvre & Ducharme¹⁹, em 1989, observaram que no momento da alta apenas 3% das crianças nascidas com baixo peso estavam em aleitamento materno exclusivo. Possivelmente isso se explica pelo tempo decorrido e pelas características pro aleitamento materno do Hospital Sofoia Feldman.

Entretanto, verifica-se concordância deste trabalho com os de Cattaneo et al²¹ e Flacking et al²³, em relação as taxas de aleitamento materno exclusivo. O estudo de Cattaneo et al²¹ apresentou frequências de 83,0% na Etiópia, 98% na Indonésia e 80% no México. Provavelmente a prática do Método Canguru, que também é realizada no Hospital Sofia Feldman, justifique esta semelhança. A pesquisa de Flacking et al²³ mostra um índice de 74%

das crianças de peso ao nascer <2500g em aleitamento materno exclusivo no momento da alta da internação.

Para melhor evidência da evolução da duração do aleitamento materno em recém-nascidos com peso inferior à 1500g, em diversos contextos, é mostrada a tabela 2.

Tabela 2 – Duração do aleitamento materno em recém-nascido pré-termo de muito baixo peso (< 1500g ao nascer) em relação à época, local e idade

| Autor | n | época | local | alta / 40sem | > 6m |
|----------------------------------|----------|--------------|--------------|---------------------|-------------------|
| Verronen ¹⁸ | 15 | 1982-3 | Finlândia | 73,0 | 40,0 |
| Xavier et al ²⁰ | 24 | 1985-6 | Rib. Preto | 41,7 | 4,2 |
| Rezende ²⁵ | 31 | 1996-7 | B. Horizonte | 87,5* | 7,7 |
| | 53 | | | 49,2 [†] | 7,7 |
| Rocha ²² | 32 | 1998-0 | Rib. Preto | 87,5 | 18,7 [‡] |
| | | | | 47,5 [§] | |
| Santoro J&Martinez ²⁶ | 36 | 2001 | Rib. Preto | 80,5 | |
| Estudo ²⁷ | 23 | 2005 | B. Horizonte | 92,0 | 56,0 |

*maternidade com rotina do copo + participação da mãe; [†]maternidade com rotina da mamadeira; [‡] 3 meses; [§] 1 semana após a alta

Verifica-se uma melhora nas taxas do aleitamento materno no decorrer das duas décadas confrontadas nos estudos apresentados na tabela 2. O trabalho de Xavier et al ²⁰ mostrava proporção de aleitamento materno dez vezes menor do que o estudo finlandês. Entretanto, o estudo atual apresenta proporção maior do que o de Verronen¹⁸, embora, seja a Finlândia um país de elevada preocupação com o aleitamento materno e com a interação da criança com seu núcleo familiar. Possivelmente, uma justificativa para esta discrepância se deva a diferença da

época de realização dos estudos e ao bom resultado do incentivo ao aleitamento materno nos últimos anos, no Brasil, principalmente em hospitais credenciados como Hospital Amigo da Criança.

Observa-se semelhança nas taxas do aleitamento materno no momento da alta da internação ao comparar este estudo com o realizado em Ribeirão Preto em 2001²⁶. Santoro Junior & Martinez avaliaram o impacto do incentivo ao aleitamento materno nas taxas de amamentação de recém-nascidos de muito baixo peso, no mesmo hospital onde, há aproximadamente quinze anos, Xavier et al realizaram seu estudo. Decorrido este período, observamos que as taxas de aleitamento materno praticamente duplicaram no momento da alta daquele hospital.

Rezende²⁵ apresenta taxa de aleitamento materno em crianças, com 40 semanas de idade gestacional corrigida, de uma maternidade com rotina de utilização de copo para dieta e incentivo de participação da mãe, similar a encontrada neste estudo no momento da alta da internação. Ressalta-se que os dois estudos ocorreram em hospitais com rotinas pró-aleitamento materno. Contudo, grande diferença é observada no período de 6 meses.

As proporções de aleitamento materno apresentadas nos estudo de Rocha²², na alta hospitalar e após uma semana desta, sugerem que algum fator hospitalar possa influenciar positivamente para a amamentação. A taxa do aleitamento materno no 3º mês após a alta, evidência queda maior do que o observado nesta pesquisa.

Este trabalho apresenta como limitação a utilização da idade cronológica e não da idade gestacional corrigida. Logo, as crianças que participaram desta pesquisa apresentaram idade gestacional mediana de 33 semanas, e são comparáveis com as de idade gestacional corrigida de 3 meses dos estudos citados. Apesar de uma defasagem de aproximadamente 2 meses entre as crianças deste trabalho com as relatadas na literatura, verifica-se melhora acentuada nas taxas de aleitamento materno.

Os resultados deste estudo sugerem que possivelmente o conjunto das práticas de incentivo ao aleitamento materno impactaram positivamente na prevalência da amamentação de crianças nascidas de baixo peso, principalmente para as com peso ao nascer inferior a 1500 g. Evidencia a necessidade de novas medidas para a expansão do aleitamento materno exclusivo.

É possível que a melhor compreensão da dinâmica do aleitamento materno, considerando o contexto histórico, sócio-econômico e questões relacionadas ao gênero, possam contribuir para o desenvolvimento de modelos intervencionistas mais eficazes para o incentivo desta prática.

Referências

1. Victora CG, Vaughan JP, Lombardi C, Fuchs SMC, Gigante LP, Smith PG, et al. Evidence for protection by breast-feeding against infant deaths from infectious diseases in Brazil. *Lancet* 1987;319-21.
2. American Academy of Pediatrics. Breastfeeding and the use of human milk. *Pediatrics* 2005;115:496-506.
3. Vohr BR, Poindexter BB, Dusick AM, McKinley LT, Wright LL, Langer JC, et al. Beneficial effects of breast milk in the neonatal intensive care unit on the developmental outcome of extremely low birth infants at 18 months of age. *Pediatrics* 2006;118:374-5.
4. Oddie SJ, Hammal D, Richmond S, Parker L. Early discharge and readmission to hospital in the first month of life in the northern region of the UK during 1998: a case cohort study. *Arch Dis Child* 2005;90:119-24.
5. Onis M, Victora CG. Gráficos de crescimento para bebês alimentados com leite materno. *J Pediatr (Rio J)* 2004;80:85-7.
6. Marques RFSV, Lopez FA, Braga JAP. O crescimento de crianças alimentadas com leite materno exclusivo nos primeiros 6 meses de vida. *J Pediatr (Rio J)* 2004;80:99-105.
7. Victora CG, Morris SS, Barros FC, Onis M. The NCHS reference and the growth of breast- and bottle-fed infants. *J Nutr* 1998;128:1134-38.

8. Owen CG, Martin RM, Whincup PH, Smith GD, Cook DG. Effect of infant feeding on the risk of obesity across the life course: a quantitative review of published evidence. *Pediatrics* 2005;115(5):1367-77.
9. Ichisato SMT, Shimo AKK. Revisando o desmame precoce através de recortes da história. *Rev Lat Am Enfermagem* 2002;10:578-85.
10. Venâncio SI, Monteiro CA. A tendência da prática da amamentação no Brasil nas décadas de 70 e 80. *Rev Bras Epidemiol* 1998;1:40-9.
11. Barros FC, Victora CG, Vaughan JP. Breastfeeding and socioeconomic status in southern Brazil. *Acta Paediatr Scand* 1986;75:558-62.
12. Brasil. Ministério da Saúde. Pesquisa de prevalência do aleitamento materno nas capitais e no Distrito Federal. Brasília;2001.
13. Rea MF. Reflexões sobre a amamentação no Brasil: de como passamos a dez meses de duração. *Cad Saude Publica* 2003;19 Supl 1:37-45.
14. Leite AJ, Puccini RF, Atalah AN, Cunha ALA, Machado MT. Effectiveness of home-based peer counselling to promote breastfeeding in the northeast of Brazil: a randomized clinical trial. *Acta Paediatr* 2005;94:741-6.
15. Åkerström S, Asaplund I, Norman M. Successful breastfeeding after discharge of preterm and sick newborn infants. *Acta Paediatr* 2007;96(10):1450-4.
16. Flacking R, Wallin L, Ewald U. Perinatal and socioeconomic determinants of breastfeeding duration in very preterm infants. *Acta Paediatr* 2007; 96(8):1126-30.
17. Chaves RG, Lamounier JA, César CC. Fatores associados com a duração do aleitamento materno. *J Pediatr (Rio J)* 2007;83(3):241-6.
18. Verronen P. Breast feeding of low birthweight infants. *Acta Paediatr* 1985;74:495-9.

19. Lefebvre F, Ducharme M. Incidence and duration of lactation and lactational performance among mothers of low-birth-weight and term infants. *Can Med Assoc J* 1989; 40:1159-164.
20. Xavier CC, Jorge SM, Gonçalves AL. Prevalence of breast feeding in low birth weight infants. *Rev Saude Publica* 1991;25:381-7.
21. Cattaneo A, Davanzo R, Worku B, Surjono A, Echeverria M, Haksari E, et al. Kangaroo mother care low birthweight infants: a randomized controlled trial in different settings. *Acta Paedriatr* 1998;87:976-85.
22. Rocha NMN. Avaliação do uso do copo como técnica alternativa à mamadeira na alimentação do recém-nascido pré-termo menor que 1500g [tese]. Ribeirão Preto: Faculdade de Medicina da USP; 2001.
23. Flacking R, Nyqvist KH, Ewald U, Wallin L. Long-term duration of breastfeeding in swedish low birth weight infants. *J Hum Lact* 2003; 19:157-65.
24. Smith MM, Durkin M, Hinton VJ, Belling D, Kuhn L. Initiation of breastfeeding among mothers of very low birth weight infants. *Pediatrics* 2003;111:1337-42.
25. Resende MB. Recém nascido pretermo com peso ao nascimento menor que 1500g: avaliação da sucção e da duração do aleitamento materno [tese]. Belo Horizonte: Instituto de Ciências Biológicas da UFMG; 1999.
26. Santoro Júnior WS, Martinez FE. Impacto de uma intervenção pró-aleitamento nas taxas de amamentação de recém-nascidos de muito baixo peso. *J Pediatr (Rio J)* 2007; 83(6):541-6.
27. Romanini BV. Aleitamento materno e introdução de outros alimentos em crianças nascidas com peso inferior à 2000g, nos primeiros seis meses de vida [dissertação]. Belo Horizonte: Faculdade de Medicina da UFMG; 2006.
28. Oliveira MMB, Thomson Z, Vannuchi MTO, Matsuo T. Feeding patterns of brazilian preterm infants during the first 6 months of life, Londrina, Paraná, Brazil. *J Hum Lact* 2007;23:269-74.

CONCLUSÕES

6 – CONCLUSÕES

Observou-se que a duração média do aleitamento materno foi de $5,3\pm 1,4$ meses e a prevalência no 6º mês de idade cronológica alcançou o índice de 74,3%. Entretanto estas apresentam-se distantes do recomendado pela OMS para a população de recém-nascidos à termo, que recomenda aleitamento materno exclusivo nos primeiros seis meses de vida e complementado até os dois anos de idade.

Este trabalho sugere que as práticas em prol do aleitamento materno influenciaram positivamente nas taxas de aleitamento materno de crianças com peso ao nascer inferior à 1500g ao observar que 56% dessas crianças estudadas ainda estavam em aleitamento materno com 6 meses de idade cronológica.

Sugere também, que as práticas favoráveis ao aleitamento materno embora influenciam positivamente em sua prevalência e duração do aleitamento materno, ainda não sejam o suficiente para a sua manutenção idealizada. Sinaliza para a necessidade de realização de pesquisas qualitativas para melhor compreensão desta realidade e, posteriormente, realização de condutas mais efetivas para a prática do aleitamento materno.

REFERÊNCIAS

REFERÊNCIAS

Åkerström S, Asaplund I, Norman M. Successful breastfeeding after discharge of preterm and sick newborn infants. *Acta Paediatr* 2007;96(10):1450-4.

Agrasada GV, Gustafsson J, Kylberg E, Ewald, U. Postnatal peer counselling on exclusive breastfeeding of low-birthweight infants: a randomized, controlled trial. *Acta Paediatr* 2005; 94:1109-15.

Alves CRL, Alvim CG, Magalhães MEN, Almeida JSCB, Goullart LMHF, Dias LS, Viana MR, Romanini MAV, Amaral TMA, Moulin ZS. Saúde da criança e do adolescente: políticas públicas. In: Alves, CRL, Viana MRA. *Saúde da família: cuidando de crianças e adolescentes*. Belo Horizonte: Coopmed; 2003. Cap. 2, p.7-14.

Alves CRL. Aleitamento materno no centro de saúde São Marcos (Belo Horizonte/Minas Gerais): lições de uma história de 25 anos [tese]. Belo Horizonte: Faculdade de Medicina da UFMG; 2005.

American Academy of Pediatrics. Breastfeeding and the use of human milk. *Pediatrics* 2005;115:496-506.

Barros FC, Victora CG, Vaughan JP. Breastfeeding and socioeconomic status in southern Brazil. *Acta Paediatr Scand* 1986a;75:558-62.

Barros FC, Victora CG, Vaughan JP, Smith PG. Birth weight and duration of breast-feeding: are the beneficial effects of human milk being overestimated? *Pediatrics* 1986b;78:656-61.

Bertino E, Giugliani F, Tornetto P, Fabris C, Profeti C, Magnani C, Moro GE, Arslanoglu S. Randomized, controlled trial of breastfeeding versus formula feeding in extremely low birth weight infants [letter to the editor] . *Pediatrics* 2006;117:985-6.

Black RE, Victora CG. Optimal duration of exclusive breastfeeding in low income countries. *BMJ* 2002;325:1252-3.

Boo NY, Goh ES. Predictores of breastfeeding in very low birthweight infants at the time of discharge from hospital. *J Trop Pediatr* 1999;45:195-201.

Brasil. Ministério da Saúde. Agenda de compromissos para a saúde integral da criança e redução da mortalidade infantil. Brasília; 2005.

Brasil. Ministério da Saúde. Pesquisa de prevalência do aleitamento materno nas capitais e no Distrito Federal. Brasília; 2001a.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria conjunta nº 29 de 22 de junho de 2001. Estabelece as normas para o processo de credenciamento e de descredenciamento dos hospitais amigo da criança no país. (Secção 1). Brasília; 2001b.

Carvalho GD. SOS respirador bucal - uma visão funcional e clínica da amamentação. São Paulo: Louvise; 2003.

Cattaneo A, Davanzo R, Worku B, Surjono A, Echeverria M, Haksari E, Osorno L, Gudetta B, Setyowireni D, Quintero S, Tamburlini G. Kangaroo mother care low birthweight infants: a randomized controlled trial in different settings. *Acta Paedriatr* 1998;87:976-85.

Chaves RG, Lamounier JA, César CC. Fatores associados com a duração do aleitamento materno. *J Pediatr (Rio J)* 2007;83(3):241-6.

Cohen RJ, Brown KH, Rivera LL, Dewey KG. Exclusive breastfed, low birthweight term infants do not need supplemental water. *Acta Paedriatr* 2000;89:550-2.

Flacking R, Nyqvist KH, Ewald U, Wallin L. Long-term duration of breastfeeding in swedish low birth weight infants. *J Hum Lact* 2003;19:157-65.

Furman L. Yes, human milk does reduce infection rates in very low birthweight infants [the author reply]. *Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed* 2006;91:F78.

Giugliani ER, Victora CG. Alimentação complementar. *J Pediatr* 2000;76:253-62.

Heiman H, Schanler RJ. Benefits of maternal and donor human milk for premature infants. *Early Hum Dev* 2006;82:781-7.

Howard CR, Howard FM, Lanphear B, Eberly S, Blicek EA, Oakes D, Lawrence RA. Randomized clinical trial of pacifier use and bottle-feeding or cupfeeding and their effect on breastfeeding. *Pediatrics* 2003;111:511-8.

Huttly SRA, Barros FC, Victora CG, Beria, JU, Vaughan P. Do mothers overestimate breast feeding duration? An example of recall bias from a study in southern Brazil. *Am J Epidemiol* 1990;132:572-5.

Ichisato SMT, Shimo AKK. Revisando o desmame precoce através de recortes da história. *Rev Lat Am Enfermagem* 2002;10:578-85.

Lawrence RA. Breastfeeding support benefits very low-birth-weight infants. *Arch Pediatr Adolesc Med* 2001;155:543-4.

Lefebvre F, Ducharme M. Incidence and duration of lactation and lactational performance among mothers of low-birth-weight and term infants. *Can Med Assoc J* 1989;140:1159-164.

Leite AJ, Puccini RF, Atalah AN, Cunha ALA, Machado MT. Effectiveness of home-based peer counselling to promote breastfeeding in the northeast of Brazil: a randomized clinical trial. *Acta Paediatr* 2005;94:741-6.

Marques RFSV, Lopez FA, Braga JAP. O crescimento de crianças alimentadas com leite materno exclusivo nos primeiros 6 meses de vida. *J Pediatr (Rio J)* 2004;80:99-105.

Meier PP, Brown LP. State of the science. *Nurs Clin North Am* 1996;31:351-64.

Monte MG, Giugliani ER. Recomendações para alimentação complementar da criança em aleitamento materno. *J Pediatr* 2004;80:131-41.

Nascimento MBR, Issler H. Aleitamento materno em prematuros: manejo clínico hospitalar. *J Pediatr* 2004;80:163-72.

Oddie SJ, Hammal D, Richmond S, Parker L. Early discharge and readmission to hospital in the first month of life in the northern region of the UK during 1998: a case cohort study. *Arch Dis Child* 2005;90:119-24.

Oliveira MMB, Thomson Z, Vannuchi MTO, Matsuo T. Feeding patterns of brazilian preterm infants during the first 6 months of life, Londrina, Paraná, Brazil. *J Hum Lact* 2007;23:269-74.

OMS. Evidências científicas dos dez passos para o sucesso no aleitamento materno. Brasília, 2001.

Onis M, Victora CG. Gráficos de crescimento para bebês alimentados com leite materno. *J Pediatr (Rio J)* 2004;80:85-7.

Owen CG, Martin RM, Whincup PH, Smith GD, Cook DG. Effect of infant feeding on the risk of obesity across the life course: a quantitative review of published evidence. *Pediatrics* 2005;115(5):1367-77.

Penalva O, Schwartzman JS. Descriptive study of the clinical and nutritional profile and follow-up of premature babies in a Kangaroo Care Program. *J Pediatr* 2006;82:33-39.

Rea MF. Reflexões sobre a amamentação no Brasil: de como passamos a dez meses de duração. *Cad Saude Publica* 2003;19 Supl 1:37-45.

Resende MB. Recém nascido pretermo com peso ao nascimento menor que 1500g: avaliação da sucção e da duração do aleitamento materno [tese]. Belo Horizonte: Instituto de Ciências Biológicas da UFMG; 1999.

Rocha NMN. Avaliação do uso do copo como técnica alternativa à mamadeira na alimentação do recém-nascido pré-termo menor que 1500g [tese]. Ribeirão Preto: Faculdade de Medicina da USP; 2001.

Santoro Júnior WS, Martinez FE. Impacto de uma intervenção pró-aleitamento nas taxas de amamentação de recém-nascidos de muito baixo peso. *J Pediatr (Rio J)* 2007; 83(6):541-6.

Schanler RJ. Randomized, controlled trial of breastfeeding versus formula feeding in extremely low birth weight infants [the author reply] . *Pediatrics* 2006;117:986.

Schanler RJ, Lau C, Hurst NM, Smith EO. Randomized trial of dono human milk versus preterm formula as substitutes for mothers' own milk in the feeding of extremely premature infants. *Pediatrics* 2005;116:400-6.

Silva A, Jones PW, Spencer SA. Does human milk reduce infection rates in preterm infants? A systematic review. *Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed* 2004;89:F509-13.

Silveira FJF. Prevalência do aleitamento materno na região do alto Jequitinhonha (MG): fatores condicionantes e determinantes [dissertação]. Belo Horizonte: Faculdade de Medicina da UFMG; 2001.

Smith MM, Durkin M, Hinton VJ, Belling D, Kuhn L. Initiation of breastfeeding among mothers of very low birth weight infants. *Pediatrics* 2003;111:1337-42.

Spatz DL. State of the science use of human milk and breastfeeding for vulnerable infants. *J Perinat Neonat Nurs* 2006;20:51-5.

UNICEF. Innocenti research centre. 1990-2005 celebrating the Innocenti declaration on the protection, promotion and support of breastfeeding. 2005.

Vannuchi MTO, Monteiro CA, Rea MF, Andrade SM, Matsuo. The Baby-Friendly Hospital Initiative and breastfeeding in a neonatal unit. *Rev Saude Publica* 2004;38:422-8.

Venâncio SI, Monteiro CA. A tendência da prática da amamentação no Brasil nas décadas de 70 e 80. *Rev Bras Epidemiol* 1998;1:40-9.

Verronen P. Breast feeding of low birthweight infants. *Acta Paediatr* 1985;74: 495-9.

Victora CG, Vaughan JP, Lombardi C, Fuchs SMC, Gigante LP, Smith PG, Nobre LC, Teixeira AMB, Moreira LB, Barros FC. Evidence for protection by breast-feeding against infant deaths from infectious diseases in Brazil. *Lancet* 1987;319-21.

Victora CG, Morris SS, Barros FC, Onis M. The NCHS reference and the growth of breast- and bottle-fed infants. *J Nutr* 1998;128:1134-38.

Vohr BR, Poindexter BB, Dusick AM, McKinley LT, Wrigth LL, Langer JC, et al. Beneficial effects of breast milk in the neonatal intensive care unit on the developmental outcome of extremely low birth infants at 18 months of age. *Pediatrics* 2006;118:374-5.

WHO. Fifty-ninth world health assembly. Infant and young child nutrition: quadrennial report. Geneva; 2006a.

WHO. Division of child health and development. Indicators for assessing breastfeeding practices. Geneva;1991.

WHO. Multicentre growth reference study group. Breastfeeding in the WHO multicenter grow reference study group. *Acta Paediatr* 2006b; Supl 450:16-26.

WHO. UNICEF. Aconselhamento em amamentação: um curso de treinamento – manual do participante. São Paulo: Brandão;1997.

Woodward A, Douglas RM, Graham NMH, Miles H. Acute respiratory illness in adelaide children: breast feeding modifies the effect of passive smoking. *J Epidemiol Community Health* 1990;44:224-30.

Xavier CC, Jorge SM, Gonçalves AL. Prevalence of breast feeding in low birth weight infants. *Rev Saude Publica* 1991;25:381-7.

APÊNDICES

APÊNDICES

APÊNDICE A

IDENTIFICAÇÃO INDIVIDUAL

| |
|--------------|
| Nome da mãe: |
|--------------|

| | | |
|-----------------|----------------|------|
| Nº do Paciente: | Data do Parto: | PID: |
|-----------------|----------------|------|

| |
|---|
| Endereço Residencial/CEP/referência de ônibus e de local: |
|---|

| | | |
|-----------------------|-----------------------|----------|
| Telefone Residencial: | Telefone do Trabalho: | Celular: |
|-----------------------|-----------------------|----------|

| |
|---|
| Endereço para contato (pais, tios, sogras, irmãos): |
| Endereço 1: |
| Endereço 2: |

| | |
|---|-----------|
| Telefones para contato (pais, tios, sogra, irmãos): | |
| Nome: | Telefone: |
| Nome: | Telefone: |
| Nome: | Telefone: |
| Nome: | Telefone: |

DADOS DA MÃE

| |
|--|
| Qual o seu nome completo? |
| Quantos anos você tem? |
| Você tem companheiro? <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não |
| Você mora sozinha, com o seu companheiro, com a sua família ou com seu companheiro e sua família? <input type="checkbox"/> sozinha <input type="checkbox"/> com o companheiro <input type="checkbox"/> com a família <input type="checkbox"/> com o companheiro e com a família |
| O pai do bebê apóia o aleitamento materno? <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não |
| Você tem outros filhos? <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não |
| Quantos filhos, além desse, você tem? |
| Por quanto tempo você amamentou cada filho? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> m |
| Você foi amamentada por sua mãe? <input type="checkbox"/> não sei informar <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> sim quanto tempo? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> m |
| O pai da criança foi amamentado pela mãe? <input type="checkbox"/> não sei informar <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> sim quanto tempo? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> m |
| Você trabalha fora? <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não |
| Quantas horas seguidas você fica fora de casa para trabalhar? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> hs |
| Você estuda? <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não |
| Qual a última série que você completou? |
| Você pretende amamentar seu filho? <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não |
| Quando você decidiu amamentar seu bebê? <input type="checkbox"/> durante a gravidez <input type="checkbox"/> após o parto |

DADOS DA CRIANÇA

Data de nascimento: ____/____/____

Peso de nascimento: _____

Sexo: feminino masculino

Dias de internação no ambiente hospitalar: dias

Participação no PID: sim não dias

Utilizou leite artificial durante a internação hospitalar em algum momento:

sim não

Leite materno da própria mãe independente de ser ordenhado ou não:

sim não dias

Alimentação exclusiva da criança no peito da própria mãe:

sim não dias

Quando iniciou com leite artificial após se alimentar apenas no seio materno em livre demanda:

meses

Quando parou de mamar:

meses

| Itens coletados a partir de dados de papeletas, entrevistas com a mãe, medição realizada pelas pesquisadoras | 1º Dia de vida | Alta da internação | 3º Mês de vida | 6º Mês de vida |
|--|----------------|--------------------|----------------|----------------|
| Peso (Qual é o peso de seu filho?) | | | | |
| Aleitamento materno (Seu filho está amamentando em você?) | | | | |
| Leite de vaca (Seu filho toma outro leite que não o seu?) | | | | |

APÊNDICE B

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Senhora mãe,

Meu nome é Bianca Venâncio Romanini e estou realizando um estudo aqui no Hospital Sofia Feldman. Meu objetivo é conhecer a situação do aleitamento materno (alimentação no peito da mãe), nos primeiros seis meses de vida, de crianças nascidas nesse hospital pesando menos que 2000g e saber se existe relação dessa alimentação com algumas questões sobre a criança, você sua família. O interesse nessas informações é para ter melhores condições de atender os bebês e suas famílias no aleitamento materno.

As crianças serão pesquisadas na sua alimentação nos primeiros seis meses de vida e se não estiverem sendo acompanhadas por um serviço de saúde, serão encaminhadas.

Irei pesquisar por quanto tempo cada criança irá amamentar e quando as mães começam a dar outros alimentos para seu filho que não o peito. Serão realizadas quatro pequenas entrevistas com você, uma no primeiro dia de vida da criança, outra na alta da criança, no terceiro mês de vida e a última no sexto mês de vida. Nessas entrevistas serão feitas perguntas sobre seu estudo, trabalho, vida familiar, como planeja alimentar seu filho, uso de mamadeira e chupeta e desde quando.

Estou pedindo a sua autorização para realizar entrevistas com você e acompanhar a alimentação de seu filho.

Você pode recusar a participação de seu filho nesse estudo ou desistir no momento que quiser sem que isso influencie no atendimento realizado pelos profissionais que trabalham nesse hospital.

Todas as informações serão secretas não havendo risco de você ser identificada.

Após o estudo os resultados encontrados estarão a sua disposição e serão divulgados para fins científicos.

Eu _____ mãe do recém-nascido _____ entendi tudo o que foi dito e explicado.

Autorizo a incluir meu filho nesse estudo.

Assino e recebo uma cópia deste documento.

Local e data

Assinatura da mãe

Assinatura da autora da pesquisa

Endereço da Pesquisadora:

Rua Rio de Janeiro, 1023 apto 201 – Centro

Telefone: (31)9983-1529

Comitê de Ética

Av. Presidente Antônio Carlos, 627 – Prédio da Reitoria 7º andar, sala 7018

Telefone (31) 3499-4592