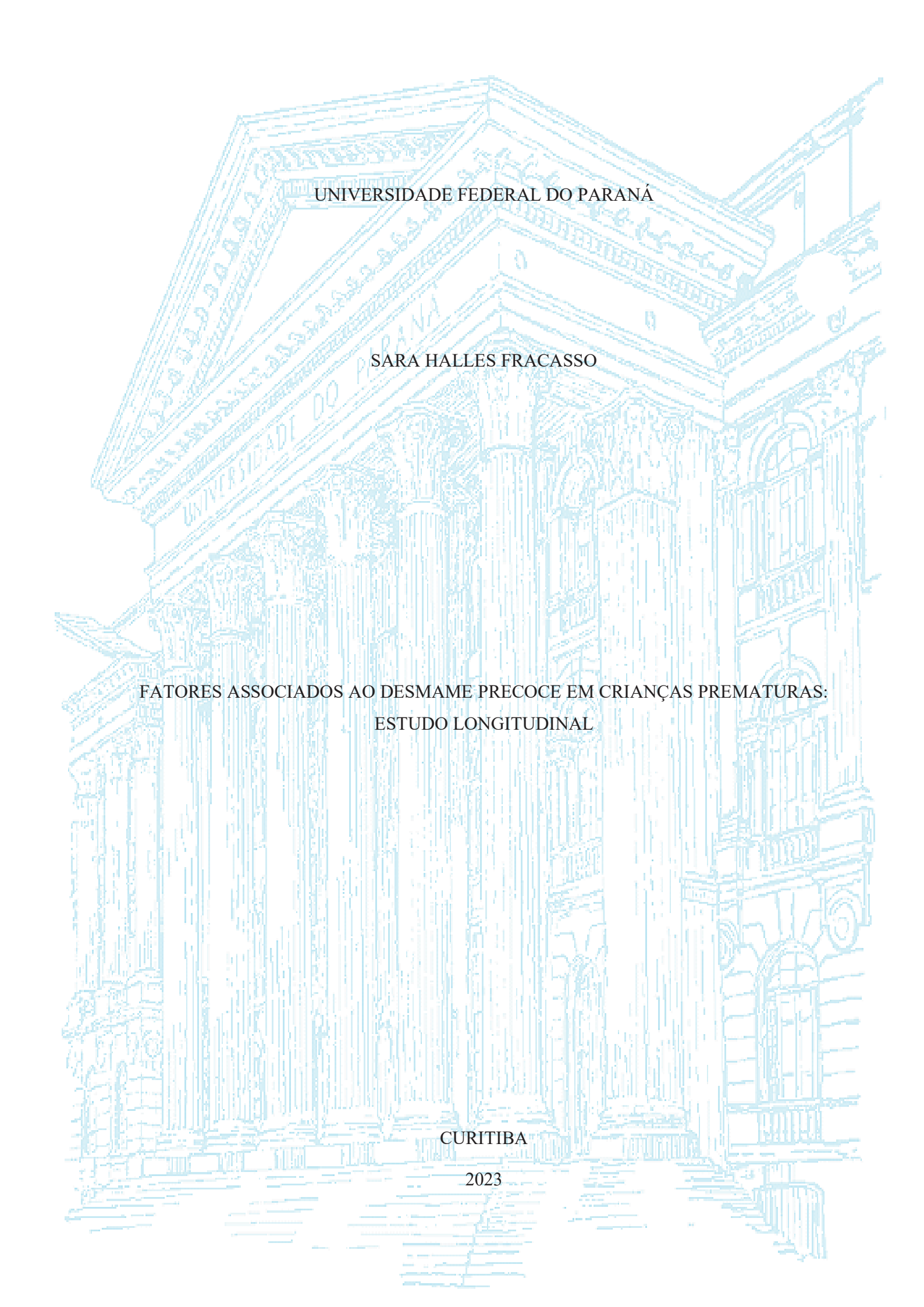




UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ

SARA HALLES FRACASSO

FATORES ASSOCIADOS AO DESMAME PRECOCE EM CRIANÇAS PREMATURAS:
ESTUDO LONGITUDINAL

CURITIBA

2023

SARA HALLES FRACASSO

FATORES ASSOCIADOS AO DESMAME PRECOCE EM CRIANÇAS PREMATURAS:
ESTUDO LONGITUDINAL

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Odontologia, nível Mestrado, Setor de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Paraná, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Odontologia.

Orientadora: Profa. Dra. Luciana Reichert
Assunção Zanon

Coorientadora: Prof. Dra. Marizilda Martins

CURITIBA

2023

Fracasso, Sara Halles

Fatores associados ao desmame precoce em crianças prematuras [recurso eletrônico]: estudo longitudinal / Sara Halles Fracasso – Curitiba, 2023.

1 recurso online: PDF.

Dissertação (mestrado) – Programa de Pós-Graduação em Odontologia. Setor de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Paraná, 2023.

Orientador: Profa. Dra. Luciana Reichert Assunção Zanon

Coorientador: Profa. Dra. Marizilda Martins

1. Aleitamento materno. 2. Nascimento prematuro. 3. Desmame. I. Zanon, Luciana Reichert Assunção. II. Martins, Marizilda. III. Universidade Federal do Paraná. IV. Título.

CDD 649.33



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO SETOR DE
CIÊNCIAS DA SAÚDE
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO ODONTOLOGIA -
40001016065P8

ATA Nº172

**ATA DE SESSÃO PÚBLICA DE DEFESA DE MESTRADO PARA A OBTENÇÃO DO
GRAU DE MESTRA EM ODONTOLOGIA**

No dia dois de março de dois mil e vinte e três às 09:00 horas, na sala Auditório Gralha Azul, Câmpus Jardim Botânico, foram instaladas as atividades pertinentes ao rito de defesa de dissertação da mestranda **SARA HALLES FRACASSO**, intitulada: **FATORES ASSOCIADOS AO DESMAME PRECOCE EM CRIANÇAS PREMATURAS: ESTUDO LONGITUDINAL**, sob orientação da Profa. Dra. LUCIANA REICHERT ASSUNÇÃO ZANON. A Banca Examinadora, designada pelo Colegiado do Programa de Pós-Graduação ODONTOLOGIA da Universidade Federal do Paraná, foi constituída pelos seguintes Membros: LUCIANA REICHERT ASSUNÇÃO ZANON (UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ), CLAUDIA CHOMA BETTEGA ALMEIDA (PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ALIMENTAÇÃO E NUTRIÇÃO - UFPR), JOSÉ VITOR NOGARA BORGES DE MENEZES (UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ). A presidência iniciou os ritos definidos pelo Colegiado do Programa e, após exarados os pareceres dos membros do comitê examinador e da respectiva contra argumentação, ocorreu a leitura do parecer final da banca examinadora, que decidiu pela APROVAÇÃO. Este resultado deverá ser homologado pelo Colegiado do programa, mediante o atendimento de todas as indicações e correções solicitadas pela banca dentro dos prazos regimentais definidos pelo programa. A outorga de título de mestra está condicionada ao atendimento de todos os requisitos e prazos determinados no regimento do Programa de Pós-Graduação. Nada mais havendo a tratar a presidência deu por encerrada a sessão, da qual eu, LUCIANA REICHERT ASSUNÇÃO ZANON, lavrei a presente ata, que vai assinada por mim e pelos demais membros da Comissão Examinadora.

CURITIBA, 02 de Março de 2023.

Assinatura Eletrônica
02/03/2023 16:57:41.0

LUCIANA REICHERT ASSUNÇÃO ZANON
Presidente da Banca Examinadora

Assinatura Eletrônica
08/03/2023 11:31:50.0

CLÁUDIA CHOMA BETTEGA ALMEIDA
Avaliador Externo (Programa de Pós-Graduação em Alimentação e Nutrição -UFPR)

Assinatura Eletrônica
02/03/2023 16:02:52.0

JOSÉ VITOR NOGARA BORGES DE MENEZES
Avaliador Interno (Universidade Federal do Paraná)



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO SETOR DE
CIÊNCIAS DA SAÚDE
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO ODONTOLOGIA -
40001016065P8

TERMO DE APROVAÇÃO

Os membros da Banca Examinadora designada pelo Colegiado do Programa de Pós-Graduação ODONTOLOGIA da Universidade Federal do Paraná foram convocados para realizar a arguição da dissertação de Mestrado de **SARA HALLES FRACASSO** intitulada: **FATORES ASSOCIADOS AO DESMAME PRECOCE EM CRIANÇAS PREMATURAS: ESTUDO LONGITUDINAL**, sob orientação da Profa. Dra. LUCIANA REICHERT ASSUNÇÃO ZANON, que após terem inquirido a aluna e realizada a avaliação do trabalho, são de parecer pela sua APROVAÇÃO no rito de defesa.

A outorga do título de mestra está sujeita à homologação pelo colegiado, ao atendimento de todas as indicações e correções solicitadas pela banca e ao pleno atendimento das demandas regimentais do Programa de Pós-Graduação.

CURITIBA, 02 de Março de 2023.

Assinatura Eletrônica
02/03/2023 16:57:41.0

LUCIANA REICHERT ASSUNÇÃO ZANON
Presidente da Banca Examinadora

Assinatura Eletrônica
08/03/2023 11:31:50.0

CLÁUDIA CHOMA BETTEGA ALMEIDA
Avaliador Externo (Programa de Pós-Graduação em Alimentação e Nutrição -UFPR)

Assinatura Eletrônica
02/03/2023 16:02:52.0

JOSÉ VITOR NOGARA BORGES DE MENEZES
Avaliador Interno (Universidade Federal do Paraná)

À todas as vidas que eu consegui transformar, a partir do meu trabalho.

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus, por me acompanhar em todo o caminho, me proteger e fortalecer nos momentos em que quis desistir e por permitir exercer minha profissão de forma ética, justa e humana.

À minha orientadora, Prof^ª Dr^ª Luciana Reichert Assunção Zanon, por ter confiado no meu potencial e me fornecido essa oportunidade de crescimento científico, profissional e pessoal. Obrigada por todo aprendizado, suporte e incentivo.

À minha co-orientadora, Prof^ª Dr^ª Marizilda Martins, pela disponibilidade, paciência, auxílio e conhecimento fornecido durante essa jornada.

À coordenador do Programa de Pós-Graduação em Odontologia da Universidade Federal do Paraná, Prof^ª Dr^ª Bruno Cavalini Cavenago, e demais professores, pela dedicação, paciência e desempenho na contribuição do desenvolvimento científico de nós, alunos. Em especial, aos demais professores da equipe de Odontopediatria e a Prof^ª Dr^ª Geisla Mary Silva Soares, por sempre estarem dispostos a me ajudar e contribuir para meu conhecimento.

Às todos os colegas de pesquisa, em especial Camila Akemi Izumi e Ana Flávia Hordones, vocês foram essenciais nesse processo. Obrigada por me acolherem tão bem, por segurarem a minha mão nos momentos difíceis e não me deixarem desistir do processo e por me inspirarem diariamente. Nossa amizade perdurará para sempre.

Ao meu marido, Marcelo Antonioni Viegas, por ser suporte, apoio e base em todas as minhas escolhas profissionais. Obrigada por ser compreensivo no tempo que permaneci distante para a concretização desse projeto e por me incentivar a ser uma profissional melhor todos os dias. Essa conquista também é sua.

Aos meus pais, Marilú Halles e João Osvaldo Fracasso, por terem me proporcionado condições e educação para me tornar a mulher e profissional que eu sou hoje. Pelo amor incondicional, pelo exemplo de força e doação constante e por sempre acreditarem em mim.

E, por fim, aos meus pequenos pacientes e seus pais, que confiam a sua saúde nas minhas mãos, pois esse estudo não teria sentido se não fosse pela transformação que ele produz na vida de vocês. Meu muito obrigada!

Disse a flor ao Pequeno Príncipe:
“É preciso que eu suporte duas ou três larvas
se quiser conhecer as borboletas.”
(Antoine de Saint- Exupéry)

RESUMO

O aleitamento materno proporciona nutrição, proteção e afeto às crianças, além de reduzir a morbimortalidade infantil. Esses aspectos assumem uma importância adicional em crianças prematuras onde as complicações em saúde são mais frequentes. Entretanto, a amamentação de crianças prematuras pode tornar-se desafiadora por diferentes motivos incluindo as condições de saúde do bebê e a impossibilidade de contato físico precoce e continuado entre o binômio mãe e filho. O objetivo desse estudo longitudinal foi avaliar os fatores associados ao desmame precoce em crianças prematuras, incluindo aspectos individuais da criança, de alimentação, neonatais e maternos. Estudo prospectivo com uma amostra de 66 pares de mães e bebês nascidos prematuros e assistidos na Unidade de Tratamento Intensivo Neonatal e no Ambulatório de Pediatria Preventiva do Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná, Curitiba, Brasil. Os pares foram avaliados nos seguintes períodos: até 15 dias de vida (T0), dos 30 aos 60 dias (T1) e dos 90 dias aos 150 dias de vida (T2). Os dados foram coletados através de um formulário desenvolvido especificamente para cada uma das fases desse estudo, por meio de entrevistas às mães e/ou registros nos prontuários médicos. A autoeficácia materna na amamentação foi avaliada através do instrumento traduzido e validado para o português do Brasil, o *Breastfeeding Self-Efficacy Scale*. Os dados foram analisados através de testes não paramétricos e, análise de sobrevida por método de Kaplan-Meier e teste de log-rank foi utilizada para avaliar a relação entre a taxa de desmame com as variáveis de interesse ($\alpha = 0,05$). Em T1 e T2, a maior parte das crianças faziam uso de aleitamento materno misto, sendo que apenas 12 estavam em amamentação exclusiva em T1 (18,2%) e 11 estavam em amamentação exclusiva (16,7%) em T2. A média da idade do desmame entre as crianças avaliadas foi de 87,83 dias (desvio padrão: 24,072), mediana de 92,50 dias, mínimo de 30 dias e máximo de 134 dias. Em relação às características individuais e hábitos da criança, utilizar a chupeta em T2 ($P=0,0006$) e estar utilizando a mamadeira em T2 ($P=0,0105$) foram associados à maiores taxas de desmame. Não houve diferença entre as taxas de desmame considerando as diferentes categorias de prematuridade ($P=0,3565$). Quanto aos hábitos alimentares, utilizar fórmula em T2 ($P=0,0260$) e não ter mamado no seio na primeira hora após o nascimento ($P=0,0179$) foram associados a maior taxa de desmame. Em relação aos fatores neonatais, a necessidade de internamento em T2 ($P=0,0008$), utilizar medicamentos em T2 ($P=0,0158$) e o tempo de internação em T2 ($P=0,0017$) foram relacionados a maior taxa de desmame. Quanto aos fatores maternos, ter amamentado outros filhos ($P=0,0444$), necessitar de suporte para a amamentação em T0 ($P=0,0177$) e apresentar baixa autoeficácia na amamentação em T0

($P=0,0220$) foram associados a maior taxa de desmame. Este estudo mostrou a interferência multifatorial relacionada à prática do aleitamento materno de crianças prematuras. Hábitos de chupeta e mamadeira, alimentar-se por fórmula, necessidade e tempo de internamento e uso de medicamentos ao redor dos 90 dias de vida, além da ausência de amamentação na primeira hora de vida estão associados ao desmame precoce. Ademais, fatores maternos incluindo história prévia de amamentar outros filhos, além de necessidade de suporte e a baixa autoeficácia na amamentação após o nascimento da criança também estão associados ao desmame precoce. Estes dados demonstram a necessidade do fortalecimento de estratégias de políticas públicas que incentivem o aleitamento materno em crianças prematuras por meio da identificação de fatores de risco associados ao desmame nesta população específica.

PALAVRAS-CHAVE: aleitamento materno; nascimento prematuro; desmame.

ABSTRACT

Breastfeeding provides nutrition, protection and affection for children, and also reduces infant morbidity and mortality, aspects that are especially important in premature children due to the increased risk of health complications. However, breastfeeding practiced in premature children can become challenging for different reasons, including the baby's health conditions and the impossibility of contact between the mother and child. The objective of this longitudinal study was to evaluate the factors associated with weaning in premature children, including individual characteristics of the child, feeding, neonatal and maternal aspects. Prospective study with a sample of 66 pairs of mother and babies born prematurely and assisted at the Neonatal Intensive Care Unit and at the Preventive Pediatrics Outpatient Clinic of the Hospital de Clínicas, Federal University of Paraná, Curitiba, Brazil. The pairs were evaluated in the following periods: up to 15 days of life (T0), from 30 to 60 days (T1) and from 90 days to 150 days of life (T2). Data were collected using a form specifically developed for each of the phases of this study, through interviews with mother and/or in medical records. Breastfeeding self-efficacy was assessed using the instrument translated and validated for Brazilian Portuguese, the Breastfeeding Self-Efficacy Scale. Data was analyzed using non-parametric test and survival analysis by Kaplan-Meier method and log-rank test was used to assess the relationship between the weaning rates and the variables of interest ($\alpha=0.05$). At T1 and T2, most children were using mixed breastfeeding, with only 12 being exclusively breastfed at T1 (18.2%) and 11 being exclusively breastfed (16.7%) at T2. The mean age of weaning was 87.83 days (standard deviation: 24.072), median of 92,50 days, minimum 30 days and maximum 134 days. Regarding the child's individual characteristics and habits, using the pacifier at T2 ($P=0.0006$) and using the bottle at T2 ($P=0.0105$) were associated with higher weaning rates. There was no difference in the weaning rate considering the different prematurity categories ($P=0.3565$). As for eating habits, using formula at T2 ($P=0.0260$) and not having breastfed in the first hour after birth ($P=0.0179$) were associated with higher weaning rates. Regarding neonatal factors, the need of hospitalization in T2 ($P=0.0008$), the use of medication in T2 ($P=0.0158$) and the length of hospitalization in T2 ($P=0.0017$) were related to higher weaning rates. As for maternal factors, having breastfed other children ($P=0.0444$), needing support for breastfeeding at T0 ($P=0.0177$) and having low self-efficacy in breastfeeding at T0 ($P=0.0220$) were associated with higher weaning rate. This study showed the multifactorial interference related to the practice of breastfeeding of premature children. Pacifier and bottle habits, formula feeding,

need and length of hospital stay and use of medication around 90 days of life, in addition to the lack of breastfeeding in the first hour of life are associated with early weaning. Furthermore, maternal factors including a previous history of breastfeeding other children, in addition to the need for support and low self-efficacy in breastfeeding after the child's birth are also associated with early weaning. These data demonstrate the need to strengthen public policy strategies that encourage breastfeeding in premature children by identifying risk factors associated with weaning in this specific population.

KEYWORDS: breastfeeding; premature birth; weaning.

LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1	Fluxograma demonstrando as diferentes fases do estudo.....	54
FIGURA 2	Gráfico de Kaplan-Meier do tempo de aleitamento materno estratificado pelo uso da chupeta em T2 e pelo uso da mamadeira em T2.....	60
FIGURA 3	Gráfico de Kaplan-Meier do tempo de aleitamento materno estratificado pelo uso da fórmula em T2 e do tempo de aleitamento materno na primeira hora após o nascimento.....	62
FIGURA 4	Gráfico de Kaplan-Meier do tempo de aleitamento materno estratificado por ter ficado internado em T2, pelo uso de medicamento em T2 e tempo de internamento em dias	64
FIGURA 5	Gráfico de Kaplan-Meier do tempo de aleitamento materno estratificado por ter amamentado outros filhos, por ter recebido suporte de amamentação em T1 e pelo score de autoeficácia alta e moderada	66

LISTA DE TABELAS

TABELA 1	Principais fatores associados ao desmame de crianças prematuras relatados na literatura.....	44
TABELA 2	Características da amostra de acordo com a faixa de prematuridade (n=66)	57
TABELA 3	Tipos de aleitamento em função da faixa de prematuridade (n=66)	58
TABELA 4	Taxa do desmame considerando variáveis individuais da criança e hábitos (n=66)	59
TABELA 5	Taxa do desmame considerando variáveis relacionadas à alimentação nos primeiros meses de vida da criança (n=66)	61
TABELA 6	Taxa do desmame considerando as variáveis neonatais (n=66)	63
TABELA 7	Taxa do desmame considerando as variáveis maternas (n=66)	65

LISTA DE SIGLAS

OMS	Organização Mundial da Saúde
CRH	Hormônio Liberador de Corticotropina
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana
HTLV1	Vírus Linfotrópico de Células T Humanas – 1
HTLV2	Vírus Linfotrópico de Células T Humanas – 2
BSES	Breastfeeding Self-Efficacy Scale
UTIN	Unidade de Terapia Intensiva Neonatal
SAM 11	Ambulatório de Pediatria Preventiva
COVID-19	Infecção respiratória aguda causada pelo coronavírus SARS-CoV-2
UTI	Unidade de Terapia Intensiva
T0	Tempo Zero
T1	Tempo Um
T2	Tempo Dois

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	5
2. REVISÃO DE LITERATURA.....	21
2.1 PREMATURIDADE E FATORES DE RISCO	21
2.2 ALEITAMENTO MATERNO.....	30
2.3 ALEITAMENTO MATERNO E PREMATURIDADE	40
2.4 AUTOEFICÁCIA NA AMAMENTAÇÃO.....	46
3. OBJETIVOS.....	51
3.1 OBJETIVO GERAL	51
3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	51
4. METODOLOGIA.....	52
4.1 ASPECTOS ÉTICOS.....	52
4.2 CÁLCULO AMOSTRAL	52
4.3 CRITÉRIOS DE ELEGIBILIDADE	52
4.4 ESTUDO PILOTO	53
4.5. COLETA DE DADOS.....	53
4.6. AUTOEFICÁCIA NA AMAMENTAÇÃO	55
4.6 ANÁLISE ESTATÍSTICA.....	55
5. RESULTADOS.....	57
6. DISCUSSÃO.....	68
7. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	73
8. REFERÊNCIAS	74
9. ANEXOS.....	83
9.1 ANEXO 1 - APROVAÇÃO E LIBERAÇÃO ÉTICA PELO COMITÊ DE ÉTICA E PESQUISA DO SETOR DE CIÊNCIAS DA SAÚDE DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ – UFPR.....	83
9.2 ANEXO 2 - APROVAÇÃO E LIBERAÇÃO ÉTICA PELO COMITÊ DE ÉTICA E PESQUISA DO SETOR DO HOSPITALD E CLÍNICAS, CURITIBA, BRASIL	90
9.3 ANEXO 3 – INSTRUMENTO BREASTSFEEDING SELF-EFFICACY SCALE, TRADUZIDO E ADAPTADO PARA O PORTUGUÊS – ESCALA DE AUTOEFICÁCIA NA AMAMENTAÇÃO	95
10. APÊNDICES.....	97
10.1 APÊNDICE 1 – QUESTIONÁRIO ELABORADO PARA A FASE I DO ESTUDO, APLICADO AOS 30 DIAS	97
10.2 APÊNDICE 2 – QUESTIONÁRIO ELABORADO PARA A FASE II DO ESTUDO, APLICADO AOS 90 DIAS	101

1. INTRODUÇÃO

A alimentação na primeira infância exerce uma função fundamental no desenvolvimento e no crescimento da criança (CHEKRI et al., 2019), sendo que, nos primeiros anos de vida, o leite materno é o melhor alimento a ser ofertado por proporcionar a quantidade energética ideal, além de todos os nutrientes necessários para o crescimento do lactente, como a água, as proteínas, a lactose, a gordura, os sais minerais, as vitaminas, e os fatores anti-infecciosos e de crescimento (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2015; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2019). Além disso, o aleitamento materno proporciona fatores que conferem imunidade ao lactente, importantes na prevenção da morbidade e mortalidade infantil e traz um importante benefício psicológico tanto para mãe quanto para o bebê. Por esses motivos, o consumo do leite materno é recomendado de maneira exclusiva até os seis meses de idade e de maneira parcial até os dois anos de idade ou mais (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2015; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2019).

A superioridade do leite materno sobre os leites de outras espécies está devidamente comprovada, uma vez que são vários os argumentos em favor do aleitamento materno, como: redução da mortalidade infantil, (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2015; VICTORA et al., 2016), especialmente entre as crianças de menor nível socioeconômico (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2000; MULLANY et al., 2007; BOCCOLINIA et al., 2013; VICTORA et al., 2016); redução de diarreia, alergias e infecções respiratórias (VAN ODIJK et al., 2003; EDMOND et al., 2006; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2015; VICTORA et al., 2016; FRANK et al., 2019) e promoção de um efeito positivo na inteligência uma vez que contribui para um melhor desenvolvimento cognitivo da criança (ANDERSON, JOHNSTONE, REMLEY, 1999; MORTENSEN et al., 2002; HORTA et al., 2007; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2015; VICTORA et al., 2016; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2019). Em longo prazo, estudos têm demonstrado que adultos que foram amamentados na infância apresentam menor risco de hipertensão arterial, obesidade, hipercolesterolemia e diabetes tipo 2 (GERSTEIN, 1994; DEWEY, 2003; STUEBE et al., 2005; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2015; VICTORA et al., 2016; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2019). Além de melhorar a nutrição, uma vez que o leite materno contém todos os nutrientes essenciais para o crescimento e o desenvolvimento adequados da criança (HORTA et al., 2007; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2015; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2019). Ademais, o movimento praticado pela criança durante a amamentação é capaz de promover o desenvolvimento da cavidade bucal, proporcionando uma melhor

conformação do palato duro, o que é fundamental para o alinhamento adequado dos dentes e oclusão dentária (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2015; VICTORA et al., 2016; GOMES et al., 2017; MATOS, LABUTO, 2020).

Para a lactante, as vantagens também são inúmeras, destacando-se a proteção contra doenças como câncer de mama (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2015; VICTORA et al., 2016; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2019), câncer de ovário, câncer de útero, hipercolesterolemia, hipertensão, doenças coronarianas, obesidade, doenças metabólicas, osteoporose e depressão pós-parto (KULIE et al., 2011; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2015; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2019). Além disso, a amamentação promove ação anticoncepcional nos seis primeiros meses pós-parto (GRAY et al., 1990; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2015), além de redução de custos financeiros, uma vez que inibe o consumo de fórmulas artificiais, mamadeiras e bicos, e eventuais gastos decorrentes de doenças que são comuns em crianças não amamentadas (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2015; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2019). Inegavelmente, a amamentação promove o fortalecimento do vínculo entre mãe e filho (CUNHA, SANTOS, GONÇALVES, 2012; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2015; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2019; COELHO, MENEZES, LOBO, 2019) e a melhoria na qualidade de vida da família, como um todo, uma vez que as crianças amamentadas adoecem menos, necessitam com menor frequência de atendimento médico, o que, conseqüentemente, reduz as faltas ao trabalho dos pais e os gastos financeiros (GIUGLIANI, 1994; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2015).

O Ministério da Saúde do Brasil em consonância com as recomendações da Organização Mundial da Saúde (OMS) aconselha que o aleitamento materno seja até os dois anos de idade e de forma exclusiva até os seis meses de idade (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2019). Embora os padrões de aleitamento materno no Brasil melhoraram consideravelmente nas últimas décadas, sua frequência ainda se mantém abaixo das recomendações da OMS sendo as taxas de amamentação exclusiva nos primeiros seis meses de vida de apenas 45,8% (UFRJ, 2021). Fatores como a falta de conhecimento das mães sobre o benefício do aleitamento materno, nível socioeconômico, uso de bicos artificiais, multiparidade são alguns aspectos associados ao desmame precoce nos primeiros meses de vida da criança (VIEIRA et al., 2004).

Outro fator que tem sido associado ao desmame precoce é a prematuridade. A prematuridade é definida como qualquer nascimento antes de 37 semanas completas de gestação ou menos de 259 dias desde o primeiro dia do último período menstrual das mulheres e com baseado na idade gestacional, os bebês prematuros podem ser subdivididos em:

extremamente prematuros (<28 semanas), muito prematuros (28 a <32 semanas) e prematuros moderados ou tardios (32 a <37 semanas completas de gestação) (WHO, 1977). O aleitamento materno em crianças prematuras promove o crescimento adequado, além de permitir funções imunológica, respiratória, hepática e hemodinâmica adequadas (SCOCHI et al., 2008), sendo o leite materno *in natura* o alimento mais adequado para atender as demandas específicas desses bebês e com a maior probabilidade de oferecer tais vantagens (PEREIRA et al., 2015).

A despeito de todas as vantagens que a amamentação promove, a adesão à prática do aleitamento materno é menor em bebês prematuros quando comparado àqueles nascidos a termo (JAVORSKI et al., 2004; BICALHO-MANCINI, VELÁSQUEZ-MELÉNDEZ, 2004; DELGADO, HALPERN, 2005; PEREIRA et al., 2015). Os desafios enfrentados pelo binômio mãe e bebê prematuro são diversos e incluem a impossibilidade do contato precoce e continuado entre mãe e filho, a ausência de amamentação na primeira hora de vida, o afastamento prolongado entre mãe e filho, em função de sua permanência na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal ou Berçário de Cuidado Intermediário. Além disso, as especificidades da assistência ao prematuro e a própria condição de saúde desses bebês, muitas vezes críticas, demandam orientações específicas e sistematizadas à lactante quanto às técnicas de introdução e manutenção da amamentação (PEREIRA et al., 2015). Em lactantes de bebês prematuros, são frequentes os sentimentos de medo e insegurança, e aliado à falta de orientações adequadas quanto a manutenção da lactação, podem resultar na diminuição da produção láctea, favorecendo o desmame precoce.

A crença sobre habilidades e/ou expectativa maternas na prática da amamentação pode ser definida como autoeficácia na amamentação (BANDURA, 1977). Esse conceito reflete ao entendimento da mulher no processo da amamentação, uma vez que mulheres com alta autoeficácia são mais propensas a superar barreiras ou perseverar desafios nesta prática quando comparado àquelas com baixa autoeficácia. Na teoria, a duração da amamentação pode ser influenciada por experiências anteriores, na observação da amamentação bem-sucedida de outras pessoas e pelo incentivo social e emocional que recebe em amamentar. Além disso, seu estado fisiológico atual reflete na sua capacidade de avaliar a amamentação, incluindo fadiga, dor e ansiedade (DENNIS, FAUX, 1999; BROCKWAY et al.; 2020). Nesse momento do pós-parto, a puérpera passa por uma adaptação corporal e emocional, caracterizado pelo processo de involução do organismo. Esse período é marcado por muitas emoções, mudanças físicas e alterações nos relacionamentos interpessoais e familiares, caracterizado por sentimentos ambivalentes como euforia, depressão e alívio (GOMES, SANTOS, 2017). A prematuridade e

os seus desafios impõem um olhar cuidadoso nas questões que envolvem o aleitamento materno uma vez que a complexidade dessa condição pode resultar no desmame precoce (PEREIRA et al., 2015). Por esse motivo, é de grande importância analisar quais fatores podem impactar no processo de amamentação de bebês prematuros e, assim, projetar estratégias de enfrentamento às dificuldades que possam comprometer o aleitamento materno e, consequentemente a saúde infantil nesta população específica (CRUZ, SEBASTIÃO, 2015).

Assim, o objetivo deste estudo prospectivo foi analisar os fatores associados ao desmame precoce em crianças prematuras, incluindo aspectos individuais da criança, alimentares, de condições neonatais e maternos.

2. REVISÃO DE LITERATURA

2.1 PREMATURIDADE E FATORES DE RISCO

Para a Organização Mundial da Saúde a prematuridade é definida como qualquer nascimento antes de 37 semanas completas de gestação ou menos de 259 dias desde o primeiro dia do último período menstrual das mulheres, e baseado na idade gestacional, os bebês prematuros podem ser subdivididos em: extremamente prematuros (<28 semanas), muito prematuros (28 a <32 semanas) e prematuros moderados ou tardios (32 a <37 semanas completas de gestação). Essa classificação é importante porque quanto menor a idade gestacional, maior é o risco de mortalidade e da intensidade de cuidados neonatais necessários e, conseqüentemente, um aumento de custos (WHO, 1977).

Considerando os fatores etiológicos envolvidos no parto prematuro, é possível classificá-los em dois grupos: parto prematuro espontâneo ou parto prematuro iniciado pelo profissional de saúde, por condições maternos e fetais (KRAMER et al., 1988).

Apesar de metade dos casos de parto prematuro serem considerados de etiologia desconhecida, é comum a associação de fatores de risco maternos e/ou fetais e o parto prematuro, os quais são classificados em: epidemiológicos, obstétricos, ginecológicos, clínico-cirúrgicos ou genéticos. A realização de uma anamnese detalhada, durante a fase do pré-natal, permite identificar se a mulher apresenta fatores de risco para o parto prematuro, a partir de indicadores clínicos, permitindo, assim, o controle dos riscos e contribuindo para uma evolução favorável da gestação (BITTAR, ZUGAIB, 2009).

Entre os fatores epidemiológicos relacionados com a prematuridade encontra-se o baixo nível socioeconômico, a idade materna, as condições nutricionais maternas, o consumo de drogas e medicamentos, a ausência de pré-natal adequado e o estresse materno.

Apesar dos fatores socioeconômicos não apresentarem uma associação direta com a prematuridade, o perfil socioeconômico pode ser um fator importante na determinação de desfechos em saúde. A ausência de acesso aos serviços especializados durante a gestação e ao nascimento, mais comum em camadas menos privilegiadas, podem afetar diretamente a saúde do binômio materno-infantil, levando ao comprometimento ou redução dos cuidados com a saúde durante a gestação e nos primeiros dias de vida da criança (GUIMARÃES et al., 2017). Além disso, menores níveis socioeconômicos, incluindo a renda familiar, estão associados ao menor acesso à informação e precariedade nos cuidados pessoais como alimentação e higiene

(BERGER et al., 2016). Já a dificuldade em obter o acesso às informações e às medidas de prevenção e promoção à saúde, fundamentais para adequação da vida pessoal e reprodutiva, podem estar associadas a baixos índices de escolaridade e, indiretamente, a maior prevalência de partos prematuros, por associarem-se a um menor número de consultas pré-natais (SOUZA, BOTELHO, 2012; GUIMARÃES et al., 2017).

Outro fator que tem sido associado ao parto prematuro, é a idade materna. Muitos estudos apontam que mulheres adolescentes (menores de 20 anos de idade) ou com idade avançada (maiores de 34 anos idade) apresentam maior risco ao parto prematuro (NEWBURN-COOK, ONYSKIW, 2005; GOLDENBERG et al., 2008; RAMOS, CUMAN, 2009; MARQUES et al., 2009; MUGLIA, KATZ, 2010; SOUZA, BOTELHO, 2012; WITT, 2014; CARVALHO et al., 2021). Em mulheres adolescentes, os nascimentos prematuros estão relacionados a fatores obstétricos ou às causas externas, como por exemplo, às consequências psicológica, fragilidades da estrutura familiar e dificuldades aos serviços assistenciais, bem como a imaturidade biológica, o que pode predispor a infecções subclínicas e ao aumento na produção de prostaglandinas com consequente aumento na incidência de partos prematuros (CARVALHO et al., 2021). No caso da idade materna avançada, não se sabe ao certo se a idade é um fator de risco independente, com efeito direto na prematuridade, ou se age indiretamente, associado com agentes confundidores, como doenças crônicas ou fatores sociodemográficos (WITT, 2014).

As condições nutricionais maternas também podem estar relacionadas à ocorrência do parto prematuro já que a gestação é um período de maior demanda nutricional do ciclo de vida da mulher, pelo fato de envolver rápida divisão celular e desenvolvimento de novos tecidos e órgãos. Por esse motivo, ingerir valores nutricionais adequados é de extrema importância para o bom andamento da gestação. A reserva inadequada de nutrientes na gestante, somado a uma ingestão dietética insuficiente, pode resultar em um comprometimento do crescimento fetal e, consequentemente, do peso ao nascer. A crescente necessidade de vitaminas e minerais no segundo e terceiro trimestres da gestação é acompanhado pelo aumento do apetite no mesmo período, o que torna, na maioria dos casos, dispensável a suplementação desses nutrientes quando a gestante se alimenta adequadamente. A suplementação desnecessária de nutrientes neste período pode implicar em toxicidade para o feto, causando abortamento, mal formações congênitas e parto prematuro (ANDRADE et al., 2017).

O consumo de tabaco, de drogas ilícitas e de álcool durante a gestação tem sido apontado como importantes preditores ao parto prematuro. A incidência do parto prematuro em mães tabagistas é 3 a 4 vezes maior do que em mães não fumantes, sendo dependente da dose. Esse risco também está associado ao passivo fumante, ou seja, gestantes expostas à fumaça do cigarro (SOUZA, CERCATI, 2020). O consumo de álcool, por sua vez, pode promover alterações hemodinâmicas na gestante, desencadeando em um comprometimento do fluxo sanguíneo placentário com consequente vasoconstrição e redução do aporte de oxigênio e nutrientes para o feto. Já as drogas ilícitas, como a cocaína, podem gerar vasoconstrição dos vasos uterinos, sendo esse o provável mecanismo de lesão fetal e placentária, que levam ao descolamento da placenta, aborto espontâneo, prematuridade e morte fetal. Além disso, a toxicidade cardiovascular da cocaína também ocorre em mulheres grávidas, favorecendo o parto prematuro (CARVALHO et al., 2021).

A utilização de medicamentos durante a gestação também pode aumentar a ocorrência de partos prematuros. Em especial a utilização de anti-hipertensivos, no primeiro trimestre de gestação podem comprometer a formação dos sistemas cardiovascular, nervoso e renal do feto. Além disso, podem resultar em oligodrâmnio, malformações ósseas, hipoplasia pulmonar, hipotensão, anúria, morte neonatal e parto prematuro. Os anti-inflamatórios não esteroidais, por sua vez, podem provocar hipertensão pulmonar fetal, baixo peso ao nascer e problemas de coagulação. Especificamente o uso do ácido acetilsalicílico, tem sido associado ao baixo peso no nascimento e sangramentos quando usado próximo do parto, uma vez resulta no fechamento prematuro do ducto arterioso, comprometimento da coagulação, tanto materna como no neonato, além de intoxicação congênita por salicilato (CARVALHO et al., 2021).

A assistência pré-natal proporciona o diagnóstico e o tratamento de inúmeras complicações durante a gestação, incluindo a prematuridade (CARVALHO et al., 2021). Os estudos comprovam que mulheres classificadas com pré-natal inadequado apresentaram uma maior chance de ocorrências de nascimento prematuro (VICTORA et al., 1997; SILVA et. al., 2009a; PASSINI et. al., 2014). Um número maior de consultas com profissionais capacitados, pode resultar em mais oportunidades de cuidados preventivos e de promoção à saúde, em especial para as gestações de alto risco, onde existem maiores chances de melhoras nos desfechos perinatais (CARVALHO et al., 2021).

O estresse materno também compõe os fatores epidemiológicos que aumentam o risco ao parto prematuro (BITTAR, ZUGAIB, 2009). Eventos como problemas conjugais, falta de

apoio familiar, conflitos familiares, violência, problemas financeiros, preocupação com o curso da gestação, excesso de trabalho e atividade física extenuante, são citados como fatores desencadeadores de estresse materno na gestação e associados com o aumento de casos de partos prematuros (ALMEIDA, et al., 2012). Situações estressantes levam à maior liberação de catecolaminas que, por sua vez, promovem a contração uterina (CARVALHO et al., 2021).

Em relação aos fatores obstétricos relacionados ao parto prematuro, são mencionados na literatura o histórico de parto prematuro prévio, sangramento decidual (ou ameaça de abortamento), gestação múltipla, história de hipertensão na gestação, pré-eclâmpsia, eclâmpsia, alterações hormonais, descolamento placentário, distúrbios do líquido amniótico e malformações no feto (ANANTH, WILCOX, 2001; WATANABE et al., 2002; NEWBURN-COOK, ONYSKIW, 2005; ANANTH et al., 2006; PLUNKETT, MUGLIA, 2008; GOLDENBERG et al., 2008; BITTAR, ZUGAIB, 2009; RAMOS, CUMAN, 2009; MARQUES et al., 2009; SILVA et al. 2009a; SILVA, 2009b; MUGLIA, KATZ, 2010; NORONHA NETO, SOUZA, AMORIM, 2010; GHAHEH et al., 2013; PASSINI et al., 2014; AUGER et al., 2014; KOULLALI et al., 2016; NUNES, BERTUOL, SIQUEIRA, 2016; KAHHALE, FRANCISCO, ZUGAIB, 2018; OLIVEIRA et al., 2019; OLIVEIRA, BRITO, COSTA NETO, 2019; SOUZA, CERCATI, 2020; JANTSCH et al., 2021).

Embora a maioria das gestantes com história de prematuridade espontânea evoluam para o parto a termo, a história prévia de parto prematuro, pode aumentar em até duas vezes o risco de parto comparado à ausência deste antecedente e constitui um dos principais indicadores de risco (PLUNKETT, MUGLIA, 2008; BITTAR, ZUGAIB, 2009; SOUZA, CERCATI, 2020). O risco é maior quanto maior o número de prematuros anteriores e menor a idade gestacional em que ocorreram esses partos. Dessa forma, havendo um nascimento prematuro anterior ao período de 34 e 36 semanas e 6 dias, o risco do segundo filho ser prematuro é de aproximadamente 17% (SOUZA, CERCATI, 2020). No entanto, quando se considera o parto anterior abaixo de 32 semanas, o risco se eleva para 35%. Esses valores são ainda maiores diante do histórico de mais de um parto prematuro (PLUNKETT, MUGLIA, 2008; SOUZA, CERCATI, 2020).

O sangramento decidual, também conhecido como ameaça de abortamento, se resume na ocorrência de sangramento vaginal na primeira metade da gestação, acompanhado ou não de cólicas abdominais, mantendo-se o colo do útero impérvio ao exame clínico (KOULLALI et al., 2016). Um estudo retrospectivo realizado na cidade de São Paulo com 1.531 gestantes

observou um aumento do risco de prematuridade em pacientes que apresentaram sangramento vaginal na primeira metade da gestação. Este mesmo estudo justificou a associação de prematuridade com sangramento vaginal com a liberação de trombina, proteases e uterorroninas que acarretariam mudanças cervicais, e que, por sua vez, promoveriam contrações uterinas (WATANABE et al., 2002).

Vários estudos verificaram que a gestação múltipla (gemelar ou trigemelar) apresenta uma importante associação com a prematuridade (NEWBURN-COOK, ONYSKIW, 2005; GOLDENBERG et al., 2008; RAMOS, CUMAN, 2009; MARQUES et al., 2009; SILVA et al. 2009a; MUGLIA, KATZ, 2010; PASSINI et al., 2014; AUGER et al., 2014). As gestações de múltiplos, em especial, de gêmeos, correspondem a 2 a 3% de todos os nascimentos, porém, está presente em 17% dos nascimentos antes da 37ª semana e em 23% dos nascimentos antes da 32ª semana (BITTAR, ZUGAIB, 2009). Em um estudo multicêntrico brasileiro, realizado com 20 maternidades de referência em obstetrícia, mostrou que gestações gemelares amplia em 15 vezes a chance de nascimento prematuro (AUGER et al., 2014). Já em outro estudo, realizado em Maringá, Brasil, constatou que, gestações de múltiplos aumentam em 17 vezes a chance de prematuridade (PASSINI et al., 2014).

A maior disponibilidade de técnicas de reprodução assistida tem sido responsável pela maior incidência de gestações múltiplas e, conseqüentemente, maior risco de nascimentos prematuros (BITTAR, ZUGAIB, 2009). Gestações múltiplas geram distensão uterina e no aumento do volume intrauterino, resultando em um crescimento restrito dos gemelares e insuficiência cervical, sendo um problema para a manutenção da gestação. Podem também estar envolvidas no processo, causas endócrinas específicas, como o aumento hormonal de estrogênio, progesterona e esteroides sexuais produzidos pela superovulação ou pela própria gravidez múltipla (CARVALHO et al., 2021).

A hipertensão é a complicação clínica mais comum da gestação, decorrendo em 10 a 22% das gestações. As síndromes hipertensivas que acometem a mulher grávida com maior frequência são classificadas em "hipertensão gestacional", "pré-eclâmpsia", "hipertensão arterial crônica" ou "eclâmpsia". Hipertensão gestacional tem por características a presença de pressão arterial maior ou igual a 140 x 90 mmHg em pelo menos duas ocasiões, com intervalo de quatro horas ou mais, diagnosticada pela primeira vez na gestação, ausência de proteinúria e retorno aos níveis tencionais até 12 semanas após o parto. Já a hipertensão crônica é definida como a presença de pressão arterial >140 x 90 mmHg diagnosticada antes da gestação ou antes

de 20 semanas de gestação não-atribuída à doença trofoblástica gestacional ou pressão arterial $>140 \times 90$ mmHg diagnosticada após 20 semanas de gestação que persiste após 12 semanas de pós-parto. A pré-eclâmpsia, por sua vez, tem por definição o desenvolvimento de hipertensão (pressão arterial $>140 \times 90$ mmHg), com proteinúria e/ou edema de mãos ou face, sendo que a eclâmpsia apresenta um mecanismo fisiopatológico semelhante ao da Pré-Eclâmpsia. Neste caso, ocorre episódios de convulsões tônico-clônicas generalizadas ou coma em mulher com qualquer quadro hipertensivo, não causadas por epilepsia ou qualquer outra doença convulsiva. Ela pode ocorrer na gravidez, no parto e no puerpério imediato, influenciando, assim, no parto pré-termo (KAHHALE, FRANCISCO, ZUGAIB, 2018; CARVALHO et al., 2021).

As condições citadas acima estão relacionadas ao parto prematuro pois o único tratamento efetivo, que estabelece a cessação do processo patológico, é o próprio parto (ACGO, 2002). Nas outras modalidades terapêuticas, o objetivo é manter estável o quadro clínico materno e acompanhar a vitalidade fetal enquanto se aguarda a maturação pulmonar do concepto (permitindo melhores taxas de sobrevivência neonatal) e, algumas vezes, o preparo cervical (NORONHA NETO, SOUZA, AMORIM, 2010).

As alterações hormonais que provocam o parto prematuro acontecem em resposta ao estresse fetal e materno. Os mecanismos fisiopatológicos mais encontrados para o parto prematuro são a ativação do eixo hipotálamo-hipófise-adrenal, inflamação, infecção, sangramento decidual e distensão ou contratilidade uterina patológico. O primeiro mecanismo ocorre pela liberação de hormônios adrenais (adrenalina, cortisol) e hipotalâmicos (ocitocina e hormônio liberador de corticotropina-CRH), onde a fonte de citocinas que estimula o trabalho de parto prematuro são os processos inflamatórios e infecciosos, que levam à liberação de endotoxinas e citocinas inflamatórias como o fator de necrose tumoral alfa e interleucinas. Já em relação ao sangramento decidual, ocorre a produção de trombina, que influencia na contratilidade uterina, fato que também ocorre no polidrâmnio e gemiparidade, devido à sobredistensão uterina (OLIVEIRA et al., 2019).

O deslocamento prematuro de placenta é reconhecido quando ocorre a separação prematura da placenta implantada no corpo do útero, que pode causar em situações graves, o óbito fetal decorrência à redução na oxigenação e à falta de nutrientes. Seu diagnóstico é proeminentemente clínico e os sinais e sintomas descritos são o sangramento vaginal, a tonicidade e a sensibilidade uterina aumentada, além de persistência da dor entre as contrações do trabalho de parto (NUNES, BERTUOL, SIQUEIRA, 2016). Sua fisiopatologia exata ainda

é desconhecida, sendo que a maioria dos casos permanece sem causa determinada. Os estudos identificam fatores etiológicos multifatoriais que podem predispor a essa condição, como os hábitos de vida maternos (uso de álcool e drogas, tabagismo e obesidade), fatores associados à história gestacional pregressa (parto cesáreo prévio, história anterior de descolamento placentário e multiparidade), fatores associados à gestação atual (gravidez múltipla, presença de corioamnionite e idade materna avançada) (GHAHEH et al., 2013; NUNES, BERTUOL, SIQUEIRA, 2016) e fatores relacionados às condições maternas, como diabetes gestacional, anemia e outros como trombofilia e trauma (NUNES, BERTUOL, SIQUEIRA, 2016),

O líquido amniótico exerce um papel fundamental no crescimento e no desenvolvimento do feto, agindo como uma barreira contra infecções e, também, pela sua função termorreguladora. A quantidade total de líquido amniótico durante a gestação é resultado de um balanço entre a sua produção e a eliminação. Quando em excesso, é definida como polidrâmnio, que pode estar associado a complicações perinatais, como o parto prematuro, e é decorrente de um desequilíbrio na produção (principal mecanismo é a produção renal fetal) e na absorção (principal mecanismo é a deglutição fetal). Já o oligodrâmnio é definido como a redução anormal do volume do líquido amniótico, e é associado a complicações perinatais, incluindo também o parto prematuro. Habitualmente é atribuído a cinco principais etiologias: “Anomalias e/ou anormalidades cromossômicas”; “Restrição de crescimento intrauterino”; “Rotura prematura de membranas”; “Histórico de gestações pós-termo” e “Idiopáticos” (GARRIDO et al., 2018). Apesar de estar tradicionalmente relacionado a resultados perinatais negativos e, por esse motivo, incentivar a finalização precoce dessas gestações, evidências científicas mais recentes relatam resultados comparáveis às gestações em que não se promove a interrupção. Por conta disso, o diagnóstico do oligodrâmnio isolado não deveria ser motivo de interrupção da gravidez, porque as provas de bem-estar fetais não demonstram alterações (GARRIDO et al., 2018).

A rotura prematura de membranas, por sua vez, é o fator obstétrico de maior importância envolvida na prematuridade, responsável por 30 a 40% dos casos de trabalho de parto prematuro. Os fatores predisponentes são: infecções, gemelaridade, placenta prévia e polidrâmnio (SILVA, 2009b).

Malformações fetais também são considerados fatores obstétricos associados ao parto prematuro embora não haja conhecimento do mecanismo pelo qual algumas malformações fetais desencadeiam o trabalho de parto, pode estar associado ao polidrâmnio e casos de

anencefalia. A agenesia renal com hipoplasia pulmonar também é uma das malformações que se destacam como causa de parto prematuro (JANTSCH et al., 2021).

Alguns fatores ginecológicos também se associam ao parto prematuro e incluem as alterações anatômicas do útero, malformações uterinas, presença de miomas no útero e as vaginoses bacterianas (SILVA, 2009b; KOULLALI et al., 2016; QUINELATO et al., 2021).

Alguns autores apontam que as apresentações cônica ou pélvica do útero como fator de risco para o parto prematuro, justificado tanto pelos fatores que impedem a locação da cabeça do feto para baixo quanto os fatores que impedem a versão espontânea do feto (SILVA, 2009b). Já as malformações uterinas, ou anomalias Müllerianas Congênitas, correspondem as anormalidades causadas pela fusão embriológica defeituosa ou falhas na recanalização dos ductos de Müller na formação de cavidade uterina normal. Essa incidência é difícil de determinar, uma vez que muitas portadoras são assintomáticas (QUINELATO et al., 2021).

As malformações uterinas são encarregadas por 15% das perdas gestacionais do segundo trimestre e estão relacionadas com apresentação fetal anormal, descolamento prematuro de placenta e retardo de crescimento intrauterino. A incidência de parto pré-termo nos casos de malformações uterinas é de 22%, sendo destes 31% nos úteros didelfos, 24% nos úteros bicornos e 12% nos úteros septados (QUINELATO et al., 2021).

A presença dos miomas uterinos, especialmente os submucosos (localizados na camada interna do miométrio, com projeção para a cavidade uterina) podem determinar sangramentos e rotura de membranas, o que pode facilitar o parto pré-termo. Miomas uterinos são definidos como tumores benignos que se desenvolvem a partir das células musculares lisas do miométrio e lesionam principalmente as mulheres na fase reprodutiva da vida, tendo a sua causa desconhecida, porém, na maioria dos casos, associada a fatores hormonais, diminuindo de tamanho após a menopausa (SILVA et al., 2005).

O trabalho de parto prematuro também pode estar relacionado com a vaginose bacteriana, que é definida como uma alteração na flora vaginal normal, com diminuição na concentração de lactobacilos e predomínio de uma espécie de bactérias sobre outras, principalmente a *Gardnerella vaginalis*. O possível mecanismo que desencadeia a vaginose bacteriana ao parto prematuro é a produção de fosfolipase A2 pelos microrganismos que levam à produção de prostaglandinas, que estimulam a contração uterina. Por esse motivo, o tratamento é recomendado mesmo em mulheres assintomáticas (KOULLALI et al., 2016).

Finalmente, fatores denominados clínico-cirúrgicos podem resultar em partos prematuros e estão associados às doenças maternas pré-existentes, hipertensão crônica materna, diabetes gestacional, infecções e doença periodontal materna (GAFFIELD et al., 2001; SILVA, 2009b; SOUZA et al., 2012; TETTAMANTI et al., 2017; KRÜGER et al., 2018).

As doenças crônicas maternas, como diabetes mellitus e hipertensão arterial sistêmica, e as desenvolvidas na gestação como a pré-eclâmpsia, estão relacionadas ao trabalho de parto espontâneo, bem como, a liberação de catecolaminas devido ao estresse materno e fetal, podem ser encarregados por diversas complicações da mãe e do concepto (SILVA, 2009b).

A diabetes mellitus gestacional atua como um hormônio de crescimento, gerando um tamanho fetal aumentado, ou macrossomia fetal, que pode provocar a poliúria fetal, favorecendo a prematuridade. A hiperglicemia materna gera uma hiperglicemia fetal, já que a glicose passa da mãe para o feto através da placenta (CARVALHO et al., 2021).

As infecções do trato urinário são apontadas como o segundo tipo de infecção mais detectada e tratada em gestantes, perdendo somente para as infecções respiratórias, considerada como um problema frequente, pois é decorrente principalmente da higiene inadequada e baixa ingesta hídrica. A existência de infecção intra-amniótica pode ocasionar sofrimento fetal, aumento da taxa de cesariana, prematuridade, sepse materna e neonatal. Tal fato pode ser justificado porque em decorrência dessas anormalidades, pode desencadear insuficiência uteroplacentária, restringindo, assim, o crescimento fetal e reduzindo o débito urinário (CARVALHO et al., 2021),

A sífilis é uma doença infecciosa causada pela bactéria *Treponema pallidum* e a sua transmissão acontece por meio do contato sexual, transfusão de sangue, transplante de órgão, ou por transmissão congênita. A Sífilis Congênita constitui em uma infecção por meio da placenta inserida no feto devido à passagem de treponema. Durante a gestação, a sífilis congênita pode ocasionar casos de aborto, nascimentos com mortes, ou nascimentos prematuros (ROCHA et al., 2020).

Nos últimos anos, diversos estudos vêm comprovando a associação da doença periodontal com parto prematuro e nascimento de crianças com baixo peso (SOUZA et al., 2012). Outros estudos, porém, não demonstram associação entre doenças periodontal na gravidez e parto pré-termo/baixo peso ao nascer (GAFFIELD et al., 2001; TETTAMANTI et

al., 2017; KRÜGER et al., 2018). Acredita-se, porém, que o fato de a doença periodontal ainda não ser comprovadamente um fator de risco para as complicações obstétricas, não reduz a importância da manutenção de saúde bucal em gestantes (SOUZA et al., 2012).

A doença periodontal é de natureza infecciosa e apresenta-se nas mais variadas formas clínicas. Seu agente causador determinante é a placa bacteriana, que tem como composição uma matriz de biofilme dental, capaz de se manifestar e ser severa de acordo com a composição dessa microflora, de fatores ambientais e adquiridos, principalmente da dependência da suscetibilidade de cada indivíduo (SOUZA et al., 2012).

Durante o período gestacional, tanto as alterações da composição da placa subgingival a resposta imunológica, como as altas concentrações de hormônios sexuais são fatores que influenciam na resposta do periodonto. Por esse motivo, são comuns as alterações bucais na gestação, como o aumento da vascularização e da permeabilidade vascular dos tecidos gengivais, além de uma resposta exacerbada dos tecidos periodontais aos fatores irritantes locais (GAFFIELD et al., 2001; SOUZA et al., 2012). Ainda são observados durante esse período, alterações na microbiota bucal, no metabolismo celular e nos níveis de estrógeno e prostaglandina (TETTAMANTI et al., 2017; KRÜGER et al., 2018).

Fatores genéticos também podem estar associados à prematuridade e incluem, nessa categoria, os casamentos consanguíneos, idade materna avançada, malformações em gestações anteriores; abortamento de repetição ou perdas gestacionais; contato com agentes mutagênicos ou teratogênicos, irradiações, história familiar, como alterações cromossômicas, malformação cardíaca, espinha bífida, atraso mental, doenças musculares hereditárias, hemoglobinopatias e cromossomopatias, mutações genéticas de origem multifatorial e ambiental (CASTRO et al., 2006).

2.2 ALEITAMENTO MATERNO

Muitas descobertas epidemiológicas e biológicas ocorreram nas últimas décadas em relação aos benefícios da amamentação para mulheres e crianças e esses se expandem a todos os grupos sociais. A ampliação do aleitamento materno para um nível quase universal poderia evitar 823.000 mortes anuais em crianças menores de 5 anos e 20.000 mortes anuais por câncer de mama (VICTORA et al., 2016). Porém amamentar é um dos poucos comportamentos positivos relacionados à saúde que é mais frequente em países com menor poder aquisitivo

quando comparados aos mais ricos. A menor frequência do aleitamento materno por mulheres com maiores rendas pode ser justificada ao maior consumo de substitutos do leite materno por essa população específica.

Mundialmente, a prevalência do aleitamento materno aos 12 meses vida é maior na África Subsaariana, sul da Ásia e partes da América Latina, com taxas superiores a 50%. Na maioria dos países de alta renda, a prevalência é inferior a 20%, com diferenças significantes, como por exemplo, nos Estados Unidos, com 27%, Reino Unido, com < 1% e Suécia, com 16%. Além disso, nas últimas três décadas, as taxas de aleitamento materno exclusivo aumentaram ligeiramente de 24,9% para 35,7% e nos 20% dos países mais ricos, enquanto os 20% mais pobres seguiram a tendência geral. Já, a amamentação continuada em um ano (entre 12 e 15 meses de idade) reduziu ligeiramente em nível global, de 76,0% para 73,3% (VICTORA et al., 2016).

A alimentação na primeira infância exerce uma função fundamental no desenvolvimento e no crescimento da criança (CHEKRI et al., 2019), sendo que, nos primeiros anos de vida, o leite materno é o melhor alimento a ser ofertado por proporcionar a quantidade energética ideal, além de todos os nutrientes necessários para o crescimento do lactente, como a água, as proteínas, a lactose, a gordura, os sais minerais, as vitaminas, e os fatores anti-infecciosos e de crescimento (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2015; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2019).

Além disso, o aleitamento materno proporciona fatores que conferem imunidade, importantes na prevenção da morbidade e mortalidade infantil e traz um importante benefício psicológico tanto para mãe quanto para o bebê. Por esses motivos, o leite materno é recomendado de maneira exclusiva até os seis meses de idade e de maneira parcial até os dois anos de idade ou mais (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2015; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2019).

A Organização Mundial da Saúde classifica o aleitamento materno nas seguintes categorias (WHO, 2007; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2015): “Aleitamento Materno Exclusivo”, quando a criança recebe somente leite materno, direto da mama ou ordenhado, ou leite humano de outra fonte, sem outros líquidos ou sólidos, com exceção de gotas ou xaropes contendo vitaminas, sais de reidratação oral, suplementos minerais ou medicamentos; “Aleitamento materno predominante”, quando a criança recebe, além do leite materno, água ou bebidas à base de água (água adocicada, chás, infusões), sucos de frutas e fluidos rituais; “Aleitamento materno”, quando a criança recebe leite materno (direto da mama ou ordenhado),

independentemente de receber ou não outros alimentos; “Aleitamento materno complementado”, quando a criança recebe, além do leite materno, qualquer alimento sólido ou semissólido com a finalidade de complementá-lo, e não de substituí-lo; e “Aleitamento materno misto ou parcial”, quando a criança recebe leite materno e outros tipos de leite.

As recomendações atuais mostram que a duração da amamentação na espécie humana seja, em média, até os dois anos de idade, prazo esse, onde costuma ocorrer o desmame de forma natural. Também é recomendado que não se inicie a oferta de alimentos complementares antes dos seis meses de idade, uma vez que a introdução precoce de outros alimentos podem estar associada à uma maior frequência de episódios de diarreia, maior número de hospitalizações por doenças respiratórias, maior risco de desnutrição se os alimentos introduzidos forem nutricionalmente inferiores ao leite materno e absorção reduzida de nutrientes importantes do leite materno, como o ferro e o zinco. Além disso, existe comprovada redução da eficácia dos métodos anticoncepcionais e uma menor duração do aleitamento materno (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2015; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2019).

A superioridade do leite materno sobre os leites de outras espécies está devidamente comprovada, por estudos científicos (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2015), uma vez que são vários os argumentos em favor do aleitamento materno, como:

“Redução da mortalidade infantil”, devido a presença de substâncias específicas que aumentam a proteção contra infecções, e assim, consequentemente, diminui as taxas de mortalidade entre as crianças amamentadas (JONES et al., 2003; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2015; VICTORA et al., 2016; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2019). O aleitamento materno poderia evitar 13% das mortes em crianças menores de 5 anos em todo o mundo (JONES et al., 2003) e nenhuma outra estratégia isolada alcança o impacto que a amamentação possui na redução das mortes de crianças nesta faixa etária (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2015). A proteção que o leite materno promove contra a mortalidade infantil é inversamente maior quanto menor for a idade da criança, (WHO, 2000).

“Previne mais mortes entre as crianças de menor nível socioeconômico” (WHO, 2000; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2015; VICTORA et al., 2016; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2019). Para os bebês de mães com maior escolaridade, o risco de mortalidade no primeiro ano de vida é considerado 3,5 vezes maior em crianças não amamentadas quando comparadas com as amamentadas. No caso de crianças de mães com menor escolaridade, esse risco pode ser de 7,6 vezes maior, sendo que a amamentação na primeira hora de vida pode ser um fator de proteção

contra mortes neonatais (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2015; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2019).

“Evita a diarreia”. Atualmente, existem fortes evidências de que o leite materno protege contra a diarreia, principalmente em crianças com menores níveis socioeconômicos. Essa proteção pode diminuir em situações de aleitamento materno não exclusivo. Por isso, oferecer à criança amamentada água ou chás, pode dobrar o risco de diarreia nos primeiros seis meses de vida (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2015; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2019). Além de evitar a diarreia, a amamentação também exerce influência na gravidade desse quadro clínico, uma vez que crianças não amamentadas têm um risco três vezes maior de desidratarem e de morrerem por diarreia quando comparadas com as amamentadas (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2015; VICTORA et al., 2016).

“Evita infecção respiratória”. Da mesma forma como ocorre com a diarreia, a proteção que o aleitamento materno oferece contra infecções respiratórias é maior quando a amamentação ocorre de forma exclusiva nos primeiros seis meses de vida, além de promover redução na gravidade destes episódios (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2015; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2019). Um estudo longitudinal prospectivo com 6861 crianças entre três e dezoito meses de vida, avaliou a duração do aleitamento materno, eventos de doença e a introdução de fórmula e outros alimentos e verificou que o aleitamento materno estava inversamente associado as chances de infecção respiratórias, como otite média e febres, reduzindo também as chances de laringite e traqueite, comprovando, assim, o efeito protetor do aleitamento materno contra múltiplas doenças respiratórias, mesmo após o aleitamento materno ter cessado (FRANK et al., 2019).

“Diminui o risco de alergias”, em especial à proteína do leite de vaca, de dermatite atópica e de outros tipos de alergias, incluindo asma e sibilos recorrentes, quando a amamentação ocorre de forma exclusiva nos primeiros meses de vida (VAN ODIJK et al., 2003; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2015; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2019).

“Diminui o risco de hipertensão, colesterol alto e diabetes”. Existem evidências científicas que demonstram que o aleitamento materno também promove benefícios em longo prazo (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2015; HORTA et al., 2007; VICTORA et al., 2016; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2019), como demonstrou um estudo de revisão sistemática que avaliou os efeitos do aleitamento materno na vida adulta em relação a ocorrência de pressão arterial, diabetes e outros indicadores, como colesterol sérico, sobrepeso, obesidade e

desempenho intelectual. O estudo concluiu que indivíduos que foram amamentados apresentaram pressões sistólica e diastólica mais baixas, níveis menores de colesterol total e risco 37% menor de apresentar diabetes tipo 2 (HORTA et al., 2007). O indivíduo que é amamentado adquire proteção contra diabetes ao longo da vida, assim como na mulher que amamenta, pode haver uma redução de 15% na incidência de diabetes tipo 2 para cada ano de lactação (STUEBE et al., 2005). Essa proteção é atribuída a uma melhor homeostase da glicose em mulheres que amamentam. Já a exposição precoce ao leite de vaca (antes dos quatro meses) é considerada um importante determinante do Diabetes mellitus Tipo I, uma vez que pode aumentar o risco de seu aparecimento em 50%. Por esse motivo, estima-se que 30% dos casos poderiam ser prevenidos se 90% das crianças até três meses não recebessem leite de vaca (GERSTEIN, 1994).

“Reduz a chance de obesidade”. Existem evidências do efeito do aleitamento materno a longo prazo, onde os indivíduos amamentados apresentaram uma chance 22% menor de sobrepeso ou obesidade na idade adulta (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2015; DEWEY, 2003; VICTORA et al., 2016; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2019). Existe, também, a possibilidade de ocorrer uma relação dose/resposta com relação a duração do aleitamento materno. Dessa forma, quanto maior for o tempo que a criança for amamentada, menor será a chance de futuramente desenvolver obesidade ou sobrepeso. Tal mecanismo de proteção pode ser explicado devido a um melhor desenvolvimento da autorregulação de ingestão de alimentos em crianças amamentadas e pela composição única que o leite materno apresenta, participando, assim, no processo de programação metabólica, com consequente alteração do número e tamanho das células gordurosas, a partir do controle dos fatores residuais confundidores, incluindo o Índice de Massa Corporal (IMC) materno (DEWEY, 2003).

“Melhor nutrição”. Por ser da mesma espécie do lactente, o leite materno contém na sua composição todos os nutrientes essenciais para a criança crescer e se desenvolver de forma adequada, além de ser mais bem digerido, quando comparado a outros tipos leites. Até os seis meses de idade, o leite materno, sozinho, supre todas as necessidades nutricionais da criança e, até os dois anos de vida, continua com um papel fundamental, sendo fonte de nutriente, em especial, de proteínas, gorduras e vitaminas (HORTA et al., 2007; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2015; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2019).

“Efeito positivo na inteligência”. O aleitamento materno também contribui para um melhor desenvolvimento cognitivo (ANDERSON, JOHNSTONE, REMLEY, 1999;

MORTENSEN et al., 2002; HORTA et al., 2007; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2015; VICTORA et al., 2016; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2019). Quando comparadas com crianças não amamentadas, as amamentadas de forma exclusiva até os seis meses de idade, apresentam vantagens nesse aspecto, principalmente naquelas com baixo peso ao nascimento. Tal vantagem já foi observada em diferentes idades, (ANDERSON, JOHNSTONE, REMLEY, 1999) inclusive em adultos que foram amamentados na infância (MORTENSEN et al., 2002). A razão desta associação ainda não é totalmente conhecida, porém, os autores defendem a presença de algumas substâncias no leite materno que otimizam o desenvolvimento cerebral, além de fatores comportamentais ligados ao ato da amamentação (HORTA et al., 2007).

“Melhor desenvolvimento da cavidade bucal”. O movimento praticado pela criança durante o movimento de ordenha influencia positivamente na formação e no desenvolvimento adequado da cavidade bucal. Tal conformação é fundamental para o alinhamento correto dos dentes e, futuramente, uma boa oclusão dentária (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2015). Na presença de mamadeiras e chupetas, o palato é pressionado para cima, o assoalho da cavidade nasal se eleva, com conseqüente redução do tamanho do espaço reservado para a passagem do ar, prejudicando a respiração nasal. Assim, o desmame precoce ocasionado pelo uso dos bicos artificiais pode levar à uma falha do desenvolvimento motor-oral adequado, prejudicando as funções de mastigação, deglutição, respiração e articulação dos sons da fala, ocasionando má-oclusão dentárias, respiração bucal e alteração motora-oral (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2015; VICTORA et al., 2016; GOMES et al., 2017; MATOS, LABUTO, 2020).

“Proteção contra câncer de mama”. A redução da prevalência de câncer de mama em lactantes é estimada em 4,3% a cada 12 meses de duração de amamentação, independente de idade, etnia, paridade e presença ou não de menopausa (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2015; VICTORA et al., 2016; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2019). Também tem sido atribuído ao aleitamento materno a proteção para contra doenças como câncer de ovário, câncer de útero, hipercolesterolemia, hipertensão e doença coronariana, obesidade, doença metabólica, osteoporose e fratura de quadril, artrite reumatoide, depressão pós-parto e diminuição do risco de recaída de esclerose múltipla pós-parto e diabetes tipo II (KULIE et al., 2011; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2015; VICTORA et al., 2016).

“Evita nova gravidez”. A amamentação é considerada um método anticoncepcional eficaz nos primeiros seis meses após o parto (98% de eficácia), na condição de que a mãe esteja amamentando de forma exclusiva ou predominantemente e ainda não tenha menstruado

(MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2015; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2019). Tal mecanismo é justificado pela ovulação, que nos seis primeiros meses após o parto, está relacionada com o número de mamadas de forma inversamente proporcional. Dessa forma, as mulheres que ovulam antes do sexto mês após o parto em geral amamentam menos vezes por dia que as demais (GRAY et al., 1990; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2015).

“Menores custos financeiros”. São reduzidos com o aleitamento materno a despesa com fórmulas infantis, mamadeiras, bicos e gás de cozinha, além de eventuais gastos decorrentes de doenças, que são mais comuns em crianças não amamentadas (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2015; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2019).

“Promoção do vínculo afetivo entre mãe e filho”. A amamentação traz benefícios psicológicos uma vez que promove o vínculo mãe e filho, oportunizando intimidade, troca de afeto e sentimentos de segurança e de proteção na criança e de autoconfiança e de realização na mulher, sendo uma forma muito especial de comunicação entre a mãe e o bebê e uma oportunidade de a criança aprender muito cedo a se comunicar com afeto e confiança (CUNHA, SANTOS, GONÇALVES, 2012; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2015; COELHO, MENEZES, LOBO, 2019; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2019).

“Melhor qualidade de vida”. A amamentação promove uma melhor qualidade de vida nas famílias dos lactentes uma vez que reduz o risco de adoecimento na criança, e, conseqüentemente, menor frequência de consultas médicas, bem como hospitalizações e uso de medicamentos, gerando menores custos e menos situações estressantes (GIUGLIANI, 1994; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2015; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2019).

A composição leite materno humano se modifica de acordo com o tempo de lactação, vindo de encontro com as necessidades variáveis do lactente, cuja velocidade de crescimento sofre acentuada redução com o passar dos meses (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2015; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2019).

Nos primeiros dias após o parto, é produzido o colostro, sendo esse mais viscoso, mais concentrado em proteínas, minerais e vitaminas lipossolúveis (principalmente A, E e carotenóides) e menores quantidade de lactose, gorduras e vitaminas do complexo B, quando comparado ao leite maduro. Seu conteúdo energético pode variar ao redor de 58 kcal/100ml, em contraste com as 71 kcal/100ml existentes no leite maduro. Na sua composição também são encontrados resíduos de materiais celulares presentes na glândula mamária e ductos por ocasião do parto. Além disso, o colostro é rico em imunoglobulinas e outros agentes

antimicrobianos, substâncias imunomoduladoras, agentes anti-inflamatórios, dentre os quais se destacam os fatores de crescimento ou tróficos, e ainda os leucócitos. As imunoglobulinas compõem a maior parte da fração proteica do colostro, constituindo, nessa fase da lactação, elementos de importância na proteção do recém-nascido contra microrganismos presentes no canal de parto. A duração do período de colostro não é bem definida, existindo grandes variações individuais, mas de uma forma geral, a produção láctea ocorre do primeiro ao quinto dias pós-parto, podendo se estender até o sétimo dia (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2015; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2019).

Após o quinto dia, ocorrem modificações na composição láctea de forma gradual e progressiva, sendo denominado como “leite de transição” aquele produzido no período intermediário entre o colostro e o leite maduro. Embora se considere como período transicional aquele compreendido entre o sexto e décimo dia pós-parto, poucos nutrientes atingem o décimo dia com seus valores definitivos. Esta irregularidade na composição láctea dos primeiros dias pode ser atribuída a uma imaturidade fisiológica e metabólica da glândula mamária. Assim, embora o processo de transição perdure por todo o primeiro mês de lactação, convencionou-se definir como leite maduro, aquele produzido posteriormente ao décimo quinto dia de vida (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2015; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2019).

Dentro os benefícios que o leite humano promove, existem os numerosos fatores imunológicos que protegem a criança contra infecções. O principal anticorpo que atua contra microrganismo presentes nas superfícies das mucosas é o IgA secretória, sendo um reflexo dos antígenos entéricos e respiratórios maternos, proporcionando, dessa maneira, proteção à criança contra os microrganismos prevalentes no meio em que a mãe vive. Sua concentração no leite materno diminui ao longo do primeiro mês, permanecendo estável. O leite materno também produz outros fatores de proteção, como anticorpos IgM e IgG, macrófagos, neutrófilos, linfócitos B e T, lactoferrina, lisosima e fator bífido (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2015).

Com relação ao aspecto do leite materno, o leite do início da mamada é denominado de leite anterior. Ele apresenta alto teor de água e é rico em anticorpos. Já o leite do meio da mamada, apresenta uma coloração branca opaca pelo aumento da concentração de caseína. E, por fim, o leite do final da mamada, denominado leite posterior, apresenta coloração amarelada pela presença de betacaroteno, pigmento lipossolúvel provenientes da dieta da mãe. Algumas outras alterações no aspecto do leite podem acontecer, por exemplo, quando a mãe ingere

grande quantidade de vegetais verdes, deixando-o com aspecto azulado ou esverdeado, bem como quando ocorre a presença de sangue no leite, dando a ele uma cor amarronzada. Apesar de raro e passageiro, esse fenômeno costuma ocorrer nas primeiras 48 horas após o parto, sendo mais comum em primíparas adolescentes e mulheres com mais de 35 anos, devido a um rompimento de capilares provocado pelo aumento súbito da pressão dentro dos alvéolos mamários na fase inicial da lactação (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2015).

O recomendável é que a criança tenha amamentação em livre demanda, ou seja, sem restrições de tempo nas mamas e de horários. É comum, nos primeiros meses que ela mame com mais frequência e sem horários habituais, mas, em média, um bebê em aleitamento materno exclusivo mama de oito a doze vezes ao dia. O tempo de permanência na mama deve ser o necessário para esvaziá-la, por esse motivo, não deve ter um período de duração fixo pois sofre influências dependendo da fome da criança, do intervalo transcorrido desde a última mamada e do volume de leite armazenado na mama. Quando ocorre o esvaziamento adequando da mama, a criança recebe o leite do final da mamada, que é mais calórico, promovendo, assim, a sua saciedade e, conseqüentemente, maior espaçamento entre as mamadas. Além disso, é importante também para o ganho adequado de peso do bebê e para a manutenção da produção de leite suficiente para atender às demandas do bebê (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2015; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2019).

O tamanho das mamas também exerce influência no número de mamadas devido a variação de capacidade de armazenamento de leite. Mamas mais volumosas apresentam maior capacidade de armazenamento, e por esse motivo, podem flexibilizar a frequência das mamadas, ter mais diferentemente do que ocorre em mulheres com mamas menores. Entretanto, o tamanho da mama não exerce relação na produção do leite, sendo que mamas grandes ou pequenas apresentam a capacidade de secretarem o mesmo volume de leite em um dia (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2015; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2019).

A suplementação do leite materno com água, chás e outros leites nos primeiros seis meses de vida é desaconselhável pois está associada ao desmame precoce e ao aumento da morbimortalidade infantil. Além disso, o uso da mamadeira pode influenciar de forma negativa na amamentação, uma vez que o leite na mamadeira flui mais abundantemente desde a primeira sucção quando comparado à mama, resultando na chamada “confusão de bicos” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2015; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2019).

Assim como ocorre com o uso de mamadeiras, o uso das chupetas também tem sido desaconselhado, interferindo negativamente na duração do aleitamento materno devido a “confusão de bicos” (VICTORIA et al., 1997; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2015; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2019). Ainda não são conhecidos os mecanismos envolvidos nessa associação, porém, os autores relatam que as crianças que fazem uso de chupetas, normalmente são amamentadas com menor frequência, comprometendo, assim, a produção de leite. Além disso, o uso da chupeta pode ser um sinal de dificuldades na amamentação ou em uma menor disponibilidade para amamentar (VICTORIA et al., 1997). O uso da chupeta também é associado à maior ocorrência de candidíase oral, de otite média e de alterações do palato (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2015).

Para que ocorra uma produção de leite adequada, ingerir calorias e líquidos além do habitual se torna necessária, justificando, assim, o aumento do apetite e de sede na mulher e em algumas mudanças nas preferências alimentares durante o período da amamentação. Um consumo extra de 500 calorias por dia costuma ser o suficiente, pois a maioria das mulheres armazena, durante a gravidez, de 2 kg a 4 kg para serem usados na lactação. Também é aconselhável o consumo de uma dieta variada, rica em cereais, frutas, legumes, verduras, derivados do leite e carnes, ingestão de grande quantidade de água e evitar dietas, além de medicamentos que promovam a rápida perda de peso. Café e produtos cafeinados devem ser consumidos com moderação. Além disso, nutrizes vegetarianas devem certificar-se de que estão ingerindo quantidade suficiente de proteínas. Não evitar é recomendado que se evite determinados alimentos, porém, se for percebido algum efeito na criança de algum componente na dieta, indica-se a prova terapêutica: retirar o alimento da dieta por algum tempo e reintroduzi-lo, observando atentamente a reação da criança. Caso os sinais e/ou sintomas da criança melhorem substancialmente com a retirada do alimento e piores com a sua reintrodução, ele deve ser evitado (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2015).

São poucas as situações em que pode haver indicação médica para a substituição parcial ou total do leite materno e incluem: mães infectadas pelo HIV, HTLV1 e HTLV2; uso de medicamentos incompatíveis com a amamentação, como os antineoplásicos e radio-fármacos; criança portadora de galactosemia; mães com infecção herpética, quando há vesículas localizadas na pele da mama; varicela, quando a mãe apresentar vesículas na pele cinco dias antes do parto ou até dois dias após o parto (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2015).

Os canabinóides consumidos por mães lactantes tem potencial de chegar ao recém-nascido durante aleitamento materno. Entretanto, visto a escassez de dados sobre a exposição contínua à maconha através do leite materno e conhecendo os vários benefícios da amamentação, o apoio à amamentação deve ser mantido, caso a mãe faça o uso durante a lactação. Contudo, essas mulheres devem ser educadas sobre os efeitos adversos da exposição contínua à maconha através do leite materno e incentivadas a cessar o uso durante a lactação (METZ, BORGELT, 2018).

A prática da amamentação é fortemente influenciada pelo meio onde está inserida a nutriz. Por esse motivo, para a amamentação bem-sucedida, é imperioso o incentivo e suporte constantes, não somente dos profissionais de saúde, mas de todo o núcleo familiar, sobretudo dos maridos/companheiros, avós da criança e outras pessoas significativas para a mãe. Os pais têm sido identificados como uma importante fonte de apoio à amamentação, porém, muitos deles não sabem de que maneira podem apoiar as mães, provavelmente por falta de informação. Alguns sentimentos negativos dos pais, comuns após o nascimento de um filho, poderiam ser aliviados por meio de estratégias educativas, ressaltando seu papel fundamental no apoio e suporte à mulher no processo de amamentação (JUSTO, GIUGLIANI, 2012; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2019).

2.3 ALEITAMENTO MATERNO E PREMATURIDADE

O principal objetivo da alimentação para os recém-nascidos pré-termo é promover o crescimento adequado, além de permitir funções imunológica, respiratória, hepática e hemodinâmica adequadas (SCOCHI et al., 2008), sendo o leite materno *in natura* o alimento mais adequado para atender as demandas específicas desses bebês e com a maior probabilidade de oferecer tais vantagens (SCOCHI et al., 2008; PEREIRA et al., 2015). O leite materno de mães de neonatos a termo e pré-termo difere em sua composição, sendo que o leite da mãe de bebês prematuros é mais concentrado em proteínas, sódio, cálcio, lipídios, calorias, eletrólitos, minerais e várias propriedades anti-infecciosas (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2015).

Apesar das vantagens que a amamentação promove, a adesão à prática do aleitamento materno é baixa em bebês prematuros quando comparado àqueles nascidos a termo (JAVORSKI et al., 2004; BICALHO-MANCINI, VELÁSQUEZ-MELÉNDEZ, 2004; DELGADO, HALPERN, 2005; PEREIRA et al., 2015). Tal fato pode ser explicado devido

aos diversos desafios vivenciados por essas mães na busca por amamentar seus filhos, incluindo a impossibilidade do contato precoce e continuado entre mãe e filho, ausência de amamentação na primeira meia hora de vida, afastamento prolongado entre mãe e filho, em função de sua permanência na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal ou Berçário de Cuidado Intermediário. Além disso, as especificidades da assistência ao prematuro e a própria condição de saúde desses bebês, muitas vezes críticas, demandam orientações específicas e sistematizadas à lactante quanto às técnicas de introdução e manutenção da amamentação (PEREIRA et al., 2015). Alguns fatores no parto e puerpério facilitam a amamentação, como o parto natural, o contato íntimo entre a criança e a mãe logo após o nascimento e o alojamento conjunto o mais cedo possível (CRUZ, SEBASTIÃO, 2015). Estudos mostram que, em crianças prematuras, o peso e a idade gestacional do bebê são aspectos importantes para a decisão de iniciar e manter a amamentação (BICALHO-MANCINI, VELÁSQUEZ-MELÉNDEZ, 2004; SCOCHI et al., 2008; CRUZ, SEBASTIÃO, 2015; PEREIRA et al., 2015), além do tempo de internamento (SCOCHI et al., 2008). Neste último aspecto, estudos mostram que um maior tempo de permanência em Unidades de Terapia Intensiva pode aumentar o risco de interrupção do aleitamento materno durante o primeiro ano de vida (ERICSON et al., 2018; LUZ et al., 2018).

O aleitamento materno em crianças prematuras é recomendado baseado nas propriedades imunológicas que o leite materno oferece ao bebê, na atuação na maturação gastrointestinal, na criação do vínculo mãe-filho e no melhor desenvolvimento neuropsicomotor dessas crianças. Entretanto, bebês prematuros apresentam maior imaturidade fisiológica e neurológica além de dificuldades na coordenação da sucção, deglutição e respiração, fatores esses que podem dificultar a amamentação no início da vida (SCOCHI et al., 2008; CRUZ, SEBASTIÃO, 2015).

O início da sucção de um prematuro, tanto pelo seio materno ou por alimentação oral pode variar em média de 8,4 dias para que ele possa assumir a função da alimentação oral, seja por meio da sucção exclusiva ao seio materno, ou, então, de forma complementada, e até 47 dias, nos casos de bebês prematuros extremos, sendo, assim, inversamente proporcional à idade gestacional e ao peso do recém-nascido prematuro (PEREIRA et al., 2015).

Em função dos diversos desafios enfrentados pelo binômio mãe e criança prematura, ações especializadas de incentivo à amamentação neste grupo específico têm sido incentivadas, entre elas, destaca-se a iniciativa “Hospital Amigo da Criança”. Um estudo realizado em um Hospital Amigo da Criança, em Ribeirão Preto, São Paulo, avaliou a prevalência do

aleitamento materno e da alimentação láctea em 116 bebês nascidos prematuros. A idade gestacional variou entre 24 semanas e 36 semanas e cinco dias, e o peso de 500 gramas a 2910 gramas. Foi observado o início da alimentação láctea nos primeiros sete dias de vida em 100% da amostra, sendo que 98,3% receberam exclusivamente leite humano e 1,7% complementação com leite humano e fórmula láctea. Também 41,6% dos bebês iniciaram com o leite materno em até cinco dias após o nascimento (SCOCHI et al., 2008). Em um outro estudo, realizado em um Hospital Amigo da Criança, em Londrina-PR, Brasil, dos 360 prematuros avaliados na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal, 41,7% receberam leite materno e 58,3% receberam leite materno associado a leite artificial na primeira semana de vida. Já em um estudo realizado nos Estados Unidos (MEREWOOD et al., 2003), onde foi avaliado o impacto das estratégias do Hospital Amigo da Criança, em uma unidade neonatal, foi encontrado índice inferior. Após a implementação das estratégias, o uso de leite humano como primeiro alimento lácteo aumentou de 34,6% para 74,4%, associado ou não ao uso de leite artificial em bebês prematuros (VANNUCHI et al., 2004).

Iniciar precocemente a alimentação láctea evita os efeitos iatrogênicos referentes a dieta parenteral prolongada, uma vez que, o leite materno modifica a motilidade intestinal, com o aparecimento de padrões mais ordenados, maior presença de atividade motora migratória e menor duração de trânsito intestinal (VANNUCHI et al., 2004; SCOCHI et al., 2008).

Utilizar fortificantes em recém-nascidos com peso abaixo de 1500g é recomendado com o objetivo de otimizar o ganho de peso, e, nos Hospitais Amigos da Criança, quando há a presença da mãe, preconiza-se a realização da amamentação materna caso o prematuro tenha maturidade para sugar, ou é administrado o leite materno pela sonda ou copo. Na ausência da mãe, é administrado o leite materno ordenhado com fortificante, manipulado pelo banco de leite, até que se complete 40 semanas de idade corrigida. O seu uso é recomendado com cautela, para não gerar sentimentos maternos negativos associados à sua incapacidade de nutrir o filho prematuro e a percepção de que o seu leite é fraco (SCOCHI et al., 2008).

A alimentação por sonda gástrica orogástrica ou nasogástrica é considerada uma prática amplamente utilizada e documentada em prematuros que ainda não coordenam a sucção-deglutição-respiração (BICALHO-MANCINI, VELÁSQUEZ-MELÉNDEZ, 2004; SCOCHI et al., 2008), uma vez que já foi constatado que recém-nascidos prematuros que receberam esse tipo de dieta, apresentaram 4,5 vezes mais chance de serem amamentados no momento da alta e 9,4 vezes mais chances de serem exclusivamente amamentados (MEREWOOD et al., 2003). A prática se dá pela administração de pequenos volumes, lentamente, fracionados a cada três

horas, com leite homogeneizado e é utilizada até que o recém-nascido esteja apto para iniciar a sucção no seio materno ou para receber o leite pelo copo, a depender de avaliação da equipe multiprofissional, quando desenvolvem a habilidade de coordenar a sucção-deglutição-respiração (SCOCHI et al., 2008). Em um estudo realizado em uma Unidade de Terapia Intensiva Neonatal em Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil, com prematuros, constatou que 87,7% deles fizeram uso de sonda orogástrica para alimentação (DELGADO, HALPERN, 2005). Já um outro estudo realizado em Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil, verificou que 76,8% dos prematuros que receberam dieta por sonda gástrica, 67,7% já estavam se alimentando por meio de copo ou mamadeira após os dez dias de vida e 57,9% já haviam iniciado a sucção no seio materno (BICALHO-MANCINI, VELÁSQUEZ-MELÉNDEZ, 2004).

Outra técnica preconizada pelos Hospitais Amigos da Criança para a suplementação do aleitamento materno é o uso do copo, em substituição à mamadeira pois se trata de um método artificial em proporcionar uma alimentação segura ao prematuro até que ele esteja preparado para a amamentação materna exclusiva. Entre as vantagens do uso do copo estão o pouco gasto de energia, regulação da ingesta, estabilidade dos parâmetros fisiológicos e envolvimento dos pais nos cuidados com o bebê (SCOCHI et al., 2008). Porém, alguns estudos apontam alguns inconvenientes quanto ao uso do copo, como por exemplo, em uma pesquisa realizada no Reino Unido, observou-se que algumas mães relataram dificuldades em retornar ao aleitamento materno após o uso do copo e em determinar o volume ingerido, pois muitas vezes o leite é derramado fora da boca da criança (CLOHERTY et al., 2005).

Um estudo realizado em Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil (SCOCHI et al., 2008), verificou que a prevalência do aleitamento materno exclusivo aumenta com o aumento do peso ao nascer e a idade gestacional, sendo maior entre os prematuros nascidos com peso superior ao 2500 gramas. No estudo realizado em Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil (BICALHO-MANCINI, VELÁSQUEZ-MELÉNDEZ, 2004), 38,5% dos prematuros nascidos com menos de 2500 gramas receberam amamentação materna exclusiva, e 68,5%, daqueles com peso superior a 2500 gramas.

Acredita-se que o baixo índice de amamentação materna entre os prematuros, especialmente os de extremo baixo peso, deve-se também à aspectos maternos, como o medo e a insegurança e a ausência de orientações adequadas a respeito da manutenção da lactação, além das determinações socioculturais, o que contribui para a diminuição da produção láctea (SERRA, SCOCHI, 2004; JAVORSKI et al., 2004). Além disso, o retorno às atividades laborais pode não colaborar para a decisão de manter a amamentação, além de fatores

emocionais e familiares que também podem interferir nesta decisão (SCOCHI et al., 2008). Nesse sentido, um aspecto importante no que diz respeito a manutenção da lactação está na ordenha mamária até que o bebê possa sugar o seio materno (JAVORSKI et al., 2004; SCOCHI et al., 2008), além de estratégias de apoio emocional às mães de bebês prematuros (SCOCHI et al., 2008).

O tempo de internação hospitalar também é um importante determinante na prevalência da amamentação (SCOCHI et al., 2008; SILVA, SEGRE, 2010). Quanto maior é o tempo de internamento do prematuro, maior também é a prevalência de aleitamento artificial na alta, seguido de amamentação materna mista e com menor frequência de amamentação materna exclusiva (SCOCHI et al., 2008). Um estudo, observou que entre os bebês prematuros internados por menos de 30 dias, 54,7% receberam alta em aleitamento materno exclusivo e entre aqueles com mais de 30 dias de internação o índice se reduziu a 23,8% (CARVALHO, DARLI, 2002). Tal fato pode ser justificado em razão de um menor vínculo mãe-bebê e por fim, em razão de uma baixa produção de leite, diminuindo as chances de estabelecer o aleitamento materno plenamente (SCOCHI et al., 2008).

Considerando os benefícios que o aleitamento materno proporciona para os bebês prematuros e levando em conta que esses são inatingíveis por outros tipos de leite, a manutenção da amamentação após a alta hospitalar é um desafio que deve ser enfrentado (CRUZ, SEBASTIÃO, 2015). A literatura descreve como razões para o desmame precoce em recém-nascidos prematuros a crença no “leite fraco” (PEREIRA et al., 2015) ou de “pouco leite” (SILVA, SEGRE, 2010), problemas com as mamas (PEREIRA et al., 2015) e com a pega (SILVA, SEGRE, 2010), uso da chupeta, início ou retorno ao trabalho, além de fatores não controláveis, como peso ao nascer e idade gestacional (SILVA, SEGRE, 2010). Aspectos relacionados as rotinas de assistência ao prematuro, como dificuldade de acesso das mães aos serviços especializados hospitalares e ambulatoriais, tempo prolongado de hospitalização dos bebês e rotinas hospitalares rígidas, que dificultam a permanência ou o acesso da mãe à Unidade de Terapia Intensiva Neonatal, favorecem o estresse materno (PEREIRA et al., 2015).

A literatura tem mostrado a necessidade de compreender a visão das lactentes em relação a amamentação, especialmente em casos de prematuridade, devido à dificuldade de manter a lactação durante o período de internação de seus filhos, para que sejam empregadas medidas de cuidado e visando o estímulo na continuidade da lactação (CRUZ, SEBASTIÃO, 2015).

A prematuridade demanda uma nova visão à questão do aleitamento materno, de modo que as experiências e os aprendizados da mulher, nesse contexto diferenciado, reproduzem um caráter mais complexo à sua decisão a favor da continuidade da amamentação ou do desmame precoce (PEREIRA et al., 2015). Algumas mães podem sentir-se inseguras com os bebês menores e mais delicados, e assim, concluir de forma equivocada, que seus filhos não serão capazes de mamar e que ela será incapaz de amamentá-los (CRUZ, SEBASTIÃO, 2015).

Assim, é importante o reconhecimento dos fatores que podem impactar na lactação desses bebês prematuros, incluindo as vivências e o significado da amamentação para as mães, e, dessa forma, promover estratégias para o enfrentamento de dificuldades que possam comprometer o aleitamento materno e, conseqüentemente, a saúde infantil nesta população específica (CRUZ, SEBASTIÃO, 2015).

A tabela abaixo resume os principais fatores associados ao desmame precoce em crianças prematuras.

Tabela 1. Principais fatores associados ao desmame de crianças prematuras relatados na literatura.

Fatores individuais	Hábitos alimentares	Fatores neonatais	Fatores maternos
PESO AO NASCIMENTO BICALHO-MANCINI, VELÁSQUEZ-MELÉNDEZ, 2004; DELGADO, HALPERN, 2005; SCOCHI et al., 2008; CRUZ, SEBASTIÃO, 2015; PEREIRA et al., 2015	TIPO DE ALEITAMENTO JAVORSKI et al., 2004; BICALHO-MANCINI, VELÁSQUEZ-MELÉNDEZ, 2004; DELGADO, HALPERN, 2005; SCOCHI et al., 2008; CRUZ, SEBASTIÃO, 2015	TIPO DE PARTO BICALHO-MANCINI, VELÁSQUEZ-MELÉNDEZ, 2004; DELGADO, HALPERN, 2005; AWALIYAH, RACHMAWATI, RAHMAH, 2019	NECESSIDADE DE SUPORTE PSICOLÓGICO NA GESTAÇÃO SILVA, SEGRE, 2010
IDADE GESTACIONAL BICALHO-MANCINI, VELÁSQUEZ-MELÉNDEZ, 2004; DELGADO, HALPERN, 2005; SCOCHI et al., 2008	RECEBER LEITE ORDENHADO JAVORSKI et al., 2004; SCOCHI et al., 2008; CRUZ, SEBASTIÃO, 2015; SILVA, SEGRE, 2010; PEREIRA et al., 2015	UTI APÓS O NASCIMENTO MEREWOOD et al., 2003; DELGADO, HALPERN, 2005; SCOCHI et al., 2008; CRUZ, SEBASTIÃO, 2015; PEREIRA et al., 2015; ERICSON et al., 2018; LUZ et al., 2018	NECESSIDADE DE SUPORTE PSICOLÓGICO NO PÓS-PARTO SILVA, SEGRE, 2010; CRUZ, SEBASTIÃO, 2015; PEREIRA et al., 2015
DOENÇA APÓS O NASCIMENTO CARVALHO, DARLI, 2002; MEREWOOD et al., 2003; BICALHO-MANCINI, VELÁSQUEZ-MELÉNDEZ, 2004; DELGADO, HALPERN, 2005	UTILIZAÇÃO DE FÓRMULA INFANTIL MEREWOOD et al., 2003; SCOCHI et al., 2008; CRUZ, SEBASTIÃO, 2015	RECEBER O MÉTODO CANGURU MEREWOOD et al., 2003; VANNUCHI et al., 2004; JAVORSKI et al., 2004; SCOCHI et al., 2008; SILVA, SEGRE, 2010; PEREIRA et al., 2015	AUTORRELATO DE DEPRESSÃO DELGADO, HALPERN, 2005; SILVA, SEGRE, 2010; PEREIRA et al., 2015; DENNIS, FAUX, 1999; BROCKWAY et al., 2020

Fatores individuais	Hábitos alimentares	Fatores neonatais	Fatores maternos
UTILIZAÇÃO DE MAMADEIRA BICALHO-MANCINI, VELÁSQUEZ-MELÉNDEZ, 2004; CLOHERTY et al., 2005; SCOCHI et al., 2008; SILVA, SEGRE, 2010; CRUZ, SEBASTIÃO, 2015	COLOSTROTERAPIA MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2015	UTILIZAÇÃO DE MEDICAMENTOS SCOCHI et al., 2008; DELGADO, HALPERN, 2005	AMAMENTAR OUTROS FILHOS DENNIS, FAUX, 1999; ORIÁ, XIMENES, 2010; CRUZ, SEBASTIÃO, 2015; BROCKWAY et al.; 2020
	UTILIZAÇÃO DE SONDA GÁSTRICA MEREWOOD et al., 2003; BICALHO-MANCINI, VELÁSQUEZ-MELÉNDEZ, 2004; DELGADO, HALPERN, 2005; CLOHERTY et al., 2005; SCOCHI et al., 2008; SILVA, SEGRE, 2010; PEREIRA et al., 2015	TEMPO DE INTERNAMENTO BICALHO-MANCINI, VELÁSQUEZ-MELÉNDEZ, 2004; DELGADO, HALPERN, 2005; SCOCHI et al., 2008; SILVA, SEGRE, 2010	RECEBER SUPORTE NA AMAMENTAÇÃO SCOCHI et al., 2008; SILVA, SEGRE, 2010; CASTELLI, MAAHS E ALMEIDA, 2014
			DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS MATERNOS SERRA, SCOCHI, 2004; BICALHO-MANCINI, VELÁSQUEZ-MELÉNDEZ, 2004; JAVORSKI et al., 2004; SILVA, SEGRE, 2010; SCOCHI et al., 2008; AWALIYAH, RACHMAWATI, RAHMAH, 2019
			AUTOEFICÁCIA NA AMAMENTAÇÃO DENNIS, FAUX, 1999; DELGADO, HALPERN, 2005; ORIÁ, XIMENES, 2010; SOUZA, FERNANDES, 2014; LOPES et al., 2015; BROCKWAY et al., 2020

2.4 AUTOEFICÁCIA NA AMAMENTAÇÃO

Conhecer a disposição materna para o ato da amamentação pode ser uma ferramenta útil para predições na continuidade da amamentação ao tempo recomendado, além de servir como base para identificar as dificuldades e as fragilidades, permitindo oferecer intervenções necessárias para o sucesso do aleitamento (SOUZA, FERNANDES, 2014).

O sucesso da amamentação tem sido geralmente associado à sua duração, desconsiderando assim, a satisfação da mãe e do bebê neste processo. A satisfação materna com o aleitamento materno é definida como a percepção das mães de satisfação pessoal e sucesso na amamentação e é ela quem determina a duração da amamentação, juntamente com outros fatores relacionados, como idade, escolaridade, emprego, renda familiar, paridade, tipo

de parto, grau de conhecimento, atitude, autoeficácia, intenção e apoio social (AWALIYAH, RACHMAWATI, RAHMAH, 2019).

A teoria sociocognitiva da autoeficácia foi estudada pela primeira vez por Bandura (1977) e refere-se à confiança de um indivíduo na sua capacidade de realizar uma determinada tarefa ou habilidade. Segundo o autor, as crenças de autoeficácia são determinantes importantes de motivação e ação no comportamento humano (WHEELER, DENNI, 2013), norteadas, assim, os comportamentos em saúde, uma vez que este é um sentimento importante para a adesão a determinadas condutas, onde indivíduos com alta autoeficácia apresentam maior facilidade de se esforçar para alcançar as suas metas (BANDURA, 1977). No caso da amamentação, a autoeficácia materna pode ser definida como a crença ou a expectativa da mulher de que ela possui conhecimentos e habilidades suficientes para amamentar seu bebê com êxito (ORIÁ, XIMENES, 2010). Essa confiança é construída a partir de quatro fontes de informação que fundamentam a expectativa da autoeficácia: experiência pessoal (experiências positivas anteriores), experiência vicária (observação de outras mães amamentarem, assistir a vídeos com orientações relacionadas à amamentação), persuasão verbal (apoio e encorajamento de pessoas próximas e respeitadas pela mulher) e estado emocional e fisiológico (reações físicas e psicológicas diante do ato de amamentar) (ORIÁ, XIMENES, 2010).

Neste sentido, a fim de promover uma melhor clareza sobre a confiança na amamentação, Dennis (1999) utilizou a teoria sociocognitiva de Bandura (1977), com o objetivo de desenvolver o conceito de autoeficácia relaciona à amamentação (WHEELER, DENNI, 2013). Ela é influenciada por quatro fontes de informação: a) experiência pessoal (experiências positivas anteriores), b) experiência vicária (observação de outras mães amamentarem, acesso a materiais instrucionais como vídeos), c) persuasão verbal (apoio e encorajamento de pessoas próximas) e d) estado emocional e fisiológico (reações físicas e psicológicas frente ao ato de amamentar) (BANDURA, 1977).

Além disso, a teoria reflete a percepção da mulher no processo da amamentação, uma vez que mães com alta autoeficácia na amamentação são mais propensas a superar barreiras ou perseverar desafios do que mães com baixa autoeficácia para amamentar (BROCKWAY et al., 2020). Na teoria, a mãe determina sua capacidade de amamentar o bebê com base em experiências anteriores, na observação da amamentação bem-sucedida de outras pessoas e também pelo incentivo que recebe em amamentar. Além disso, seu estado fisiológico atual

reflete na sua capacidade de avaliar a amamentação, incluindo fadiga, dor e ansiedade (DENNIS, FAUX, 1999).

A escala *Breastfeeding Self-Efficacy Scale* – (BSES) foi desenvolvida pela primeira vez no Canadá por Dennis e Faux (1999) a partir da teoria conceitual da autoeficácia. A ferramenta permite ao profissional de saúde conhecer previamente a área em que a mulher tem menor autoeficácia (ao verificar a pontuação de cada afirmativa), possibilitando, assim, a implementação de estratégias de cuidado e promoção do aleitamento materno personalizado, antes que ela decida por não amamentar ou desmamar precocemente. O instrumento também permite avaliar o esforço a ser gerado no processo da amamentação e se a mulher terá padrões de pensamento auto aprimoradores ou autodestrutivos e como ela responderá emocionalmente frente as dificuldades da amamentação (DENNIS, FAUX, 1999).

Atualmente, a Escala de Autoeficácia em Amamentação, traduzido do inglês *Breastfeeding Self-Efficacy Scale* (BSES), vem sendo utilizada para avaliar a confiança das mães na sua habilidade em amamentar (ORIÁ, XIMENES, 2010), sendo este um aspecto fundamental que pode influenciar no desmame precoce (ORIÁ, XIMENES, 2010; SOUZA, FERNANDES, 2014). De acordo com a literatura, 27% das mulheres com baixos níveis de confiança na amamentação avaliados durante o período pré-natal, interromperam o aleitamento materno dentro da primeira semana de pós-parto. Além disso, mulheres que apresentam níveis inadequados de confiança para o aleitamento materno possuem três vez mais risco de interromper a amamentação comparadas com aquelas com níveis adequados de confiança (ORIÁ, XIMENES, 2010).

O *Breastfeeding Self-Efficacy Scale* é composto por uma escala do tipo *Likert*, onde contém 33 itens, precedidos pela frase “eu sempre posso” e divididos em três domínios: Técnico, Apoio e Pensamento Intrapessoal. O técnico tem por definição a ação física que uma mãe deve realizar e representa as tarefas necessárias para obter sucesso na amamentação. Os pensamentos intrapessoais são definidos como as percepções da mãe sobre o aleitamento materno e inclui as atitudes e crenças relacionadas a experiência de sucesso na amamentação. Por fim, o apoio é definido como a percepção da mãe sobre as informações, assistência emocional e instrumental que está disponível para ajudá-la ao amamentar com sucesso (DENNIS, FAUX, 1999).

Cada uma das questões apresenta cinco possibilidades de resposta, com escores variando de 1 a 5 (1- Discordo totalmente, 2- Discordo, 3- Às vezes concordo, 4-Concordo e 5- Concordo

totalmente), sendo os escores variando de 33 a 165 pontos (ORÍÁ, XIMENES, 2010; SOUZA, FERNANDES, 2014). A escala possui 33 itens, divididas em duas categorias de domínio: *Técnico* (20 itens, questões de 1,2,4,5,6,10,11,12,14,15,16,18,22,26,28,29,30,31,32 e 33), que aborda aspectos da amamentação, como posição correta, conforto, pega e quantidade da mamada; e *Pensamentos Intrapessoais* (13 itens, questões de 3,7,8,9,13,17,19,20,21,23,24,25 e 27), que avalia o desejo, a motivação e a satisfação com a experiência de amamentar. Quanto maior o escore, maior a confiança da mulher em amamentar, portanto, maior probabilidade de iniciar e manter o aleitamento exclusivo por um período mais longo (ORÍÁ, XIMENES, 2010).

A escala já foi traduzida e validada para outros países de língua inglesa (CREEDY et al., 2003), hispânica (MOLINA TORRES et al., 2003), chinesa (DAI, DENNIS, 2003) e polonesa (WUTKE, DENNIS, 2007). Em 2010, o instrumento foi validado e traduzido para o Português do Brasil (ORÍÁ, XIMENES, 2010), e a partir de então tem sido utilizado em diversas pesquisas brasileiras (SOUZA, FERNANDES, 2014; LIMA et al., 2019; MINHARRO et al., 2019; COSTA et al., 2020).

Entretanto, observa-se na literatura que o instrumento foi pouco explorado em crianças prematuras (GERHARDSSON et al., 2018; WANG et al., 2018; HANDAYNI et al., 2020). Recentemente, um estudo realizado na Indonésia, com 54 pares de mães e bebês prematuros com idade gestacional entre 34 e 36 semanas, observou altos escores na escala do instrumento, indicando que a maioria delas estava confiante sobre a sua capacidade de amamentar seu filho. Características como idade, ocupação, primigesta ou multigesta, escolaridade, doenças na gestação e tipo de parto também foram analisadas em relação aos escores do instrumento, porém não foi encontrada associação entre elas (HANDAYNI et al., 2020).

Em um estudo realizado em uma Unidade de Terapia Intensiva de um hospital sueco avaliou a autoeficácia na amamentação em 148 mães de bebês com idade gestacional entre 34 semanas e 36+6 semanas. Os autores observaram escores 87% maiores em mulheres que amamentavam exclusivamente os bebês até a 40ª semana de vida corrigida quando comparado àquelas que não amamentavam. Os escores permaneceram significativamente maiores entre mulheres que amamentavam seus filhos aos três meses de idade corrigida (GERHARDSSON et al., 2018).

Um outro estudo foi realizado em um hospital metropolitano em Pequim, China, com 280 pares de mães e crianças, sendo 26 crianças muito prematuras (com idade gestacional entre 28 e 32 semanas), 44 prematuros moderados (com idade gestacional entre 32 e 34 semanas) e

200 pares de prematuros tardios (com idade gestacional entre 34 e 37 semanas completas). Os autores observaram um menor nível de autoeficácia na amamentação em mães de crianças muito prematuras em comparação àquelas de bebês prematuros moderados a tardios. Além da autoeficácia na amamentação, os autores atribuem a menor duração da amamentação com a idade materna, experiências anteriores de amamentação, tempo de separação mãe-bebê durante a terapia intensiva e idade gestacional. Particularmente entre crianças muito prematuras, o tempo de separação mãe-bebê foi significativamente maior neste grupo em comparação aos prematuros moderados e tardios (WANG et al., 2018). No Brasil, apenas um estudo avaliou a autoeficácia materna na amamentação em crianças prematuras. A pesquisa foi realizada com 21 mães e seus filhos prematuros, com idade gestacional entre 31 e 34 semanas, e internados em Unidade de Cuidados Intermediários Neonatal no Piauí, onde se observou uma alta autoeficácia materna na amamentação. No entanto, o estudo também mostrou que a maioria das mães eram adolescentes, solteiras, com um baixo nível de escolaridade e baixa renda, aspectos estes muitas vezes associados a menor duração do aleitamento materno (LOPES et al., 2015).

3. OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GERAL

Avaliar os fatores associados ao desmame precoce em crianças prematuras.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Analisar a relação entre os fatores individuais da criança e o desmame precoce;
- Verificar a associação entre a alimentação nos primeiros meses de vida da criança e o desmame precoce;
- Avaliar a associação entre condições neonatais e o desmame precoce;
- Analisar a associação entre fatores maternos e o desmame precoce.

4. METODOLOGIA

4.1 ASPECTOS ÉTICOS

Este estudo foi apreciado e aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa do Setor de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Paraná – UFPR sob o registro de número 34787320.4.0000.0102 (ANEXO 1) e pelo Comitê de Ética e Pesquisa do Hospital de Clínicas de Curitiba, Brasil, sob o registro de número 34787320.4.3001.0096 (ANEXO 2). O termo de consentimento livre e esclarecido foi assinado por todas as participantes.

4.2 CÁLCULO AMOSTRAL

Para o cálculo da amostra, considerou-se os resultados de um estudo piloto utilizando o instrumento de interesse para este estudo (*Breastfeeding Self-Efficacy Scale*) (ANEXO 3). O cálculo foi realizado pelo teste T de uma amostra através do programa BIOESTAT 5.0. Os seguintes parâmetros foram utilizados: média estimada da amostra de 115,14, desvio padrão de 13,145 e média estimada da população de 120. Para o cálculo da média estimada da população, considerou-se uma diferença de 5% em relação à média obtida no estudo piloto. Também se considerou poder do teste de 0,80 e erro alfa de 0,05. A amostra mínima para este estudo foi de 57 participantes e, acrescentando-se 20% para eventuais perdas, a amostra máxima foi de 70 indivíduos.

4.3 CRITÉRIOS DE ELEGIBILIDADE

Participaram deste estudo, pares de mães e crianças nascidas prematuras, assistidas na Unidade de Tratamento Intensivo Neonatal e no Ambulatório de Pediatria Preventiva (SAM 11), ambos do Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná, Curitiba, Brasil. Os participantes foram avaliados nos seguintes períodos: até 15 dias de vida (T0), dos 30 aos 60 dias (T1) e dos 90 aos 150 dias (T2) de vida. Os pares de mães e bebês que atendiam aos critérios de elegibilidade e que consentiram a participação no estudo foram incluídos até atingir a amostra proposta. As entrevistas e os exames foram realizados em uma sala reservada no

intervalo das consultas médicas. O estudo foi realizado entre julho de 2021 a dezembro de 2022.

Os critérios de inclusão foram crianças prematuras pertencentes às faixas gestacionais: extremamente prematuro (<28 semanas), muito prematuro (28 a <32 semanas) e prematuro moderado ou tardio (32 a <37 semanas completas de gestação) e aqueles cujos responsáveis consentirem com a realização da pesquisa. Foram incluídas no T0 crianças que se alimentavam do leite materno, independentemente da forma como era administrado (seio materno, sonda, leite ordenhado ou banco de leite).

Crianças portadoras de síndromes, crianças portadoras de fissuras labiopalatais, doenças neurológicas, lactentes institucionalizados foram excluídos da amostra, bem como mães com alguma alteração neurológica ou cognitiva que impedisse a realização das entrevistas e aquelas com idade inferior a 18 anos. Também, durante a fase de acompanhamento, foram excluídas as crianças com óbito materno, óbito do lactente durante a internação ou durante o acompanhamento médico, crianças transferidas para outros locais de atendimento e bebês internados em UTI aos 90 dias de vida.

Este estudo seguiu as recomendações do STROBE (“The Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology (STROBE) Statement”) (VANDENBROUCKE et al., 2007) para estudos de coorte.

4.4 ESTUDO PILOTO

Um estudo piloto foi realizado em junho de 2021 com 25 pares de mães e crianças prematuras assistidos no Ambulatório de Pediatria Preventiva (SAM 11), ambos do Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná, Curitiba, Brasil para obtenção dos dados para o cálculo amostral, bem como verificar a aplicabilidade dos questionários utilizados. Algumas palavras e perguntas do questionário foram reformuladas com o objetivo de melhorar a compreensão dos participantes e novamente aplicadas. Os participantes do estudo piloto não participaram do estudo principal.

4.5. COLETA DE DADOS

Os dados foram coletados através de um formulário desenvolvido especificamente para cada uma das fases deste estudo (APÊNDICES 1 e 2), por meio de entrevista às mães e/ou registro nos prontuários médicos.

Os seguintes dados foram coletados: **1) Variáveis individuais da criança:** sexo, peso ao nascer, idade gestacional, se apresentou alguma doença após o nascimento e utilização de mamadeira e chupeta em T1 e T2; **2) Alimentação:** tipo de aleitamento em T1 e T2, se a criança recebeu ou não leite ordenhado em T1 e T2, se utilizou ou não fórmula infantil em T1 e T2, se foi amamentada ou não na primeira hora após o nascimento, se recebeu ou não colostroterapia, se utilizou ou não sonda gástrica para alimentar-se em T1 e T2; **3) Condições neonatais:** tipo de parto, necessidade de UTI após o nascimento, necessidade de oxigenação (com ou sem intubação) após o nascimento, necessidade de incubadora após o nascimento, se recebeu ou não o método canguru e necessidade ou não de internação em T1 e T2, se utilizou medicamentos em T1 e T2 e o tempo de internamento em T1 e T2; **4) Fatores maternos:** necessidade de suporte psicológico na gestação e no pós-parto, autorrelato de depressão ou ansiedade em T1 e/ou T2, se amamentou ou não outros filhos, se recebeu suporte na amamentação em T1 e autoeficácia na amamentação em T0, T1 e T2. Além disso, dados socioeconômicos e demográficos maternos (idade materna, grau de escolaridade, classe econômica e renda domiciliar per capita) também foram avaliados.

O tipo de aleitamento materno praticado nos diferentes tempos também foi classificado sendo os critérios da OMS (WHO, 2007) em: “Aleitamento Materno Exclusivo”, quando a criança recebe somente leite materno, direto da mama ou ordenhado, ou leite humano de outra fonte, sem outros líquidos ou sólidos, com exceção de gotas ou xaropes contendo vitaminas, sais de reidratação oral, suplementos minerais ou medicamentos; “Aleitamento materno predominante”, quando a criança recebe, além do leite materno, água ou bebidas à base de água (água adoçada, chás, infusões), sucos de frutas e fluidos rituais; “Aleitamento materno”, quando a criança recebe leite materno (direto da mama ou ordenhado), independentemente de receber ou não outros alimentos; “Aleitamento materno complementado”, quando a criança recebe, além do leite materno, qualquer alimento sólido ou semissólido com a finalidade de complementá-lo, e não de substituí-lo; e “Aleitamento materno misto ou parcial”, quando a criança recebe leite materno e outros tipos de leite.

4.6. AUTOEFICÁCIA NA AMAMENTAÇÃO

A autoeficácia na amamentação foi mensurada pela versão validada e traduzida para o Português do Brasil do instrumento *Breastfeeding Self-Efficacy Scale* (ORIÁ, XIMENES, 2010) (ANEXO 3). O instrumento consiste em 33 questões, com cinco possibilidades de resposta: 1- Discordo totalmente, 2- Discordo, 3- Às vezes concordo, 4-Concordo e 5-Concordo totalmente). Os 33 itens são divididos em duas categorias de domínio: **Técnico** (20 itens, questões de 1,2,4,5,6,10,11,12,14,15,16,18,22,26,28,29,30,31,32 e 33), que aborda aspectos da amamentação, como posição correta, conforto, pega e quantidade da mamada; e **Pensamentos Intrapessoais** (13 itens, questões de 3,7,8,9,13,17,19,20,21,23,24,25 e 27), que avalia o desejo, a motivação e a satisfação com a experiência de amamentar. Assim, os escores totais podem variar de 33 a 165 pontos. Quanto maior o escore, maior a confiança da mulher em amamentar, portanto, maior probabilidade de iniciar e manter o aleitamento exclusivo por um período mais longo (ORIÁ, XIMENES, 2010).

As fases deste estudo e metodologias empregadas em cada fase encontram-se explicitadas na Figura 1.

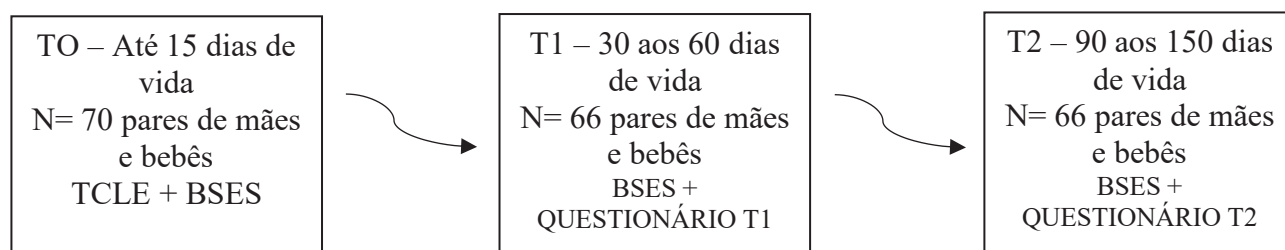


Figura 1. Fluxograma demonstrando as diferentes fases do estudo.

*TCLE: Termo de Consentimento Livre Esclarecido; BSES: *Breastfeeding Self-Efficacy Scale*
T0: Tempo Zero; T1: Tempo Um; T2: Tempo Dois.

4.6 ANÁLISE ESTATÍSTICA

Os valores descritivos deste estudo foram atribuídos de acordo com medidas de tendência central e variabilidade para as variáveis numéricas e segundo seus valores absolutos e relativos para as variáveis categóricas.

Para a avaliação da associação entre as categorias de prematuridade e as variáveis categóricas foi utilizado o Teste Exato de Fisher. A relação das categorias de prematuridade e as variáveis numéricas foi realizada através do Teste U de Mann-Whitney.

A análise de sobrevida foi realizada através do método de Kaplan-Meier que é utilizado para estimar a probabilidade de sobrevida em vários intervalos de tempo e permite ilustrar graficamente a sobrevida ao longo do tempo. O teste não paramétrico de Log-Rank foi utilizado na comparação das curvas de sobrevida considerando-se as diferentes categorias. Para esse método, foi considerada como “desfecho” a interrupção da prática do aleitamento materno a partir dos 30 dias de vida da criança (T1). Já a “censura” foi considerada quando o evento de interesse (desmame) não ocorreu (SILVEIRA, LAMOUNIER, 2006). Para as análises univariadas, a variável de desfecho considerada para as análises foi a duração do aleitamento materno, medida em meses.

As variáveis independentes foram categorizadas segundo referenciais teóricos ou pela mediana em: prematuridade (extremo/muito prematuros ou prematuros moderados e tardios); tipo de parto (natural ou cesariana); idade materna (≤ 29 anos ou ≥ 30 anos); escolaridade ($\geq$ que oito anos de estudo formal ou < 8 anos de estudo formal); renda mensal *per capita* ($> R\$ 875,00$ ou $\leq R\$ 875,00$), classe econômica ($\geq$ classe B ou $\leq$ classe C). A autoeficácia materna na amamentação foi dicotomizada em: alta/moderada e baixa. As categorias foram consideradas de acordo com os valores dos tercis em cada tempo de avaliação: T0 (Alta: > 148 ; Moderada: 148-136; Baixa: < 136 , T1 (Alta: > 150 ; Moderada: 150-128; Baixa: < 128) e T2 (Alta: > 146 ; Moderada: 146-133; Baixa: < 133). As demais variáveis foram categorizadas em: “sim” ou “não”.

Todas as análises estatísticas foram realizadas com o auxílio do programa STATA versão 12.0 (StataCorp LP, College Station, United States of America). O nível de significância adotado para todas as análises foi de 5%.

5. RESULTADOS

Um total de 66 crianças foram avaliadas, sendo uma extremamente prematura, dez muito prematuras e 55 prematuras moderadas a tardias. Houve perda de seguimento de quatro pares de mães e crianças, pelos seguintes motivos: um óbito, acompanhamento em outro local, problemas de locomoção e um não relatou o motivo, por não retornarem às consultas de seguimento. A Figura 1 mostra as diferentes fases do estudo.

Em T0, 37 crianças (56,1%) foram examinadas em UTI neonatal e 29 (43,9%) em alojamento conjunto. Em T1, 17 crianças (25,8%) foram examinadas em UTI neonatal e 49 (74,9%) no Ambulatório de Pediatria Preventiva. Em T2, todas as crianças foram avaliadas no Ambulatório de Pediatria Preventiva. A média de idade nos períodos T0, T1 e T2 foram respectivamente: 3,80 (desvio padrão; DP=2,973), 38,03 (DP=13,191) e 95,09 (DP=16,253).

A Tabela 2 apresenta as características da amostra de acordo com a faixa de prematuridade. Foi observado características socioeconômicas e demográficas homogêneas considerando as diferentes de categoria de prematuridade. Crianças extremo ou muito prematuros apresentaram peso e idade gestacional significativamente menor quando comparado às crianças prematuras moderadas ou tardias. Não houve diferença para os escores de BSES avaliados nos três diferentes momentos comparando-se as categorias de prematuridade.

Tabela 2. Características dos participantes de acordo com a faixa de prematuridade (n=66).

Variável	Prematuro moderado/ tardios	Extremos/ Muito prematuros	Valor de P
Idade Materna (média, DP)	29,49 (6,049)	28,00 (6,678)	0,389 ¹
Escolaridade Materna (n, %)			
> 8 anos	51 (86,4)	8 (13,6)	0,084 ²
≤ 8 anos	4 (57,1)	3 (42,9)	
Classe Econômica (n, %)			
≥ B	3 (50,0)	3 (50,0)	0,053 ²
≤ C	52 (86,7)	8 (13,3)	
Renda Familiar Mensal Per Capta (média, DP)	902,10 (412,57)	1335,93 (1049,19)	0,557 ¹
Idade Gestacional (média, DP)	34,91 (1,2869)	29,76 (1,4299)	<0,001¹
Sexo da criança (n, %)			
Feminino	27 (87,1)	4 (12,9)	0,440 ³
Masculino	28 (80,0)	7 (20,0)	
Peso ao nascimento (média, DP)	2235,71 (431,213)	1330,50 (560,964)	<0,001¹
BSES T0 (média, DP)	137,11 (19,263)	-	-
BSES T1 (média, DP)	140,00 (17,333)	145,67 (13,796)	0,447 ¹
BSES T2 (média, DP)	139,47 (15,180)	134,75 (11,386)	0,385 ¹

1 – Teste U de Mann-Whitney

2 – Teste Exato de Fisher

3 – Teste de Qui-quadrado

Resultados com significância estatística destacados em negrito.

Em T1 e T2, a maior parte das crianças faziam uso de aleitamento materno misto, sendo que apenas 12 estavam em amamentação exclusiva em T1 (18,2%) e 11 estavam em amamentação exclusiva (16,7%) em T2. A Tabela 3 mostra os diferentes tipos de aleitamento em função da faixa de prematuridade, e os diferentes momentos de avaliação.

A média da idade do desmame entre as crianças avaliadas foi de 87,83 dias (desvio padrão: 24,072), mediana de 92,50 dias, mínimo de 30 dias e máximo de 134 dias. Não houve diferença para o tempo de desmame considerando a faixa de prematuridade (extremo/muito prematuros e prematuros moderados/tardios) (P=0,3565).

Tabela 3. Tipos de aleitamento em função da faixa de prematuridade (n=66).

Tipos de aleitamento	Prematuros moderados/ tardios	Extremos/ muito prematuros
<i>T1</i>		
Aleitamento materno exclusivo (n,%)	9 (75,0)	3 (25,0)
Aleitamento materno predominante (n,%)	2 (100,0)	0 (-)
Aleitamento materno misto (n,%)	44 (84,6)	8 (15,4)
<i>T2</i>		
Aleitamento materno exclusivo (n,%)	9 (81,8)	2 (18,2)
Aleitamento materno predominante (n,%)	6 (100,0)	0 (-)
Aleitamento materno misto (n,%)	38 (80,9)	9 (19,1)
Aleitamento materno complementado (n,%)	2 (100,0)	0 (-)

A Tabela 4 mostra a taxa de desmame e as variáveis individuais da criança e presença de hábitos nos diferentes tempos avaliados. As variáveis que se associaram a maior taxa de desmame foi utilizar a chupeta em T2 ($P=0,0006$) e estar utilizando a mamadeira em T2 ($P=0,0105$). A Figura 2 apresenta os gráficos de Kaplan-Meier para estas variáveis.

Tabela 4. Taxa do desmame considerando variáveis individuais da criança e hábitos (n=66).

Variáveis	Categoria	N	Probabilidade de sobrevida no fim do período (EP)	Eventos observados	Valor de P*
Sexo	Feminino	31	0,7025 (0,1318)	5	0,5230
	Masculino	35	0,5052 (0,1559)	9	
Baixo peso ao nascer	Não	23	0,5739 (0,2111)	3	0,1478
	Sim	43	0,6581 (0,0932)	11	
Prematuridade	Muito/Extremo	11	0,7273 (0,1343)	3	0,3565
	Moderado/Tardio	55	0,5284 (0,1409)	11	
Doença logo após o nascimento	Não	55	0,6251 (0,1311)	11	0,2433
	Sim	11	0,000 (-)	3	
Chupeta em T1	Não	48	0,5399 (0,1739)	9	0,7244
	Sim	18	0,5079 (0,2188)	5	
Mamadeira em T1	Não	33	0,6818 (0,2004)	4	0,0973
	Sim	33	0,4086 (0,1838)	10	
Chupeta em T2	Não	28	1,0000 (-)	0	0,0006
	Sim	38	0,2854 (0,1529)	14	
Mamadeira em T2	Não	17	1,0000 (-)	0	0,0105
	Sim	49	0,3238 (0,1693)	14	

* Teste de log-rank. EP= erro padrão.

Resultados com significância estatística destacados em negrito.

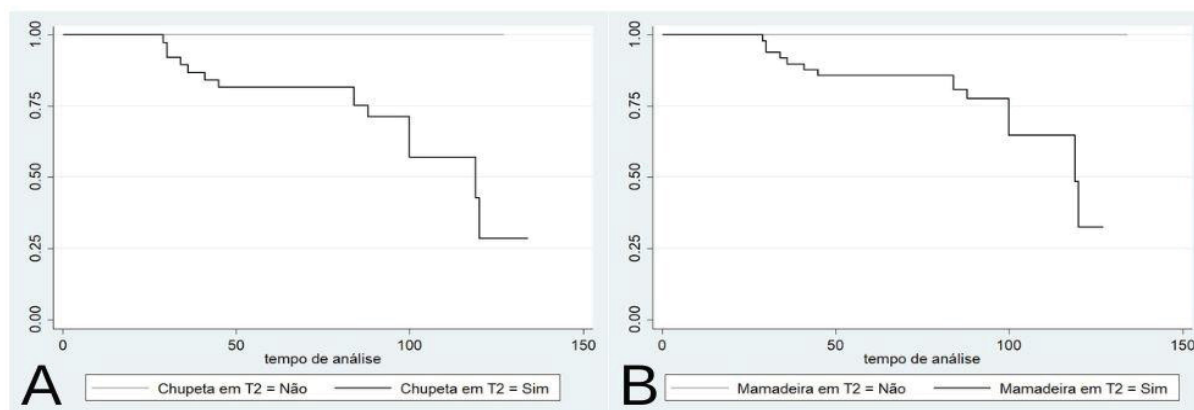


Figura 2. A: Gráfico de Kaplan-Meier do tempo de aleitamento materno estratificado pelo uso da chupeta em T2. B: Gráfico de Kaplan-Meier do tempo de aleitamento materno estratificado pelo uso da mamadeira em T2.

A Tabela 5 mostra a taxa de desmame considerando os fatores relacionados à alimentação nos primeiros meses de vida da criança. Utilizar fórmula em T2 ($P=0,0260$), não ter mamado na primeira hora após o nascimento ($P=0,0179$) foram significativamente associados a um maior risco ao desmame. A Figura 3 apresentam os gráficos de Kaplan-Meier para estas variáveis.

Tabela 5. Taxa do desmame considerando variáveis relacionadas à alimentação nos primeiros meses de vida da criança (n=66).

Variáveis	Categoria	N	Probabilidade de sobrevida no fim do período (EP)	Eventos observados	Valor de P*
Recebeu leite materno ordenhado em T1	Não	31	0,5332 (0,1794)	6	0,7463
	Sim	34	0,5366 (0,2245)	7	
Recebeu leite materno ordenhado em T2	Não	58	0,4269 (0,1632)	14	0,0965
	Sim	8	1,0000 (-)	0	
Utilizou fórmula infantil em T1	Não	11	0,4545 (0,3243)	2	0,6221
	Sim	55	0,5665 (0,1444)	12	
Utilizou fórmula infantil em T2	Não	17	1,0000 (-)	0	0,0260
	Sim	49	0,4424 (0,144)	14	
Mamou no seio na primeira hora após o nascimento	Não	46	0,4186 (0,1844)	13	0,0179
	Sim	20	0,7500 (0,2165)	1	
Recebeu leite por sonda gástrica em T1	Não	31	0,6171 (0,1427)	6	0,2230
	Sim	35	0,0000 (-)	8	
Recebeu leite por sonda gástrica em T2	Não	62	0,5323 (0,1385)	13	0,6085
	Sim	4	0,7500 (0,2165)	1	
Fez colostroterapia	Não	19	0,5053 (0,1610)	6	0,5709
	Sim	46	0,4221 (0,3000)	7	
Tipo de Aleitamento Materno em T1	Exclusivo	12	0,4583 (0,3265)	2	0,6194
	Predominante	2	1,0000 (-)	0	
	Misto	52	0,5446 (0,1436)	12	
Tipo de Aleitamento Materno em T2	Exclusivo	11	1,0000 (-)	0	0,0575
	Predominante	6	1,0000 (-)	0	
	Misto	47	0,3179 (0,1665)	14	
	Complementar	2	1,0000 (-)	0	

* Teste de log-rank. EP= erro padrão.

Resultados com significância estatística destacados em negrito.

Valores inferiores a 66 devido à ausência de dados para a variável

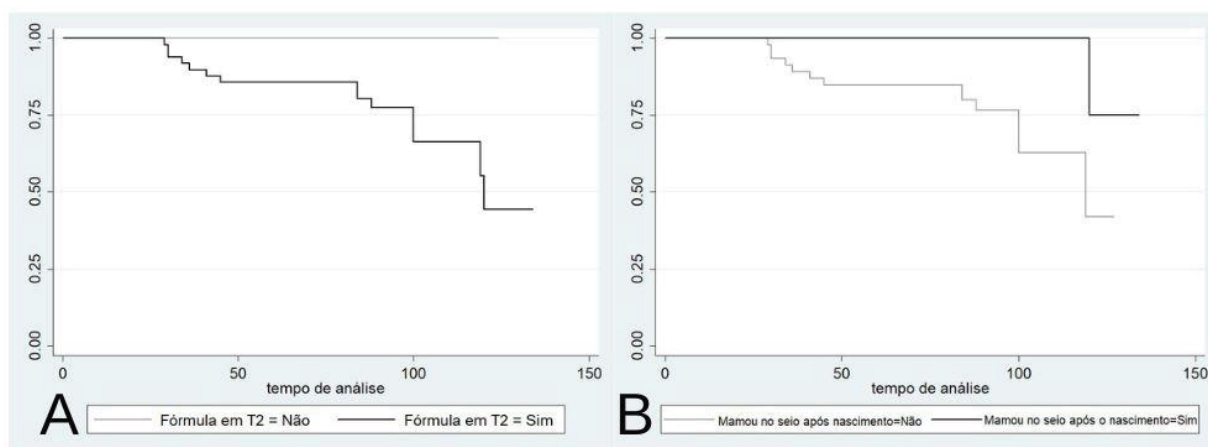


Figura 3. A: Gráfico de Kaplan-Meier do tempo de aleitamento materno estratificado pelo uso da fórmula em T2. B: Gráfico de Kaplan-Meier do tempo de aleitamento materno estratificado pelo aleitamento materno na primeira hora após o nascimento.

A Tabela 6 mostra a taxa de desmame considerando os fatores neonatais. A necessidade de internamento em T2 ($P=0,0008$), utilizar medicamentos em T2 ($P=0,0158$) e o tempo de internação em T2 ($P=0,0017$) foram relacionados a maior taxa de desmame. A Figura 4 apresenta o gráfico de Kaplan-Meier para estas variáveis.

Tabela 6. Taxa do desmame considerando as variáveis neonatais (n=66).

Variáveis	Categoria	N	Probabilidade de sobrevivência no fim do período (EP)	Eventos observados	Valor de P*
Tipo de parto	Natural	24	0,6389 (0,1864)	3	0,3884
	Cesariana	42	0,5429 (0,1395)	11	
Necessidade de UTI após nascimento	Não	29	0,6370 (0,1478)	5	0,1278
	Sim	37	0,0000 (-)	9	
Necessidade de oxigenação com intubação	Não	60	0,5443 (0,1405)	12	0,0623
	Sim	6	0,6667 (0,1925)	2	
Necessidade de oxigenação sem intubação	Não	35	0,5723 (0,1376)	8	0,7266
	Sim	31	0,0000 (-)	6	
Necessidade de incubadora	Não	22	0,4220 (0,2093)	5	0,8787
	Sim	44	0,6013 (0,1801)	9	
Recebeu método canguru	Não	17	0,7500 (0,1531)	2	0,0532
	Sim	49	0,0000 (-)	12	
Ficou internado em T1	Não	7	0,7500 (0,2165)	1	0,9978
	Sim	59	0,5340 (0,1383)	13	
Ficou internado em T2	Não	50	0,7308 (0,1405)	6	0,0008
	Sim	16	0,0000 (-)	8	
Utilizar medicamentos em T1	Não	4	1,0000 (-)	0	0,4902
	Sim	62	0,5277 (0,1367)	14	
Utilizar medicamentos em T2	Não	3	0,333 (0,2722)	2	0,0158
	Sim	63	0,5525 (0,1420)	12	
Tempo de internamento em T1	< 12 dias	35	0,4893 (0,1567)	8	0,7980
	> 13 dias	31	0,7894 (0,0785)	6	
Tempo de internamento em T2	≤ 50 dias	9	0,0000 (-)	6	0,0017
	< 51 dias	57	0,7125 (0,1372)	8	

* Teste de log-rank. EP= erro padrão.

Resultados com significância estatística destacados em negrito.

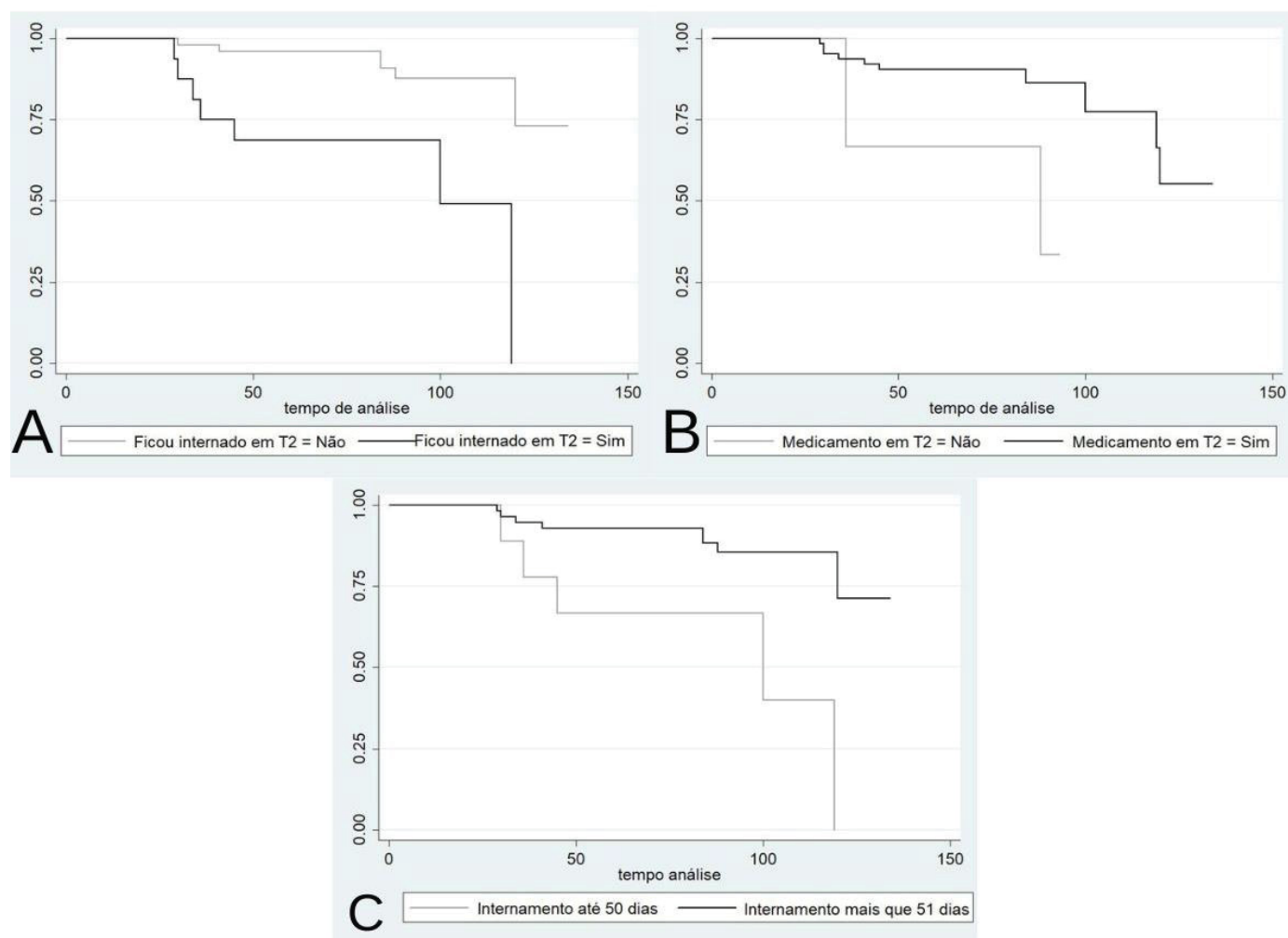


Figura 4. A: Gráfico de Kaplan-Meier do tempo de aleitamento materno estratificado por ter ficado internado em T2. B: Gráfico de Kaplan-Meier do tempo de aleitamento materno estratificado pelo uso de medicamentos em T2. C: Gráfico de Kaplan-Meier do tempo de aleitamento materno estratificado pelo tempo de internamento em dias.

A Tabela 7 mostra a taxa de desmame considerando os fatores maternos. Ter amamentado outros filhos ($P=0,0444$), ter recebido suporte de amamentação em T1 ($P=0,0177$) e o escore de autoeficácia em amamentação avaliada em T0 ($P=0,0220$) estiveram associadas a taxa de desmame. A Figura 5 apresenta o gráfico de Kaplan-Meier para estas variáveis.

Tabela 7. Taxa do desmame considerando as variáveis maternas (n=66).

Variáveis	Categoria	n	Probabilidade de sobrevivência no fim do período (EP)	Eventos observados	Valor de P*
Idade	≤ 28 anos	32	0,3392 (0,2483)	7	0,5728
	≥ 29 anos	34	0,6255 (0,1566)	7	
Suporte psicológico na gestação	Não	62	0,5174 (0,3240)	14	0,3240
	Sim	4	1,0000 (-)	0	
Suporte psicológico pós-parto	Não	61	0,5395 (0,1403)	12	0,1287
	Sim	5	0,6000 (0,2191)	2	
Depressão em T1	Não	56	0,5095 (0,1340)	14	0,1511
	Sim	10	1,0000 (-)	0	
Depressão em T2	Não	63	0,5186 (0,1362)	14	0,3627
	Sim	3	1,0000 (-)	0	
Ansiedade em T1	Não	35	0,6008 (0,1512)	7	0,3922
	Sim	31	0,6188 (0,1375)	7	
Ansiedade em T2	Não	44	0,5186 (0,1362)	12	0,1727
	Sim	22	1,0000 (-)	2	
Amamentou outros filhos	Não	5	0,4000 (0,2966)	2	0,0444
	Sim	27	0,5556 (0,2051)	4	
Suporte na amamentação em T1	Não	19	0,7895 (0,1503)	2	0,0177
	Sim	47	0,0000 (-)	12	
Autoeficácia em T0	Alta/ Moderada	24	0,6389 (0,1864)	3	0,0220
	Baixa	12	0,2444 (0,2044)	5	
Autoeficácia em T1	Alta/ Moderada	38	0,7467 (0,1709)	3	0,1066
	Baixa	16	0,3000 (0,2313)	4	
Autoeficácia em T2	Alta/Moderada	39	1,0000 (-)	0	0,1573
	Baixa	14	0,5000 (0,3536)	1	
Escolaridade	≥ 8 anos	59	0,5445 (0,1406)	12	0,0905
	< 8 anos	7	0,7143 (0,1707)	2	
Renda mensal <i>per capita</i>	> R\$ 875,00	33	0,5859 (0,1798)	7	0,8571
	≤ R\$ 875,00	32	0,7000 (0,1202)	6	
Classificação econômica	≥ classe “B”	6	1,0000 (-)	0	0,1807
	≤ classe “C”	60	0,5028 (0,1349)	14	

* Teste de log-rank. EP= erro padrão.

Resultados com significância estatística destacados em negrito.

Valores inferiores a 66 devido à ausência de dados para a variável.

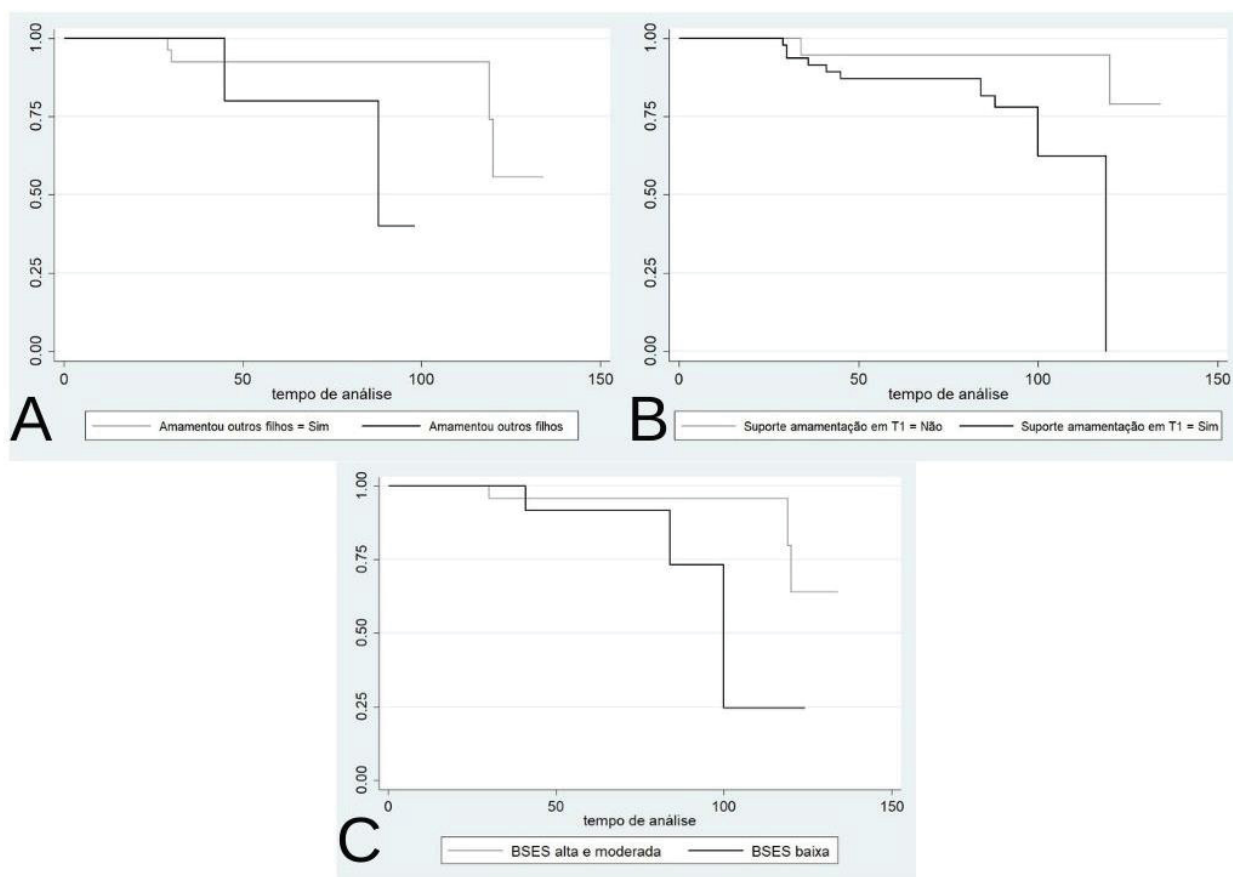


Figura 5. A: Gráfico de Kaplan-Meier do tempo de aleitamento materno estratificado por ter amamentado outros filhos. B: Gráfico de Kaplan-Meier do tempo de aleitamento materno estratificado por ter recibo suporte para amamentação em T1. C: Gráfico de Kaplan-Meier do tempo de aleitamento materno estratificado pelo score de autoeficácia alta e moderada.

6. DISCUSSÃO

O Ministério da Saúde do Brasil, em concordância com a Organização Mundial da Saúde, recomenda o leite materno como o alimento padrão-ouro para a promoção do desenvolvimento e crescimento saudável para recém-nascidos até o sexto mês de vida, promovendo o combate à mortalidade infantil, desnutrição e desidratação (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2015, BARBOSA et al., 2022). Em crianças prematuras, embora o aleitamento materno ofereça inúmeras vantagens, incluindo a redução de taxas de morbimortalidade neonatal e a prevenção de diversas doenças, (ARNS-NEUMANN et al., 2020; YU et al., 2021; BARBOSA et al., 2022), sua prática é desafiadora em função das intercorrências impostas pelas condições que envolvem o nascimento prematuro (PEREIRA et al., 2015). O presente estudo mostrou mediana de aleitamento materno de 92,50 dias, sendo que apenas 13 crianças estavam em aleitamento materno exclusivo ao redor dos 90 dias de vida. Assim, é fundamental a identificação dos fatores associados às dificuldades desta prática para a elaboração e instituição de estratégias voltadas na promoção, na proteção e no incentivo ao aleitamento materno em crianças prematuras (ARNS-NEUMANN et al., 2020; PEREIRA et al., 2020a; MOURA, SILVA, GARCIA, 2021; LIMA, MENECHIN, WICHOSKI, 2022).

Os resultados deste estudo mostraram que, entre os fatores individuais e hábitos da criança, estar utilizando a chupeta e a mamadeira ao redor dos 90 dias de vida esteve significativamente associado ao desmame precoce, corroborando os achados de estudos anteriores (WHO, 2018; ARNS-NEUMANN et al., 2020; PEREIRA et al., 2020a). A relação entre o uso de bicos artificiais e a menor duração do aleitamento materno exclusivo e total é um aspecto comprovado na literatura uma vez que promove um maior espaçamento entre as mamadas e uma desordem no processo de sucção (PEREIRA et al., 2020a). Além disso, o uso dos bicos artificiais oferece barreiras ao vínculo mãe-filho, uma vez que reduz a necessidade do contato direto entre a mãe e o bebê, bem como a frequência da oferta de leite materno (PEREIRA et al., 2020a). Outros estudos mostraram que a utilização frequente da chupeta está associada ao uso da mamadeira, sendo, dessa forma, um fator importante para a redução da estimulação do mamilo, diminuindo o reflexo de ejeção da prolactina e, consequentemente, a produção de leite (ARNS-NEUMANN et al., 2020), justificando, assim, os resultados obtidos neste estudo.

Por outro lado, algumas divergências na literatura são observadas a respeito do uso da chupeta e a sua influência no aleitamento materno de bebês prematuros (ARNS-NEUMANN et al., 2020; PEREIRA et al., 2020b). Uma vez que a prematuridade implica na imaturidade

fisiológica do recém-nascido quanto ao reflexo de pega e sucção do leite materno, podendo, assim, comprometer a produção láctea, alguns autores recomendam a estimulação oral do recém-nascido prematuro por meio de sucção não nutritiva, utilizando a chupeta ou a técnica do dedo enluvado, a fim de promover a habilidade de sucção, facilitando a aceitação de maiores volumes de leite via oral (ROCHA, MOREIRA, 2004; PIMENTA et al., 2008; CALADO, SOUZA, 2012; MOREIRA et al., 2014). Além disso, a Academia Americana de Pediatria (2016), orienta a utilização da chupeta para a prevenção da Síndrome da Morte Súbita Infantil, sendo admitido o seu uso após a quarta semana de vida e depois do estabelecimento da amamentação (PEREIRA et al., 2020b). Por outro lado, outras organizações de saúde contraindicam o uso de mamadeiras, chupetas ou qualquer outro tipo de bico artificial em razão do prejuízo no estabelecimento da amamentação (PEREIRA et al., 2020b), sendo que o método Canguru utilizado em bebês prematuros e ou de baixo peso como um estímulo à prática do aleitamento materno neste grupo específico, não prevê a utilização de bicos artificiais em nenhuma de suas fases (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2017).

Ainda que se saiba dos benefícios incontestáveis do leite materno para a população de bebês prematuros, a prematuridade extrema e o baixo peso ao nascimento podem representar um desafio na introdução e manutenção do aleitamento materno, especialmente nos primeiros dias de vida da criança, justificado pela maior imaturidade gastrointestinal e oromotora, necessidade de nutrição parenteral/enteral e uma maior dificuldade na manutenção da produção láctea neste grupo específico (YU et al., 2021; BARBOSA et al., 2022). No entanto, os resultados deste estudo não mostraram associação entre as taxas de desmame precoce e as diferentes categorias de prematuridade e baixo peso ao nascimento, discordando daqueles observados em alguns estudos prévios (BICALHO-MANCINI, VELASQUEZ-MELÉNDEZ, 2004; SCOCHI et al., 2008; JIANG, JIANG, 2022). As diferenças nos resultados podem ser justificadas pelas diferentes categorizações destas variáveis, como por exemplo Jiang e Jiang (2022) categorizou a idade gestacional em ≤ 28 a ≥ 32 , ≤ 33 a ≥ 34 semanas e ≤ 35 a ≥ 36 semanas. Já Bicalho-Mancini e Velasquez-Medeléndez em ≥ 37 semanas e < 37 semanas. Por outro lado, um recente estudo de coorte conduzido com 70 mulheres na China não encontrou diferença significativa entre a taxa de produção láctea com a idade gestacional de bebês prematuros (DONG et al., 2022).

Em relação aos hábitos alimentares, a utilização de fórmula infantil ao redor dos 90 dias de vida esteve relacionada a maiores taxas de desmame corroborando os achados de estudos prévios (ARNS-NEUMANN et al., 2020; PEREIRA et al., 2020a, MOURA, SILVA,

GARCIA, 2021; LIMA, MENEHIN, WICHOSKI, 2022). Neste sentido, alguns estudos apontam que a introdução de fórmula infantil diminui o tempo de aleitamento materno em quatro vezes e que esta prática pode ser um fator preditivo para a interrupção do aleitamento materno (ARNS-NEUMANN et al., 2020). Além disso, sugere-se que a introdução de fórmulas infantis esteja relacionada ao retorno ao trabalho materno, uma vez que, mesmo se respeitando o período de licença maternidade, pode haver falta de informações sobre os processos de ordenha e armazenamento do leite, dificultando essa prática (MOURA, SILVA, GARCIA, 2021). Embora o presente estudo não encontrou um resultado significativo entre a taxa de desmame precoce e o recebimento de leite ordenhado, foram observados 14 eventos de desmame associados à crianças que não receberam o leite ordenhado aos 90 dias. Outros fatores relacionados à utilização de fórmulas infantis em crianças prematuras incluem a baixa produção láctea e a introdução de bicos artificiais (ARNS-NEUMANN et al., 2020; PEREIRA et al., 2020a; LIMA, MENEHIN, WICHOSKI, 2022).

Por outro lado, mamar no seio na primeira hora de vida contribuiu para a redução das taxas de desmame precoce. Embora a literatura apresente evidências sobre a importância da amamentação na primeira hora de vida no sucesso da manutenção do aleitamento materno exclusivo, poucos são os estudos que conseguem demonstrar a relação prática dessa associação (ABRAMOVECHT et al., 2022). A exclusão da amamentação na primeira hora de vida pode estar relacionada a fatores como a ocorrência de complicações neonatais ou durante o parto que interferem na prática do aleitamento materno neste período e, consequentemente, na qualidade da amamentação em períodos posteriores. Além disso, não amamentar na primeira hora de vida foi associado à falta de orientações sobre as vantagens do aleitamento materno durante o período pré-natal e ao parto cesariana (ARRUDA et al., 2018).

Já os fatores neonatais associados ao desmame precoce observados neste estudo foram o internamento ao redor dos 90 dias de vida (T2), bem como o tempo de internamento e ao uso de medicamentos neste mesmo período, em concordância com os achados de estudos anteriores (LOPES et al., 2015; IKONEN et al., 2018; GOMES et al., 2017b; ARNS-NEUMANN et al., 2020; YU et al., 2021; BARBOSA et al., 2022). A admissão em Unidades de Terapia Intensiva Neonatal e maiores tempos de internamento são fatores indissociáveis da assistência a prematuridade, em especial em casos de extremo e muito prematuros (ARNS-NEUMANN et al., 2020; YU et al., 2021; BARBOSA et al., 2022). Tal situação impossibilita a amamentação logo após o nascimento, sendo que a nutrição do bebê ocorre por meio de sonda enteral ou parenteral. Assim, torna-se fundamental o fortalecimento de estratégias que incentivem a

prática do aleitamento materno em ambientes de Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (ARNS-NEUMANN et al., 2020). As ações devem ser direcionadas à mães clinicamente estáveis e devem prever instruções sobre a técnica correta da ordenha manual da mama, proporcionando a manutenção adequada da lactação através do oferecimento do leite materno pela técnica de translactação até que o prematuro seja capaz de sugar diretamente no seio (GOMES et al., 2017b; IKONEN et al., 2018). Além disso, é importante ressaltar as evidências sobre a eficácia do método canguru como um importante aliado na promoção do aleitamento materno de crianças prematuras e/ou de baixo peso, uma vez que favorece as trocas iniciais de contato entre a mãe e o bebê (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2017).

Uma vez que a mulher é uma importante protagonista na prática do aleitamento, este estudo considerou também avaliar os fatores maternos que poderiam estar associados ao desmame precoce de bebês prematuros. Conhecer a disposição materna para o ato da amamentação pode ser uma ferramenta útil em predições de fatores que influenciam na continuidade da amamentação ao tempo recomendado, além de servir como base para identificar as dificuldades e as fragilidades, permitindo oferecer intervenções necessárias para o sucesso do aleitamento (SOUZA, FERNANDES, 2014). A crença sobre habilidades e/ou expectativa maternas na prática da amamentação pode ser definida como autoeficácia na amamentação (BANDURA, 1977).

O presente estudo mostrou que ter uma alta ou moderada autoeficácia materna na amamentação avaliada logo após o nascimento se associou a menores taxas de desmame precoce. Estudos recentes mostram a importância do suporte à amamentação nos primeiros meses de vida a fim de promover o estabelecimento da amamentação em longo prazo, uma vez que muitas dúvidas e dificuldades na amamentação estão associadas a deficiências no apoio profissional e social, o que pode contribuir para níveis mais baixos na autoeficácia materna em amamentar (LIMA et al., 2019; GASPARIN et al., 2020). Ao nosso conhecimento, apenas três estudos avaliaram a autoeficácia materna na amamentação envolvendo crianças prematuras (GERHARDSSON et al., 2018; WANG et al., 2018; HANDAYNI et al., 2020). Nestes estudos, maiores escores de autoeficácia foram observados em mães de lactentes amamentados em períodos maiores ou iguais a quatro meses, mulheres mais jovens e com experiência prévia em amamentar, menor tempo de separação do binômio durante a terapia intensiva, além de maior idade gestacional da criança. No presente estudo, no entanto, as médias dos escores do instrumento BSES foram semelhantes considerando prematuros tardios/moderados e

muito/extremo prematuro, sugerindo que este aspecto deve ser considerado independentemente da idade gestacional da criança.

Por outro lado, ter amamentado outros filhos e receber suporte para a amamentação ao redor do primeiro mês de vida esteve associado à maiores taxas de desmame precoce. Embora estes resultados discordem de estudos prévios que mostraram que a experiência anterior de amamentar outros filhos é um fator positivo para novas experiências desta prática (MARTINEZ-POBLETE, OSSA, 2020; VASCONCELOS et al., 2021), os dados podem sugerir a importância de se investigar qualitativamente as experiências prévias do ato da amamentação. Um estudo realizado no Brasil com mulheres assistidas na atenção básica em saúde mostrou que experiências negativas na amamentação podem interferir na decisão para amamentar outros filhos (ALVES, OLIVEIRA, RITO, 2018). Da mesma forma, assim como o suporte materno nos primeiros dias de vida da criança é indiscutivelmente vantajoso para a introdução e o estabelecimento da amamentação (GASPARIN et al., 2020), necessitar deste apoio pode indicar um grupo mais vulnerável ao desmame precoce, e que carece de um acompanhamento em longo prazo, especialmente em se tratando de crianças prematuras.

Este estudo apresenta limitações que devem ser consideradas. Como é inerente em estudos longitudinais, houve a perda de seguimento, porém pequena parte da amostra. Além disso, o estudo foi conduzido em um único local o que pode comprometer a generalização de seus resultados para outras populações. Ademais, o instrumento que avaliou a autoeficácia materna na amamentação não inclui aspectos inerentes à prematuridade. Outros estudos devem ser realizados em diferentes populações a fim de se aprimorar as interferências de fatores individuais infantis, neonatais e de alimentação, além de aspectos maternos na prática da amamentação de crianças prematuras. Análises estatísticas multifatoriais envolvendo a utilização de amostras maiores também são recomendadas em estudos futuros visando a verificação da dependência ou não das diferentes variáveis apresentadas neste estudo.

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo mostrou a interferência multifatorial relacionada à prática do aleitamento materno de crianças nascidas prematuramente. A amamentação de crianças prematuras torna-se, muitas vezes desafiadora sendo, portanto, imprescindível que os profissionais de saúde, incluindo médicos, enfermeiros e consultores de amamentação, estejam atentos às particularidades deste grupo específico.

A começar com as ações que apoiem e incentivem a amamentação em ambientes de unidades de terapia intensiva, especialmente em casos com períodos longos de internamento, possibilitando o contato mãe e filho neste ambiente, aliado às ações que incentivem a ordenha do leite para a manutenção da produção láctea até o estabelecimento da amamentação. Além disso, estratégias educativas sobre o uso de bicos artificiais e o uso de fórmulas infantis nos primeiros meses de vida devem ser incluídas para qualquer situação que envolva a prematuridade. Ademais, o apoio à mãe do bebê prematuro é de responsabilidade compartilhada de toda equipe de saúde, desde o pré-natal até a alta hospitalar, bem como da rede de apoio familiar e deve ser encorajado para garantir o êxito nesta prática.

Os resultados deste estudo também demonstraram a necessidade do fortalecimento de estratégias de políticas públicas voltadas para o aleitamento materno de crianças prematuras, garantindo o direito à alimentação para todas as crianças, independentemente de sua idade gestacional, desde o nascimento até os dois anos de idade ou mais. O êxito no aleitamento materno em prematuros é multifatorial. A relevância da temática soma às recomendações da Organização Mundial da Saúde para a redução de mortes evitáveis em menores de crianças de cinco anos de idade por desidratação, desnutrição e diarreia e prevenção de doenças crônicas como obesidade, hipertensão arterial e diabetes, de forma sustentável e promovendo a saúde e o bem-estar do binômio mãe-bebê, da família e da sociedade como um todo.

8. REFERÊNCIAS

- ABRAMOVECHT, J. et al. The influence of Golden Hour on the quality of breastfeeding of live newborns at a University Hospital in Western Paraná: a comparison with the LATCH instrument. **Research, Society and Development**. [S.L.], v.11, n.17, p.1-6, 2022.
- ACOG - Comitê de Boletins práticos - Obstetrícia. Boletim de prática da ACOG. Diagnóstico e manejo de pré-eclâmpsia e eclâmpsia. **Obstet Gynecol**. [S.L.], v.99, n.33, p.159-167, 2002.
- ALMEIDA, A.C. Fatores de risco maternos para prematuridade em uma maternidade pública de Imperatriz-MA. **Rev. Gaúcha Enferm**. [S.L.], v.33, n.2, p. 86-94, 2012.
- ALVES, J.S.; OLIVEIRA, M. I. C.; RITO, R.V.V. F. Orientações sobre amamentação na atenção básica de saúde e associação com o aleitamento materno exclusivo. **Ciênc. saúde coletiva**. [S.L.], v.23, n.4, p. 1077-1088, 2018.
- ANANTH, C.V.; et al. Evidence of placental abruption as a chronic process: associations with vaginal bleeding early in pregnancy and placental lesions. **Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol**. [S.L.], v.128, n.1-2, p. 15-21, 2006.
- ANANTH, C.V.; WILCOX, A.J. Placental Abruption and Perinatal Mortality in the United States. **Am J Epidemiol**. [S.L.], v.153, n.4, p. 332-337, 2001.
- ANDERSON, J. W.; JOHNSTONE, B. M.; REMLEY, D. T. Breast-feeding and cognitive development: a meta-analysis. **Am. J. Clin. Nutr**. [S.L.], v. 70, p. 525-535, 1999.
- ANDRADE, J.F.A.; et. al. Nutritional profile of mothers of premature infants and evaluation of different risk factors and nutritional deficiencies related to preterm birth: systematic review. **Para Res Med J**. [S.L.], v.1, n.4, p.1-7, 2017.
- ARNS-NEUMANN, C. et al. Breastfeeding preterm infants: prevalence and associated factors with early termination. **Jornal Paranaense de Pediatria**. [S.L.], v.21, n.1, p. 00-00, 2020.
- ARRUDA, G.T.; et al. Is there a relation between mode of delivery and breastfeeding in the first hour of life? **Rev Bras Promoç Saúde**. [Fortaleza], v.31, n.2, p.1-7, 2018.
- AUGER, N.; et. al. Gestational age-dependent risk factors for preterm birth: associations with maternal education and age early in gestation. **Eur J Obst Gynecol Reprod Biol**. [S.L.], v.176, n.1, p.132-136, 2014.
- AWALIYAH, S.N.; RACHMAWATI, I.N.; RAHMAH, H. Breastfeeding self-efficacy as a dominant factor affecting maternal breastfeeding satisfaction. **BMC Nursing**. [S.L.], v.18, n.1, 1-7, 2019.
- BANDURA, A. Self-efficacy: toward a unifying theory of behavioral change. **Psychol Rev**. [S.L.], v.84, n.2, p.191-215, 1977.
- BARBOSA, M.L.C.S.; et al. Challenges and conducts for breastfeeding in premature babies: an integrative review. **Research, Society and Development**. [S.L.], v. 11, n.6, p. 1-9, 2022.

BERGER, A.Z.; et. al. Premature childbirth: pregnant women's characteristics of a population in the South area of São Paulo. **Rev. Bras. Saúde Mater. Infant.** [S.L.], v.16, n. 4, p. 427-435, dez. 2016.

BICALHO-MANCINI, P.G.; VELÁSQUEZ-MELÉNDEZ, G. Exclusive breastfeeding at the point of discharge of high-risk newborns at a Neonatal Intensive Care Unit and the factors associated with this practice. **J Pediatr.** [S.L.], v.80, n.3, p. 241-248, 2004.

BITTAR, R.E.; ZUGAIB, M. Risk predictors for preterm birth. **Rev Bras Ginecol Obstet.** [S.L.], v. 4, n. 31, p. 303-309, nov. 2009.

BLYTH, R.B.N.; et al. Effect of maternal confidence on breastfeeding duration: an application of breastfeeding self-efficacy theory. **Birth.** [S.L.], v.29, n.4, p.278-284, 2002.

BOCCOLINIA, C. S.; et al. Breastfeeding during the first hour of life and neonatal mortality. **J. Pediatr.** [Rio de Janeiro], v.89, n.2, p. 131-136, 2013.

BROCKWAY, N.; et al. Does breastfeeding self-efficacy theory apply to mothers of moderate and late preterm infants? A qualitative exploration. **J Clin Nurs.** [S.L.], v.29, p. 2872-2885, 2020.

CALADO, D.F.B.; SOUZA, R. Intervenção fonoaudiológica em recém-nascido pré-termo: estimulação oromotora e sucção não-nutritiva. **Revista CEFAC.** [S.L.], v.14, n.1, p.176-181, 2012.

CARVALHO, F.C.; et al. Most prevalent maternal risk factors related to premature births: literature review. **Braz. J. Surg. Clin. Res.** [S.L.], v. 36, n. 1, p. 112-123, nov. 2021.

CARVALHO, W.O.; DARLI, A.S. Reducible causes of perinatal deaths in three brazilian cities. **Ciêñ. Cuidado Saúde.** [S.L.], v.1, n.1, p. 89-93, 2002.

CASTELLI, C. T. R.; MAAHS, M. A. P.; ALMEIDA, S. T. Identificação das dúvidas e dificuldades de gestantes e puérperas em relação ao aleitamento materno. **Rev. CEFAC.** [São Paulo], v.16, n.4, p.1178-1186, 2014.

CASTRO, M.L.S.; et al. Frequency of multiple neonatal malformations in Pelotas, Rio Grande do Sul, Brazil, and associated socio-demographic factors. **Cad. Saúde Pública.** [Rio de Janeiro], v.22, n.5, p.1009-1015, mai, 2006.

CHEKRI, R.; et al. Trace element contents in foods from the first French total diet study on infants and toddlers. **J Food Compost Anal.** [S.L.], vol.78, p. 108–120, 2019.

CLOHERTY, M.; et al. The cup-versus-bottle debate: a theme from an ethnographic study of the supplementation of breastfed infants in hospital in United Kingdom. **J Hum Lact.** [S.L.], v.1 21, n.2, p. 151-162, 2005.

COELHO, A.S.; MENEZES, R.R.; LOBO, M.R.G. A importância da amamentação na formação de vínculos afetivos saudáveis entre mamãe/bebê. **Editorial.** [S.L.], v.12, n.5, p. 1-15, 2019.

COSTA, G.C.; et al. Breastfeeding assessment, self-efficacy of breastfeeding and influential factors in early weaning in primiparous women. **Multitemas.** [Campo Grande], v. 25, n. 59, p. 191-210, 2020.

- CREEDY, D.K.; et al. Psychometric characteristics of the breastfeeding self-efficacy scale: data from an Australian sample. **Res Nurs Health**. [S.L.], v.26, n.2, p.143-152, 2003.
- CRUZ, M.R.; SEBASTIÃO, L.T. Breastfeeding in premature infants: mothers' knowledge, feelings and experiences. **Distúrbios Comun**. [São Paulo], v. 27, n.1, p. 76-84, 2015.
- CUNHA, A. C. B.; SANTOS, C.; GONÇALVES, R. M. Concepções sobre maternidade, parto e amamentação em grupo de gestantes. **Arquivos Brasileiros de Psicologia**. [Rio de Janeiro], v.64, n. 1, p. 139-155, 2012.
- DAI, X.; DENNIS, C.L. Translation and validation of the Breastfeeding Self-Efficacy Scale into Chinese. **J Midwifery Womens Health**. [S.L.], v. 48, n.5, p. 350-356, 2003.
- DELGADO, S.E.; HALPERN, R. Breastfeeding of premature babies with less than 1500g: oral motor functioning and attachment. **Pro-Fono**. [S.L.], v.17, n.2, p.141-152, 2005.
- DENNIS, C.L.; FAUX, S. Development and psychometric testing of the Breastfeeding Self-Efficacy Scale. **Res Nurs Health**. [S.L.], v.22, n.5, p. 399-409, 1999.
- DEWEY, K. G. Is breastfeeding protective against child obesity? **J. Hum. Lact**. [S.L.], v. 19, p. 9-18, 2003.
- DODT, R.C.M. Aplicação e validação da Breastfeeding Self-Efficacy Scale: Short Form (BSES-SF) em Puérperas [dissertação]. Fortaleza: Universidade Federal do Ceará; 2008.
- DONG, D.; et al. A prospective cohort study on lactation status and breastfeeding challenges in mothers giving birth to preterm infants. **International Breastfeeding Journal**. [S.L.], v.17, n.6, p. 2-13, 2022.
- EDMOND, K. M.; et al. Delayed breastfeeding initiation increases risk of neonatal mortality. **Pediatrics**. [S.L.], v. 117, p. 380-386, 2006.
- ERICSON, J.; et al. Breastfeeding and risk for ceasing in mothers of preterm infants—Long-term follow-up. **Matern Child Nutr**. [S.L.], v. 14, n.12618, p. 1-8, 2018.
- FRANK, N.M.; et al. The relationship between breastfeeding and reported respiratory and gastrointestinal infection rates in young children. **BMC Pediatrics**. [S.L.], v. 19, p. 1-12, 2019.
- GAFFIELD, M.L.; et al. Oral health during pregnancy: an analysis of information collected by the pregnancy risk assessment monitoring system. **J Am Dent Assoc**, [S.L.], v.132, n.7, p.1009-1016, 2001.
- GARRIDO, A.G., et al. Avaliação ecográfica do líquido amniótico: técnicas e valores de referência. São Paulo: Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (Febrasgo); 2018. (Protocolo Febrasgo – Obstetrícia, nº 82/Comissão Nacional Especializada em Ultrassonografia em GO).
- GASPARIN, V.A.; et al. Fatores associados à manutenção do aleitamento materno exclusivo no pós-parto tardio. **Rev Gaúcha Enferm**. [S.L.], v.41, p. 1-8, 2020.

GERHARDSSON, E.M.; et al. Prospective questionnaire study showed that higher self-efficacy predicted longer exclusive breastfeeding by the mothers of late preterm infants. **Acta Paediatrica**. [S.L.], v.107, n.5, p. 799-805, 2018.

GERSTEIN, H. C. Cow's milk exposure and type I diabetes mellitus. a critical overview of the clinical literature. **Diabetes Care**. [S.L.], v. 17, p. 13-19, 1994.

GHAHEH, H.S.; et al. Risk factors of placental abruption. **J Res Med Sci**. [S.L.], v.18, n.5, p.422-469, 2013.

GIUGLIANI, E.R.J. Breast-feeding: how and why to promote it. **Jornal de Pediatria**. [S.L.], v.70, n.3, p. 138-151, 1994.

GIULIANI, N.R., et al. Early weaning: motives for this practice of mothers attending an infant welfare service in Florianópolis/SC, Brazil. **Pesq Bras Odontoped Clin Integr**. João Pessoa, v. 12, n.1, p.53-58, 2012.

GOLDENBERG, R. L.; et al. Epidemiology and causes of preterm birth. **Lancet**. [S.L.], n. 2, v. 371, p. 75–84, 2008.

GOMES, A.C.B.; et al. Importância do aleitamento materno no desenvolvimento da cavidade oral. **Arch Health Invest**. [S.L.], v. 6, n.3, p. 18, 2017.

GOMES, A.L.M.; et al. Breastfeeding of premature infants at a child-friendly hospital: from hospital discharge to home. **Rev Rene**. [S.L.], v.18, n.6, p.810-817, 2017b.

GOMES, G.F.; SANTOS, A.P.V. Nursing Assistance in Puerperio. **Revista Enfermagem Contemporânea**. [S.L.], v.6, n.2, p. 211-220, 2017.

GRAY, R.H., et al. Risk of ovulation during lactation. **The Lancet**. [S.L.], n. 335, p. 25-29, 1990.

GUIMARÃES, E.A.A.; et. al. Prematurity and associated factors in Divinópolis, Minas Gerais state, Brazil, 2008-2011: analysis of the Information System on Live Births. **Epidemiol. Serv. Saude**. [Brasília], v. 26, n.1, p.91-98, jan-mar. 2017.

HANDAYNI, K.D.; et al. Duration of Breastfeeding in Late Preterm Infants: Maternal and Infant Factors. **Journal of Human Lactation**. [S.L.], v.00, n.0, p. 1-8, 2020.

HORTA, B. L.; et al. Evidence of the long-term effects of breastfeeding: systematic reviews and meta-analyses. Geneva: WHO, 2007.

IKONEN, R.; et al. Preterm infants' mothers' initiation and frequency of breast milk expression and exclusive use of mother's breast milk in neonatal intensive care units. **J Clin Nurs**. [S.L.], v.27, p.3-4, 2018.

JANTSCH, L.B., et al. Obstetric factors associated with birth of moderate and late premature babies. **Revista Electronica Trimestral de Enfermeria**. [S.L.], n.61, p. 35-46, 2021.

JAVORSKI, M.; et al. Social representations on breastfeeding according to preterm infants' mothers in kangaroo care. **Rev Latino Am Enfermagem**. [S.L.], v. 12, n.6, p. 890-898, 2004.

JIANG, X.; JIANG, H. Factors associated with post NICU discharge exclusive breastfeeding rate and duration amongst first time mothers of preterm infants in Shanghai: a longitudinal cohort study. **International Breastfeeding Journal**. [S.L.], v.17, n.34, p.1-18, 2022.

JONES, G.; et al. How many child deaths can we prevent this year? **Lancet**. [S.L.], v. 362, p. 65-71, 2003.

JUSTO, E. B.; GIUGLIANI, E. R. J. Wich women breastfeed for two years or more? **J. Pediatr**. [Rio de Janeiro], v. 88, n. 1, p. 67-73, 2012.

KAHHALE, S.; FRANCISCO, R.P.V.; ZUGAIB. M. Pré-eclampsia. **Rev Med**. [São Paulo], v.97, n.2, p.226-234, mar-abr, 2018.

KOULLALI, B.; et. al. Risk assessment and management to prevent preterm birth. **Semin Fetal Neonatal Med**. [S.L.], v.21, n. 2, p.80-88, 2016.

KRAMER, M. S., et al. The Validity of Gestational Age Estimation by Menstrual Dating in Term, Preterm, and Postterm Gestations. **JAMA**. [S.L.], v. 260, n. 22, p. 3306, 1988.

KRÜGER, M.S.M.; et al. Maternal periodontal disease and adverse perinatal outcomes: is there an association? A hospital-based case-control study. **J. Matern. -Fetal Neonatal Med**. [S.L.], v.32, n. 20, p. 3401-3407, 2018.

KULIE, T.; et al. Obesity and women's health: an evidence-based review. **J. Am. Board. Fam. Med**. [S.L.], v. 24, p. 75- 85, 2011.

LIMA, A.P.E.; et al. Aleitamento materno exclusivo de prematuros e motivos para sua interrupção no primeiro mês pós-alta hospitalar. **Rev Gaúcha Enferm**. [S.L.], v.40, p. 1-8, 2019.

LIMA, A.O.; MENEZHIN, I.F.; WICHOSKI, C. Determinant Factors for early weaning. **Rev. Terra & Cult**. [Londrina], v. 38, n. especial, 2022.

LIMA, C.M.; et al. Autoeficácia na amamentação exclusiva: avaliação dos domínios técnica e pensamentos intrapessoais em puérperas. **Enferm Foco**. [S.L.], v.10, n.3, p. 9-14, 2019.

LOPES, A.M.; et al. Breastfeeding premature babies: characterization of the mother-son binomial and maternal self-efficacy. **Rev Bras Promoç Saúde**. [Fortaleza], v. 28, n.1, p.32-43, 2015.

LUZ, L.S.; et al. Predictive factors of the interruption of exclusive breastfeeding in premature infants: a prospective cohort. **Rev Bras Enferm**. [S.L.], v.71, n.6, p.2876-2882, 2018.

MARQUES, K.C.; et al. Maternal and neonatal factors associated with prematurity. **Rev. Eletrôn. Enf**. [S.L.], v. 11, n. 3, p. 642-646, jun. 2009.

MARTINEZ-POBLETE, G.; OSSA, X. Motivações para o prolongamento da amamentação. **Acta Paul Enferm**. [S.L.], v.33, p.1-8, 2020.

MATOS, A.S; LABUTO, M.M. The importance of breastfeeding in relation to baby's oral health. **Cadernos de Odontologia do UNIFESO**. [Teresópolis], v. 2, n.1, p.88-96, 2020.

MEREWOOD, A.M.C.; et al. The baby-friendly Hospital Initiative increases breastfeeding rates in a US Neonatal Intensive Care. **J Hum Lact**. [S.L.], v.19, n.2, p. 166-171, 2003.

METZ, T.D.; BORGELT, L.M. Marijuana Use in Pregnancy and While Breastfeeding. **Obstet Gynecol**. [S.L.], v. 132, n.5, p. 1198-1210, 2018.

MINHARRO, M.C.O.; et al. Breastfeeding self-efficacy and its relationship with breastfeeding duration. **Cogitare enferm**. [S.L.], v.24, n.e57490, p.1-12, 2019.

MINISTÉRIO DA SAÚDE DO BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde da criança: aleitamento materno e alimentação complementar / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – 2. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2015.

MINISTÉRIO DA SAÚDE DO BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso: método canguru. 3. ed. Brasília, 2017.

MINISTÉRIO DA SAÚDE DO BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Guia Alimentar para crianças menores brasileiras menores de 2 anos. 1. ed. Brasília, 2019.

MOLINA TORRES, M.; et al. Translation and validation of the breastfeeding self-efficacy scale into Spanish: data from a Puerto Rican population. **J Hum Lact**. [S.L.], v.19, n.1, p.35-42, 2003.

MOON, R.Y.; et al. SIDS and other sleep-related infant deaths: evidence base for 2016 updated recommendations for a safe infant sleeping environment. **Pediatrics**. [S.L.], v.138, n.5, 2016.

MOREIRA, C.M.D.; et al. Efeitos da estimulação da sucção não nutritiva com dedo enluvado na transição alimentar em recém-nascido prematuro de muito baixo peso. **Revista CEFAC**. [S.L.], v.16, n. 4, p.1187-1193, 2014.

MORTENSEN, E. L.; et al. The association between duration of breastfeeding and adult intelligence. **JAMA**. [S.L.], v. 287, n. 18, 2002.

MOURA, A.L.B.; SILVA, D.P.; GARCIA, P.P.C. Fatores que influenciam o desmame precoce e a influência no estado materno e do bebê. **UniCEUB**, 2021.

MUGLIA, L. J.; KATZ, M. The enigma of spontaneous preterm birth. **N Engl J Med**. [S.L.], v. 362, n. 6, p. 529-535, 2010.

MULLANY, L. C.; et al. Breast-feeding patterns, time to initiation, and mortality risk among newborns in Southern Nepal. **J. Nutr**. [S.L.], v. 138, p. 599-603, 2007.

NEWBURN-COOK, C.V.; ONYSKIW, J.E. Is older maternal age a risk factor for preterm birth and fetal growth restriction? A systematic review. **Health Care Women Int**. [S.L.], v. 26, n. 9, p. 852-875, 2005.

NORONHA NETO, C.; SOUZA, A.S.R.; AMORIM, M.M.R. Pre-eclampsia treatment according to scientific evidence. **Rev Bras Ginecol Obstet.** [S.L.], v.32, n.9, p.459-468, 2010.

NUNES, R.D.; BERTUOL, E.; SIQUEIRA, I.R. Evaluation of factors associated with neonatal outcomes in placental abruption. **Arq. Catarin Med.** [S.L.], v.45, n.4, p. 11-27, 2016.

OLIVEIRA, R.S.; BRITO, M.L.S.; COSTA NETO, D.B. A thorough analysis of premature labor. **Revista de Patologia do Tocantins.** [S.L.], v.6, n.1, p.55-57, 2019.

ORIÁ, M.O.B.; XIMENES, L.B. Translation and cultural adaptation of the Breastfeeding Self-Efficacy Scale to Portuguese. **Acta Paul Enferm.** [S.L.], v. 23, n.2, p. 230-238, 2010.

ORTELAN, N.; VENANCIO, S.I.; BENICIO, M.H.A. Determinants of exclusive breastfeeding in low birthweight infants under six months of age. **Cad. Saúde Pública.** [S.L.], v.35, n.8, p. 2-15, 2019.

PASSINI, R.; et. al. Brazilian multicentre study on preterm birth (EMIP): prevalence and factors associated with spontaneous preterm birth. **PLoS One.** [S.L.], v.9, n.10, p. 1-12, out 2014.

PEREIRA, L.B.; et al. Maternal experiences with specificities of prematurity that hinder breastfeeding. **Texto Contexto Enferm.** [Florianópolis], v.24, n.1, p. 55-65, 2015.

PEREIRA, C.N.P., et al. Damage and benefits to the child's health due to the use of pacifiers: what pediatricians need to know. **Braz. J. of Develop.** [Curitiba], v.6, n.12, p.101520-101531, 2020a.

PEREIRA, M.D.; et al. Factors associated with the prevalence of exclusive breastfeeding to low weight neonate: integrative review. **Research, Society and Development.** [S.L.], v. 9, n. 10, p. 1-16, 2020b.

PIMENTA, H.P.; et al. Efeitos da sucção não-nutritiva e da estimulação oral nas taxas de amamentação em recém-nascidos pré-termo de muito baixo peso ao nascer: um ensaio clínico randomizado. **Jornal de Pediatria.** [S.L.], v.84, p.423-427, 2008.

PLUNKETT, J.; MUGLIA, L. J. Genetic contributions to preterm birth: implications from epidemiological and genetic association studies. **Ann Med.** [S.L.], v. 40, n. 2, p. 167-95, 2008.

QUINELATO, H.; et al. Uterus didelphys and successful pregnancy: case reports. **REAS.** [S.L.], v.13, n.3, p.1-7, 2021.

RAMOS, H. A.C.; CUMAN, R.K.N. Fatores de risco para prematuridade: pesquisa documental. **Escola Anna Nery.** [S.L.], v. 13, n. 2, p. 297-304, jun. 2009.

ROCHA, C.C.; et al. Approaches to congenital syphilis. **Research, Society and Development.** [S.L.], v. 9, n. 8, p. 1-18, 2020.

ROCHA, A.D.; MOREIRA, M.E.L. Efeitos da sucção não nutritiva durante a alimentação enteral a curto e em longo prazos em neonatos pré-termos. **Revista de Pediatria SOPERJ.** [S.L.], v.6, n.11, p. 10-15, 2005.

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

SERRA, S.O.A; SCOCHI, C.G.S. Mother's difficulties in breastfeeding premature babies in the neonatal ICU. **Rev Latino Am Enfermagem**. [S.L.], v.12, n.4, p. 597-605, 2004.

SILVA, A.L.B.; et al. Uterine leiomyomas and infertility: physiopathological basis and therapeutical implications. **Rev. Bras. Saúde Matern. Infant**. [Recife], v. 5, n.1, p.13-18, 2005.

SILVA, A.M.; et. al. Fatores de risco para nascimentos pré-termo em Londrina, Paraná, Brasil. **Cad. Saúde Pública**. [S.L.], v.25, n.10, p. 2125-2138. 2009a.

SILVA, L.A.; et. al. Risk factors associated with pre-term labors in a reference hospital in Santa Catarina. **Revista da AMRIGS**. [Porto Alegre], v. 53, n. 4, p. 354-360, out.-dez. 2009b.

SILVA, S.M.S; SEGRE, C.A.M Fatores que influenciam o desmame no recém-nascido prematuro. **Rev. Bras. Cresc. e Desenv. Hum**. [S.L.], p. 103-113, 2010.

SILVEIRA, F.J.F; LAMOUNIER, J.A. Fatores associados a duração do aleitamento materno em três municípios na região do Alto Jequitinhonha, Minas Gerais, Brasil. **Cad Saúde Pública**. [S.L.], v.22, n.1, p.69-77, 2006.

SOUZA, E.F.C.; FERNANDES, R.A.Q. Breastfeeding self-efficacy: a cohort study. **Acta Paul Enferm**. [S.L.], v.27, n.5, p.465-470, 2014.

SOUZA, E.S.; et al. Association between periodontal disease and premature birth: a pilot project. **Rev. Cir. Traumatol. Buco-Maxilo-Fac**. [Camaragibe], v.12, n.1, p. 69-76, 2012.

SOUZA, L.F; BOTELHO, N.M. Risk fators for preterm birth among women who delivered preterm. **Rev Bras Ginecol Obstet**. [S.L.], v. 36, n. 1, p. 112-123, jan. 2012.

SOUZA, R.T; CECATTI, J.G. A Comprehensive Integrative Review of the Factors Associated with Spontaneous Preterm Birth, Its Prevention and Prediction, Including Metabolomic Marker. **Rev Bras Ginecol Obstet**. [S.L.], v.42, n.1, p. 51-60, 2020.

STUEBE, A. M.; et al. Duration of lactation and incidence of type 2 diabetes. **JAMA**. [S.L.], v. 294, p. 2601-2610, 2005.

TETTAMANTI, L.; et al. Pregnancy and periodontal disease: does exist a two-way relationship? **Oral & Implantology**. [S.L.], v.x, n. 2, p. 112-118, 2017.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO. Aleitamento materno: Prevalência e práticas de aleitamento materno em crianças brasileiras menores de 2 anos 4: ENANI 2019. - Documento eletrônico. - Rio de Janeiro, RJ: UFRJ, 2021. (108 p.). Coordenador geral, Gilberto Kac.

VAN ODIJK, J.; et al. Breastfeeding and allergic disease: a multidisciplinary review of the literature: 1966-2001: on the mode of early feeding in infancy and its impact on later atopic manifestations. **Allergy**. [S.L.], v. 58, p. 833- 843, 2003.

VANNUCHI, M.T.O.; et al. The Baby-Friendly Hospital Initiative and breastfeeding in a neonatal unit. **Rev Saude Publica**. [S.L.], v. 8, n.2, p. 422-428, 2004.

VANDENBROUCKE, J.P.; et al. Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology (STROBE): Explanation and Elaboration. **Ann Intern Med**. [S.L.], v.147, n.8, p. W-163-W-194, 2007.

VASCONCELOS, I.N.; et al. Amamentação e orientações sobre alimentação infantil: padrões alimentares e potenciais efeitos na saúde e nutrição de menores de dois anos. **Rev. Bras. Saúde Mater. Infant**. [Recife], v.21, n.2, p.429-439, 2021.

VICTORA, C.G.; et al. Breastfeeding in the 21st century: epidemiology, mechanisms, and lifelong effect. **Lancet**. [S.L.], v. 387, p. 475-490, 2016.

VICTORA, C.G.; et al. The role of conceptual frameworks in epidemiological analysis: a hierarchical approach. **Int J Epidemiol**. [S.L.], v. 26, n. 1, p. 224-227, fev, 1997.

VIEIRA, G.O.; et al. Breastfeeding and weaning associated factors, Feira de Santana, Bahia. **Rev. Bras. Saúde Mater. Infant**. [Recife], v.4, n.2, p. 143-150, 2004.

YU, G.; et al. Promoting Breastfeeding and Lactation Among Mothers of Premature Newborns in a Hospital in China. **Nurs Womens Health**. [S.L.], v. 25, n.1, p.21-29, 2021.

WANG, Y.; et al. Factors Affecting Breastfeeding Outcomes at Six Months in Preterm Infants. **Journal of Human Lactation**. [S.L.], v.00, n.0, p. 1-10, 2018.

WATANABE, L.C.; et. al. Prognóstico de Gestações com Ameaça entre a 6ª e a 13ª Semana que Apresentam Embrião/Feto Vivo ao Exame Ultra-sonográfico. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet**. [S.L.], v.24, n. 5, p.301-306, 2002.

WHEELER, B.J.; DENNIS, C.L. Psychometric Testing of the Modified Breastfeeding Self-Efficacy Scale (Short Form) Among Mothers of Ill or Preterm Infants. **JOGNN**. [S.L.], v.42, n.1, p. 70-80, 2013.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Baby-friendly hospital initiative. revised, updated and expanded for integrated care. Geneva: WHO; 2018.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Effect of breastfeeding on infant and child mortality due to infectious diseases in less developed countries: a pooled analysis. **The Lancet**. [S.L.], v. 355, p. 451-455, 2000.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Recommended definitions, terminology and format for statistical tables related to the perinatal period and use of a new certificate for cause of perinatal deaths. **Acta Obstet Gynecol Scand**. [S.L.], v.56, n.3, p. 247-253, 1977.

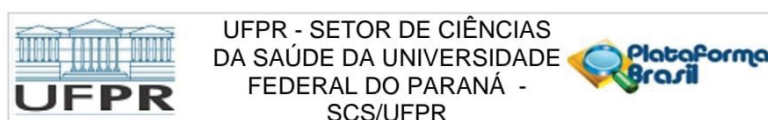
WITT, W.P.; et. al. Preterm birth in the United States: the impact of stressful life events prior to conception and maternal age. **Am J Public Health**. [S.L.], v. 104, n. 1, p. S73-S80, fev. 2014.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Indicators for assessing infant and young child feeding practices: conclusions of a consensus meeting held 6-8 November. Washington, DC: WHO, 2007

WUTKE, K.; DENNIS, C.L. The reliability and validity of the Polish version of the Breastfeeding Self-Efficacy Scale-Short Form: translation and psychometric assessment. *Int J Nurs Stud.* [S.L.], v.44, n.8, p. 1439-1446, 2007.

9. ANEXOS

9.1 ANEXO 1 - APROVAÇÃO E LIBERAÇÃO ÉTICA PELO COMITÊ DE ÉTICA E PESQUISA DO SETOR DE CIÊNCIAS DA SAÚDE DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ – UFPR



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Condições bucais, sistêmicas, nutricionais e fatores associados em pares de mães e crianças prematuras.

Pesquisador: LUCIANA REICHERT ASSUNÇÃO ZANON

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 34787320.4.0000.0102

Instituição Proponente: Programa de Pós-Graduação em Odontologia

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 4.220.023

Apresentação do Projeto:

O projeto é da prof. Luciana Reichert Assunção Zanon (professora do curso de Odontologia), com colaboração de Gisele Marchetti (aluna do Doutorado em Odontologia), Marizilda Martins (professora do Departamento de Pediatria), Geisla Mary Silva Soares (professora do curso de Odontologia), Juliana Feltrin de Souza (professora do curso de Odontologia), Jose Vitor Nogar Borges de Menezes (professor do curso de Odontologia), Fabian Calixto Fraiz (professor do curso de Odontologia) e Claudia Choma Bettge Almeida (professora do Departamento de Nutrição).

É um projeto bastante amplo com o objetivo de avaliar condições bucais, sistêmicas, nutricionais e fatores associados em pares de mães e crianças prematuras comparando-se a um grupo controle de pares de mães e crianças nascidas a termo. É um estudo coorte longitudinal prospectivo.

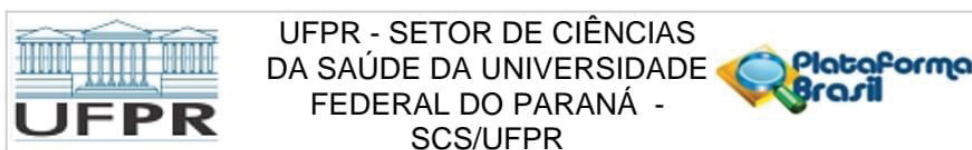
Objetivo da Pesquisa:

OBJETIVO GERAL

O objetivo desta pesquisa será avaliar condições bucais, sistêmicas, nutricionais e fatores associados em pares de mães e crianças prematuras comparando-se a um grupo controle de pares de mães e crianças nascidas a termo.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Endereço: Rua Padre Camargo, 285 - 1º andar
Bairro: Alto da Glória
UF: PR **Município:** CURITIBA
Telefone: (41)3360-7259 **CEP:** 80.060-240
E-mail: cometica.saude@ufpr.br



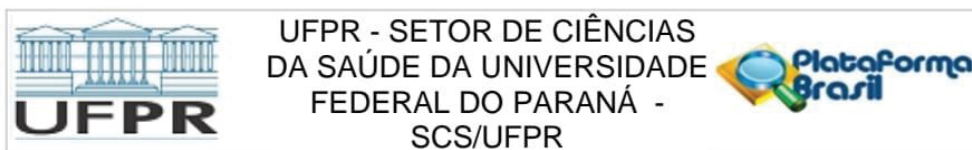
Continuação do Parecer: 4.220.023

- Analisar o perfil microbiológico de pares de mães e crianças prematuras e em pares de mães e crianças nascidas a termo e sua associação com fatores gestacionais, neonatais e de internação hospitalar.
- Avaliar a existência de interações sinérgicas entre o fungo *Candida albicans* e a bactéria *Streptococcus mutans* em amostras de saliva e biofilme de crianças prematuras e de nascidas a termo.
- Avaliar a experiência de cárie em crianças prematuras e naquelas nascidas a termo.
- Verificar a presença de defeitos de desenvolvimento de esmalte, incluindo a hipomineralização de molares e incisivos, em crianças prematuras e naquelas nascidas a termo.
- Analisar a cronologia e sequência de erupção de dentes deciduais em crianças prematuras e nas nascidas a termo.
- Verificar as características de oclusão dentária de crianças prematuras e naquelas nascidas a termo.
- Avaliar a ansiedade odontológica de mães de crianças prematuras e nas mães de crianças nascidas a termo.
- Avaliar o senso de coerência de mães de crianças prematuras e de mães de crianças nascidas a termo e a associação entre condições bucais e sistêmicas.
- Avaliar a qualidade de vida relacionada à saúde bucal de crianças prematuras e naquelas nascidas a termo.
- Avaliar os índices clínicos periodontais de mães de crianças prematuras e de mães de crianças nascidas a termo.
- Avaliar a relação do perfil microbiológico das mães com a ocorrência de nascimentos prematuros e de baixo peso.
- Avaliar o estado nutricional das crianças e de suas respectivas mães.
- Avaliar as práticas alimentares de mães e crianças.
- Avaliar os fatores associados ao estado nutricional, práticas alimentares e consumo alimentar das mães e crianças.
- Avaliar os fatores associados ao conhecimento sobre alimentação complementar saudável por parte das mães.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

QUAIS OS BENEFÍCIOS, DIRETOS OU INDIRETOS, PARA A POPULAÇÃO E A SOCIEDADE?

Endereço: Rua Padre Camargo, 285 - 1º andar
Bairro: Alto da Glória **CEP:** 80.060-240
UF: PR **Município:** CURITIBA
Telefone: (41)3360-7259 **E-mail:** cometica.saude@ufpr.br



Continuação do Parecer: 4.220.023

Os benefícios diretos esperados com essa pesquisa serão a realização de orientações de saúde bucal envolvidas com a prematuridade e solucionar dúvidas que os participantes possam ter e sendo constatado alguma alteração bucal. Caso a criança ou a mãe necessitar de tratamento odontológico, serão encaminhados para tratamento odontológico na Universidade Federal do Paraná, que fica localizada na rua Lothario Meissner, 632- Predio de Odontologia, conforme declarações de supervisão de atendimento enviadas. Como benefícios indiretos serão a aquisição de conhecimentos acerca da relação do parto prematuro e as doenças da boca, além de contribuir para o avanço da ciência, podendo desenvolver estratégias específicas para orientações sobre o parto prematuro.

QUAIS OS RISCOS INERENTES OU DECORRENTES DA PESQUISA?

Alguns riscos relacionados ao estudo podem ser constrangimento para responder as perguntas dos questionários, além de possível desconforto com os exames intrabucais e coleta do material microbiológico bucal. A fim de diminuir este risco os pesquisadores receberão treinamento para os exames e para a aplicação dos questionários. Além disso, o participante pode interromper ou mesmo não responder alguma pergunta dos questionários ou se recusar a fazer o exame, sem prejuízo algum.

QUAL A POSSIBILIDADE DA OCORRÊNCIA?

A possibilidade da ocorrência dos riscos mencionados existe, pois os questionários, os exames e coletas serão realizados em todos os participantes.

QUAIS AS MEDIDAS PARA SUA MINIMIZAÇÃO E PROTEÇÃO DO PARTICIPANTE DA PESQUISA?

A fim de diminuir este risco os participantes podem interromper ou mesmo não responder alguma pergunta dos questionários ou instrumentos. Os examinadores serão treinados e calibrados para diminuir algum desconforto durante o exame bucal ou coleta do material microbiológico. Além disso, o exame pode ser interrompido a qualquer momento quando solicitado pela criança ou seu responsável.

MEDIDAS DE PROTEÇÃO OU MINIMIZAÇÃO DE QUALQUER RISCO EVENTUAL

As entrevistas e exames clínicos serão realizadas em ambiente reservado garantindo assim a privacidade da coleta de dados e minimizando possíveis constrangimentos. As informações

Endereço: Rua Padre Camargo, 285 - 1º andar
Bairro: Alto da Glória **CEP:** 80.060-240
UF: PR **Município:** CURITIBA
Telefone: (41)3360-7259 **E-mail:** cometica.saude@ufpr.br



Continuação do Parecer: 4.220.023

coletadas serão armazenadas garantindo o sigilo e o anonimato dos entrevistados.

Os exames clínicos e coleta de material microbiológico serão realizados em sala reservada com o uso de equipamentos de proteção individual de acordo com as normas de biossegurança vigentes como máscaras cirúrgicas, gorros, óculos de proteção, protetor facial, máscara descartável de proteção respiratória N95, aventais impermeáveis descartáveis, luvas descartáveis, sobreluvas descartáveis ou outros materiais segundo as normas de biossegurança vigentes. Os instrumentais odontológicos serão esterilizados a cada coleta e a coleta de material microbiológico também será realizada com materiais estéreis e descartáveis. Os pesquisadores deixarão claro que a participação na pesquisa é voluntária e sem remuneração podendo o participante deixar o estudo quando achar necessário.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A pesquisa está muito bem fundamentada. Trata-se de uma pesquisa longitudinal, multidisciplinar, a fim de avaliar a saúde de mães e bebês prematuros, comparando-se com um grupo de mães e bebês nascidos a termo.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Todos os termos foram apresentados.

Recomendações:

Não há.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

As pendências apontadas no parecer anterior foram corrigidas. Recomendo a aprovação do projeto.

Favor inserir em seu TCLE e TALE o número do CAAE e o número do Parecer de aprovação, para que possa aplicar aos participantes de sua pesquisa, conforme decisão da Coordenação do CEP/SD de 13 de julho de 2020.

Após o isolamento, retornaremos à obrigatoriedade do carimbo e assinatura nos termos.

Qualquer dúvida, retornar e-mail ou pelo WhatsApp 41-3360-7259.

Considerações Finais a critério do CEP:

Solicitamos que sejam apresentados a este CEP, relatórios semestrais e final, sobre o andamento da pesquisa, bem como informações relativas às modificações do protocolo, cancelamento,

Endereço: Rua Padre Camargo, 285 - 1º andar

Bairro: Alto da Glória

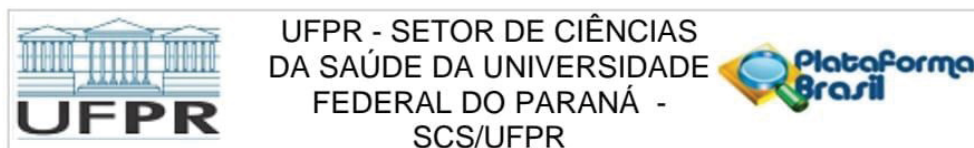
CEP: 80.060-240

UF: PR

Município: CURITIBA

Telefone: (41)3360-7259

E-mail: cometica.saude@ufpr.br



Continuação do Parecer: 4.220.023

encerramento e destino dos conhecimentos obtidos, através da Plataforma Brasil - no modo: NOTIFICAÇÃO. Demais alterações e prorrogação de prazo devem ser enviadas no modo EMENDA. Lembrando que o cronograma de execução da pesquisa deve ser atualizado no sistema Plataforma Brasil antes de enviar solicitação de prorrogação de prazo.

Emenda – ver modelo de carta em nossa página: www.cometica.ufpr.br (obrigatório envio)

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1588035.pdf	10/08/2020 15:15:31		Aceito
Outros	Resposta_pendencias_CEP_UFPR.docx	10/08/2020 15:14:47	GISELE MARCHETTI	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_de_pesquisa_final_corrigido.docx	10/08/2020 15:13:32	GISELE MARCHETTI	Aceito
Outros	check_list_cep_ufpr.pdf	09/07/2020 16:28:31	GISELE MARCHETTI	Aceito
Outros	Concordancia_de_Coparticipacao_UnG.pdf	09/07/2020 16:12:14	LUCIANA REICHERT	Aceito
Outros	carta_de_encaminhamento_do_pesquisador.pdf	03/07/2020 14:52:42	GISELE MARCHETTI	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_de_pesquisa_final.docx	03/07/2020 14:48:10	GISELE MARCHETTI	Aceito
Outros	declaracao_supervisao_atendimento_periodontia_UFPR.pdf	03/07/2020 14:28:37	GISELE MARCHETTI	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_mae_crianca_termo.docx	03/07/2020 10:26:02	GISELE MARCHETTI	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_mae_crianca_prematura.docx	03/07/2020 10:25:51	GISELE MARCHETTI	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_crianca_termo.docx	03/07/2020 10:25:41	GISELE MARCHETTI	Aceito

Endereço: Rua Padre Camargo, 285 - 1º andar

Bairro: Alto da Glória

UF: PR

Município: CURITIBA

CEP: 80.060-240

Telefone: (41)3360-7259

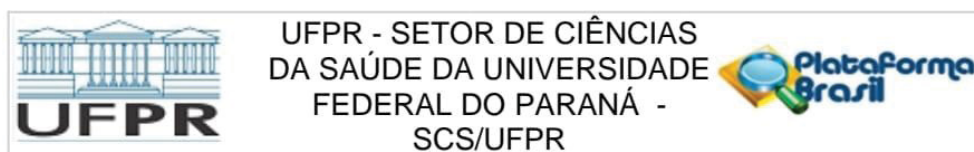
E-mail: cometica.saude@ufpr.br



Continuação do Parecer: 4.220.023

TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_crianca_prematura.docx	03/07/2020 10:25:29	GISELE MARCHETTI	Aceito
Outros	declaracao_supervisao_atendimento_odontopediatria_UFPR.pdf	02/07/2020 18:58:22	GISELE MARCHETTI	Aceito
Outros	concordancia_servicos_envolvidos_UnG.pdf	02/07/2020 18:57:06	GISELE MARCHETTI	Aceito
Outros	concordancia_servicos_envolvidos_PPGO.pdf	02/07/2020 18:56:27	GISELE MARCHETTI	Aceito
Outros	concordancia_servicos_envolvidos_nutricao.pdf	02/07/2020 18:55:57	GISELE MARCHETTI	Aceito
Outros	autorizacao_manipulacao_dados_ubs_colombo.pdf	02/07/2020 18:55:25	GISELE MARCHETTI	Aceito
Outros	solicitacao_acesso_aos_dados_ubs_colombo.pdf	02/07/2020 18:54:48	GISELE MARCHETTI	Aceito
Outros	concordancia_servicos_ubs_colombo.pdf	02/07/2020 18:53:29	GISELE MARCHETTI	Aceito
Outros	coparticipacao_colombo.pdf	02/07/2020 18:52:55	GISELE MARCHETTI	Aceito
Outros	autorizacao_para_manipulacao_de_dados_ubs_mae_curitibana.pdf	02/07/2020 18:51:58	GISELE MARCHETTI	Aceito
Outros	solicitacao_de_acesso_ao_dados_do_prontuario_ubs_mae_curitibana.pdf	02/07/2020 18:51:25	GISELE MARCHETTI	Aceito
Outros	declaracao_ciencia_de_interesse_ubs_mae_curitibana.pdf	02/07/2020 18:46:29	GISELE MARCHETTI	Aceito
Outros	solicitacao_de_acesso_aos_dados_hc.pdf	02/07/2020 18:45:11	GISELE MARCHETTI	Aceito
Outros	autorizacao_manipulacao_dados_hc.pdf	02/07/2020 18:44:52	GISELE MARCHETTI	Aceito
Outros	concordancia_servicos_envolvidos_regulacao_assistencial_hc.pdf	02/07/2020 18:44:19	GISELE MARCHETTI	Aceito
Outros	concordancia_servicos_envolvidos_chefe_pediatria_hc.pdf	02/07/2020 18:43:22	GISELE MARCHETTI	Aceito
Outros	concordancia_servicos_envolvidos_uti_hc.pdf	02/07/2020 18:42:05	GISELE MARCHETTI	Aceito
Outros	coparticipante_hc.pdf	02/07/2020 18:40:56	GISELE MARCHETTI	Aceito
Declaração de concordância	concordancia_da_instituicao_participante_cep_ufpr.pdf	02/07/2020 18:38:49	GISELE MARCHETTI	Aceito
Outros	ata_ppgo.pdf	02/07/2020 18:38:21	GISELE MARCHETTI	Aceito
Declaração de Manuseio Material Biológico / Biorepositório / Biobanco	termo_guarda_material_biologico_cep_ufpr.pdf	02/07/2020 18:37:51	GISELE MARCHETTI	Aceito

Endereço: Rua Padre Camargo, 285 - 1º andar**Bairro:** Alto da Glória**CEP:** 80.060-240**UF:** PR**Município:** CURITIBA**Telefone:** (41)3360-7259**E-mail:** cometica.saude@ufpr.br



Continuação do Parecer: 4.220.023

Declaração de Pesquisadores	declaracao_de_compromisso_da_equipe_da_pesquisa.pdf	02/07/2020 18:37:17	GISELE MARCHETTI	Aceito
Outros	analise_merito.pdf	02/07/2020 18:36:34	GISELE MARCHETTI	Aceito
Folha de Rosto	folha_de_rosto_PB.pdf	02/07/2020 18:33:02	GISELE MARCHETTI	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

CURITIBA, 18 de Agosto de 2020

Assinado por:
IDA CRISTINA GUBERT
(Coordenador(a))

Endereço: Rua Padre Camargo, 285 - 1º andar

Bairro: Alto da Glória

CEP: 80.060-240

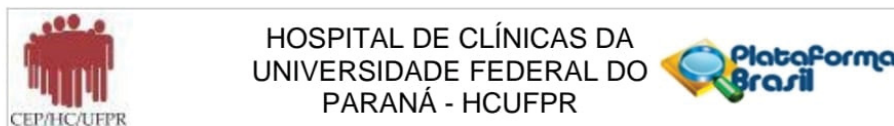
UF: PR

Município: CURITIBA

Telefone: (41)3360-7259

E-mail: cometica.saude@ufpr.br

9.2 ANEXO 2 - APROVAÇÃO E LIBERAÇÃO ÉTICA PELO COMITÊ DE ÉTICA E PESQUISA DO SETOR DO HOSPITAL E CLÍNICAS, CURITIBA, BRASIL



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Elaborado pela Instituição Coparticipante

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Condições bucais, sistêmicas, nutricionais e fatores associados em pares de mães e crianças prematuras.

Pesquisador: LUCIANA REICHERT ASSUNÇÃO ZANON

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 34787320.4.3001.0096

Instituição Proponente: Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 4.320.926

Apresentação do Projeto:

Pesquisa do binômio mãe filho, para avaliar diferenças entre condições bucais, nutricionais e sistêmicas quando a criança é prematura e quando ela é de termo.

Objetivo da Pesquisa:

O objetivo desta pesquisa será avaliar

condições bucais, sistêmicas, nutricionais e fatores associados em pares de mães e crianças prematuras comparando-se a um grupo controle de pares de mães e crianças nascidas a termo. Serão selecionados na linha de base (baseline) pares de mães e crianças, sendo 120 pares de mães e crianças nascidas com parto prematuro e 120 pares de mães e crianças nascidas a termo. As crianças avaliadas no primeiro mês de vida e aos 6,

12, 18, 24, 36, 48 e 60 meses de idade

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Alguns riscos relacionados ao estudo podem ser constrangimento para responder as perguntas dos questionários, além de possível desconforto com os exames intrabucais e coleta do material microbiológico bucal. A fim de diminuir este risco os pesquisadores receberão treinamento para os exames e para a aplicação dos questionários. Além disso, o participante pode interromper ou mesmo não responder alguma pergunta dos questionários ou se recusar a fazer o exame, sem

Endereço: Rua Gal. Carneiro, 181
Bairro: Alto da Glória **CEP:** 80.060-900
UF: PR **Município:** CURITIBA
Telefone: (41)3360-1041 **Fax:** (41)3360-1041 **E-mail:** cep@hc.ufpr.br



HOSPITAL DE CLÍNICAS DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ - HCUFPR



Continuação do Parecer: 4.320.926

prejuízo algum.

Benefícios:

Os benefícios diretos esperados com essa pesquisa serão a realização de orientações de saúde bucal envolvidas com a prematuridade, solucionar dúvidas que os participantes possam ter e sendo constatado alguma alteração bucal, o participante será encaminhada para tratamento odontológico na Universidade Federal do Paraná, que fica localizada na rua Lothário Meissner, 632- Prédio de Odontologia, conforme declarações de supervisão de atendimento enviadas. Como benefícios indiretos serão a aquisição de conhecimentos acerca da relação do parto prematuro e as doenças da boca, além de contribuir para o avanço da ciência, podendo desenvolver estratégias

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Trata-se de um estudo prospectivo comparando grupos distintos de binômio mãe/filho no que toca a idade gestacional do neonato. Tem objetivos e metodologia bem definidos.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Adequados

Recomendações:

É obrigatório trazer ao CEP/HC uma via do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido que foi aprovado, para assinatura e rubrica, o mesmo deve estar em formatação adequada e com as caixas de rubricas no rodapé das páginas que não contenham assinatura. Após, fazer cópia fiel do TCLE aprovado e rubricado em duas vias: uma ficará com o pesquisador e outra com o participante da pesquisa.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

pendências atendidas, projeto aprovado

Considerações Finais a critério do CEP:

Diante do exposto, o Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos do HC-UFPR, de acordo com as atribuições definidas na Resolução CNS 466/2012 e na Norma Operacional Nº 001/2013 do CNS, manifesta-se pela aprovação do projeto, conforme proposto, para início da Pesquisa. Solicitamos que sejam apresentados a este CEP relatórios semestrais sobre o andamento da pesquisa, bem como informações relativas às modificações do protocolo, cancelamento, encerramento e destino dos conhecimentos obtidos. Os documentos da pesquisa devem ser mantidos arquivados.

É dever do CEP acompanhar o desenvolvimento dos projetos por meio de relatórios semestrais dos

Endereço: Rua Gal. Carneiro, 181

Bairro: Alto da Glória

CEP: 80.060-900

UF: PR

Município: CURITIBA

Telefone: (41)3360-1041

Fax: (41)3360-1041

E-mail: cep@hc.ufpr.br



HOSPITAL DE CLÍNICAS DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ - HCUFPR



Continuação do Parecer: 4.320.926

pesquisadores e de outras estratégias de monitoramento, de acordo com o risco inerente à pesquisa.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1614797.pdf	01/09/2020 10:57:19		Aceito
Outros	modelo_declaracao_ausencia_custos_HC_UFPR.pdf	01/09/2020 10:56:29	LUCIANA REICHERT	Aceito
Outros	Resposta_pendencias_CEP_UFPR.docx	10/08/2020 15:14:47	GISELE MARCHETTI	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_de_pesquisa_final_corrigido.docx	10/08/2020 15:13:32	GISELE MARCHETTI	Aceito
Outros	check_list_cep_ufpr.pdf	09/07/2020 16:28:31	GISELE MARCHETTI	Aceito
Outros	Concordancia_de_Coparticipacao_UnG.pdf	09/07/2020 16:12:14	LUCIANA REICHERT	Aceito
Outros	carta_de_encaminhamento_do_pesquisador.pdf	03/07/2020 14:52:42	GISELE MARCHETTI	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_de_pesquisa_final.docx	03/07/2020 14:48:10	GISELE MARCHETTI	Aceito
Outros	declaracao_supervisao_atendimento_periodontia_UFPR.pdf	03/07/2020 14:28:37	GISELE MARCHETTI	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_mae_crianca_termo.docx	03/07/2020 10:26:02	GISELE MARCHETTI	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_mae_crianca_prematura.docx	03/07/2020 10:25:51	GISELE MARCHETTI	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_crianca_termo.docx	03/07/2020 10:25:41	GISELE MARCHETTI	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_crianca_prematura.docx	03/07/2020 10:25:29	GISELE MARCHETTI	Aceito
Outros	declaracao_supervisao_atendimento_	02/07/2020	GISELE	Aceito

Endereço: Rua Gal. Carneiro, 181

Bairro: Alto da Glória

CEP: 80.060-900

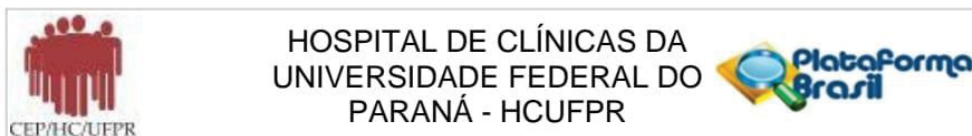
UF: PR

Município: CURITIBA

Telefone: (41)3360-1041

Fax: (41)3360-1041

E-mail: cep@hc.ufpr.br



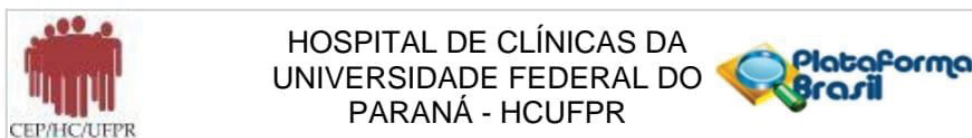
Continuação do Parecer: 4.320.926

Outros	odontopediatria_UFPR.pdf	18:58:22	GISELE	Aceito
Outros	concordancia_servicos_envolvidos_UnG.pdf	02/07/2020 18:57:06	GISELE MARCHETTI	Aceito
Outros	concordancia_servicos_envolvidos_PPG O.pdf	02/07/2020 18:56:27	GISELE MARCHETTI	Aceito
Outros	concordancia_servicos_envolvidos_nutri cao.pdf	02/07/2020 18:55:57	GISELE MARCHETTI	Aceito
Outros	autorizacao_manipulacao_dados_ubs_c olombo.pdf	02/07/2020 18:55:25	GISELE MARCHETTI	Aceito
Outros	solicitacao_acesso_aos_dados_ubs_colombo.pdf	02/07/2020 18:54:48	GISELE MARCHETTI	Aceito
Outros	concordancia_servicos_ubs_colombo.pdf	02/07/2020 18:53:29	GISELE MARCHETTI	Aceito
Outros	coparticipacao_colombo.pdf	02/07/2020 18:52:55	GISELE MARCHETTI	Aceito
Outros	autorizacao_para_manipulacao_de_dados_ubs_mae_curitibana.pdf	02/07/2020 18:51:58	GISELE MARCHETTI	Aceito
Outros	solicitacao_de_acesso_ao_dados_do_prontuario_ubs_mae_curitibana.pdf	02/07/2020 18:51:25	GISELE MARCHETTI	Aceito
Outros	declaracao_ciencia_de_interesse_ubs_mae_curitibana.pdf	02/07/2020 18:46:29	GISELE MARCHETTI	Aceito
Outros	solicitacao_de_acesso_aos_dados_hc.pdf	02/07/2020 18:45:11	GISELE MARCHETTI	Aceito
Outros	autorizacao_manipulacao_dados_hc.pdf	02/07/2020 18:44:52	GISELE MARCHETTI	Aceito
Outros	concordancia_servicos_envolvidos_regulacao_assistencial_hc.pdf	02/07/2020 18:44:19	GISELE MARCHETTI	Aceito
Outros	concordancia_servicos_envolvidos_chefe_pediatria_hc.pdf	02/07/2020 18:43:22	GISELE MARCHETTI	Aceito
Outros	concordancia_servicos_envolvidos_uti_hc.pdf	02/07/2020 18:42:05	GISELE MARCHETTI	Aceito
Outros	coparticipante_hc.pdf	02/07/2020 18:40:56	GISELE MARCHETTI	Aceito
Outros	ata_ppgo.pdf	02/07/2020 18:38:21	GISELE MARCHETTI	Aceito
Declaração de Manuseio Material Biológico / Biorepositório / Biobanco	termo_guarda_material_biologico_cep_ufpr.pdf	02/07/2020 18:37:51	GISELE MARCHETTI	Aceito
Outros	analise_merito.pdf	02/07/2020 18:36:34	GISELE MARCHETTI	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Endereço: Rua Gal. Carneiro, 181**Bairro:** Alto da Glória**CEP:** 80.060-900**UF:** PR**Município:** CURITIBA**Telefone:** (41)3360-1041**Fax:** (41)3360-1041**E-mail:** cep@hc.ufpr.br



Continuação do Parecer: 4.320.926

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

CURITIBA, 05 de Outubro de 2020

Assinado por:
maria cristina sartor
(Coordenador(a))

Endereço: Rua Gal. Carneiro, 181

Bairro: Alto da Glória

CEP: 80.060-900

UF: PR

Município: CURITIBA

Telefone: (41)3360-1041

Fax: (41)3360-1041

E-mail: cep@hc.ufpr.br

9.3 ANEXO 3 – INSTRUMENTO BREASTFEEDING SELF-EFFICACY SCALE, TRADUZIDO E ADAPTADO PARA O PORTUGUÊS – ESCALA DE AUTOEFICÁCIA NA AMAMENTAÇÃO

AUTOEFICÁCIA NA AMAMENTAÇÃO

Para cada uma das seguintes afirmações, por favor, escolha a resposta que melhor descreve até que ponto você está confiante em amamentar o seu novo bebê. Por favor, marque a sua resposta circulando o número mais próximo de como você se sente. Não existe uma resposta certa ou errada.

1 = Discordo totalmente
2 = Discordo
3 = Às vezes concordo
4 = Concordo
5 = Concordo totalmente

1. Eu sempre seguro meu bebê confortavelmente quando dou de mamar.	1	2	3	4	5
2. Eu sempre coloco o meu bebê corretamente no peito.	1	2	3	4	5
3. Eu sempre me concentro para completar uma mamada de cada vez. (na hora da mamada presto atenção somente no meu bebê).	1	2	3	4	5
4. Eu sempre sinto quando o bebê pega o peito.	1	2	3	4	5
5. Eu sempre consigo tirar o bebê do meu peito sem sentir dor.	1	2	3	4	5
6. Eu sempre sinto quando o meu bebê está mamando o suficiente.	1	2	3	4	5
7. Eu sempre lido com amamentação com sucesso, da mesma forma que eu lido com outros desafios. (supero com sucesso a amamentação e as demais situações da vida).	1	2	3	4	5
8. Eu sempre posso contar com a minha família para apoiar a minha decisão de amamentar.	1	2	3	4	5
9. Eu sempre me sinto motivada para dar de mamar direitinho.	1	2	3	4	5
10. Eu sempre acompanho a quantidade de leite que o bebê está tomando ao observar a urina e as fezes. (atenta para a troca de fraldas 6 vezes ou mais durante o dia).	1	2	3	4	5
11. Eu sempre alimento o meu bebê sem usar leite em pó como suplemento.	1	2	3	4	5
12. Eu sempre percebo se o meu bebê está pegando o peito direitinho durante toda a mamada.	1	2	3	4	5
13. Eu sempre lido com a amamentação de forma a me satisfazer.	1	2	3	4	5
14. Eu sempre posso amamentar mesmo se o meu bebê estiver chorando.	1	2	3	4	5
15. Eu sempre consigo manter meu bebê acordado no peito durante a amamentação.	1	2	3	4	5
16. Eu sempre tenho leite suficiente de acordo com as necessidades do bebê.	1	2	3	4	5
17. Eu sempre evito usar mamadeira no primeiro mês. (não uso mamadeira no primeiro mês).	1	2	3	4	5
18. Eu sempre alimento o meu bebê somente no peito. (toda vez que o bebê está com fome dou o peito).	1	2	3	4	5
19. Eu sempre me mantenho motivada para amamentar o meu bebê. (quero amamentar).	1	2	3	4	5
20. Eu sempre posso contar com o apoio das minhas amigas para amamentar. (ajuda, força das amigas).	1	2	3	4	5
21. Eu sempre sinto vontade de continuar amamentando.	1	2	3	4	5
22. Eu sempre amamento meu bebê a cada 2-3 horas.	1	2	3	4	5
23. Eu sempre quero dar de mamar por no mínimo 1 mês e meio. (amamentar um mês e meio ou mais tempo).	1	2	3	4	5
24. Eu sempre posso dar de mamar confortavelmente na frente de pessoas da minha família.	1	2	3	4	5
25. Eu sempre fico satisfeita com a minha experiência de amamentar.	1	2	3	4	5
26. Eu sempre consigo amamentar confortavelmente em lugares públicos.	1	2	3	4	5
27. Eu sempre posso lidar com o fato de que amamentar exige tempo. (mesmo consumindo o meu tempo eu quero amamentar).	1	2	3	4	5

28. Eu sempre amamento meu bebê em um peito e depois mudo para o outro.	1	2	3	4	5
29. Eu sempre continuo amamentando meu bebê a cada alimentação dele. (a cada mamada).	1	2	3	4	5
30. Eu sempre sinto se o bebê está chupando o peito direitinho.	1	2	3	4	5
31. Eu sempre posso aceitar o fato de que amamentar limita temporariamente minha liberdade. (organizo as minhas saídas de casa para trabalho, festas com amamentação do bebê).	1	2	3	4	5
32. Eu sempre consigo adequar as minhas necessidades às necessidades do bebê. (organizo minhas necessidades de banho, sono, alimentação com a amamentação do bebê).	1	2	3	4	5
33. Eu sempre sei quando o meu bebê terminou a mamada.	1	2	3	4	5

10. APÊNDICES

10.1 APÊNDICE 1 – QUESTIONÁRIO ELABORADO PARA A FASE I DO ESTUDO, APLICADO AOS 30 DIAS

QUESTIONÁRIO PARA FASE T1

Data: ____ / ____ / ____

ID: _____

Dados de identificação

-Nome Mãe: _____ DN: ____/____/____

-Nome pai: _____ DN: ____/____/____

-Onde a senhora mora? _____

-Telefones: _____ - _____

-Quantos filhos você tem? () Este é meu primeiro filho () 2 () 3 () Mais de três () NR

- Nome da criança: _____

- Sexo: () Feminino () Masculino

Data de Nascimento da criança: ____/____/____

HÁBITOS

-Seu filho(a) usa chupeta? () Sim () Não

-Se sim, com quantos dias iniciou? _____ dias – Em que momentos do dia usa? () manhã () tarde () noite

-Usa para dormir? () Sim () Não () Às vezes – Usa a noite toda? () Sim () Não () Às vezes () Não sei

-Se utiliza só para dormir, a criança solta a chupeta sozinha após pegar no sono? () Sim () Não () Não sei

-Se utiliza só para dormir, você (ou outra pessoa) remove a chupeta após a criança pegar no sono?

() Sim () Não () Não sei

-Você utiliza prendedor de chupeta ou outro recurso para fixar na roupinha do seu filho? () Sim () Não

-Qual chupeta utiliza? () ortodôntica () convencional () Não sei

-Seu filho(a) chupa o dedo? () Sim () Não -Se sim, com quantos dias iniciou? _____ dias

-Em que momentos do dia chupa o dedo? () manhã () tarde () noite

-Chupa para dormir? () Sim () Não () Às vezes – Chupa a noite toda? () Sim () Não () Às vezes

-Seu filho(a) faz sucção de outros materiais? () Sim () Não () Não sei

- Se sim, qual material? _____

-Se sim, quando iniciou? _____ dias -Qual é a frequência? _____

SAÚDE MATERNA GERAL E BUCAL DURANTE A GESTAÇÃO

- Houve necessidade de suporte psicológico durante a gestação (com psicólogo ou psiquiatra)? () Sim

() Não - Se sim, por qual motivo? _____

SAÚDE DA MÃE PÓS-PARTO

-Após o parto você apresentou:

() Depressão pós parto () Depressão () Ansiedade () Uso de álcool () Fumo () Drogas

() Transtornos de humor () Distúrbios do sono () Tentativa de suicídio

-Se a sua resposta foi sim para algum dos questionamentos acima, você notou que isso atrapalhou sua amamentação? () Sim () Não

-Você teve que parar de amamentar por algum problema citado acima? () Sim () Não

-Houve necessidade de suporte psicológico no período pós parto (com psicólogo ou psiquiatra)? () Sim () Não

-Se sim, por qual motivo? _____

-Fez uso de medicamentos controlados (psicotrópicos – para depressão/ansiedade ou outra alteração psicológica)?

() Sim () Não

AMAMENTAÇÃO E HISTÓRICO ALIMENTAR

-Você amamentou outros filhos no peito? () Sim () Não () Não tenho outros filhos

-Se sim, você teve dificuldade em amamentar esse(s) outro(s) filhos(as)? () Sim () Não

- Se sua resposta é não, qual é o motivo para o desmame? () Preocupação com a vaidade ()

Preferiu iniciar com formulas para saciar o bebê () Teve problema com a pega () Volta ao trabalho

() Por escolha Outro: _____

-Você amamenta seu filho somente no peito? () Sim () Não

-Caso sua resposta seja “não” qual o motivo? _____

- Caso sua resposta seja “sim”, até que idade você pretende amamentar seu filho só no peito? _____
- Você recebeu algum suporte para a amamentação? () Sim () Não
- Se sim, quem te orientou? _____
- Se sim, onde foi essa orientação? _____
- Numa escala de 0 a 10, sendo 0 insatisfeito e 10 muito satisfeito, qual o seu grau de satisfação com esse suporte de amamentação?

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

- Seu filho(a) apresenta dificuldade na pega do seio (auréola)? () Sim () Não
- Seu filho(a) apresenta dificuldade de manter a pega? () Sim () Não
- Seu filho(a) realiza pequenos grupos de sucção com pausas longas para respirar (mama pouco e para respirar várias vezes durante a mamada – cansaço do bebê)? () Sim () Não
- Qual posição você utiliza durante a amamentação (mais de uma alternativa pode ser respondida)? () Tradicional () Cavalinho () Deitada () Invertida
- Você sente dificuldade quanto a posição, no momento da amamentação? () Sim () Não
- Número de mamadas diurnas: _____-Número de mamadas noturnas: _____
- Você ordenha seu leite? () Sim () Não
- Seu filho(a) recebe leite através de sonda gástrica? () Sim () Não
- Se sim, qual é o tipo? () nasogástrica () orogástrica
- Seu filho já consumiu algum outro alimento como chás ou suco? () Sim () Não
- Quais? _____
- Seu filho já consumiu algum alimento com açúcar? () Sim () Não
- Seu filho(a) usa mamadeira? () Sim () Não
- Se sim, com quantos dias iniciou? _____ dias
- Qual o conteúdo da mamadeira? _____
- Quantas vezes durante o dia você dá a mamadeira para ele? _____
- Quantas vezes durante a noite você dá a mamadeira para ele? _____
- Ele (ela) toma a mamadeira para dormir ou dormindo? () Sim () Não () Não sei/não lembro

Dados socioeconômicos e demográficos

Qual é o seu estado civil? () Solteira () Casada/União Estável () Separada/Divorciada () Viúva
() Não sabe () NR

-Você exerce atividade remunerada? () Sim () Não

-Qual é a renda familiar mensal (em reais)? _____ Quantas pessoas moram com você na mesma casa? _____

-Qual é o seu grau de instrução?

() Analfabeta () Fundamental I incompleto () Fundamental I completo () Fundamental II incompleto () Fundamental II completo () Ensino médio incompleto () Ensino médio completo () Superior incompleto () Superior completo

Incluindo o total da casa: salários mínimos, Bolsa Família, seguro desemprego e “bicos

Qual é o grau de instrução do responsável pelo sustento da família?

() Analfabeto(a) () Fundamental I incompleto () Fundamental I completo () Não sei () Fundamental II incompleto () Fundamental II completo () Ensino médio incompleto () Ensino médio completo () Superior incompleto () Superior completo

Você possui alguns dos itens abaixo? Caso a resposta for afirmativa, quantos?

Itens	Não tenho	1	2	3	4 ou +
Televisão em cores					
Rádio					
Banheiro					
Automóvel					
Empregada mensalista					
Máquina de lavar					
Videocassete e/ou DVD					
Geladeira					
Freezer					

FORMULÁRIO

SAÚDE MATERNA DURANTE A GESTAÇÃO

-Desvios do crescimento fetal: () Restrição de crescimento fetal () Macrosomia fetal

-Sua gestação foi múltipla? () Sim () Não

-Durante a gestação você apresentou?

() infecção urinária () pneumonias () toxoplasmose () malária () Hanseníase () tuberculose () rubéola

() citomegalovirose () anemias () Hepatite B () Hepatite C () tireoidopatias () asma () cardiopatia

() diabetes () lúpus Eritematoso Sistêmico (LES) () trombofilia () epilepsia () transtornos psiquiátricos

() uso de álcool () fumo () drogas () transtornos de humor () distúrbios do sono () consumo de café/caféina

() transtornos de ansiedade () transtornos psicóticos () dependência de substâncias psicoativas

() transtornos alimentares () câncer na gestação () discordância peso / idade gestacional

() uso de medicações () deficiência renal () episódios múltiplos de febre alta () má nutrição () HIV () Sífilis

() sangramento na gengiva

-Durante os dois últimos meses de gravidez, você teve:

FATORES RELACIONADOS AO PARTO

-Como foi o seu parto?

() Natural () Cesárea programada () Cesárea de emergência () Parto prematuro

() Trabalho de parto prolongado (>24h) () Uso de anestesia geral () Prolapso de cordão

() Descolamento prematuro de placenta () Uso de fórceps

() Uso materno de opióides nas 4 horas que antecedem ao parto

() Padrão anormal de frequência cardíaca fetal () Bradicardia () Taquicardia fetal () Hipóxia

- Houve alguma outra complicação durante o parto, que não as mencionadas acima? () Sim () Não

Se sim, qual? _____

CONDIÇÕES EM SAÚDE AO NASCIMENTO DA CRIANÇA

-Quanto às condições de saúde ao nascimento, seu filho(a) apresentou: () parto prematuro () cianose () prolapso de cordão () baixo peso(<2.500)

-Comprimento ao nascer: _____ cm

-Qual foi a idade gestacional ao nascimento? _____ semanas

-Seu filho(a) sofreu reanimação ao nascimento? () Sim () Não

-Se seu filho nasceu prematuro, com quantas semanas ele(a) nasceu? _____

-Qual foi o peso seu(a) filho(a) quando nasceu? _____

- Logo após o nascimento, seu(a) filho(a) precisou ser encaminhado para a UTI neonatal?

() Sim () Não () Não sei

-Logo após o nascimento, seu(a) filho(a) precisou de algum tratamento médico especial?

() Sim () Não () Não sei

-Se você respondeu sim, marque com um X o tratamento médico especial:

() Preciso de tratamento para icterícia ("amarelão")

() Preciso de oxigênio com intubação

() Preciso de oxigênio sem intubação

() Outro. Qual? _____

-Quanto às condições de saúde ao nascimento, seu filho(a) apresentou:

() necessidade de uso de incubadora Se sim, qual tempo de permanência? _____

() septicemia () candidemia () alimentação oral ou por sonda () febre () infecções () mudança de temperatura () internação hospitalar () uso de medicamentos () dificuldade de sucção () alterações cardíacas () convulsão () icterícia () anemia

-Índice de apgar: 1º minuto: _____ 5º minuto: _____ 10º minuto: _____

-Por quanto tempo seu filho(a) ficou internado? _____

- Colostro terapia()Sim ()Não – Tempo de início: _____
- Prática Canguru ()Sim ()Não – Se sim, de que forma: _____
- Mamou no seio logo após o nascimento ()Sim ()Não

CONDIÇÕES EM SAÚDE NEONATAIS

- Seu(a) filho(a) ficou doente do nascimento até o momento? () Sim () Não () Não sei
- Nos primeiros 30 dias de vida, seu filho(a) apresentou alguma das doenças: () sarampo () caxumba
() catapora () doenças cardíacas () doenças reumáticas () doenças hematológicas () rubéola
() escalartina () doenças renais () doenças hepáticas () doenças neurológicas () otites
() amigdalites () febres recorrentes () deficiências nutricionais () hipopatireoidismo
() problemas neurológicos () desordens hematológica () desordens nefrológicas
() Infecção de ouvido (otite) () gastroenterite
- Apresentou problemas ou doenças respiratórias? () COVID-19 () asma () pneumonia () infecção no trato respiratório () resfriado () bronquite () sinusite () infecção de garganta

Outro: _____

- Foi internado(a) neste período? () Sim () Não
- Caso a afirmação seja positiva, por quanto tempo ficou internado(a)? _____
- Por qual motivo foi internado(a)? _____
- Seu(a) filho(a) tomou algum medicamento do nascimento até o momento? () Sim () Não. Quais?

- A criança possui cólica? () Sim () Não
- A criança já apresentou cólica? () Sim () Não
- Usa ou já usou medicamento para cólica? () Sim () Não
- **Se sim, qual medicamento?** _____
- A criança apresentou alguma alergia? () Sim () Não

- Amamenta no peito? () Sim () Não
- Se sim, com quantos dias iniciou? _____ dias
- Amamentou somente no peito? () Sim () Não
- Recebe leite ordenhado da mãe? () sim () Não
- Se sim, com quantos dias iniciou? _____ dias
- Utilizou leite do banco de leite? () Sim () Não
- Se sim, com quantos dias iniciou? _____ dias
- Utilizou leite do banco de leite e leite materno? () Sim () Não
- Utilizou fórmula? () Sim () Não
- Se sim, com quantos dias iniciou? _____ dias
- Se sim, qual marca a fórmula? _____
- Utilizou fórmula + peito? () Sim () Não
- Utilizou leite de vaca? () Sim () Não
- Utilizou leite em pó? () Sim () Não
- Seu filho já teve contato com açúcar? () Sim () Não
- Idade de início? _____ dias
- Que tipo de contato? Açúcar refinado? ...
- Introduziu adoçante? () Sim () Não
- Em que local você adicionou? () chá () água () outro. Qual?

10.2 APÊNDICE 2 – QUESTIONÁRIO ELABORADO PARA A FASE II DO ESTUDO, APLICADO AOS 90 DIAS

QUESTIONÁRIO PARA FASE T2

Data: ____ / ____ / ____

ID: _____

Dados de identificação

-Nome Mãe: _____

-Nome da criança: _____

HÁBITOS

-Seu filho(a) usa chupeta? () Sim () Não

-Se sim, quando iniciou? _____ – Em que momentos do dia usa? () manhã () tarde () noite

-Usa para dormir? () Sim () Não () Às vezes – Usa a noite toda? () Sim () Não () Às vezes () Não sei

-Se utiliza só para dormir, a criança solta a chupeta sozinha após pegar no sono? () Sim () Não () Não sei

-Se utiliza só para dormir, você (ou outra pessoa) remove a chupeta após a criança pegar no sono?

() Sim () Não () Não sei

-Você utiliza prendedor de chupeta ou outro recurso para fixar na roupinha do seu filho? () Sim () Não

-Qual chupeta utiliza? () ortodôntica () convencional () Não sei

-Seu filho(a) chupa o dedo? () Sim () Não -Se sim, quando iniciou? _____

-Em que momentos do dia chupa o dedo? () manhã () tarde () noite

-Chupa para dormir? () Sim () Não () Às vezes – Chupa a noite toda? () Sim () Não () Às vezes

-Seu filho(a) faz sucção de outros materiais? () Sim () Não () Não sei

- Se sim, qual material? _____

-Se sim, quando iniciou? _____ dias -Qual é a frequência? _____

SAÚDE DA MÃE

-Nos últimos 3 meses você apresentou:

() Depressão () Ansiedade () Uso de álcool () Fumo () Drogas () Transtornos de humor ()

Distúrbios do sono () Tentativa de suicídio

-Se a sua resposta foi sim para algum dos questionamentos acima, você notou que isso atrapalhou sua amamentação? () Sim () Não

-Você teve que parar de amamentar por algum problema citado acima? () Sim () Não

-Houve necessidade de suporte psicológico nesse período (com psicólogo ou psiquiatra)? () Sim () Não

-Se sim, por qual motivo? _____

-Fez uso de medicamentos controlados (psicotrópicos – para depressão/ansiedade ou outra alteração psicológica)?

() Sim () Não

AMAMENTAÇÃO E HISTÓRICO ALIMENTAR

-Você amamenta seu filho somente no peito? () Sim () Não

-Caso sua resposta seja “não” qual o motivo? _____

-Caso sua resposta seja “sim”, até que idade você pretende amamentar seu filho só no peito? _____

- Você recebeu algum suporte para a amamentação? () Sim () Não

- Se sim, quem te orientou? _____

- Se sim, onde foi essa orientação? _____

- Numa escala de 0 a 10, sendo 0 insatisfeito e 10 muito satisfeito, qual o seu grau de satisfação com esse suporte de amamentação?

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

-Seu filho(a) apresenta dificuldade na pega do seio (auréola)? () Sim () Não

-Seu filho(a) apresenta dificuldade de manter a pega? () Sim () Não

-Seu filho(a) realiza pequenos grupos de sucção com pausas longas para respirar (mama pouco e para respirar várias vezes durante a mamada – cansaço do bebê)? () Sim () Não

-Qual posição você utiliza durante a amamentação? () Tradicional () Cavalinho () Deitada () Invertida

-Você sente dificuldade quanto a posição, no momento da amamentação? () Sim () Não

-Número de mamadas diurnas: _____ -Número de mamadas noturnas: _____

- Você ordenha seu leite? () Sim () Não
- Seu filho(a) recebe leite através de sonda gástrica? () Sim () Não
- Se sim, qual é o tipo? () nasogastrica () orogastrica
- Seu filho(a) foi submetido a cirurgia de frenectomia lingual? () Sim () Não () Quando? _____
- Seu filho já consumiu algum outro alimento como chás ou suco? () Sim () Não
Quais? _____
- Seu filho já consumiu algum alimento com açúcar? () Sim () Não
- Seu filho(a) usa mamadeira? () Sim () Não
- Se sim, com quantos dias iniciou? _____ dias
- Qual o conteúdo da mamadeira? _____
- Quantas vezes durante o dia você dá a mamadeira para ele? _____
- Quantas vezes durante a noite você dá a mamadeira para ele? _____
- Ele (ela) toma a mamadeira para dormir ou dormindo? () Sim () Não () Não sei/não lembro

MARCADORES DE CONSUMO ALIMENTAR

Até 6 meses de idade	SIM	NÃO	NÃO SABE	Com açúcar
A criança ontem tomou leite do peito?				
ONTEM a criança consumiu:				
Água ou chá				
Leite de vaca				
Fórmula infantil				
Suco de fruta				
Fruta				
Comida de sal (de panela, papa ou sopa)				
Outros alimentos ou bebidas				

INTRODUÇÃO DO AÇÚCAR

Seu (sua) filho(a) já come os seguintes alimentos:	Sim,	Não,	Não sei	Com açúcar	Sem açúcar
Água					
Chá					
Leites infantis (Ex.: Nan®, nestogeno®, aptamil®, milupa®)					
Outra marca:					
Leite de pacote ou caixa					
Refrigerante					
Sucos artificiais/refrescos em pó/ sucos concentrados					
Bebidas lácteas com sabor/adoçadas (Tipo Yakult®, Toddynho®, Chocomilk®)					
Bebidas a base de soja (Tipo Ades®)					
Leite com aromatizantes (Tipo Nescau®, Toddy®, Nesquik®)					
Iogurte com sabores ou tipo petitsuisse (Tipo Danoninho®)					
Guloseimas (Tipo bala, caramelo, pirulito, sorvete, chocolate)					
Bolos (feitos com mistura para bolo ou comprados prontos) ou sobremesas					
Biscoito/bolacha doce					
Biscoito/bolacha salgada, salgadinhos de pacote					
Cereal matinal com açúcar (Tipo Sucrilhos®)					

Gelatina em pó com sabor					
Frutas frescas (frutas em pedaços ou inteiras)					
Verduras e legumes (frescos ou somente cozidos)					

FREQUÊNCIA QUE A CRIANÇA NORMALMENTE TOMA E COME AS BEBIDAS E ALIMENTOS LISTADOS ABAIXO. CONSIDERE O CONSUMO DOS ÚLTIMOS 3 MESES.

ALIMENTOS/BEBIDAS	Nunca ou raramente	1 ou 2 vezes na semana	3 a 6 vezes na semana	1 ou 2 vezes por dia	3 ou mais vezes por dia
Refrigerante					
Sucos artificiais/refrescos em pó/ sucos concentrados					
Bebidas lácteas com sabor/adoçadas (Tipo Yakult®,					
Bebidas à base de soja (Tipo Ades®)					
Leite com aromatizantes (Tipo Nescäu®, Toddy®,					
Iogurte com sabores ou tipo petsuisse (Tipo					
Guloseimas (Tipo bala, caramelo, pirulito, sorvete,					
Bolos (feitos com mistura para bolo ou comprados					
Biscoito/bolacha doce					
Biscoito/bolacha salgada, salgadinhos de pacote					
Cereal matinal com açúcar (Tipo Sucrilhos®)					
Gelatina em pó com sabor					
Frutas frescas (frutas em pedaços ou inteiras)					
Verduras e legumes (frescos ou somente cozidos)					

- Amamentou somente no peito? () Sim () Não
- Se sim, com quantos dias iniciou? _____ dias
- Utilizou fórmula? () Sim () Não
- Se sim, com quantos dias iniciou? _____ dias
- Utilizou fórmula + peito? () Sim () Não
- Utilizou leite de vaca? () Sim () Não
- Utilizou leite em pó? () Sim () Não
- Seu filho já teve contato com açúcar? () Sim () Não
- Idade de início? _____ dias
- Que tipo de contato? Açúcar refinado? ...
- Introduziu adoçante? () Sim () Não
- Em que local você adicionou? () chá () água () outro. Qual?
- Nos últimos 6 meses você (mãe) foi ao dentista? () Sim () Não
- Se sim, qual procedimento realizou? () Limpeza () Raspagem () Limpeza + raspagem () Tratamento de canal () Cirurgia () Prótese () Restauração () outros
- Mãe tomou algum medicamento? () Sim () Não
- Qual? Se antibiótico pegar o tempo de uso _____