

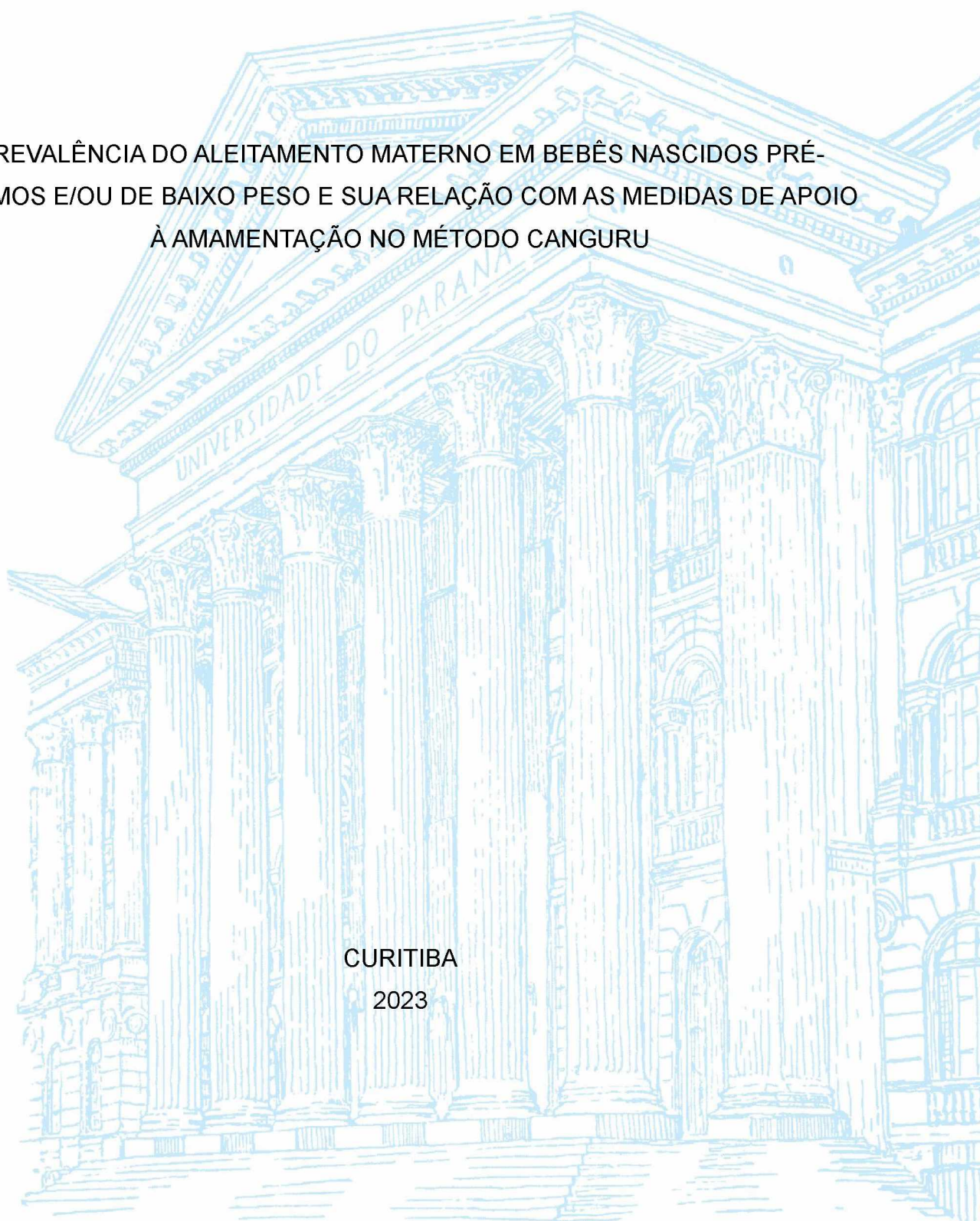
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ

REGINA CELIA TANAKA NUNES

PREVALÊNCIA DO ALEITAMENTO MATERNO EM BEBÊS NASCIDOS PRÉ-
TERMOS E/OU DE BAIXO PESO E SUA RELAÇÃO COM AS MEDIDAS DE APOIO
À AMAMENTAÇÃO NO MÉTODO CANGURU

CURITIBA

2023



REGINA CELIA TANAKA NUNES

PREVALÊNCIA DO ALEITAMENTO MATERNO EM BEBÊS NASCIDOS PRÉ-
TERMOS E/OU DE BAIXO PESO E SUA RELAÇÃO COM AS MEDIDAS DE APOIO
À AMAMENTAÇÃO NO MÉTODO CANGURU

Tese apresentada ao curso de Pós-Graduação em
Saúde da Criança e do Adolescente, Setor de
Ciências da Saúde, Universidade Federal do
Paraná, como requisito parcial à obtenção do título
de Doutor em Saúde da Criança e do Adolescente

Orientadora: Profa. Dra. Regina Paula Guimarães
Vieira Cavalcante da Silva

Coorientadora: Profa. Dra. Mariluci Hautsch Willig

CURITIBA

2023

N972 Nunes, Regina Célia Tanaka

Prevalência do aleitamento materno em bebês nascidos pré-termo e/ou de baixo peso e sua relação com as medidas de apoio à amamentação no método canguru [recurso eletrônico] / Regina Célia Tanaka Nunes. – Curitiba, 2023.

Tese (doutorado) – Programa de Pós-Graduação em Saúde da Criança e do Adolescente. Setor de Ciências da Saúde. Universidade Federal do Paraná.

Orientadora: Profa. Dra. Regina Paula Guimarães Vieira Cavalcante da Silva

Coorientadora: Profa. Dra. Mariluci Hautsch Willig

1. Aleitamento materno. 2. Recém-Nascido Prematuro. 3. Método canguru. I. Silva, Regina Paula Guimarães Vieira Cavalcante da. II. Willig, Mariluci Hautsch. III. Programa de Pós-Graduação em Saúde da Criança e do Adolescente. Setor de Ciências da Saúde. Universidade Federal do Paraná. IV. Título.



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
SETOR DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO SAÚDE DA CRIANÇA E
DO ADOLESCENTE - 40001016013P8

TERMO DE APROVAÇÃO

Os membros da Banca Examinadora designada pelo Colegiado do Programa de Pós-Graduação SAÚDE DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE da Universidade Federal do Paraná foram convocados para realizar a arguição da tese de Doutorado de **REGINA CÉLIA TANAKA NUNES** intitulada: **PREVALÊNCIA DO ALEITAMENTO MATERNO EM BEBÊS NASCIDOS PRÉ-TERMO E/OU DE BAIXO PESO E SUA RELAÇÃO COM AS MEDIDAS DE APOIO À AMAMENTAÇÃO NO MÉTODO CANGURU**, sob orientação da Profa. Dra. REGINA PAULA GUIMARÃES VIEIRA CAVALCANTE DA SILVA, 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 doutora 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, 17 de Março de 2023.

Assinatura Eletrônica

22/03/2023 15:48:20.0

REGINA PAULA GUIMARÃES VIEIRA CAVALCANTE DA SILVA
Presidente da Banca Examinadora

Assinatura Eletrônica

17/03/2023 11:30:53.0

CRISTINA TERUMY OKAMOTO

Avaliador Externo (UNIVERSIDADE POSITIVO)

Assinatura Eletrônica

26/03/2023 17:36:14.0

MARILUCI HAUTSCH WILLIG

Coorientador(a)

Assinatura Eletrônica

17/03/2023 11:03:38.0

EVANGELIA KOTZIAS ATHERINO DOS SANTOS

Avaliador Externo (UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA)

Assinatura Eletrônica

17/03/2023 10:44:28.0

PAULYNE STADLER VENZON

Avaliador Externo (UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ)

Rua General Carneiro, 181 - 14º andar - CURITIBA - Paraná - Brasil

CEP 80060-900 - Tel: (41) 3360-7994 - E-mail: ppgsca@ufpr.br

Documento assinado eletronicamente de acordo com o disposto na legislação federal Decreto 8539 de 08 de outubro de 2015.

Gerado e autenticado pelo SIGA-UFPR, com a seguinte identificação única: 264406

Para autenticar este documento/assinatura, acesse <https://www.pppg.ufpr.br/siga/visitante/autenticacaoassinaturas.jsp> e insira o código 264406

Dedico este trabalho à minha família e aos pais dos recém-nascidos pré-
termos. Compreendi um pouco dos sentimentos vivenciados por vocês que têm um
filho internado em uma UTI neonatal.

AGRADECIMENTOS

A Deus, pela vida, por me fortalecer e permitir ver as possibilidades diante dos obstáculos em minha caminhada.

Ao Programa de Pós-Graduação em Saúde da Criança e do Adolescente, da Universidade Federal do Paraná, pelo compromisso com a melhoria da assistência, por meio da formação, nas diversas profissões da área de saúde.

À minha orientadora, Professora Dr^a. Regina Paula Guimarães Vieira Cavalcante da Silva pela confiança e incentivo em realizar esse trabalho. Obrigada por me guiar nesta jornada do conhecimento!

À minha co-orientadora Prof^a. Dr^a. Mariluci Hautsch Willig pela amizade, confiança e incentivo.

À Prof^a. Dr^a. Monica Cat por todos os ensinamentos e auxílio na estatística.

Às Professoras Dr^a. Paulyne Stadler Venzon e Dr^a. Letícia Pontes por participarem da banca de qualificação com excelentes contribuições.

Ao membros da banca de defesa, Prof^a Dr^a Evangelia Kotzias Atherino dos Santos, Prof^a Dr^a Cristina Terumi Okamoto, Prof^a Dr^a Paulyne Stadler Venzon, pelas contribuições valiosas no trabalho pois foram essenciais para o enriquecimento da tese.

À Dr^a. Márcia Seima pelas palavras de incentivo e pela amizade.

Aos meus pais Takeo e Yukiko Tanaka pelo imenso amor e dedicação, exemplos de coragem e determinação.

Ao meu esposo Sérgio Luiz Nunes pela cumplicidade, amor e paciência. Por acreditar no meu sonho e estar sempre ao meu lado.

Aos meus filhos Guilherme Tanaka Nunes e Gabriel Tanaka Nunes que acreditaram na minha caminhada e pelas palavras de incentivo nas horas difíceis.

Ao Complexo Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná-EBSERH minha segunda casa, por ter proporcionado minha experiência profissional nesta instituição e ser o local de pesquisa.

Às minhas amigas da Sala das Comissões, Camila e Laiane pelo auxílio nas horas difíceis. Silviane, Cristiane e Jane pelas palavras de incentivo.

À equipe do Serviço de Neonatologia do Complexo Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná, que se dedicam aos cuidados dos recém-nascidos. Agradeço pelas contribuições na pesquisa.

Aos pais dos RN internados na Enfermaria Canguru pelas informações prestadas e por terem participado da pesquisa.

“Ninguém ignora tudo. Ninguém sabe tudo. Todos nós sabemos alguma coisa. Todos nos ignoramos alguma coisa. Por isso aprendemos sempre”.

(Paulo Freire)

“Aqueles que passam por nós, não vão sós, não nos deixam sós. Deixam um pouco de si, levam um pouco de nós”.

(Antoine de Saint-Exupéry)

“Por vezes sentimos que aquilo que fazemos não é senão uma gota de água no mar. Mas o mar seria menor se lhe faltasse uma gota”.

(Madre Teresa de Calcutá)

RESUMO

O Método Canguru é um modelo de assistência perinatal voltado para a melhoria da qualidade do cuidado, desenvolvido em três etapas que parte dos princípios da atenção humanizada, permitindo: reduzir o tempo de separação entre mãe e recém-nascido, favorecer o vínculo; o controle térmico adequado e facilitar o aleitamento materno. Este estudo teve como objetivo verificar a prevalência de aleitamento materno até os seis meses de idade em recém-nascidos pré-termos, admitidos na Unidade de Cuidados Intermediários Canguru, do Complexo Hospital de Clínicas, da Universidade Federal do Paraná. Trata-se de estudo observacional, analítico, transversal e com coleta prospectiva de dados, desenvolvido no Serviço de Neonatologia no período de 2018 a 2022, atendendo ao *Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology*. A coleta foi realizada no período de junho de 2018 a fevereiro de 2020 durante a internação da díade mãe-filho próximo da alta com aplicação de um questionário. Após seis meses foi aplicado o questionário de seguimento. Constituíram a amostra do estudo 87 díades mãe-filho, com frequência de amamentação de 83,9% (73 casos), tendo 17 delas amamentado por mais de seis meses (19,5%), 56 delas por um a seis meses (64,4%) e 14 (16,1%) que não amamentaram. Os recém-nascidos das participantes que não amamentaram apresentaram menor idade gestacional ($p = 0,01$), menor peso ao nascimento ($p < 0,001$) e menor comprimento ($p < 0,01$). Observou-se maior frequência de visita ao Banco de Leite Humano entre as participantes que amamentaram ($p = 0,04$) e que tiveram maior orientação sobre a ordenha ($p = 0,05$). As variáveis mais significativamente associadas à amamentação por mais de seis meses incluíram o início da ordenha até o terceiro dia ($p < 0,001$), idade gestacional > 30 semanas ($p < 0,001$), início da alimentação no seio materno até o terceiro dia ($p = 0,01$) e aleitamento materno exclusivo na alta ($p = 0,02$). A probabilidade de aleitamento materno por mais de seis meses aumentou progressivamente de acordo a idade gestacional, passando de 10% com 30 semanas para 40% com 38 semanas e cerca de 65% com 42 semanas. Houve prevalência de cerca de 90% do aleitamento materno em bebês nascidos pré-termos e de baixo peso e foi associada a maior idade gestacional, maior peso do recém-nascido e menor tempo de ventilação mecânica. A visita ao Banco de Leite Humano foi associada a melhores orientações às mães quanto à ordenha e amamentação e o Método Canguru foram avaliados

positivamente pelos profissionais da saúde. Entretanto, salientam grandes desafios para a implementação efetiva como insuficiência de infraestrutura e treinamentos.

Palavras-chave: Estudos observacionais. Enfermagem. Aleitamento materno. Recém-nascidos prematuros. Método Canguru.

ABSTRACT

The Kangaroo Care is a perinatal assistance model aimed at improving care quality. Developed in three stages that come from humanized attention, this method: allows for reduction of separation time between mother and newborn, favors bonding, facilitates adequate thermal control and eases breastfeeding. This study has the objective of verifying the prevalence of breastfeeding until 6 months of age on premature newborns, cared for in the Intermediate Care Unit Kangaroo of the Clinical Hospital Complex, a part of the Federal University of Paraná. This work is an observational study, analytical, transversal and with prospective collection of data, developed in the Neonatology Service in a period that goes from 2018 to 2022, meeting the requirements of *Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology*. The collection was conducted on the period of June 2018 to February 2020, during the hospitalization of the mother-infant dyad close to hospital discharge through the answering of a questionnaire. Six months later, a follow-up questionnaire was answered. The sample was constituted by 87 mother-infant dyads, with a frequency of breastfeeding of 83.9% (73 cases), among which 17 breastfed for more than six months (19.5%), 56 breastfed for one to six months (64.4%) and 14 (16.1%) did not breastfeed. The newborns of the participants that did not breastfeed presented a lower gestational age ($p = 0.01$), lower weight at birth ($p < 0.001$), lower length ($p < 0.01$) and more days in mechanical ventilation ($p < 0.001$). A higher frequency of visits to the Human Milk Bank was observed among participants that breastfed ($p = 0.04$), which also had a better guidance on milking ($p = 0.05$) and started milking between the second and third day ($p < 0.001$). The most significant variables associated to breastfeeding for longer than six months included the milking start within the first three days ($p < 0.001$), gestational age > 30 weeks ($p < 0.001$), beginning of breastfeeding until the third day ($p = 0.01$) and exclusive breastfeeding until hospital discharge ($p = 0.02$). The probability of breastfeeding for more than six months increased progressively according to gestational age, going from 10% for 30 weeks to 40% for 38 weeks and to 65% for 42 weeks. There was a prevalence of around 90% of breastfeeding for newborn babies with low weight and this was related to the larger gestational age, larger weight of the newborn and more time under mechanical ventilation. The visit to the Human Milk Bank was associated with a better guidance to the mothers concerning milking and breastfeeding. The

Kangaroo Care was positively evaluated by healthcare professionals, who have brought up, nonetheless, big challenges to its effective implementation such as lack of infrastructure and training.

Keywords: Observational studies. Nursing. Breastfeeding. Premature newborns. Kangaroo Care.

LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1 - COMPONENTES DA REDE CEGONHA.....	26
FIGURA 2 - DISTRIBUIÇÃO GLOBAL DA AMAMENTAÇÃO AOS 12 MESES DE IDADE	34
FIGURA 3 - FREQUÊNCIA E TEMPO DE AMAMENTAÇÃO - UNIDADE DE NEONATOLOGIA – CHC/UFPR (2018-2020).....	55
FIGURA 4 - CARACTERÍSTICAS DO DOMICÍLIO DE ACORDO COM O TEMPO DE AMAMENTAÇÃO – UNIDADE DE NEONATOLOGIA – CHC/UFPR (2018-2020).....	56
FIGURA 5 - NÚMERO DE PESSOAS NA FAMÍLIA DE ACORDO COM O TEMPO DE AMAMENTAÇÃO – UNIDADE DE NEONATOLOGIA – CHC/UFPR (2018-2020).....	57
FIGURA 6 - NÚMERO DE CONSULTAS DE PRÉ-NATAL DE ACORDO COM O TEMPO DE AMAMENTAÇÃO – UNIDADE DE NEONATOLOGIA – CHC/UFPR (2018-2020).....	58
FIGURA 7 - TIPO DE PARTO DE ACORDO COM O TEMPO DE AMAMENTAÇÃO – UNIDADE DE NEONATOLOGIA – CHC/UFPR (2018-2020).....	58
FIGURA 8 - CAUSAS DE DESMAME DE ACORDO COM O TEMPO DE AMAMENTAÇÃO – UNIDADE DE NEONATOLOGIA – CHC/UFPR (2018-2020).....	63

LISTA DE GRÁFICOS

GRÁFICO 1 - PREVALÊNCIA DO ALEITAMENTO MATERNO, POR FAIXA ETÁRIA E INQUÉRITO NACIONAL. BRASIL, 1986, 1996, 2006, 2013	35
GRÁFICO 2 - TENDÊNCIA TEMPORAL DA TAXA DE PREMATURIDADE NO BRASIL, NO PERÍDO DE 2007 A 2016	38
GRÁFICO 3 - DISTRIBUIÇÃO DOS FATORES DO DESMAME PRECOCE	41
GRÁFICO 4 - FOREST PLOT DOS FATORES ASSOCIADOS À AMAMENTAÇÃO POR MAIS DE SEIS MESES	64
GRÁFICO 5 - PROBABILIDADE DE ALEITAMENTO MATERNO POR MAIS DE SEIS MESES DE ACORDO COM A IDADE GESTACIONAL	64
GRÁFICO 6 – FREQUÊNCIA DE ALEITAMENTO MATERNO DE ACORDO COM AS CLASSES DE IDADE GESTACIONAL	65
GRÁFICO 7 - DISTRIBUIÇÃO DE FREQUÊNCIA DE TEMPO DE ALEITAMENTO MATERNO DE ACORDO COM AS CLASSES DE IDADE GESTACIONAL	66

LISTA DE TABELAS

TABELA 1 - COMPOSIÇÃO DO COLOSTRO E DO LEITE MATERNO MADURO DE MÃES DE CRIANÇAS A TERMO E PRÉ-TERMO	36
TABELA 2 - CARACTERÍSTICAS DAS MÃES DE ACORDO COM O TEMPO DE AMAMENTAÇÃO – UNIDADE DE NEONATOLOGIA – CHC/UFPR (2018-2020).....	56
TABELA 3 – ANTECEDENTES GESTACIONAIS DE ACORDO COM O TEMPO DE AMAMENTAÇÃO – UNIDADE DE NEONATOLOGIA – CHC/UFPR (2018-2020).....	57
TABELA 4 - ANTECEDENTES DE AMAMENTAÇÃO DE ACORDO COM O TEMPO DE AMAMENTAÇÃO – UNIDADE DE NEONATOLOGIA – CHC/UFPR (2018-2020)	59
TABELA 5 – CARACTERÍSTICAS DO RECÉM-NASCIDO DE ACORDO COM O TEMPO DE AMAMENTAÇÃO – UNIDADE DE NEONATOLOGIA – CHC/UFPR (2018-2020)	59
TABELA 6 - CARACTERÍSTICAS DA AMAMENTAÇÃO DE ACORDO COM O TEMPO DE AMAMENTAÇÃO – UNIDADE DE NEONATOLOGIA – CHC/UFPR (2018-2020)	60
TABELA 7 – CARACTERÍSTICAS DA ALIMENTAÇÃO DE ACORDO COM O TEMPO DE AMAMENTAÇÃO – UNIDADE DE NEONATOLOGIA – CHC/UFPR (2018-2020)	61
TABELA 8 - CARACTERÍSTICAS DO MÉTODO CANGURU DE ACORDO COM O TEMPO DE AMAMENTAÇÃO – UNIDADE DE NEONATOLOGIA – CHC/UFPR (2018-2020)	62
TABELA 9 – SUGESTÕES DAS PARTICIPANTES PARA A UCINCA – UNIDADE DE NEONATOLOGIA – CHC/UFPR (2018-2020).....	67
TABELA 10 – AVALIAÇÃO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE SOBRE O MÉTODO CANGURU – UNIDADE DE NEONATOLOGIA – CHC/UFPR (2018-2020).....	68

LISTA DE ABREVIATURAS OU SIGLAS

AIG	- Adequado para a idade gestacional
AM	- Aleitamento materno
AME	- Aleitamento materno exclusivo
BLH	- Banco de Leite Humano
BP	- Baixo peso.
CHC-UFPR	- Complexo Hospital de Clínicas da UFPR
CNO ₂	- Cateter nasal de Oxigênio
CPAP	- Pressão positiva contínua nas vias aéreas
ECA	- Estatuto da Criança e do Adolescente
GIG	- Grande para a idade gestacional
IHAC	- Iniciativa do Hospital Amigo da Criança
MC	- Método Canguru
NIPPV	-Ventilação com pressão positiva nasal intermitente
NPT	- Nutrição parenteral total
OMS	- Organização Mundial de Saúde
PAISC	- Programa de Assistência Integral à Saúde da Criança.
PAISM	- Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher
PAISMC	- Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher e da Criança
PIG	- Pequeno para a idade gestacional
PNAISC	- Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança
PNAISM	- Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher
RN	- Recém-nascido
RNPT	- Recém-nascido pré-termo
RNT	- Recém-nascido a termo
SUS	- Sistema Único de Saúde
UBS	- Unidade Básica de Saúde
UCIN	- Unidade de Cuidados Intermediários Neonatal
UCINCa	- Unidade de Cuidados Intermediários Canguru
UCINCo	- Unidade de Cuidados Intermediários Convencional
UTIN	- Unidade de Terapia Intensiva Neonatal

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	14
1.1 OBJETIVOS	19
1.1.1 Objetivo geral	19
1.1.2 Objetivos específicos.....	19
2 REVISÃO DE LITERATURA	20
2.1 POLÍTICAS PÚBLICAS MATERNO INFANTIL	20
2.2 ALEITAMENTO MATERNO	29
2.3 RECÉM-NASCIDOS PRÉ-TERMOS E DE BAIXO PESO.....	37
2.4 MÉTODO CANGURU.....	42
3 MATERIAL E MÉTODOS	48
3.1 TIPO DE ESTUDO	48
3.2 LOCAL E PERÍODO DE ESTUDO	48
3.4 POPULAÇÃO FONTE	49
3.5 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO.....	49
3.6 CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO	49
3.7 POPULAÇÃO DE ESTUDO	50
3.8 AMOSTRA E TÉCNICA DE AMOSTRAGEM.....	50
3.9 VARIÁVEIS DE ESTUDO.....	50
3.10 FONTES DE VIÉS.....	52
3.11 PROCEDIMENTOS DE ESTUDO.....	52
3.12 TABULAÇÃO E GERENCIAMENTO DE DADOS	53
3.13 ANÁLISE ESTATÍSTICA	53
3.14 ÉTICA EM PESQUISA	53
3.15 MONITORIZAÇÃO DA PESQUISA.....	54
3.16 FOMENTO PARA A PESQUISA, PROFISSIONAIS E SERVIÇOS ENVOLVIDOS	54
4 RESULTADOS	55
4.1 QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO DOS PROFISSIONAIS	67
5 DISCUSSÃO	69
6 CONCLUSÃO	77
6.1 LIMITAÇÕES E RECOMENDAÇÕES PARA TRABALHOS FUTUROS	78
REFERÊNCIAS	79

ANEXOS

ANEXO 1 – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP	90
--	----

APÊNDICES

APÊNDICE 1 - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (PAIS) ..	94
---	----

APÊNDICE 2 - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (PROFISSIONAIS)	97
--	----

APÊNDICE 3 - QUESTIONÁRIO PARA OS PAIS DOS RN INTERNADOS NA ENFERMARIA CANGURU	99
---	----

APÊNDICE 4 - QUESTIONÁRIO PARA OS PAIS DOS RN INTERNADOS NA ENFERMARIA CANGURU - 6 MESES APÓS A ENTREVISTA	104
---	-----

APÊNDICE 5 - QUESTIONÁRIO PARA OS PROFISSIONAIS DA NEONATOLOGIA	105
--	-----

APÊNDICE 6 - CHECKLIST STROBE	106
-------------------------------------	-----

1 INTRODUÇÃO

A ocorrência de partos pré-termos tem sido cada vez mais frequente nos diversos países do mundo, provocando a morte de um terço dos recém-nascidos (RN) antes de completar um ano de vida (OMS, 2012). Além disso, o baixo peso ao nascimento, definido por peso ao nascimento inferior a 2.500 gramas independentemente da idade gestacional, representa um fator de risco para o aumento da morbimortalidade neonatal (BRASIL, 2011).

Logo, a mortalidade neonatal representa 52% das mortes de crianças menores de cinco anos. As principais causas são prematuridade, defeitos congênitos, asfixia ao nascer e as doenças infecciosas (OMS, 2017).

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), as causas de prematuridade mais frequentes são o aumento do número de mulheres que engravidam tardiamente e o número elevado de tratamentos para a fertilidade. Outras causas socioeconômicas são: baixo nível social e educacional das mães, fragilidade na organização dos serviços de saúde e uso de drogas lícitas e ilícitas pelas gestantes (OMS, 2017).

Esse cenário exigiu atenção dos serviços de saúde. E em 1979, na Colômbia-Bogotá, surgiu um novo modelo de cuidado ao recém-nascido pré-termo (RNPT) e/ou baixo peso (BP). O número reduzido de incubadoras exigiu que os bebês compartilhassem seu uso, aumentando o índice de infecções cruzadas e conseqüentemente, os índices de mortalidade infantil. Dessa forma, as mães foram incentivadas a manterem os RN em contato pele a pele, utilizando seu corpo como fonte de calor. Essa nova estratégia foi reconhecida e denominada “Método Mãe Canguru” (BRASIL, 2011). A partir dessa experiência, surgiram relatos e evidências de outros benefícios da posição Canguru. Esta proposta inicialmente como uma alternativa de enfrentamento à carência de recursos e limitações financeiras, foi reconhecida por seus benefícios no cuidado ao RN de risco, e adotada no Brasil como política de saúde desde 2001. (BRASIL, 2011)

O Ministério da Saúde brasileiro tem trabalhado com políticas públicas de humanização da atenção ao parto e nascimento como, por exemplo, a Rede Cegonha que visa implantar uma rede de cuidados para assegurar à

mulher o direito ao planejamento reprodutivo e a atenção humanizada à gravidez, ao parto e ao puerpério, bem como à criança o direito ao nascimento seguro, crescimento e desenvolvimento saudáveis desde 2012. Também, a atenção humanizada aos recém-nascidos, crianças, pais e familiares desde 2001. Essas políticas contemplam ações desde o pré-natal, incluindo as mudanças na atenção ao parto e nascimento, buscando assistência segura e de qualidade ao RN (BRASIL, 2011)

Neste sentido, o Ministério da Saúde publicou a Portaria GM/MS nº 1.683, de 12 de julho de 2007 que aprovou as Normas de Orientação para a Implantação do Método Canguru (MC) (BRASIL,2007). O MC é um modelo de assistência perinatal voltado para à melhoria da qualidade do cuidado, desenvolvido em três etapas, a partir dos princípios da atenção humanizada. Este método permite reduzir o tempo de separação entre mãe e recém-nascido, favorecer o vínculo; o controle térmico adequado e reduzir o risco de infecção hospitalar (BRASIL, 2011).

A primeira etapa do MC inicia-se no pré-natal e identifica as gestantes de alto risco. Após o nascimento e com a entrada do RN na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN), deve-se facilitar a entrada e permanência dos pais e estabelecer contato pele a pele com o bebê. Trabalha-se o estímulo ao aleitamento materno e a posição canguru sempre que for possível (BRASIL, 2017).

A segunda etapa ocorre na Unidade de Cuidados Intermediários Neonatal Canguru (UCINCa), na qual a mãe, apoiada e orientada pela equipe de Saúde, assume a maior parte dos cuidados com seu filho. São, ainda, objetivos dessa etapa a continuidade do aleitamento materno (AM), esclarecer as dúvidas em relação aos cuidados do RN e praticar a posição canguru, que precisa ser realizada pelo maior tempo possível (BRASIL ,2017).

A terceira etapa inicia-se com a alta hospitalar e envolve o cuidado com o RN e sua família no espaço extra-hospitalar em parceria com as UBS.

O MC caracteriza-se como uma estratégia que tem mudado o modelo da assistência neonatal no Brasil. Considera-se uma mudança importante na prática, pois além de prestar cuidados ao bebê, inclui atenção voltada aos pais, irmãos, avós e redes de apoio familiar e social. Esta metodologia valoriza

não apenas a sobrevivência, mas, também, a construção de vínculos que poderão garantir a continuidade do AM e dos cuidados após a alta (BRASIL, 2014). Considera-se, portanto, que este modelo de assistência neonatal, oportuniza o contato pele a pele entre os pais e o RN precocemente, por maior tempo possível, fortalecendo a autonomia dos pais com o apoio da equipe multiprofissional (BRASIL, 2014).

Este método apresenta como princípios o acolhimento ao bebê e à sua família; o respeito às individualidades, a promoção de vínculos, o envolvimento da mãe nos cuidados com o bebê, estímulo e suporte para o AM e, a construção de redes de suporte (BRASIL, 2014).

Outros benefícios também estão presentes, reduz o estresse e a dor do recém-nascido; aumenta as taxas de AM; melhora a qualidade do desenvolvimento neurocomportamental e psicoafetivo do RN; propicia melhor relacionamento da família com a equipe de saúde; possibilita maior competência e confiança dos pais no cuidado do seu filho, inclusive após a alta hospitalar; reduz o número de reinternações e contribui para a otimização dos leitos de UTIN e de Unidade de Cuidados Intermediários Neonatais (UCIN) (BRASIL, 2011).

Em 2012, o Ministério da Saúde publicou um relatório da Avaliação dos cuidados neonatais sob a perspectiva da atenção humanizada ao recém-nascido de BP, demonstrando que os RN que ficaram internados em UCINCa apresentaram menores índices de reinternação e os familiares sentiram-se mais apoiados pela equipe de saúde e preparados para cuidar do bebê em casa (BRASIL, 2012)

Outro aspecto importante se refere às questões positivas para as instituições que aderem ao MC. Um estudo realizado no Rio de Janeiro, realizou uma análise de custos da Unidade Canguru e da Unidade de Cuidado Intermediário Convencional (UCINCo), o resultado da pesquisa demonstrou que o custo nas UCINCa foi 25% menor do que os custos de uma UCINCo. As informações utilizadas para essa comparação de custos foram das seis maternidades municipais do Rio de Janeiro com administração direta da Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil do Rio de Janeiro. Este estudo propiciou um novo olhar na disseminação e ampliação dos leitos cangurus no Brasil (ENTRINGER *et al.*, 2013).

O Ministério da Saúde desenvolveu um estudo de coorte prospectivo, comparando oito unidades que já praticavam a segunda etapa do MC e oito unidades que ainda não tinham a segunda fase implantada. Participaram do estudo 985 recém-nascidos pesando entre 500 e 1749g. As unidades que praticavam a segunda etapa do MC tiveram resultado superior ao grupo controle em relação ao AM. A amamentação exclusiva na alta foi de 69,2% neste grupo e, de 23,8% no grupo controle. Houve, também, menor percentual de reinternação, (9,6%) comparado ao grupo controle (17,1%). Os resultados do estudo demonstram que o MC é uma excelente estratégia de humanização e promoção do AM (LAMY *et al.*, 2008).

Na pesquisa “Nascer no Brasil”, com a participação de 266 maternidades de todo o país, apenas 16,1% colocam o RN em contato pele a pele na sala de parto (MOREIRA, 2014). A OMS recomenda o contato pele a pele logo após o parto para incentivar a amamentação e contribuir para o aleitamento materno exclusivo (AME) (WHO, 2018).

Um estudo de revisão sistemática, que teve como objetivo identificar fatores de risco independentes para a amamentação na primeira hora de vida evidenciou que o maior fator de risco para não colocar o RN no contato pele a pele foi a cesariana. Fatores socioeconômicos como baixa renda, baixa escolaridade materna, ausência de pré-natal, pouca orientação sobre amamentação no pré-natal e prematuridade, também foram identificados (ESTEVES *et al.*, 2014).

Um estudo transversal, realizado em um hospital do Irã, teve como objetivo determinar a associação entre o MC e o AME. Participaram 251 RNPT e, no momento da alta, 62,5% mantinham AME. Os autores concluíram que o MC é uma maneira eficaz de incentivo à amamentação exclusiva, constituindo um método seguro, eficaz e viável para prematuros (HEIDARZADEH *et al.*, 2013).

Pesquisa realizada em um Hospital de Ensino no Sul do Brasil mostrou que embora o incentivo ao AM seja um dos princípios do MC, apenas 20,7% dos 181 RN que participaram do estudo tiveram alta hospitalar com AME (FREITAS, 2016). A autora sugere que são necessárias intervenções nas práticas de cuidado, bem como, instituir medidas de apoio e incentivo às mães

de bebês prematuros ou de risco, visando à manutenção da lactação e sucesso do AM, tendo em vista a baixa prevalência do AME no momento da alta e aos seis meses de vida do RN.

Almeida *et al.* (2010) ao compararem RN que ficaram internados na UCINCa e RN que não ficaram em UCINCa de um hospital público municipal situado na região sul de São Paulo, concluíram que MC foi facilitador do AME para recém-nascidos de BP, tanto na maternidade quanto ao longo dos primeiros seis meses de vida.

Dada à complexidade dessa temática, se faz necessário que a equipe multiprofissional envolvida nessa prática desenvolva habilidades e competências para o cuidado humanizado, visando favorecer uma ambiência adequada ao desenvolvimento do bebê. E também promover o apoio centralizado na família e estimular os familiares a prestarem cuidados aos RN. Além disso, estar disponível para oferecer o apoio necessário, esclarecer dúvidas, comprometendo-se com as ações desenvolvidas ao neonato e sua rede social de apoio (CONZ; MEREGHI; JESUS, 2009).

O Serviço de Neonatologia do Complexo Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná (CHC-UFPR) implantou o MC em 2001, conforme recomendação do Ministério da Saúde. Desde então, esforços têm sido aplicados para implementar as três etapas preconizadas pela Norma de Atenção Humanizada ao Recém-Nascido de Muito Baixo Peso. A partir de 2012, foram disponibilizados leitos para a chamada UCINCa, facultando a execução da Segunda Etapa do MC. A UCINCa possibilita a reinternação da mãe na unidade neonatal, garantindo o contato contínuo com seu bebê na posição canguru, pelo maior tempo possível (FREITAS, 2016).

Apesar de todos os esforços à implantação do MC, em uma pesquisa realizada na UCINCa, verificou-se a baixa prevalência da amamentação exclusiva dos RN que ficaram internados neste serviço no momento da alta e aos seis meses de vida (FREITAS, 2016).

Como profissional atuante na instituição CHC-UFPR, foi possível observar que um número significativo de RNPT e de BP apresentou desmame precoce. Isso, provavelmente está vinculado a vários fatores, seja em relação à díade mãe-filho, como também em relação aos profissionais de saúde ou, ainda, as características do serviço. Dessa forma tem-se a seguinte questão

de pesquisa: Qual a prevalência de AM até os seis meses de idade em RNPT e/ou BP admitidos na UCINCa do CHC-UFPR?

Portanto, torna-se necessária a realização de estudos que verifiquem a prevalência da amamentação na UCINCa e na terceira etapa do MC, assim como a proposição de medidas de apoio e incentivo às mães de bebês pré-termos e bebês de risco, com o objetivo de manter a lactação e o sucesso do AM.

1.1 OBJETIVOS

1.1.1 Objetivo geral

Verificar a prevalência de AM até os seis meses de idade em RNPT e/ou BP admitidos na UCINCa do CHC-UFPR.

1.1.2 Objetivos específicos

- Identificar o perfil sociodemográfico e clínico da mãe e do RNPT e de BP admitidos na UCINCa do CHC-UFPR.
- Correlacionar o perfil sociodemográfico e clínico das mães e dos RNPT internados na UCINCa do CHC-UFPR ao tempo de amamentação.
- Identificar as dificuldades e facilidades dos profissionais da saúde que atuam com o MC, acerca das medidas de apoio e incentivo ao AM, no processo de trabalho.

2 REVISÃO DE LITERATURA

Para a construção deste capítulo foi utilizada a revisão narrativa. As revisões narrativas são publicações que buscam descrever e discutir o desenvolvimento ou o “ estado da arte” do tema pesquisado com técnicas de coleta de informações flexíveis (UNESP, 2015).

Serão abordados os seguintes tópicos: Políticas Públicas em Saúde Materno-Infantil, Aleitamento Materno, Recém-nascidos pré-termo e/ou baixo peso e Método Canguru.

2.1 POLÍTICAS PÚBLICAS EM SAÚDE MATERNO-INFANTIL

As transformações sociais, políticas, econômicas, culturais e científicas ocorridas ao longo dos anos trouxeram impactos, principalmente, para a saúde da população. O contexto de vida e saúde de mulheres e crianças foi um dos que mais sofreram alterações ao longo da história.

No Brasil, no período colonial, o índice de mortalidade infantil se mantinha próximo a 70%, isto porque as crianças viviam em precárias condições sanitárias e sociais, além de sofrerem cruéis castigos físicos e, frequentemente, serem abandonadas em casas de caridade ou hospitais. Ainda neste período, as mulheres durante o parto, eram assistidas por parteiras inexperientes e, em seguida, as crianças eram cuidadas por escravas, que não dispunham de alimentos e vestimentas suficientes. Estes fatores acentuavam o processo de adoecimento e morte na infância (ARAÚJO *et al.*, 2014).

A mortalidade materna também era bastante elevada pela falta de capacidade técnica e científica daqueles que prestavam o atendimento, além das más condições sanitárias ambientais onde ocorriam os partos. As principais causas de morte eram vinculadas as hemorragias e infecções puerperais (AMANTE *et al.*, 2011).

O início dos investimentos no campo da saúde data do Século XVIII, momento em que houve a Revolução Industrial, marcada pela substituição do trabalho artesanal pelo assalariado e o uso de maquinários. O regime capitalista, vigente até os dias atuais, é pautado no sistema de troca, competitividade e lucro. Para a obtenção da maior produtividade e lucro, os empresários forçavam os

operários (homens, mulheres e crianças) a trabalharem em longas jornadas de trabalho e com baixos salários. Associado a estes fatores, o êxodo rural ocasionou aumento dos residentes em áreas urbanas, agravando a disseminação de doenças infecciosas pela falta de saneamento básico (AMANTE *et al.*, 2011).

O adoecimento dos trabalhadores gerava impacto negativo na produtividade das fábricas, o que significava redução de lucros. Além disto, eram frequentes os acidentes de trabalho, pelas longas jornadas de trabalho e condições precárias nas fábricas. Surge então o interesse dos empregadores em manter os operários saudáveis para o bom desempenho e produtividade no trabalho.

Diante deste cenário aparecem as primeiras políticas públicas voltadas para o controle social, privilegiando a higiene, a infância e a medicalização da família (SANTOS NETO *et al.*, 2008). O intuito era produzir maior número de crianças com boas condições de saúde, sob a imposição de um conjunto de obrigações tanto aos pais quanto aos filhos. Sob a égide capitalista burguesa, o que dominava era a relação baseada na razão, produtividade e tecnologia. Portanto o indivíduo também passou a ser visto de modo diferenciado, ou seja, não mais como corpo individual, mas corpo social produtivo, o qual devia ser cuidado e protegido (FOUCAULT, 1984).

As crianças, que outrora eram tratadas da mesma forma que adultos, sem nenhuma consideração pelos aspectos relacionados ao crescimento e desenvolvimento infantil, passam a ser reconhecidas enquanto seres biopsicossociais e passíveis de direitos enquanto cidadãos (ARAÚJO *et al.*, 2014).

Entretanto, há dificuldades em encontrar documentação oficial sobre as políticas públicas de atenção à criança, desenvolvidas na primeira metade do século XX. Os registros datam da segunda metade do século passado, principalmente da década de 1970. No ano de 2011 o Ministério da Saúde publicou documento intitulado “Gestões e gestores de políticas públicas de atenção à saúde da criança: 70 anos de história” com o intuito de recuperar a história da Área Temática de Saúde da Criança e Aleitamento Materno (BRASIL, 2011a).

Segundo o documento *op cit.*, o primeiro programa estatal de proteção à maternidade, à infância e à adolescência foi instituído durante o Estado Novo, entre os anos de 1937 a 1945. Em 17 de fevereiro de 1940 foi assinado Decreto Lei nº 2.024 que estabelecia orientações para realização de inquéritos e estudos, formação, divulgação e fiscalização das atividades que tinham como objetivo a

proteção à maternidade, à infância e a adolescência. Naquela época os programas vigentes eram: Programa Alimentar, Programa Educativo, Programa de Formação de Pessoal e Programa de Imunização. Em 1975, foi criado o Programa Nacional de Saúde Materno-Infantil, que objetivou contribuir para redução da morbidade e mortalidade da mulher e da criança, por meio de vinculação de recurso financeiro para investimento na infraestrutura de saúde, meios de comunicação, estímulo ao aleitamento materno, suplementação alimentar para a prevenção da desnutrição materna e infantil e aumento da cobertura de atendimento à mulher e à criança. Em 1983, o Ministério da Saúde elaborou o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher e da Criança (PAISMC), cujo objetivo era melhorar as condições de saúde da mulher e da criança, fortalecendo a cobertura e a capacidade resolutiva da rede pública de serviços de saúde. No ano seguinte, o PAISMC foi desmembrado em dois programas específicos para a saúde da mulher e da criança: Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM) e Programa de Assistência Integral à Saúde da Criança (PAISC) (BRASIL, 2018b).

No que diz respeito à criança, uma grande conquista foi à criação da Lei nº 8.069 de 13 de julho de 1990, que dispõe sobre o Estatuto da Criança e Adolescente - ECA, o qual determina os direitos de proteção integral a este estrato da população. Esse traz como dever da família, da comunidade, da sociedade em geral e do poder público assegurar, “com absoluta prioridade, a efetivação dos direitos referentes à vida, à saúde, à alimentação, à educação, ao esporte, ao lazer, à profissionalização, à cultura, à dignidade, ao respeito, à liberdade e à convivência familiar e comunitária” (BRASIL, 1990, p. 01). O ECA estabelece estratégias concretas para garantia dos direitos da criança e do adolescente, bem como medidas sociais, protetivas e sócio educativas que devem ser desenvolvidas para assegurar o bem-estar destes.

No ECA, a amamentação é citada como temática a ser trabalhada com todas as gestantes, no sentido de orientação, estímulo e apoio pelos profissionais da saúde. No artigo 9º, alínea 2ª tem-se que:

os profissionais das unidades primárias de saúde desenvolverão ações sistemáticas, individuais ou coletivas, visando ao planejamento, à implementação e à avaliação de ações de promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno e à alimentação complementar saudável, de forma contínua (BRASIL, 1990, p. 13).

Quanto aos Programas de Assistência Integral à Saúde, a proposta do PAISM considerava a necessidade de articulação das ações de pré-natal, assistência ao parto e puerpério, além da prevenção ao câncer e doenças sexualmente transmissíveis, assistência ao adolescente, à menopausa e à anticoncepção. O PAISC tinha como foco o crescimento e desenvolvimento; controle das diarreias e desidratação; controle das infecções respiratórias agudas (IRA); prevenção e manejo do recém-nascido de baixo peso; prevenção de acidentes e intoxicações; assistência ao recém-nascido (ALMEIDA, 2005; BRASIL, 2011a).

Os princípios e diretrizes do PAISM eram norteados pelos fundamentos da descentralização, hierarquização e regionalização dos serviços, assim como a integralidade e a equidade da atenção, em um momento em que, concomitante, ocorria o Movimento Sanitário, e se concebia a estrutura do Sistema Único de Saúde (SUS). De acordo com o Ministério da Saúde (BRASIL, 2004a, p. 17)

o processo de construção do SUS tem grande influência sobre a implementação do PAISM. O SUS vem sendo implementado com base nos princípios e diretrizes contidos na legislação básica: Constituição de 1988, Lei nº 8.080 e Lei n.º 8.142, Normas Operacionais Básicas e Normas Operacionais de Assistência à Saúde, editadas pelo Ministério da Saúde. Particularmente com a implementação da NOB 96, consolida-se o processo de municipalização das ações e serviços em todo o País. A municipalização da gestão do SUS vem se constituindo num espaço privilegiado de reorganização das ações e dos serviços básicos, entre os quais se colocam as ações e os serviços de atenção à saúde da mulher, integrados ao sistema e seguindo suas diretrizes.

Embora as diretrizes e princípios da PAISM fossem ao encontro dos fundamentos do SUS, muitas foram as dificuldades para a implementação desta política. De acordo com Rocha *et al.* (2017) a existência das desigualdades sociais, culturais e socioeconômicas e o modelo de atendimento fragmentado, médico assistencial privatista geraram dificuldades e desafios na concretização do PAISM. Diante disso, em 2003 iniciou-se o processo de construção e consolidação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM), em parceria com diversos setores da sociedade, resultando em seu lançamento no ano seguinte.

Os objetivos gerais da PNAISM eram promover a melhoria das condições de vida e saúde das mulheres brasileiras, ampliar o acesso aos meios e serviços de promoção, prevenção, assistência e recuperação da saúde em todo território brasileiro. E também reduzir a morbidade e mortalidade feminina, especialmente

aquelas por causas evitáveis e ampliar, qualificar e humanizar a atenção integral à saúde da mulher no Sistema Único de Saúde (BRASIL, 2004a).

O ano de 2004 também foi marcado pela criação do Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal, o qual considerava que as altas taxas de mortalidade materna e neonatal se configuravam como violação dos Direitos Humanos de mulheres e crianças, ou seja, um grave problema de saúde pública que deveria ser priorizado. O documento apresenta propostas e estratégias para garantir que as políticas nacionais fossem executadas pelos diferentes atores sociais envolvidos no cuidado das mulheres e crianças. Dentre as estratégias estão à ampliação e qualificação dos serviços e profissionais nos diferentes níveis de atenção à saúde, redirecionamento de recursos para investimento em projetos voltados a área. Bem como, melhorias no acesso às mulheres e crianças, fortalecimento da vigilância ao óbito materno e infantil, garantia da gestão humanizada, garantia de atendimento às mulheres trabalhadoras, negras e indígenas (BRASIL, 2004b).

Para fortalecer as especificidades da população negra na área da saúde, em 2005, o Ministério da Saúde lançou o documento intitulado “Perspectiva da equidade no pacto nacional pela redução da mortalidade materna e neonatal: atenção à saúde das mulheres negras”. Dentre os objetivos do pacto está a necessidade de oferecer atenção às mulheres e recém-nascidos (as) negros (as), respeitando suas singularidades culturais e, sobretudo, atentando para as especificidades no perfil de morbimortalidade. Indica algumas ações que o SUS pode desenvolver para acolher e atender com qualidade gestantes e recém-nascidos (as) negros (as), a citar: promover ações educativas voltadas para as gestantes, sensibilizar e capacitar profissionais da saúde com conteúdos sobre diferenciais étnicos/raciais nas condições de vida e na saúde da população negra, incluir o “quesito cor” nos documentos e sistemas de informação do SUS, atentar no atendimento do pré-natal os níveis de pressão arterial e glicêmicos e para os casos de anemia falciforme, investigar as comunidades quilombolas e os espaços de religiões de matriz africana como possibilidade de parcerias para atividades educativas em saúde (BRASIL, 2005a).

No mesmo ano, o Ministério da Saúde publicou o documento intitulado “Direitos sexuais e direitos reprodutivos: uma prioridade do governo”, cujo objetivo era apresentar as diretrizes do Governo para garantir os direitos humanos em

relação à saúde sexual e reprodutiva, com enfoque, principalmente, no planejamento familiar. Neste documento enfatiza-se também o pacto nacional pela redução da mortalidade materna e neonatal e implantação do Seminário para pactuação da Política Nacional para Atenção Integral à Saúde da Mulher, além da informação referente ao lançamento de sete manuais técnicos para apoio aos profissionais da saúde (BRASIL, 2005b).

Em 2006, foi lançado o documento pactuado na reunião da Comissão Intergestores Tripartite do dia 26 de janeiro de 2006 e aprovado na reunião do Conselho Nacional de Saúde do dia 09 de fevereiro de 2006, o qual traz as Diretrizes Operacionais do Pacto pela Saúde em três dimensões: Pacto pela vida, Pacto em defesa do SUS e Pacto de gestão. No Pacto pela vida, foram apontadas seis prioridades: saúde do idoso; controle do câncer do colo uterino e de mama; redução da mortalidade infantil e materna; fortalecimento da capacidade de resposta a doenças emergentes e endemias; promoção à saúde; e fortalecimento da atenção básica. O objetivo e meta para a redução da mortalidade infantil em 2006 era reduzir a mortalidade neonatal em 5%; reduzir em 50% os óbitos por doença diarreicas e 20% por pneumonia; apoiar a elaboração de propostas de intervenção para a qualificação da atenção às doenças prevalentes; criação de comitês de vigilância do óbito em 80% dos municípios com população acima de 80.000 habitantes. A meta para redução da mortalidade materna em 2006 era: reduzir em 5% a razão da mortalidade materna; garantir insumos e medicamentos para tratamento das síndromes hipertensivas no parto; qualificar os pontos de distribuição de sangue para que atendam às necessidades das maternidades e outros locais de parto (BRASIL, 2006).

No ano de 2000, foi publicada a Portaria GM/MS nº 693, de 5 de julho de 2000, instituindo a Norma de Orientação para a implantação do MC, destinado a promover a “Atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso”, que, em 2007, seria atualizada e substituída pela Portaria GM/MS nº 1.683, de 12 de julho de 2007 (BRASIL, 2007). A política incorpora nas unidades neonatais das maternidades o fortalecimento de vínculo entre pais e recém-nascidos e a prática do aleitamento materno.

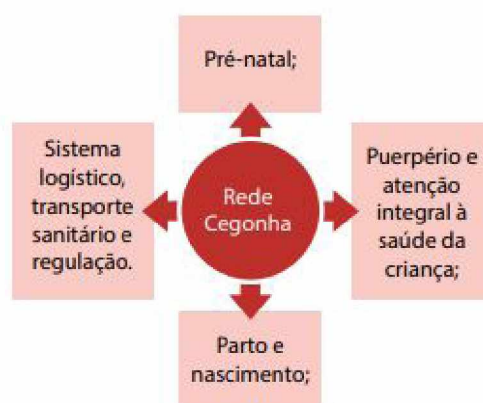
Uma das grandes conquistas no âmbito das Políticas Públicas Materno Infantil foi a instituição da Rede Cegonha, por meio da Portaria nº 1.459 de 24 de junho de 2011 (BRASIL, 2011b). Tratou-se de estratégia lançada pelo governo federal para

proporcionar as mulheres saúde, qualidade de vida e bem-estar durante a gestação, parto, pós-parto e o desenvolvimento da criança até os dois primeiros anos de vida.

Os objetivos da Rede Cegonha são: I - fomentar a implementação de novo modelo de atenção à saúde da mulher e à saúde da criança com foco na atenção ao parto, ao nascimento, ao crescimento e ao desenvolvimento da criança de zero aos vinte e quatro meses; II - organizar a Rede de Atenção à Saúde Materna e Infantil para que esta garanta acesso, acolhimento e resolutividade e III - reduzir a mortalidade materna e infantil com ênfase no componente neonatal (BRASIL, 2011b).

Na figura 1 apresentam-se os componentes da Rede Cegonha

FIGURA 1 - COMPONENTES DA REDE CEGONHA



FONTE: UNA-SUS/UFMA (2015)

O desenho da Rede Cegonha indica ações que vão além do atendimento de pré-natal, parto, nascimento, puerpério e puericultura, mas institui que os Municípios devem garantir o acesso das mulheres aos serviços de saúde, por meio de sistema logístico como transporte sanitário e regulação. Para o pleno desenvolvimento da Rede Cegonha, fica estipulado que a União, Estados, Distrito Federal e Municípios devem direcionar recursos financeiros, bem como avaliar e monitorar a Rede no território (BRASIL, 2011b).

Com o intuito de fortalecer a atenção básica para o atendimento da população, o Ministério da Saúde lançou os "Cadernos de Atenção Básica", cujos documentos são divididos por temáticas e abordam a organização do processo de trabalho da equipe de saúde. Entre as temáticas estão o Caderno de Atenção Básica nº 33, publicada em 2012 com a temática "Saúde da Criança: crescimento e

desenvolvimento; Caderno de Atenção Básica nº 32 de 2013, referente à “Atenção ao Pré-Natal de baixo risco” e em 2015, Caderno de Atenção Básica nº23 com o tema “Saúde da Criança: aleitamento materno e alimentação suplementar” (BRASIL, 2012a, 2013, 2015).

Após a publicação dos Cadernos de Atenção Básica, o Ministério da Saúde em parceria com o Instituto de Ensino e Pesquisa do Hospital Sírio-Libanês, através do Programa de Apoio ao Desenvolvimento Institucional do SUS, elaboraram os Protocolos da Atenção Básica, cujo foco é a prática clínica, a gestão do cuidado e a organização dos serviços. Trata-se de materiais técnicos para guiar os profissionais da saúde no cuidado integral a população na Atenção Básica.

Em 2016 foram lançados os Protocolos da Atenção Básica “Saúde das mulheres” e “Saúde das Crianças”. O primeiro dialoga com os princípios e diretrizes da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM), balizada pelos pressupostos da Política Nacional de Atenção Básica e contempla desde temas como pré-natal, puerpério e aleitamento materno, até planejamento reprodutivo, climatério e atenção às mulheres em situação de violência doméstica e sexual (BRASIL, 2016a). O segundo considera as especificidades do cuidado à criança e “fomenta a necessidade de mudança do olhar da saúde no desenvolvimento integral, protagonismo infantil e a importância de estímulo de ambientes saudáveis” (BRASIL, 2016b, p. 10).

No que diz respeito à criança, foram realizados, ao longo dos anos, investimentos na Política Pública Federal, a citar o Programa Intersetorial Brasil Carinhoso e o Programa Criança Feliz. O primeiro foi criado em 2012 por meio da Medida Provisória nº570 de 14 de maio de 2012 que dispõe sobre o apoio financeiro da União aos Municípios e ao Distrito Federal para ampliação da oferta da educação infantil (BRASIL, 2012b). O Programa Criança Feliz foi instituído por meio do Decreto nº 8.869, de 5 de outubro de 2016 (BRASIL, 2016c), e alterado pelo Decreto nº 9.579, de 22 de novembro de 2018, de caráter intersetorial e com a finalidade de promover o desenvolvimento integral das crianças na primeira infância, considerando sua família e seu contexto de vida (BRASIL, 2018a).

No ano de 2015 foi instituída a Política Nacional de Atenção Integral a Saúde da Criança (PNAISC), por meio da Portaria nº 1.130, de 5 de agosto de 2015. Foi uma construção coletiva do Ministério da Saúde com as Coordenações de Saúde da Criança das Secretarias Estaduais de Saúde e Municipais das capitais e Consultores

Estaduais dos 27 estados brasileiros, incluindo o Distrito Federal. A Política Nacional de Atenção Integral a Saúde da Criança (PNAISC), tem por objetivo:

promover e proteger a saúde da criança e o aleitamento materno, mediante a atenção e cuidados integrais e integrados da gestação aos 9 (nove) anos de vida, com especial atenção à primeira infância e às populações de maior vulnerabilidade, visando à redução da morbimortalidade e um ambiente facilitador à vida com condições dignas de existência e pleno desenvolvimento.(BRASIL, 2015, p.1)

E com o intuito de ofertar aos gestores, aos trabalhadores e à sociedade civil subsídios teórico-práticos para a efetivação de mudanças no modelo de gestão e atenção à saúde da criança no Brasil, o Ministério da Saúde em 2018, lançou o documento intitulado: “Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança: orientação para implementação”. A intenção é fornecer apoio para a implementação da PNAISC de modo a caminhar junto ao “pleito de entidades da sociedade civil e militantes da causa dos direitos da criança e do adolescente, como a Rede Nacional da Primeira Infância, a Pastoral da Criança, o Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente” (BRASIL, 2018b, p. 8).

Além das políticas em âmbito nacional, observou-se tanto na esfera estadual quanto municipal a implantação de programas voltados à saúde materno-infantil.

No Estado do Paraná, em 2012, foi implantado pela Secretaria de Estado da Saúde, o Programa Rede Mãe Paranaense, cuja finalidade é fortalecer e organizar a Atenção Primária a Saúde por meio da captação precoce da gestante e seu acompanhamento e da criança até um ano de vida (PARANÁ, 2012). Em 2019, o Paraná completou sete anos da Rede Mãe Paranaense com lançamento da sétima edição da Linha Guia e redução significativa da mortalidade materno infantil. O documento apresenta um conjunto de ações que envolvem a captação precoce da gestante, o acompanhamento no pré-natal com no mínimo sete consultas, realização de 17 exames, classificação de risco da gestante e das crianças, a garantia de ambulatório especializado para as gestantes e crianças de risco, a garantia do parto por meio de um sistema de vinculação ao hospital conforme o risco gestacional (PARANÁ, 2018).

Ainda no contexto da Linha Guia da Rede Mãe Paranaense estão incluídos Cadernos de Atenção à Saúde da Criança voltada ao Recém-Nascido de risco, ao Aleitamento Materno e ao Primeiro Ano de Vida. E também Cadernos de Atenção ao

Pré-Natal de Alto Risco, Risco Habitual e Toxoplasmose, além de Manual para Gestão de Casos na Rede Mãe Paranaense (PARANÁ, 2019).

Em Curitiba, foi implementado em 08 de março de 1999, por meio da resolução nº 002/99 o Programa Mãe Curitibana, com o propósito de melhorar a qualidade do pré-natal, assegurar o acesso ao parto, a consulta puerperal precoce e estimular o aleitamento materno (CURITIBA, 1999). Houve alteração do nome Programa Mãe Curitibana para Rede Mãe Curitibana Vale a Vida e foi definida como uma rede de atenção à saúde prioritária no Plano de Governo para a Saúde 2017 a 2020 (CURITIBA, 2022).

Diante do exposto entende-se que houve evolução nas Políticas Públicas de Saúde materna e infantil, com impactos positivos na redução da mortalidade e melhoria na qualidade da assistência prestada, entretanto a temática permanece em pauta, pois o objetivo é eliminar as mortes por causas evitáveis.

2.2 ALEITAMENTO MATERNO

A nutrição por meio do AM é tema de ampla discussão nos dias atuais, dada a gama de estudos que apontam os benefícios voltados à mulher e, principalmente, ao RN e à criança e as dificuldades na efetivação da amamentação. Isto porque o AM não é somente um fenômeno biológico, mas histórico, social e cultural (ARAÚJO; ALMEIDA, 2007).

Neste sentido, vale destacar que o leite materno nem sempre foi visto como o melhor alimento ao RN. Na antiguidade e pré-história já havia registros das “Amas de Leite”, pessoas assim denominadas por serem responsáveis pelo aleitamento dos recém-nascidos, contratadas por aluguel (BASTIANI *et al.*, 2011). Na Idade Média, as Amas de Leite desempenhavam um papel muito importante na amamentação daqueles que nasciam, pois somente as mulheres pobres realizavam esta prática, isto porque consideravam que o leite materno provia do sangue menstrual, o qual, pouco antes do parto sofria modificação na circulação sanguínea resultando em líquido branco que ascendia ao peito (VAGHETTI *et al.*, 2011).

Segundo Bosi e Machado (2005), o aleitamento artificial também data do início da civilização, tendo em vista que há registros de recipientes encontrados em vários sítios ao lado de corpos de lactentes em escavações arqueológicas. Sugere-

se que os gregos recebiam alimentos de outras fontes, além do AM, em jarras de barro, as quais foram encontradas em tumbas de RN. Em outro contexto sociocultural, o AM, nos tempos dos espartanos, era visto como fonte de nutrição para aqueles destinados ao privilégio, como o filho mais velho e as plebeias amamentavam as demais crianças.

Há referência que Plutarco, segundo filho do rei Themistes foi rejeitado por seu irmão mais velho, porque ele não havia sido amamentado por sua mãe e sim por uma estranha. Hipócrates também defendia a ideia que somente o leite da própria mãe é benéfico, sendo os de outro considerado perigoso (BOSI; MACHADO, 2005).

A história também mostra que o AM já era tido como fonte de afeto e vínculo entre a mãe e filho, além dos benefícios nutritivos e de segurança. Entretanto, há evidências que esta prática era permeada por mitos, preconceitos e desconhecimento quanto aos reais benefícios à nutriz e ao RN. Em resgate histórico, evidencia-se que as mulheres inglesas saudáveis não amamentavam seus filhos, pois acreditavam que a amamentação espoliaria seus corpos e as tornaria mais velhas precocemente. Embora o AM fosse utilizado como regulador de nova gestação, as mulheres preferiam engravidar de 12 a 20 vezes, do que amamentar. Isto porque os médicos e religiosos também estabeleciam a abstinência sexual enquanto a mulher estivesse amamentando, pois entendiam que poderia tornar o leite mais fraco e com risco de envenenamento caso houvesse nova gravidez (BOSI; MACHADO, 2005).

Os autores *op.cit.* relatam que o colostro também era considerado maléfico e que não deveria ser oferecido ao RN. Então iniciavam o desmame oferecendo leite de animais, cereais e massas aos lactentes ou “alugavam” as Amas de Leite. O desmame precoce causava muitas mortes, ora pela transmissão de doenças das Amas aos lactentes, ora pela utilização de artefatos não estéreis (chifres furados – precursores das mamadeiras) para oferecer leite de animais ou outro alimento (BOSI; MACHADO, 2005).

Os altos índices de mortalidade infantil associados ao número expressivo de crianças abandonadas fomentaram o avanço tecnológico no que diz respeito ao aleitamento artificial, pela “invenção” da mamadeira, refrigeração e pasteurização. Entretanto, este avanço trouxe repercussões importantes no AM, haja vista que a

indústria alimentícia encontrou ali uma grande oportunidade para comercializar e obter lucros (CASTILHO; BARROS FILHO; COCETTI, 2010).

Em 1960 “grande parte dos bebês americanos recebiam fórmulas graças às agressivas campanhas de distribuição de leite em pó nas maternidades e ao contínuo esforço de propaganda para desacreditar o leite materno” (GOMES *et al.*, 2016, p. 483). Criou-se, a partir daquela época, a cultura que o leite materno é insuficiente para que o bebê cresça forte e saudável e que o leite artificial promove maior liberdade para a mulher desempenhar seu direito enquanto cidadã, principalmente no que diz respeito à ocupação profissional e o direito reprodutivo. Deste modo, na década de 1960 o aleitamento artificial atingiu seu apogeu (GOMES *et al.*, 2016).

Ao final da década de 1980 é que iniciam os movimentos para promover o AM, por meio de pesquisas científicas (POPKIN *et al.*, 1990; VICTORA *et al.*, 1987), que apresentaram o valor nutricional e imunológico do leite materno, a importância do ato de amamentar e de suas consequências fisiológicas, emocionais e de menor morbidade para o bebê e a mãe. Concomitante a esse advento, a Organização Mundial da Saúde (OMS) e o Fundo das Nações Unidas para a Infância, realizaram, em Genebra, uma Reunião Conjunta sobre a Alimentação de Lactentes e Crianças na Primeira Infância. Apontaram a necessidade de que os governos nacionais e a sociedade, em geral, tomassem medidas urgentes no sentido de promover a saúde e a nutrição infantil, tendo como recomendações básicas o apoio e o incentivo ao aleitamento materno (GOMES *et al.*, 2016).

No Brasil, para promoção do aleitamento materno, várias políticas públicas e programas foram criadas com o intuito de incentivar, promover e apoiar essa prática. Destaca-se o Programa Nacional de Incentivo ao Aleitamento Materno, o qual estabelecia ações voltadas à promoção, proteção e apoio ao Aleitamento Materno, além de propor a implantação de alojamento conjunto nas maternidades, início da amamentação o mais precoce possível, proibição da oferta de água e leite artificial nas maternidades, criação de leis sobre creche no local de trabalho da nutriz e aumento do tempo da licença maternidade (BRASIL, 1991).

Em 1982, foi publicada portaria tornando obrigatório o alojamento conjunto (permanência do bebê junto à mãe em tempo integral) nas unidades hospitalares públicas. Em 1985 foi regulamentada, por meio de portaria, a instalação e o funcionamento dos Bancos de Leite Humano e, em 1988, o País adaptou o Código Internacional de Comercialização de Substitutos do

Leite Materno às necessidades brasileiras instituindo Normas para Comercialização de Alimentos para Lactentes (Ncal) como a Resolução nº 5 do Conselho Nacional de Saúde (CNS) (BRASIL, 2017a, p. 14-15).

Em 1990, foi elaborada a “Declaração de *Innocenti*”, documento internacional que preconiza a amamentação de forma exclusiva até os quatro aos seis meses de vida, e alimentação complementar saudável até o 2º ano de vida ou mais. No ano seguinte, foi divulgada a Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC), com o objetivo de resgatar o direito da mulher de amamentar, mediante mudanças nas rotinas das maternidades. A IHAC funciona como processo de acreditação, e, mundialmente, para que um hospital seja credenciado como “Amigo da Criança” deve cumprir os Dez Passos para o Sucesso da Amamentação e não aceitar doação de substitutos do leite materno. No Brasil, os critérios de habilitação da Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC), como estratégia de promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno e à saúde integral da criança e da mulher, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) passou por vários momentos e atualmente estão normatizados pela Portaria nº. 1153 de 22 de maio de 2014.

No mesmo ano foi criada a Rede Brasileira de Bancos de Leite Humano no âmbito do Centro de Referência Nacional da Fundação Oswaldo Cruz. Nos anos seguintes foram criados o Programa de Humanização no Pré-natal, Parto e Nascimento e o Método Canguru, modelo de assistência perinatal voltado para o cuidado humanizado do recém-nascido de baixo peso. Em 2006, foi instituído o Comitê Nacional de Aleitamento Materno do Ministério da Saúde e em 2008 uma política voltada à promoção da amamentação na Atenção Básica com a criação da Rede Amamenta Brasil. Em 2017, é sancionada a Lei nº 13.435, em 12 de abril, que institui o mês de agosto como o Mês do Aleitamento Materno (Agosto Dourado), com o objetivo de intensificar ações intersectoriais de conscientização e esclarecimento sobre a importância do AM (BRASIL, 2017a).

Sem dúvida foram grandes os avanços nas políticas públicas e programas voltados ao incentivo a amamentação, além de estudos os quais têm demonstrado os benefícios desta prática tanto para o bebê quanto para a nutriz.

Autores como Victora *et al.* (2016) apontam que as crianças que são amamentadas têm menor morbidade e mortalidade, menos mal oclusão dentária, maior inteligência e menor risco de desenvolver obesidade e diabetes ao longo da

vida. Para as mães, entre os benefícios cita-se a redução do risco de câncer de mama e de ovário, bem como do desenvolvimento de diabetes tipo 2 além do aumento do intervalo interpartal.

A amamentação oferece aos bebês e crianças pequenas sua primeira forma de proteção imunológica contra doenças infecciosas.

O leite materno é o alimento mais completo para o recém-nascido, com fator de proteção contra infecções, isto porque o colostro atua sobre a mucosa intestinal, maturando os enterócitos, melhorando a absorção dos nutrientes e formando barreira de proteção contra infecções, principalmente as relacionadas à gastroenterites, alergias e doenças respiratórias. Para a nutriz acrescenta, além dos benefícios citados acima, o auxílio na involução uterina. (ICHISATO,SHIMO,2002; ESCAMILLA,et.al.,2023). O Ministério da Saúde aponta benefícios psicológicos para a criança e para a mãe, no fortalecimento dos vínculos afetivos, oportunizando modo de comunicação com troca de sentimentos de confiança e proteção. Acrescenta melhorias na qualidade de vida da família, visto que as crianças amamentadas adoecem menos, necessitam de menos atendimento médico, hospitalização e ingesta de medicamentos, o que traz impacto positivo nas finanças da família (BRASIL, 2015).

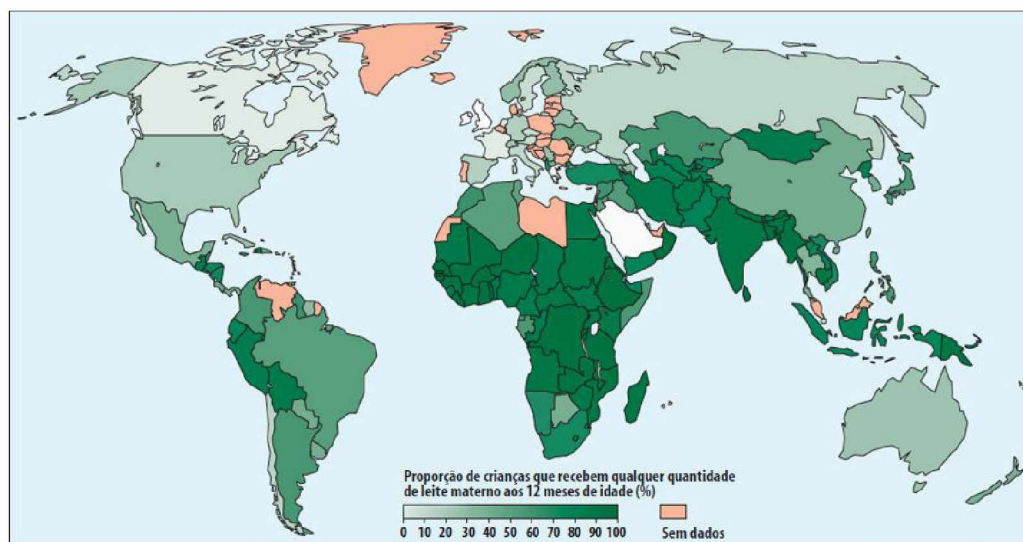
O documento *op cit.* reforça os dados referentes a composição do leite materno e a relação com a imunização do recém-nascido (BRASIL, 2015, p. 30).

o leite humano possui numerosos fatores imunológicos que protegem a criança contra infecções. A IgA secretória é o principal anticorpo, atuando contra microrganismos presentes nas superfícies mucosas. Os anticorpos IgA no leite humano são um reflexo dos antígenos entéricos e respiratórios da mãe, ou seja, ela produz anticorpos contra agentes infecciosos com os quais já teve contato, proporcionando, dessa maneira, proteção à criança contra os germens prevalentes no meio em que a mãe vive. A concentração de IgA no leite materno diminui ao longo do primeiro mês, permanecendo relativamente constante a partir de então. Além da IgA, o leite materno contém outros fatores de proteção, tais como anticorpos IgM e IgG, macrófagos, neutrófilos, linfócitos B e T, lactoferrina, lisosima e fator bífido. Esse favorece o crescimento do *Lactobacillus bifidus*, uma bactéria não patogênica que acidifica as fezes, dificultando a instalação de bactérias que causam diarreia, tais como *Shigella*, *Salmonella* e *Escherichia coli*.

Destaca-se que, embora os estudos apontem os grandes benefícios da amamentação e apesar dos esforços de diversos organismos nacionais e internacionais, as prevalências de AM no Brasil, em especial as de amamentação

exclusiva, estão bastante aquém das recomendadas. Estudo epidemiológico realizado em 2016 retrata o panorama da amamentação no mundo (FIGURA 2).

FIGURA 2 - DISTRIBUIÇÃO GLOBAL DA AMAMENTAÇÃO AOS 12 MESES DE IDADE



Dados de 153 países entre 1995 e 2013.

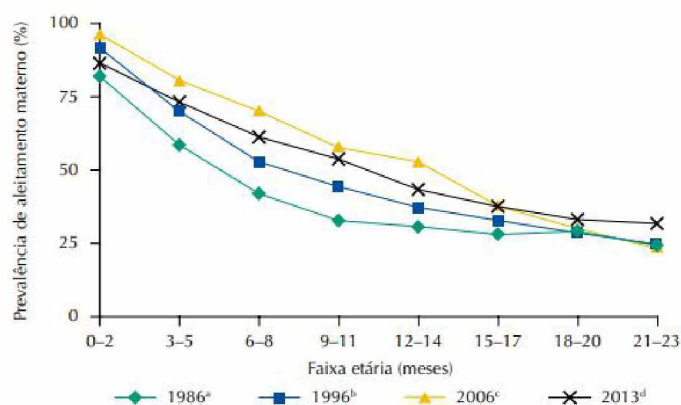
FONTE: VICTORIA *et al.* (2016)

A figura mostra que, globalmente, as prevalências mais altas de amamentação aos 12 meses foram encontradas na África, Sul da Ásia e América Latina, ou seja, em países que apresentam renda mais baixa. Em contrapartida na maioria dos países de alta renda a prevalência foi de 20% (VICTORIA *et al.*, 2016). Este fato pode ser explicado pela facilidade de acesso a fórmulas infantis, praticidade e liberdade para desempenhar os papéis sociais nos quais a mulher inseriu-se nos últimos tempos.

Estudo realizado por Boccolini *et al.* (2017), cujo objetivo foi atualizar a tendência dos indicadores de AM no Brasil nas últimas três décadas, incorporando informações mais recentes provenientes da Pesquisa Nacional de Saúde, buscou em dados secundários dos inquéritos nacionais com informações sobre aleitamento materno (1986, 1996, 2006 e 2013) para a construção da série histórica das prevalências dos seguintes indicadores: AME em menores de seis meses de vida , AM em menores de dois anos , AM continuado com um ano de vida e AM continuado aos dois anos . Os autores apontaram que as prevalências de AME em menores de seis meses, AM em menores de dois anos e AM continuado com um ano de vida tiveram tendência ascendente até 2006 e relativa estabilização entre

2006 e 2013. O indicador AM continuado aos dois anos teve comportamento distinto – prevalência relativamente estável, em torno de 25% entre 1986 e 2006 e aumento subsequente, chegando a 31,8% em 2013. Vale destacar que a prevalência de AME diminui com o aumento da faixa etária das crianças, conforme se visualiza no gráfico 1.

GRÁFICO 1 - PREVALÊNCIA DO ALEITAMENTO MATERNO, POR FAIXA ETÁRIA E INQUÉRITO NACIONAL. BRASIL, 1986, 1996, 2006, 2013.



^a Série 1 – Pesquisa Nacional sobre Saúde Materno-Infantil e Planejamento Familiar de 1986.

^b Série 2 – Pesquisa Nacional sobre Demografia e Saúde de 1996.

^c Série 3 – Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher de 2006.

^d Série 4 – Pesquisa Nacional de Saúde, 2013.

FONTE: BOCCOLINI *et al.* (2017)

Verifica-se no Gráfico 1 que, a prevalência do AM nos primeiros dois meses é relativamente alta, em torno de 80 a 90%, nas quatro séries históricas, entretanto declina conforme a criança vai crescendo e se desenvolvendo. Os autores concluem que os resultados são sinais de alerta para avaliação e revisão das políticas públicas e programas voltados à promoção, proteção e apoio ao AM, fortalecendo as existentes e propondo novas estratégias para que as prevalências dos indicadores de AM retomem a tendência ascendente.

Ressalta-se que o AM é ainda mais importante para os RNPT e de BP, uma vez que a composição do leite nas mães de crianças pré-termo é mais rica quando comparado aquelas de crianças a termo. A tabela 1 mostra as diferenças entre colostro e leite maduro, entre o leite de mães de prematuros e de bebês a termo e entre o leite materno.

TABELA 1 - COMPOSIÇÃO DO COLOSTRO E DO LEITE MATERNO MADURO DE MÃES DE CRIANÇAS A TERMO E PRÉ-TERMO

Nutriente	Colostro (3-5 dias)		Leite Maduro (26-29 dias)	
	A termo	Pré-termo	A termo	Pré-termo
Calorias (kcal/dL)	48	58	62	70
Lipídios (g/dL)	1,8	3,0	3,0	4,1
Proteínas (g/dL)	1,9	2,1	1,3	1,4
Lactose (g/dL)	5,1	5,0	6,5	6,0

FONTE: Adaptado de BRASIL (2015)

Observa-se que as calorias, lipídios e proteínas são mais elevados nas mães de crianças pré-termo, ou seja, o leite materno é produzido em proporção capaz de garantir a nutrição do RNPT e de BP (BRASIL, 2015). Portanto é imprescindível que os profissionais da saúde estimulem o AM, por meio de incentivo às nutrizes, criação de ambiente favorável no alojamento conjunto e auxílio na formação de vínculo afetivo.

Os RN apresentam comportamentos instáveis, e os profissionais de saúde, mães, famílias e comunidades necessitam receber apoio educacional e desenvolver habilidades para entender esse momento. As orientações e o apoio devem iniciar durante a gravidez, continuando após o nascimento e ao longo dos primeiros meses para preparar as mães e cuidadores a enfrentar os desafios do AM. Essa ajuda facilitará a amamentação contínua e bem-sucedida (ESCAMILLA, *et al.*, 2023).

De acordo com a OMS (2007), o AM pode ser classificado como: AME: quando o RN recebe somente leite materno, direto da mama ou ordenhado. AM: quando o RN recebe leite materno da mama ou ordenhado, independentemente de receber ou não outros alimentos. AM misto: quando o RN recebe leite materno e outros tipos de leite .

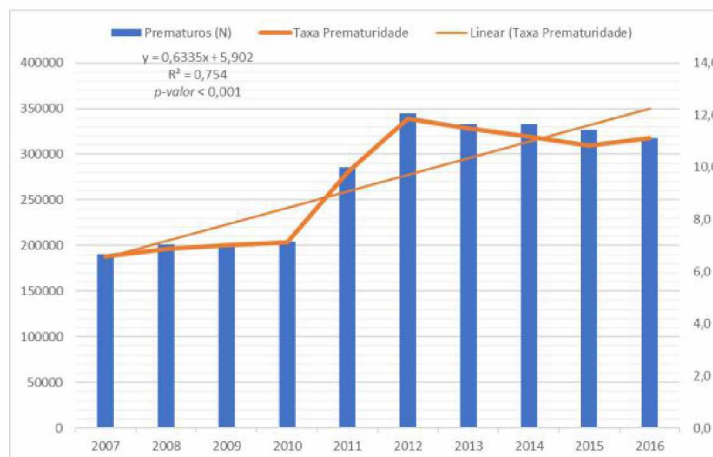
2.3 RECÉM-NASCIDOS PRÉ-TERMOS E DE BAIXO PESO

A prematuridade (idade gestacional menor que 37 semanas) e BP ao nascer (peso menor que 2.500 g) são considerados problemas de saúde pública, por serem causas básicas ou associadas a óbito no primeiro ano de vida e causarem maior morbidade na infância. Podem ser considerados fatores de risco para déficit psicofisiológico, comportamental e de aprendizagem na idade escolar (VIERA; MELLO, 2009; SCHERMANN, 2001; CAÇOLA; BOBBIO, 2010; BRASIL, 2018).

Segundo PAQUITA *et al.* (2018), mundialmente nascem cerca de 15 milhões de crianças prematuras e um milhão de mortes neonatais são desfechos de complicações vinculado ao parto prematuro e do BP ao nascer, visto que quanto mais imaturo o RN for, mais lento é o ganho de peso.

O Brasil, em 2013, apresentava altas taxas de nascimentos prematuros, ocupando a décima posição, no *ranking* mundial, dos países com o maior número absoluto de RNPT (OMS, 2013). Estudo quantitativo ecológico de séries temporais, cujo objetivo foi analisar a evolução e o perfil da prematuridade no Brasil, realizado no período de 2007 a 2016 por meio dos dados secundários do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos, identificou 29.147.308 registros de nascimentos, sendo 2.739.225 nascidos vivos pré-termos, o que representou 9,39%. Em 2007 a taxa de prematuridade no país era de 6,6 nascidos vivos prematuros para cada 100 nascidos vivos, passando para 11,9, um crescimento de 69,01% entre o primeiro e o último ano estudado, com tendência crescente (SANTOS, 2018, p. 21-22) (Gráfico 2).

GRÁFICO 2 - TENDÊNCIA TEMPORAL DA TAXA DE PREMATURIDADE NO BRASIL, NO PERÍODO DE 2007 A 2016



FONTE: SANTOS (2018).

Pesquisa realizada no Brasil com o objetivo de descrever a taxa de prematuridade, por região geográfica, por tipo de parto e vinculado ao serviço público ou privado, apontou taxa de 11,5%, sendo que 60,7% o trabalho de parto iniciou espontaneamente e 39,3% foi induzido. Destes últimos, a maioria (90%) foi parto do tipo cesárea. Os fatores sociodemográficos associados ao parto prematuro espontâneo foi gravidez na adolescência, baixa escolaridade e pré-natal inadequado. Outros fatores de risco foram parto prematuro prévio, múltiplas gestações, descolamento da placenta e infecções (LEAL *et al.*, 2016).

Os autores *op cit.*, asseveram que o parto prematuro induzido por profissional da saúde foi associado a partos realizados no setor privado, gestação em idade avançada ou múltipla, duas ou mais cesáreas anteriores e qualquer doença materna ou infantil. Eles concluíram que a alta proporção de partos prematuros induzidas por profissionais e sua associação com cesarianas prévias e doenças maternas e fetais podem ser evitadas. Já a associação de parto prematuro espontâneo com grupos socialmente desfavorecidos demonstra que a redução das desigualdades sociais e de saúde deve permanecer como prioridade nacional (LEAL *et al.*, 2018).

O acompanhamento do pré-natal da gestante na Atenção Primária a Saúde é imprescindível, assim como o encaminhamento para a Atenção Secundária e Terciária nos casos daquelas que apresentam alto risco para morbimortalidade. Os profissionais da saúde têm papel essencial no estímulo ao parto normal e no desenvolvimento de ações para prevenção da prematuridade.

Autores realizaram uma pesquisa realizada por Leal *et al.* (2018, p. 1925), apresentou sumário das intervenções realizadas no âmbito do setor público, particularmente do SUS e os indicadores de resultado alcançados na Saúde Reprodutiva, Materna, Neonatal e Infantil, destacando os avanços no período 1990-2015 e os desafios a serem superados nos próximos anos. Os resultados apontaram as cesarianas e a prematuridade como epidemias a serem superadas, uma vez que as taxas de cesarianas atingem mais de 50% dos partos, o que coloca o Brasil em situação de liderança mundial e a prematuridade tem consequências em “curto prazo, na morbimortalidade neonatal, e em longo prazo nos déficits de desenvolvimento intelectual de crianças prematuras.

Em 2018, Oliveira afirmava que, no Brasil, um em cada quatro óbitos em menores de um ano acontece nas primeiras 24 horas de vida, sendo a prematuridade responsável por 70% desses óbitos.

Um dado preocupante foi apresentado por Saltarelli (2019), em estudo ecológico de séries temporais da taxa de mortalidade por causas evitáveis e não evitáveis, cujo objetivo foi analisar a tendência da mortalidade de crianças menores de 5 anos, residentes na Região Sudeste e Unidades Federativas, utilizando-se a “Lista Brasileira de Causas de Mortes Evitáveis”. Os autores identificaram declínio na taxa de mortalidade infantil por causas evitáveis (4,4% ao ano) e não evitáveis (1,9% ao ano). Entretanto, o estudo chama a atenção para o aumento das taxas de mortalidade por afecções maternas que afetam o feto e o RN e a estabilidade nos transtornos relacionados com a gestação de curta duração e peso baixo ao nascer. Neste sentido, faz-se necessária implementação de estratégias para redução da mortalidade infantil e prematuridade.

Como discutido, a prematuridade tem impacto negativo na saúde e desenvolvimento da criança ao longo do tempo, isto significa necessidade maior de atendimentos da equipe de saúde, hospitalizações e, conseqüentemente, maior custo para o país.

Estudo de coorte prospectivo desenvolvido por Khan *et al.* (2015) na Inglaterra, com 1146 RN prematuros e 1258 a termo, com objetivo de determinar os custos econômicos associados ao parto prematuro e a termo, identificou que a prematuridade está relacionada com aumento nos custos com saúde, principalmente com as hospitalizações nos primeiros dois anos de vida. Os pesquisadores concluíram que na hospitalização inicial os bebês pré-termos apresentam taxas mais

elevadas de custos em todas as categorias de serviços hospitalares em comparação com bebês a termo. Estima-se que os custos médios para alta inicial ou óbito de pré-termos seja seis vezes maior do que aqueles a termo e na mesma proporção os custos sociais totais gerados ao longo dos primeiros dois anos.

Um dos desfechos do nascimento prematuro é o BP do bebê. De acordo com Leal (2018), no Brasil, a prevalência de BP ao nascer variou de 7,9% em 1995, para 8,4% em 2010, cifra mantida em 2015. Caçola e Bobbio (2010), apontam que os determinantes de BP ao nascer estão relacionados, além da prematuridade, à nutrição materna precária, alto índice de infecções durante a gestação e condições sociais de pobreza.

Assim como a prematuridade, o BP ao nascer também é fator de risco para déficit comportamental, aprendizagem e mortalidade infantil. Pesquisa realizada por Santos *et al.* (2014), avaliou o perfil cognitivo e comportamental de crianças entre cinco a onze anos de idade em acompanhamento no ambulatório de Pediatria da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Pelotas nascidas prematuras ou com baixo peso ao nascer. Eles também identificaram que crianças prematuras apresentam maior prevalência de problemas de comportamento (impulsividade, transtorno de conduta e sintomas psiquiátricos em geral) do que as nascidas a termo.

Quanto ao risco de mortalidade no RN de BP, estudo realizado por Gaíva (2018), objetivou analisar as principais características dos RN de BP ao nascer que foram a óbito em Cuiabá, Mato Grosso. O autor identificou que dos 3.404 RN estudados, 238 evoluíram para o óbito. Prevaleram os óbitos entre o sexo masculino, com peso entre 500-999 gramas, Apgar < 7 no primeiro e no quinto minuto e com presença de anomalia congênita ($p < 0,001$) e que realizaram de uma a seis consultas no pré-natal ($p = < 0,001$). Segundo os dados levantados concluiu-se que os óbitos neonatais têm relação direta com a qualidade da atenção obstétrica e neonatal, por tratar-se majoritariamente de mortes evitáveis.

Reforça-se a necessidade da captação das gestantes e acompanhamento durante o pré-natal, parto, puerpério e puericultura na Atenção Básica a Saúde, além do incentivo ao AM o mais precoce possível.

Nascimento e Issler (2004) desenvolveram uma revisão bibliográfica com a finalidade de abordar a importância do AM e sua promoção no manejo clínico-hospitalar de RNPT. Esta revisão demonstrou que o leite produzido pela mãe de

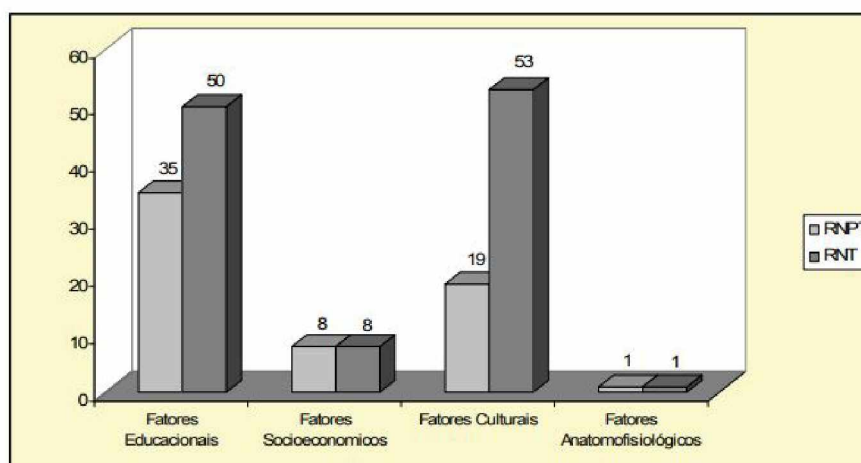
bebê pré-termo produz, nas primeiras quatro semanas após o parto, maior concentração de nitrogênio, proteínas, lipídios totais ácidos graxos de cadeia média, vitaminas A, D e E, cálcio e sódio do que as mães de bebês a termo. Os autores relatam que, durante a internação hospitalar, a mãe produz anticorpos contra microrganismos nosocomiais da unidade neonatal, conferindo proteção ao RN, por meio do AM, contra infecções hospitalares.

Neste sentido, o AM pode reduzir os riscos de mortalidade infantil das crianças prematuras e de BP, por conter todos os nutrientes necessários para o crescimento e desenvolvimento do lactente. Os autores *op cit.* inclusive indicam como estratégia para ganho de peso mais eficaz do RN a ingesta do leite materno posterior, o qual possui três vezes mais gordura do que o leite anterior.

Embora os estudos científicos comprovem os benefícios do leite materno sobre a sobrevivência e qualidade de vida dos RNPT e com BP, a promoção do AM constitui-se grande desafio (BRASIL, 2018b). O desmame precoce é comum entre as nutrizes, e as causas principais estão vinculadas à falta de conhecimento sobre a importância do AM.

Pesquisa realizada por Silva e Guedes (2013), com o objetivo de comparar o tempo de AM e AME de RNPT e RNT e verificar as causas do desmame precoce e suas consequências, identificou que os fatores educacionais e culturais foram às principais causas do desmame precoce e sua decorrência foi o uso de chupeta e mamadeira. Ressalta-se que os RNT tiveram maior índice de desmame precoce quando comparado ao RNPT (GRÁFICO 3).

GRÁFICO 3 - DISTRIBUIÇÃO DOS FATORES DO DESMAME PRECOCE



FONTE: SILVA; GUEDES (2013).

O ambiente hospitalar, por si só, pode oferecer barreira para o AM, seja pela falta de estímulo e orientações dos profissionais da saúde, falta de apoio da família e perseverança da mãe, isto porque, as mães de RNPT precisam, muitas vezes, estimular a produção de leite por ordenha mamária. E a demora do contato físico com o filho, bem como preocupação com o estado de saúde, podem interferir negativamente na motivação para amamentação.

Ortelan, Venancio e Benicio (2019) desenvolveram um estudo transversal, realizado com 2.745 lactentes com BP ao nascer menores de seis meses, afim de avaliar os fatores associados ao AME em lactentes com BP ao nascer, menores de seis meses e residentes em 64 municípios brasileiros. As pesquisadoras identificaram que o AME foi mais prevalente entre lactentes com BP ao nascer cujas mães tinham entre 20 a 35 anos, do lar ou estavam em licença maternidade; nos que nasceram em Hospital Amigo da Criança e que residiam em municípios com maior número de BLH por 10 mil nascidos vivos.

Destaca-se que a Iniciativa Hospital Amigo da Criança – IHAC, é um selo de qualidade conferido pelo Ministério da Saúde aos hospitais que cumprem os “Dez Passos para o Sucesso do Aleitamento Materno”, instituídos pelo Unicef (Fundo das Nações Unidas para a Infância) e pela OMS. Entre as ações previstas nos dez passos estão: capacitar a equipe de saúde para o incentivo ao aleitamento materno, orientar as mães quanto aos benefícios e o manejo desta prática, mostrar às mães como amamentar e como manter a lactação mesmo se vierem a ser separadas dos filhos, não oferecer outro alimento que não o leite materno, bem como chupetas e mamadeiras e promover grupos de apoio à amamentação (BRASIL, 2019).

Um método que vem ao encontro com os princípios da IHAC é o MC, o qual visa estimular a amamentação dos RNPT e BP hospitalizado e sua continuidade de forma exclusiva após a alta hospitalar. Trata-se de método que tem trazido impactos positivos na amamentação e na redução da mortalidade neonatal.

2.4 MÉTODO CANGURU

No Brasil, existem relatos dos séculos XVI e XVII, imprecisos e contraditórios, ao tratar dos antigos Tupinambás. Os filhos das indígenas eram amamentados durante um ano e meio e, neste período, eram

transportados em pedaços de pano conhecidos por *typoia* ou *typyia*. Mesmo se as mulheres tivessem que trabalhar nas roças, não largavam seus filhos: carregavam as crianças nas costas ou encaixavam-nas nos quadris. Do mesmo modo que os animais, as índias nutriam e defendiam seus filhos de todos os perigos (BOSI, MACHADO, 2005, p. 4).

Desde tempos remotos há relatos da busca pelo contato entre mãe e RN, no instinto de nutrição, mas principalmente de defesa contra adversidades que pudessem ameaçar a vida da criança. Os avanços tecnológicos aumentaram as chances de sobrevivência, principalmente dos RNPT e/ou de BP ao nascer, entretanto não encontraram substituição que alcance os benefícios do contato pele a pele com o RN e a amamentação (MIRANDA; CUNHA; GOMES; 2010).

Neste sentido, tem-se empregado métodos que estimulem o contato direto da mãe com o bebê e o início o mais cedo possível do AM. Um dos métodos mais utilizados é o Canguru, o qual consiste em manter o RN em contato pele a pele, somente de fraldas, na posição vertical junto ao peito dos pais (BRASIL, 2017b).

Trata-se de uma política de saúde instituída pelo Ministério da Saúde no contexto da humanização da assistência neonatal. É regulamentada por norma técnica lançada em dezembro de 1999, publicada em 5 de julho de 2000 pela Portaria Ministerial nº 693 e atualizada pela Portaria GM nº 1683 de 12 de julho de 2007 (BRASIL, 2011b).

O método compreende três etapas e para efetivação é imprescindível a preparação dos profissionais da saúde para prestar atendimento humanizado, integral e qualificado, bem como ambiente hospitalar com dimensionamento físico para o acolhimento da família do RN de BP. O Ministério da Saúde (BRASIL, 2018c, p.5) descreve as etapas da seguinte maneira

a **primeira etapa** tem início no pré-natal, com a identificação de situação de risco que indique a necessidade de cuidados especializados para a gestante, os quais podem ou não acarretar a internação do recém-nascido (RN) em uma Unidade Neonatal, quer seja na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN) ou na Unidade de Cuidados Intermediários Neonatal Convencional (UCINCo). Nesse momento a preocupação maior é facilitar a aproximação da família com o RN, diminuindo prováveis riscos quanto ao processo de interação e à formação de vínculo entre os pais e a criança. Nesta etapa, recomenda-se a posição canguru o mais precoce possível e a participação da dupla parental na rotina de cuidados neonatais. A **segunda etapa** ocorre na Unidade de Cuidados Intermediários Neonatal Canguru (UCINCa) onde a mãe, apoiada e orientada pela equipe de Saúde, assume a maior parte dos cuidados com seu filho. São, ainda, objetivos dessa etapa a continuidade do aleitamento materno, esclarecer as dúvidas em relação aos cuidados do RN e praticar a posição canguru, que deve ser realizada pelo maior tempo possível. A **terceira etapa** inicia-se com a alta hospitalar e

envolve o cuidado com o recém-nascido e sua família no espaço extra-hospitalar. Nesta etapa, o acompanhamento acontece com a parceria entre a maternidade de origem e a Unidade Básica de Saúde (UBS), com o objetivo de acompanhar as primeiras semanas da criança, em seu domicílio. Para isto é organizada uma agenda de visitas domiciliares, consultas hospitalares e atendimento na UBS mais próxima da residência, além de orientações quanto aos cuidados especializados.

Quando o bebê atinge o peso de 2.500 gramas a criança e a família recebem alta do MC e o acompanhamento passa a ser nos serviços de saúde de referência de cada família (BRASIL, 2018b).

Estudos têm apontado os benefícios do MC no cuidado ao neonato, no fortalecimento de vínculos entre a mãe e o bebê e na melhora do quadro clínico do RN (NUNES *et al.*, 2017, SOUZA, 2019, GARCÍA; PILAR, 2016, SOARES, 2014).

Zirpoli (2019) realizaram revisão integrativa da literatura para identificar pesquisas existentes na literatura que abordassem os benefícios do MC. As publicações analisadas apontaram os benefícios do método para as mães, os RN e para a instituição. Entre eles estão o aumento da atividade eletromiográfica de RNPT, desenvolvimento neuromotor precoce, aumento na taxa de crescimento e ganho de peso, promoção do sono e AME até os seis meses de idade e redução no tempo de internação hospitalar.

Estudo observacional epidemiológico transversal realizado no Equador, com 212 crianças, cujo objetivo foi analisar os benefícios do MC em RNPT e/ou de BP, hospitalizados na Unidade de Cuidados Intensivos neonatais do Hospital Ginecológico Obstétrico Nova Aurora e do Hospital Matilde Hidalgo de Procel, identificaram que o MC estava relacionado com redução do tempo de internamento, da necessidade do uso de oxigênio pelo RN, ausência de casos de sepse, redução da necessidade de nutrição parenteral (PAQUITA, 2018). Os benefícios do método extrapolam a relação entre mãe e RN, mas geram impacto significativo nos custos dos serviços hospitalares e na saúde pública.

Nunes (2015, p. 387) desenvolveram estudo qualitativo descritivo com dez mães de RNPT que se encontravam internados na Maternidade Escola Assis Chateaubriand (MEAC), Fortaleza-Brasil, e que haviam feito o contato pele a pele por meio do MC durante a internação na UTIN, para conhecer a percepção materna acerca da vivência na primeira etapa do MC na UTIN. Identificaram que o MC é uma prática “segura e prazerosa para mães e familiares, além de propiciar vantagens sociais e psicoafetivas que se encontram no imaginário da institucionalização do

método e na experiência das mães quando adequadamente apoiadas”. Dados semelhantes foram encontrados no estudo de Spehar e Seidl (2013), no qual as mães relatam que o MC proporcionou tranquilidade para o RN quando internado na UTIN.

Na primeira etapa do método, os pais contam com apoio direto dos profissionais da saúde, visto que a UTIN é ambiente no qual se faz necessário contato contínuo entre pacientes e profissionais. Já na segunda etapa do MC, a mãe tem mais autonomia para prestar o cuidado ao RN, entretanto é neste momento que também vivenciam as angústias preocupações e dúvidas quanto à saúde do bebê.

Pesquisa desenvolvida em um hospital escola na região sul do Brasil, com intuito de conhecer as percepções das mães de RNPT e/ou BP sobre a segunda etapa do MC, identificou que as mães concordam que a posição traz conforto para o bebê, mas também relatam dificuldades na execução da prática, a citar: insegurança e receio em provocar queda, desconforto lombar ao permanecer muito tempo na posição Canguru e preocupação com outros filhos, questões financeiras que as impedem de permanecer por longos períodos no hospital (OLIVEIRA *et al.*, 2015).

Pesquisa descritiva retrospectiva desenvolvida com 38 RNPT com peso de nascimento igual ou inferior a 1500g e que permaneceram internados entre 18 a 136 dias, identificou que o início da posição canguru ocorreu em média aos 30,8 dias de vida pós-natal (DP=8,5) e a quantidade de períodos em que estiveram em posição canguru foi em média 10,7 vezes. Concluíram que embora a literatura aponte inúmeros benefícios do MC, ele não vem sendo adequadamente implementado na prática clínica (FARIA *et al.*, 2017).

Estudo de Stelmak e Freire (2017), cujo objetivo foi identificar a prevalência das ações preconizadas pelo MC na prática de cuidados ao RNPT e/ou BP, pela equipe de enfermagem de uma UTIN, revelou existir uma lacuna entre o conhecimento adquirido nas capacitações do MC e a aplicabilidade prática dessas ações. Reforça, a necessidade de investimentos em capacitações para a implementação das ações recomendadas por Políticas Públicas, a fim de fomentar mudanças comportamentais e paradigmáticas dos profissionais da área da saúde.

Trabalho qualitativo desenvolvido por França Lima *et al.* (2019), com o objetivo de compreender os cuidados maternos na segunda etapa do MC à luz da Teoria de Leininger, identificou dados semelhantes aos estudos *op cit.*, no que diz respeito à preocupação com a saúde do RN, além das crenças e valores culturais

que influenciam na maneira de cuidar. Concluem que o profissional de saúde deve compreender que o cuidado se reveste de singularidades atreladas ao seu contexto sociocultural.

O quesito sociocultural e familiar deve ser considerado pelo profissional da saúde, principalmente quando o RN recebe alta hospitalar e passa para a terceira etapa do MC. Esta etapa é realizada no domicílio sob a supervisão e orientação da Atenção Primária à Saúde e, quando conduzida de modo superficial, acaba não tendo a adesão esperada.

A transição entre a segunda para a terceira etapa necessita essencialmente do trabalho da equipe de enfermagem, para as orientações sobre os aspectos relacionados à posição canguru, cuidados com a pele e higiene do RN e alterações respiratórias como sinal de alerta (SALES, 2018).

Aires *et al.* (2015) desenvolveram pesquisa qualitativa nas Unidades de Saúde de Joinville, Santa Catarina, para conhecer as percepções dos profissionais de saúde da Atenção Básica sobre o seguimento do RNPT e/ou de BP e sua família e a interface com a terceira etapa do MC e identificaram que a participação da atenção básica no método ainda é tímida e que o cuidado ao prematuro é permeado de insegurança. Spehar e Seidl (2013) também encontraram que na terceira etapa do método, embora seja mais propício desenvolver a prática pela privacidade do lar, muitas mães não desenvolvem em virtude dos afazeres domésticos, pelo receio do bebê acostumar na posição e pela dificuldade de encontrar posição no leito que propicie segurança. A tendência é o abandono da técnica, podendo colocar em risco, inclusive, o AM.

Na terceira etapa do MC, após uma hospitalização prolongada do bebê, a família necessita de apoio multiprofissional e de rede social pois novas tarefas serão incluídas, novas expectativas e inseguranças quanto ao cuidado do RN em tempo integral. É preciso fortalecer os pais e familiares para que prestem um cuidado com segurança (BORCK, SANTOS, 2010).

Um estudo multicêntrico realizado na Europa, com a participação de oito países: Bélgica, Dinamarca, França, Itália, Holanda, Espanha, Suécia e Reino Unido, teve como objetivo comparar as políticas e práticas nas unidades neonatais com relação ao envolvimento dos pais no cuidado e incentivo à posição canguru. Os resultados encontrados demonstraram que 280 unidades que responderam ao estudo incentivam a participação dos pais nos cuidados. Os

resultados revelaram, ainda que nos países do Reino Unido, França, Itália e Espanha, o método convencional das incubadoras prevalece e em alguns casos se impede a posição canguru (PALLAS *et al.*, 2012).

Uma revisão integrativa realizada em 2019 demonstrou algumas barreiras para implantação do MC. Questões relacionadas à equipe multiprofissional como insegurança causada pelo desconhecimento, falta de recursos humanos, baixa adesão dos profissionais devido a algumas posturas e conhecimentos já estabelecidos no trabalho e resistência a mudanças. Outro aspecto que dificulta a implantação se refere à estrutura física (LUZ *et al.*, 2022).

Para o desenvolvimento e monitoramento das ações do MC, o envolvimento e atuação da equipe multiprofissional é fundamental. Dessa forma o trabalho em equipe traz autonomia e responsabilidade compartilhada na assistência. (AIRES, *et al.* 2022).

Diante do exposto neste capítulo, infere-se que o MC precisa ser adotado em todas as maternidades com seguimento nas Unidades de Saúde, visto todos os benefícios para a mãe e RN e no impacto financeiro que a técnica proporciona para os sistemas de saúde. Entretanto, estudos também apontam dificuldades na adesão ao método, tanto por parte da mãe quanto pelas instituições.

O Ministério da Saúde publicou a portaria nº 930/GM em 10 de maio de 2012, definindo as diretrizes e objetivos para a organização da atenção integral e humanizada ao RN grave, estimulando a implantação de UCINCo e UCINCa nas instituições de saúde. (BRASIL, 2012c).

O avanço na qualidade de atendimento vinculado ao RNPT e/ou de BP é condicionada a capacitação e envolvimento de profissionais engajados na promoção ao AM e fortalecimento de vínculos afetivos entre a díade mãe/filho e na conscientização das mães quando aos benefícios do MC, principalmente, durante o internamento hospitalar.

3 MATERIAL E MÉTODOS

3.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de um estudo observacional, analítico, transversal e com coleta prospectiva de dados, atendendo o protocolo STROBE de estudos observacionais (Apêndice 5).

3.2 LOCAL E PERÍODO DE ESTUDO

O estudo foi conduzido no Programa de Pós-Graduação de Saúde da Criança e do Adolescente da UFPR no período de 2018 a 2022 e a coleta de dados ocorreu na Unidade de Neonatologia do CHC- UFPR de junho de 2018 a fevereiro de 2020.

A Unidade de Neonatologia do CHC-UFPR é considerada referência para o atendimento aos RN de alto risco para o município de Curitiba.

Conta com dez leitos de UTIN, dez leitos de UCINCo e cinco leitos de UCINCa. Os critérios de elegibilidade da UCINCa são: a) critérios maternos: desejo e disponibilidade, ter apoio familiar para sua permanência no hospital em período integral, consenso entre mãe/familiares/profissionais, capacidade de reconhecer os sinais de estresse e risco do RN e conhecimento e habilidade para manejar o RN em posição Canguru; b) critérios do RN: estabilidade clínica, peso mínimo de 1.250g, nutrição enteral plena (peito, sonda, copo). O uso de antibióticos, a fototerapia e o uso de cateter nasal com O₂ não impede a permanência no RN na UCINCa. São considerados critérios de exclusão na UCINCa, doenças infectocontagiosas e colonização por bactéria multirresistente.

Como a UTIN recebe RN graves, de muito BP e com malformações, muitas vezes os leitos da UCINCa são utilizados para promover o vínculo familiar e auxiliar no aprendizado dos cuidados com o RN.

A instituição recebeu o título de Hospital Amigo da Criança em 1995, atende aos 10 Passos do Aleitamento Materno e realiza capacitações para a equipe multiprofissional duas vezes ao ano.

O Banco de Leite do CHC-UFPR iniciou suas atividades em 1977, passando por reformas estruturais e processuais. Atua como Centro de apoio ao Aleitamento Materno e funciona como ambulatório. Orienta mães e gestantes, realiza coleta, processamento e distribuição de leite humano para os RN internados na UTIN.

3.3 HIPÓTESE DO ESTUDO

Considerando o delineamento do estudo transversal não comparado, a hipótese se fundamentou em estimar a prevalência de Aleitamento Materno em Recém-nascidos pré-termos e/ou de baixo peso, em Unidade de Cuidados Intermediários Neonatal Canguru (UCINCa).

3.4 POPULAÇÃO FONTE

A Unidade de Neonatologia do CHC-UFPR dispõe de dez leitos de cuidados intensivos neonatais, dez leitos de cuidados intermediários neonatais convencionais e cinco leitos de cuidados intermediários neonatais canguru. Inicialmente, a UCINCa dispunha de três leitos, com aumento de cinco leitos em março de 2014. Atende predominantemente aos RN nascidos na maternidade do CHC-UFPR, que é centro terciário de referência para atendimento de recém-nascidos de alto risco em Curitiba e região metropolitana, na região Sul do Brasil. Nesta Maternidade, ocorrem cerca de 1.800 nascimentos ao ano, com prevalência de 12% de RN com BP e desses 4,0% de RN de muito BP. A taxa de ocupação dos leitos da UTIN é frequentemente superior a 100%, sendo maior parte (cerca de 95%) destinados à assistência de nascidos na própria maternidade.

A população fonte inclui os RN, seus pais e os profissionais de saúde que atuam na UTIN.

3.5 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Foram considerados como critérios de inclusão:

- a) Díades de RN internados na UCINCa no período de junho de 2018 a fevereiro de 2020;
- b) Atuar na equipe multiprofissional da Unidade de Neonatologia por mais de seis meses para que tivessem um conhecimento do atendimento na UCINCa;

3.6 CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

Foram considerados critérios de exclusão:

- a) RN com malformações que não atendiam aos critérios de internação na UCINCa;

- b) Retirada do TCLE.

3.7 POPULAÇÃO DE ESTUDO

Díades mãe-filho de RNPT e/ou de BP nascidos na UTIN do CHC-UFPR e submetido método canguru .

Profissionais de saúde que atuam na Unidade de Neonatologia.

3.8 AMOSTRA E TÉCNICA DE AMOSTRAGEM

No período de junho de 2018 até fevereiro de 2020 tivemos um total de 281 RN internados na UCINCa.

Todos os RN internados na UCINCa no período de junho de 2018 até fevereiro de 2020, que atendessem os critérios de elegibilidade poderiam participar da pesquisa. No entanto, não foi possível abordar todos os pais dos RN internados na UCINCa, pela ocorrência da alta nos finais de semana e feriados ou por indisponibilidade da pesquisadora no momento que antecedia a alta hospitalar.

Após aplicar os critérios de inclusão e exclusão a amostra do estudo foi de 87 díades mãe-filho e 47 profissionais da equipe multiprofissional da UTIN, sendo 15 enfermeiros, 23 técnicos ou auxiliares de enfermagem, 3 médicos e 6 outros profissionais.

3.9 VARIÁVEIS DE ESTUDO

As variáveis de estudo incluíram:

- a) Dados de identificação: registrados por meio de códigos;
- b) Dados maternos: idade, cor, grau de escolaridade, situação conjugal, cônjuge pai ou não e atividade laboral;
- c) Características do domicílio: se próprio ou alugado e número de pessoas residentes na moradia;
- d) Antecedentes gestacionais: número de gestações, número de abortos e natimortos, número de filhos vivos e idade do filho caçula, pré-natal e tipo de parto;

- e) Antecedentes de amamentação: se amamentou os filhos anteriores, tempo de amamentação e dificuldade na amamentação;
- f) Características dos recém-nascidos: idade gestacional, Apgar de 1º e 5º minutos (categorizado em 0 a 3, 4 a 6 e 7 a 10), peso e comprimento ao nascimento, classificação do peso em relação a idade gestacional categorizado em Pequeno para a idade gestacional (PIG), Adequado para a idade gestacional (AIG) e Grande para a idade gestacional (GIG), tempo de jejum, Pressão positiva contínua nas vias aéreas (CPAP), ventilação mecânica, ventilação com pressão positiva intermitente (NIPPV), cateter nasal de O₂ (CNO₂), nutrição parenteral total (NPT) e transfusão sanguínea;
- g) Características da amamentação: orientação sobre a amamentação, tipo de aleitamento materno, ordenha (categorizado em 1º dia, 2º a 3º dia e > 4º dia), frequência da ordenha (categorizado em até 4 vezes/dia, 5 a 7 vezes/dia e > 7 vezes/dia), tipo de leite ofertado ao RN, aleitamento materno exclusivo (categorizado em 4 a 6 meses e 12 a 24 meses) e tempo de aleitamento materno (categorizado em maior que 6 meses, de 1 a 6 meses e ausência de amamentação);
- h) Características da alimentação do recém-nascido: idade de início, tipo de leite e volume prescrito, via de alimentação, idade gestacional corrigida, peso e comprimento nesta etapa e alimentação na alta da UTI Neonatal;
- i) Características do MC: tempo de MC, frequência da mãe na Unidade (categorizado em nunca, < 3 vezes/semana, dias alternados e todos os dias), posição canguru, sentimentos (categorizado em medo/insegurança, satisfação/alegria), presença de familiares, posição canguru na enfermaria, se facilitou a amamentação e causas de desmame;
- j) Sugestões das mães participantes sobre o MC (categorizado em atendimento na enfermaria, lazer e infraestrutura da enfermaria);
- k) Avaliação dos profissionais sobre o MC: obtida pela aplicação de um questionário elaborado pela autora, com opinião sobre o MC categorizado em excelente, bom, não conhece e não acredita ser efetivo; medidas de apoio categorizadas em contato mãe-recém-nascido, orientação por equipe capacitada, orientação dos pais e vínculo familiar;

dificuldades categorizadas em com os pais, com os profissionais, conhecimento do método e infraestrutura e sugestões categorizadas em disponibilidade de mais cursos, maior estimulação das mães, promoção de rodas de conversa, maior estimulação dos profissionais, estabelecimento de um protocolo de conduta e melhoria da infraestrutura.

3.10 FONTES DE VIÉS

Todos os dados foram coletados pela pesquisadora para evitar viés de informação.

3.11 PROCEDIMENTOS DE ESTUDO

A coleta dos dados foi realizada durante a internação da díade mãe-filho próximo da alta. Os pais eram convidados a participarem da pesquisa, caso concordassem em participar era lido e ofertado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice 1) para assinatura. O questionário foi aplicado na UCINCa e solicitado o contato telefônico para contato após seis meses e aplicação do questionário de seguimento. A pesquisadora entrava em contato com a equipe de enfermagem da UTIN para saber se algum RN estava próximo da alta para fazer contato com os pais. Não foi possível abordar todos os pais dos RN internados na UCINCa por ocorrer a alta nos finais de semana e feriados ou por indisponibilidade da pesquisadora no momento que antecedia a alta hospitalar.

Para a participação dos profissionais de saúde da UTIN na pesquisa foi necessária a colaboração das chefias médicas e de enfermagem. A pesquisadora foi até a unidade em diversos horários para apresentar a pesquisa à equipe e, àqueles que aceitaram participar foi solicitado assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido. Em seguida foi entregue o questionário de coleta de dados aos participantes para o preenchimento no momento possível, pois a rotina da UTIN é instável. O questionário foi elaborado pela pesquisadora.

3.12 TABULAÇÃO E GERENCIAMENTO DE DADOS

Todos os dados foram coletados e registrados exclusivamente pelo pesquisador, imediatamente após a avaliação no instrumento de coleta de dados. Posteriormente foram digitados em planilha eletrônica *Microsoft Excel*®, conferidos e exportados para o *software* Statistica 4.0 (StatSoftPower Solutions, Inc., Palo Alto, Califórnia, USA).

3.13 ANÁLISE ESTATÍSTICA

As variáveis contínuas foram avaliadas quanto a sua distribuição e apresentadas como média aritmética e desvio padrão, para as variáveis contínuas de distribuição normal e mediana e intervalo interquartil (25-75%), para as de distribuição assimétrica.

Procedeu-se, inicialmente, a estatística descritiva e posteriormente à inferencial bivariada. A estimativa de diferença entre as variáveis contínuas de distribuição assimétrica foi realizada pelo teste de Mann-Whitney e Anova de Kruskal-Wallis, para as variáveis simétricas, Anova e para as variáveis categóricas foi utilizado o teste qui-quadrado de Pearson.

O risco relativo e gráfico *forestplot* foi estimado para avaliar as variáveis mais associadas com amamentação por mais de seis meses.

O modelo de regressão logística univariada foi aplicado para estimar a probabilidade de aleitamento materno por mais de seis meses.

O tamanho da amostra foi estimado considerando o nível de significância de 5%, erro do tipo II de 10% e magnitude de efeito de 25% com amostra estimada em 89 casos.

Para todos os testes utilizados foi considerado como nível mínimo de significância um valor de $p < 0,05$.

3.14 ÉTICA EM PESQUISA

O desenvolvimento do presente estudo está amparado nas resoluções nº466, de 12/12/2012 seguindo as exigências éticas para as pesquisas envolvendo seres humanos. Todos os procedimentos previstos nesta pesquisa somente tiveram início após a aprovação do protocolo de pesquisa pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos do CHC/UFPR: CAAE 73809717.4.0000.0096,

conforme parecer consubstanciado (Anexo 1). Os pais dos RN foram informados sobre o objetivo do estudo, as condições de sigilo de suas identidades, o caráter voluntário para a participação na pesquisa e que sua desistência não teria implicações na continuidade do tratamento hospitalar, assinando em seguida o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice 1), obrigatório para pesquisas em seres humanos - Resolução do Conselho Nacional nº 466, de 2012 (BRASIL, 2012b).

Os profissionais de saúde foram informados sobre o objetivo do estudo, sobre a importância do preenchimento do questionário e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice 2).

3.15 MONITORIZAÇÃO DA PESQUISA

A pesquisa foi realizada considerando as medidas de proteção, minimização de riscos, confidencialidade, responsabilidade do pesquisador e da instituição, de acordo com o compromisso firmado com o Comitê de Ética e Pesquisa em Seres Humanos do CHC-UFPR na ocasião de submissão do projeto.

A pesquisadora principal esteve ciente e cumpriu os termos da Resolução nº. 466 de 12/12/2012 do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde, assumindo o compromisso de zelar pela privacidade e sigilo das informações, tornando os resultados desta pesquisa públicos, sejam eles favoráveis ou não e comunicando o Comitê de Ética em Pesquisa do CHC-UFPR sobre qualquer alteração no projeto de pesquisa.

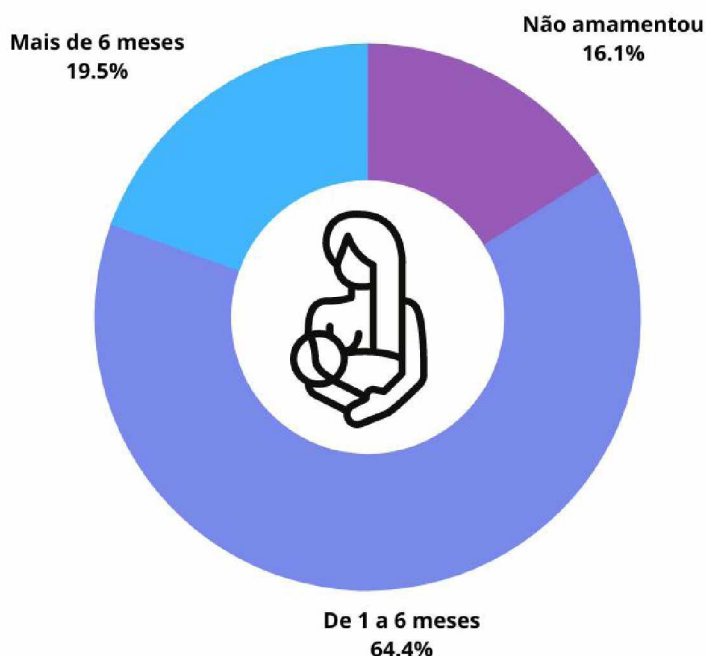
3.16 FOMENTO PARA A PESQUISA, PROFISSIONAIS E SERVIÇOS ENVOLVIDOS

A pesquisa não recebeu fomento de nenhuma agência financiadora e contou com a infraestrutura da Unidade de Neonatologia do CHC/UFPR e Programa de Pós-graduação em Saúde da Criança e do Adolescente da UFPR.

4 RESULTADOS

Constituíram a amostra do estudo 87 díades mãe-filho, com frequência de amamentação exclusiva e mista de 83,9% (73 casos), tendo 17 delas amamentado por mais de seis meses (19,5%), 56 delas por um a seis meses (64,4%) e 14 (16,1%) que não amamentaram (Figura 3). Apenas oito (9,2%) receberam alta da UCINCa em AME.

FIGURA 3 - FREQUÊNCIA E TEMPO DE AMAMENTAÇÃO - UNIDADE DE NEONATOLOGIA – CHC/UFPR (2018-2020)



FONTE: A autora (2022)

NOTA: CHC/UFPR: Complexo Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná

A média da idade materna foi de $28,4 \pm 7,1$ anos, sem diferença significativa entre os grupos ($p = 0,92$), com predomínio da raça branca (77,0%) e escolarização fundamental (57,5%). A maioria das participantes referiu morar com o companheiro (93,1%), sendo o cônjuge o pai (98,8%) e 89,6% casadas. Apenas 16,1% referiu estar trabalhando, mas 52,9% com expectativa de voltar a trabalhar (Tabela 2).

TABELA 2 - CARACTERÍSTICAS DAS MÃES DE ACORDO COM O TEMPO DE AMAMENTAÇÃO – UNIDADE DE NEONATOLOGIA – CHC/UFPR (2018-2020)

CARACTERÍSTICAS	GRUPOS			p
	0 meses (n = 14)	1 a 6 meses (n = 56)	> 6 meses (n = 17)	
Idade	29,1 ± 5,9	28,3 ± 7,4	28,2 ± 7,1	0,92 ¹
Cor ^a				
Branca	10 (71,4%)	45 (80,4%)	13 (76,5%)	0,31 ²
Parda	3 (23,1%)	7 (12,5%)	4 (23,5%)	
Preta	0 (0,0%)	3 (5,4%)	0 (0,0%)	
Amarela	0 (0,0%)	1 (1,8%)	0 (0,0%)	
Indígena	1 (7,7%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	
Escolarização				
Fundamental	2 (14,3%)	12 (21,4%)	4 (23,5%)	0,50 ²
Médio	11 (78,6%)	30 (53,6%)	9 (52,9%)	
Superior	1 (7,1%)	14 (25,0%)	4 (23,5%)	
Mora com companheiro	13 (92,9%)	52 (92,7%)	16 (94,1%)	0,98 ²
Cônjuge é o pai	13 (92,9%)	56 (100,0%)	17 (100,0%)	0,07 ²
Estado civil				
Casada	12 (85,7%)	51 (91,1%)	12 (85,7%)	0,82 ²
Solteira	0 (0,0%)	3 (5,4%)	0 (0,0%)	
Viúva	2 (14,3%)	0 (0,0%)	2 (14,3%)	
Divorciada	0 (0,0%)	2 (3,6%)	0 (0,0%)	
Trabalha atualmente	4 (28,6%)	8 (14,3%)	2 (11,8%)	0,37 ²
Expectativa de trabalho ^b				
Não trabalhar fora	5 (35,7%)	28 (53,9%)	8 (50,0%)	0,56 ²
Voltar a trabalhar ao término da licença	4 (28,6%)	9 (17,3%)	5 (31,3%)	
Começar a trabalhar fora	5 (35,1%)	15 (28,9%)	3 (18,8%)	
Tempo para trabalhar fora (meses) ^c	9,0 (6-12)	6,0 (6-12)	6,0 (5-39)	0,85 ³

FONTE: A autora (2022)

NOTA: ¹Anova one-way, teste post-hoc de Duncan ²Teste qui-quadrado de Pearson ³Anova de Kruskal-Wallis ^an = 86 ^bn = 82 ^cn = 26 CHC/UFPR: Complexo Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná

No que se refere às características do domicílio, observou-se que a maior parte das participantes residia em imóvel próprio (64,4%), sem diferença entre os grupos (p = 0,21) (Figura 4).

FIGURA 4 - CARACTERÍSTICAS DO DOMICÍLIO DE ACORDO COM O TEMPO DE AMAMENTAÇÃO – UNIDADE DE NEONATOLOGIA – CHC/UFPR (2018-2020)

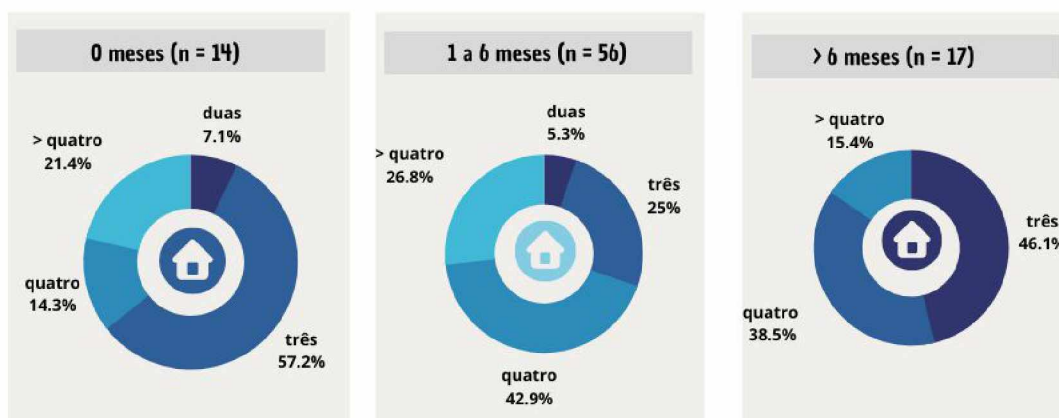


FONTE: A autora (2022)

NOTA: Teste qui-quadrado de Pearson: $p = 0,21$ CHC/UFPR: Complexo Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná

Na maior parte dos casos, as famílias eram compostas por mais de três pessoas ($p = 0,26$) (Figura 5).

FIGURA 5 - NÚMERO DE PESSOAS NA FAMÍLIA DE ACORDO COM O TEMPO DE AMAMENTAÇÃO – UNIDADE DE NEONATOLOGIA – CHC/UFPR (2018-2020)



FONTE: A autora (2022)

NOTA: Teste qui-quadrado de Pearson: $p = 0,26$ $n = 86$ CHC/UFPR: Complexo Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná

Não se observou diferença entre os grupos em relação à história das gestações anteriores. Trinta e uma participantes eram primigestas (35,6%) e 38 multigestas (44,2%), com nenhum caso de aborto ou natimorto entre os grupos e 60 delas (69,7%) com um a três filhos vivos (Tabela 3).

TABELA 3 – ANTECEDENTES GESTACIONAIS DE ACORDO COM O TEMPO DE AMAMENTAÇÃO – UNIDADE DE NEONATOLOGIA – CHC/UFPR (2018-2020)

ANTECEDENTES GESTACIONAIS	GRUPOS			p
	0 meses (n = 14)	1 a 6 meses (n = 56)	> 6 meses (n = 17)	
Número de gestações ^a				
Primigesta	7 (50,0%)	19 (34,6%)	5 (31,3%)	0,25 ¹
Multigesta	5 (35,7%)	27 (49,1%)	6 (37,5%)	
Aborto ^b	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	1,00 ¹
Natimorto ^b	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	1,00 ¹
Número de filhos ^c				
0	0 (0,0%)	2 (4,4%)	0 (0,0%)	0,40 ¹
1	9 (81,8%)	22 (47,8%)	6 (46,2%)	
2	1 (9,1%)	9 (19,6%)	2 (15,4%)	
3	1 (9,1%)	7 (15,2%)	3 (23,1%)	
4 ou mais	0 (0,0%)	6 (13,0%)	2 (15,4%)	
Idade do filho caçula ^d (meses)	168 (15 - 264)	120 (54 - 156)	60 (36 - 102)	0,32 ²

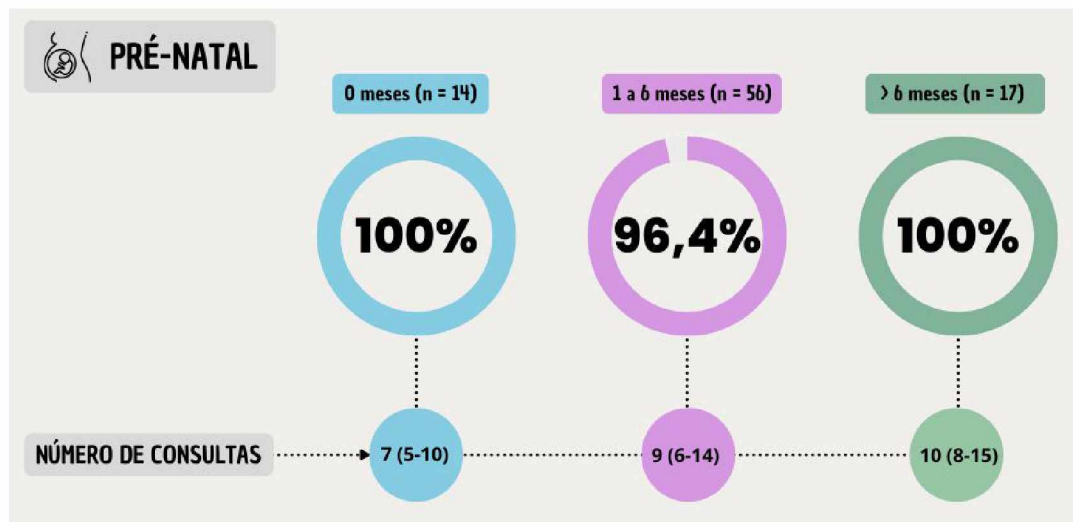
FONTE: A autora (2022)

NOTA: ¹Teste qui-quadrado de Pearson ²Anova de Kruskal-Wallis

^an = 85 ^bn = 87 ^cn = 70 ^dn = 36 CHC/UFPR: Complexo Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná

Apenas duas participantes não realizaram pré-natal (2,3%), com mediana do número de consultas de 9 (6-14), sem diferença entre os grupos ($p = 0,10$) (Figura 6).

FIGURA 6 - NÚMERO DE CONSULTAS DE PRÉ-NATAL DE ACORDO COM O TEMPO DE AMAMENTAÇÃO – UNIDADE DE NEONATOLOGIA – CHC/UFPR (2018-2020)

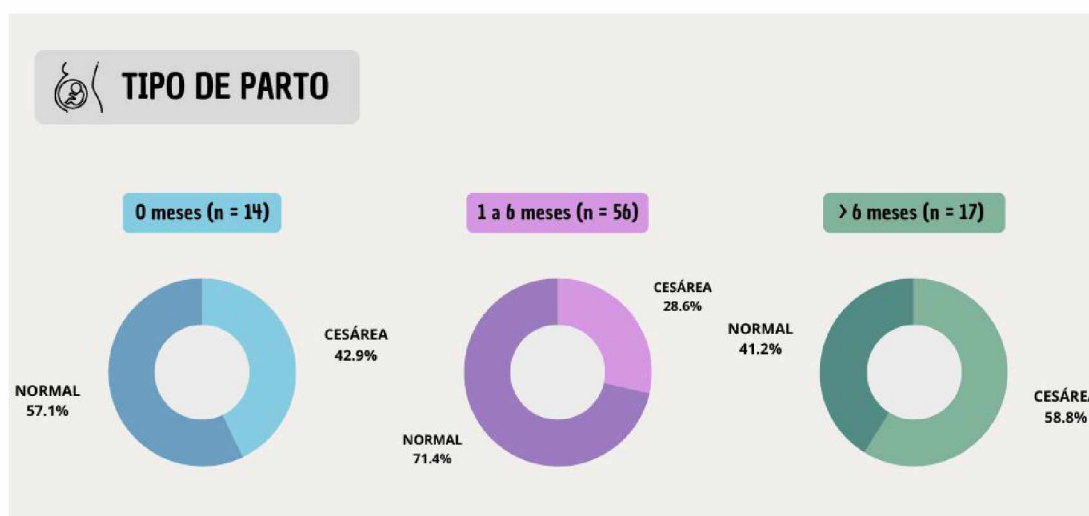


FONTE: A autora (2022)

NOTA: Anova de Kruskal-Wallis: $p = 0,10$ $n = 82$ CHC/UFPR: Complexo Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná

Para a maior parte das participantes (63,2%) o parto foi cesárea, sendo a maior frequência observada entre as participantes que amamentaram de 1 a 6 meses, com nível de significância limítrofe ($p = 0,06$) (Figura 7).

FIGURA 7 - TIPO DE PARTO DE ACORDO COM O TEMPO DE AMAMENTAÇÃO – UNIDADE DE NEONATOLOGIA – CHC/UFPR (2018-2020)



FONTE: A autora (2022)

NOTA: Anova de Kruskal-Wallis: $p = 0,06$ CHC/UFPR: Complexo Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná

Não se observou diferença entre os grupos em relação aos antecedentes de AM ($p > 0,05$) (Tabela 4).

TABELA 4 - ANTECEDENTES DE AMAMENTAÇÃO DE ACORDO COM O TEMPO DE AMAMENTAÇÃO – UNIDADE DE NEONATOLOGIA – CHC/UFPR (2018-2020)

ANTECEDENTES DE AMAMENTAÇÃO	GRUPOS			p
	0 (n = 3)	1 a 6 (n = 26)	> 6 (n = 8)	
Amamentou ^a	2 (66,7%)	21 (80,8%)	5 (62,5%)	0,53 ¹
Tempo de amamentação ^b	19,0 (2-36)	15,0 (6-24)	24,0 (18-36)	0,18 ²
Dificuldade para amamentar ^c	1 (50,0%)	16 (64,0%)	3 (42,9%)	0,58 ¹

FONTE: A autora (2022)

NOTA: ¹Teste qui-quadrado de Pearson ²Anova de Kruskal-Wallis

^an = 37 ^bn = 29 ^cn = 34 CHC/UFPR: Complexo Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná

Os recém-nascidos das participantes que não amamentaram apresentaram menor idade gestacional ($p = 0,01$), menor peso ao nascimento ($p < 0,001$), menor comprimento ($p < 0,01$). Para as demais características os grupos foram semelhantes entre si ($p > 0,05$) (Tabela 5).

TABELA 5 – CARACTERÍSTICAS DO RECÉM-NASCIDO DE ACORDO COM O TEMPO DE AMAMENTAÇÃO – UNIDADE DE NEONATOLOGIA – CHC/UFPR (2018-2020)

CARACTERÍSTICAS	GRUPOS			p
	0 (n = 14)	1 a 6 (n = 56)	> 6 (n = 17)	
Idade gestacional (semanas) ^a	31,1 ± 3,6	32,5 ± 2,9	34,4 ± 2,9	0,01¹
Apgar1 ^a				
0 a 3	5 (38,5%)	6 (10,7%)	2 (11,8%)	
4 a 6	2 (15,4%)	15 (26,8%)	4 (23,5%)	0,15 ²
7 a 10	6 (46,1%)	35 (62,5%)	11 (64,7%)	
Apgar 5				
0 a 3	0 (0,0%)	1 (1,8%)	0 (0,0%)	
4 a 6	3 (21,4%)	4 (7,1%)	1 (5,9%)	0,47 ²
7 a 10	11 (78,6%)	51 (91,1%)	16 (94,1%)	
Peso (g)	1.337,5 (900-1.720)	1.660,0 (1425-1980)	2.170 (1.950-3095)	< 0,001³
Comprimento (cm) ^b	37,9 ± 7,3	40,6 ± 3,8	43,2 ± 3,6	< 0,01¹
Classificação ^c				
AIG	12 (85,7%)	39 (73,6%)	13 (81,2%)	
PIG	2 (14,3%)	12 (22,6%)	2 (12,5%)	0,74 ²
GIG	0 (0,0%)	2 (3,8%)	1 (6,2%)	
Jejum (dias) ^d	2 (2-5)	2 (1-4)	3 (2-4)	0,44 ³
Suporte ventilatório (%)	3 (27,3%)	17 (32,1%)	5 (29,4%)	0,94 ²
CNO ₂ ^g (dias)	9,5 (4-21)	5 (2-12)	3 (2-5)	0,31 ³
NPT ^h	13 (5-29)	7 (5-14,5)	11,5 (9-14)	0,52 ³
Transfusão sanguínea	4 (3-8)	2 (1-9)	0 (0-0)	0,41 ⁴

FONTE: A autora (2022)

NOTA: ¹Anova one-way, teste post-hoc de Duncan ²Teste qui-quadrado de Pearson ³Anova de Kruskal-Wallis

⁴Teste de Mann-Whitney^an = 86 ^bn = 81 ^cn = 83 ^dn = 60 ^en = 48 ^fn = 18 ^gn = 49 ^hn = 33

AIG: Adequado para a idade gestacional PIG: Pequeno para a idade gestacional GIG: Grande para a idade gestacional CNO₂: Óxido nítrico inalatório NPT: Nutrição parenteral total CHC/UFPR: Complexo Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná

Observou-se maior frequência de visita ao BLH entre as participantes que amamentaram ($p = 0,04$) e que tiveram maior orientação sobre a ordenha ($p = 0,05$). Para os demais antecedentes de amamentação não se observou diferença significativa entre os grupos ($p > 0,05$) (Tabela 6).

TABELA 6 - CARACTERÍSTICAS DA AMAMENTAÇÃO DE ACORDO COM O TEMPO DE AMAMENTAÇÃO – UNIDADE DE NEONATOLOGIA – CHC/UFPR (2018-2020)

CARACTERÍSTICAS	GRUPOS			p
	0 (n = 14)	1 a 6 (n = 56)	> 6 (n = 17)	
Orientação sobre amamentação	10 (71,4%)	27 (48,2%)	8 (47,1%)	0,27 ¹
Quando ^a				
Pré-parto	3 (21,4%)	8 (15,1%)	1 (5,9%)	
Pré e pós-parto	5 (35,71%)	11 (20,8%)	4 (23,5%)	0,48 ¹
Pós-parto	6 (42,9%)	34 (64,2%)	12 (70,6%)	
Quem orientou ^b				
Alojamento conjunto	3 (21,4%)	11 (22,0%)	7 (43,7%)	
Banco de leite humano	4 (28,6%)	24 (48,0%)	7 (43,7%)	
UTI neonatal	2 (14,3%)	10 (20,0%)	2 (12,5%)	
Enfermagem	10 (71,4%)	39 (78,0%)	13 (81,2%)	0,72 ¹
Médicos	3 (21,4%)	6 (12,0%)	1 (6,2%)	
Fonoaudióloga	0 (0,0%)	4 (8,0%)	0 (0,0%)	
Pré-natal	0 (0,0%)	3 (6,0%)	0 (0,0%)	
Aleitamento exclusivo (meses) ^c				
4 a 6 meses	7 (87,5%)	22 (95,5%)	8 (100,0%)	0,55 ¹
12 a 24 meses	1 (12,5%)	1 (4,6%)	0 (0,0%)	
Aleitamento misto ^c	7 (17,9%)	23 (59,0%)	9 (23,1%)	0,50 ¹
Orientações BLH	13 (92,9%)	54 (96,4%)	17 (100,0%)	0,55 ¹
Foi até BLH	11 (78,57%)	54 (96,4%)	14 (82,4%)	0,04¹
Orientações de ordenha	12 (85,7%)	55 (98,2%)	16 (100,0%)	0,05¹
Quando ^a				
Pré-parto	3 (21,4%)	8 (15,1%)	1 (5,9%)	
Pós-parto	6 (42,9%)	34 (64,1%)	12 (70,6%)	0,48 ¹
Ambos	5 (35,7%)	11 (20,7%)	4 (23,5%)	
Ordenhava	12 (92,3%)	50 (96,1)	15 (93,6%)	0,81 ¹
Quando iniciou ^d				
1 ^o -2 ^o dia	5 (41,7%)	24 (49,0%)	8 (50,0%)	
3 ^o -4 ^o dia	5 (41,7%)	23 (46,9%)	6 (37,5%)	0,57 ¹
> 4 ^o dia	2 (16,7%)	2 (4,1%)	2 (12,5%)	
Frequência				
Até 4 vezes/dia	7 (58,3%)	23 (41,8%)	5 (31,2%)	
5 a 7 vezes/dia	3 (25,0%)	11 (20,0%)	7 (43,7%)	0,22 ¹
> 7 vezes/dia	2 (16,7%)	21 (38,2%)	4 (25,0%)	

Tipo de leite				
Materno	0 (0,0%)	5 (9,4%)	0 (0,0%)	0,26 ¹
Colostro	0 (0,0%)	6 (10,7%)	1 (5,9%)	
Leite humano	14 (100,0%)	47 (88,7%)	11 (84,6%)	
Fórmula	10 (71,4%)	22 (41,5%)	6 (46,1%)	

FONTE: A autora (2022)

NOTA: ¹Teste qui-quadrado de Pearson ²Anova de Kruskal-Wallis

^an = 84 ^bn = 80 ^cn = 39 ^dn=86 BLH: Banco de leite humano CHC/UFPR: Complexo Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná

Os recém-nascidos do grupo das participantes que amamentaram por mais de seis meses iniciaram a alimentação por via oral ($p < 0,001$), no seio materno ($p < 0,01$) e com livre demanda ($p < 0,01$) mais precocemente e apresentaram maior frequência de AME na alta da UTIN ($p < 0,001$). Para as demais características não se observou diferença significativa entre os grupos ($p > 0,05$) (Tabela 7).

TABELA 7 – CARACTERÍSTICAS DA ALIMENTAÇÃO DE ACORDO COM O TEMPO DE AMAMENTAÇÃO – UNIDADE DE NEONATOLOGIA – CHC/UFPR (2018-2020)

CARACTERÍSTICAS	GRUPOS			p
	0 (n = 14)	1 a 6 (n = 56)	> 6 (n = 17)	
Início da alimentação (dia) ^a	2,0 (1,-3)	1,0 (1-2)	3,0 (1-12)	0,27 ¹
Alimento prescrito ^a				
Colostro	10 (76,9%)	50 (89,3%)	14 (82,3%)	0,14 ²
Leite humano	2 (15,4%)	6 (10,7%)	1 (5,9%)	
Leite de fórmula	1 (7,7%)	0 (0,0%)	2 (11,8%)	
Volume prescrito (ml) ^b	20,0 (20-20)	20,0 (20-40)	30,0 (20-50)	0,13 ¹
Via de alimentação				
VO	1 (7,1%)	2 (3,6%)	2 (11,8%)	0,43 ²
SNG	10 (71,4%)	48 (85,7%)	12 (70,6%)	0,25 ²
Início (dia)				
VO	21,5 (8-35,5)	10,0 (5-17)	4,0 (1-6)	< 0,001 ¹
Peito materno	18,0 (8-32)	10,0 (6-17)	2,0 (1-6)	< 0,001 ¹
Livre demanda	22,0 (8-32)	11,0 (6,5-23,5)	5,5 (1,5-9,5)	0,02 ¹
Idade corrigida (semanas)	36,5 ± 4,4	36,2 ± 7,9	36,2 ± 3,6	0,98 ³
Peso (g) ^b	2.397,3 ± 714,7	2.148,9 ± 475,7	2.424,1 ± 676,0	0,12 ³
Comprimento (cm) ^c	42,7 ± 2,4	43,5 ± 3,0	45,3 ± 3,6	0,12 ³
Alimentação na alta da UTIN ^d				
Peito materno exclusivo	0 (0,0%)	3 (5,4%)	6 (35,3%)	< 0,001 ²
Leite de fórmula exclusivo	11 (100,4%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	
Misto	0 (0,0%)	53 (94,6%)	11 (64,7%)	

FONTE: O autor (2022)

NOTA: ¹Anova one-way, teste post-hoc de Duncan ²Teste qui-quadrado de Pearson ³Anova de Kruskal-Wallis ⁴Teste de Mann-Whitney UTIN: Unidade de terapia intensiva neonatal

^an = 86 ^bn = 85 ^cn = 65 ^dn = 84 VO: Via oral SNG: Sonda nasogástrica UTIN: Unidade de terapia intensiva neonatal CHC/UFPR: Complexo Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná

Entre as mães que não amamentaram observou-se maior frequência de relato de que o MC não auxiliou a amamentação ($p < 0,001$) (Tabela 8).

TABELA 8 - CARACTERÍSTICAS DO MÉTODO CANGURU DE ACORDO COM O TEMPO DE AMAMENTAÇÃO – UNIDADE DE NEONATOLOGIA – CHC/UFPR (2018-2020)

CARACTERÍSTICAS	GRUPOS			p
	0 (n = 14)	1 a 6 (n = 56)	> 6 (n = 17)	
Frequência na Unidade ^a				
Nunca (por internação da mãe)	0 (0,0%)	3 (5,4%)	1 (5,9%)	0,89 ¹
< 3 vezes/semana	1 (7,7%)	2 (3,6%)	1 (5,9%)	
Dias alternados	1 (7,7%)	3 (5,4%)	0 (0,0%)	
Todos os dias	11 (84,6%)	48 (85,7%)	15 (88,2%)	
Posição Canguru ^a	11 (84,6%)	46 (82,1%)	11 (68,7%)	0,44 ¹
Número de vezes	10 (1-10)	2 (1-5)	2(1-2)	0,11 ²
Sentimentos ^c				
Medo/Insegurança	1 (8,3%)	4 (7,5%)	2 (18,2%)	0,53 ¹
Satisfação/Alegria	11 (91,7%)	49 (92,4%)	9 (81,8%)	
Presença de alguém da família ^d	8 (66,7%)	23 (38,5%)	5 (68,5%)	0,25 ¹
Método Canguru Enfermaria ^e	11 (91,7%)	51 (92,7%)	13 (76,5%)	0,15 ¹
Facilitou a amamentação ^e	8 (72,7%)	55 (98,2%)	17 (100,0%)	< 0,001 ¹

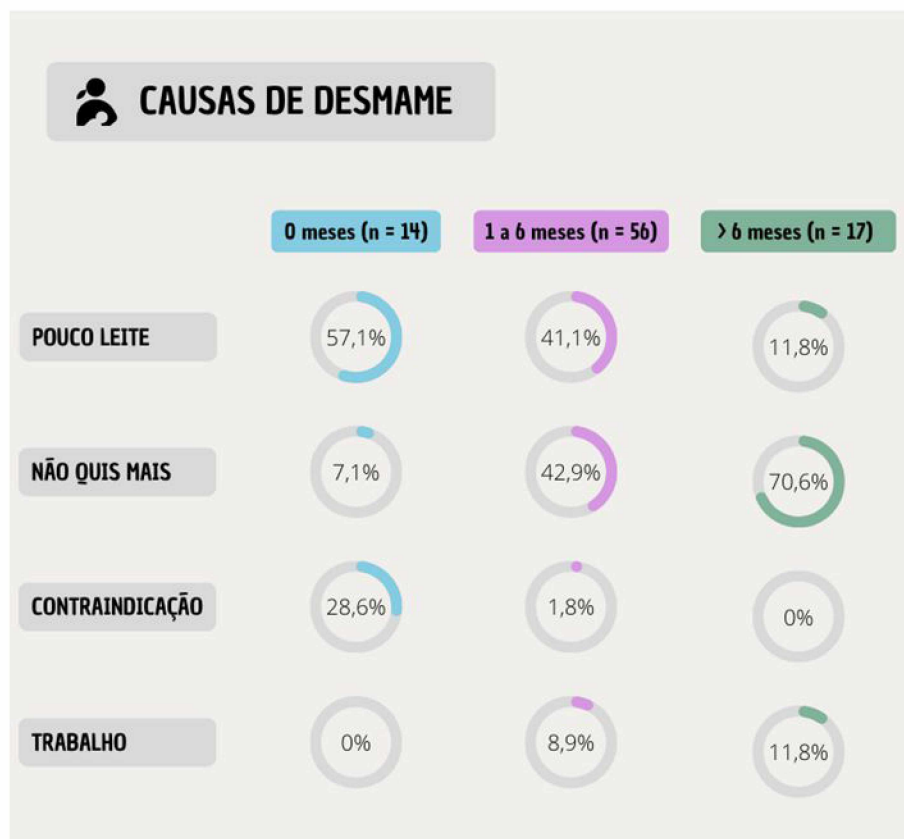
FONTE: A autora (2022)

NOTA: ¹Teste qui-quadrado de Pearson ²Anova de Kruskal-Wallis

^an = 86 ^bn = 85 ^cn = 76 ^dn = 80 ^en = 84 CHC/UFPR: Complexo Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná

Entre as participantes que não amamentaram a principal razão apontada foi pouco leite (57,1%), no grupo que amamentou entre 1 a 6 meses porque não quiseram mais (42,9%) e por pouco leite (41,1%) e no último grupo porque não quiseram mais (70,6%) ($p = 0,02$) (Figura 8).

FIGURA 8 - CAUSAS DE DESMAME DE ACORDO COM O TEMPO DE AMAMENTAÇÃO – UNIDADE DE NEONATOLOGIA – CHC/UFPR (2018-2020)

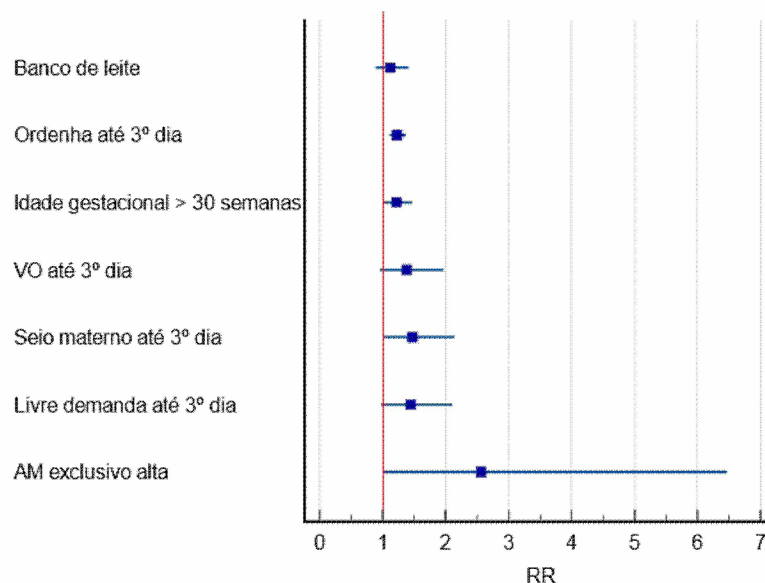


FONTE: A autora (2022)

NOTA: Teste qui-quadrado de Pearson: $p < 0,001$ CHC/UFPR: Complexo Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná

As variáveis mais significativamente associadas à amamentação por mais de seis meses inclui o início da ordenha até o 3º dia ($p < 0,001$), idade gestacional > 30 semanas ($p < 0,001$), início da alimentação no seio materno até o 3º dia ($p = 0,01$) e AME na alta ($p = 0,02$). Outras variáveis são início da alimentação por via oral até o 3º dia e livre demanda até o 3º dia ($p = 0,05$) (Gráfico 4).

GRÁFICO 4 - FOREST PLOT DOS FATORES ASSOCIADOS À AMAMENTAÇÃO POR MAIS DE SEIS MESES

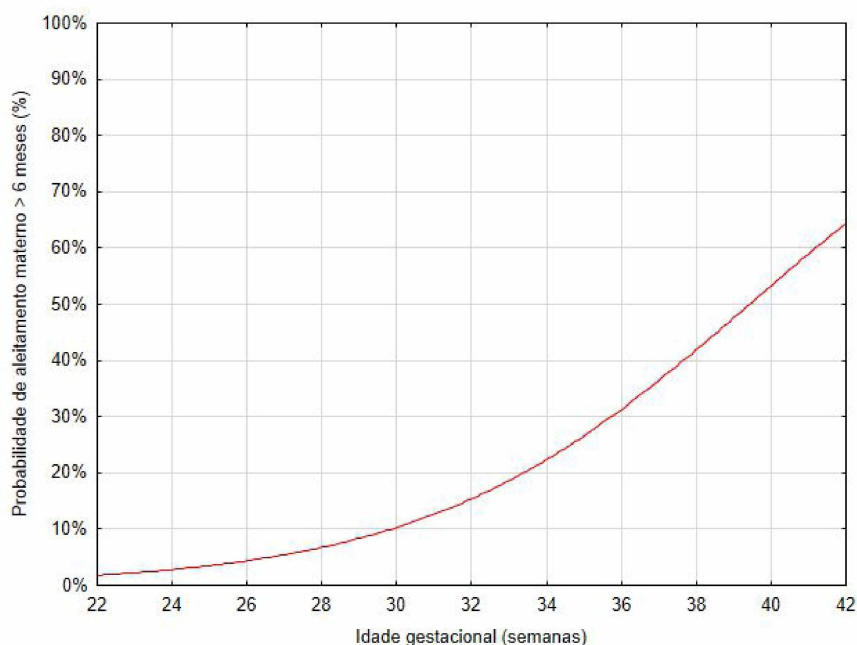


FONTE: A autora (2022)

NOTA: Forest plot RR = risco relativo VO: Via oral AM: Aleitamento materno
CHC/UFPR: Complexo Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná

A probabilidade de AM por mais de seis meses aumentou progressivamente de acordo a idade gestacional, passando de 10% com 30 semanas para 40% com 38 semanas e cerca de 65% com 42 semanas (Gráfico 5).

GRÁFICO 5 - PROBABILIDADE DE ALEITAMENTO MATERNO POR MAIS DE SEIS MESES DE ACORDO COM A IDADE GESTACIONAL



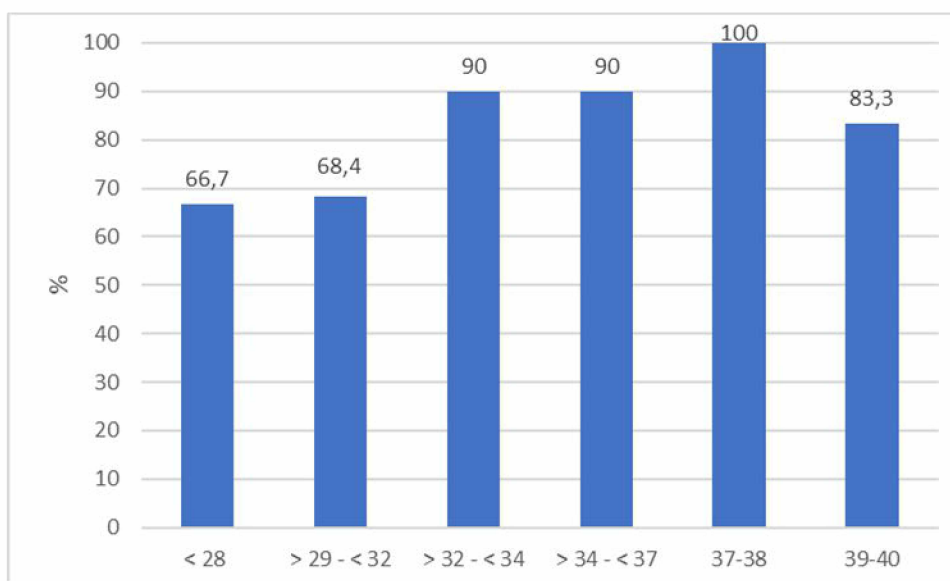
FONTE: A autora (2022)

NOTA: Regressão logística univariada: $p < 0,01$ CHC/UFPR: Complexo Hospital de Clínicas

da Universidade Federal do Paraná

A frequência de amamentação entre os RN < 28 semanas foi de 66,7%, de 68,4% de 28 a < 32 semanas, de 90,0% entre 32 e < 34 semanas, de 90,0% entre 34 a < 37 semanas, de 100,0% com 37 e 38 semanas e 83,3% com 39 e 40 semanas (Gráfico 6).

GRÁFICO 6 – FREQUÊNCIA DE ALEITAMENTO MATERNO DE ACORDO COM AS CLASSES DE IDADE GESTACIONAL

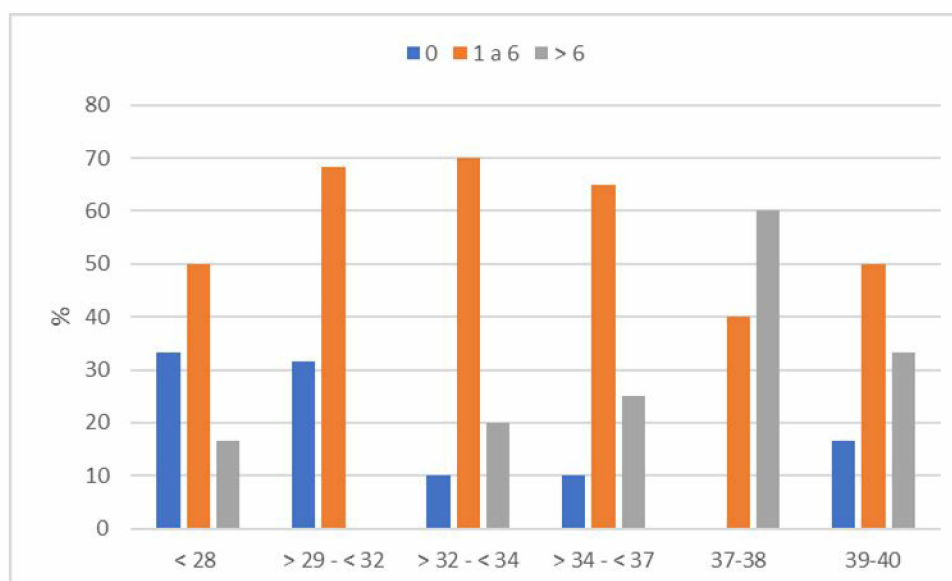


FONTE: A autora (2022)

NOTA: CHC/UFPR: Complexo Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná

O aleitamento por mais de seis meses foi frequente entre RN com mais de 36 semanas (Gráfico 7).

GRÁFICO 7 - DISTRIBUIÇÃO DE FREQUÊNCIA DE TEMPO DE ALEITAMENTO MATERNO DE ACORDO COM AS CLASSES DE IDADE GESTACIONAL



FONTE: A autora principal (2022)

NOTA: CHC/UFPR: Complexo Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná

As principais sugestões dadas pelas participantes referiram-se ao atendimento na UCINCa (31,0%) representada, principalmente, pela necessidade de padronização das condutas e informações pela equipe (16,1%); seguida de sugestões de infraestrutura (19,5%) e lazer (8,0%) (Tabela 9).

Outras sugestões foram levantadas no atendimento na UCINCa, chá para as mães, colocar roupa no RN, muito barulho à noite, melhorar a informação sobre os objetivos do MC, mais atenção e paciência da enfermagem e trazer o RN mais estável para o MC. Quanto a infraestrutura sugeriram sala de coleta de leite, banheiro, pia e ferro de passar roupa.

TABELA 9 – SUGESTÕES DAS PARTICIPANTES PARA A UCINCA – UNIDADE DE NEONATOLOGIA – CHC/UFPR (2018-2020)

SUGESTÕES	Média + DP/n (%)
Sugestões	
Atendimento na UCINCa	27 (31,0%)
Padronização de procedimentos	14 (16,1%)
Roda de conversa	5 (5,7%)
Reunião psicólogas	3 (3,4%)
Não deixar a UCINCa sozinha	3 (3,4%)
Identificação dos profissionais	2 (2,3%)
Outros	9 (10,3%)
Lazer	7 (8,0%)
Televisão	3 (3,4%)
Disponibilizar trabalhos manuais	2 (2,3%)
Passeios	2 (2,3%)
Outros	3 (3,4%)
Infraestrutura da UCINCa	17 (19,5%)
Alimentação ruim e em pouca quantidade	8 (9,2%)
Privacidade para amamentar	6 (6,9%)
Outros	3 (3,4%)

FONTE: A autora principal (2022)

NOTA: RN: recém-nascido DP: Desvio-padrão CHC/UFPR: Complexo Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná

4.1 AVALIAÇÃO DOS PROFISSIONAIS

Quarenta e sete profissionais da equipe de assistência da Unidade Neonatal responderam a um questionário para avaliação do MC, sendo 23 técnicas ou auxiliares de enfermagem (48,9%), 15 enfermeiras (31,9%), 3 médicos (6,4%) e 6 outros profissionais (fisioterapeuta e terapeuta ocupacional) (12,8%), com média de idade de $37,1 \pm 8,0$ anos. O tempo de atividade profissional foi, em mediana, de 4,8 anos (IIQ = 2,5-10), variando de 0,8 a 24 anos. A maior parte das profissionais apresentava vínculo profissional pela EBSERH (72,3%) e 36 (76,6%) realizaram curso de capacitação no MC. A quase totalidade (97,8%) das participantes consideraram o método excelente ou bom e referiram que a orientação das mães e da família por equipe capacitada é o maior benefício do método (70,2%). A principal dificuldade apontada e a sugestão mais frequentemente indicada foi em relação à infraestrutura da Unidade para a melhor efetividade do método (21,3% e 25,5%) (Tabela 10).

TABELA 10 – AVALIAÇÃO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE SOBRE O MÉTODO CANGURU – UNIDADE DE NEONATOLOGIA – CHC/UFPR (2018-2020)

RESPOSTAS	Média + DP/n (%)
Idade (anos)	37,1 ± 8,0
Profissão	
Técnica/Auxiliar de enfermagem	23 (48,9%)
Enfermeira	15 (31,9%)
Médico	3 (6,4%)
Outros	6 (12,8%)
Tempo de atuação em Neonatologia (anos)	4,8 (2,5-10)
Vínculo profissional	
EBSERH	34 (72,3%)
RJU	9 (19,2%)
Residência Multiprofissional	4 (8,5%)
Capacitação no Método Canguru	36 (76,6%)
Opinião sobre o Método Canguru	
Excelente	20 (42,6%)
Bom	25 (55,2%)
Não conhece	1 (2,1%)
Não acredita que seja efetivo	1 (2,1%)
Medidas de apoio que facilitam o aleitamento materno na UCINCa	
Contato mãe-recém-nascido	14 (29,8%)
Orientações por equipe capacitada	33 (70,2%)
Atendimento humanizado	6 (12,8%)
Orientação pais	12 (25,5%)
Vínculo familiar	5 (10,6%)
Dificuldades	17 (36,2%)
Com os pais	4 (8,5%)
Com os profissionais	6 (12,8%)
Conhecimento do Método	5 (10,6%)
Infraestrutura	10 (21,3%)
Estimula a posição canguru?	
Não	2 (4,2%)
Sim	45 (95,8%)
Sugestões	
Disponibilidade de mais cursos	5 (10,6%)
Maior estimulação das mães	4 (8,5%)
Promover rodas de conversa	2 (4,2%)
Maior estimulação dos profissionais	7 (15,0%)
Estabelecer um protocolo de conduta	9 (19,1%)
Melhoria da infraestrutura	12 (25,5%)

FONTE: A autora principal (2022)

NOTA: EBSERH: Empresa brasileira de serviços hospitalares RJU: Regime jurídico único
CHC/UFPR: Complexo Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná

5 DISCUSSÃO

Entre as 87 díades mãe-filho analisadas, a frequência de amamentação exclusiva e mista em RNPT e/ou de BP é de 83,9%. Destas, 9,2% receberam alta UCINCa em AME .

Estes dados vão ao encontro dos resultados de um estudo observacional retrospectivo realizado com recém-nascidos prematuros, internados em unidades de terapia intensiva (UTIN) e de UCINCo de um hospital “Amigo da Criança” na região norte do Brasil. Os pesquisadores identificaram que a maioria dos prematuros recebeu leite humano, com prevalência de 81%. Após avaliação da relação do estado nutricional dos RN e o tipo de alimentação recebida, os pesquisadores alertam que, o leite materno é o mais recomendado para iniciar a dieta do RN, por facilitar a progressão da alimentação via oral, conter substâncias imunoprotetoras e de crescimento, que promovem a adaptação e a maturação gastrintestinal, melhoram a tolerância à dieta e protegem contra doenças infecciosas e inflamatórias (TEIXEIRA *et al.*, 2021).

Em estudo de coorte, retrospectivo e observacional, realizado com 4.470 RN de muito baixo peso de 25 unidades de terapia intensiva neonatal na China, também observa-se a importância do AM. Os resultados mostram que os RN alimentados exclusivamente com leite materno apresentaram menor chance de desenvolver enterocolite necrosante, displasia pulmonar, retinopatia da prematuridade grave e óbito quando comparados àqueles que receberam alimentação com fórmula (PENG, 2022).

Neste estudo, apesar da alta prevalência do AME na população estudada, deve-se considerar que um número significativo de RN não recebeu AME. Logo, os profissionais envolvidos com o MC devem buscar estratégias para reduzir o uso de fórmulas no início da dieta dos RN, com a finalidade de garantir os benefícios do AME.

Com relação à retinopatia da prematuridade, Fonseca *et al.* (2018) realizaram um estudo de coorte com 323 RN com muito BP ao nascer (<1500 g), prematuros (idade gestacional <32 semanas) e internados nas primeiras 24 horas de vida na UTIN de um hospital do sul do Brasil. Para avaliar o possível efeito protetor do leite materno contra a retinopatia da prematuridade, os pesquisadores compararam a

quantidade de leite materno recebida pelos RN que desenvolveram ou não retinopatia da prematuridade, para determinar a quantidade mínima de leite materno necessária e o tempo de vida que os neonatos devem receber leite materno para que esse efeito seja significativo. A prevalência de retinopatia da prematuridade de qualquer grau foi de 31% e a de retinopatia da prematuridade grave foi de 9%. As quantidades medianas de leite materno recebidas diariamente por pacientes com e sem retinopatia da prematuridade foram 4,9 mL/kg e 10,2 mL/kg respectivamente. A quantidade de leite materno recebida nas primeiras seis semanas de vida foi inversamente associada à incidência de retinopatia da prematuridade de qualquer grau e retinopatia da prematuridade grave. Os pesquisadores concluíram que baixas quantidades de leite materno não são suficientes para prevenir a retinopatia da prematuridade.

Ressalta-se que, embora os benefícios do AM não façam parte do escopo dos objetivos deste trabalho, os resultados dos estudos citados acima reforçam a importância do AM para o prematuro.

Quanto ao tempo de amamentação, o presente estudo apontou que das 73 mães que amamentaram, 17 amamentaram por mais de seis meses (19,5%), 56 de um a seis meses (64,4%) e 14 (16,1%) não amamentaram. Pesquisa realizada por Rodrigues *et al.* (2018), na qual avaliaram o início e a duração do AM em crianças muito prematuras nascidas em duas regiões portuguesas (2011-2012) inscritas na coorte EPICE e acompanhadas até aos três anos de idade (n = 466), identificou que, embora 91% das crianças tenham recebido AM, apenas 9,9% o recebeu de modo exclusivo por pelo menos seis meses. Os autores concluíram que a duração do AM entre os prematuros portugueses foi inferior ao recomendado pelas políticas públicas.

Com relação ao perfil sociodemográfico, neste estudo, a média da idade materna foi de $28,4 \pm 7,1$ anos, predomínio da raça branca (77,0%) e escolaridade ensino fundamental (57,5%). A maioria das participantes referiu morar com o companheiro (93,1%), sendo o cônjuge o pai (98,8%) e 89,6% declararam ser casadas. Apenas 16,1% referiu estar trabalhando, e 52,9% têm expectativa de voltar a trabalhar. Um estudo observacional, realizado em uma UTIN em Fortaleza- CE, com 70 RNPT, apontou dados semelhantes com relação à faixa etária materna (20-34 anos), estado civil casada ou união estável (74,6%). Entretanto houve

divergência na variável escolaridade, no qual houve predomínio da conclusão do ensino médio (48,6%). No que diz respeito à caracterização do RN, o estudo diverge do resultado apresentado na variável Apgar 1º min, no qual 60,3% obtiveram pontuação até seis e converge aos resultados apresentados no Apgar 5º min no qual 82,1% apresentaram valor entre 7-10 (BARBOSA *et al.*, 2021).

No que se refere às características do domicílio, observou-se neste estudo que a maior parte das participantes residia em imóvel próprio (64,4%), sem diferença entre os grupos de mães de acordo com o tempo de amamentação ($p = 0,21$). Na maioria dos casos, as famílias eram compostas por mais de três pessoas ($p = 0,26$). Com relação ao tipo de moradia, estudo exploratório de natureza qualitativa realizada em um alojamento conjunto de um hospital de referência no atendimento à gestante de baixo, médio e alto risco, com 19 puérperas, mostrou que a maioria possui casa própria ($n = 14$) e que residiam com mais de três pessoas ($n = 11$) (MACEDO *et al.*, 2022).

Ao refletir sobre o impacto do tipo de domicílio na amamentação do RN, estudo de abordagem qualitativa, descritivo-exploratório realizado por Dias (2021) em Belo Horizonte, com o intuito de analisar o processo de adaptação das famílias ao cuidado às crianças nascidas prematuras no domicílio, identificou que moradia precária aumenta a tensão no domicílio e prejudica o processo da amamentação. Em contrapartida, pesquisa quantitativa e exploratória realizada com mães de RNPT em seguimento ambulatorial pós-alta, identificou que não houve diferença estatística significativa entre o estresse materno e características sociodemográficas familiares (PEREIRA *et al.*, 2019), de modo semelhante aos resultados encontrados na presente pesquisa.

Com relação aos antecedentes de AM não se observou diferença entre os grupos ($p > 0,05$). Dados semelhante foram encontrados no estudo de Macedo *et al.* (2022), 31,6% das mulheres que amamentaram anteriormente, 33,3% apresentaram dificuldades, o que significa que apesar de ter histórico de amamentação, as mães podem apresentar dificuldades nas gestações futuras.

Já a frequência de amamentação foi maior nas gestantes com idade gestacional entre 32 e 34 semanas ($n = 73,5\%$) e a ausência da amamentação em gestantes com menor idade gestacional ($p = 0,01$), em RN com menor peso ao nascimento ($p < 0,001$) e mais dias de CPAP ($p = 0,01$). Resultados semelhantes

foram encontrados no estudo observacional, longitudinal e prospectivo realizado por Costa *et al.* (2022) em uma maternidade, com 52 RN prematuros. Os resultados mostram que quanto mais imaturo o RN, ou seja, quanto menor a idade gestacional ao nascimento, maior foi o tempo de transição para via oral e o tempo de internação foi menor para o grupo de RNPT tardio e moderado. Este fato pode ser relacionado à maturidade fisiológica gastrointestinal do RN.

Outro fator que influencia na amamentação do RNPT é a maturidade neurológica e motora. Santos *et al.* (2021), realizaram estudo descritivo exploratório de abordagem quantitativa e delineamento transversal, com o objetivo de avaliar a habilidade motora grossa em lactentes prematuros, de acordo com a *Alberta Infant Motor Scale* (AIMS). Segundo os resultados se identificou que a prematuridade pode implicar em disfunções de diversos sistemas do organismo, dentre eles, o sistema neurológico devido a imaturidade dos órgãos. Estas alterações no sistema neurológico podem afetar o desenvolvimento motor da criança, determinado pela habilidade motora grossa. O bebê pré-termo tende a apresentar maior predisposição a hipotonia muscular e sua estrutura musculoesquelética tem redução ou ausência de força para contração voluntária (sucção, deglutição, respiração, entre outros). Os autores concluíram que a IG do prematuro interfere diretamente na sua sobrevivência e qualidade de vida no ambiente extrauterino, pois é diretamente proporcional à maturidade do seu organismo e sua capacidade funcional.

Os resultados deste estudo apontam que os RN do grupo das participantes que amamentaram por mais de seis meses iniciaram a alimentação por via oral ($p < 0,001$), no seio materno ($p < 0,01$) e com livre demanda ($p < 0,01$) mais precocemente, apresentavam idade gestacional > 30 semanas ($p < 0,001$) e apresentou maior frequência de AME na alta da UTIN ($p < 0,001$). Pesquisa realizada por Machado *et al.* (2019) a fim de comparar prematuros tardios e a termo quanto à frequência de AME e AM no decorrer do primeiro ano de vida e investigar fatores associados, identificaram que as oportunidades de promoção ao AM estão associadas à permanência em alojamento conjunto, no qual é possível a amamentação no seio materno em livre demanda. Os autores concluíram que não se detectou desvantagem para os RNPT quanto à situação de AME e AM após a alta da maternidade. Neste sentido, entende-se que, quanto maior a idade gestacional mais rapidamente o RN irá para o alojamento conjunto e,

conseqüentemente, terá maior oportunidade de receber a amamentação exclusiva em livre demanda.

Vale destacar a importância da UCINca neste processo de promoção ao AM. A UCINca é o local onde ocorre a segunda etapa do MC, no qual “o bebê permanece de maneira contínua com sua mãe que participa ativamente dos cuidados do filho e é estimulada a permanecer com o bebê na posição canguru o maior tempo possível”. Apesar de todas as etapas serem fundamentais para o crescimento e o desenvolvimento do RN de baixo peso, no âmbito hospitalar, “é na segunda etapa, quando a mãe permanece com seu filho, em que se dão os maiores ganhos em comparação aos cuidados convencionais” (MIRANDA *et al.*, 2021, p. 910).

Com relação à amamentação e a visita ao BLH, o presente estudo demonstrou que os participantes que mais realizaram a visita ao BLH foram os que mais tiveram orientações sobre a ordenha e início precoce de AME. Em consonância com este estudo, Fonseca *et al.* (2021) realizaram uma revisão sistemática para identificar as atividades dos BLH que demonstrem seu papel na promoção da saúde materno infantil. Eles identificaram que as ações desenvolvidas pelos BLH repercutem positivamente na promoção da saúde materno infantil, representando uma estratégia importante de promoção ao aleitamento e de apoio a amamentação dos bebês que não podem mamar diretamente no seio. Apontaram também, o impacto da orientação dos profissionais de saúde contribuindo para manutenção do AM de prematuros durante a internação e sucesso do AM em mães que buscam apoio nos BLH. A atenção qualificada direcionada as mães é essencial para o sucesso e a continuidade do AM (MACHADO *et al.*, 2019).

O BLH do CHC-UFPR funciona desde 1978, sendo referência para o Estado do Paraná. A equipe multiprofissional atua na UTIN com as puérperas desde o nascimento do RN, orientando a ordenha precoce, técnicas de manutenção e manejo do AM. Estas ações são imprescindíveis para o sucesso do AM na alta hospitalar.

Alerta-se que, apenas as orientações e informações não são suficientes para o sucesso do AM. É necessário também, um ambiente favorável e equipe de apoio habilitada a prestar atendimento. Nesse sentido, o BLH tem papel fundamental voltados às atividades educativas de promoção e apoio ao AM.

Dados semelhantes foram encontrados no estudo transversal de Ortelan, Venancio e Benício (2019), que incluiu os 2.745 lactentes com BP ao nascer, cujo objetivo foi avaliar os fatores associados ao AME em lactentes com BP ao nascer, menores de seis meses e residentes em 64 municípios brasileiros. Os pesquisadores identificaram que o AME foi mais prevalente entre lactentes com baixo peso ao nascer cujas mães residiam em municípios com maior número de BLH por 10 mil nascidos vivos.

Quanto ao MC e o AME, entre as mães que não amamentaram observou-se maior frequência de relato de que o MC não auxiliou a amamentação ($p < 0,001$). Estes dados divergem, dos encontrados por Alves *et al.* (2020), em Revisão Integrativa da Literatura, realizada a fim de verificar se o MC, conforme instituído no Brasil, desde a primeira etapa até o acompanhamento ambulatorial, tem influência sobre o AM. Eles identificaram a influência positiva do MC sobre o AM e estabelecimento de vínculo entre mãe-filho.

As mães que não amamentaram tiveram piores aspectos clínicos do RN (menor idade gestacional e menor peso ao nascimento), o que pode ter dificultado a amamentação. Contudo o MC contribuiu na construção do vínculo familiar e promoveu sentimento de segurança nos cuidados com o RN antes da alta hospitalar.

Alguns fatores podem influenciar no impacto do MC e o AME como o tempo de início da técnica. Estudo realizado por Lima *et al.* (2022), a fim de identificar a prevalência e os fatores associados à ausência de AM na alta hospitalar de RNPT, mostrou que das 381 díades pesquisadas, 167 (43,8%) não estavam em AM no momento da alta hospitalar. Concluíram que, o contato tardio entre mãe e filho no pós-parto, baixo Apgar no 1º minuto e ter idade gestacional ao nascer menor que 34 semanas tiveram associação com a ausência do AM.

Portanto, as equipes multiprofissionais que promovem o início precoce da amamentação, assim que possível, favorecem o AM.

No presente estudo, quanto maior foi o tempo de gestação, maior foi a probabilidade da permanência de AM por mais de seis meses, corroborando com os achados de Lima *et al.* (2022). Ou seja, quanto mais pré-termo o RN, mais imaturidade ele apresenta em suas funções vitais e, conseqüentemente, mais frágil e vulnerável às patologias. Estes fatores podem postergar e/ou dificultar o AM.

No estudo de Alves *et al.* (2020) foram encontrados dados semelhantes quanto às dificuldades na amamentação como a crença no “leite fraco” ou “pouco

leite”. Além da valorização quanto ao uso de fórmulas falta de apoio com as tarefas do lar e necessidade de cuidar de outros filhos.

No que diz respeito ao papel dos profissionais da saúde, o apoio ao AM e a promoção ao MC, é essencial o envolvimento de todos. Para garantir a execução do MC é preciso conhecimento, sensibilidade, persistência e garantia de ambiente favorável a díade RN e mãe.

Quanto ao conhecimento do MC pelos profissionais da equipe de assistência da Unidade Neonatal foi identificado que 76,6% realizaram capacitação para promoção do método. Dados semelhantes foram encontrados por Balaminit *et al.* (2021), em estudo quase-experimental, pré e pós-intervenção com controle, cujo objetivo foi avaliar as práticas assistenciais do AM em pré-termos de dois hospitais Amigo da Criança do sudeste brasileiro, comparando o efeito da implementação das diretrizes da IHAC para Unidades Neonatais. Os autores identificaram que os participantes realizaram cursos ou treinamento prático em amamentação desde que passou a integrar a equipe neonatal.

Na Unidade de Neonatologia do CHC-UFPR, campo desta pesquisa, os treinamentos e capacitações do MC são realizados desde 2001. Há tutores que foram capacitados pelo Ministério da Saúde. Esses tutores são responsáveis por multiplicar as informações acerca do MC para os hospitais do Estado do Paraná. Essas capacitações são cruciais para a adequação e gestão das práticas assistenciais, conforme apontam 14 (16,1%) das entrevistadas, referindo ser necessária a padronização dos procedimentos pela equipe multiprofissional da UCINCa.

Um estudo realizado por Aires *et al.*(2022), demonstrou que uma equipe segura e sensibilizada quanto ao MC enfrenta com mais facilidade as barreiras na implantação e manutenção das práticas no MC.

Quanto aos benefícios do MC, a maioria dos profissionais de saúde entrevistados (97,8%) afirmou que o método é excelente. Stelmak e Freire (2017) realizaram pesquisa descritiva, quantitativa com 37 profissionais da enfermagem, a fim de identificar a prevalência das ações preconizadas pelo MC na prática de cuidados ao RNPT e/ou BP, pela equipe de enfermagem de uma unidade de terapia intensiva neonatal referência estadual para o MC. As informações coletadas mostram que o acolhimento, o incentivo ao toque, o AM e o controle ambiental são

as ações mais executadas pela equipe, entretanto reforçam a necessidade de educação permanente no serviço.

No que diz respeito a associação do MC com os aspectos fisiológicos, estudo realizado por Cañadas *et al.* (2022), cujo objetivo foi estimar o efeito do MC nos parâmetros fisiológicos e bioquímicos do estresse do prematuro e do estresse materno em terapia intensiva neonatal, com 112 prematuros, identificou que o MC pode ser usado para melhorar o estresse de prematuros e suas mães, e que o maior ganho de peso observado nesses prematuros poderia contribuir para menor média de permanência hospitalar e menores gastos com saúde. Apontam ainda que fornecer aos pais um ambiente de apoio na UTIN pode facilitar o envolvimento ativo no cuidado do bebê, o que é um benefício significativo para o bebê em desenvolvimento.

Estes dados vêm ao encontro dos apontados no presente estudo ao que diz respeito às dificuldades para proporcionar o MC nas instituições, a citar: padronização das condutas e informações, infraestrutura e lazer. Estudo exploratório de abordagem qualitativa, cujo objetivo foi compreender as condições que influenciam a adesão e aplicação de boas práticas por enfermeiros no contexto do gerenciamento do cuidado de enfermagem no MC na UTIN. As enfermeiras elencaram como principais necessidades a adequação de recursos humanos, trabalho multiprofissional, programas de Educação Permanente e humanização do ambiente da UTIN (RAMACHANDRAPPA, *et al.*, 2022).

Dados semelhantes foram encontrados em estudo transversal de Adisasmita *et al.* (2021), que incluiu 65 participantes enfermeiras de três enfermarias do Hospital Distrital de Kojá, no norte de Jacarta. Os autores concluíram que 12,3% das participantes haviam recebido treinamento específico sobre o MC e 21,5% receberam treinamento geral, mas que incluía o conteúdo relacionado ao MC. Cerca de 46,2% da equipe de enfermagem tinha conhecimento sobre o MC e 98,5% sobre os benefícios da técnica. Uma das preocupações apresentadas pelos participantes foi com equipamentos necessários nas enfermarias para aplicação do MC.

Nota-se na literatura vigente que o MC tem impacto positivo no AME, além dos benefícios biopsicológicos na díade mãe e RN. Entretanto, ainda são muitos os desafios para a implementação do método a citar: capacitações da equipe de saúde, adequação da infraestrutura local e da rotina de trabalho e gerenciamento com foco na humanização.

Os resultados mostram-se essenciais para promoção de novas capacitações e fortalecimento dos hospitais que prestam atendimento a díade mãe e RNPT e/ou de BP.

5 CONCLUSÃO

O desenvolvimento desta pesquisa permitiu concluir que:

Entre os RNPT e/ou de BP estudados, 83,9% receberam AME e misto, evidenciando-se associação desta com a maior idade gestacional e peso de nascimento. Dessas, 19,5% amamentaram por mais de seis meses, 64,4% amamentaram por um a seis meses e 16,1% não amamentaram. Apenas 9,2% receberam alta da UCINCa em AME.

As mães dos RN são jovens adultas, com predomínio da raça branca e escolarização fundamental, casadas, a maioria sem ocupação formal, 44,2% multigestas e 35,6% primigestas.

Os RN que não foram amamentados apresentaram menor peso ao nascimento e necessitaram de assistência respiratória (CPAP nasal e ventilação mecânica) mais prolongada.

Observou-se maior frequência de visita ao BLH entre as participantes que amamentaram e que tiveram maior orientação sobre a ordenha.

Apenas as orientações e informações não bastam para o sucesso do aleitamento materno (AM), são necessários também um ambiente favorável e uma equipe de apoio habilitada a ajudar. Nesse sentido, o BLH tem papel fundamental voltados às atividades educativas de promoção e apoio ao aleitamento materno.

O MC foi avaliado positivamente pelos profissionais da saúde, entretanto, eles salientaram grandes desafios, como insuficiência de infraestrutura e treinamentos para implementação efetiva desta metodologia.

Os resultados mostram-se essenciais para promoção de novas capacitações e fortalecimento dos hospitais que prestam atendimento a díade mãe e RN pré-termo e de baixo peso.

6.1 LIMITAÇÕES E RECOMENDAÇÕES PARA ESTUDOS FUTUROS

As limitações desta pesquisa dizem respeito ao local do estudo realizado, pois fornece um panorama apenas no ambiente hospitalar. Recomenda-se deste modo que novos estudos sejam realizados na Atenção Primária à Saúde e com a associação dos métodos mistos. A melhoria da 3ª etapa do MC, em parceria com as UBS são imprescindíveis para a manutenção do AM.

REFERÊNCIAS

ADISASMITA A. *et al.* Kangaroo mother care knowledge, attitude, and practice among nursing staff in a hospital in Jakarta, **Indonesia**. **PLoS One**. v.16, n.6, p.1-13, Jun 4, 2021.e0252704.doi:10.1371/journal.pone.0252704. PMID: 34086791; PMCID: PMC8177461.

AIRES, L.C. dos P. *et al.* Seguimento do bebê na atenção básica: interface com a terceira etapa do método canguru. **Rev. Gaúcha Enferm**, v.36, p. 224-32, 2015.

AIRES, L.C.P.; PADILHA, M.I.; SANTOS, E.K.A.; LAMY, Z.C.; , BELLAGUARDA, M.L.R.; ALVES, Alves I.F.B.O.; ROSA, R.; COSTA, R. Power relations and knowledge of neonatal teams in the Kangaroo Mother Care implementation and dissemination.**Rev.Esc.Enferm.USP**.2022;56:e20220200.
<https://doi.org/10.1590/1980-220X-REEUSP-2022-0200en>

ALMEIDA, C. M. **O movimento da reforma sanitária**: uma visão crítica. In: Congresso nacional da Rede Unida – 20 anos de parcerias na saúde e na educação, 2005. Belo Horizonte. **Anais - VI Congresso da Rede UNIDA**, Belo Horizonte: Rede UNIDA, 2005. p. 25-32.

ALMEIDA, H.; VENANCIO, S.I.; SANCHES, M.T.; ONUKI, D. The impact of kangaroo care on exclusive breastfeeding in low birth weight newborns. **JPediatr** (Rio J). v.86, n.3, p.250-253, 2010.

ALVES, F.N. *et al.* Impacto do método canguru sobre o aleitamento materno de recém-nascidos pré-termo no Brasil: uma revisão integrativa. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.25, n.11, p. 4509-4520,2020.

AMANTE, L.N. *et al.* O cuidado e a ciência no mundo e no Brasil: pontes para a profissionalização da enfermagem. In: PADILHA, M.I.; BORENSTEIN, M.S.; SANTOS, I. **Enfermagem**: história de uma profissão. São Caetano do Sul, SP, 2011, p. 147-182.

ARAÚJO, J.P. *et al.* História da saúde da criança: conquistas, políticas e perspectivas. **Rev. Bras Enferm**, v. 67, n. 6, p. 1000-7, nov/dez, 2014.

ARAÚJO, R.M.A.; ALMEIDA, J.A.G. de. Aleitamento materno: o desafio de compreender a vivência. **Revista de Nutrição** [online], v. 20, n. 4, p.431-438,2007. Acesso em: 31OUT2022.Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S1415-52732007000400010>>.Epub27 Set 2007.ISSN1678-9865.
<https://doi.org/10.1590/S1415-52732007000400010>

BALAMINUT, T.; *et al.* Baby-Friendly Hospital Initiative for neonatal wards: impact on breastfeeding practices among preterm infants. **Rev. Bras. Enferm.** v.74, suppl.4, 2021. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2020-0909>

BARBOSA, A.L. *et al.* Caracterização de mães e recém-nascidos pré-termo em uma unidade de terapia intensiva neonatal. **Rev. enferm. atenção saúde** ; v.10, n.1, p. e202101, jan/jun. 2021.

BASTIANI, J.A.N. *et al.* As origens da enfermagem e da saúde: o cuidado no mundo. IN: PADILHA, M.I.; BORENSEIN, M.S.; SANTOS, I. **Enfermagem: história de uma profissão**. São Caetano do Sul, SP: Difusão Editora, 2011. p. 39-82.

BOCCOLINI, C.S. *et al.* Tendência de indicadores do aleitamento materno no Brasil em três décadas. **Rev Saúde Pública**, v. 51, n. 108, p. 1-9, 2017.

BORCK, M.; SANTOS, E.K. A. dos. Terceira etapa Método Canguru: convergência de práticas investigativas e cuidado com famílias em atendimento ambulatorial. **Revista Gaúcha de Enfermagem** (UFRGS. Impresso), v. 31, p. 761-768, 2010.

BOSI, M.L.M.; MACHADO, M.T. Amamentação: um resgate histórico. **Cad esp escola de saúde pública do Ceará**, v. 1, n. 1, Jul/ Dez, 2005.

BRASIL. Presidência da República. **Lei nº 8069 de 13 de julho de 1990**. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. Brasília, 1990.

_____. Ministério da Saúde. **Programa Nacional de Incentivo ao Aleitamento Materno – PNIAM**. Brasília, 1991.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento Ações Programáticas Estratégicas. **Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004a.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004b.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Perspectiva da equidade no pacto nacional pela redução da mortalidade materna e neonatal: atenção à saúde das mulheres negras**. Brasília: Ministério da Saúde, 2005a.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Mulher. **Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos: uma prioridade do governo**. Brasília: Ministério da Saúde, 2005b.

_____. Ministério da Saúde. **Avaliação dos cuidados neonatais sob a perspectiva da atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso: relatório técnico: Método Canguru**. Brasília. 2005.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Departamento de Apoio à Descentralização. Coordenação-Geral de Apoio à Gestão Descentralizada.

Diretrizes operacionais dos Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão
Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.683, de 12 de julho de 2007**. Aprova, na forma do Anexo, a Normas de Orientação para a Implantação do Método Canguru. Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, 13 jul. 2007

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Área Técnica de Saúde da Criança e Aleitamento Materno. **Gestões e gestores de políticas públicas de atenção à saúde da criança: 70 anos de história**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011a.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2011. **Institui no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS - a Rede Cegonha**. Diário Oficial da União. Brasília, 2011b.

_____, Ministério da Saúde. **Avaliação dos cuidados neonatais sob a perspectiva da atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso: relatório técnico: Método Canguru**. Brasília. 2005.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde da criança: crescimento e desenvolvimento**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012a

_____. Presidência da República. **Medida Provisória nº 570 de 14 de maio de 2012**. Altera a Lei nº 10.836, de 9 de janeiro de 2004; dispõe sobre o apoio financeiro da União aos Municípios e ao Distrito Federal para ampliação da oferta da educação infantil; e dá outras providências. Brasília, 2012b.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 930, de 10 de maio de 2012**. Define as diretrizes e objetivos para a organização da atenção integral e humanizada ao recém-nascido grave ou potencialmente grave e os critérios de classificação e habilitação de leitos de Unidade Neonatal no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, 2012c.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.130, de 5 de agosto de 2015**. Institui a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, 2015c

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Atenção ao pré-natal de baixo risco**. 1. ed. rev. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2013.

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

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde da criança: aleitamento materno e alimentação complementar**. 2. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2015.

_____. Ministério da Saúde. **Protocolos da atenção básica: Saúde das Mulheres**. Brasília: Ministério da Saúde, 2016a.

_____. Ministério da Saúde. **Protocolos da atenção básica: saúde da criança**. Brasília: Ministério da Saúde, 2016b.

_____. Presidência da República. **Decreto nº 8.869, de 5 de outubro de 2016**. Institui o Programa Criança Feliz. Brasília, 2016c.

- _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Bases para a discussão da Política Nacional de Promoção, Proteção e Apoio ao Aleitamento Materno**. Brasília: Ministério da Saúde, 2017a.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Atenção humanizada ao recém-nascido: Método Canguru manual técnico**. 3. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2017b

_____. Presidência da República. **Decreto nº 9.579, de 22 de novembro de 2018**. Consolida atos normativos editados pelo Poder Executivo federal que dispõem sobre a temática do lactente, da criança e do adolescente e do aprendiz, e sobre o Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente, o Fundo Nacional para a Criança e o Adolescente e os programas federais da criança e do adolescente, e dá outras providências. Brasília, 2018a.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança: orientações para implementação**. Brasília: Ministério da Saúde, 2018b.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Método canguru: diretrizes do cuidado [recurso eletrônico]**. Brasília: Ministério da Saúde, 2018c.

_____. Ministério da Saúde. **Saúde da criança: o que é, cuidados, políticas, vacinação, aleitamento**. Disponível em: <http://www.saude.gov.br/saude-de-a-z/crianca#>. Acessado em 24 de outubro de 2019.

CAÇOLA, P.; BOBBIO, T.G. Baixo peso ao nascer e alterações no desenvolvimento motor: a realidade atual. **Rev Paul Pediatr.**, v.28. n. 1, p. 70-6, 2010.

CAÑADAS, D.C. *et al.* Benefits of Kangaroo Mother Care on the physiological stress parameters of preterm infants and mothers in neonatal intensive care. **Int J Environ Res Public Health**. v.19, n.12, p. 7183, jun. 2022 . doi: 10.3390/ijerph19127183. PMID: 35742429; PMCID: PMC9223087.

CASTILHO, S.D., BARROS FILHO, A. DE A.; COCETTI, M. Evolução histórica dos utensílios empregados para alimentar lactentes não amamentados. **Ciência & Saúde Coletiva** [online]. v. 15, suppl 1, p.1401-1410, 2010. Acesso em: 31 Out 2022, Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S1413-81232010000700050>>. Epub 08 Jul 2010. ISSN 1678-4561. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232010000700050> .

987

CONZ, C. A.; MERIGHI, M. A. B.; JESUS, M. C. P. Promoção de vínculo afetivo na Unidade de terapia intensiva neonatal: Um desafio para as enfermeiras. São Paulo, **Rev. Enfermagem USP**, v. 43, n.4, p. 849-55, 2009.

COSTA, J. L. F. *et al.* Caracterização da transição alimentar para via oral em recém-nascidos prematuros. **CoDAS** [online]. v. 34, n. 5, e20210136, 2022. Acesso em 6 Set 2022. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/2317-1782/20212021136>>. Epub 20 Abr 2022. ISSN 2317-1782. <https://doi.org/10.1590/2317-1782/20212021136>

CURITIBA. Secretaria Municipal da Saúde. Resolução n. 002/99. **Aprova a instrução normativa do Programa Mãe Curitibana**. Diário Oficial – Atos do Município de Curitiba, Curitiba, 09 mar. 1999.

CURITIBA. Secretaria Municipal da Saúde. Prefeitura Municipal de Curitiba. **Pré natal e puerpério na atenção primária. Rede Curitibana Vale a Vida**, Curitiba, 2022. Acesso em 31 out 2022. Disponível em: <https://saude.curitiba.pr.gov.br/images/APS/Pr%C3%A9-natal%20e%20puerp%C3%A9rio%20na%20Aten%C3%A7%C3%A3o%20Prim%C3%A1ria%20-%202022%20%20Rede%20M%C3%A3e%20Curitibana%20Vale%20%20a%20Vida.pdf>

DIAS, C.L.M. **Adaptação materna ao cuidado à criança prematura durante o primeiro mês após a alta hospitalar**. Dissertação. Programa de Pós-Graduação da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais. Belo Horizonte 2021.

ENTRINGER, A. P. *et al.* Impacto orçamentário da utilização do método canguru no cuidado neonatal. **Rev Saúde Pública**, v. 47, n. 5, p. 976-83, 2013.

ESCAMILLA, R.P. *et al.* Breastfeeding: crucially important, but increasingly challenged in a market-driven world. **Lancet**. v.401,p.472-85,2023.

ESTEVES, T. M. B. *et al.* Fatores associados à amamentação na primeira hora de vida: revisão sistemática. **Rev Saúde Pública**, v. 48, n. 4, p.697-703.

FARIA, S.R. *et al.* Posição canguru em recém-nascidos pré-termo de muito baixo peso: estudo descritivo. **Rev. Eletr. Enf.** [Internet]. 2017. Acesso em: 12 dez 2022. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5216/ree.v19.38433>.

FONSECA, L.T. *et al.* Association between human breast milk and retinopathy of prematurity. **Arquivos Brasileiros de Oftalmologia [online]**. 2018, v. 81, n. 2 , p.

102-9, 2018. Acesso em: nov 2022. Disponível em: <<https://doi.org/10.5935/0004-2749.20180024>>. ISSN 1678-2925. <https://doi.org/10.5935/0004-2749.20180024>.

FONSECA, R.M.S. *et al.* O papel do banco de leite humano na promoção da saúde materno infantil: uma revisão sistemática. **Ciência & Saúde Coletiva** [online]. v. 26, n. 01, p. 309-318, 2021. Acesso em: 6 Set 2022. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1413-81232020261.24362018>>. Epub 25 Jan 2021. ISSN 1678-4561. <https://doi.org/10.1590/1413-81232020261.24362018>.

FOUCAULT, M. **A microfísica do poder**. Rio de Janeiro, Graal, 1984.

FREITAS, I.C.M.B. **Avaliação das mães e dos Recém-nascidos admitidos na Unidade de Cuidados Intermediários Neonatais Canguru do Serviço de Neonatologia do Hospital de Clínicas – Universidade Federal do Paraná**. Monografia. Programa de Residência Médica da UFPR. Curitiba. 2016.

GAÍVA, M.A.M. *et al.* Neonatal deaths of low birth weight newborns. **Rev. eletrônica enferm**, 20, p. 1-10, 2018.

GARCÍA, L.; PILAR, E. Maternal-infant affective bond: kangaroo method. **Rev. pediatr. Electrón**, v.13, n.3, p. 2-4, oct. 2016.

GOMES, J.M.F. *et al.* Amamentação no Brasil: discurso científico, programas e políticas no século XX. In: PRADO, SD., *et al.* orgs. **Estudos socioculturais em alimentação e saúde: saberes em rede**. [online]. Sabor metrópole series, vol. 5, pp. 475-491. Rio de Janeiro: EDUERJ, 2016.

HEIDARZADEH, M., *et al.* Effect of Kangaroo Mother Care (KMC) on breast feeding at the Time of NICU Discharge. **Iran Red Cres Med J.**, v.15, n. 4, p. 302-6, 2013. DOI: 10.5812/ircmj.2160

ICHISATO, S.M.T.; SHIMO, A.K.K. Revisitando o desmame precoce através de recortes da história. **Rev Latino-am Enfer**, v. 10, n.4, p. 578-85, jul/ago, 2002.

KHAN, K.A. *et al.* Economic costs associated with moderate and late preterm birth: a prospective population-based study. **BJOG**, v. 122, p. 1495–1505, 2015.

LAMY FILHO, F. *et al.* Avaliação dos resultados neonatais do Método Canguru no Brasil. **Jornal de Pediatria**, Rio de Janeiro, v. 84, n. 5, p. 428-35, 2008.

LEAL, M. do C. *et al.* Prevalence and risk factors related to preterm birth in Brazil. **Reproductive Health**, v. 13, (Suppl3), p. 164-174, 2016.

LEAL, M. do C *et al.* Saúde reprodutiva, materna, neonatal e infantil nos 30 anos do Sistema Único de Saúde (SUS). **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, n.6, p. 1915-28, 2018.

LIMA, A. A. *et al.* Absence of breastfeeding on discharge from preterm infants: prevalence and associated factors. **ABCS Health Sci.** v.47.e022214.2022. Acesso em: 20 out 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.7322/abcshs.2020170.1620>

LIMA, K.D.F. *et al.* Cuidados maternos no método canguru à luz da Teoria de Leininger. **Rev Fun Care Online**, v.11, n.4, p. 1005-10, Jul./set. 2019.

LUZ, S.C.L. *et al.* Método Canguru: potencialidades, barreiras e dificuldades nos cuidados humanizados ao recém-nascido na UTI Neonatal. **Rev. Bras. Enferm**, v.75, n.2, 2022.

<https://doi.org/10.1590/0034-7167-2020-1121>

MACEDO, D.C.F.S., *et al.* Assimilação de puérperas sobre práticas educativas em aleitamento materno durante o pré-natal. **Rev baiana enferm.** v.36: e46765, 2022.

MACHADO, M.C.H. da S. *et al.* Situação do aleitamento materno no primeiro ano de recém-nascidos prematuros tardios: estudo de coorte. **Rev. eletrônica enferm**, v. 21, p. 1-12, 2019.

MIRANDA, A. M.; CUNHA, D.I.B.; GOMES, S.M.F. A influência da tecnologia na sobrevivência do recém-nascido prematuro extremo de muito baixo peso: revisão integrativa. **Revista Mineira de Enfermagem**, v. 14, n.3, 2010. Acesso em: 31 out 2022. Disponível em: <http://reme.org.br/artigo/detalhes/136#:~:text=O%20avan%C3%A7o%20da%20tecnologia%2C%20aliado,gestacional%20inferior%20a%2028%20semanas>.

MIRANDA, E.C.S; RODRIGUES, C.B.; MACHADO, L.G. Situação dos leitos neonatais em maternidades brasileiras: uma análise exploratória. **Ciência & Saúde Coletiva**, V. 26, n. 3, p.909-918, 2021.

MOREIRA R. S.; MAGALHÃES, L.C.; ALVES, C. R. L. Efeito do nascimento prematuro no desenvolvimento motor, comportamento e desempenho de crianças em idade escolar: revisão sistemática. **J Pediatr**, Rio de Janeiro, v. 90, n. 2, p. 119-34, Mar 2014.

NASCIMENTO, M.B.R. do; ISSLER, H. Aleitamento materno em prematuros: manejo clínico hospitalar. **J. Pediatr**, Rio de Janeiro, v. 80, n. 5, supl. p. 163-172, Nov. 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0021-75572004000700008&lng=en&nrm=iso>. <http://dx.doi.org/10.1590/S0021-75572004000700008>. Acesso em: 22 out 2019.

NUNES, C. R. do N. *et al.* Relação da duração da posição canguru e interação mãe-filho pré-termo na alta hospitalar. **Rev. paul. Pediatr**, São Paulo, v. 35, n. 2, p. 136-143, 2017.

Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-05822017000200136&lng=en&nrm=iso>. <http://dx.doi.org/10.1590/1984-0462/2017;35;2;00006>. Acesso em: 24 out 2019.

NUNES, N. P. Método Canguru: percepção materna acerca da vivência na unidade de terapia intensiva neonatal. **Rev Bras Promoç Saúde**, Fortaleza, v.28, n.3, p. 387-393, jul./set., 2015.

OLIVEIRA G. do C. **Análise do catch-up de crescimento de uma coorte de recém-nascidos prematuros**. 90p. Dissertação .Curso de Saúde Coletiva, Universidade Federal de Mato Grosso, Cuiabá, 2018.

OLIVEIRA, M.C. *et al.* Método canguru: percepções das mães que vivenciam a segunda etapa. **J. res fundam care. Online**, v.7, n.3, p. 2939-2948, jul./set., 2015b.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE- OMS. **Pacto pela redução da Mortalidade Infantil, 2012**. Disponível em: <http://www.brasil.gov.br/sobre/saude/maternidade/pos-parto/pacto-pela-reducao-da-mortalidade-infantil> . Acesso em: 24 out 2019.

_____. **Relatório Quinquenal 2013 2017 do Diretor da Repartição Sanitária Pan-Americana**. Set 2017. Disponível em: <https://www.paho.org/annual-report-2017/Portugues.html#chapter3>. Acesso em: 10 Set 2022

_____. [homepage na internet]. **Nascimento prematuro**. Genebra; 2013. Disponível em: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs363/en/index.html>. Acesso em: 30 out 2019.

ORTELAN, N.; VENANCIO, S.I.; BENICIO, M.H. D'A. Determinantes do aleitamento materno exclusivo em lactentes menores de seis meses nascidos com baixo peso. **Cadernos de Saúde Pública** [online], v. 35, n. 8, 2019. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0102-311X00124618>>. Epub 02 Set 2019. ISSN 1678-4464. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00124618>. Acesso em: 4 nov 2022.

PALLAS, A.C.R. *et al.* Parental involvement and kangaroo care in European neonatal intensive care units: a policy survey in eight countries. **Pediatr Crit Care Med.**, v.13, ed. 5, p. 568-577, sept. 2012. Disponível em: <10.1097/PCC.0b013e3182417959>. Acesso em: 10/01/2017.

PARANÁ. Secretaria de Estado da Saúde (SESA). **Linha guia rede mãe paranaense**. Paraná, 2012.

_____. Secretaria de Estado da Saúde (SESA). **Linha guia rede mãe paranaense**. 7 ed. Paraná, 2018.

_____. **Rede Mãe Paranaense**. [online]. Disponível em: <http://www.saude.pr.gov.br/modules/conteudo/conteudo.php?conteudo=2892>. Acesso em: 17 out 2019.

PAQUITA, S.M. Análisis del método madre canguro en recién nacidos prematuros menores de 36 semanas y menores de 2500 gramos hospitalizados en la unidad de cuidados intensivos neonatales del hospital gineco obstétrico de nueva aurora “luz elena arismendi” y “hospital matilde hidalgo de procel” en el año 2018. **Rev Ecuat. Pediatr Volúmen**, v.19, n.1, p. 34-44, 2018.

PENG, W. *et al.* A associação da alimentação com leite humano com resultados de saúde a curto prazo entre bebês chineses de muito/extremamente baixo peso ao nascer. **Jornal de Lactação Humana** .v. 38, n. 4, p.670-677, 2022 doi: 10.1177/08903344221078237

PEREIRA, F. DE C.; BAGGIO, M. A.; VIERA, C. S.; TOSO, B.R.G. DE O.; PIVA, E.K. Estresse materno pós-alta do recém-nascido prematuro / Premature newborn post-discharge maternal SSress. **Rev. Enferm. UFPE on line**; v.13, p. 1-8, 2019.

POPKIN B.M. *et al.* Breast-feedinganddiarrhealmorbidity. **Pediatrics**, v. 86,p. 874-82, 1990.

RAMACHANDRAPPA, G. *et al.* Sustaining prolonged kangaroo mother care in stable low birthweight babies over 2 years in a predominant outborn unit: a quality improvement approach. **BMJ Open Qual**. 2022 May; 11 (Suppl 1):e001771. doi: 10.1136/bmjoc-2021-001771. PMID: 35545269; PMCID: PMC9092162.

ROCHA, A. de J.S.C. Políticas de atenção á saúde da mulher: um breve histórico. In: **Anais da VIII jornada internacional de políticas públicas**. 22 a 27 de agosto de 2017.Universidade Federal do Maranhão, São Luís, Maranhão. 2017, p. 1-9, disponível em: <http://www.joinpp.ufma.br/jornadas/joinpp2017/pdfs/eixo7/politicasdeatencaoasaude damulherumbrevehistorico.pdf>. Acesso em: 09 out 2019.

RODRIGUES, C.,*et al.* Prevalência e duração do aleitamento materno em recém-nascidos muito prematuros : um estudo de acompanhamento de 3 anos e uma revisão sistemática da literatura. **Pediatr perinat Epidemiol**, v.32, n. 3, p.237-246, 2018.

SALES, I.M.M. Contribuições da equipe enfermagem na segunda etapa do Método Canguru: Implicações para a alta hospitalar do recém-nascido. **Escola Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 22, n.4, p. 1-8, 2018.

SALTARELLI, R.M.F. *et al.* Tendência da mortalidade por causas evitáveis na infância: contribuições para a avaliação de desempenho dos serviços públicos de saúde da Região Sudeste do Brasil. **Rev. bras. epidemiol.**, São Paulo , v. 22, e190020, 2019 Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-790X2019000100426&lng=en&nrm=iso>. Epub Apr 01, 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/1980-549720190020>. Acesso em: 21 out 2019.

SANTOS, R.J. dos. **Prematuridade no Brasil: um estudo epidemiológico no período de 2007 a 2016**. 2018. 43 p. Monografia. Universidade Federal de Pernambuco. Vitória de Santo Antão, 2018.

SANTOS NETO, E.T. *et al.* Políticas de saúde materna no Brasil: os nexos com indicadores de saúde materno-infantil. **Saúde Soc.** São Paulo, v.17, n.2, p.107-119, 2008.

SANTOS, R.R.G. *et al.* Achados comportamentais e cognitivos em crianças de 5 a 11 anos nascidas com baixo peso. **Rev. AMRIGS**, v.58, n.3, p. 203-208, jul.-set. 2014.

DOS SANTOS, J.S.; DE SANTANA, J.L.; DUTRA, L. P.; LEITE, L. S.; FILGUEIRAS, I. T. C.; *et al.* Habilidade motora grossa em lactentes prematuros segundo a Alberta Infant Motor Scale / Gross motor skill in premature infants according to Alberta Infant Motor Scale. **Fisioter. Bras** ,v.22, n.1, p. 10-24, Mar 19, 2021.

SCHERMANN, L. Considerações sobre a interação mãe-criança e o nascimento pré-termo. **Temas em Psicologia da SBP**, v.9, p. 55-61, 2001.

SILVA,W. F.; GUEDES, Z.C.F. Tempo de aleitamento materno exclusivo em recém-nascidos prematuros e a termo. **Rev. Cefac**, v. 15, n.1, p. 160-171, jan-fev, 2013.

SOARES, F. de M. Early contact: mother-and-infant bond in the first hour of life. **Rev Enferm UFPI**, v.3, n.3, p. 94-9, Jul-Sep, 2014.

SOUZA, J.R. de. Korean method in the perspective of the health professionals of a neonatology unit. **Enferm. Foco**, Brasília, v.10, n.2, p. 30-35, abr. 2019.

STELMAK, A.P.; FREIRE, M.H.S. Aplicabilidade das ações preconizadas pelo método canguru. **Rev Fund Care On-line**. jul/set; v.9, n.3, p.795-802, 2017. DOI: <http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.2017.v9i3.795-802>

SPEHAR, M.C.; SEIDL, E.M.F. Percepções maternas no método canguru: contato pele a pele, Amamentação e autoeficácia. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 18, n. 4, p. 647-656, out./dez. 2013.

TEIXEIRA, L. R. M. *et al.* Prematuridade e sua relação com o estado nutricional e o tipo de nutrição durante a internação hospitalar. **Rev. Ciênc. Méd. Biol.**, Salvador, v. 20, n. 4, p. 543-50, 2021.

UNA-SUS/UFMA. **Redes de atenção à saúde**: a Rede Cegonha/Consuelo Penha Castro Marques (Org.). UFMA: São Luís, 2015.

UNESP. Faculdade de Ciências Agronômicas. Biblioteca Prof. Paulo de Carvalho Mattos. Tipos de revisão de literatura. Botucatu, 2015. Disponível em <https://www.fca.unesp.br/Home/Biblioteca/tipos-de-revisao-de-literatura>. Acesso em: 24 de março 2023.

VAGHETTI, H.H. *et al.* A organização da enfermagem e da saúde no contexto a idade média: o cuidado e a ciência no mundo e no Brasil. IN: PADILHA, M.I.; BORENSEIN, M.S.; SANTOS, I. **Enfermagem: história de uma profissão**. São Caetano do Sul, SP: Difusão Editora, 2011, p. 39-82.

VICTORA, C.G. *et al.* Evidence for protection by breast-feeding against infant deaths from infectious diseases in Brazil. **Lancet**, v. 2, p. 319-22, 1987.

_____. *et al.* Amamentação no século 21: epidemiologia, mecanismos e efeitos ao longo da vida. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, p. 1- 24, 2016.

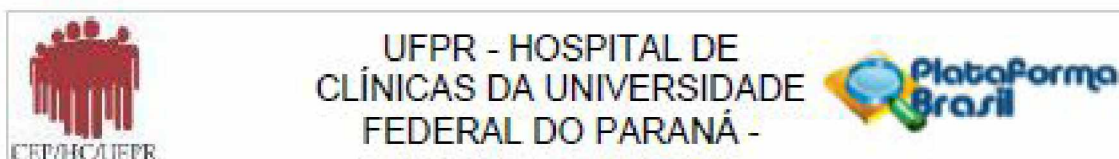
VIERA, C.S.; MELLO, D.F.de. O seguimento da saúde da criança pré-termo e de baixo peso egressa da terapia intensiva neonatal. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis, v. 18, n. 1, p. 74-82, Mar. 2009.

WHO. **Indicators for assessing infant and young child feeding practices. Conclusions of consensus meeting held 6-8**. Washington, Nov. 2007a.

_____. **Implementation guidance: protecting, promoting and supporting breastfeeding in facilities providing maternity and newborn services – the revised Baby-friendly Hospital Initiative** [internet] 2018 [acesso em 27 mar 2023]. Disponível em: <https://www.who.int/nutrition/publications/infantfeeding/bfhi-implementation-2018.pdf>

ZIRPOLI, D.B. Benefits of the Kangaroo Method: an integrative literature review. **J. res. fundam. care. Online**, v. 11, p. 547-554, 2019.

ANEXO 1 – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: INCIDÊNCIA DO ALEITAMENTO MATERNO EM RECÉM NASCIDOS PRÉ-TERMO E DE BAIXO PESO E SUA RELAÇÃO COM AS MEDIDAS DE APOIO À AMAMENTAÇÃO NO MÉTODO CANGURU

Pesquisador: Regina Paula Guimaraes Vieira Cavalcante da Silva

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 73809717.4.0000.0096

Instituição Proponente: Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.297.451

Apresentação do Projeto:

INCIDÊNCIA DO ALEITAMENTO MATERNO EM RECÉM NASCIDOS PRÉ-TERMO E DE BAIXO PESO E SUA

RELAÇÃO COM AS MEDIDAS DE APOIO À AMAMENTAÇÃO NO MÉTODO CANGURU. TRATA-SE DE UM ESTUDO OBSERVACIONAL, ANALÍTICO, TRANSVERSAL. ESTE ESTUDO SERÁ CONDUZIDO NO PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO DE SAÚDE DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE DA UFPR. O

Objetivo da Pesquisa:

Verificar a incidência de aleitamento materno em recém-nascidos pré-termo e de baixo peso, aos seis meses de idade, e sua relação com as medidas de apoio à amamentação oferecidas às mães e bebês nas três etapas do Método Canguru.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos de não atingir o número de participantes da pesquisa por diminuição de internamentos na Unidade de Neonatologia e Enfermaria Canguru, desistência dos participantes da pesquisa, riscos de constrangimento no momento da aplicação dos questionários.

Os benefícios esperados com essa pesquisa estão relacionados à contribuição para a política de aleitamento materno do Hospital, o que poderá vir a beneficiar outras famílias que venham a ter

Endereço: Rua Gal. Carneiro, 161

Bairro: Alto da Glória

CEP: 80.060-900

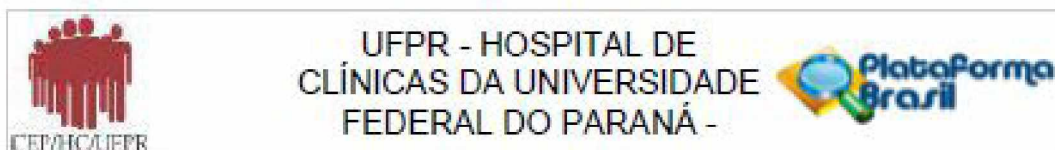
UF: PR

Município: CURITIBA

Telefone: (41)3360-1041

Fax: (41)3360-1041

E-mail: cep@hc.ufpr.br



Continuação do Parecer: 2.207.451

seus filhos prematuros internados na Enfermaria Canguru da UTI neonatal. Além dos benefícios para o avanço científico.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Acredita-se que os resultados obtidos, poderão identificar a prevalência do aleitamento materno em crianças prematuros e de baixo peso aos seis meses de idade e a influencia das medidas de apoio a amamentação do método canguru, assim como identificar os principais fatores que levaram ao desmame precoce daquelas crianças em uso de fórmula.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Foram apresentados todos os termos obrigatórios.

Recomendações:

É obrigatório trazer ao CEP/HC uma via do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido que foi aprovado, para assinatura e rubrica. Após, xerocar este TCLE em duas vias, uma ficará com o pesquisador e uma para o participante da pesquisa.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Após passar pela avaliação do colegiado do CEP, foi considerado aprovado.

Considerações Finais a critério do CEP:

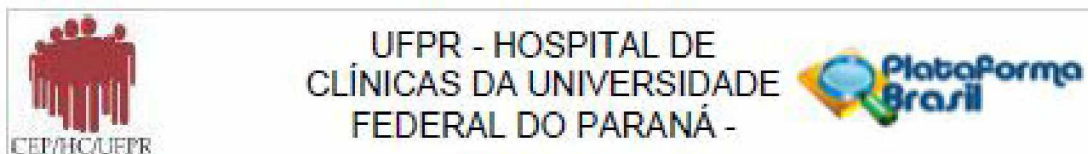
Diante do exposto, o Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos do HC-UFPR, de acordo com as atribuições definidas na Resolução CNS 466/2012 e na Norma Operacional Nº 001/2013 do CNS, manifesta-se pela aprovação do projeto conforme proposto para início da Pesquisa. Solicitamos que sejam apresentados 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. Manter os documentos da pesquisa arquivados.

É dever do CEP acompanhar o desenvolvimento dos projetos, por meio de relatórios semestrais dos 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	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_P	16/08/2017		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: 2.297.451

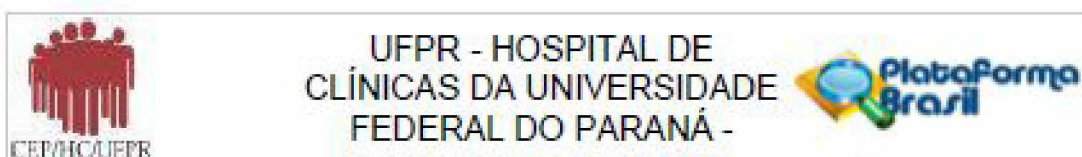
Básicas do Projeto	ETO_911103.pdf	07:12:12		Aceito
Outros	Questionario_para_os_profissionais_da_neonatologia.doc	16/08/2017 07:08:56	Regina Célia Tanaka Nunes	Aceito
Outros	QUESTIONARIO PARA OS PAIS DOS RNS INTERNADOS NA ENFERMARIA CANGURU.docx	15/08/2017 20:44:22	Regina Célia Tanaka Nunes	Aceito
Outros	Carta_de_encaminhamento_do_pesquisador_ao_CEP.pdf	15/08/2017 20:43:31	Regina Célia Tanaka Nunes	Aceito
Outros	Concordancia_das_unidades_e_servicos_envolvidos.pdf	15/08/2017 20:42:52	Regina Célia Tanaka Nunes	Aceito
Outros	Declaracao_de_ausencia_de_custos.pdf	15/08/2017 20:42:11	Regina Célia Tanaka Nunes	Aceito
Outros	Declaracao_de_compromisso_dos_pesquisadores.pdf	15/08/2017 20:41:32	Regina Célia Tanaka Nunes	Aceito
Outros	Declaracao_de_orientador_do_aluno.pdf	15/08/2017 20:40:52	Regina Célia Tanaka Nunes	Aceito
Outros	Declaracao_de_tomar_publico_os_resultados.pdf	15/08/2017 20:39:27	Regina Célia Tanaka Nunes	Aceito
Outros	Declaracao_de_uso_especifico_do_material_eou_dados_coletados.pdf	15/08/2017 20:38:33	Regina Célia Tanaka Nunes	Aceito
Outros	Qualificacao_de_todos_os_pesquisadores.pdf	15/08/2017 20:35:45	Regina Célia Tanaka Nunes	Aceito
Outros	Termo_de_compromisso_para_utilizacao_de_dados.pdf	15/08/2017 20:34:44	Regina Célia Tanaka Nunes	Aceito
Outros	Termo_de_Confidencialidade.pdf	15/08/2017 20:29:10	Regina Célia Tanaka Nunes	Aceito
Outros	Termo_de_responsabilidade_.pdf	15/08/2017 20:28:26	Regina Célia Tanaka Nunes	Aceito
Outros	Termo_de_responsabilidade_da_pesquisa.pdf	15/08/2017 20:26:54	Regina Célia Tanaka Nunes	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_Profissionais.doc	15/08/2017 20:22:47	Regina Célia Tanaka Nunes	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	Termo_de_consentimento_livre_e_esclarecido.doc	15/08/2017 20:22:21	Regina Célia Tanaka Nunes	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_detalhado_brochura_investigador.doc	15/08/2017 20:21:11	Regina Célia Tanaka Nunes	Aceito
Folha de Rosto	Folha_de_rosto.pdf	15/08/2017 20:00:46	Regina Célia Tanaka Nunes	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

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: 2.297.451

Não

CURITIBA, 26 de Setembro de 2017

Assinado por:
maria cristina sartor
(Coordenador)

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

APÊNDICE 1 - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (PAIS)

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Nós, Regina Célia Tanaka Nunes, Regina P.G. Vieira Cavalcanti da Silva, pesquisadoras da Universidade Federal do Paraná, estamos convidando a Senhora, que teve seu filho com nascimento prematuro e necessitou de internação na Enfermaria Canguru da Unidade de Terapia Intensiva (UTI) Neonatal do Complexo Hospital de Clínicas, a participar de um estudo intitulado “Incidência do Aleitamento Materno em Recém-nascidos pré-termo e de Baixo Peso e sua relação com as medidas de apoio à amamentação no Método Canguru”

O objetivo desta pesquisa é verificar as condições do aleitamento materno em bebês nascidos pré-termo e de baixo peso, aos seis meses de idade, e sua relação com as medidas de apoio à amamentação oferecidas às mães e bebês nas três etapas do Método Canguru.

Caso você autorize a participação de seu filho (a) nesta pesquisa, será necessário responder a um questionário, quando seu filho (a) estiver internado na Enfermaria Canguru, sobre a alimentação dele (a) no período de internação, seus dados socioeconômicos, informações relacionadas a esta gestação e gestações anteriores, orientações sobre aleitamento materno e ordenha do seu leite recebidas durante a gestação e no período de internação. O tempo necessário para responder às perguntas do questionário será de aproximadamente 30 minutos e será aplicado na Enfermaria Canguru da UTI neonatal. Além disso, também será necessário que a senhora responda um questionário sobre a alimentação do seu filho (a), as informações recebidas sobre aleitamento materno e os responsáveis pelo cuidado do seu filho e realização das atividades domésticas em sua casa. Esse questionário será aplicado à senhora nos dias em que seu filho (a) tiver a consulta de retorno na UTI Neonatal e no ambulatório de Pediatria Social, até que ele (a) complete seis meses de idade corrigida. O tempo para responder esse questionário é de aproximadamente 15 minutos. Também é necessário que a senhora autorize a consulta de alguns dados no prontuário do seu filho (a), para coleta de informações sobre o nascimento e acompanhamento do seu filho no Hospital.

O tempo de acompanhamento da pesquisa será de aproximadamente 6 meses, podendo ser menor ou maior dependendo da idade com a qual seu filho (a) recebeu alta da Enfermaria Canguru da UTI Neonatal.

Os riscos a que a senhora estará exposta caso aceite participar da pesquisa são riscos de constrangimento, psicológicos e emocionais, uma vez que os questionários possuem questões relacionadas a lembranças e memórias que podem, nem sempre, ser agradáveis.

Os benefícios esperados com essa pesquisa estão relacionados à contribuição para a política de aleitamento materno do Hospital, o que poderá vir a beneficiar outras famílias que venham a ter seus filhos prematuros internados na Enfermaria Canguru UTI neonatal. Além disso, apesar de a senhora não ser diretamente beneficiada, você estará contribuindo para o avanço científico.

A pesquisadora Regina P.G. Vieira Cavalcanti da Silva, Professora do Departamento de Pediatria da UFPR, responsável por este estudo, poderá ser contatada no Departamento de Pediatria deste Hospital. O contato também pode ser realizado pelo telefone (41) 3360-1879, de segunda a sexta-feira, das 07:00 às 13:00 horas ou pelo e-mail regina.tanaka@hc.ufpr.br para esclarecer eventuais dúvidas que a Senhora possa ter e fornecer-lhe as informações que queira, antes, durante ou depois de encerrado o estudo.

Se você tiver dúvidas sobre os direitos de seu filho (a) como um paciente de pesquisa, você pode contatar o Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos - CEP do Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná, pelo telefone (41) 3360-1041, das 8:00 às 17:00 horas, de segunda a sexta-feira, exceto feriados. O CEP trata-se de um grupo de indivíduos com conhecimento científicos e não científicos que realizam a revisão ética inicial e continuada do estudo de pesquisa para mantê-lo seguro e proteger seus direitos.

A autorização de participação do seu filho neste estudo é voluntária e se você não quiser mais que ele (a) faça parte da pesquisa poderá desistir a qualquer momento e solicitar que lhe devolvam o termo de consentimento livre e esclarecido assinado. A sua recusa não implicará na interrupção do acompanhamento de seu filho (a), que está assegurado.

As informações relacionadas ao estudo poderão ser conhecidas por pessoas autorizadas, a saber, Regina Célia Tanaka Nunes, Regina P.G. Vieira Cavalcanti da Silva. No entanto, se qualquer informação for divulgada em relatório ou publicação, isto será feito sob forma codificada, para que a **sua identidade seja preservada e seja mantida a confidencialidade**.

As despesas necessárias para a realização da pesquisa são de responsabilidade da pesquisadora Regina Célia Tanaka Nunes. Você não terá nenhum custo pela participação de seu filho (a) no estudo e também não receberá qualquer valor em dinheiro.

Quando os resultados forem publicados, não aparecerá seu nome, e sim um código.

Nós, _____ e _____
 _____ lemos esse termo de consentimento e compreendemos a natureza e objetivo do estudo do qual autorizamos nosso (a) filho (a) a participar. A explicação que recebemos menciona os riscos e benefícios a que estaremos expostos. Nós entendemos que somos livres para interromper a participação de nosso filho (a) a qualquer momento sem justificar nossa decisão e sem que esta decisão afete o acompanhamento de nosso filho (a).

Eu concordo voluntariamente com a participação de meu filho (a) neste estudo.

 Nome e Assinatura da mãe

Curitiba, ____ de _____ de 201__.

Eu concordo voluntariamente com a participação de meu filho (a) neste estudo.

 Nome e Assinatura do pai

Curitiba, ____ de _____ de 201__.

(Somente para o responsável do projeto)

Declaro que obtive de forma apropriada e voluntária o Consentimento Livre e Esclarecido deste participante ou representante legal para a participação neste estudo.

Nome e Assinatura do Pesquisador ou quem aplicou o TCLE
Curitiba, ____ de _____ de 201__.

Rubricas:		
Mãe: _____	Pai: _____	
Pesquisador	Responsável	ou
quem aplicou o TCLE _____		

APÊNDICE 2 - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (PROFISSIONAIS)

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Nós, Regina P.G. Vieira Cavalcante da Silva e Regina Célia Tanaka Nunes, pesquisadoras da Universidade Federal do Paraná, estamos convidando você profissional de saúde, que trabalha na Unidade de Terapia Intensiva (UTI) Neonatal do Complexo Hospital de Clínicas, a participar de um estudo intitulado “ Incidência do aleitamento materno em recém-nascidos pré-termo e de baixo peso e sua relação com as medidas de apoio à amamentação no Método Canguru”

O objetivo desta pesquisa é verificar as condições do aleitamento materno em bebês nascidos pré-termo e de baixo peso, aos seis meses de idade e sua relação com as medidas de apoio à amamentação, oferecidas às mães e bebês nas três etapas do Método Canguru.

Caso você concorde em participar desta pesquisa, será necessário responder a um questionário sobre as dificuldades e facilidades na implementação das medidas de apoio ao aleitamento materno.

Os riscos relacionados ao estudo caso aceite participar da pesquisa são riscos de constrangimento, perda do anonimato, horário incompatível para aplicação do questionário.

Os benefícios esperados com essa pesquisa estão relacionados à contribuição para a política de aleitamento materno do Hospital e, poderá beneficiar outras famílias que venham a ter seus filhos prematuros e internados na Enfermaria Canguru UTI neonatal. A presente pesquisa também poderá beneficiar outras instituições que possuem a Enfermaria Canguru. Além disso, você estará contribuindo para o avanço científico.

A pesquisadora Regina P.G. Vieira Cavalcante da Silva, Professora do Departamento de Pediatria da UFPR, responsável por este estudo e Regina Célia Tanaka Nunes, enfermeira do Complexo Hospital de Clínicas da UFPR poderão ser contatadas no Departamento de Pediatria deste Hospital. O contato também pode ser realizado pelo telefone (41) 3360-1879 ou (41) 99196-0535, de segunda a sexta-feira, das 07:00 às 13:00 horas ou pelo e-mail regina.tanaka@hc.ufpr.br para esclarecer eventuais dúvidas que você possa ter e fornecer-lhe as informações que queira, antes, durante ou depois de encerrado o estudo.

Se você tiver dúvidas como sujeito de pesquisa, você pode contatar o Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos - CEP do Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná, pelo telefone (41) 3360-1041, das 8:00 às 17:00 horas, de segunda a sexta-feira, exceto feriados. O CEP trata-se de um grupo de indivíduos com conhecimento científicos e não científicos que realizam a revisão ética inicial e continuada do estudo de pesquisa para mantê-lo seguro e proteger seus direitos.

A autorização de participação neste estudo é voluntária e se você não quiser mais fazer parte da pesquisa poderá desistir a qualquer momento e solicitar que lhe devolvam o termo de consentimento livre e esclarecido assinado.

As informações relacionadas ao estudo serão conhecidas pelas pesquisadoras, a saber, Regina P.G. Vieira Cavalcante da Silva e Regina Célia Tanaka Nunes. No entanto, se qualquer informação for divulgada em relatório ou publicação, isto será feito sob forma codificada, para que a **sua identidade seja preservada e seja mantida a confidencialidade**.

As despesas necessárias para a realização da pesquisa são de responsabilidade da pesquisadora Regina Célia Tanaka Nunes. Você não terá nenhum custo pela participação no estudo e também não receberá qualquer valor em dinheiro.

Quando os resultados forem publicados, não aparecerá seu nome, e sim um código.

Eu, _____ e _____ li esse termo de consentimento e compreendi a natureza e objetivo do estudo do qual concordei em participar. A explicação que recebi menciona os riscos e benefícios a que estarei exposto. Eu entendi que sou livre para interromper a minha participação a qualquer momento sem justificar minha decisão e sem que esta decisão afete o meu trabalho.

Eu concordo voluntariamente em participar deste estudo.

Nome e Assinatura do participante do estudo

Curitiba, ____ de _____ de 201__.

(Somente para o responsável do projeto)

Declaro que obtive de forma apropriada e voluntária o Consentimento Livre e Esclarecido deste participante ou representante legal para a participação neste estudo.

Nome e Assinatura do Pesquisador ou quem aplicou o TCLE

Curitiba, ____ de _____ de 201__.

Rubricas:		
Sujeito	da	pesquisa

Pesquisador	Responsável	

APÊNDICE 3 - QUESTIONÁRIO PARA OS PAIS DOS RN INTERNADOS NA ENFERMARIA CANGURU

QUESTIONÁRIO PARA OS PAIS DOS RN INTERNADOS NA ENFERMARIA CANGURU

Data da entrevista: _____

A. Identificação:

1 Nome da mãe: _____

2 Número de Registro: _____

3 Nome do recém-nascido / lactente: _____

4 Número de registro do recém-nascido / lactente: _____

5 Codificação (para preservação da identidade dos sujeitos de pesquisa): _____

6 Endereço:

7 Telefone fixo, celular:

B. Dados maternos:

1 Idade: _____

2 Cor: () Branca () Preta () Amarela () Parda () Indígena

3 A senhora sabe ler e escrever? () Sim () Não

4 Qual a última série que cursou? _____

5 Vive em companhia de cônjuge ou companheiro? () Sim () Não

6 Seu atual cônjuge é o pai deste filho? () Sim () Não () NA

7 Estado civil: () Casada () Desquitada ou separada judicialmente () Divorciada () Viúva () Solteira

8 Em relação a trabalho, a senhora: () Está trabalhando?

() Está em licença maternidade? () Não está trabalhando?

9 Qual sua expectativa em relação ao trabalho? () Voltar a trabalhar ao término da licença () Começar a trabalhar fora (daqui a quanto tempo? _____) () Não trabalhar fora

10 Características do domicílio: () Próprio () Alugado () Cedido () Outra condição: Qual?

11 Quantas pessoas moram na mesma casa? _____

12 Qual é o parentesco / vínculo que possui com as pessoas que moram na mesma casa?

1 _____

5 _____

2 _____

6 _____

3 _____

7 _____

4 _____

8 _____

C. Dados anteriores a essa gestação:

1 Este é o seu primeiro filho (considerando-se os nascidos vivos): Sim Não

2 Quantas vezes engravidou? _____

2 Se não, quantos filhos vivos a senhora tem? _____

3 Qual a idade do seu filho mais novo, anterior a este? _____

4 A senhora amamentou ao seio seu(s) filho (s) anterior(es)? Sim Não

4.1 Até que idade? _____

SE RESPOSTA AFIRMATIVA: Você teve dificuldade para amamentar seu(s) filho (s) anterior(es)?

Sim Não

D. Dados sobre essa gestação:

1 A senhora realizou o pré-natal? Sim Não

2 Quantas consultas de pré-natal a senhora fez? _____

3 Qual foi o tipo de parto? Normal Cesárea Fórceps

E. Orientações sobre aleitamento materno nessa gestação:

1. Recebeu orientações sobre a amamentação? Sim Não

1.1 SE RESPOSTA AFIRMATIVA: Você lembra em qual (is) lugar (es) recebeu orientações?

1 _____

4 _____

2 _____

5 _____

3 _____

6 _____

1.2 Lembra em que momentos foi orientada? Pré-parto Pós-parto

1.3 Lembra quem a orientou?

F. Conhecimento sobre tempo de aleitamento:

1 Por quanto tempo podemos oferecer somente o leite do seio para o bebê? _____

2 Por quanto tempo podemos oferecer o leite do seio para o bebê, juntamente com outros alimentos? _____

G. Banco de Leite Humano:

1 Recebeu orientações sobre amamentação de profissionais do Banco de Leite Humano? Sim Não Não sabe

2 Foi até o Banco de Leite Humano para receber orientações? Sim Não

H. Questões relacionadas à ordenha do leite humano:

1 Recebeu orientações em relação à retirada / ordenha do leite do seu peito?

() Sim () Não

1.1 SE RESPOSTA AFIRMATIVA: Lembra em que momentos foi orientada sobre a retirada / ordenha do leite do seu peito? () Pré-parto () Pós-parto

1.2 Lembra quem a orientou?

1 _____

3 _____

2 _____

4 _____

2. Retirava / ordenhava o leite do seu peito? () Sim () Não

2.1 SE RESPOSTA AFIRMATIVA: quando iniciou a retirada / ordenha do leite? (Data / dias após o parto): _____

2.2 Com que frequência costumava retirar / ordenhar o leite?

Durante o dia: _____

Durante a noite: _____

I. Conhecimento sobre a alimentação oferecida ao RN durante a internação:

1 A senhora sabe informar que tipo de leite seu filho recebeu durante o período de internação?

(Descrever todos os tipos de leite):

1 _____

2 _____

3 _____

4 _____

Informações para consulta em prontuário:

J. Dados do nascimento:

- 1 Data de nascimento: _____ 2 Idade gestacional: _____
 3 Apgar 1: _____ 4 Apgar 5 min: _____ 5 Apgar 10 min: _____
 6 Peso ao nascer: _____ 7 Comprimento ao nascer: _____
 8 Adequação em relação à IG: () AIG () PIG () GIG
 9 Adequação Peso / Comprimento (percentil): _____

K. Dados relacionados à alimentação durante o período de internação:

- 1 Data / hora de início da alimentação: _____
 2 Alimento prescrito no início: _____
 3 Volume prescrito no início: _____ 4 Via de infusão: **_ SOG?**
 5 Alimentação Via oral (V.O.):
 5.1 Data de início: _____ 5.2 Data de liberação sucção ao seio: _____
 5.3 Data de liberação para sucção ao seio em livre demanda: _____
 Suspensão de sucção do seio:
 5.4 Fez sucção não nutritiva? Quando? _____

Data/hora suspensão		Data/hora suspensão	
Data/hora retorno		Data/hora retorno	

L. Dados da alta:

- 1 Data: _____ 2 Idade cronológica: _____
 3 Idade corrigida: _____ 4 Peso: _____
 5 Comprimento: _____
 6 Alimentação: _____
 7 Orientações em relação à alimentação: _____

M. Presença da mãe na unidade de neonatologia:

1 Dias/períodos (horários) de visita da mãe à unidade de neonatologia (verificar nos registros de presença da mãe na Unidade):

Data					
Turno(M-T-N)					

N. Método Canguru:

1 Orientações sobre a importância do Método Canguru

2. Seu bebê foi colocado na posição canguru durante a internação na UTIN?

3 Se sim: quantas vezes? _____

4Qual o sentimento durante este momento _____

5Mais alguém da família colocou o bebê na posição canguru? _ __

6 Durante o internamento na Enfermaria Canguru, você ficava com o seu bebê na posição canguru? _____

7. Qual foi o seu sentimento de permanecer internada junto com seu bebê? _____

8 A senhora acha que facilitou o aleitamento materno permanecer internada na Enfermaria Canguru? _____

9Quer deixar alguma sugestão para que possamos melhorar nosso atendimento na Enfermaria Canguru? _____

APÊNDICE 4 - QUESTIONÁRIO PARA OS PAIS DOS RN INTERNADOS NA ENFERMARIA CANGURU - 6 MESES APÓS A ENTREVISTA

Nome da mãe:

Nome do bebê:

1 – Está tudo bem com o bebê (falar o nome)?

2 –Amamentou até quantos meses ?

3 – Teve alguma dificuldade para continuar a amamentar?

4 – Se não está mais amamentando, quais as causas do desmame?

5 -Na sua opinião, a permanência na Enfermária Canguru contribuiu para a manutenção do aleitamento materno?

APÊNDICE 5 - QUESTIONÁRIO PARA OS PROFISSIONAIS DA NEONATOLOGIA

QUESTIONÁRIO PARA OS PROFISSIONAIS DA NEONATOLOGIA

IDENTIFICAÇÃO:

Nome:

Idade:

Profissão:

Tempo de serviço na neonatologia:

Vínculo:

MÉTODO CANGURU:

1. Você já fez a capacitação para o Método Canguru?
() Sim. () Não.
2. Qual a sua opinião sobre o Método Canguru?
3. Quais as medidas de apoio que facilitam o aleitamento materno no Método Canguru?
4. Você tem dificuldades na implementação dessas medidas de apoio ao aleitamento materno?
5. Você estimula os pais a colocar o bebê na posição canguru?
6. Tem alguma sugestão para melhorar a qualidade do cuidado na Enfermaria Canguru?

APÊNDICE 6 - CHECKLIST STROBE

Checklist Strobe

Título e Resumo	1	Indique o desenho do estudo no título ou no resumo, com termo comumente utilizado	X
		Disponibilize no resumo um sumário informativo e equilibrado do que foi feito e do que foi encontrado	X
Introdução			X
Contexto/Justificativa		Detalhe o referencial teórico e as razões para executar a pesquisa	X
Objetivos		Descreva os objetivos específicos, incluindo quaisquer hipóteses pré-existentes	X
Métodos			
Desenho do estudo		Apresente, no início do documento, os elementos-chave relativos ao desenho do estudo	X
Contexto (setting)		Descreva o contexto, locais e datas relevantes, incluindo os períodos de recrutamento e coleta de dados	X
Participantes		Apresente os critérios de elegibilidade, as fontes e os métodos de seleção dos participantes.	X
Variáveis		Defina claramente todos os desfechos, exposições, preditores, confundidores em potencial e modificadores de efeito. Quando necessário, apresente os critérios diagnósticos.	X
Fontes de dados/ Mensuração		Para cada variável de interesse, forneça a fonte dos dados e os detalhes dos métodos utilizados na avaliação (mensuração). Quando existir mais de um grupo, descreva a comparabilidade dos métodos de avaliação	X
Viés		Especifique todas as medidas adotadas para evitar potenciais fontes de vies	X
Tamanho do estudo		Explique como se determinou o tamanho amostral	X
Variáveis quantitativas		Explique como foram tratadas as variáveis quantitativas na análise. Se aplicável, descreva as categorizações que foram adotadas e porque.	X
Métodos estatísticos		Descreva todos os métodos estatísticos, incluindo aqueles usados para controle de confundimento. Descreva todos os métodos utilizados para examinar subgrupos e interações. Descreva os métodos utilizados para considerar a	X

		estratégia de amostragem.	
Resultados			X
Participantes		Descreva o número de participantes em cada etapa do estudo	X
Dados descritivos		Descreva as características dos participantes	X
Desfecho		Descreva o número de eventos-desfecho ou apresente as medidas-resumo	X
Resultados principais		Descreva as estimativas não ajustadas e, se aplicável, as estimativas ajustadas por variáveis confundidoras, assim como sua precisão (ex: intervalos de confiança). Deixe claro quais foram os confundidores utilizados no ajuste e porque foram incluídos. Quando variáveis contínuas forem categorizadas, informe os pontos de corte utilizados. Se pertinente, considere transformar as estimativas de risco relativo em termos de risco absoluto, para um período de tempo relevante.	X
Outras análises		Descreva outras análises que tenham sido realizadas.	X
Discussão			
Resultados principais		Resuma os principais achados relacionando-os aos objetivos do estudo	X
Limitações		Apresente as limitações do estudo, levando em consideração fontes potenciais de viés ou imprecisão. Discuta a magnitude e direção de vieses em potencial.	X
Interpretação		Apresente uma interpretação cautelosa dos resultados, considerando os objetivos, as limitações, a multiplicidade das análises, os resultados de estudos semelhantes e outras evidências relevantes	X
Generalização		Discuta a generalização (validade externa) dos resultados.	X
Outras Informações			
Financiamento		Especifique a fonte de financiamento do estudo e o papel dos financiadores. Se aplicável, apresente tais informações para o estudo original no qual o documento é baseado	X