



ARTIGO ORIGINAL

FATORES ASSOCIADOS À INTERRUPÇÃO PRECOCE DO ALEITAMENTO
MATERNO EXCLUSIVO EM PREMATUROSASSOCIATED FACTORS WITH EARLY INTERRUPTION OF EXCLUSIVE
BREASTFEEDING IN PRETERM INFANTSJoão Ronaldo Silva Monteiro¹Tauane Alves Dutra²Micaely Cristina dos Santos Tenório³Danielle Alice Vieira da Silva⁴Carolina Santos Mello⁵Alane Cabral Menezes de Oliveira⁶

RESUMO

Objetivo: Avaliar a prevalência e os fatores associados à interrupção precoce do aleitamento materno exclusivo (AME) em recém-nascidos prematuros. **Métodos:** Coorte prospectiva com puérperas no pós-parto prematuro e seus respectivos filhos, assistidos em hospital da rede pública de saúde, em Maceió-AL, nos anos de 2016/2017. Dados clínicos e obstétricos do binômio, além de informações sobre a prática de aleitamento materno do recém-nascido após alta hospitalar, foram obtidos por aplicação de questionário padronizado. O acompanhamento foi realizado mensalmente, por seis meses. A descontinuidade do aleitamento materno exclusivo, em qualquer momento do estudo, caracterizou a interrupção precoce. O teste de regressão de Poisson foi utilizado para avaliação dos fatores associados ao desfecho, com resultados expressos por Razão de prevalência (RP) e respectivos intervalos de confiança a 95% (IC 95%) considerando $p < 0,05$ como significativo. **Resultados:** Dos 132 recém-nascidos que receberam alta hospitalar em aleitamento materno exclusivo e que foram acompanhados até os 6 meses de vida, 94 (71,2%) deles interromperam a amamentação exclusiva precocemente. Idade materna ≥ 35 anos foi caracterizada como fator de proteção para a interrupção precoce do aleitamento materno exclusivo [RP: 0,591 (0,350-0,997); $p = 0,049$] e a via de parto cesariana, como fator de risco [RP: 1,284 (1,010-1,633); $p = 0,041$]. **Conclusão:** Foi alta a prevalência de interrupção do aleitamento materno exclusivo antes dos 6 meses de vida em recém-nascidos prematuros. Foram fatores associados ao desfecho, a idade materna avançada, como fator de proteção, e parto cesáreo, como fator de risco para a interrupção precoce do aleitamento materno.

Descritores: Amamentação. Recém-nascido prematuro. Desmame.

ABSTRACT

Objective: To evaluate the prevalence and associated factors with early discontinuation of exclusive breastfeeding (EBF) in preterm infants. **Methods:** Prospective cohort with puerperal women in the premature postpartum and their respective children, assisted at a public health hospital in Maceió-AL, in 2016/2017. Clinical and obstetric data from the binomial, as well as information about the

¹Faculdade de Nutrição. Universidade Federal de Alagoas - UFAL (AL). Brasil. E-mail: joao.monteiro@fanut.ufal.br.

²Faculdade de Nutrição. Universidade Federal de Alagoas - UFAL (AL). Brasil. E-mail: tdutra7@gmail.com.

³Faculdade de Nutrição. Universidade Federal de Alagoas - UFAL (AL). Brasil E-mail: micaely.tenorio@gmail.com.

⁴Centro Universitário Tiradentes (UNIT). Alagoas (AL). Brasil. E-mail: danielle.silva@fanut.ufal.br.

⁵Universidade Federal da Bahia (UFBA). Bahia (BA). Brasil. E-mail: carolinasmello@hotmail.com.

⁶Faculdade de Nutrição. Universidade Federal de Alagoas - UFAL (AL). Brasil. E-mail: alanecabral@gmail.com.



breastfeeding practice of the newborn after hospital discharge, were obtained by applying a standardized questionnaire. Follow-up was performed monthly for six months. Discontinuity of exclusive breastfeeding at any time of the study characterized early discontinuation. Poisson regression test was used to assess outcome-associated factors, with results expressed as Prevalence Ratio (PR) and 95% confidence ratios (95% CI), considering $p < 0.05$ as significant. **Results:** Of the 132 newborns who were discharged from exclusive breastfeeding and who were followed up to 6 months of age, 94 (71.2%) of premature infants stopped early exclusive breastfeeding. Maternal age ≥ 35 years was characterized as a protective factor for early discontinuation of exclusive breastfeeding [PR: 0.591 (0.350-0.997); $p = 0.049$] and cesarean section as a risk factor [PR: 1.284 (1.010-1.633); $p = 0.041$]. **Conclusion:** The prevalence of exclusive breastfeeding interruption before 6 months of life in premature newborns was high. Factors associated with the outcome were advanced maternal age as a protective factor and cesarean delivery as a risk factor for early interruption of breastfeeding.

Keywords: Breastfeeding. Premature newborn. Weaning.

INTRODUÇÃO

O aleitamento materno exclusivo (AME) é definido como a oferta de leite materno de forma exclusiva até os seis meses de vida, sem adição de outros alimentos líquidos ou sólidos, com exceção de gotas ou xaropes de vitaminas e medicamentos⁽¹⁾. Neste sentido, a introdução de outros alimentos antes desse período caracteriza a interrupção precoce do aleitamento materno exclusivo⁽²⁾.

São bem descritos na literatura os benefícios do leite materno à saúde do recém-nascido⁽³⁾, incluindo o fornecimento de fatores imunológicos, o suprimento adequado das necessidades nutricionais, redução da morbimortalidade infantil, melhor desenvolvimento físico e neurocognitivo e fortalecimento do vínculo mãe-filho^(4,5). Quando se trata de recém-nascidos prematuros, estes benefícios se estendem ainda para um melhor prognóstico clínico, menor tempo de internação e menores taxas de sepse tardia⁽⁶⁾.

Mesmo diante de tantos benefícios reconhecidos, no mundo, apenas 40% dos recém-nascidos são mantidos em AME até os seis meses de vida⁽⁷⁾. No Brasil, essa prevalência foi de 37,1% em 2006 e de 36,6% entre 2006 e 2013⁽⁸⁾, em lactentes nascidos a termo. Em prematuros, estudos apontam uma variação percentual de acordo com a população estudada. Na Suécia, a prevalência do AME em 2013 foi de 16% em recém-nascidos extremamente prematuros, 34% em muito prematuros e 49% nos moderadamente prematuros⁽⁹⁾, enquanto no Brasil, uma coorte carioca acompanhada durante o primeiro ano de vida apontou uma prevalência de 7,5% e 1,2% ao fim do 1º e 6º mês de idade corrigida⁽¹⁰⁾.

Vários fatores podem afetar o início e a manutenção do aleitamento materno exclusivo, a exemplo do grau de escolaridade materna⁽¹¹⁾, o retorno da mulher ao mercado de trabalho⁽¹²⁾, o baixo peso ao nascer da criança⁽¹³⁾, além da intenção e a auto eficiência em amamentar⁽¹⁴⁾. A prematuridade,



por sua vez, também é um fator condicionante, uma vez que implica na imaturidade fisiológica do recém-nascido quanto ao reflexo de pega e sucção do leite materno, podendo, inclusive, comprometer a produção láctea pela mãe devido à ausência de estímulo. Logo, o nascimento pré-termo implica, ocasionalmente, em prejuízos para a implementação e manutenção do AME^(6,10). Diante disto, o presente trabalho teve por objetivo avaliar a prevalência e os fatores associados à interrupção precoce do aleitamento materno exclusivo em recém-nascidos prematuros.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo de coorte prospectivo com puérperas no pós-parto prematuro e seus respectivos filhos, assistidos na Maternidade do Hospital Universitário Prof. Alberto Antunes, localizado em Maceió, Alagoas, entre os anos de 2016-2017. O presente estudo faz parte de um projeto maior intitulado “Autoeficácia na amamentação e duração do aleitamento materno: um estudo de coorte com puérperas no pós-parto prematuro” aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Alagoas (Protocolo nº 1.568.544). Para este projeto maior foi considerado uma prevalência de não êxito de 23,3 % do aleitamento materno em pós-parto prematuro⁽¹⁵⁾, erro amostral de 5%, nível de confiança de 95%, adicionado de 10% para eventuais perdas de seguimento da amostra, sendo necessárias 303 díades (puérperas mais respectivos filhos). Diante da disponibilidade de dados, foi possível a coleta de 381 díades. Para o presente estudo, a coorte foi composta apenas por puérperas ainda em AME na alta hospitalar, totalizando 161 díades (42,3%).

Logo, neste estudo foram incluídas puérperas e seus respectivos filhos nascidos de parto prematuro (idade gestacional inferior a 37 semanas)⁽¹⁶⁾, e que estavam em aleitamento materno exclusivo no momento da alta hospitalar. Ainda, foram excluídas as puérperas em estado geral grave e/ou com problemas neurológicos, que não estavam mais em AME na alta hospitalar, e com dados incompletos/ ausentes por descontinuidade do acompanhamento. Inicialmente, foi realizada triagem, a partir da análise do prontuário eletrônico individualizado. Na sequência, após convite e aceite voluntário para a participação no estudo, mediante assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido, as puérperas respondiam a um questionário padronizado acerca dos dados socioeconômicos, clínicos, de estilo de vida, obstétricos e de pós-parto, sendo o mesmo aplicado por entrevistadores previamente treinados.

As características socioeconômicas avaliadas foram: idade, para a qual estratificou-se em ≤ 19 anos, de 20 a 34 anos e ≥ 35 anos, que corresponde a gestação na adolescência, na idade média e na idade avançada, respectivamente⁽¹⁷⁾; raça autodeclarada, sendo classificadas como negras ou não-negras; escolaridade classificada em ≤ 4 anos ou >4 anos para estratificação de analfabetismo



funcional⁽¹⁸⁾; estado civil (união estável ou não); renda, que incluiu a soma de todos os rendimentos mensais dos membros da família e foi estratificada em <1 salário mínimo/mês e ≥ 1 salário mínimo/mês; e ocupação, de acordo com a presença de trabalho dentro ou fora do lar. As variáveis clínicas e obstétricas incluíram: histórico de aborto, paridade (nulíparas ou multíparas), presença de doença sexualmente transmissível (DST), hábitos de vida (tabagismo e etilismo), início e número de consultas de pré-natal, para o qual se recomenda número mínimo de 6 consultas e pré-natal de início precoce (em 1º trimestre) ou tardio (a partir do 2º trimestre)⁽¹⁹⁾, via de parto e estado nutricional gestacional e ganho ponderal durante a gestação. Já os dados perinatais incluíram sexo, idade gestacional ao nascimento, presença de intercorrências com os recém-nascidos, peso para idade gestacional (IG), comprimento ao nascer e apgar no 1º e no 5º minuto.

A avaliação do estado nutricional materno e o ganho ponderal gestacional foram possíveis a partir de informações do peso pré-gestacional e o último peso gestacional coletados no cartão da gestante. O índice de massa corporal (IMC) gestacional foi categorizado em baixo peso, eutrofia, sobrepeso ou obesidade, de acordo com os pontos de corte estabelecidos por Atalah Samur et al (1997)⁽²⁰⁾. O ganho ponderal foi classificado em excessivo, adequado ou insuficiente, de acordo com o recomendado pelo Institute of Medicine (IOM)⁽²¹⁾.

Para avaliação do peso e do comprimento ao nascer foram considerados os pontos de corte das curvas INTERGROWTH-21st (2014, 2016)^(22,23). Recém-nascidos abaixo do percentil 10 foram classificados como pequenos para idade gestacional (PIG), em adequados para idade gestacional (AIG) quando encontravam-se entre os percentis 10 e 90, e em grandes para idade gestacional (GIG) quando acima do percentil 90. O mesmo padrão em avaliação por percentis^(22,23) foi adotado para o comprimento ao nascer sendo o mesmo classificado em baixo, adequado ou elevado.

Para avaliação do apgar do 1º e do 5º minuto de vida foi considerado baixo, em ambos os momentos, quando os valores se encontravam inferiores a 7, caracterizando baixa vitalidade ao nascer⁽²⁴⁾.

Também, foram coletadas informações acerca de intercorrências neonatais sendo quaisquer informações descritas em prontuário. As intercorrências descritas foram categorizadas em relação a sistemas hematológico, respiratório, nervoso central, cardiovascular, trato gastrointestinal, e outros.

As puérperas foram acompanhadas por meio de ligações telefônicas realizadas a cada 30, 60, 90, 120, 150 e 180 dias, onde foi avaliada a continuidade do aleitamento materno exclusivo. Deste modo, foi questionado à puérpera se já havia sido iniciada a introdução de quaisquer outros alimentos, líquidos ou sólidos, a seus respectivos filhos. A resposta positiva configurava a interrupção precoce do AME.



Os dados coletados foram tabulados e analisados com auxílio do programa estatístico SPSS versão 20.0, adotando um intervalo de confiança de 95%. Foi aplicado teste de regressão de Poisson para estimativa robusta, em modelo hierarquizado, das variáveis que se associaram a variável desfecho, neste caso a interrupção precoce do AME.

Primeiramente, as variáveis independentes (maternas e dos recém-nascidos) foram submetidas a análise univariada. Nesta análise, as variáveis que apresentaram significância $<0,20$ foram, posteriormente, submetidas a análises do modelo de regressão multivariada.

As variáveis incluídas na regressão multivariada foram submetidas às análises conforme adaptação de modelo hierarquizado⁽²⁵⁾ mostrado na Figura 1. Neste modelo, as variáveis do 1º nível que não apresentaram significância foram excluídas. Do mesmo modo, assim foram submetidas as análises do 2º e 3º nível do modelo hierarquizado. As variáveis que apresentaram nível de significância $<0,20$ foram mantidas nas análises, a fim de evitar fatores de confundimento.

Na análise multivariada, as variáveis que apresentaram nível de significância $p<0,05$ foram associadas à interrupção precoce do AME e a magnitude destas associações foram expressas por meio de razão de prevalência (RP).

RESULTADOS

Das 161 puérperas que estavam praticando amamentação exclusiva na alta hospitalar, houve a exclusão de 29 (18,01%) devido à ausência de dados sobre a descontinuidade do acompanhamento ou a não realização dele, por dificuldades relacionadas ao contato telefônico. Contudo, tais perdas não apresentaram diferenças significativas quanto as variáveis estudadas quando comparadas ao total de puérperas ($n=161$). Sendo assim, a presente coorte foi composta por 132 díades (82,0%) em AME na alta hospitalar, avaliadas no decorrer de 6 meses de acompanhamento.

Neste estudo foi verificada uma maior proporção de puérperas com idade entre 20 e 34 anos (58,33%), 49,2% eram primigestas, 52,3% realizaram menos de 6 consultas pré-natais. Quanto ao ganho ponderal gestacional, foi maior a proporção das que ganharam peso insuficiente (39,7%) e, em relação ao IMC gestacional, observou-se maior frequência de baixo peso (29,6%) para a semana gestacional. Se tratando dos dados perinatais, foi observada uma maior prevalência de parto cesáreo (59,1%) e de recém-nascidos AIG (74,6%). Os dados socioeconômicos, clínicos, de estilo de vida e de pós-parto são apresentados na Tabela 1.

Das 132 crianças acompanhadas que receberam alta hospitalar em AME, a interrupção da amamentação exclusiva ocorreu em 11/132 (8,3%) recém-nascidos nos primeiros 30 dias de acompanhamento, em 22/121 (18,18%) na avaliação aos 60 dias, em 17/99 (17,17%) aos 90 dias, em



11/82 (13,41%) aos 120 dias, em 15/71 (21,12%) aos 150 dias e em 18/56 (32,14%) na avaliação aos 180 dias do seguimento, conforme demonstrado na Figura 2. Do total de prematuros acompanhados, até os 4 meses e 6 meses de vida, respectivamente, a interrupção do AME foi caracterizada em 61 (46,2%) e 94 (71,2%) dos prematuros.

Nas análises de regressão de Poisson, as variáveis que apresentaram associação estatisticamente significativa com a interrupção precoce do AME foram puérperas com idade ≥ 35 anos, como fator de proteção à amamentação exclusiva [RP: 0,591 (0,350 - 0,997); p: 0,049], e parto cesáreo, como fator de risco [RP: 1,284 (1,010 - 1,633); p: 0,041] (Tabela 1).

DISCUSSÃO

A interrupção precoce do aleitamento materno em crianças nascidas prematuras foi de 71,2% na população estudada, sendo caracterizados como fatores associados a esse desfecho a idade materna maior ou igual a 35 anos, como fator de proteção, e via de parto cesáreo, como fator de risco.

Os benefícios do aleitamento materno exclusivo, em especial, para recém-nascidos prematuros⁽⁶⁾, é indiscutível. Diferentes autores investigaram, no Brasil, a prevalência do aleitamento materno neste público, sendo as taxas variáveis entre 1,2% a 43,9%^(10,26). Estudo desenvolvido na Suécia⁽⁹⁾ avaliou retrospectivamente a prevalência do AME na alta hospitalar, em dados de 29445 prematuros nascidos entre os anos de 2004 e 2013. A prevalência de AME, no ano de 2013, entre os prematuros extremos (idade gestacional entre 22 e 27 semanas) foi de 16%, nos muito prematuros (28 a 31 semanas gestacionais) de 34% e, nos moderadamente prematuros (32 a 36 semanas gestacionais), de 49%. Os autores verificaram ao longo dos anos um importante declínio na prática do AME, nas diferentes categorias de prematuros avaliados.

Na literatura são escassos os dados sobre a amamentação exclusiva ao longo dos seis primeiros meses de vida de crianças nascidas prematuras^(10,26,27). Nesse contexto, o presente estudo constatou elevada frequência de interrupção precoce do aleitamento materno exclusivo nos lactentes avaliados, sendo que aos 6 meses de vida apenas 38 (28,8%) recebiam aleitamento materno de forma exclusiva.

Outro resultado verificado no estudo foi a constatação de uma menor frequência de interrupção precoce do AME ao fim do 1º mês pós-parto. Conforme apresentado na Figura 2. Houve um posterior aumento da interrupção do AME entre os 30 e 60 dias de pós-parto; entre os 60 e os 120 dias, essa prevalência mensal sofreu um discreto decréscimo, aumentando progressivamente no período entre 120 a 180 dias de acompanhamento, de modo que a maior prevalência mensal de



interrupção precoce do AME neste estudo foi encontrada ao longo do 5º mês pós-parto, entre 150 e 180 dias de acompanhamento.

Estudo desenvolvido na Pensilvânia com recém-nascidos prematuros que se propôs a identificar a taxa de aleitamento materno ao fim do 1º mês de pós-parto encontrou uma prevalência de 63,8% em prematuros tardios e 72,6% em prematuros⁽²⁸⁾. Esse resultado não se assemelha aos nossos achados, uma vez que 91,67% dos prematuros avaliados no presente estudo encontravam-se em AME ao final de 30 dias pós-parto.

Considerando nossos achados, onde a maior prevalência mensal de interrupção do AME foi observada ao fim do 6º mês de pós-parto, um estudo desenvolvido em Fortaleza – CE⁽²⁹⁾, com crianças nascidas a termo, observou um decréscimo na prevalência do AM ao longo dos 6 primeiros meses de vida, sendo que ao fim do 6º mês de pós-parto a prevalência de AME foi de apenas 1,1%. De modo semelhante, em estudo desenvolvido em um Hospital Amigo da Criança, na cidade de São Paulo, que incluiu RN prematuros e a termo, observou ao fim de 180 dias de acompanhamento que menos da metade dos lactentes acompanhados (34,1%) encontrava-se em AME⁽³⁰⁾.

No presente trabalho, idade materna ≥ 35 anos foi caracterizada como fator de proteção à amamentação exclusiva. Mulheres nesta faixa de idade, embora se encontrem em uma faixa biológica com maiores riscos obstétricos, geralmente apresentam maior entendimento e conhecimentos sobre os benefícios da amamentação, o que favorece a adequada manutenção desta prática de forma exclusiva até o 6º mês de vida da criança^(11,31).

Por outro lado, parto cesáreo se constituiu em um fator de risco associado à interrupção do AME. Dentre os fatores atribuídos ao impacto do parto cesáreo sobre o início da amamentação, a ação de anestésicos administrados durante o parto parece desfavorecer a descida do leite materno, além de implicar em uma desorganização e ineficiência do reflexo de sucção do RN, em especial prematuros, que possuem mais susceptibilidade aos efeitos adversos dos fármacos⁽³²⁾. Quando se trata da manutenção do AME até os 6 meses, estudos são necessários a fim de investigar o efeito da via de parto sobre o tempo de amamentação. Contudo, a via de parto cesáreo pode, em alguns casos, comprometer o contato precoce entre mãe e filho, em decorrência dos efeitos pós-anestésicos e procedimentos pós-cirúrgicos, o que termina por afetar não apenas o início, como a manutenção da amamentação de tal modo que o parto normal se mostra como facilitador do aleitamento materno por permitir o contato precoce e a primeira mamada ainda na sala de parto⁽³³⁾.

Diferentemente de outros estudos^(5,18,33-36), a presença de vínculo empregatício, o período de início quanto o número de consultas pré-natais e o tabagismo materno não se associaram à interrupção precoce do AME.



Em estudo realizado com recém-nascidos a termo, onde foi avaliado o tempo de amamentação em mães trabalhadoras formais, participantes ou não de um programa de incentivo ao aleitamento materno, identificou maiores taxas de interrupção precoce do aleitamento materno, ao fim do 1º e 6º mês de vida do RN, além de maior risco de desmamar ao fim do 4º mês de vida da criança, no grupo de mães não participantes do programa. Também, foi verificado um maior tempo relacionado ao retorno ao trabalho e maior contato com os recém-nascidos entre as mulheres participantes do programa de incentivo à amamentação⁽³³⁾. Neste sentido, o retorno ao mercado de trabalho parece representar um risco à continuidade do AME, contudo ele pode ser reduzido na existência de ações que promovam o incentivo a amamentação.

As consultas pré-natais também se configuram em um fator que pode afetar o tempo de duração da amamentação. Mulheres que durante o período gestacional realizam assistência pré-natal adequada apresentam mais chances de amamentarem seus filhos até os 6 meses completos de vida, ressaltando a importância da realização de ações de conscientização das mulheres acerca da importância da amamentação durante pré-natal, por meio de diversas abordagens visando o incentivo à prática exclusiva da amamentação ao seio⁽³⁴⁾.

Dentre os hábitos de vida que comprometem a manutenção da amamentação exclusiva o tabagismo materno é apontado como um fator de risco^(35,36). Dados de um estudo dinamarquês desenvolvido com recém-nascidos prematuros encontrou uma maior chance de insucesso no estabelecimento da amamentação entre mulheres tabagistas. O ato de fumar é reconhecido por muitas mães tabagistas como sendo um risco para seus bebês, entretanto, em geral se sentem pouco encorajadas a abandonar a prática, o que se mantém durante o período de lactação⁽³⁵⁾. Os resultados de uma coorte que avaliou os fatores associados a amamentação exclusiva em pré-termos, na alta hospitalar em uma Unidade de Terapia Intensiva Neonatal, encontrou uma associação entre o tabagismo e uma maior chance de falha na amamentação exclusiva na alta da hospitalar, assim como uma maior chance no insucesso na adequada duração do AME⁽³⁶⁾.

Outra variável que tem mostrado associação com a interrupção precoce do aleitamento materno é o baixo peso ao nascer (BPN), que pode estar associado com a crença de que o leite materno não é suficiente para atender as necessidades do RN nem de promover o ganho de peso adequado⁽⁵⁾. Por outro lado, o maior peso ao nascer pode estar associado a prática precoce de interrupção do aleitamento, uma vez que recém-nascidos com maior peso ao nascer por permanecerem menos tempo hospitalizados acabam por não receber suporte profissional especializado para a prática do aleitamento⁽³⁷⁾.

A relevância do presente estudo se faz por mais uma vez se dedicar ao conhecimento dos fatores que afetam a continuidade da amamentação até um período mínimo de 6 meses, conforme



recomendação da Organização Mundial de Saúde⁽⁷⁾. Ainda, quando se trata da população de prematuros, um grupo caracterizado por uma certa vulnerabilidade e imaturidade biológica, torna-se ainda maior a necessidade de mais estudos. São poucos os trabalhos^(10,26,27) que investigam a prevalência da interrupção precoce do AME em prematuros ao longo dos 6 primeiros meses e que se propõem a investigar os fatores que afetaram a continuidade da amamentação durante este período. Cabe ainda a ressalva de que, no presente estudo, a prevalência de interrupção da amamentação encontrada pode ser considerada alarmante, demonstrando a necessidade de existirem estratégias e práticas promotoras do aleitamento materno em prematuros, em especial no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

Alguns autores pontuam que o ganho de peso do prematuro pode influenciar a manutenção do aleitamento materno⁽³⁸⁾, entretanto, não foi possível o acompanhamento ponderal das crianças no decorrer do estudo.

CONCLUSÃO

No presente estudo foi alta a prevalência de interrupção precoce do AME em prematuros. Estiveram associadas a esta prática a idade materna avançada, como fator de proteção, e a via de parto cesariana, como fator de risco a amamentação exclusiva em recém-nascidos prematuros.

É necessário, portanto, o estabelecimento de medidas que contribuam para adequada manutenção do AME em prematuros, uma vez que se reconhece neste público uma série de vulnerabilidades que afetam não apenas o início com também a continuidade da amamentação exclusiva. Tais medidas devem compreender o controle das variáveis que mais oferecem risco a adequada duração do AME. Mulheres com idade ≥ 35 anos embora tenham sido um fator protetor da amamentação exclusiva neste estudo, uma atenção deve ser dada a esta faixa etária no que concerne aos riscos existentes com o avanço da idade para um curso adequado e saudável do período gestacional⁽³¹⁾. Quanto à via de parto, atualmente há um incentivo à prática do parto vaginal, mediante aumento na ocorrência de cesáreas nos últimos anos^(31,33), lembrando que via de parto pode se relacionar ao tempo de duração do AME.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN): Orientações básicas para a coleta, processamento, análise de dados e informação em serviços de saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2004



2. Gomes MR; Costa ES. Interrupção precoce do aleitamento materno exclusivo: experiência com mães de crianças em consultas de puericultura. *Revista Brasileira de Promoção de Saúde*. 2015, 28(4): 547-552
3. American Academy of Pediatrics. Breastfeeding and the Use of Human Milk. 2012, 129(3): e827-e841
4. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde da criança: aleitamento materno e alimentação complementar. Cadernos de Saúde. n.23. 2ª ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2015
5. Redigolo RLP; Silva SS; Dutra-de-Oliveira JE; Silva MAI; Nogueira-de-Almeida CA. Perfil de crianças atendidas em programa de fornecimento de fórmulas infantis. *International Journal of Nutrology* 2017. 10 (3): 81-90
6. Wilson E; Bonamy AKE; Bonet M; Toome L; Rodrigues C; Howell EA; Cuttini M; Zeitlin J. Room for improvement in breast milk feeding after very preterm birth in Europe: Results from the EPICE cohort. *Maternal & Child Nutrition*. 2018, Jan, v. 14(1)
7. UNICEF, WHO. Implementation guidance: protecting, promoting and supporting breastfeeding in facilities providing maternity and newborn services – the revised Baby-friendly Hospital Initiative. Geneva: World Health Organization; 2018
8. Boccolini CS; Boccolini PMM; Monteiro FR; Venâncio, SI; Giugliani ERJ. Tendência de indicadores do aleitamento materno no Brasil em três décadas. *Revista de Saúde Pública*. São Paulo, 2017, v. 51, p. 1-9
9. Ericson J, Flacking R, Hellström-Westas L, Eriksson M. Changes in the prevalence of breast feeding in preterm infants discharged from neonatal units: a register study over 10 years. *BMJ open*, 2016. 6 (12): e012900
10. Méio MDBB, Villela LD, Júnior G, Tovar CM, Moreira MEL. Amamentação em lactentes nascidos pré-termo após alta hospitalar: acompanhamento durante o primeiro ano de vida. *Ciência & Saúde Coletiva*, 2018; 23: 2403-2412
11. Cavalcanti SH; Caminha MFC; Figueiroa JN; Serva VMSBD; Cruz RSBLC; Lira PIC; Filho, MB. Fatores associados à prática do aleitamento materno exclusivo por pelo menos seis meses no estado de Pernambuco. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, 2015 Jan-Mar, v. 18(1): 208-19
12. Lima APC, Nascimento DS, Martins MMF. A prática do aleitamento materno e os fatores que levam ao desmame precoce: uma revisão integrativa. *J. Health Biol Sci*. 2018; 6(2):189-19
13. Sanches MTC, Buccini GS, Gimeno SGA, Rosa TEC, Bonamigo AW. Fatores associados à interrupção do aleitamento materno exclusivo da lactentes nascidos com baixo peso assistidos na atenção básica. *Cadernos de Saúde Pública*. 2011; 27(5):953-96
14. Wu YH, Ho YJ, Han JP, Chen SY. Influence of Breastfeeding Self-Efficacy and Breastfeeding Intention on Breastfeeding Behavior in Postpartum Women. *Hu Li Za Zhi The Journal of nursing*, 2018 Feb;65(1):42-50



15. Scochi CGS, Ferreira FY, Góes FSN, Fujinaga CI, Ferecini GM, Leite AM. Alimentação Láctea e prevalência do aleitamento materno em prematuros durante internação em hospital amigo da criança de Ribeirão Preto – SP, Brasil. *Cienc Cuid Saude* 2008; 7(2): 145-154. World Health Organization. Health aspects of low birth weight. Tech Rep Series. Geneva 1961, 217
16. World Health Organization. Health aspects of low birth weight. Tech Rep Series. Geneva 1961, 217
17. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Gestação de Alto Risco. Manual Técnico. 5ª edição. Editora MS. Brasília (DF), 2012.
18. Instituto Paulo Montenegro. Folheto Analfabetismo Funcional – 2005. São Paulo, 2005.
19. BRASIL, Ministério da Saúde, Secretária de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Atenção ao pré-natal de baixo risco, Ministério da Saúde, 2013, Cadernos de Atenção Básica, nº 32;
20. Atalah SE, Castillo C, Castro R, Aldea A. Propuesta de un nuevo estándar de evaluación nutricional en embarazadas. *Rev Med Chil*. 1997; 125 (12): 1429-36.
21. Rasmussen KM, Yaktine AL; Institute of Medicine. National Research Council. Committee to Reexamine IOM Pregnancy Weight Guidelines. Weight gain during pregnancy: reexamining the guidelines. Washington: National Academies Press; 2009.
22. Villar J, Ismail LC, Victora CG, Ohuma EO, Bertino E, Altman DG, *et al*. International Fetal and Newborn Growth Consortium for the 21st Century (INTERGROWTH-21st). International standards for newborn weight, length, and head circumference by gestational age and sex: the Newborn Cross-Sectional Study of the INTERGROWTH-21st Project. *Lancet*. 2014; 384 (9946): 857-68.
23. Villar J, Ismail LC, Victora CG, Ohuma EO, Bertino E, Altman DG, *et al*. INTERGROWTH-21st very preterm size at birth reference charts. *The Lancet*. 2016; 387(10021), 844-845.
24. American Academy of Pediatrics. The Apgar Score. *Pediatrics* 2006; 1444-1447;
25. Boccolini CS, Carvalho ML, Oliveira MI. Fatores associados ao aleitamento materno exclusivo nos primeiros seis meses de vida no Brasil: Revisão Sistemática. *Revista de Saúde Pública* 2015; 49(91): 1-16;
26. Silva WF, Guedes ZCF. Tempo de aleitamento materno exclusivo em prematuros e a termo. *Revista CEFAC*, São Paulo. 2013, 15(1): 160-171;
27. Czechowski AE, Fujinaga CI. Seguimento ambulatorial de um grupo de prematuros e a prevalência na alta hospitalar e ao sexto mês de vida: contribuições da fonoaudiologia. *Revista da Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia*. 2010, 15(4): 572-577
28. Hackman NM, Alligood-Percoco N, Martin A, Zhu J, Kjerulff KH. Reduced breastfeeding rates in firstborn late preterm and early term infants. *Breastfeeding Medicine*, 2016. 11 (3):119-125;



29. Ferreira HLOC, Oliveira MFD, Bernardo EBR, Almeida PCD, Aquino PDS, Pinheiro AKB. Fatores Associados à adesão ao aleitamento materno exclusivo. *Ciência & Saúde Coletiva*, 2018. 23: 683-690;
30. Rocci E, Fernandes RAQ. Dificuldades no aleitamento materno e influência no desmame precoce. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 2014. 67 (1): 22-27;
31. Silva JLCP, Surita FGC. Idade Materna: resultados perinatais e vias de parto. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstétrica* 2009; 31(7):321-5;
32. Oliveira MR, Santos MG, Aude DA, Lima RM, Módolo NSP, Navarro LH. Anestesia materna deve atrasar a amamentação? Revisão sistemática da literatura. *Revista Brasileira de Anestesiologia* 2019; 69(2):184-196
33. Brasileiro AA, Possobon RF, Carrascoza KC, Ambrosano GMV, Moraes ABA. Impacto do incentivo ao aleitamento materno entre mulheres trabalhadoras formais. *Caderno de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 2010. 26(9): 1705-1713
34. Oliveira IBB, Leal LP, Coriolano-Marinus MWL, Santos AHS, Horta BL, Pontes CM. Meta-analysis of the effectiveness of educational interventions for breastfeeding promotion directed to the woman and her social network. *Journal of advanced nursing*, 2017. 73(2): 323-335.
35. Zachariassen G, Faerk J, Grytter C, Esberg BH, Juvonen P, Halken S. Factors associated with successful establishment of breastfeeding in very preterm infants. *Acta Paediatrica*, 2010. 99(7): 1000-1004.
36. Maastrup R, Hansen BM, Kronborg H, Bojesen SN, Hallum K, Frandsen A, et al. Factors associated with exclusive breastfeeding of preterm infants. Results from a prospective national cohort study. *PloS one*, 2014. 9 (2): e89077
37. Luz LS, Minamisava R, Scochi CGS, Salge AKM, Ribeiro LM, Castral TC. Predictive factors of the interruption of exclusive breastfeeding in premature infants: a prospective cohort. *Rev Bras Enferm* [Internet]. 2018;71(6):2876-82
38. Sassá AH, Schmidt KT, Rodrigues BC, Ichisato SMT, Higarashi IH, Marcon SS. Bebês pré-termo: aleitamento materno e evolução ponderal. *Revista Brasileira de Enfermagem*. 2014, 67(4): 594-600.



TABELAS

Tabela 1 – Frequência da interrupção precoce do aleitamento materno exclusivo (AME) associada a variáveis socioeconômicas, clínicas, obstétricas e perinatais em puérperas de pós-parto prematuro, atendidas em maternidade de alto risco de Maceió, Alagoas.

Variáveis	Total [n (%)]	Interrupção precoce do AME [n (%)]	RP bruta (IC _{95%})	valor de <i>p</i> *	RP ajustada	valor de <i>p</i> **
Idade						
≤ 19	40 (30,3)	27 (67,5)	0,926 (0,722 - 1,189)	0,551		
20 - 34	77 (58,3)	60 (77,92)	1,000			
≥ 35	15 (11,4)	7 (46,66)	0,627 (0,360 - 1,091)	0,099	0,591 (0,350 - 0,997)	0,049
Raça negra	16 (12,1)	10 (62,5)	0,863 (0,580 - 1,284)	0,468		
Escolaridade < 4 anos	8 (6,1)	5 (62,5)	0,870 (0,502 - 1,509)	0,622		
Solteira	33 (25)	21 (63,63)	0,863 (0,649 - 1,147)	0,310		
Renda ≤ 1 SM	29 (22)	19 (65,51)	0,899 (0,673 - 1,202)	0,476		
Trabalho fora do lar	27 (20,5)	22 (81,48)	1,118 (0,951 - 1,484)	0,129	1,208 (0,960 - 1,519)	0,107
Primigesta	65 (49,2)	49 (75,38)	1,122 (0,902 - 1,396)	0,300		
Aborto	23 (17,4)	16 (69,56)	0,972 (0,722 - 1,307)	0,852		
DST	3 (2,3)	1 (33,33)	0,462 (0,092 - 2,313)	0,348		
Tabagismo	7 (5,3)	5 (71,42)	1,000 (0,618 - 1,626)	0,990		
Etilismo	12 (9,1)	9 (75)	1,058 (0,747 - 1,498)	0,747		

continua



		continua				
Número de consultas pré-natal < 6	69 (52,3)	47 (68,11)	0,913 (0,734 - 1,134)	0,412		
Início tardio do pré-natal	46 (35,7)	30 (65,21)	0,873 (0,682 - 1,116)	0,280		
Via de parto: Cesariana	78 (59,1)	60 (76,92)	1,221 (0,962 - 1,551)	0,100	1,284 (1,010 - 1,633)	0,041
Ganho ponderal gestacional						
Insuficiente	48 (39,7)	36 (75)	1,052 (0,845 - 1,311)	0,646		
Adequado	43 (35,5)	33 (76,74)	1,000			
Excessivo	30 (24,8)	19 (63,33)	0,835 (0,620 - 1,124)	0,235		
Sem informação	11					
IMC gestacional						
Baixo peso	37 (29,6)	27 (72,97)	1,035 (0,815 - 1,315)	0,851		
Eutrofia	35 (28)	26 (74,28)	1,000			
Sobrepeso	32 (25,6)	21 (65,62)	0,897 (0,677 - 1,188)	0,450		
Obesidade	21 (16,8)	15 (71,42)	1,003 (0,745 - 1,352)	0,980		
Sem informação	7					
Sexo do recém-nascido						
Masculino	72 (54,5)	51 (70,83)	1,000			
Feminino	60 (45,5)	43 (71,66)	0,988 (0,794 - 1,229)	0,916		
Intercorrências com a criança		18 (47,36)	1,151 (0,767 - 1,728)	0,495		
Tamanho para Idade Gestacional						
PIG	8 (6,2)	7 (87,5)	1,255 (0,941 - 1,675)	0,121	1,214 (0,994 - 1,482)	0,057

continua



continua

Tamanho para Idade Gestacional

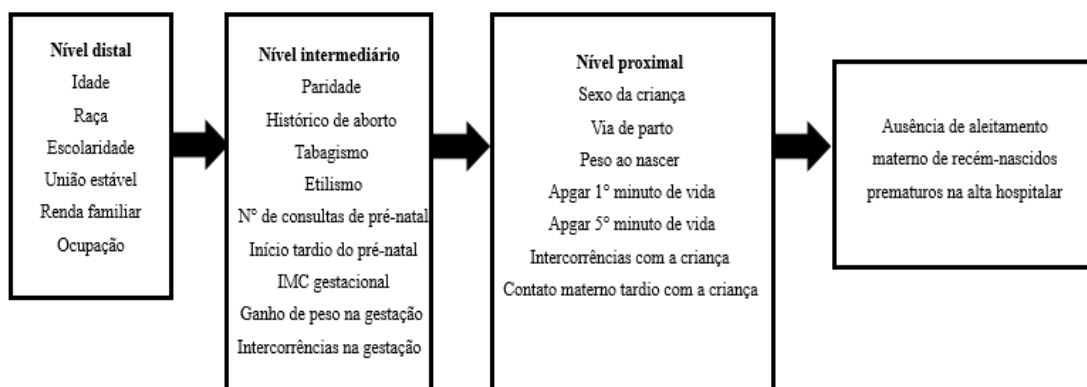
AIG	97 (74,6)	70 (72,16)	1,00	
GIG	25 (19,2)	15 (60)	0,818 (0,581 - 1,151)	0,249
Sem informação	2			
Comprimento ao nascer				
Baixo	11 (8,8)	9 (81,81)	1,165 (0,859 - 1,580)	0,323
Adequado	86 (69,4)	63 (73,25)	1,000	
Elevado	28 (22,4)	17 (60,71)	0,817 (0,593 - 1,128)	0,221
Sem informação	7			
Baixo Apgar 1'	7 (5,4)	5 (71,42)	0,990 (0,610 - 1,605)	0,968
Baixo Apgar 5'	2 (1,5)	1 (50)	0,695 (0,172 - 2,808)	0,610

Fonte: elaborado pelos autores (2019).

*Regressão de Poisson Univariada **Teste de Regressão Multivariada de Poisson, para o qual foi adotado nível de significância $p < 0,05$. AME: Aleitamento Materno Exclusivo. RP: Razão de Prevalência. IC_{95%}: Intervalo de Confiança de 95%. DST: doença sexualmente transmissível. PIG: pequeno para Idade Gestacional. AIG: adequado para Idade Gestacional. GIG: gigante para Idade Gestacional.

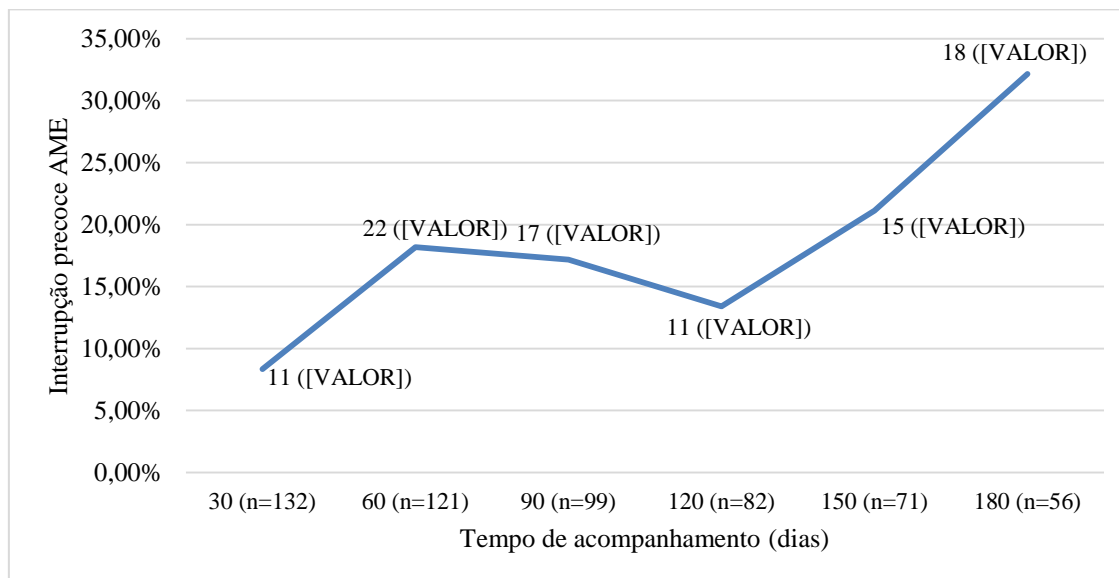
FIGURAS

Figura 1 - Modelo conceitual hierarquizado sobre os fatores associados à ausência de aleitamento materno na alta hospitalar de recém-nascidos prematuros usado na presente pesquisa.



Fonte: Adaptado de Bocollini et al., (2015).

Figura 2. Frequência de interrupção precoce do aleitamento materno exclusivo (AME) a cada mês de acompanhamento.



Fonte: elaborado pelos autores (2019).