

FATORES ASSOCIADOS À DURAÇÃO DO ALEITAMENTO MATERNO EM PREMATUROS NOS DOIS PRIMEIROS MESES DE VIDA

FACTORS ASSOCIATED WITH THE DURATION OF BREASTFEEDING OF PREMATURE INFANTS IN THE FIRST TWO MONTHS OF LIFE

Danielle Marinho Viegas Emílio¹, Ligia Maria Suppo de Souza Rugolo², Gimol Benzaquen Perosa³

Resumo

Introdução: Apesar das vantagens do aleitamento materno, indicadores mostram que a prematuridade, pode prejudicar seu início e duração. **Objetivo:** Determinar frequência e fatores de risco e proteção para aleitamento materno exclusivo, misto e desmame em prematuros, na alta, no primeiro retorno e dois meses de vida. **Método:** Estudo prospectivo longitudinal, em que se entrevistou 47 mães de prematuros internados em Unidade de Tratamento Intensivo de um hospital Universitário. Variáveis explanatórias: dados maternos, gestacionais, de nascimento e neonatais. **Desfechos:** aleitamento materno exclusivo e desmame até 2 meses. **Fatores de risco para amamentação exclusiva e desmame foram investigados por análise multivariada. Resultados:** A mediana de idade materna foi de 27 anos, 70,0% tinham ensino médio, 46,8% tinham renda mensal familiar entre 1-2 salários-mínimos e 61,7% eram multiparas. A idade gestacional variou de 27 a 36 semanas e a mediana do tempo total de internação foi de 20 dias. Aleitamento materno exclusivo na alta ocorreu em 85,0% dos casos, 80,0% no retorno pós-alta, contudo, caiu para 40,5% aos 2 meses, com desmame em 26,0% dos casos. A chance de manter o aleitamento materno exclusivo até 2 meses foi maior nas multiparas e crianças com mais dias de internação. Prematuros com maior escore de gravidade tiveram menos chance de permanecer em aleitamento materno exclusivo. **Conclusão:** Prematuros internados em Unidade de Tratamento Intensivo tiveram alto percentual de aleitamento materno exclusivo na alta, mas houve importante redução desse percentual aos 2 meses, reforçando a necessidade de ações de apoio à amamentação após a alta.

Palavras-chave: Aleitamento materno. Prematuridade. Desmame.

Abstract

Introduction: Despite the recognized advantages of breastfeeding, prematurity condition can harm its beginning and duration after discharge. **Objective:** To determine frequency, risk and protective factors of exclusive breastfeeding, mixed feeding and early weaning in preterm infants at discharge, on the first return and at two months of life. **Method:** Prospective longitudinal study, which 47 mothers of premature infants admitted to an Intensive Care Unit were interviewed. **Explanatory variables:** maternal, gestational, birth and neonatal data. **Outcomes:** exclusive breastfeeding and early weaning within two months. **Risk factors for exclusive breastfeeding and early weaning were investigated through multivariate analysis. Results:** The median maternal age was 27 years, 70.0% had high school level education, 46.8% had a monthly family income between 1-2 minimum wages and 61.7% were multiparous. Gestational age ranged from 27 to 36 weeks, and the median total hospital stay was 20 days. Exclusive breastfeeding at discharge occurred in 85.0% of cases, 80.0% at post-discharge return, that dropped to 40.5% at 2 months, with early weaning in 26.0% of cases. The probability of maintaining breastfeeding for up to 2 months was greater in multiparous and children with longer hospital stays. Infants with a higher severity score were less likely to continue to be exclusively breastfed. **Conclusion:** Premature infants from Intensive Care Unit had a high percentage of exclusive breastfeeding at discharge, however, there was a large reduction of this percentage at two months, reinforcing the need for actions to support breastfeeding after discharge.

Keywords: Breastfeeding. Premature. Weaning.

Introdução

Apesar de inúmeras evidências reportarem vantagens do aleitamento materno (AM) para prematuros de baixo peso, em relação àqueles em aleitamento artificial, os índices no aleitamento materno exclusivo (AME) são baixos, sendo necessárias medidas de incentivo ao AM durante a internação e após a alta, para ajudar a reduzir o desmame^{1,2}.

Nos Estados Unidos, pesquisadores documentaram baixa frequência (27%) e curta duração do AME, em prematuros de muito baixo peso³. Já na Dinamarca, um dos países com mais incentivo de AME, em uma coorte nacional de prematuros de 24 a 36 semanas, constatou-se que 68% estavam em AME e 17,0% em aleitamento misto na alta⁴.

No Brasil, a maioria dos estudos registrou por volta de 50% de prematuros em AME na alta^{2,5,6}, com acentuada diminuição algum tempo após a saída do

hospital^{7,8,9}. Portanto, a prevalência do AME após a alta continua aquém do recomendado pela Organização Mundial de Saúde¹⁰.

A literatura reporta que diversos fatores dificultam o estabelecimento do AM de lactentes nascidos pré-termo e sua manutenção após a alta hospitalar. Há um retardo de seu início, pois somente entre 32 e 34 semanas de idade gestacional os prematuros conseguem padrão de sucção e deglutição adequado e coordenado⁹. Além disso, separação precoce mãe/filho, decorrente do encaminhamento para Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN), preocupação materna com a sobrevivência e evolução da criança, bem como sentimento de incompetência em desempenhar seu papel prejudicam tanto seu início quanto sua manutenção^{2,5}. A esses fatores de risco somam-se a necessidade de manter a produção através da extração láctea, ter que conviver e se adaptar às condutas e rotinas da UTIN

¹Psicóloga, Mestra em Saúde Coletiva, Técnica em Banco de Leite Humano, Fundação Para o Desenvolvimento Médico e Hospitalar, Botucatu, SP, Brasil.

²Médica, Doutora em Pediatria e Ciências Aplicadas à Pediatria, Professora Adjunta Departamento Pediatria, Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho Campus de Botucatu Faculdade de Medicina, Botucatu, SP, Brasil.

³Psicóloga, Doutora em Psicologia Social, Professora associada, Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho Campus de Botucatu Faculdade de Medicina, Botucatu, SP, Brasil.

Contato: Danielle Marinho Viegas Emílio. E-mail: dannibtu13@gmail.com

prejudicam tanto seu início quanto sua manutenção^{2,5}. A esses fatores de risco somam-se a necessidade de manter a produção através da extração láctea, ter que conviver e se adaptar às condutas e rotinas da UTIN, distância entre seu domicílio e hospital, afastamento de seus familiares e prejuízo na condição financeira que geram ansiedade, frustração e medo, contribuindo para o insucesso do AM¹¹.

Para o desmame precoce contribuem a falta de orientação e insegurança materna, uso de chupeta e mamadeira, promoção comercial de fórmulas lácteas, trabalho materno fora do lar, falta de informação e de incentivo ao AM, bem como eventuais práticas inadequadas dos profissionais de saúde¹¹. Especificamente com prematuros, em estudos mais escassos, com períodos de acompanhamento bastante variáveis constatou-se que também contribuem baixa condição sócio-econômica e escolaridade, tabagismo, gemelaridade, fragilidade do recém-nascido e tempo de internação^{1,7,12,13}.

As baixas taxas de AM em recém-nascidos pré-termo, a escassez de estudos longitudinais abordando fatores que interferem em sua manutenção, especialmente após a alta hospitalar^{2,12}, motivaram este estudo, cujo objetivo foi de determinar a frequência e fatores de risco e proteção para AME, AM e desmame em prematuros, na alta, no primeiro retorno e dois meses de vida, tendo em vista a promoção de estratégias de manutenção do AM.

Método

Estudo prospectivo longitudinal, realizado com mães de recém-nascidos prematuros em UTIN de um hospital universitário de nível terciário do centro-oeste paulista. O recrutamento da amostra ocorreu, entre agosto 2016 e fevereiro de 2017.

Foram critérios de inclusão: gestação única, sem uso de drogas ilícitas na gestação; recém-nascido prematuro sem malformação congênita e internado em UTIN por mais de 24 horas, por serem situações em que, apesar da gravidade do prematuro, não há contraindicação ou dificuldades adicionais inerentes à prática do AM.

Durante a internação, na primeira semana de amamentação, as puérperas foram entrevistadas para obtenção de dados sociodemográficos, gestacionais e relacionados à amamentação e testado em estudo piloto com mães de prematuros internados. Os dados dos recém-nascidos foram obtidos dos prontuários.

As variáveis investigadas foram: Maternas (idade, escolaridade, município de residência, trabalho remunerado, situação conjugal, renda familiar; paridade, número de pessoas na residência, permanência na casa de apoio, experiência anterior com amamentação). Gestacionais (gravidez planejada, pré-natal, consumo de bebida alcoólica na gestação, tabagismo e tipo de parto). Neonatais (idade gestacional, peso ao nascimento, Apgar, morbidades neonatais (síndrome do desconforto respiratório, sepsis precoce e tardia, enterocolite necrosante, hemorragia periintra-ventricular, leucomalácia); procedimentos específicos (nutrição parenteral, ventilação mecânica, cirurgia); dias de vida na primeira mamada ao seio; dias de internação na UTIN e tempo de internação.

Quando a mãe retornou para a primeira consulta no ambulatório, entre 2 e 20 dias após a alta hospitalar, as mães eram questionadas sobre a amamentação: AME, aleitamento misto ou apenas fórmula

(desmame). Nos prontuários dos recém-nascidos, obtiveram-se informações sobre amamentação ou desmame até o final do segundo mês de vida. Se não constava a informação, se fazia contato telefônico com a mãe para saber da amamentação.

Foi realizada a análise descritiva da amostra, de acordo com a natureza dos dados. Para analisar a alimentação, nos três momentos, as respostas foram categorizadas em 3 desfechos: AME, aleitamento misto e desmame. Para análise das morbidades dos recém-nascidos foi criado um escore em que se pontuou, com um ponto, cada morbidade e procedimento específico a que foi submetido o recém-nascido. Para identificar fatores de risco e proteção para o AME, foi construído um modelo de regressão simples, bivariado e a seguir, um modelo de regressão multivariada, com as variáveis que mostraram associação em nível de $p < 0,20$. O nível de significância foi de 0,05%.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética da Universidade Estadual Paulista – Faculdade de Medicina de Botucatu, número do parecer 1.852 e as participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Resultados

No período de estudo nasceram 188 prematuros, dos quais 15 foram a óbito, 9 tinham malformações, 73 não foram internados ou permaneceram poucas horas na UTIN, 4 mães eram usuárias de drogas ilícitas, e 40 não foram incluídas pela impossibilidade de contatar a mãe durante a internação a fim de obter as informações necessárias ao estudo. Assim, constituiu-se amostra com 47 mães de prematuros.

A idade materna variou de 15 a 40 anos, 76,6% tinham união estável e a maioria havia cursado ensino médio, completo ou incompleto. Do total, 55,3% das mães não exerciam trabalho remunerado, a mediana de pessoas que vivia na mesma casa foi de 3 pessoas e 46,8% das famílias tinham renda mensal entre 1 e 2 salários-mínimos. A maioria das mães era multipara, realizou o pré-natal, e tinha experiência com amamentação e tiveram parto cesáreo (Tabela 1).

A mediana da idade gestacional foi 32 semanas, variando de 27 a 36 semanas. O peso ao nascimento variou entre 980 e 3335g, e 76,6% foram considerados adequados para idade gestacional (AIG). Os valores do Apgar, com mediana de 6 no 1º minuto e 8 no 5º minuto, sendo zero a mediana do escore do SNAPPE II. O tempo de internação na UTI foi variável, com mediana de 7 dias e a mediana do total de dias de internação foi de 20 dias (Tabela 2).

Com relação à amamentação na alta 85,1% dos bebês estavam em AME. No retorno imediato, 80,0% ainda se mantinham em AME. Até 2 meses pós o nascimento, 31,7% das 41 crianças continuavam em AME, 41,5% estavam em aleitamento misto e o desmame havia ocorrido em 26,8% dos casos (Figura 1).

Na análise bivariada, idade, escolaridade materna, multiparidade, peso ao nascer; SNAPPE II, dias na UTIN e dias de internação mostraram significância de $p < 0,20$. Na regressão logística multivariada, ser multipara, tempo de internação do recém-nascido e o SNAPPE II apareceram como fatores de proteção, associados à manutenção do AME, até 2 meses após o nascimento (Tabela 3).

Em relação ao desmame, nenhuma das variáveis maternas e dos recém-nascidos selecionadas na análise bi-variada mostraram associação significativa

com desmame na regressão logística multivariada, incluindo: idade materna, ter companheiro, trabalho remunerado, ingestão de bebida alcoólica na gestação, gravidez planejada e SNAPPE II do recém-nascido.

Tabela 1 – Características sociodemográficas e clínicas das mães de crianças nascidas prematuras internadas em Unidade de Tratamento Intensivo Neonatal. Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina. Botucatu, SP. 2018.

Variável	n (%) / Mediana (mínimo-máximo)
Idade materna (anos)	27 (15 - 40)
Nível de Escolaridade materna	
Fundamental	11 (23,4)
Médio	33 (70,2)
Superior	03 (6,4)
Residência no município de nascimento do RN	21 (44,7)
Trabalho remunerado	21 (44,7)
Com companheiro	36 (76,6)
Renda familiar *	
< 1 Salário mínimo	06 (12,8)
1 a 2 Salário mínimo	22 (46,8)
> 3 Salário mínimo	19 (40,4)
Múltipara	29 (61,7)
Número pessoas na residência	03 (1 - 9)
Experiência anterior com amamentação	31 (66,0)
Gravidez planejada	23 (48,9)
Fez pré-natal	46 (97,9)
Consumo de bebida alcoólica na gestação	06 (12,8)
Tabagismo na gestação	05 (10,6)
Parto cesáreo	26 (55,0)
Casa apoio	15 (31,9)

*Salário-mínimo com base no ano de 2016

Tabela 2 – Características sociodemográficas e clínicas das crianças nascidas prematuras. Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina. Botucatu, SP. 2018.

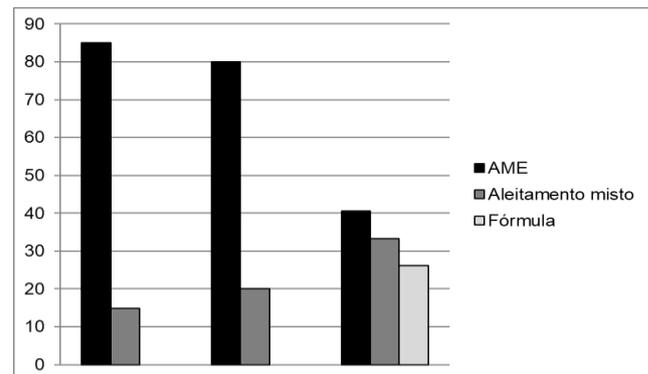
Variável	n	%
Idade gestacional - mediana (mín.-máx.)	32	27-36
Peso de nascimento (g). - mediana (mín.-máx.)	1845	980-3335
SNAPPE II - mediana (mín.-máx.)	-	0-46
APGAR1° - mediana (mín.-máx.)	06	1-9
APGAR5° - mediana (mín.-máx.)	08	3-10
Escore de morbidade - mediana (mín.-máx.)	01	0-5
Dias de vida na primeira mamada ao seio - mediana (mín.-máx.)	07	1-30
Dias internação RN na UTI neonatal - mediana (mín.-máx.)	07	1-39
Tempo de internação - mediana (mín.-máx.)	20	7-59
Peso nascimento/Idade gestacional		
Adequado	36	76,6

Pequeno	09	19,1
Grande	02	4,3

Tabela 3 – Regressão logística multivariada para identificar fatores de risco e proteção para AME em prematuros até 2 meses após o nascimento, dentre variáveis maternas e da criança. Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina. Botucatu, SP. 2018.

Variável	OR	IC95%	p
Múltipara	20,81	1,13 - 38,18	0,041
SNAPPE II	0,70	0,50 - 0,98	0,037
Dias de internação	1,37	1,00 - 1,89	0,050

Figura 1 – Índices de aleitamento materno exclusivo, aleitamento misto e uso de fórmula infantil em prematuros no momento da alta hospitalar, no retorno imediato e até 2 meses de vida. Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina. Botucatu, SP. 2018.



Discussão

Os resultados mostram elevado percentual de AME na alta de prematuros egressos de UTIN e diminuição acentuada até os 2 meses de vida. A paridade, tempo de internação e SNAPPE II foram os fatores associados ao AME até 2 meses.

Neste estudo houve pequena participação de mães adolescentes, excluíram-se gemelares e apenas uma criança era pré-termo extremo. A maioria dos prematuros tinha boas condições de vitalidade ao nascer, peso adequado para idade gestacional, morbidade neonatal baixa, evolução neonatal satisfatória e curta permanência em UTIN, mostrando alto índice de AME. De acordo com estudo de Luz et al.,⁷ esses aspectos possibilitaram que a maioria seja colocada pela primeira vez em seio materno nos primeiros dias de vida, prática associada à amamentação bem-sucedida. Além disso, a maioria das mães era múltipara, não fumante, tinha companheiro e experiência anterior com amamentação, considerados fatores de proteção para AME^{2,14}.

Há evidências na literatura que participar do Método Canguru e fazer parte dos Hospitais Amigo da Criança tem um efeito positivo na manutenção do AME em prematuros^{2,15}. Apesar do hospital em que se realizou este estudo não participar dessas estratégias, as mães receberam orientação e auxílio na amamentação pela equipe multiprofissional da UTIN; disponibilidade de uma Casa de Apoio possibilitando a permanência junto à criança, sem limite de tempo; sala para coleta de leite e Banco de Leite Humano, propiciando a oferta de leite cru ou pasteurizado enquanto a amamentação no seio não era possível.

Estudo realizado em 83 UTINs italianas comprovou que as taxas de AME em prematuros na alta eram significativamente mais altas nos hospitais com Banco de Leite Humano, pois eles apoiam e promovem o AM, além de fornecer leite materno para os prematuros, diminuindo o uso da fórmula láctea¹⁶. A possibilidade de a mãe oferecer à criança seu próprio leite pode aliviar possíveis sentimento de culpa e ser entendida como uma forma de proteção ao seu filho¹⁷.

Os resultados favoráveis observados no momento da alta não se mantiveram na primeira consulta. Houve uma redução muito acentuada do AME até o segundo mês de vida, quando 1/3 dos prematuros recebiam aleitamento misto e muitos já haviam sido desmamados. A literatura mostra que AME em prematuros é uma prática pouco frequente e de curta duração^{6,7,9}. Mesmo em seguimento de crianças provenientes de Hospital Amigo da Criança constatou-se que abandono do AME e desmame se iniciaram 60 dias após alta e passados 180 dias, aproximadamente 30,0% das crianças permaneciam em AME¹⁸.

A situação dos prematuros não parece diferir muito da verificada em lactentes nascidos a termo. Segundo o Ministério da Saúde, as taxas de AME começam a diminuir logo após a alta hospitalar, o primeiro mês é um período crítico de transição do hospital para o domicílio, com várias dificuldades no manejo do AM, possivelmente, devido às dificuldades de adaptação da diáde às rotinas da família e da casa¹⁹. Para sanar essas dificuldades, políticas e programas para promoção do AM procuraram incluir ações assistenciais a serem prestadas pelas equipes interdisciplinares da Atenção Básica. Há evidências de que a habilidade de ouvir e acolher dos profissionais e a capacidade de estabelecer confiança e dar apoio às mães aumentam a prática do AME e retardam a introdução da mamadeira e da chupeta, inclusive para lactentes de baixo peso²⁰.

Apesar da curta duração do AME neste estudo, merece destaque que até dois meses após o nascimento, a maioria continuava sendo amamentada no seio materno, de forma exclusiva ou de forma mista. Esse percentual é superior a estudo de coorte prospectivo, com mães de filhos prematuros internados em UTIN²¹, mas inferior a outro que acompanhou, no contexto domiciliar, famílias de crianças nascidas prematuras de muito baixo peso e documentou 90,5% de AM 15 dias após alta hospitalar e 81% aos 45 dias de vida⁶.

Outros países, com políticas mais agressivas de amamentação para prematuros, como a Suécia¹³ e o Canadá²², apresentam resultados mais satisfatórios, sendo a condição socioeconômica materna destacada como fator associado à duração do AM¹³ e sinalizando que um bom manejo das dificuldades pode melhorar os índices de AM.

A paridade, o tempo de internação e o SNAPPE II foram os fatores de proteção, associados à manutenção do AME, até 2 meses após o nascimento. A influência da paridade na manutenção do AME tem resultados contraditórios, com estudos em que primíparas foram mais propensas a amamentar que múltíparas¹⁴ e outros mostrando que maior paridade se associou com melhores índices de aleitamento misto e AME, sugerindo que a experiência anterior favoreceria a autoeficácia em amamentar^{9,23,24}. Entretanto é preciso lembrar que experiências anteriores com amamentação podem ser tanto positivas quanto negativas. As mães com

experiência prévia bem-sucedida, possivelmente, desejam repetir essa vivência com seu novo bebê, enquanto que mães que passaram por uma experiência insatisfatória, podem apresentar maiores dificuldades em amamentar, devido a sentimentos como insegurança e medo do fracasso^{23,24}.

Neste estudo o maior tempo de internação foi associado com maior tempo de AME. Esse resultado difere do obtido em pesquisa em que tempo de internação apareceu como fator de risco para desmame¹, mas corrobora com outro estudo que mostrou associação positiva entre duração da internação do prematuro com a duração do AME⁹. Uma possível explicação seria que quanto maior tempo de internação, maior oportunidade de a mãe receber orientações e apoio à amamentação pela equipe de saúde e adquirir autoconfiança em amamentar seu filho prematuro.

Neste estudo, maior pontuação do SNAPPE II associou-se com menor chance de AME até os 2 meses. Estudo mostrou correlação negativa entre idade gestacional (geralmente associada com maior gravidade do prematuro) e desmame²⁵. Por outro lado, há evidências que crianças mais graves ao nascer tiveram maior risco de interrupção do AME após a alta⁷, possivelmente porque quanto mais grave o estado do recém-nascido, maior estresse, insegurança materna e demora na introdução do AM, fatores que tem efeito negativo e aumentam risco de desmame^{4,9}.

Destacam-se algumas limitações deste estudo, o pequeno número amostral, especialmente de prematuros extremos. O curto período de seguimento, também pode ter limitado a análise do processo de amamentação ao período em que a diáde ainda não estava adaptada ao domicílio.

Os dados parecem sinalizar para a importância do apoio à amamentação de prematuros após a alta, especialmente para aqueles com quadros mais graves, pois eles tiveram maior percentual de aleitamento materno exclusivo na alta. No entanto, verificou-se importante redução desse percentual aos 2 meses após o nascimento. Encontros mais frequentes com os profissionais de saúde permitiriam que estes oferecessem apoio e orientações técnicas ajustadas às necessidades individuais maternas, além de possibilitar o encorajamento para continuar o processo de amamentação que praticavam no hospital.

Referências

1. Gomes ALM, Balamint T, Lopez SB, Pontes KAES, Scocchi CGS, Christoffel MM. Breastfeeding of premature infants at a child-friendly hospital: from hospital discharge to home. *Rev Rene*, 2017; 18(6): 810-7.
2. Méio MDBB, Villela LD, Gomes Júnior SCS, Tovar CM, Moreira MEL. Amamentação em lactentes nascidos pré-termo após alta hospitalar: acompanhamento durante o primeiro ano de vida. *Ciênc. SaúdeColet.*; 23(7): 2403-2412.
3. Smith MM, Durkin M, Hinton VJ, Bellinger D, Kuhn L. Initiation of breastfeeding among mothers of very low birth weight infants. *Pediatrics*, 2003;111(6): 1337-1342.
4. Maastrup R, Hansen BM, Kronborg H, Bojesen SN, Hallum K, Frandsen A, et al. Breastfeeding Progression in Preterm Infants Is Influenced by Factors in Infants, Mothers and Clinical Practice: The Results of a

- National Cohort Study with High Breastfeeding Initiation Rates. PLoS ONE*, 2014; 9(9): 1-14.
5. Santoro Júnior W, Martinez FE. Impacto de uma intervenção pró-aleitamento nas taxas de amamentação de recém-nascidos de muito baixo peso. *JPediatr*, 2007; 83(6): 541-546.
 6. Sassá AH, Gaíva MAM, HIH, Marcon SS. Ações de enfermagem na assistência domiciliar ao recém-nascido de muito baixo peso. *Acta PaulEnferm.*, 2014; 27(5): 492-498.
 7. Luz LS, Minamisava R, Scochi CSS, Salge AKM, Ribeiro L, Castral TC. Predictive factors of the interruption of exclusive breastfeeding in premature infants: a prospective cohort. *RevBrasEnferm*, 2018; 71(6): 2876-2882.
 8. Azevedo M, Mendes ENW. Manutenção da lactação: um desafio para mães de prematuros hospitalizados. *Rev Gaúcha Enferm*, 2008; 29(1): 68-75.
 9. Freitas BAC, Lima LM, Carlos CFLV, Priore SE, Franceschini SCC. Duração do aleitamento materno em prematuros acompanhados em serviço de referência secundário. *Rev. Paul. Pediatr.*; 34(2): 189-196.
 10. World Health Organization. *Born too soon: the global action report on preterm birth*. WHO: Geneva; 2012.
 11. Silva WF, Guedes ZCF. Tempo de aleitamento materno exclusivo em recém-nascidos prematuros e a termo. *Rev. CEFAC.*, 2013; 15(1):160-171.
 12. Rodrigues AP, Martins EL, Trojahn TC, Padoin SMM, Paula CC, Tronco CS. Manutenção do aleitamento materno de recém-nascidos pré-termo: revisão integrativa da literatura. *Rev.Eletr.Enferm.*, 2013; 5(1): 253-64.
 13. Flacking R, Wallin L, Ewald U. Perinatal and socioeconomic determinants of breastfeeding duration in very preterm infants. *ActaPediatri.*, 2007; 96(8): 1126-1130.
 14. Brasil. Ministério da Saúde. *II Pesquisa de prevalência de aleitamento materno nas capitais brasileiras e no Distrito Federal*. Brasília, 2009.
 15. Boundy EO, Dastjerdi R, Spiegelman D, Fawzi W, Mismer S, Lieberman E, et al. Kangaroo Mother Care and Neonatal Outcomes: A Meta-Analysis. *Pediatrics*, 2016; 137(1): 1-16.
 16. Arslanoglu, S., Moro, G. E., Bellù, R., Turoli, D., De Nisi, G., Tonetto, P., Bertino, E. Presence of human milk bank is associated with elevated rate of exclusive breastfeeding in VLBW infants, *J Perinat Med.*, 2013; 41(2): 129-131.
 17. Baseggio DB, Dias MPS, Brusque SR, Donelli TMS, Mendes P. Vivências de mães e bebês prematuros durante a internação neonatal. *Temas Psicol.*, 2017; 25(1): 153-167.
 18. Rocci E, Fernandes RAQ. Dificuldades no aleitamento materno e influência no desmame precoce. *RevBrasEnferm*, 2014; 67(1): 22-27.
 19. Primo CC, Oliveira NB, Lima EFAL, Costa Leite FM, Pontes MB, Brandão GMA. Quais os fatores que influenciam as mulheres na decisão de amamentar? *Investir.Educ.Enferm.*, 2016; 34(1): 198-217.
 20. Sanches MTC, Buccini GS, Gimeno SGA, Rosa TEC, Bonamigo AW. Fatores associados à interrupção do aleitamento materno exclusivo de lactentes nascidos com baixo peso assistidos na atenção básica. *Cad. Saúde Pública*, 2011; 27(5): 953-65.
 21. Azevedo M, Cunha MLC. Fatores associados ao aleitamento materno exclusivo em prematuros no primeiro mês após a alta hospitalar. *Rev HCPA*, 2013; 33(1): 40-49.
 22. Wheeler BJ, Dennis CL. Psychometric testing of the modified breastfeeding self-efficacy scale (short form) among mothers of ill or preterm infants. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs.*, 2013; 42(1): 70-80.
 23. Ferreira HLOC, Oliveira MF, Bernardo EBR, Almeida PC, Aquino PS, Pinheiro AKB. Fatores Associados à Adesão ao Aleitamento Materno Exclusivo. *Ciênc. Saúde Colet.*, 2018; 23(3): 683-690.
 24. Santos JFA, Gomes JF, Furlaneto Júnior JM, Furlaneto IP. Caracterização da prática do aleitamento materno em uma Unidade Saúde da Família da região metropolitana de Belém, Pará: um estudo piloto. *Pará Research Medical Journal*, 2019; 3(1): 1-4.
 25. Silva SMS, Segre CAM. Fatores que influenciam o desmame no recém-nascido prematuro. *Rev. Bras. Crescimento Desenvol. Hum.*; 2010; 20(2): 291-301.