



Aleitamento materno de prematuros em hospital amigo da criança: da alta hospitalar ao domicílio

Breastfeeding of premature infants at a child-friendly hospital: from hospital discharge to home

Ana Leticia Monteiro Gomes¹, Talita Balamint², Silvia Braña Lopez³, Karla de Araújo do Espírito Santo Pontes³, Carmen Gracinda Silvan Scochi², Marialda Moreira Christoffel¹

Objetivo: verificar a prevalência do aleitamento materno de recém-nascidos prematuros em unidades neonatais. **Métodos:** estudo exploratório, transversal, realizado em um Hospital Amigo da Criança com 21 prematuros e suas mães. Foi realizada uma entrevista e levantamento de prontuário utilizando-se um formulário para coleta de dados e estes foram analisados com uso de estatística descritiva. **Resultados:** o início da alimentação láctea foi em média com 61,7 horas e o início da amamentação foi em média com 17,2 dias de vida. Na alta hospitalar, 47,6% dos prematuros estavam em aleitamento materno; 47,6% em aleitamento materno exclusivo e 4,8% em aleitamento artificial. No domicílio, após sete a quinze dias da alta hospitalar não houve alterações nos padrões de alimentação. **Conclusão:** é necessário o fortalecimento de ações para promoção, proteção e apoio que incentivam a prática da amamentação.

Descritores: Aleitamento Materno; Recém-Nascido Prematuro; Prevalência; Enfermagem Neonatal.

Objective: to verify the prevalence of breastfeeding of preterm infants in neonatal units. **Methods:** an exploratory, cross-sectional study was performed at a Child-Friendly Hospital with 21 premature infants and their mothers. Interviews and a survey of medical records were performed using a form to collect data, which were analyzed through descriptive statistics. **Results:** the onset of milk feeding and breastfeeding was, respectively, 61.7 hours and 17.2 days on average. At hospital discharge, 47.6% of the preterm infants were breastfed; 47.6% were on exclusive breastfeeding; and 4.8% were on artificial milk feeding. At home, there were no changes in feeding patterns at seven to fifteen days after hospital discharge. **Conclusion:** it is necessary to strengthen actions for promotion, protection and support that encourage the practice of breastfeeding.

Descriptors: Breast Feeding; Infant, Premature; Prevalence; Neonatal Nursing.

¹Universidade Federal do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

²Universidade de São Paulo. São Paulo, SP, Brasil.

³Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira. Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

Autor correspondente: Ana Leticia Monteiro Gomes
Rua Afonso Cavalcanti 275. CEP: 20211-110. Rio de Janeiro, RJ, Brasil. E-mail: analeticiagomes88@gmail.com

Introdução

A prematuridade é a principal causa de mortalidade neonatal e a segunda causa de morte, depois da pneumonia, em crianças com idade inferior a cinco anos⁽¹⁾. Os dez países com os maiores números de partos prematuros incluem Brasil, Estados Unidos da América, Índia e Nigéria, demonstrando que a prematuridade é verdadeiramente um problema global. No contexto brasileiro, o aumento da sua incidência e do baixo peso ao nascer tem sido registrado em capitais e cidades de maior porte, dessa forma, o país apresentou uma taxa nascimentos prematuros de 9,2%⁽²⁾.

A prematuridade é um agravante para a saúde dos recém-nascidos que ficam internados em unidades neonatais por tempo prolongado a julgar que eles se enquadram num grupo de risco para o início e manutenção do aleitamento materno. A prevalência do aleitamento materno exclusivo em crianças nascidas a termo e pré-termo ainda se mostra aquém do preconizado pela Organização Mundial de Saúde que recomenda que todas as crianças recebam somente leite materno até os seis meses de idade e mantenham a amamentação de forma complementar até, no mínimo, dois anos de vida⁽³⁾.

Inúmeras vantagens do aleitamento materno no contexto das unidades neonatais são evidenciadas por estudos que mostram que prematuros de baixo peso, amamentados no seio materno, apresentam menor tempo de internação hospitalar, melhor prognóstico para o desenvolvimento neurológico, diminuição da perda de peso, diminuição do índice de doenças crônicas e agudas e aumento de sobrevida, em relação àqueles amamentados com leite industrializado⁽⁴⁻⁵⁾.

Por outro lado, existe uma grande complexidade no processo de estabelecimento e manutenção do aleitamento materno em prematuros, devido aos seus reflexos de sucção deficientes, imaturidade ao nascer, além de permanecerem por longo tempo internados em unidades de cuidados neonatais, dificultando o

contato pele a pele com as mães, pais e família. Essa separação também dificulta a formação do vínculo mãe-bebê, fator essencial ao sucesso do aleitamento materno. A disposição física, as rotinas das maternidades e os conhecimentos insuficientes dos profissionais de saúde sobre aleitamento materno também têm sido apontados como fatores que influenciam negativamente o êxito do início do estabelecimento do aleitamento materno, propiciando o desmame ainda dentro dos hospitais⁽³⁾.

Neste contexto, o presente estudo tem como objetivo: verificar a prevalência do aleitamento materno de recém-nascidos prematuros em unidades neonatais.

Métodos

Estudo exploratório, transversal, realizado em uma unidade neonatal nos seguintes setores: uma unidade de cuidado intermediário neonatal convencional, uma unidade de cuidado intermediário neonatal canguru e uma unidade de terapia intensiva neonatal e no ambulatório de *follow up* de uma instituição com o título de Hospital Amigo da Criança no município do Rio de Janeiro.

A população foi constituída por todas as mães e seus recém-nascidos prematuros que tiveram alta hospitalar da unidade neonatal no período de junho a outubro de 2015 e que foram atendidos no ambulatório de *follow up* nos primeiros 15 dias após a alta hospitalar. A amostra por conveniência contou com um total de 21 prematuros (quatro gêmeos) e suas mães (17) que obedeceram aos critérios de inclusão e exclusão, descritos a seguir, e aceitaram participar do estudo.

Os critérios de inclusão dos prematuros foram os que tiveram admissão em unidades neonatais nas primeiras 48 horas de vida e que retornaram para o ambulatório de *follow up* nos primeiros 15 dias após a alta hospitalar que é o período em que mãe/

família estão em adaptação e necessitam de apoio para a manutenção do aleitamento materno⁽⁶⁾. Os critérios de exclusão foram os prematuros portadores de condições clínicas ou anomalias congênitas que impedissem ou contraindicassem a amamentação (fístula gastroesofágica, fenilcetonúria, galactosemia, encefalopatia crônica não progressiva, malformações orofaciais) e óbito durante a internação.

Os critérios de inclusão das mães dos prematuros foram ter capacidade cognitiva para responder o formulário e não apresentar contraindicação temporária ou definitiva para o aleitamento materno como, ser portadora do vírus da imunodeficiência humana e/ou vírus T-linfotrópico humano 1, ou estar em uso de medicamentos que impeçam a amamentação.

Foi utilizado um formulário para coleta de dados e realizado um teste piloto do mesmo, no período de oito de maio a nove de junho de 2015 com cinco mães, sendo duas com filhos gemelares, perfazendo um total de sete prematuros. A partir dos resultados do teste piloto, o formulário que continha sete blocos (dados sociodemográficos das mães, dados gestacionais e parto, dados do nascimento, dados do aleitamento materno durante a internação, dados da amamentação durante a internação, dados do aleitamento materno na alta hospitalar e dados do aleitamento materno no domicílio) foi modificado quanto ao seu conteúdo, sendo acrescentado mais um bloco sobre as condições de internação do prematuro totalizando oito blocos. As mães participantes do teste piloto não foram incluídas na população final do estudo.

A coleta de dados ocorreu no período de junho a outubro de 2015, através de preenchimento de formulário por meio de levantamento do prontuário do prematuro e entrevista com as mães, após o consentimento da chefia médica e de enfermagem da instituição que autorizaram a pesquisadora a ter acesso a agenda de atendimentos de primeira vez do ambulatório. Dessa forma, a pesquisadora ou auxiliar de pesquisa compareciam ao ambulatório nos dias marcados e em uma sala reservada na própria sala de

espera. A entrevista era realizada de forma individual com o preenchimento das respostas das participantes do estudo em um formulário estruturado. A duração média de cada entrevista foi de 15 minutos.

Os dados foram digitados em uma planilha do programa Microsoft Excel®, versão 2010 e submetidos a análise de consistência mediante a dupla digitação. Após a comparação das duas planilhas digitadas e correção das inconsistências, os dados foram exportados para o Programa estatístico R® versão 3.1.1. Posteriormente, foram analisados em função das variáveis envolvidas, por meio da estatística descritiva, em porcentagem simples, média e desvio padrão.

O estudo respeitou as exigências formais contidas nas normas nacionais e internacionais regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos.

Resultados

Quanto às características sociodemográficas das mães a média de idade foi 28,2 ($\pm 8,3$) anos sendo a mínima de 14 e a máxima de 42 anos. Sobre o nível de escolaridade, 1 (5,9%) das mães possuem o ensino fundamental incompleto, 2 (11,8%) o ensino fundamental completo, 4 (23,5%) o ensino médio incompleto, 7 (41,1%) o ensino médio completo, 1 (5,9%) o ensino superior incompleto e 2 (11,8%) superior completo. Quanto à renda familiar, 5 (29,4%) das mães entrevistadas ignoravam a informação, 1 (5,9%) referem ganhar menos que um salário mínimo nacional (R\$ 788,00 reais), 6 (35,3%) ganham de um a dois salários mínimos e 5 (29,4%) possuem renda de três a cinco salários mínimos mensais. Sobre os dados gestacionais, 17 (100,0%) das mães realizaram o pré-natal e 9 (52,9%) delas com seis ou mais consultas e 15 (88,2%) das mães receberam informações de aleitamento materno durante as consultas. As condições de nascimento e internação dos prematuros estão abordadas na Tabela 1 e os dados sobre alimentação do prematuro estão descritos na Tabela 2.

Tabela 1 - Condições do prematuro: nascimento e internação

Variáveis	n (%)	Desvio-padrão
Tipo de parto		
Vaginal	6 (29,9)	0,1
Cesáreo	15 (71,1)	0,1
Idade gestacional*		±2,1
Prematuro tardio (32 até 36 semanas)	13 (61,9)	0,1
Prematuro extremo (22 a 31 semanas e 6 dias)	8 (38,1)	0,1
Peso ao nascer (g)**	-	± 543,3
Classificação quanto ao peso ao nascer		
Adequado	1 (4,8)	0,05
Baixo peso	16 (76,1)	0,1
Muito baixo peso	1 (4,8)	0,05
Extremo baixo peso	3 (14,3)	0,1
Intercorrências clínicas ao nascer		
Desconforto respiratório	14 (66,6)	0,1
Desconforto respiratório, hipotonia	1 (4,8)	0,05
Hipotonia, bradicardia	1 (4,8)	0,05
Nenhuma	5 (23,9)	0,1
Necessidade de reanimação neonatal	10 (47,6)	0,1
Realizaram contato pele-a-pele logo após nascimento	3 (14,3)	
Necessidade de suporte ventilatório na internação	19 (90,4)	0,1
Tipo de suporte ventilatório utilizado		
Oxigenioterapia	12 (57,1)	0,1
Ventilação não invasiva	21 (100,0)	
Ventilação mecânica invasiva	7 (36,8)	0,1
Tempo de internação (dias)		
Unidade neonatal (Média: 35,5)	-	-
Unidade de terapia intensiva neonatal (Média: 22,5)	-	-

*Média: 32,2 Mínimo: 25 semanas e dois dias, Máximo: 34 semanas e 5 dias;

**Média: 1784,3 Mínimo: 830 Máximo:2840

Em relação ao tipo de alimentação oferecida, comparando-se o momento da alta hospitalar com a consulta no ambulatório de follow-up, os prematuros mantiveram o mesmo padrão alimentar, sendo evidenciado que 1(4,8%) dos prematuros não estavam em aleitamento materno; 10(47,6%) estavam em aleitamento materno misto e 10(47,6%) em aleitamento materno exclusivo.

Tabela 2 - Alimentação do prematuro: introdução láctea, amamentação e alta hospitalar

Variáveis	n (%)	Desvio-padrão
Amamentação na 1ª hora de vida	-	
Início de alimentação láctea (horas)		
< 24	7 (33,3)	0,1
24-72	11 (52,4)	0,1
> 72	3 (14,3)	0,1
Tempo para início da alimentação láctea (horas)*		
Tipo de leite na primeira ingestão láctea		
Materno	2 (9,5)	0,1
Banco de leite humano	18 (85,7)	0,1
Fórmula infantil	1 (4,8)	0,05
Técnica de administração na primeira ingestão láctea		
Seio materno	-	
Gavagem/gastróclise	19 (90,4)	0,1
Copo	2 (9,5)	0,1
Amamentação durante a internação		
Sim	20 (95,2)	0,05
Não	1 (4,8)	0,05
Técnica utilizada para iniciar a amamentação		
Seio materno + sonda gástrica	14 (70,0)	0,1
Peso > 1500g no 1º dia da amamentação	18 (90,0)	0,1
Idade cronológica ao início da amamentação (dias)**		
Idade gestacional corrigida no início da amamentação (semanas)***		
Início da amamentação (dias)		
7º ao 15º	11 (55,0)	0,1
16º ao 30º	8 (40,0)	0,1
A partir 31º	1 (5,0)	0,05

*Média: 61,7 Mínimo: 24 Máximo: 96; **Média: 17,2 Mínimo: 7 Máximo:51;

***Média: 34,9 Mínimo: 33 Máximo:37

Discussão

Como limitações desta investigação pode-se mencionar o tamanho da amostra que, ao se apresentar em número reduzido, permite considerar os resultados encontrados apenas para a população em questão, não refletindo a maioria dos nascimentos prematuros.

Os resultados trazem como contribuição o estímulo a prática da amamentação tão logo o recém-nascido tenha condições clínicas para fazê-la na unidade neonatal com o intuito de aumentar a prevalência do aleitamento materno exclusivo.

A média de idade das mães que participaram da amostra foi de 28,2 anos que indicou um grupo de mulheres jovens adultas. Destaca-se que 3 (17,6%) das mães entrevistadas eram adolescentes. Um dos principais fatores dificultadores para a manutenção do aleitamento materno em prematuros relatados na literatura científica é a idade e a escolaridade materna⁽³⁾. Observa-se que as condições maternas como baixa instrução, renda mensal inferior a um salário mínimo, idade menor que 30 anos são referidos como preponderantes para o desmame precoce. No entanto, autores divergem suas opiniões quanto ao grau de escolaridade, enquanto para uns os anos de estudo têm uma relação positiva com a duração da amamentação, outros autores discordam⁽⁷⁻⁸⁾.

Os profissionais de saúde devem estar atentos aos grupos de risco para o desmame precoce, com a finalidade de fortalecer as ações de promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno, mediante intervenções, como por exemplo, o aconselhamento individual ou em grupo que pode ser realizado durante o pré-natal⁽⁹⁾ e reforçado durante todo o período de hospitalização dos prematuros.

A maioria (52,9%) das mães entrevistadas realizou mais de seis consultas de pré-natal, conforme preconizado pelo Ministério da Saúde e 15 (88,2%) receberam informações de aleitamento materno durante as consultas, sendo considerado um fator protetivo para amamentação no contexto da instituição investigada, a qual atende pré-natal de alto risco e apresenta uma equipe multiprofissional treinada. Apesar de muitos dos prematuros (47,6%) não estarem em aleitamento materno exclusivo na alta, talvez a presença desses fatores protetivos seja um dos motivos que explique a elevada taxa de manutenção do aleitamento até a consulta de follow-up, visto que 100,0% das mães que amamentavam na ocasião da alta hospitalar continuaram amamentando após quinze dias da alta hospitalar⁽³⁾.

Nesse estudo a grande maioria (88,2%) dos prematuros nasceu de parto cesáreo, e nenhum foi amamentado na primeira hora de vida. O parto cesa-

riano foi apontado como o fator de risco mais consistente para a não amamentação na primeira hora de vida, além da prematuridade⁽¹⁰⁾. Outro estudo destaca que as ocorrências de problemas de saúde da criança, como por exemplo, o desconforto respiratório são consideradas a principal razão para a não realização da amamentação na primeira hora de vida⁽¹¹⁾. Destaca-se que a necessidade de reanimação, intercorrências clínicas com a mãe ou com o recém-nascido na hora do parto e nascimento podem atrasar o contato pele a pele precoce e a amamentação na primeira hora de vida. Apesar de uma parte dos prematuros não ter sofrido reanimação neonatal e/ou intercorrências no nascimento, apenas 3 (14,3%) deles realizaram o contato pele a pele logo após o nascimento e nenhum foi amamentado na primeira hora de vida, o que poderia auxiliar no início precoce do aleitamento materno.

Já é comprovado que os bebês prematuros ou de baixo peso ao nascer possuem chances significativamente mais baixas de amamentação oportuna do que bebês nascidos a termo⁽¹⁰⁾, especialmente pela imaturidade e fragilidade do bebê prematuro, dificuldades de sucção no peito, tempo prolongado de internação e consequente separação mãe-filho, entre outros⁽³⁾.

Por outro lado, os fatores associados ao estabelecimento precoce da amamentação são o contato pele a pele contínuo, a minimização do uso de chupetas durante a transição para o seio materno e a prática clínica admitir mães/família à unidade de terapia intensiva neonatal juntamente com o bebê, imediatamente após o parto⁽¹¹⁾. O contato pele a pele contínuo, principalmente após o parto foi praticamente nulo 3 (14,3%) nesta população estudada, o que, de certa maneira, ajuda a explicar as baixas taxas de aleitamento materno exclusivo na alta hospitalar e na primeira quinzena no domicílio. Um estudo prospectivo de uma coorte de recém-nascidos prematuros que foram assistidos pelo Método Canguru mostrou uma prevalência do aleitamento materno exclusivo de 56,2% na ocasião da alta hospitalar⁽¹²⁾. Dessa forma, o estudo mencionado corrobora com o fato que o estímulo ao contato

pele a pele é importante para o aumento da prática da amamentação exclusiva.

Os aspectos como baixo peso, prematuridade e presença de intercorrências ao nascimento podem estar ligados ao aleitamento materno misto, mesmo que as mães apresentem disponibilidade física e de tempo para o aleitamento⁽¹¹⁾. Cabe ressaltar que um estudo realizado no Brasil constatou risco de 2,6 vezes maior de interrupção do aleitamento materno entre prematuros de idade gestacional inferior a 32 semanas⁽¹³⁾.

A necessidade do uso de suporte ventilatório também foi apontada como um fator que atrasa o estabelecimento do aleitamento materno exclusivo do recém-nascido prematuro duração a internação na unidade neonatal⁽¹¹⁾.

O tempo de internação também é considerado fator de risco para o desmame precoce. A média do total de dias de internação hospitalar dos bebês (35,5 dias) aqui apresentada caracteriza um longo período de hospitalização. Somente na unidade de terapia intensiva neonatal a média foi 22,5 dias de internação. Outro estudo do tipo coorte retrospectivo que versou sobre a duração do aleitamento materno em prematuros acompanhados em serviço de referência secundário no Brasil mostrou um tempo mediano de internação na unidade de terapia intensiva neonatal de 26,8 dias⁽¹³⁾.

Apesar dos dados apresentados em relação ao tempo de início da amamentação na internação ser longos (média 17,2 dias), cabe ressaltar que a população pesquisada foi de alto risco, podendo levar mais tempo para atingir a estabilidade clínica e iniciar o estabelecimento da amamentação. Um estudo transversal realizou uma avaliação do recém-nascido prematuro durante a sua primeira oferta de seio materno na unidade de terapia intensiva neonatal, concluiu que quanto maior a idade gestacional corrigida os prematuros apresentam melhores condições de pega ao seio materno⁽¹⁴⁾.

O início da amamentação para os prematuros ainda é um tema conflitante, principalmente em relação às competências dos prematuros para a amamen-

tação precoce. A estratégia inovadora da Iniciativa Hospital Amigo da Criança para unidades neonatais recomenda iniciar a amamentação assim que o prematuro atingir a estabilidade clínica, caracterizada como ausência de apneia grave, dessaturação e bradicardia ao contrário do que ainda é realizado na maioria das unidades neonatais, o início da amamentação após 32^a-34^a semanas de idade gestacional corrigida. Os prematuros são capazes de atingir a amamentação exclusiva com 32 semanas, apesar de um padrão de sucção ainda imaturo, desde que sejam alimentados com pequeno volume de leite e de acordo com a estratégia de semi-demanda⁽¹⁵⁾. No entanto, apesar da recomendação supracitada, foi identificado que o início da amamentação dos prematuros ocorreu após a 32^a semana de idade corrigida.

Um estudo realizado com prematuros de idade gestacional entre 32 e 37 semanas constatou que na alta hospitalar, todos os prematuros incluídos no estudo estavam em aleitamento materno, no entanto nenhum estava em aleitamento materno exclusivo. No 14^o dia após a alta da criança, 55,2% dos bebês se encontravam em aleitamento materno, 36,2% estavam em aleitamento materno exclusivo e 8,6% dos bebês já tinham sido desmamados⁽¹⁶⁾.

Dessa forma, os dados encontrados na literatura científica coincidem com os dessa investigação, já que ambos mostram maior prevalência de aleitamento materno não exclusivo nos prematuros, sendo importante ressaltar que o tipo de dieta oferecida na alta hospitalar do prematuro, não variou quando o mesmo foi para o domicílio durante a primeira quinzena após a alta.

No Brasil, um estudo de metanálise constatou que a prevalência média de aleitamento materno exclusivo de crianças aos seis meses de idade foi de apenas 25,0% (IC95%: 18,05 – 31,96) que é considerada baixa em relação a outros países. Cabe ressaltar que o estudo mencionado não apresenta dados específicos acerca dos recém-nascidos prematuros, no entanto destaca que o baixo peso ao nascer contribuiu com 1,17 mais chance (IC95%:1,06 - 1,29) de interrupção

precoce do aleitamento materno exclusivo⁽¹⁷⁾.

Já no âmbito internacional, um estudo realizado na Suécia com 29.445 recém-nascidos prematuros mostrou que as taxas de aleitamento materno exclusivo entre prematuros, no momento da alta na unidade neonatal, tiveram um decréscimo de 59,0% em 2004 para 45,0% em 2013⁽¹⁸⁾. E, em um estudo realizado na Dinamarca com 2.298 recém-nascidos prematuros, 68,0% desses foram amamentados exclusivamente e 17,0% foram amamentados parcialmente na ocasião da alta hospitalar⁽¹⁹⁾.

Verifica-se que o processo da amamentação dos recém-nascidos prematuros até a primeira quinzena após a alta hospitalar revela que apesar da efetivação de diversas estratégias de promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno em recém-nascidos prematuros, a maioria (52,3%) desses ainda não consegue a amamentação de forma exclusiva no momento da alta e no domicílio.

O estudo se aplica a prática clínica à medida que incentiva: o apoio à mulher e sua família, o estímulo ao contato pele a pele, a prática da ordenha mamária para retirada do colostro e a avaliação da prontidão do recém-nascido prematuro para iniciar a amamentação pelos profissionais de saúde. Sugere-se que o fortalecimento dessas ações pode ser realizado por meio de grupos de apoio a família e treinamentos com capacitação profissional da equipe multiprofissional, com destaque para a equipe de enfermagem, por estar em contato direto com o prematuro e sua família, auxiliando-os no processo da amamentação.

Conclusão

Concluiu-se que não houve diferença na prevalência do aleitamento materno de recém-nascidos prematuros na ocasião da alta hospitalar e durante as duas primeiras semanas no domicílio, além disso, evidenciou-se o predomínio do uso de fórmulas infantis em detrimento do aleitamento materno exclusivo.

Colaborações

Gomes ALM e Christoffel MM contribuíram na concepção e projeto, análise e interpretação dos dados, revisão crítica relevante do conteúdo intelectual e aprovação final da versão a ser publicada. Balamint T, Lopez SB, Pontes KAES e Scochi CGS contribuíram na análise e interpretação dos dados, revisão crítica relevante do conteúdo intelectual e aprovação final da versão a ser publicada.

Referências

1. Liu L, Shefali O, Hogan D, Perin J, Rudan I, Lawn JE, et al. Global, regional, and national causes of child mortality in 2000-13, with projections to inform post-2015 priorities: an updated systematic analysis. *Lancet*. 2015; 385(9966):430-40. doi: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(14\)61698-6](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(14)61698-6)
2. World Health Organization. Preterm birth [Internet]. 2015 Geneva: WHO, updated Nov 2016 [cited 2017 Jul 22]. Available from: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs363/en/>
3. Rodrigues AP, Martins EL, Trojahn TC, Padoin SMM, Paula CC, Tronco CS. Maintaining the breastfeeding of preterm newborns: an integrative literature review. *Rev Eletr Enf*. 2013; 15(1):253-6. doi: 10.5216/ree.v15i1.17067
4. Debes AK, Kohli A, Walker N, Edmond K, Mullany LC. Time to initiation of breastfeeding and neonatal mortality and morbidity: a systematic review. *BMC Public Health*. 2013; 13(suppl 3):3-19. doi: 10.1186/1471-2458-13-S3-S19
5. Ministério da Saúde (BR). Secretaria da Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso: Método canguru: manual técnico. Brasília: Ministério da Saúde; 2013.
6. Gubert JK, Viera CS, Oliveira BRG, Delatore S, Sanches MM. Avaliação do aleitamento materno de recém-nascidos prematuros no primeiro mês após a alta. *Ciênc Cuid Saúde* 2012; 11(1):146-55. doi: 10.4025/ciencucidsaude.v11i1.18871

7. Margotti E, Mattiello R. Risk factors for early weaning. *Rev Rene*. 2016; 17(4):537-44. doi: 10.15253/2175-6783.2016000400014
8. Azevedo M, Cunha MLC. Fatores associados ao aleitamento materno exclusivo em prematuros no primeiro mês após a alta hospitalar. *Rev HCPA* [Internet]. 2013 [citado 2017 jul. 25]; 33(1):40-9. Disponível em: <http://seer.ufrgs.br/index.php/hcpa/article/view/37653/25670>
9. Rollins NC, Bhandari N, Hajeebhoy N, Horton S, Lutter CK, Martines JC, et al. Why invest, and what it will take to improve breastfeeding practices? *Lancet*. 2016; 387(10017):491-504. doi: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(15\)01044-2](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(15)01044-2)
10. Esteves TMB, Daumas RP, Oliveira MIC, Andrade CAF, Leite IC. Factors associated to breastfeeding in the first hour of life: systematic review. *Rev Saúde Pública*. 2014; 48(4):697-703. doi:10.1590/S0034-8910.2014048005278
11. Belo MNM, Azevedo PTACC, Belo MPM, Serva VMSBD, Batista FM, Figueiroa JN, et al. Maternal breastfeeding in the first hour of life at a child-friendly hospital: prevalence, associated factors and reasons for its nonoccurrence. *Rev Bras Saúde Mater Infant*. 2014; 14(1):65-72. doi:<http://dx.doi.org/10.1590/S1519-38292014000100006>
12. Menezes MAS, Garcia DC, Melo EV, Cipolotti R. Preterm newborns at Kangaroo Mother Care: a cohort follow-up from birth to six months. *Rev Paul Pediatr*. 2014; 32(2):171-7. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0103-0582201432213113>
13. Freitas BAC, Lima LM, Carlos CFLV, Priore SE, Franceschini SCC. Duration of breastfeeding in preterm infants followed at a secondary referral service. *Rev Paul Pediatr*. 2016; 34(2):189-96. doi: <https://doi.org/10.1016/j.rppede.2016.02.010>
14. Silva PK, Almeida ST. Evaluation of preterm infants during the first offering of the maternal breastfeeding in a neonatal intensive care unit. *Rev CEFAC*. 2015; 17(3):927-35. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1982-021620159614>
15. Nyqvist KH. Lack of knowledge persists about early breastfeeding competence in preterm infants. *J Hum Lact*. 2013; 29(3):296-9. doi: 10.1177/0890334413489774
16. Maastrup R, Hansen BM, Kronborg H, Bojesen SN, Hallum K, Martines JC, 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. doi:10.1371/journal.pone.0108208
17. Pereira-Santos M, Santana MS, Oliveira DS, Filho RAN, Lisboa CS, Almeida LMR, et al. Prevalence and associated factors for early interruption of exclusive breastfeeding: meta-analysis on Brazilian epidemiological studies. *Rev Bras Saúde Mater Infant*. 2017; 17(1):69-78. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1806-93042017000100004>
18. 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:e012900. doi: 10.1136/bmjopen-2016-012900
19. Maastrup R, Hansen B, Kronborg H, Bojesen BN, 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. doi: 10.1371/journal.pone.0089077