UNIVERSIDADE FEDERAL DE CIÊNCIAS DA SAÚDE DE PORTO ALEGRE- UFCSPA

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE

Carla Thamires Rodriguez Castelli

Avaliação da amamentação em recém-nascidos prematuros

Porto Alegre

2017

Carla Thamires Rodriguez Castelli

Avaliação da amamentação em recém-nascidos prematuros

Dissertação submetida ao Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde da Universidade de Ciências da Saúde de Porto Alegre como requisito para a obtenção do grau de Mestre.

Orientadora: Profa. Dra. Daniela Centenaro Levandowski
Co-orientadora: Profa. Dra. Sheila Tamanini de Almeida

Porto Alegre
2017

DEDICATÓRIA

Aos meus pais, Blanca e Carlos.

Ao meu irmão Jonattan e ao meu companheiro Maurício.

AGRADECIMENTOS

Aos meus pais, por incentivarem e permitirem que eu seguisse meus sonhos e realizações.

Ao meu irmão, Jonattan, por ser modelo e parceiro.

Ao meu companheiro, Maurício, por me instigar e compreender minha ausência.

À Prof Daniela, por acolher e guiar de forma tão generosa e impecável.

À Prof Sheila, pelo apoio em diversos momentos na minha jornada acadêmica.

Às minhas amigas novas, que surgiram a partir do mestrado, Luíza Vernier e Gabriela Maia, por serem minha rede de apoio.

Ao grupo de pesquisa NEEDS, em especial à Marina, Sofia, Vanessa e Luiza Gaudio, por me auxiliarem na minha pesquisa e compreenderem minhas preocupações.

Às colaboradoras Tatiana e Claudia, pela organização e participação na pesquisa.

Às parceiras “residentes”, Karen e Paula, por me auxiliarem na pesquisa de campo.

Aos meus amigos e colegas de trabalho, por me incentivarem.

Aos mestres do PPG Ciências da Saúde UFCSPA, por dividirem suas experiências.

À secretária do PPG, Cristiane Mondadori, por compreender minhas angústias e ser tão disponível.

À estatística do PPG UFCSPA, Cristiane, por me auxiliar em diversos momentos fundamentais da pesquisa.

Em especial, aos participantes da pesquisa, que permitiram que eu compartilhasse sua realidade em um momento tão importante e delicado de suas vidas.

EPÍGRAFE

“As horas de maior encanto e mistério eram as de amamentação. Quando via o meu filho chupando o leite da mãe, e toda aquela união da natureza para a nutrição e a vida”

Machado de Assis

Sumário

RESUMO 1
APRESENTAÇÃO 3
LISTA DE FIGURAS E TABELAS 4
LISTA DE ABREVIATURA 5
INTRODUÇÃO 6
OBJETIVO 10
CAPITULO 1: ARTIGO DE REVISÃO DE LITERATURA 15
Avaliação do Aleitamento Materno em Recém-Nascidos prematuros: Revisão sistemática da Literatura 15
CAPITULO 2: ARTIGO EMPÍRICO 35
Aleitamento materno em bebês prematuros: Estudo de Coorte 35
CONCLUSÃO GERAL DA DISSERTAÇÃO 60
ANEXOS 63
ANEXO A- Termos de aprovação dos CEPs 63
ANEXO B- Termos de Consentimento Livre e Esclarecido 69
ANEXO C- Ficha de Identificação da Dupla Mãe-RN (ETAPA 1) 75
ANEXO D- Questionário para a Mãe – Alta Hospitalar (ETAPA 1) 76
ANEXO E- Protocolo de Avaliação da Amamentação do Recém-Nascido Prematuro (ETAPA 1 e 2) 77
ANEXO F- Questionário para a Mãe – Após a alta hospitalar (ETAPA 3 e 4) 80
ANEXO G- Normas da Revista Journal of Human Growth and Development 82
ANEXO H- Normas da Revista Jornal de Pediatria 88

RESUMO GERAL DA DISSERTAÇÃO

Esta dissertação tem como foco o aleitamento materno (AM) em bebês prematuros. Tal prática é primordial para a saúde da criança, devido aos benefícios nutricionais, imunológicos e emocionais. Porém, características maturacionais dos recém-nascidos prematuros (RNPT) dificultam este processo. O objetivo geral dessa dissertação foi analisar os protocolos de avaliação da amamentação de RNPT e avaliar empiricamente essa prática, desde a alta hospitalar até os primeiros seis meses da alta, a fim de verificar o seu desfecho (continuidade ou interrupção). Para tal, foram realizados dois estudos. O primeiro foi uma revisão sistemática da literatura para verificar os protocolos atualmente empregados na avaliação do AM em bebês prematuros. Tal avaliação é imprescindível para detectar fatores predisponentes a sua continuidade ou interrupção. Encontrou-se apenas cinco protocolos de avaliação, sendo que apenas um dos instrumentos destinava-se especificamente à avaliação do AM em bebês prematuros. Assim, ficou evidenciada a necessidade de desenvolvimento de protocolos específicos, já que algumas particularidades de RNPT devem ser consideradas nessa avaliação, como prontidão alimentar, reflexos orais e função do sistema estomatognático. Após, realizou-se um estudo empírico, com delineamento de coorte prospectivo, para verificar os fatores favoráveis e desfavoráveis à manutenção do AM em bebês prematuros. A amostra foi composta por 50 RNPT, internados em UTI Neonatal de dois hospitais públicos de Porto Alegre, e suas mães. Foram realizadas quatro avaliações da amamentação e de aspectos da díade mãe-bebê: na alta hospitalar (presencial), um mês (presencial), três e seis meses após a alta (ambas via contato telefônico). Verificou-se a curta duração dessa prática (média= 128,15 dias; DP=14,7) e associações significativas entre interrupção do AM e menor idade gestacional, menor peso ao nascimento e ausência de apoio à mãe para os cuidados do RNPT ($p < 0,05$). Esses achados destacam a importância do apoio à mãe para a manutenção do AM, por meio de orientações, bem como a necessidade de um maior cuidado das equipes de assistência aos RNPT de baixo peso e menor idade gestacional, a fim de promover a saúde da criança, pois essas características dificultam a manutenção do AM.

Palavras chave: prematuridade, aleitamento materno, avaliação, desmame.

ABSTRACT

This study focuses on breastfeeding in preterm infants. Such practice is paramount for the child's health because of its nutritional, immunological and emotional benefits. However, maturational characteristics of preterm newborns (PN) make this process more difficult to reach. The general objective of this dissertation was to analyze the protocols for evaluating breastfeeding of preterm babies and to evaluate empirically this practice, from hospital discharge to the first six months after, in order to verify its outcome (continuity or cessation). To achieve this goal, two studies were carried out. The first was a systematic review of the literature to verify the protocols currently employed in the assessment of breastfeeding in preterm babies. Such evaluation is essential to detect factors predisposing to its continuity or weaning. Only five protocols were found, but only one was specifically aimed at assessing the breastfeeding in premature infants. Thus, the need to develop specific protocols was evidenced, since some particular characteristics of preterm babies should be considered during this evaluation, such as food readiness, oral reflexes and function of the stomatognathic system. Afterwards, an empirical study was conducted, with a prospective cohort design, to verify factors that predisposes to the maintenance of breastfeeding or weaning among preterm babies. The sample consisted of 50 PN, admitted to the Neonatal ICU of two public hospitals in Porto Alegre, and their mothers. Four evaluations of breastfeeding and aspects of the mother-baby dyad were performed: at hospital discharge (face-to-face), one month after discharge (face-to-face), three months and six months after discharge (both via telephone contact). The short duration of this practice was noted (mean=128.15 days, SD=14.7), as well as significant associations between weaning and lower gestational age, lower birth weight and lack of support to the mother for the care of preterm baby ($p < 0.05$). These findings highlight the importance of support the mother for the maintenance of the breastfeeding, through guidelines, and the need for greater care by assistance teams for PN with lower birth weight and lower gestational age, in order to promote the child’s health, since these characteristics bring difficulties to maintain breastfeeding.

Key words: Prematurity, Breastfeeding, Evaluation, Weaning.

APRESENTAÇÃO

O interesse pelo tema dessa Dissertação foi despertado pela atuação e prática como fonoaudióloga na área na Neonatologia em uma Unidade de Terapia Intensiva de um hospital que seguia a política nacional Iniciativa Amigo da Criança, durante a realização da Residência Multiprofissional em Saúde – Ênfase em Intensivismo (REMIS). Nessa prática, observei as puérperas com desejo de amamentar e a importância desse ato para o vínculo mãe-bebê; bem como RNPT aconchegados no colo de suas mães, melhorando a saturação e os batimentos cardíacos devido ao contato com a mãe. Porém, nesses casos, por algum motivo, o AM não se estabelecia com sucesso.

Desta forma, como fonoaudióloga residente da UTI, tive que compreender o mecanismo de funcionamento das duplas mãe-bebê, para que pudesse, da melhor forma, auxiliá-los. Assim iniciei meu Trabalho de Conclusão de Curso da REMIS, guiada pela Profa. Sheila Tamanini de Almeida, relacionando as características orofaciais e a amamentação dos RNPT. Os achados desse estudo foram publicados em 2016 na revista CEFAC.

Após ter sucesso na minha prática nas orientações e manejo do AM em RNPT, surgiu, em forma de pergunta e preocupação, o tema dessa pesquisa de Mestrado, visando o acompanhamento desses bebês para além da internação hospitalar. O questionamento norteador para essa pesquisa foi: como se daria a continuidade do AM? Essas duplas mãe/bebê teriam condições de seguir essa prática?

Tal temática veio ao encontro dos temas das pesquisas desenvolvidas no NEEDS (Núcleo de Estudos em Desenvolvimento e Saúde), grupo de pesquisa no qual ingressei em 2015 como pesquisadora mestranda, coordenado pela Profa. Daniela Centenaro Levandowski.

Do percurso do Mestrado resultaram dois artigos, apresentados nessa dissertação, além de outro trabalho, em andamento, decorrente de parcerias estabelecidas no NEEDS. Assim, nesta dissertação inicialmente consta uma introdução sobre o tema do AM em bebês prematuros, seguida do objetivo geral da dissertação e de cada um dos artigos produzidos durante o Mestrado, na tentativa de elucidar questões sobre o AM em RNPT. Ao final, constam as considerações finais da dissertação.

LISTA DE TABELAS E FIGURAS

Artigo 1

Figura 1. Fluxograma do processo de seleção dos artigos para análise..... **22**

Tabela 1: Apresentação dos artigos selecionados para análise..... **23**

Artigo 2

Tabela 1- Características das mães dos RNPT avaliados **55**

Tabela 2- Percepções maternas sobre o aleitamento
materno no momento da alta..... 56

Tabela 3- Caracterização da alimentação dos RNPT
em cada etapa da pesquisa 57

Tabela 4- Escores das dimensões do Protocolo de Avaliação da Amamentação do RNPT nas Etapas 1 e 2..... 58

LISTA DE ABREVIATURAS

RN Recém-nascido

RNPT Recém-nascido prematuro

AM Aleitamento materno

AME Aleitamento materno exclusivo

UTI Unidade de terapia Intensiva

UCI Unidade do de Cuidados Intensivo

OMS Organização Mundial da Saúde

UNICEF Fundação das Nações Unidas pela Infância

DF Distrito Federal

PRISMA Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses

PIBBS Preterm Infant Breastfeeding Behavior Scale

BSES-SF Breastfeeding Self-Efficacy Scale-Short Form

TCLE Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

1. INTRODUÇÃO

Denomina-se de prematuro ou pré-termo todo o recém-nascido vivo que tem menos de 37 semanas completas de gestação (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013). Em 2013, no Brasil, a taxa de nascidos vivos foi de 2.904.027, sendo que, desses, 333.452 eram prematuros, ou seja, 11,5 % do total de nascido vivos (SINASC, 2014). O SINASC, vinculado ao Ministério da Saúde, aponta um aumento no percentual de prematuridade entre 2000 e 2010, de 6,8% para 11,7%, o que demonstra a crescente incidência de partos prematuros (SINASC, 2014).

Esses lactentes apresentam um maior risco de morbidades devido à imaturidade de seus sistemas corporais, os quais ainda não estão preparados para suportar a vida em ambiente extrauterino (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013; 2015). Autores afirmam que as causas de morte intra-hospitalar em recém-nascidos internados em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTI Neonatal) são determinadas pela qualidade e condições de assistência à gestação, ao parto e ao recém-nato (SILVA, et al., 2014). Ainda que sobrevivam, os prematuros apresentam uma maior suscetibilidade às infecções, complicadas pela manipulação e grande período de permanência nas UTI Neonatal. Assim, muitos evoluem com sequelas neurológicas, oftalmológicas ou pulmonares (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013; MINISTÉRIO DA SAÚDE; 2015).

Em contrapartida, a amamentação protege o RNPT, pois o leite humano é um fluido dinâmico, mudando sua composição durante o dia e no curso da lactação, provendo à criança o nutriente específico para a idade cronológica (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013). Ainda, diminui as chances de doenças gastrointestinais (LIU; HAN; YU et al., 2016).

Devido à importância da amamentação, foi desenvolvido um método para o amparo dos RNPT, o Método Canguru, que preconiza um cuidado integral à família e ao bebê, incentivando precocemente a prática do AM (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013; KLOSSOSWSKI, et al., 2016). Existem outras políticas de proteção e incentivo à amamentação, como Iniciativa Hospital Amigo da Criança (UNICEF, 2008) e a Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil. Essa é uma estratégia nacional de promoção, proteção e apoio ao AM na Atenção Básica (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011). De fato, estudiosos observaram que a Rede Amamenta Brasil contribui para a maior prevalência de amamentação exclusiva (VENANCIO et al., 2016).

Todavia, não é sempre que os RNPT são amamentados exclusivamente desde o nascimento (MARUYAMA et al., 2016), já que podem apresentar dificuldades na alimentação, em virtude da imaturidade neurológica e do trato gastrointestinal, a qual influencia o funcionamento do sistema estomatognático e a coordenação entre a sucção, a respiração e a deglutição (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013; CALADO; SOUZA, 2014). Assim, uma situação comum é o RNPT, por apresentar um impedimento da alimentação por via oral, inicialmente receber a nutrição enteral. Nesse caso, a alimentação é realizada através de sondas, que depositam o alimento diretamente no tubo digestivo. Esta forma de alimentação protege as vias aéreas inferiores e reduz o potencial de refluxo e de aspiração broncopulmonar (CANONGIA; ALVES, 2010; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013).

Entretanto, após este período de nutrição enteral, o RNPT passa pela transição da alimentação (de via alternativa de nutrição para a via oral). Este é um momento importante, no qual se deve investir em ações que contemplem tanto a assistência à mãe como ao bebê, para que se obtenha sucesso no AM (SCOCHI et al., 2010). Devido a esses desafios da amamentação de RNPT, a atuação do fonoaudiólogo tem sido cada vez mais frequente. (VAZ et al., 2014). O fonoaudiólogo intervém desde a avaliação até o tratamento dos distúrbios alimentares, com ênfase na adequação do sistema estomatognático, na estimulação da alimentação oral de forma segura e eficaz e na promoção do AM (MOREIRA et al., 2014).

Um estudo brasileiro verificou que, para que o processo de alimentação do bebê prematuro seja por AM, faz-se importante examinar se o RNPT apresenta: imaturidade do sistema estomatognático, alteração dos reflexos orais e incoordenação entre deglutição/respiração/sucção (SILVA L.R. et al., 2012). No estudo brasileiro conduzido por SILVA L.M. et al. (2014), realizado em Unidade de Cuidados Intermediários Neonatal, todos os RNPT apresentaram alguma alteração na amamentação relacionada à pega, coordenação entre sucção, deglutição e respiração, padrão de sucção, postura da mãe e postura do bebê.

Também um estudo brasileiro realizado em uma UTI Neonatal que avaliou a amamentação através do protocolo recomendado pelo Fundo das Nações Unidas Para a Infância (UNICEF), verificou, como principais preocupações em relação ao RNPT, o estado de alerta nas mamadas, um padrão adequado de sucção e deglutição, a frequência respiratória sem coordenação nas mamadas e a pega e a postura do bebê. Já dentre as dificuldades enfrentadas pelas mães foram

identificadas: a dor ao amamentar, as mamas túrgidas, o mamilo plano e a dificuldade em manter o bebê acordado (GUBERT et al., 2012).

Entretanto, uma pesquisa brasileira realizada em UTI Neonatal, que utilizou o mesmo protocolo, observou melhores escores na avaliação da mamada referente à posição mãe/criança e à afetividade (SCHEEREN et al., 2012). De fato, além dos aspectos fisiológicos, o AM engloba um conjunto de comportamentos maternos que promovem a constituição do vínculo mãe-bebê, não apenas pelo contato físico íntimo, mas também pelas interações mútuas afetuosas (STRATHEARN; MAMUN; NAJMAN; O'CALLAGHAN, 2009). Tal contato físico íntimo protege a mãe contra o humor negativo e o estresse**,** podendo contribuir para o vínculo mãe-bebê e para o atendimento das necessidades físicas e emocionais do bebê (KIM et al, 2012).

Um outro estudo nacional com RNPT associou a diminuição da duração média da amamentação e a sua interrupção com a idade gestacional menor que 32 semanas e o fato de o RNPT estar em amamentação mista (leite materno e o uso de fórmulas para complemento) após um mês de vida (DE FREITAS et al., 2016). Em concordância, na Suécia, as taxas de AM exclusivo em RNPT caíram nos últimos 10 anos, especialmente naqueles bebês extremamente prematuros (ERICSON, et al., 2016).

Nessa direção, uma revisão integrativa indicou a necessidade de ações multiprofissionais no acompanhamento de saúde, com a proposição de estratégias educativas, de promoção do vínculo mãe-bebê e de acolhimento da família, para melhor promover o AM em RNPT (RODRIGUES et al., 2013). Outro estudo, brasileiro concorda com essas premissas, verificando a importância do apoio familiar e social para a amamentação (SILVA L.R. et al., 2012). SILVA, W.F e GUEDES (2013) identificaram, como causa de desmame precoce, em estudo realizado no Brasil, fatores educacionais, como a falta de informações e de orientações, e fatores culturais, como uso de chupeta e mamadeira. Esses achados também demonstram a relevância de ações multiprofissionais no acompanhamento de saúde dos RNPT e suas mães.

Dessa forma, constata-se como é primordial a avaliação adequada da amamentação de bebês prematuros para detectar alterações neste processo e, com isso, propor as melhores intervenções, planejadas de forma direcionada ao cuidado desse grupo (GUBERT et al., 2012). A avaliação é fundamental no processo da

amamentação, especialmente a função da sucção, que pode estar prejudicada em RNPT (MOSELE et al., 2104).

Diante do exposto, faz-se necessário identificar os aspectos que podem contribuir para a manutenção da amamentação ou para a sua interrupção. Da mesma forma, é preciso compreender como tem sido feita a avaliação da amamentação de RNPT, devido às peculiaridades que apresenta. Essa pesquisa objetiva preencher essa lacuna e, com isso, contribuir para as práticas de incentivo ao AME. Destaca-se a relevância do estudo dessa temática, especialmente quando se leva em conta o contexto internacional, onde são encontrados estudos de caráter epidemiológico, que não se detém na avaliação de diferentes aspectos que podem contribuir para explicar o panorama de manutenção do AM ou de desmame encontrado nesses estudos.

2. OBJETIVO GERAL DA DISSERTAÇÃO

Esse estudo teve como objetivo analisar os protocolos de avaliação da amamentação de RNPT e avaliar empiricamente essa prática, desde a alta hospitalar até os primeiros seis meses da saída do hospital, a fim de verificar o seu desfecho (continuidade ou interrupção).

Para alcançar esse objetivo, foram elaborados dois artigos:

- Artigo 1: Avaliação do Aleitamento Materno em Recém-Nascidos Prematuros: Revisão Sistemática da Literatura
- Artigo 2: Aleitamento Materno em Recém-Nascidos Prematuros: Estudo de Coorte

2.1 OBJETIVOS ESPECÍFICOS DA DISSERTAÇÃO

Artigo 1: Avaliação do Aleitamento Materno em Recém-Nascidos Prematuros: Revisão Sistemática da Literatura

Objetivo: Examinar, a partir de uma revisão da literatura (2005-2015), como tem sido avaliada a prática do AM de bebês prematuros.

Artigo 2: Aleitamento Materno em Recém-Nascidos Prematuros: Estudo de Coorte

Objetivos: Identificar por meio de um estudo de coorte prospectivo, realizado com bebês prematuros em dois hospitais públicos de Porto Alegre, os fatores favoráveis e desfavoráveis à manutenção do AM nos primeiros seis meses após a alta.

Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. Área Técnica de Saúde da Criança e Aleitamento Materno, Secretaria de Atenção à Saúde, Ministério da Saúde. Rede Amamenta Brasil: primeiros passos (2007-2010). Brasília: Ministério da Saúde; 2011. (Série I História da Saúde).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso: Método Canguru: manual técnico / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – 2. ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2013.

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

CALADO, D. F. B; SOUZA, R. Intervenção Fonoaudiológica em prematuro. Revista CEFAC. v. 14, n. 1, p.176-181, 2012.

CANONGIA, M. B.; ALVES, C. M. M. Disfagia: estudo e reabilitação. Rio de Janeiro: Revinter, 2010.

DE FREITAS, B. A. C; LIMA, L. M.; CARLOS, C. F. L. V.; PRIORE, S. E.; FRANCESCHINI, S. do C. C. Duration of breastfeeding in preterm infants followed at a secondary referral service. Revista Paulista de Pediatria. v. 34, n. 2, p.189-196, 2016.

ERICSON, J.; FLACKING, R.; HELLSTRÖM-WESTAS, L.; ERIKSSON, M. Changes in the prevalence of breastfeeding in preterm infants discharged from neonatal units: a register study over 10 years. BMJ Open. v. 6, n. 12, e012900, 2016.

FUNDO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A INFÂNCIA. UNICEF. Iniciativa Hospital Amigo da Criança: revista, atualizada e ampliada para o cuidado integrado: módulo 1: histórico e implementação / Fundo das Nações Unidas para a Infância. – Brasília: Ministério da Saúde, 2008.

GUBERT, J. K.; VIERA, C. S.; OLIVEIRA, B. R. G.; DELATORE, S.; SANCHES, M. M. Avaliação do aleitamento materno de recém nascidos prematuros no primeiro mês após a alta. Ciência, Cuidado & Saúde. v. 11, n. 1, p.146-155, 2012.

KIM, P.; FELDMAN, R.; MAYES, L. C.; EICHER, V.; THOMPSON, N.; LECKMAN, J. F.; SWAIN, J. E. Breastfeeding, brain activation to own infant cry, and maternal sensitivity. Journal of Child Psychology and Psychiatry, v. 52, n. 8, p. 907–915, 2011.

KLOSSOSWSKI, D. G.; GODÓI, V. C.; XAVIER, C. R.; FUJINAGA, C. I. Assistência integral ao recém-nascido prematuro: implicações das práticas e da política pública. Revista CEFAC. v. 18, n. 1, p. 137-150, 2016.

LIU, F.; HAN, S. P.; YU, Z. B.; ZHAN, J.; CHEN, X. H.; WU, W. M.; CHU, X.; LIU, B. B. Effect of breastfeeding quality improvement on breastfeeding rate in very low birth weight and extremely low birth weight infants. Chinese Journal of Contemporary Pediatrics. v. 18, n. 10, p. 937-942, 2016.

MARUYAMA, H.; NAKATA, Y.; KANAZAWA, A.; KIKKAWA, K. Importance of milk expression for preterm infants. Acta Medica Okayama. v. 70, n. 1, p. 45-49, 2016.

MOREIRA, C. M. D.; CAVALCANTE-SILVA, R. P. G. V.; MIYAKI, M.; FUJINAGA, C. I. Effects of nonnutritive sucking stimulation with gloved finger on feeding transition in very low birth weight premature infants. Revista CEFAC. v. 16, n. 4, p.1187-1193, 2014.

MOSELE, P. G.; SANTOS, J. F. D.; GODÓI, V. C. D.; COSTA, F. M.; TONI, P. M.; FUJINAGA, C. I. Instrumento de avaliação da sucção do recém-nascido com vistas a alimentação ao seio materno. Revista CEFAC. v. 16, n. 5 , p. 1548-1557, 2014.

RODRIGUES, A. P.; MARTINS, E. L.; TROJANH, T. C.; PADOIN, S. M. M.; PAULA, C. C.; TRONCO, C. S. Maintaining the breastfeeding of preterm newborns: an integrative literature review. Revista Eletrônica de Enfermagem. v. 15, n. 1, p. 253-264, 2013.

SCHEEREN, B.; MENGUE, A. P. M.; DEVINCEMZI, B. S.; BARBOSA, L. R.; GOMES, E. Early conditions in the breastfeeding of premature newborn infants. Jornal da Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia. v. 24, n. 3, p.199-204, 2012.

SCOCHI, C. G. S.; GAUY, J. S.; FUJINAGA, C. I.; FONSECA, L. M. M.; ZAMBERLAN, N. E. Transição alimentar por via oral em prematuros de um Hospital Amigo da Criança. Acta Paulista de Enfermagem. v. 23, n. 4, p. 540-545, 2010.

SILVA, C. F.; LEITE, A. J. M.; ALMEIDA, N. M. G. S.; LEON, A. C. M. P.; OLOFIN, I.; CASTRO, E. C. M.; GIUGLIANI, E. R. J.; HOLANDA, M. R. R.; MACHADO, M. M. T.; MOREIRA, L. M. O.; OLIVEIRA, C. R.; OLIVEIRA, M. M. M. R.; REGIS, C. T.; ROCHA, N. M. N.; SILVA, A. V. S. E.; SILVA, M. F. C. P.; SORIANO, C. F. R.; SOUSA, S. H. C.; SOUZA, K. M. M.; SOUZA, L. C. B.; SUCUPIRA, A. C. S. L. Fatores associados ao óbito neonatal de recém-nascidos de alto risco: estudo multicêntrico em Unidades Neonatais de Alto Risco no Nordeste brasileiro. Cadernos de Saúde Pública (ENSP. Impresso). v. 30, n. 2, p. 355-368, 2014.

SILVA, L. M.; TAVARES, L. A. M.; GOMES, C. F. Preterm infants difficulties in breastfeeding. Distúrbios da Comunicação. v. 26, n. 1, p. 50-59, 2014.

SILVA, L. R.; ELLES, M. E. I. S.; SILVA, M. D. B.; SANTOS, I. M. M.; SOUZA, K. V.; CARVALHO, S. M. Social factors that influence breastfeeding in preterm infants: a descriptive study. Online Brazilian Journal of Nursing. v. 11, n. 1, p. 40-52, 2012.

SILVA, W. F.; GUEDES, Z. C. F. Time of exclusive breastfeeding of preterm and term newborn babies. Revista CEFAC. v. 15, n. 1, p.160-171, 2013.

SINASC – Ministério da Saúde, Brasil. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sinasc/cnv/nvuf.def> Acesso em 6 de janeiro de 2017.

STRATHEARN, L.; MAMUN, A. A.; NAJMAN, J. M.; O'CALLAGHAN, M. J. Does breastfeeding protect against substantiated child abuse and neglect? A 15-year cohort study. Pediatrics. v. 123, n. 2, p. 483–493, 2009.

VAZ, D. C.; SANTOS, D. S. S.; BONFIM, M. V.; ABREU, R. M. Concepção materna sobre a amamentação em lactentes de um programa do método Mãe Canguru. Revista Baiana de Saúde Pública. v. 38, n. 2, p.225-242, 2014.

VENANCIO, S. I.; GIUGLIANI, E.; SILVA, O. L. O.; STEFANELLO, J.; BENICIO, M. H. D.; REIS, M. C. G.; ISSLER, R. M. S.; ESPÍRITO SANTO, L. C.; CARDOSO, M. R. A.; RIOS, G. S. Associação entre o grau de implantação da Rede Amamenta Brasil e indicadores de amamentação. Cadernos de Saúde Pública (Online). v. 32, n. 3, e00010315, 2016.

3. CAPITULO 1: ARTIGO DE REVISÃO DE LITERATURA

(Submetido em outubro/2016 para a Revista Brasileira de Crescimento e Desenvolvimento Humano - Journal of Human Growth and Development, Classificação QUALIS CAPES B2 – Área: Medicina I)

Avaliação do Aleitamento Materno em Recém-Nascidos Prematuros: Revisão Sistemática da Literatura

Breastfeeding Assessment of Preterm Newborns: Systematic Literature Review

Título Resumido:
Avaliação da amamentação artigo de revisão
Breastfeeding Assessment Review article

Autores:

Carla Thamires Rodriguez Castelli- Fonoaudióloga mestranda em Ciências da Saúde UFCSPA carlathamiresrc@hotmail.com (51) 81775390

Luíza Silva Vernier- Fonoaudióloga mestranda em Ciências da Saúde UFCSPA luiza.vernier@hotmail.com (51) 92370491

Sheila Tamanini de Almeida- Fonoaudióloga Doutora em Ciências em Gastroenterologia da UFRGS, Professora do Curso de Fonoaudiologia UFCSPA sheilat@ufcspa.edu.br (51) 99664237

Daniela Centenaro Levandowski- Psicóloga- Pós Doutorado em Psicologia pela PUCRS, Professora do Departamento de Psicologia e do Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde e em Psicologia e Saúde da UFCSPA. Bolsista Produtividade do CNPQ.
dclevandowski@gmail.com (51) 91211172

Não possui agência financiadora.
Não possui conflito de interesse.

Resumo

Introdução: A amamentação está associada à redução do tempo de hospitalização e de diversos quadros clínicos decorrentes da prematuridade, como a retinopatia. A avaliação da amamentação é imprescindível para detectar fatores predisponentes a sua continuidade ou interrupção. **Objetivo:** Revisar a literatura (2005-2015) sobre a avaliação da amamentação em recém-nascidos prematuros, a fim de descrever as ferramentas utilizadas nessa avaliação. **Metodologia:** Busca de artigos nas bases eletrônicas MEDLINE (via PubMed) e One File, Directory of Open Access Journals, ScieLO Brazil e Mary Ann Liebert (via Portal Periodicos CAPES), usando como descritores para a busca: “infant premature”, “breast feeding”, “evaluation”, e “protocols”, sendo a estratégia de busca (“infant premature” AND “breast feeding” AND (“evaluation” OR “protocols”)). Os filtros usados foram ano de publicação (2005 a 2015) e idioma (Português, Inglês, Espanhol e Francês). **Resultados:** Foram localizados 184 registros, sendo 6 selecionados para análise. Os demais foram excluídos por serem artigos de revisão/teóricos, não avaliarem bebês humanos, fuga da temática, não estarem disponíveis gratuitamente e duplicidade. Dentre os artigos avaliados, predominaram estudos brasileiros. Escala PIBBS, Software ANADAT/LABDAT, Protocolo de Observação de mamada, Escala BSES–SF e LATCH foram os protocolos usados. Em cinco artigos foi realizada uma avaliação clínica e apenas em um deles a avaliação foi objetiva. **Conclusão:** Constatou-se a necessidade de desenvolvimento de protocolos específicos para avaliar a amamentação de bebês prematuros, já que apenas um dos instrumentos destinava-se a esse fim e algumas particularidades deveriam ser consideradas nessa avaliação, como prontidão alimentar, reflexos orais e função do sistema estomatognático.

Palavras-chave: aleitamento materno, prematuridade, avaliação, fonoaudiologia.

Abstract

Introduction: Breastfeeding is associated with reduced length of hospital stay and several medical conditions resulting from prematurity, such as retinopathy. The evaluation of breastfeeding is essential to detect predisposing factors for its continuity or interruption. **Objective:** To review the literature (2005-2015) on the evaluation of breastfeeding in premature infants, in order to describe the tools used in this evaluation. **Methodology:** Search for articles in electronic databases MEDLINE (via PubMed) and One File, Directory of Open Access Journals, ScieLO Brazil and Mary Ann Liebert (via Portal Periodicos CAPES), using as descriptors for the search: "infant premature", "breast feeding "," evaluation "and" protocols ", and the search strategy (" premature infant "aND" breast feeding "aND (" evaluation "OR" protocols ")). The filters used were year of publication (2005-2015) and languages (Portuguese, English, Spanish and French). **Results:** 184 records were located, and 6 selected for analysis. The others were excluded for being review articles / theoretical, not evaluate human babies, thematic trail, are not available for free and duplicity. Among the evaluated articles predominated Brazilian studies. Scale PIBBs, Software ANADAT / LABDAT, feeding Observation Protocol, BSES-SF scale and LATCH were used protocols. In five articles a clinical evaluation was performed only in one assessment was objective. **Conclusion:** It was found the need to develop specific protocols to evaluate the breastfeeding of premature babies, as only one of the instruments intended to this purpose and some peculiarities should be considered in this assessment, as food readiness, oral reflexes and function stomatognathic system.

Key words: breastfeeding, preterm baby, evaluation, speech therapist.

Introdução

Os recém-nascidos prematuros (RNPT) tem um risco elevado de adoecer e morrer, em razão de seu incompleto desenvolvimento fetal e de uma maior suscetibilidade às infecções, complicadas pela manipulação e grande período de permanência nas unidades neonatais de tratamento intensivo. Assim, muitos evoluem com sequelas neurológicas, oftalmológicas ou pulmonares[1]. Em decorrência disso, o aleitamento materno tem um papel essencial para os RNPT, pois está associado à redução do tempo de hospitalização, da sepse neonatal, da retinopatia da prematuridade, de doenças respiratórias e de enterocolite necrotizante[2] .

Além disso, o aleitamento materno acarreta outros benefícios tanto para o recém-nascido como para a puérpera, tais como proteção contra a Síndrome de Morte Súbita do Lactante, a diabetes insulinodependente, a doença de Crohn, a colite ulcerativa, as doenças alérgicas e outras doenças crônicas do aparelho digestivo. Também propicia uma nutrição de alta qualidade para a criança e promove seu crescimento e desenvolvimento global adequado[3].

O aleitamento materno exclusivo (AME) é recomendado pela OMS até o sexto mês de vida (180 dias) e o aleitamento materno complementado (AMC), até os dois anos[4]. As políticas nacionais preconizam as recomendações mundiais. Apesar disso, os índices de aleitamento materno no Brasil estão muito abaixo dos considerados ideais pela Organização Mundial da Saúde[5]. O panorama brasileiro foi verificado pelo Ministério da Saúde em 2008. Contudo, esse levantamento considerou tanto bebês a termos como prematuros, não tendo focado especificamente a diferenciação entre eles. Mesmo assim, encontrou-se como taxa de prevalência do AME de 41%, em menores de 6 meses no conjunto das capitais brasileiras e Distrito Federal (DF). Observou-se que a região Norte foi a que apresentou maior prevalência da prática do AME (45,9%), seguida da Centro-Oeste (45,0%), Sul (43,9%) e Sudeste (39,4%), com a região Nordeste apresentando a pior situação (37,0%). Entretanto, a duração mediana do AME foi de 54,1 dias (1,8 meses) no conjunto das capitais brasileiras e DF[6]. Assim, verifica-se a necessidade de incentivar o aleitamento materno (AM) para que os índices sejam satisfatórios.

A avaliação do AM é imprescindível para o seu sucesso, pois poderá detectar fatores predisponentes à interrupção, a partir do que se poderá auxiliar a puérpera a continuar a amamentar, superando eventuais dificuldades [7-8]. Desse modo, verifica-se a importância de identificar os fatores que interferem negativamente para a ocorrência do AM. O desmame precoce pode decorrer, muitas vezes, da condição clínica do bebê, que impede a sucção direta ao seio materno, do período prolongado de internação, do estresse materno e da falta de rotinas sistematizadas que incentivem o AM. Contudo, também se sabe que existe um baixo índice de AM (com consequente desmame) entre as mães de RNPT devido ao medo e à insegurança destas, que acarretam a hipogalactia, e à ausência de orientações adequadas a respeito da manutenção da lactação no período de transição[9-11].

Ainda, a literatura aponta, quanto ao desmame precoce, a existência de fatores que podem ser controlados pela equipe de saúde, evitando a interrupção precoce da amamentação em RNPT. São eles: a prática da ordenha materna, a participação na metodologia canguru e a orientação para o não uso de chupetas. Por outro lado, há fatores que a equipe de saúde não pode controlar, como o peso do bebê ao nascer e o trabalho materno. Contudo, é necessário o conhecimento desses fatores, para que as equipes possam esclarecer e incentivar as mães na manutenção do AME[12].

Sendo assim, o objetivo do presente estudo é revisar a literatura (2005-2015) sobre a avaliação da amamentação em recém-nascidos prematuros, a fim de descrever as ferramentas (protocolos e escalas) utilizadas nessa avaliação. A OMS e a UNICEF propuseram um formulário de observação da mamada, que permite avaliar os comportamentos desejáveis das mães e dos bebês, bem como indicativos de problemas na amamentação. Esse formulário é composto por uma série de itens classificados como favoráveis à amamentação ou sugestivos de dificuldades, referentes à posição corporal da mãe e do bebê, pega e sucção [13,14]. Porém, este formulário é uma proposta e não é o único utilizado atualmente, daí a importância de revisar as principais ferramentas que clínicos e pesquisadores tem empregado na avaliação do AM em RNPT.

Método

Utilizou-se as diretrizes do Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses (PRISMA) para a busca, a análise dos artigos e a apresentação

dos resultados. A busca dos artigos foi realizada através das bases eletrônicas: MEDLINE (acessada pelo PubMed) e One File, Directory of Open Access Journals, ScieLO Brazil e Mary Ann Liebert (acessadas via Portal Periódicos CAPES). Foram utilizados os seguintes descritores, conforme consulta ao DeCS: “infant, premature”, “breast feeding”, “evaluation”, “protocols”, sendo empregada a seguinte estratégia de busca: (“infant, premature” AND “breast feeding” AND (“evaluation” OR “protocols”)).

Foram incluídos artigos publicados entre janeiro de 2005 e outubro de 2015, nos idiomas Português, Inglês, Espanhol e Francês. Outro critério de elegibilidade adotado foi a presença/uso de protocolos ou escalas para avaliação da amamentação. Por outro lado, foram excluídos artigos: (1) que não tinham como amostra bebês humanos, (2) estavam organizados como revisão da literatura ou artigo teórico, (3) fugiram da temática proposta, (4) não estavam disponíveis gratuitamente, e (5) cujos registros estavam duplicados.

Para a seleção dos estudos e a extração dos dados, utilizou-se como estratégia a seleção inicial pelos títulos e, após, pela leitura dos resumos. Os artigos cujos resumos não forneceram informações suficientes em relação aos critérios de elegibilidade foram selecionados para avaliação do texto integral. A busca e a seleção dos artigos foram realizadas por dois revisores devidamente treinados. Estes fizeram a consulta às bases no mesmo momento e avaliaram de forma independente os artigos localizados, a partir da leitura dos seus resumos ou do texto completo, realizando suas seleções de acordo com os critérios de elegibilidade. Eventuais discordâncias entre os revisores foram discutidas e resolvidas com a ajuda de um terceiro revisor. Para o processo de seleção dos artigos, os dois avaliadores utilizaram planilhas previamente formatadas para esse fim, contendo as informações relevantes do estudo. O principal dado coletado nos artigos analisados foi o tipo de instrumentos empregados para a avaliação do AM em RNPT. Todo o processo de busca e seleção dos artigos está detalhado na Figura 1.

Para a análise dos artigos, optou-se pelo método descritivo. Assim, foram descritos os instrumentos utilizados para avaliação da amamentação de RNPT, bem como as características metodológicas desses estudos e as suas principais evidências, de acordo com o objetivo de cada artigo.

Resultados

A busca inicial identificou 184 registros, porém, somente 06 estudos atendiam aos critérios de inclusão e foram considerados potencialmente relevantes para análise (Figura 1). Esses artigos foram lidos na íntegra e estão descritos na Tabela 1, que contém os dados de caracterização metodológica dos estudos, a descrição dos instrumentos utilizados e os principais achados.

Figura 1. Fluxograma do processo de seleção dos artigos para análise

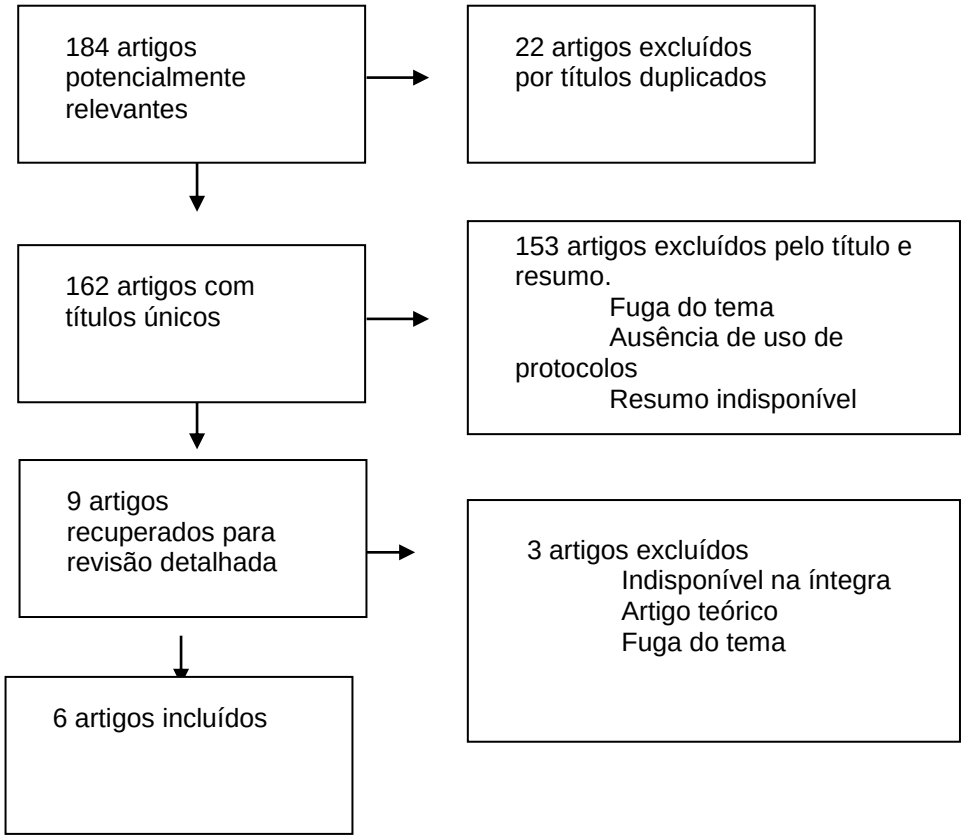

Tabela 1: Apresentação dos artigos selecionados para análise

Autores e ano de publicação	**País**	**Revista**	**Delineamento**	**Objetivo do estudo**	**Protocolo/ escala utilizado**	**Resultados**
Delgado & Halpern (2005)	Brasil	Pró-Fono, Revista de Atualização Científica	Transversal prospectivo	Descrever o AM em bebês pré-termo de muito baixo peso e associações com disfunções orais e apego mãe-bebê.	Protocolo próprio adaptado de Chatoor (2002), Sanches (2000), Neiva (2000), Carvalhaes & Correia (2003)	As variáveis que se associaram estatisticamente à adequação da sucção nutritiva foram: postura no seio, preensão do mamilo, coordenação da sucção, respiração e deglutição, força e sua sustentação, ritmo e alerta. Doze díades tiveram suspeita de alteração do apego.
Nyqvist (2008)	Suécia	Acta Pædiatrica	Transversal prospectivo	Explorar o desenvolvimento da capacidade de AM em prematuros extremos.	Escala PIBBS	A amamentação foi iniciada a partir da 29 semana. A competência para a amamentação foi atingida quando completadas 32 e 38 semanas (média de 35 semanas de vida).
Rocha et al.	Brasil	Early Human	Coorte prospe	Verificar uma técnica	Software ANADAT	Observou-se uma progressão

(2010)		Development	ctiva	para avaliar a sucção em AM	/LABDAT para avaliação objetiva dos achados.	relacionada à idade gestacional na taxa de sucção (p = 0,02) em prematuros, que indicavam uma tendência de melhora na sucção relacionada com o aumento da idade gestacional. Nos parâmetros taxa de pausa, duração das pausas e sucção, não foram observadas diferenças estatisticamente significativas quando comparados entre si prematuros e a termos. Mas houve diferença na comparação dos grupos prematuros e a termos.
Scheeren et al. (2012)	Brasil	Jornal da Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia	Transversal prospectivo	Descrever as condições iniciais do AM de prematuros.	Protocolo de Observação e Avaliação da Mamada.	Os melhores resultados referem-se à posição mãe/criança e afetividade e os piores às respostas do neonato como: bebê não procura o peito, nenhuma busca observada do bebê, bebê inquieto e

						chorando, não conseguindo manter a pega da aréola, e mãe sem sinais de ejeção de leite. Quanto à associação das variáveis do protocolo houve diferença e correlação direta para: posição mãe/criança com idade gestacional corrigida do bebê (p=0,043), com a avaliação materna sobre a primeira mamada (p=0,008) e com a avaliação da sucção (p=0,002); - respostas da dupla com a idade gestacional ao nascimento do bebê (p=0,042), com a avaliação materna sobre a primeira mamada (p=0,016) e com a avaliação da sucção (p=0,01); afetividade com o estado de consciência do bebê: quanto mais alerta o bebê, melhor a avaliação (p=0,021);

Wheeler & Dennis (2013)	Canadá	Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing (JOGNN)	Coorte prospectivo	Avaliar AM	Escala BSES – SF	Não houve relação entre os escores do BSES -SF e idade materna, escolaridade, renda familiar ou idade gestacional. Não houve diferenças significativas na média do BSES -SF entre mães brancas (M = 79.58 , SD = 10,15) ou outro (M = 78,55 , SD = 9,40; t = 0,39 , p = 0,70), nem havia quaisquer diferenças na média entre as mães que tiveram um parto vaginal (M = 78,43 ; DP = 9,90) ou cesariana (M = 80,70 , DP = 10,06 ; t = 1,09 , p = 0,27).
Altuntas et al. (2015)	Turquia	Breastfeeding Medicine	Transversal prospectivo	Detectar a ingestão de leite materno em prematuros e a termo	LATCH	As pontuações médias no LATCH foram 7,0 (mínimo-máximo = 5-9) em recém-nascidos prematuros e 9 (mínimo-máximo = 7-10) em bebês nascidos a termo (p <

						0,0001). Os bebês que receberam a pontuação 7 ingeriram menos 50% do volume de leite esperado. As pontuações mais elevadas LATCH foram associadas com maior ingestão média da dieta.

Especificamente no que tange aos protocolos usados para a avaliação do AM, no artigo de Delgado e Halpern (2005) foi estruturado um protocolo próprio para essa avaliação[15], contemplando os seguintes aspectos: 1) avaliação das estruturas e funcionamento do sistema estomatognático, com os itens: simetria das hemifaces, postura de lábios, tonicidade labial, postura de língua, conformação de língua, tonicidade lingual, tonicidade de bochechas, presença de coxins, e palato duro; 2) avaliação dos reflexos orais, com itens referentes aos reflexos de busca, sucção, mordida e engasgo; 3) avaliação da sucção não-nutritiva (SNN) com os itens: sucção elicitada facilmente, vedamento labial na SNN, língua na SNN , mobilidade funcional de língua na SNN, movimento ântero-posterior de mandíbula, movimentos alterados de mandíbula, ritmo, número de eclosões por pausa, força, e sustentação da força; 4) avaliação funcional da sucção nutritiva em seio materno (SN) dos seguintes itens: adequação da postura ao SM, adequação da preensão do mamilo, vedamento labial na SN, língua na SN, mobilidade funcional de língua na SN movimento ântero-posterior de mandíbula, movimentos alterados de mandíbula, ritmo, número de eclosões por pausa, força, sustentação da força, coordenação da sucção-respiração-deglutição, estado de consciência durante a mamada e sinais de estresse. Além disso, o protocolo incluiu a realização da observação da amamentação, que constou de uma avaliação de sinais de vínculo mãe-bebê, observados através de cinco itens: bebê mantém o alerta, contato visual, contato físico, modo da mãe segurar e mãe conversa com o bebê. Cada item foi considerado como peso um para o "sim", o que, somado, dá um escore mínimo de zero e máximo de cinco. Por ser um protocolo estruturado, pode-se dizer que é um protocolo completo e único para a pesquisa. Destaca-se que os itens foram adaptados dos protocolos de observação de Chatoor (2002), Neiva (2000), Sanches (2000), e Carvalhares e Corrêia (2003).

Por sua vez, a escala PIBBS (Preterm Infant Breastfeeding Behavior Scale), utilizada por Nyqvist (2008), objetiva a observação do comportamento do recém-nascido durante o AM, a ser feita por profissionais ou pelas próprias mães[16]. A escala tem os seguintes itens de avaliação: procura, pega, tempo de ordenha, padrão de sucção e deglutição, cujos escores são diferentes. Na pesquisa em questão, a escala foi preenchida pelo profissional por uma vez e, após, as mães preencheram em cada mamada do bebê, na forma de diário. O melhor escore (a melhora mamada) foi considerado o ápice maturacional do bebê. Este é um

protocolo direcionado especificamente aos RNPT e permite que mães e profissionais observem e acompanhem as melhoras e os pontos que estão prejudicados na amamentação desses bebês [17].

Scheeren et al. (2012) optaram por utilizar um protocolo padronizado no contexto brasileiro[18], o Protocolo de Observação e Avaliação da Mamada[19] adaptado do protocolo proposto pela UNICEF [20]. É composto por respostas definidas como favoráveis à amamentação ou sugestivas de dificuldades e desfavoráveis, separadas entre cinco categorias: 1) posição, 2) respostas da dupla, 3) adequação da sucção, 4) anatomia das mamas e 5) afetividade. Embora, em cada categoria, constem itens que avaliam comportamentos favoráveis à amamentação e itens que ilustram comportamentos desfavoráveis, o escore final avalia apenas os itens desfavoráveis à amamentação. Na categoria posição, quatro itens são favoráveis e cinco, desfavoráveis, sendo o escore classificado como bom (zero a um comportamento), regular (dois a três comportamentos) e ruim (quatro a cinco comportamentos). Já na categoria 2, respostas da dupla, seis itens ilustram comportamentos favoráveis e seis itens, desfavoráveis, com o escore variando de bom (zero a um comportamento), a regular (dois a três comportamentos) e ruim (quatro a seis comportamentos). Na categoria 3, adequação da sucção, são apresentados seis itens de comportamentos favoráveis e seis desfavoráveis, e o escore varia de bom (zero a um comportamento), a regular (dois a três comportamentos) e ruim (quatro a seis comportamentos). A categoria 4, anatomia das mamas, é composta por quatro comportamentos favoráveis e quatro desfavoráveis, sendo que os escores variam de bom (zero comportamento), a regular (um comportamento) e ruim (dois a quatro comportamentos). Por fim, na categoria 5, afetividade, são três os comportamentos favoráveis e três os desfavoráveis. É considerado como bom (zero comportamento), regular (um comportamento) e ruim (dois a três comportamentos) o quesito avaliado. Pode-se verificar que este protocolo, também adaptado, avalia globalmente a amamentação.

Já Wheeler e Dennis (2013) utilizaram a escala Breastfeeding Self-Efficacy Scale-Short Form (BSES-SF), que avalia a autoeficácia materna no AM, por meio de expectativas pessoais[21]. Em 2008 a escala e sua versão reduzida (“short-form”) foram validadas, traduzidas e adaptadas transculturalmente para o português brasileiro. A BSES-SF é dividida em duas categorias: técnica e pensamentos intrapessoais. A primeira categoria é composta pelos seguintes itens: extração do

leite, saciedade e eficiência do AM, sucção do complexo mamilo-areolar, conforto ao amamentar, disponibilidade para amamentar, extração do leite posterior, amamentação exclusiva, rotina materna baseada na amamentação e condições finais da mamada. Já na segunda categoria os itens avaliados são: sucesso da amamentação, satisfação/desejo de amamentar, continuidade de amamentar, amamentar em público, experiência ao amamentar e dedicação de tempo para amamentar. Cada item é avaliado de acordo com uma escala de concordância (tipo Likert) com a pontuação variando de (1) discordo totalmente a (5) concordo totalmente, de modo que se pode obter um escore total variável de 14 a 70 pontos. A eficácia identificada é obtida através do somatório de cada item, sendo classificada em baixa (14 a 32 pontos), média (33 a 51 pontos) e alta (52 a 70 pontos). Esta escala possibilita reconhecer as expectativas e as vivências maternas. Os resultados apontam a autopercepção materna, permitindo elaborar estratégias individuais de incentivo ao AM [22, 23] .

Ainda, o protocolo LATCH, utilizado por Altuntas et al. (2015), apresenta uma letra correspondente a cada categoria avaliada: (L) latch/pega; (A) audible swallow/deglutição audível; (T) type of nipple/tipo de mamilo; (C) comfort/bem estar; e (H) hold/aconchego [24]. Em cada categoria, há opção de três respostas que variam na pontuação de 0 a 3. O escore final é atribuído à soma de cada item, variando de 0 a 15, podendo ser observado o sucesso da amamentação a partir de 7. Escores a baixos de sete indicam fortemente que uma assistência é requerida, pois o aleitamento está sendo prejudicado. Particularmente, a baixa pontuação em uma categoria específica indica o foco de atenção[25]. Verifica-se, então, que este protocolo avalia globalmente a amamentação.

Por fim, empregando um recurso diferente, Rocha et al. (2010) avaliaram a amamentação objetivamente, por meio de eletromiografia[26]. A técnica desenvolvida exigiu a implantação de um cateter de polietileno colocado lateralmente ao seio da mãe. Um transdutor de pressão foi acoplado ao cateter para detectar e variações de pressão que ocorreram durante a sucção. O sinal de pressão foi obtido através das alterações de pressão que ocorreram quando os lábios e a língua do recém-nascido comprimiram o seio. Os sinais foram registados durante 5 minutos, gravados em um computador e armazenados para análise. Para a análise, foi escolhido o minuto com a melhor qualidade de sinal (1 min de gravação). A placa do adaptador usado para conversão era uma TD-2081, da Data Translation Sistemas, e a receptora de sinal

analógico, da PCLAB (Data Traduções). Para analisar e processar os dados digitais foi utilizado o ANADAT/software LABDAT (Meakies Chrities, Montreal, Canadá). Foram analisadas as seguintes variáveis: número de eclosões por minuto, número de sucções por eclosões, a frequência da sucção, a frequência de pausas e tempo e duração das pausas. Este estudo permitiu a mensuração objetiva do padrão da sucção.

Discussão

A partir da apresentação dos seis artigos selecionados, constata-se que metade (n=3) eram brasileiros, sendo que somente um deles foi publicado em revista internacional. Os demais artigos eram provenientes de pesquisas realizadas na Suécia, no Canadá e na Turquia, tendo sido publicados em revistas internacionais.

Quanto ao delineamento, predominaram as pesquisas empíricas prospectivas, que se mostram adequadas aos objetivos dos estudos analisados. De fato, apenas um dos artigos apresentou uma abordagem retrospectiva. Este tipo de abordagem poderia causar um viés de aferição, pois os achados já haviam sido coletados por outros profissionais.

Os objetivos dos artigos selecionados foram semelhantes entre si, porém, a avaliação e a mensuração da amamentação foram bastante diversificadas. Em quatro artigos [15,16,18,24] a avaliação foi feita de forma clínica, por meio de observação, enquanto que, em um artigo, foi realizada uma autoavaliação pela mãe [21] e, em outro, a avaliação foi realizada de modo objetivo, através da captação de respostas por eletromiografia [26].

Considerando que os RNPT, devido à imaturidade cerebral, podem apresentar limitações durante a alimentação, como dificuldade de permanecer em estado de alerta, tônus predominantemente extensor e reflexos orais ausentes ou incompletos [11,27] e que, além disso, pode haver dificuldades no desempenho das habilidades motoras orais, como alterações na mobilidade lingual, abertura exagerada de mandíbula, vedamento labial insuficiente e diminuição das bolsas de gordura nas bochechas, faz-se imprescindível uma avaliação minuciosa da alimentação. Essas alterações aumentam a dificuldade na sucção já existente. Desse modo, o bebê não consegue estabelecer o ritmo e a força adequada à eficiência das mamada[17].

Todos os instrumentos empregados, embora tenham vantagens e pontos fortes, também apresentaram limitações na avaliação do AM. Por exemplo, a BSES–SF, por envolver uma autoavaliação, diferencia a avaliação por ser particularmente materna. Além disso, não avalia aspectos relacionados à sucção, à coordenação e aos comportamentos do recém-nascido durante a amamentação, que podem interferir no processo de amamentação, como mencionado anteriormente. Já a PIBBS não leva em consideração as perspectivas e comportamentos maternos e demais fatores do bebê que podem influenciar no AM. Por sua vez, o protocolo elaborado por Delgado e Halpern (2005) não avalia as condições finais da amamentação. Ainda, na avaliação da amamentação, considera somente aspectos relacionados à SN do recém-nascido e os sinais de vínculo com a mãe, não abrangendo sinais como ejeção de leite e conforto materno. Afora isso, esse instrumento tem um aspecto limitador adicional, que é a falta de validação.

Contudo, mesmo o Protocolo de Observação e Avaliação da Mamada, utilizado no Brasil, apresenta limitações. Esse instrumento não leva em consideração as condições finais da mamada nem avalia a efetividade da amamentação. Da mesma forma, o LATCH não leva em conta o padrão da sucção, as condições da mama como um todo, a ejeção de leite e os comportamentos finais na mamada. Mesmo um instrumento objetivo como a eletromiografia não considera o posicionamento e a pega de uma forma natural, pois houve a orientação do fonoaudiólogo para a realização da mensuração. Além disso, a avaliação da ejeção do leite foi feita de forma subjetiva, questionando-se a mãe após a amamentação, inclusive sobre a situação da mama. Desta forma, não foi analisada objetivamente a ejeção e a eficiência na extração de leite. Desse modo, percebe-se que todos os protocolos empregados nos estudos revisados apresentam limitações na avaliação atual do AM, uma vez que essa prática deve considerar aspectos da mãe, do bebê e da relação entre ambos.

Além disso, apesar da estratégia de busca ter sido direcionada para protocolos de avaliação do AM de RNPT, apenas no artigo de Nyqvist, 2008 se utilizou um protocolo “pronto” e específico para esse público. Pensa-se que essa é uma limitação dos protocolos revisados, já que se deve avaliar criteriosamente o padrão de amamentação dos bebês prematuros, pois suas características orofaciais e fisiológicas são distintas daquelas de um recém-nascido a termo. Ao encontro

disso, na pesquisa de Delgado e Halpern (2005) pode-se observar um protocolo levando as características maturacionais e orofaciais dos prematuros.

Conclusão

Esta revisão serviu para verificar as ferramentas que estão sendo utilizadas atualmente na avaliação do AM em RNPT por clínicos e pesquisadores. Constatou-se que, de forma geral, os protocolos avaliam o AM de forma ampla, sendo que apenas um avaliou de forma específica cada aspecto envolvido na amamentação (instrumento esse que foi elaborado pelos próprios pesquisadores). Ainda, ficou evidente a escassez de protocolos direcionados especificamente para a avaliação do AM de RNPT, uma vez que as ferramentas empregadas não foram especificamente delineadas para esse público, com exceção do Preterm Infant Breastfeeding Behavior Scale.

Cabe salientar que, além dos protocolos e escalas citados na revisão, outros encontram-se disponíveis para uso, como por exemplo, o proposto pela UNICEF. Contudo, talvez pela estratégia de busca empregada ou mesmo pela estratégia de seleção dos artigos, não foram recuperados e analisados estudos que tenham utilizado tal protocolo na avaliação do AM em RNPT. Em decorrência, pensa-se que outras revisões possam ser realizadas, com outras estratégias de busca, considerando, por exemplo, um período maior de publicação e outros idiomas, para que se possa ampliar a abrangência da análise e evitar possíveis vieses.

Bibliografia

1. Vaast, P; Houfflin-Debarge V; Derueelle P.; Subtil D; Storne L; Puech F. Could the consequences of premature delivery be futher attenuated by means of new prenatal strategies? Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol. v. 117, n. 1, p. 21-24, 2004.

2. Pineda R. Predictors of breastfeeding and breastmilk feeding among very low birth weight infants. Breastfeed Med. v. 6, n. 5, p. 1-5, 2010.

3. Giugliani ERJ. Problemas comuns na lactação e seu manejo. J Pediat (Rio de Janeiro, Brasil), v. 80, n. 5, p. 147-154, 2004.

4. World Health Organization. Report of the expert consultation on the optimal duration of exclusive breastfeeding: conclusions and recommendations. Geneva: WHO; 2001.

5. Brasil, Ministério da Saúde. Prevalência de aleitamento materno nas capitais brasileiras e no Distrito Federal. Brasília: Ministério da Saúde; 2001.

6. Brasil, Ministério da Saúde. II Pesquisa de prevalência de Aleitamento Materno nas Capitais Brasileiras e Distrito Federal. Brasília: Editora do Ministério da Saúde; 2009.

7. Silva PKda; Almeida STde. Avaliação de recém-nascidos prematuros durante a primeira oferta de seio materno em uma uti neonatal. Rev. CEFAC (São Paulo , Brasil) , v. 17, n. 3, p. 927-935,2015 .

8. Castelli CTR; Almeida STde. Avaliação das características orofaciais e da amamentação de recém-nascidos prematuros antes da alta hospitalar. Rev. CEFAC (São Paulo, Brasil) , v. 17, n. 6, p. 1900-1908, 2015 .

9. Gaíva MAM; Gomes MMF; Scochi CGS. Aleitamento materno em recém-nascidos internados em UTI neonatal de um Hospital Universitário de Cuiabá-MT. Pediatr Mod, (Cuiabá, Brasil), v. 36, n. 3, p.119-126, 2000.

10. Serra SOA; Scochi CGS. Dificuldades maternas no processo de aleitamento materno de prematuros em uma UTI neonatal. Rev Latinoam Enferm. v. 12, n. 4, p. 597-605, 2004.

11. Scochi CGS; Gauy JS; Fujinaga CI; FONSECA L.M.M.; ZAMBERLAN N.E. Transição alimentar por via oral em prematuros de um Hospital Amigo da Criança. Acta Paul Enferm. v. 23, n. 4, p. 540-545, 2010.

12. Silva SMDS; Segre CADM. Fatores que influenciam o desmame no recém-nascido prematuro. Rev. bras. crescimento desenvolv. Hum, v. 20, n. 2, p. 291- 301, 2010.

13. World Health Organization. Positioning a baby at the breast. In: Integrated Infant Feeding Counselling: a trade course. Genebra: WHO; 2004.

14. Vieira AC; Costa AR; Gomes PGde. Boas práticas em aleitamento materno: Aplicação do formulário de observação e avaliação da mamada. Rev. Soc. Bras. Enferm. Ped., v.15, n.1, p 13-20, Jun 2015.

15. Delgado SE; Halpern R. Breastfeeding of premature babies with less than 1500g: oral motor functioning and attachment (original title: Amamentação de prematuros com menos de 1500 gramas: funcionamento motor-oral e apego). Pró-Fono Revista de Atualização Científica, Barueri (SP), v. 17, n. 2, p. 141-152, maio-ago. 2005.

16. Nyqvist, KH. Early attainment of breastfeeding competence in very preterm infants. Acta Pædiatrica/Acta Pædiatrica v. 97, p. 776–781, 2008.

17. Melo AM. Avaliação da mamada em recém-nascidos prematuros. 2008. 71 p. Dissertação (Mestrado) – Programa de Pós-Graduação em Saúde da Criança e do Adolescente, Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 2008.

18. Scheeren B, Mengue APM, Devincenzi BS, Barbosa LR, Gomes E. Early conditions in the breastfeeding of premature newborn infants. J Soc Bras Fonoaudiol, v. 24, n. 3, p.199-204, 2012.

19. Carvalhaes MA, Corrêa CR. Identificação de dificuldades no início do aleitamento materno mediante aplicação de protocolo. J Pediatr (Rio J) v. 79, n. 1, p. 13-20, 2003.

20. UNICEF. Breastfeeding management and promotion in a baby-friendly hospital: an 18-hour course for maternity staff. New York: UNICEF; 1993.

21. Wheeler BJ; Dennis CL. Psychometric Testing of the Modified Breastfeeding Self-Efficacy Scale. JOGNN; v. 42, Issue 1. 2013.

22. Tavares MC et al. Application of Breastfeeding Self-Efficacy Scale-Short Form to post-partum women in rooming-in care: a descriptive study. Online Brazilian Journal of Nursing, [S.l.], v. 9, n. 1, mar. 2010.

23. Feitosa MC et al. Uso de escalas/testes como instrumentos de coleta de dados em pesquisas quantitativas em enfermagem. Revista de Políticas Públicas, v. 13, n. 2, 2015.

24. Altuntas N; Kocak M; Akkurt S; RaziHC; Kislal MF. LATCH Scores and Milk Intake in Preterm and Term Infants: A Prospective Comparative Study. BREASTFEEDING MEDICINE v. 10, n.2, 2015.

25. Jensen D; Wallace S; Kelsay P. LATCH: a breastfeeding charting system and documentation tool. J Obstet Gynecol Neonatal Nurs. v. 23 p. 27-32. 1994.

26. Rocha AD et al. Development of a technique for evaluating temporal parameters of sucking in breastfeeding preterm newborns. Early Human Development. v. 87, p. 545–48, 2011.

27. Andrades ISN; Guedes ZCF. Sucção do recém nascido prematuro: comparação do método Mãe-Canguru com cuidados tradicionais. R. Bras. Saúde Mat.-Infant., Recife, v. 5, n. 1, p. 61-69, jan.-mar. 2005.

4. CAPÍTULO 2: ARTIGO EMPÍRICO

(A ser submetido para o periódico Jornal de Pediatria - Classificação QUALIS CAPES B2 - Área: Medicina I)

Título do artigo:

ALEITAMENTO MATERNO EM BEBÊS PREMATUROS: ESTUDO DE COORTE

Título abreviado:

ALEITAMENTO MATERNO EM BEBÊS PREMATUROS

Autores:

1. Carla T R Castelli – Fonoaudióloga Mestranda no PPG Ciências da Saúde UFCSPA

   Endereço eletrônico: carlathamiresrc@hotmail.com
   Currículo Lattes: http://lattes.cnpq.br/5580559210385743
   Contribuição específica para o estudo: pesquisadora de campo

2. Sheila T Almeida

   Endereço eletrônico: sheilat@ufcspa.edu.br
   Currículo Lattes: http://lattes.cnpq.br/0133108539506684
   Contribuição específica para o estudo: orientação metodológica e científica

3. Daniela C Levandowski

   Endereço eletrônico: danielal@ufcspa.edu.br
   Currículo Lattes: http://lattes.cnpq.br/1329557041151387
   Contribuição específica para o estudo: orientação metodológica e científica

Declaração de conflito de interesse: nada a declarar

Instituição ou serviço oficial ao qual o trabalho está vinculado: Universidade de Ciências da Saúde de Porto Alegre

Autor Responsável: Daniela Centenaro Levandowski - Professora do Departamento de Psicologia e dos Programas de Pós-Graduação em Ciências da Saúde e Psicologia e Saúde da UFCSPA
Endereço: Rua Sarmento Leite 245, Sala 207 - Porto Alegre, RS. CEP: 90050-170.
Telefone: (51) 33038826
Endereço eletrônico: danielal@ufcspa.edu.br

Contagem total das palavras do texto: 3000

Contagem total das palavras do resumo:243

Número de tabelas e figuras:4

Resumo:

Objetivo: Identificar, por meio de um estudo de coorte prospectivo, realizado com bebês prematuros em dois hospitais públicos de Porto Alegre, os fatores favoráveis e desfavoráveis à manutenção do aleitamento materno (AM) nos primeiros seis meses após a alta.

Metodologia: Estudo de coorte prospectivo, cuja amostra foi composta por 50 bebês prematuros (média de idade gestacional de 235,6 dias ± 18,6) internados em UTI Neonatal, com alta hospitalar de dezembro de 2015 a novembro de 2016, e suas mães (idade média=31 anos, 34% com Ensino Médio completo). Foram realizadas quatro avaliações do AM e de aspectos da díade mãe-bebê relacionados a sua continuidade ou interrupção (alta hospitalar, primeiro, terceiro e sexto mês posterior).

Resultados: A duração média do AM foi 128,15±14,7 dias. Verificou-se melhora no padrão da amamentação após o primeiro mês da alta hospitalar. Entretanto, a prevalência de AM exclusivo no sexto mês foi de apenas 2%. Encontraram-se associações significativas entre interrupção do AM e menor idade gestacional e menor peso ao nascimento ($p<0,05$). Por outro lado, a presença de apoio à mãe reduziu a chance dessa interrupção.

Conclusão: Os achados apontam para uma redução importante na duração do AM de prematuros após a alta hospitalar, destacando a relevância de um acompanhamento especialmente após o primeiro mês. Sinalizam ainda a necessidade de um manejo especial para bebês que apresentam maior risco de interrupção precoce do AM, por características próprias ou do contexto.

Palavras-chaves: aleitamento materno, prematuridade, desmame precoce.

Abstract:

Objective: To identify, through a prospective cohort study conducted with preterm infants in two public hospitals of Porto Alegre, the favorable and unfavorable factors to the maintenance of breastfeeding in the first six months after hospital discharge.

Methods: A prospective cohort study, comprising 50 preterm infants (mean of gestational age, of 235.6 days ± 18.6) admitted to the neonatal ICU, with hospital discharge to December 2015 until November 2016, and their mothers (mean age = 31 years, 34% with complete secondary education). Four evaluations of breastfeeding and aspects of the mother-infant dyad related to the maintenance of breastfeeding or weaning were performed: during hospital discharge, and at one, three and six months after.

Results: The mean duration of breastfeeding was 128.15 15±14.7 days. An improvement of the pattern of breastfeeding after the first month of hospital discharge was verified. However, the prevalence of exclusive breastfeeding in the sixth month was only 2%. There were significant associations between weaning and lower gestational age and birth weight ($p < 0.05$). On the other side, the presence of support for the mother reduced the chance of breastfeeding cessation.

Conclusion: The findings point to a significant reduction in the duration of breastfeeding of premature infants after hospital discharge, highlighting the relevance of follow-up support after hospital discharge, especially after the first month. They also indicate the need for special management for preterm infants that present a higher risk of early interruption of breastfeeding due to personal or contextual characteristics.

Key words: Breastfeeding; Prematurity; Weaning.

Introdução

O aleitamento materno (AM) é primordial para a saúde do recém-nascido (RN), pois garante a nutrição adequada, protege contra doenças e previne a mortalidade infantil1. Nos recém-nascidos prematuros (RNPT), o AM é ainda mais importante, já que estes bebês tem elevadas taxas de morbidade e mortalidade[2]. O leite humano é protetor de várias doenças, estando associado a uma menor incidência de enterocolite necrotizante[3], principal causa de morte prematuros[4]. Além disso, o aleitamento materno exclusivo (AME) está associado a períodos mais curtos de internação neonatal e menores custos de hospitalização do que uma dieta parcial de leite humano[5,6].

Contudo, nos bebês prematuros o processo da amamentação pode ser mais difícil, em decorrência da imaturidade global e do sistema sensório motor oral. As características maturacionais para as funções do sistema estomatognático se complementam por volta da 34º semana gestacional (reflexo de procura e de deglutição surgem entre a 9ª e a 11ª semanas; o reflexo de sucção entre a 18ª e 24ª; a coordenação entre a sucção, deglutição e respiração na 34ª)[7]. Por consequência, o nascimento precoce, em função dessa imaturidade, pode acarretar alteração dos reflexos orais - reflexos de vômito ou mordida exagerados, incoordenação entre deglutição/respiração/sucção, sucção fraca ou sem ritmo, falhas respiratórias e episódios de tosse durante a alimentação, além do uso de sonda gástrica para alimentação[8.9]. A dificuldade oral, na amamentação, pode alterar as condições da pega e da retirada do leite pelo recém-nascido, levando a uma mamada insatisfatória e, consequentemente, baixo ganho de peso[10]. O fonoaudiólogo é o profissional capacitado para avaliar e reabilitar este sistema, quando alterado[11], favorecendo o AM entre RNPT.

Além disso, a nutriz de prematuros pode apresentar dificuldades para essa prática, tanto fisiológicas, como baixa produção de leite e déficit na manutenção da ordenha, como psicossociais, como estresse, insegurança e vínculo mãe-bebê de mais difícil estabelecimento[12]. Esse conjunto de alterações pode acarretar a interrupção do AM devido à baixa lactação e ao manejo inadequado da suplementação alimentar após a alta hospitalar [13].

Dessa forma, um estudo europeu destacou a relevância da criação de políticas específicas para aumentar o número de RNPT que recebem o leite materno e para apoiar as mães na amamentação desses bebês[14]. Nesse sentido, estudo

realizado em três regiões europeias observou que a participação das nutrizes em grupos de apoio à amamentação favorece a probabilidade dessa prática em prematuros tardios por mais tempo[15]. Também um estudo brasileiro, que contou com uma coorte de um mês de acompanhamento, observou que as orientações de profissionais facilitaram o sucesso da amamentação, mas, em contrapartida, o uso da chupeta esteve relacionado ao prejuízo dessa prática[16]. No mesmo sentido uma revisão integrativa concluiu que a duração da amamentação em prematuros está associada a exposição ao Método Canguru, educação pré-natal e quantidade de leite materno durante a primeira semana após a alta[17].

Um estudo do Reino Unido observou a redução de custos no “National Health Service UK” pela prática de AM para bebês prematuros, devido à redução das taxas de enterocolite necrosante, sepse, síndrome de morte súbita do lactente, leucemia, otite média, obesidade e comprometimento do neurodesenvolvimento[18]. Diante da relevância do AM para bebês prematuros, verifica-se a importância de investigar longitudinalmente esse tema, a fim de verificar eventuais dificuldades para a sua manutenção.

O estudo[19] de MAASTRUP (2014), realizado na Dinamarca, acompanhou as famílias desde uma semana após o parto até os 12 meses de vida da criança (ou até que a amamentação tivesse cessado). A autora verificou que, quanto menor a idade gestacional, maiores as chances de fracasso da amamentação. Por outro lado, quanto maior a escolaridade materna, maiores as chances de sucesso.

Outro estudo longitudinal retrospectivo, de dois anos de acompanhamento através do sistema MOISAC, realizado em sete países europeus, concluiu que a displasia broncopulmonar, a menor idade gestacional e o fato de ter nascido de gestações múltiplas foram aspectos que dificultaram o AME nesses bebês[20]. Já um estudo longitudinal australiano demonstrou que os RNPT tem maior risco de não iniciar o AM ou de serem exclusivamente amamentados na alta hospitalar, quando comparados aos RN termos. A idade gestacional e a cesariana são fatores de risco que afetaram negativamente o sucesso da amamentação nesses bebês[21].

Por fim, um estudo coreano, que acompanhou por três meses RNPT, verificou uma maior proporção de alimentação de fórmula do que de AME ao longo do tempo. Nesse estudo, foram preditores de AME: o tipo de parto, a intolerância alimentar e o método de alimentação utilizado durante a hospitalização[22].

Embora os estudos mencionados mostrem-se relevantes, são poucos aqueles que avaliaram a amamentação em bebês prematuros por meio de um acompanhamento de coorte, especialmente no âmbito internacional. Assim, o presente estudo objetivou avaliar longitudinalmente o AM de RNPT, da alta hospitalar até seis meses depois, para verificar fatores que contribuem para a sua manutenção ou interrupção. Na literatura sobre o tema, não foram encontrados estudos com acompanhamento de tempo tão extenso. Além disso, os estudos encontrados não contemplaram a avaliação dos diversos aspectos inerentes ao processo de amamentação (pega, condições de ordenha do RN, uso de suplementos concomitante ao AM), bem como fatores externos a essa prática, mas que nela interferem (por exemplo, apoio à nutriz, uso de medicamentos), o que permite ampliar a compreensão do tema.

Método

Foi realizado um estudo de coorte prospectivo e descritivo, no período de dezembro de 2015 até novembro de 2016, em dois hospitais públicos de Porto Alegre. O estudo contou com a aprovação dos Comitês de Ética em Pesquisa das instituições envolvidas (CAAE: 48618115.7.0000.5345).

Calculou-se o tamanho da amostra estimando-se a prevalência de 74% de AM em RNPT por ocasião da alta hospitalar[23] um nível de confiança de 95% e um erro de 8%. Adicionou-se 20% de índice para possíveis perdas, contando-se com um tamanho amostral de 70 díades. Até o mês de novembro de 2016, 50 díades haviam completado todas as etapas de acompanhamento previstas no estudo.

Assim, a amostra foi composta por 50 RNPT internados em Unidade de Terapia Intensiva (UTI) Neonatal de dois hospitais públicos da cidade de Porto Alegre, que são referência para todo o estado do Rio Grande do Sul, e suas mães. Como critério de inclusão, os RN deveriam ser prematuros (abaixo de 37 semanas gestacionais), ter indicação para AM, estar em AM na alta hospitalar e não apresentar as seguintes comorbidades: hemorragia peri-intraventricular grau III e IV; Apgar menor que 7 no 5º minuto; síndromes genéticas; malformações congênitas de sistema nervoso central, cabeça e pescoço, além de meningite, as quais poderiam interferir no desempenho durante a alimentação por via oral. Já como critérios de exclusão, foram considerados: mães que desistiram de colaborar com o estudo, que apresentaram algum transtorno mental grave, presidiárias, que demonstraram o

desejo de não amamentar ou que contavam com contraindicação médica de amamentação.

Foram realizadas quatro avaliações das díades mãe-bebê. A primeira avaliação foi realizada na alta hospitalar do RNPT ou em até 48h antes da alta, presencialmente, assim como a segunda, um mês após. Para dar segmento, entrou-se em contato telefônico com a mãe para agendar a segunda etapa, no domicílio da dupla ou em local de preferência. Já a terceira (três meses) e a quarta etapas (seis meses após a alta) foram realizadas via contato telefônico. A coleta seguinte era automaticamente cancelada, se o RN não estava mais sendo amamentado, pois se considerou esse como um desfecho de interrupção (n=17; 34%). Por outro lado, foram consideradas perdas amostrais (n=17; 34%) os casos em que o RN foi a óbito (n=2), em que a mãe desistiu de participar (n=1) ou mesmo em que não foi possível realizar o segmento da coleta por impossibilidade de contato com a mãe, devido à alteração de contato telefônico ou número de telefone não existente (n=14).

As mães aceitaram colaborar com o estudo mediante a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), após a apresentação da proposta de pesquisa, que ocorreu nas dependências dos hospitais. A partir da concordância, foram aplicados os seguintes instrumentos: “Ficha de Identificação da Dupla Mãe-RN”, “Questionário para a Mãe – Alta Hospitalar”, “Protocolo de Avaliação da Amamentação do Recém-Nascido Prematuro” e “Questionário para a Mãe – Após a alta hospitalar”.

Foram utilizados questionários de caráter estruturado, com respostas fechadas, com objetivo de colher dados sociodemográficos para a caracterização da amostra, e examinar a continuidade do AM no hospital e no domicílio. Utilizou-se na primeira etapa a “Ficha de Identificação da Dupla Mãe-RN”, coletando dados maternos, gestacionais e do RNPT; e o “Questionário para a Mãe – Alta Hospitalar”, com dados referentes ao AM, enquanto que, na terceira e quarta etapas, o “Questionário para a Mãe – Após a alta hospitalar”, para coletar informações sobre a continuidade do AM e/ou motivo para desmame.

Também foi aplicado, nas etapas 1 e 2, o “Protocolo de Avaliação da Amamentação do Recém-Nascido Prematuro”[24], para avaliar as condições da mama, do RN e do vínculo mãe-RN em relação ao AM. Esse protocolo é constituído por sete categorias de avaliação: I. Aspectos relacionados à mama; II. Reflexo de procura do RN; III. Sinais de vínculo mãe/recém-nascido; IV. Posição mãe/recém-

nascido durante a mamada; V. Condições de pega ao peito; VI. Condições de ordenha ao peito; e VII. Condições finais da mamada. As respostas de cada categoria poderão ser classificadas em: 2 - condições observadas adequadas, 1 - condições intermediárias, e 0 - condições inadequadas.

A primeira e segunda etapas foram realizadas apenas por uma avaliadora, fonoaudióloga, com a capacitação apropriada para a aplicação do protocolo de amamentação. A terceira e quarta etapa foram realizadas por três avaliadoras, sendo uma fonoaudióloga e duas graduandas em Psicologia. Todas elas receberam treinamento para a realização dos contatos telefônicos.

Os dados foram armazenados em planilha eletrônica e, para análise estatística, utilizou-se o programa SPSS versão 23. Os resultados das variáveis qualitativas categóricas foram apresentados em frequência e percentual, enquanto que das variáveis quantitativas, em médias e desvio-padrão. Curvas de Kaplan-Meier foram utilizadas na análise do tempo até o desmame e os fatores foram testados com o auxílio do Teste Long Rank. As razões de chances (OR) foram obtidas mediante análise de regressão de Cox e apresentadas com intervalo de confiança de 95%. Considerou-se como significativas as variáveis com “p-valor” igual ou inferior a 0,05.

Resultados

Os RNPT que compuseram a amostra possuíam uma média de idade gestacional (em dias) de 235,6 ±18,6; de peso ao nascimento (em gramas), de 1808,4± 567,6; de Apgar no primeiro minuto de 7,3±1,7 e, no quinto minuto, de 9,0±0,8; e de dias de vida extra-uterina, quando ingressaram na primeira etapa da pesquisa, de 24,8±21,1. Em relação ao sexo, foi igualmente distribuído entre feminino e masculino na amostra (50%). Dos RNPT avaliados, 29 (58%) receberam atendimento fonoaudiológico durante a internação hospitalar. Já os dados de caracterização das mães dos RNPT avaliados encontram-se na Tabela 1.

Dados relacionados à percepção materna sobre o AM no momento da alta encontram-se na Tabela 2. O AM nessa amostra (n= 33), desconsiderando as perdas de segmento, foi mantido por uma média de 128,15±14,7 dias, sendo que, em 15 casos (45,4%), foi interrompido e em 17 (54,5%) foi continuado, mesmo após o término da participação na pesquisa. Somente em um caso (2%) houve AME até

os seis meses de acompanhamento. Outros dados referentes ao AM estão na Tabela 3.

Quanto à avaliação e às características do AM, mensuradas por meio do Protocolo de Avaliação da Amamentação do RNPT[24], na maioria das categorias foram obtidos escores muito próximos à pontuação máxima. A Tabela 4 apresenta os resultados obtidos em cada dimensão avaliada pelo Protocolo, nas duas etapas de aplicação (alta hospitalar e um mês após). Conforme a tabela, verificou-se, de modo geral, uma melhora nos padrões da amamentação da Etapa 1 para a 2.

Nas análises estatísticas realizadas entre as variáveis do estudo, constatou-se uma associação relacionada à idade gestacional e ao tempo de amamentação. No caso, a cada semana a mais de idade gestacional, verificou-se uma queda de 14% da chance de interrupção do AM (OR=0,86 IC95%(0,73-1,00); p= 0,058). Quanto ao peso ao nascimento, a cada 100 gramas a mais do RNPT, houve queda de 10% da chance da interrupção do AM (OR=0,99 IC95%(0,99-1,00); p= 0,042). Outro dado significativo relacionou-se ao apoio recebido pela mãe para os cuidados com o RNPT. Contar com tal apoio diminuiu em 76% a chance de desmame, em comparação a não contar (OR=0,24 IC95%(0,07-0,87); p= 0,030). As demais correlações entre os dados não atingiram significância estatística.

Discussão

Neste estudo apenas 2% da amostra alcançou o período de AME recomendado pela OMS (2000), que é de 180 dias, tanto para RN a termo quanto para pretermos[25], o que demonstra dificuldade de manutenção do AM no contexto da prematuridade. Esses achados concordam com o panorama europeu encontrado por MAASTRUP, 2014, de baixa prevalência de AM em RNPT, embora com índices maiores aos encontrados no presente estudo.

Conforme a literatura, o AM em RNPT é mais difícil, devido à imaturidade fisiológica e neurológica do RN, que implica em vários aspectos que interferem na sua iniciação e estabelecimento, tais como redução do tempo e da permanência do estado de alerta, hipotonia muscular e hiper-reatividade aos estímulos do meio ambiente[26]. Essas características podem explicar em parte os achados do presente estudo. De fato, considerando a percepção das mães já no momento da alta, encontrou-se dificuldade em função do fato de bebê dormir quando começava a mamar.

Nesse sentido, foi observada uma associação entre idade gestacional ao nascimento e a duração da amamentação, havendo menor chance de interrupção do AM com o aumento de cada semana de idade gestacional. Tal achado pode ser explicado pelo fato de a idade gestacional influenciar nas habilidades orais de alimentação e nos padrões de sucção de prematuros, podendo, portanto, afetar a progressão da alimentação oral, e, com isso o adequado estabelecimento do AM[27,28]. Outro estudo[21] também observou menores chances dos RNPT estarem em AM no momento da alta, quando comparados com RN a termo. Achado semelhante foi encontrado no estudo de Freitas et al, 2016, no qual o risco de interrupção do AM entre prematuros de idade gestacional inferior a 32 semanas foi 2,6 vezes maior em relação aos que nasceram com 32 semanas ou mais.

Outro dado significativo que concorda com a literatura [29,30] foi a relação encontrada entre duração de AM e peso ao nascimento, pois, quanto menor o peso, menor o tempo de amamentação. Isso pode estar relacionado com as práticas recomendadas por alguns profissionais, que preconizam o ganho ponderal mais acelerado, utilizando, e introduzindo precocemente, fórmulas infantis e farinhas[29]. Por essas práticas, consequentemente, é comum que os RNPT estejam na internação hospitalar já utilizando a fórmula como complemento[31]. Porém, sabe-se que é mais favorável que o RNPT esteja em AME na ocasião da alta hospitalar para que se alcance o sucesso do AM[32,33]. Pensa-se que, para RNPT de baixo peso, uma prática que favoreceria a amamentação seria o Método Canguru, pois o contato físico e afetivo tem impacto positivo sobre essa prática[34,12,17]. Contudo, chama a atenção o fato de que, na avaliação da amamentação realizada na alta hospitalar e um mês após, foram identificados bons escores em relação a todos os aspectos considerados, que incluíam condições da mama, da ordenha, da mamada (pega, posição), do RNPT (reflexo de procura) e da díade (sinais de vínculo mãe/recém-nascido).

Por outro lado, considerando a percepção das mães no momento da alta, encontrou-se dificuldade em função de dor nas mamas e pouca produção de leite. Estudos apontam a dificuldade da puérpera de manutenção de produção de leite no caso de prematuridade. Isso pode acarretar ingurgitamento mamário e, por consequência, dores mamárias[35-8]. Estudiosos explicam esses efeitos pelo impedimento inicial do AM e pela difícil manutenção do leite, bem como por

complicações na ordenha e dificuldade de cumprimento do horário da mamada das unidades hospitalares, para estimular a produção de leite[35-8].

No entanto, na alta hospitalar, as mães também apontaram pontos positivos, como pega correta, leite na quantidade normal ou superior, força normal de sucção do bebê e um desejo unânime de manutenção da amamentação após a alta hospitalar. Sendo assim, dificuldades encontradas pelas díades em relação ao apoio às mães após a alta hospitalar parecem ter contribuído de forma relevante para o desmame, para além das condições do RN já apontadas. Esses achados coadunam com o preconizado pelo Ministério da Saúde do Brasil (2013), que destaca a importância dos aspectos psicossociais na manutenção da produção do leite materno, para além do papel desempenhado pelos hormônios. A prolactina, responsável pela produção de leite, e a ocitocina, responsável pela liberação de leite, são hormônios fundamentais no processo de amamentação. Embora a liberação da prolactina se dê pela sucção ou ordenha, a ocitocina, é liberada por reflexos somato-psíquicos, incluindo a sucção ao seio e o estado emocional da mãe. Assim, deduz-se que, diante do estresse vivenciado pela internação do bebê e dos riscos de vida muitas vezes por ele enfrentados[39], é de extrema relevância que a puérpera se sinta acolhida e apoiada, para evitar problemas relacionados com a ejeção de leite. Uma medida possível nesse sentido é o estímulo do contato pele a pele, para além de ações de acolhimento e orientação das nutrizes[10,40].

Particularmente, o apoio mostrou-se determinante no processo do estabelecimento do AM. No presente estudo, quem contou com apoio para os cuidados com o RNPT teve redução de 76% das chances de desmame precoce. Nessa perspectiva, a literatura indica que o apoio dado à mulher por familiares, amigos e vizinhos durante o processo gravídico-puerperal é de suma importância, podendo ser considerado um determinante na adesão e manutenção da amamentação[41,42,43]. Os profissionais, aspecto não diretamente avaliado no presente estudo, também fariam parte dessa rede de apoio, exercendo papel fundamental no sucesso da amamentação[44-6], por meio de orientações[47].

No presente estudo a maioria das mães referiu ter recebido orientações dos profissionais sobre amamentação. Melo et al, 2016 destacaram que todos os RNPT e de baixo peso na alta hospitalar estavam em AME possivelmente devido às orientações e intervenções fonoaudiológicas realizadas durante o período de internação, o que foi identificado em estudo realizado pelos autores em uma UTI

neonatal[48]. Esse pode ser um dos fatores que contribuíram para o baixo índice de desmame precoce após alta hospitalar, encontrado no presente estudo, já que os hospitais contavam com profissionais dessa natureza, bem como para a melhora dos aspectos avaliados no primeiro mês após a alta. Em virtude disso, questiona-se sobre a necessidade de orientação ou auxílio para que o AM se mantivesse para além desse período de tempo.

Considerações Finais

Este estudo objetivou avaliar longitudinalmente o AM de RNPT, da alta hospitalar até seis meses depois, para verificar fatores que contribuem para a sua manutenção ou interrupção. Encontrou-se uma falha na duração da amamentação, com baixo índice de AME ao longo dos seis meses após a alta hospitalar. Quanto aos fatores favoráveis à manutenção da amamentação, foram identificados a presença de apoio para os cuidados com o recém-nascido. Já como fatores desfavoráveis à manutenção do AM, identificou-se o menor peso ao nascimento e a menor idade gestacional do RNPT. Os achados indicam que, embora aspectos do RNPT possam contribuir para o desmame, aspectos do contexto mostraram-se tão importantes quanto para a sua manutenção, denotando a relevância de uma atuação interdisciplinar junto a essa população, a partir da qual possam ser trabalhados aspectos emocionais e contextuais da díade mãe-bebê.

Também a falha na duração do AME, encontrada no estudo, aponta para a importância do acompanhamento multiprofissional dessas díades após a alta hospitalar. Atualmente, tal acompanhamento acaba ficando a cargo, predominantemente, dos pediatras ou clínicos gerais das unidades básicas de saúde, considerando a clientela avaliada no presente estudo. Entretanto, devido às características do RN e as particularidades que impõem à amamentação, seria imprescindível também o acompanhamento de profissionais da Fonoaudiologia e da Psicologia. Além disso, os achados indicam a necessidade de um manejo especial com RNPT baixo peso e com menor idade gestacional, pela maior vulnerabilidade que apresentam para o desmame precoce.

Embora o presente estudo tenha trazido contribuições importantes para a prática clínica e as políticas de saúde, algumas limitações podem ser citadas, como o viés de informação, pois muitas vezes observou-se informações contraditórias entre as respostas fornecidas pelas mães e os dados obtidos nos prontuários como,

por exemplo, quanto ao uso de tabaco. Pode ter ocorrido também viés de memória com relação ao período de AM nos casos de desmame. Outra limitação pode ter sido o contato telefônico como meio de coleta de dados, o que ocasionou uma elevada perda de segmento, por alterações de número, além de não se contar com dados de observação in loco da díade mãe-bebê. Por fim, embora o protocolo usado para a avaliação da amamentação seja destinado a bebês prematuros e avalie diferentes dimensões envolvidas no AM, ainda não é um instrumento validado para o contexto brasileiro, o que poderia ser alcançado em futuros estudos.

Ainda como sugestão para futuros estudos, menciona-se a ampliação do período de acompanhamento de uma coorte, para além da interrupção da amamentação. Isso permitiria realizar uma análise, nos primeiros anos de vida desses bebês, do desenvolvimento das estruturas orofaciais, consistências alimentares de preferência, do vínculo e também de aspectos cognitivos, comparando-se aqueles que foram ou não amamentados e por diferentes períodos de duração da amamentação.

Agradecimentos

As autoras agradecem as acadêmicas do Curso de Psicologia da UFCSPA, integrantes do NEEDS (Núcleo de Estudos em Desenvolvimento e Saúde), que atuaram voluntariamente no processo de coleta de dados: Sofia Milene da Silva, Marina Barth, Vanessa da Silva e Luiza Gaudio.

Referências

1. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde da criança: aleitamento materno e alimentação complementar / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – 2. ed. – Brasília : Ministério da Saúde; 2015. 184 p. (Cadernos de Atenção Básica ; n. 23)

2. Hamilton BE, Hoyert DL, Martin JA, Strobino DM, Guyer B. Annual summary of vital statistics: 2010–2011. Pediatrics.2013;131(3):548–58.

3. Quigley MA, McGuire W. Formula versus donor breast milk for feeding preterm or low birth weight infants. Cochrane Database Syst Rev. 2014;22(4):1-96.

4. Berrington JE, Heam RI, Bythell M, Wright C, Embleton ND. Deaths in preterm infants: changing pathology over 2 decades. J. Pediatric. 2012;160(1):49–53.

5. Johnson TJ, Patel AL, Bigger HR, Engstrom JL, Meier PP. Economic benefits and costs of human milk feedings: a strategy to reduce the risk of prematurity-related morbidities in very-low-birth-weight infants. Adv Nutr. 2014;5(2):207–12.

6. Tully KP, Holditch-Davis D, White-Traut RC, David R, O'Shea TM, Geraldo V. A test of kangaroo care on preterm infant breastfeeding. JOGNN. 2016;45(1):45-61.

7. Calado DFB, Souza R. Intervenção Fonoaudiológica em prematuro. Rev. CEFAC. 2012;14(1): 176-81.

8. Silva LR, Elles MEIS, SILVA MDB, Santos IMM, Souza KV, Carvalho SM. Social factors that influence breastfeeding in preterm infants: a descriptive study. Braz. j. nurs. 2012;11(1):40-52.

9. Bala P, Kaur R, Mukhopadhyay K, Kaur S.. Oromotor stimulation for transition from gavage to full oral feeding in preterm neonates: a randomized controlled trial. Indian Pediatr. 2016;53(1):36-8.

10. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso : Método Canguru : manual técnico / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – 2. ed., 1. reimpr. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2013. 204 p. (Série A. Normas e Manuais Técnicos)

11. Delgado S E. Atuação Fonoaudiológica na Unidade de Terapia Intensiva em Bebê com Síndrome de Pterígeo Poplíteo. Rev. soc. bras. Fonoaudiol, 2009;14(1):123-28.

12. Giannì ML, Bezze E, Sannino P, Stori E, Plevani L, Roggero P, et al. Facilitators and barriers of breastfeeding late preterm infants according to mothers' experiences. BMC Pediatrics.2016;16(1):179-87.

13. Myers D, Rubarth LB. Facilitating breastfeeding in the neonatal intensive care unit: identifying barriers. Neonatal Netw. 2013;32(3):206-12.

14. Bonet M, Forcella E, Blondel B, et al. Approaches to supporting lactation and breastfeeding for very preterm infants in the NICU: a qualitative study in three European regions. BMJ Open. 2015;5(6): e006973

15. Rayfield S, Oakley L, Quigley MA. Association between breastfeeding support and breastfeeding rates in the UK: a comparison of late preterm and term infants. BMJ Open. 2015;5(11): 1-10.

16. De Azevedo M,Da Cunha MLC. Fatores associados ao aleitamento materno. Rev HCPA. 2013;33(1):40-9.

17. Briere C-E, McGrath J, Cong X, Cusson R. An integrative review of factors that Influence breastfeeding duration for premature infants after NICU hospitalization. JOGNN. 2014;43(3): 272–81.

18. Mahon J, Claxton L, Wood H. Modelling the cost-effectiveness of human milk and breastfeeding in preterm infants in the United Kingdom. Health Econ Rev. 2016;6(1):54-63.

19. 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):e108208.

20. Bonet M, Blondel B, Agostinho R. Variations in breastfeeding rates for very preterms infants between region and neonatal units in Europe: results from the MOSAIC cohort. Arch Dis Child Fetal Neonatal, Villejuif. 2011; 94(4):450-52.

21. Ayton J, Hansen E, Quinn S,Nelson M. Factors associated with initiation and exclusive breastfeeding at hospital discharge: late preterm compared to 37 week gestation mother and infant cohort. Int Breastfeed J. 2012;7(16): 2-6.

22. Lee SY, Jang GJ. Prevalence and predictors of exclusive breastfeeding in late preterm infants at 12 weeks. Child Health Nurs Res. 2016;22(2): 79-86.

23. Valete CO, Sichieri R, Peyneau DPL, Mendnca LFde. Análise das práticas de alimentação de prematuros em maternidade pública no Rio de Janeiro. Rev. Nutr. 2009;22(5):653-59.

24. Melo AM. Avaliação da mamada em recém-nascidos prematuros. 2008. 71 p. Dissertação (Mestrado) – Programa de Pós-Graduação em Saúde da Criança e do Adolescente, Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 2008.

25. World Health Organization. Collaborative study team on the role of breastfeeding on the prevention of infant mortality: effect of breastfeeding on infant and child mortality due to infectious diseases in less developed countries: a pooled analysis. Lancet. 2000. 355: 451-55.

26. Sassá AH, Schmidt KT, Teston EF, Marcon SS. Growth and feeding practices to newborn with very low weight along the first year of life – descriptive study. Online braz j nurs [Internet]. 2010 November [Cited 2017 Jan 10]; 9 (2): . Available from: http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/3074.

27. White-Traut R, Pham T, Yoder J. Exploring factors related to oral feeding progression in premature infants. Adv Neonatal Care. 2013;13(4):288-94.

28. Hackman NM, Alligood-Percoco N, Martin A, Zhu J, Kjerulff KH. Reduced breastfeeding rates in firstborn late preterm and early term infants. Breastfeed Med. 2016;11(1):119-25.

29. Chaves RG, Lamounier JA, César CC. Factors associated with duration of breastfeeding . J Pediatr. 2007;83(3):241-46.

30. Silveira FJF, Lamounier JA. Prevalência do aleitamento materno e prática de alimentação complementar em crianças com até 24 meses de idade na região do Alto Jequitinhonha, Minas Gerais. Rev Nutr. 2004;17(1):437-47.

31. Kair LR, Colaizy TT. Breastfeeding continuation among late preterm infants: barriers, facilitators, and any association With NICU admission? Hosp Pediatr. 2016;6(5):261-8.

32. Santoro Júnior W, Martinez FE. Effect of intervention on the rates of breastfeeding of very low birth weight newborns. J Pediatr. 2007;83:(1) 541-46.

33. 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.

34. Venâncio SI, de Almeida H. Método mãe canguru: aplicação no Brasil, evidências científicas e impacto sobre o aleitamento materno. J Pediatr. 2004;80:S1:73-80.

35. Giugliani ERJ. Problemas comuns na lactação e seu manejo. J. pediatr. 2004;80:147-54.

36. Braga DF, Machado MMT, Bosi MLM. Amamentação exclusiva de recém-nascidos prematuros: percepções e experiências de lactantes usuárias de um serviço público especializado. Rev Nutr. 2008;21(3):293-302

37. Gorgulho FR, Pacheco STA. Amamentação de prematuros em uma unidade neonatal: a vivência materna. Esc Anna Nery Rev Enferm. 2008;12(1):19-24

38. Soares JPO, Novaes LFG, Araújo CMT, Vieira ACC. Amamentação de prematuros sob a ótica materna. Rev. CEFAC. 2016;18(1):232-241.

39. Forcada-Guex M, Borghini A, Pierrehumbert B, Ansermet F, Muller-Nix C. Prematurity, maternal posttraumatic stress and consequences on the mother–infant relationship. Early Human Development. 2011;87(1):21–26.

40. Herich LC, Cuttini M, Croci I, Franco F, Di Lallo D, Baronciani D, Fares K et al. Maternal education is associated with disparities in breastfeeding at time of discharge but not at initiation of enteral feeding in the neonatal intensive care unit.J Pediatr. 2016; S0022-3476 (16): 31179-9.

41. Prates LA, Schmalfuss JM, Lipinski JM. Rede de apoio social de puérperas e .amamentação. Esc Anna Nery 2015;19(2):310-15.

42. Brandão EC, Silva GRF, Gouveia MTO, Soares LS. Caracterização da comunicação no aconselhamento em amamentação. REE. 12;14(2):355-65.

43. Denoual H, Dargentas M, Roudaut S, Balez R, Sizun J. Father's role in supporting breastfeeding of preterm infants in the neonatal intensive care unit: a qualitative study.BMJ Open. 2016;6(6):e010470.

44. Kalinowski LC, Favero L, Carraro TE, Wall ML, Lacerda MR. A puérpera primípara no domicílio e a enfermagem: teoria fundamentada nos dados. Online braz j nurs. 2012;11(3):701-19.

45. Silva LR, Elles MEIS, Silva MDB, Santos IMM, Souza KV, Carvalho SM. Fatores sociais que influenciam a amamentação de recémnascidos prematuros: estudo descritivo. Online braz j nurs. 2012;11(1):40-52.

46. Marques ES, Cotta RMM, Magalhães KA, Sant'Ana LFR, Gomes AP, Batista RS. A influência da rede social da nutriz no aleitamento materno: o papel estratégico dos familiares e dos profissionais de saúde. Cienc. saude colet. 2010;15(1):1391-400.

47. Rayfield S, Oakley L, Quigley MA. Association between breastfeeding support and breastfeeding rates in the UK: a comparison of late preterm and term infants. BMJ Open 2015;5 (1):e009144

48. Melo AM, Martins TGS, Santos TL, Silva AS, Santos NNS. Perfil alimentar e desenvolvimento motor oral dos neonatos nascidos com baixo peso. Rev. CEFAC. 2016; 18(1):86-94.

Tabelas e Figuras

Tabela 1- Características das mães dos RNPT avaliados

Características Sociodemográficas	**n (%)**
Estado Civil	
Solteira (sem parceiro)	09 (18%)
Casada/Morando junto (com parceiro)	41 (82%)
Renda Mensal	
Até 1 salário mínimo	19 (38%)
De 1 a 3 salários mínimos	27 (54%)
De 4 a 6 salários mínimos	04 (08%)
Características de Saúde	
Uso de tabaco	
Tabagista	11 (22 %)
Tabagista na gestação	08 (16 %)
Uso de medicação	
Previamente à gestação	22 (11%)
Durante a gestação	28 (56%)
Recebeu orientações sobre amamentação	46 (92%)
Apresentou dificuldade com a amamentação (na internação do RN)	09 (18%)

Tabela 2 – Percepções maternas sobre o aleitamento materno no momento da alta

Variáveis com resposta: Sim (n= 50)	Puérperas n (%)
Quer continuar amamentando?	50 (100%)
Seu bebê está abocanhando certo o seio?	49 (98%)
Seu bebê dorme quando começa a mamar?	41 (82%)
Você acha que seu bebê suga com normal força?	39 (78%)
Você está com leite na quantidade normal?	29 (58%)
Você está com muito leite?	12 (24%)
Suas mamas estão doendo?	10 (20%)
Você está com pouco leite?	09 (18%)
Você acha que seu bebê suga com muita força?	08 (16%)
Tem alguma dúvida sobre a amamentação?	05 (10%)
Você acha que seu bebê suga com pouca força?	03 (6%)
Você está com rachaduras?	03 (6%)
Você tem o bico do seio para dentro ou plano?	02 (4%)

Tabela 3- Caracterização da alimentação dos RNPT em cada etapa da pesquisa

Etapa 1 – Alta Hospitalar	
AME	01 (2%)
AM Misto	49 (98%)
Etapa 2 - Um mês após alta hospitalar	
AME	13 (26%)
AM Misto	12 (24%)
Artificial - Interrupção da amamentação	12 (24%)
Perdas do estudo	13 (26%)
Etapa 3 – Três meses da alta hospitalar	
AME	09 (18%)
AM Misto	12 (24%)
Artificial- Interrupção da amamentação	14 (28%)
Perdas do estudo	15 (30%)
Etapa 4 - Seis meses após a alta hospitalar	
AME	01 (2%)
AM Misto	15 (30%)
Artificial- Interrupção da amamentação	17 (34%)
Perdas do estudo	17 (34%)

Legenda: AME: aleitamento materno exclusivo; AM misto: AM em conjunto com a oferta de outros alimentos ou suplemento (fórmula); Artificial: amamentação somente com outros alimentos ou suplemento (fórmula), sem leite materno; Perdas: prematuros que não participaram por falta de contato telefônico ou por óbito.

Tabela 3- Caracterização da alimentação dos RNPT em cada etapa da pesquisa

Etapa 1 – Alta Hospitalar	
AME	01 (2%)
AM Misto	49 (98%)
Etapa 2 - Um mês após alta hospitalar	
AME	13 (26%)
AM Misto	12 (24%)
Artificial - Interrupção da amamentação	12 (24%)
Perdas do estudo	13 (26%)
Etapa 3 – Três meses da alta hospitalar	
AME	09 (18%)
AM Misto	12 (24%)
Artificial- Interrupção da amamentação	14 (28%)
Perdas do estudo	15 (30%)
Etapa 4 - Seis meses após a alta hospitalar	
AME	01 (2%)
AM Misto	15 (30%)
Artificial- Interrupção da amamentação	17 (34%)
Perdas do estudo	17 (34%)

Legenda: AME: aleitamento materno exclusivo; AM misto: AM em conjunto com a oferta de outros alimentos ou suplemento (fórmula); Artificial: amamentação somente com outros alimentos ou suplemento (fórmula), sem leite materno; Perdas: prematuros que não participaram por falta de contato telefônico ou por óbito.

Tabela 4- Escores das dimensões do Protocolo de Avaliação da Amamentação do RNPT nas Etapas 1 e 2 (MD±DP)

Etapas	Categorias do Protocolo						
	I	II	III	IV	V	VI	VII
Etapa 1	8,5±1,1	2,0 ±0,8	9,0± 1,2	10±2,8	7,0±1,5	7,0±1,0	7,0±1,2
Etapa 2	9,0±1,0	2,0 ±0,0	10,0± 0,8]	10±3,1	7,0±1,9	8,0±0,6	7,0±1,0

Legenda: I = Aspectos relacionados à mama (pontuação máxima: 10 pontos); II = Reflexo de procura do RN (2 pontos); III = Sinais de vínculo mãe/recém-nascido (10 pontos); IV = Posição mãe/recém-nascido durante a mamada (16 pontos); V = Condições de pega ao peito (8 pontos); VI = condições de ordenha ao peito (8 pontos); VII = Condições finais da mamada (8 pontos)

5. CONCLUSÃO GERAL DA DISSERTAÇÃO

Este trabalho visou analisar os protocolos de avaliação da amamentação de RNPT e avaliar empiricamente essa prática, desde a alta hospitalar até os primeiros seis meses da saída do hospital, a fim de verificar o seu desfecho (continuidade ou interrupção).

Através de uma revisão sistemática da literatura (2005-2015), foram encontrados poucos instrumentos para a avaliação da amamentação de bebês prematuros, sendo que apenas um deles, o Preterm Infant Breastfeeding Behavior Scale (PIBBS), destinava-se especificamente para essa população. Sendo assim, o estudo indicou a necessidade de desenvolvimento de protocolos específicos, que avaliem particularidades dessa prática junto a esses bebês, como a prontidão alimentar, os reflexos orais e a função do sistema estomatognático.

Já o estudo empírico, no qual foi feito um acompanhamento da amamentação desde a alta hospitalar até seis meses depois, verificou-se uma falha importante na duração da amamentação, sendo que bebês com baixo peso e menor idade gestacional apresentaram maior suscetibilidade à interrupção dessa prática. Em contrapartida, verificou-se um fator que contribuiu para a manutenção do AM foi o apoio recebido pela mãe com os cuidados do bebê. Desse modo, os achados indicaram a necessidade de um manejo cuidadoso, por parte dos profissionais, de bebês prematuros de baixo peso e de menor idade gestacional, ao mesmo tempo em que esse cuidado se constitui em fator protetor para a manutenção da amamentação, pois poderá ser percebido pelas mães como uma forma de apoio.

Estes achados contribuem para a prática dos profissionais que trabalham com amamentação, tanto para a sua avaliação, como também para o seu manejo. O estudo de revisão demonstrou a necessidade de cuidado dos profissionais em relação às avaliações realizadas, pois os protocolos existentes podem não dar conta dos aspectos que dificultam ou facilitam essa prática, ao não se debruçarem especificamente sobre as características dos bebês prematuros. Assim, dentre os instrumentos existentes, é importante a escolha por um protocolo que, mesmo não sendo específico, permita uma avaliação global da amamentação, que demonstre comportamentos favoráveis e desfavoráveis para essa prática e, com isso, possa auxiliar efetivamente na resolução de dificuldades.

Outro aspecto da prática profissional para o qual este estudo agrega é a necessidade de um olhar mais ampliado dos profissionais para as características globais das duplas mães-RNPT, como idade gestacional e peso dos bebês, uma vez que isso poderá comprometer o sucesso da amamentação, se não for bem orientado o manejo. Por fim, ainda destaca a importância de ações profissionais de promoção do aleitamento e de espaços de orientação e apoio sistemáticos às puérperas, especialmente após a alta hospitalar, pois é nesse momento que elas se deparam com as dificuldades reais da amamentação, em um contexto no qual não contam mais com a "proteção" da equipe do hospital. Assim, cabe aos pediatras, enfermeiros e demais profissionais da Atenção Básica reforçarem ações a respeito dessa prática.

Já como limitações desse estudo, pode-se citar dificuldades referentes à captação dos participantes, pois, como havia um período delimitado de até 48h antes da alta hospitalar para a primeira avaliação, algumas vezes o RNPT tinha alta antes do tempo previsto, acarretando em uma falha na captação. Outra limitação pode ter sido a maneira estabelecida para o segmento da coorte, via contato telefônico, o que acarretou diversas perdas de segmento (mesmo isso tendo sido previsto no cálculo amostral), por alteração de número de telefone ou perda de contato. Além disso, o protocolo usado para avaliar a amamentação dos RNPT não era um protocolo validado, embora tenha sido desenvolvido para esse público. De qualquer forma, foi o instrumento de eleição porque avaliava diversas dimensões envolvidas na amamentação, o que se pensou que ajudaria na identificação de fatores favorecedores ou dificultadores do AM. Afora isso, os protocolos existentes para RNPT não englobavam todos os aspectos que se desejava avaliar.

Sendo assim, sugere-se que outros estudos sejam desenvolvidos com o intuito de definir e/ou validar protocolos específicos para a amamentação de prematuros, devido à lacuna encontrada na literatura. Essa é uma proposta relevante, pois tem impacto na avaliação que os profissionais fazem a respeito dessa prática junto a esses bebês, uma vez que, quando não são consideradas as suas especificidades, pode-se tender a um olhar de limitação do potencial desses bebês, em comparação a bebês a termo, ou mesmo não se atentar para as dificuldades que as mães poderão enfrentar diante das eventuais limitações e alterações apresentadas pelo bebê. Desse modo, tal perspectiva pode interferir negativamente na atuação profissional na direção da promoção do AM.

Já no que tange aos aspectos relacionados à amamentação, futuros estudos poderiam ser desenvolvidos com um segmento mais amplo, verificando o desenvolvimento nutricional e de estruturas do sistema estomatognático dos prematuros amamentados ao longo do desenvolvimento inicial crânio-facial por um período de dois anos. Também outros estudos longitudinais podem ser desenvolvidos com um acompanhamento presencial em todas etapas de coleta de dados, ou pelas redes sociais, hoje amplamente usadas pela população, para reduzir as perdas de segmento.

ANEXOS

ANEXO A- Termos de aprovação

UNIVERSIDADE FEDERAL DE CIÊNCIAS DA SAÚDE DE PORTO ALEGRE

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DA EMENDA

Título da Pesquisa: Aleitamento materno em bebês prematuros: Estudo de coorte
Pesquisador: DANIELA CENTENARO LEVANDOWSKI
Área Temática:
Versão: 3
CAAE: 48618115.7.0000.5345
Instituição Proponente: Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre
Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.564.400

Apresentação do Projeto:
Denomina-se de prematuro ou pré-termo todo o recém-nascido vivo que tem menos de 37 semanas completas de gestação. Esses bebês apresentam um maior risco de morbidades devido à imaturidade de seus sistemas corporais, os quais ainda não estão preparados para suportar a vida em ambiente extrauterino. O aleitamento materno tem um papel essencial para esses bebês, pois está associado à redução do tempo de hospitalização, da sepse neonatal, da retinopatia da prematuridade, de doenças respiratórias e de enterocolite necrotizante. Além disso, o aleitamento
materno acarreta diversos benefícios tanto para o recém nascido como para a puérpera, tais como: a redução de morbi-mortalidade, a proteção contra doenças respiratórias agudas, pneumonias, otite média, diversas doenças neonatais e outras infecções. Ainda, protege contra a Síndrome de Morte Súbita do Lactante, a diabetes insulino-dependente, a doença de Crohn, a colite ulcerativa, as doenças alérgicas e outras doenças crônicas do aparelho digestivo, além de propiciar uma nutrição de alta qualidade para a criança e promover seu crescimento e desenvolvimento global adequado. Embora a importância do aleitamento materno exclusivo (AME) já tenha sido bem estabelecida, a sua prevalência ainda é reduzida nesses bebês, não se atingindo as recomendações nacionais e internacionais de AME até o 6º mês. Desta forma, o presente estudo objetiva avaliar a prática do aleitamento materno de bebês prematuros e sua continuidade do momento da alta hospitalar até o sexto mês após a alta, bem como identificar as causas do desmame precoce.

Endereço: Rua Sarmento Leite ,245
Bairro: Sarmento **CEP:** 90.050-170
UF: RS **Município:** PORTO ALEGRE
Telefone: (51)3303-8804 **E-mail:** cep@ufcspa.edu.br

Trata-se de um estudo de coorte, descritivo e comparativo, que será realizado na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal da Maternidade Mário Totta (Hospital Santa Clara, Complexo Hospitalar Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre) e na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (Hospital Materno-Infantil Presidente Vargas), bem como no domicílio das duplas mãe-bebê e por contato telefônico com as mães. A população será composta por recém-nascidos prematuros internados na UTI Neonatal dos referidos hospitais, com alta hospitalar , e suas mães, que preencherem os critérios de inclusão e concordarem com a participação. A coleta de dados será realizada em quatro etapas: 1) entre 24 e 48h antes da alta hospitalar (AH), 2) um mês após a alta hospitalar (1AH), 3) três meses após a alta hospitalar (3AH) e 4) seis meses após a alta hospitalar (6AH). Na primeira (AH) e segunda avaliação (1AH), esta última a ser realizada no domicílio da dupla, será aplicado um questionário fechado e realizada uma avaliação da prática da amamentação, que engloba aspectos da mãe, do bebê, da mama e do processo. Na terceira (3AH) e quarta etapas (6AH) será aplicado, via ligação telefônica, o mesmo questionário.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

* Avaliar a prática do aleitamento materno de bebês prematuros e sua continuidade do momento da alta hospitalar até o sexto mês após a alta, bem como identificar as causas para a sua interrupção precoce (desmame).

Objetivo Secundário:

* Caracterizar as duplas mãe-RNPT em termos sociodemográficos;
* Avaliar, através de instrumento específico, aspectos relacionados à mama, ao reflexo de procura do recém -nascido, ao vínculo mãe-bebê, à posição da dupla durante a mamada, às condições do bebê de pega ao peito, às condições de ordenha ao peito e às condições finais da mamada em dois momentos (alta hospitalar – AH, e um mês após a alta hospitalar - 1AH);
* Identificar, através de questionários, fatores que podem favorecer o aleitamento em diferentes momentos de vida dos RNPT (AH, 1AH, 3AH e 6AH);
* Identificar, através de questionários, fatores que contribuíram para o desmame precoce em diferentes momentos de vida dos RNPT (AH, 1AH, 3AH e 6AH);
* Correlacionar idade gestacional corrigida no momento da alta com o tempo de duração de aleitamento materno exclusivo.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

* Riscos:

As participantes podem estar sujeitas a desconforto ao serem abordadas sobre a temática de aleitamento materno, pois essa prática já poderá estar interrompida. Nestes casos, as puérperas poderão se recusar a responder qualquer questão, poderão deixar de participar do estudo ou poderão ser encaminhadas para atendimento psicológico, caso se veja a necessidade durante a coleta de dados.

* Benefícios:

A participação no estudo poderá trazer benefício direto às mães, pela oportunidade de expressarem suas dificuldades e dúvidas frente ao AME.

Além disso, ampliará o conhecimento sobre as práticas de AME nesse grupo de bebês e, com isso, auxiliará na elaboração de intervenções para novas díades na mesma condição.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A pesquisadora responsável apresentou o novo cronograma na emenda:

- Coleta de dados: até dezembro/2016
- Análise de dados: janeiro a março/2017
- Elaboração e submissão de artigos: até julho/2017
- Elaboração de trabalhos para eventos: até julho/2017

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Todos os documentos obrigatórios e solicitados foram entregues.

Recomendações:

Recomenda-se aprovação da emenda, justificada pela pesquisadora pela necessidade de prorrogação da coleta de dados com término para julho de 2017. Essa solicitação decorreu pelos seguintes motivos:

• O início da coleta de dados estava previsto para início de outubro de 2015, porém, esse prazo foi cumprido apenas em um hospital (Santa Clara, do Complexo Hospitalar da Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre), tendo a coleta iniciado apenas em março de 2016 no outro hospital (Hospital Materno-Infantil Presidente Vargas). Em decorrência disso, a meta do cálculo amostral está distante de ser atingida

(N = 65
díades mãe-bebê);

• Além disso, está ocorrendo desistência de segmento para o acompanhamento da coorte. Apesar do cálculo amostral ter sido calculado prevendo estas perdas em 10%, a porcentagem de perdas está superando o previsto;

• Devido a essas questões, até o presente momento não foi possível realizar nenhum tipo de análise dos dados coletados;

• Por fim, é preciso que a equipe disponha de mais tempo para a realização da atividade de captação de participantes.

OBS:. Cabe destacar também que o número de exclusões tem sido alto, devido à presença de bebês internados com outras condições que não a prematuridade.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Considera-se a necessidade apresentada pela pesquisadora para ampliação e prorrogação dos prazos pré-estabelecidos, de forma a aprovação da emenda.

Considerações Finais a critério do CEP:

Parecer ratificado pelo Colegiado.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_699111 E2.pdf	16/04/2016 12:15:09		Aceito
Cronograma	CRONOGRAMA_EMEDA2.pdf	16/04/2016 12:13:18	Carla Thamires Rodriguez Castelli	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	ProjetoHMIPV.doc	02/11/2015 22:05:52	Carla Thamires Rodriguez Castelli	Aceito
Outros	JUSTIFICATIVA_emenda.pdf	30/10/2015 11:23:50	Carla Thamires Rodriguez Castelli	Aceito
Outros	FORMULARIO.jpg	30/10/2015 11:23:15	Carla Thamires Rodriguez Castelli	Aceito
Outros	TERMO_COMP_PRONT_.jpg	30/10/2015 11:22:49	Carla Thamires Rodriguez Castelli	Aceito
Outros	TERMO_RELATORIO.jpg	30/10/2015 11:22:05	Carla Thamires Rodriguez Castelli	Aceito
Outros	TERMO_CIENCIA_CHEFE.jpg	30/10/2015 11:16:22	Carla Thamires Rodriguez Castelli	Aceito
Outros	TERMO_ANUENCIA.jpg	30/10/2015	Carla Thamires	Aceito

Outros	TERMO_ANUENCIA.jpg	11:15:49	Rodriguez Castelli	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_HMIPV.pdf	30/10/2015 11:13:44	Carla Thamires Rodriguez Castelli	Aceito
Folha de Rosto	FOLHA.ROSTO.pdf	14/08/2015 10:07:08		Aceito
Outros	ORCAMENTO.jpg	10/08/2015 23:13:21		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.STACASA.pdf	10/08/2015 15:35:16		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto Carla_stacasa.doc	10/08/2015 15:32:11		Aceito
Outros	uso.publicacao.dados.pdf	10/08/2015 15:08:06		Aceito
Outros	uso.dados.e.materiais.pdf	10/08/2015 15:07:35		Aceito
Outros	riscoebeneficio.pdf	10/08/2015 15:07:22		Aceito
Outros	isencao.onus.pdf	10/08/2015 15:07:06		Aceito
Outros	FORMULARIO_DE_INSCRICAO.pdf	10/08/2015 15:06:52		Aceito
Outros	confidencialidade.sujeito.pdf	10/08/2015 15:06:38		Aceito
Outros	compromisso para utilizacao de dados e prontuarios.pdf	10/08/2015 15:06:22		Aceito
Outros	autorizacao.chefia.pdf	10/08/2015 15:06:05		Aceito
Outros	entrega.relatorio.pdf	10/08/2015 15:05:40		Aceito
Outros	anuencia.pdf	10/08/2015 15:05:26		Aceito

Situação do Parecer:
Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:
Não

PORTO ALEGRE, 30 de Maio de 2016

Assinado por:
Julia Fernanda Semmelmann Pereira Lima
(Coordenador)

Endereço: Rua Sarmento Leite ,245
Bairro: Sarmento **CEP:** 90.050-170
UF: RS **Município:** PORTO ALEGRE
Telefone: (51)3303-8804 **E-mail:** cep@ufcspa.edu.br

ANEXO B- Termos de consentimento livre e esclarecido

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - Hospital Santa Clara

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

ALEITAMENTO MATERNO EM BEBÊS PREMATURO: ESTUDO DE COORTE

O aleitamento materno é essencial para o desenvolvimento do recém-nascido, porém, às vezes o bebê prematuro pode apresentar dificuldades para alimentar-se, não sendo possível usufruir do aleitamento materno até o sexto mês de vida. Assim, com o objetivo de identificar como acontece a amamentação de bebês prematuros e as dificuldades enfrentadas nesse processo, estamos convidando você e seu bebê a participarem de uma pesquisa.

Para esta pesquisa, iremos coletar informações do prontuário sobre o seu bebê e sobre você. Também faremos algumas perguntas para você pessoalmente, aqui no hospital, depois em sua casa (passado um mês da alta) e por telefone (passados três e seis meses da alta). Assim, a sua participação poderá ocorrer em até quatro momentos, iniciando hoje. Nesse primeiro encontro, além de perguntas sobre você e sua família, solicitamos que você responda um questionário sobre amamentação. Também realizaremos uma avaliação do seu bebê em relação à amamentação. No nosso segundo encontro, que acontecerá na sua casa ou em local de sua preferência, 30 dias depois da alta do seu bebê, repetiremos os mesmos procedimentos. Já no nosso terceiro e quarto encontros, faremos um contato telefônico após três e seis meses da alta hospitalar. Nesses dois últimos momentos, faremos apenas algumas perguntas sobre a amamentação para você.

Ressaltamos que a concordância em participar deste estudo não implica em qualquer modificação no tratamento que já está sendo dado para você e seu bebê aqui no hospital. Da mesma forma, a sua não concordância em participar deste estudo não irá alterar de nenhuma maneira o tratamento que vocês vem recebendo. Ainda, você poderá iniciar a sua participação no estudo e interrompê-la a qualquer momento, se achar necessário, sem nenhum tipo de prejuízo.

Destacamos que a sua participação não implica nenhum tipo de ganho financeiro, mas também não lhe trará nenhum tipo de desconforto. Participando do estudo, você estará contribuindo para o entendimento da amamentação de bebês prematuros, o que poderá beneficiar outras mães e seus bebês.

Caso seja detectada, durante a sua participação, qualquer dificuldade, vamos assegurar a você o encaminhamento para um serviço de saúde e/ou profissional que possa lhe auxiliar.

Eu, ..., mãe do(a) bebê ....., declaro que fui informada dos objetivos da pesquisa acima de maneira clara e detalhada. Recebi informação a respeito dos encontros e das atividades que serão realizados e esclareci minhas dúvidas. Sei que, em qualquer momento, poderei solicitar novas informações e modificar minha decisão, se assim o desejar. A Fonoaudióloga Carla T. R. Castelli certificou-me de que todos os dados desta pesquisa referentes a mim e ao meu bebê serão confidenciais, bem como que o nosso tratamento aqui no hospital ou em outras instituições de saúde não será modificado em razão desta pesquisa. Ainda, de que terei liberdade de retirar meu consentimento de participação a qualquer momento.

Fui informada também que o estudo traz risco mínimo ou nulo para mim e meu bebê. Contudo, caso existam danos à saúde do bebê, causados diretamente pela pesquisa, terei direito a tratamento médico e indenização, conforme estabelece a lei. Também sei que, caso existam gastos adicionais, estes serão absorvidos pelo orçamento da pesquisa. Caso tiver novas perguntas sobre este estudo, posso chamar a Fonoaudióloga Carla Thamires Rodriguez Castelli no telefone 81775390. Para qualquer pergunta sobre os meus direitos como participante deste estudo, ou se penso que fui prejudicada pela minha participação, poderei contatar também o Comitê de Ética em Pesquisa da Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre – sob coordenação Dr. Cláudio Telöken, telefone 3214.8571.

Ao assinar abaixo, confirmo que li as afirmações contidas neste termo de consentimento, que foram explicados os procedimentos do estudo, que tive a oportunidade de fazer perguntas, que estou satisfeita com as explicações fornecidas e que decidi participar voluntariamente deste estudo. Uma via será entregue a mim e outra será arquivada pela investigadora principal, a Profa. Daniela Levandowski, do Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde da UFCSPA.

Nome da Participante da Pesquisa: _____
Assinatura da Participante: _____
Data: __ / __ / 201_

Nome do Representante Legal: _____
Assinatura do Representante Legal: _____
Data: __ / __ / 201_

Nome do Pesquisador: _____

Assinatura e Carimbo do Pesquisador: _____

Data: __ / __ / 201_

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - Hospital Materno Infantil Presidente Vargas

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

ALEITAMENTO MATERNO EM BEBÊS PREMATURO: ESTUDO DE COORTE

O aleitamento materno é essencial para o desenvolvimento do recém-nascido, porém, às vezes o prematuro pode apresentar dificuldades para alimentar-se, não sendo possível usufruir do aleitamento materno até o sexto mês de vida. Assim, com o objetivo de identificar como acontece a amamentação de bebês prematuros e as dificuldades enfrentadas nesse processo, estamos convidando você e seu bebê a participarem de uma pesquisa.

Para esta pesquisa, iremos coletar informações do prontuário sobre o seu bebê e sobre você. Também faremos algumas perguntas para você pessoalmente, aqui no hospital, depois em sua casa (passado um mês da alta) e por telefone (passados três e seis meses da alta). Assim, a sua participação poderá ocorrer em até quatro momentos, iniciando hoje. Nesse primeiro encontro, além de perguntas sobre você e sua família, solicitamos que você responda um questionário sobre amamentação. Também realizaremos uma avaliação do seu bebê em relação à amamentação. No nosso segundo encontro, que acontecerá na sua casa ou em local de sua preferência, 30 dias depois da alta do seu bebê, repetiremos os mesmos procedimentos. Já no nosso terceiro encontro, faremos um contato telefônico após três meses da alta hospitalar, assim como no quarto encontro. Nesses dois últimos momentos, faremos apenas questões relativas à amamentação para você.

Ressaltamos que a concordância em participar deste estudo não implica em qualquer modificação no tratamento que já está sendo dado para você e seu bebê aqui no hospital. Da mesma forma, a sua não concordância em participar deste estudo não irá alterar de nenhuma maneira o tratamento que vocês vem recebendo. Ainda, você poderá iniciar a sua participação no estudo e interrompê-la a qualquer momento, se achar necessário, sem nenhum tipo de prejuízo.

Destacamos que a sua participação não implica nenhum tipo de ganho financeiro, mas também não lhe trará nenhum tipo de desconforto. Participando do estudo, você estará contribuindo para o entendimento da amamentação de bebês prematuros, o que poderá beneficiar outras mães e seus bebês.

Caso seja detectada, durante a sua participação, qualquer dificuldade, vamos assegurar a você o encaminhamento para um serviço de saúde e/ou profissional que possa lhe auxiliar.

Eu,....., mãe do(a) bebê ....., declaro que fui informada dos objetivos da pesquisa acima de maneira clara e detalhada. Recebi informação a respeito dos encontros e das atividades que serão realizados e esclareci minhas dúvidas. Sei que, em qualquer momento, poderei solicitar novas informações e modificar minha decisão, se assim o desejar. A Fonoaudióloga Carla T. R. Castelli certificou-me de que todos os dados desta pesquisa referentes a mim e ao meu bebê serão confidenciais, bem como que o nosso tratamento aqui no hospital ou em outras instituições de saúde não será modificado em razão desta pesquisa. Ainda, de que terei liberdade de retirar meu consentimento de participação a qualquer momento.

Fui informada também que o estudo traz risco mínimo ou nulo para mim e meu bebê. Contudo, caso existam danos à saúde do bebê, causados diretamente pela pesquisa, terei direito a tratamento médico e indenização, conforme estabelece a lei. Também sei que, caso existam gastos adicionais, estes serão absorvidos pelo orçamento da pesquisa. Caso tiver novas perguntas sobre este estudo, posso chamar a Fonoaudióloga Carla Thamires Rodriguez Castelli no telefone 81775390. Para qualquer pergunta sobre os meus direitos como participante deste estudo ou se penso que fui prejudicado pela minha participação, poderei contatar o Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Materno-Infantil Presidente Vargas, sob coordenação de Maria da Graça Alexandre, email hmipv.cep@hmipv.prefpoa.com.br ou fone 3289-3377.

Ao assinar abaixo, confirmo que li as afirmações contidas neste termo de consentimento, que foram explicados os procedimentos do estudo, que tive a oportunidade de fazer perguntas, que estou satisfeita com as explicações fornecidas e que decidi participar voluntariamente deste estudo. Uma via será entregue a mim e outra será arquivada pela investigadora principal, a Profa. Daniela Levandowski, do Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde da UFCSPA.

Nome da Participante da Pesquisa: _____

Assinatura da Participante: _____

Data: __ / __ / 201_

Nome do Representante Legal: _____

Assinatura do Representante Legal: _____

Data: __ / __ / 201_

Nome do Pesquisador: _____

Assinatura e Carimbo do Pesquisador: _____

Data: __ / __ / 201_

ANEXO C- Ficha de Identificação da Dupla Mãe-RN (ETAPA 1)

Ficha de Identificação da Dupla Mãe-Bebê

Dados da Mãe

Data Aplicação: ___/___/___ Número da díade na pesquisa: _____

1. Número do prontuário:_____ 2. Data nascimento: ___/___/___

3. Endereço: _____

4. Telefone 1 (__)_____Telefone 2 (__)_____

5. Escolaridade: ( ) Ensino fundamental incompleto ( ) Ensino fundamental completo ( ) Ensino médio incompleto ( ) Ensino médio completo ( ) Ensino superior incompleto ( ) Ensino superior completo

6. Profissão: _____

7. Estado Civil: ( ) Casada/mora junto com companheiro ( ) Solteira ( ) Divorciada/separada ( ) Viúva

8. Renda média mensal familiar: ( ) Até 1 salário mínimo ( ) De 1 a 3 salários mínimos ( ) De 4 a 6 salários mínimos ( ) Acima de 7 salários mínimos

9. Uso de tabaco? ( )Sim ( ) Não Quantidade por dia? _____ Uso na gestação? ( ) Sim ( ) Não Quantidade por dia? _____

10. Uso de medicações? ( )Sim ( ) Não Qual(is)?_____ Tempo de uso? _____Uso na gestação? ( ) Sim ( ) Não Qual(is)? _____

11. Tipo de parto: ( ) Normal / ( ) Cesáreo

12. Primeiro Filho: ( )Sim ( ) Não Quantos filhos? _____ Idades? _____

13. Já teve outros filhos prematuros? ( )Sim ( ) Não Qual a causa? _____

14. Já amamentou antes? ( ) Sim ( ) Não Quantas vezes? _____ Quanto tempo?_____

15. Teve dificuldades em relação a amamentações anteriores? ( )Sim / ( )Não Qual?_____

16. Intercorrências gestacionais/parto:

_____

_____

_____

Dados do Bebê:

17. Número do prontuário:_____ 18. Sexo: ( ) Feminino ( ) Masculino

19. DN: ___/___/___ 20. Dias de vida: _____

21. Idade gestacional: _____ 22. IGC: _____

23. Peso ao nascimento: _____ 24. Apgar: 1ºminuto: ___ 5º minuto: ___

25. Qual a alimentação do bebê? ( ) amamentação exclusiva ( ) amamentação + outro (água, chá, fórmula) Qual? _____ ( ) somente outros. O que?_____

26. Quanto de volume por mamada? _____ml

27. Possuiu atendimento fonoaudiológico na internação? Quantos? _____

28. Intercorrências clínicas:

_____

_____

_____

ANEXO D- Questionário para a Mãe – Alta Hospitalar (ETAPA 1)

Questionário para a Mãe – Alta hospitalar

1. Você recebeu instruções quanto à prática do aleitamento materno na internação? ( ) Sim ( ) Não

a. De quem? ( ) Médico(a) ( ) Fonoaudiólogo(a) ( ) Enfermeiro(a) ( ) Técnico(a) de Enfermagem ( ) Psicólogo(a) ( ) Outro profissional. Qual? _____

2. Possui outros filhos? ( ) Sim ( ) Não Quantos? _____

a. Se sim, amamentados por você? ( ) Sim ( ) Não Tempo? _____ meses

b. Idade de introdução da mamadeira: ____ meses

3. Você está com alguma dificuldade para amamentar? ( ) Sim ( ) Não

Qual? _____

4. Você acha que seu bebê está abocanhando certo? ( ) Sim ( ) Não Por que?

_____

5. O bebê está pegando toda a aréola ou só o bico? ( ) Só o bico ( ) Toda a aréola ( ) Ambos ( ) Nenhum dos dois

6. Você está com machucados/rachaduras? ( ) Sim ( ) Não Desde quando? _____

7. Você está recebendo tratamento ou orientações sobre isso? ( ) Sim ( ) Não

De quem? ( ) Médico(a) ( ) Fonoaudiólogo(a) ( ) Enfermeiro(a) ( ) Técnico(a) de Enfermagem ( ) Psicólogo(a) ( ) Outro profissional. Qual? _____

8. Você sente que tem leite? ( ) Sim ( ) Não Em que quantidade? ( ) Pouco leite ( ) Muito leite ( ) Normal

O que te faz pensar isso? _____

9. Suas mamas estão doendo? ( ) Sim ( ) Não Desde quando? _____

10. Você está recebendo tratamento ou orientações sobre isso? ( ) Sim ( ) Não

11. De quem? ( ) Médico(a) ( ) Fonoaudiólogo(a) ( ) Enfermeiro(a) ( ) Técnico(a) de Enfermagem ( ) Psicólogo(a) ( ) Outro profissional. Qual? _____

12. Você tem o bico do seio para dentro ou reto? ( ) Sim ( ) Não

Se sim, está conseguindo amamentar? ( ) Sim ( ) Não

13. Seu bebê dorme quando começa a mamar? ( ) Sim ( ) Não

14. O que ele faz enquanto está mamando? ( ) Suga ( ) Olha para você ( ) Olha para o ambiente ( ) Engasga-se ( ) Outros. O que? _____

15. Como seu bebê suga? ( ) Com muita força ( ) Com força ( ) Com pouca força

16. Pretende continuar amamentando em casa? ( ) Sim ( ) Não Por que? _____

Se sim, quer/pode amamentar por quanto tempo? _____ meses

17. Tem alguma dúvida sobre a amamentação? ( ) Sim ( ) Não

Qual?_____

ANEXO E- Protocolo de Avaliação da Amamentação do Recém-Nascido Prematuro (ETAPA 1 e 2)

Protocolo de Avaliação da Amamentação do Recém-Nascido Prematuro (Melo, 2008)

N. º_____

Prontuário Nº_____

RN de_____ IdadeMat: _____

Data de Nasc.: _____/_____/_____ Apgar: 1º____ 5º____

Peso ao Nascimento: _____ g

Id. Gestacional: _____

Crescimento intra-uterino: AIG.(1), PIG.(2), GIG.(3)

Data admissão na Canguru: ____/___/___

Idade em dias: _____ IGC: _____ Peso: _____ g

Data Início da transição da dieta: ____/____/____

Idade em dias: _____ IGC:_____ Peso:_____ g

Tempo de transição: _____ dias

Tempo de início do AME: _____horas.

Data da observação: ___/___/___ Idade:____dias IGC_____ Peso:_____ g

DNSAC

APGAR

PNASC

IGEST

CIUT

DADM

IDAM

DATRA

PETRA

IGCTRA

TPTRA

TPAME

DOBS

IDOBS

IGCOBS

POBS

Protocolo de avaliação da amamentação do recém-nascido prematuro

QUADRO I - Aspectos relacionados à mama				
ESCORES	**2**	**1**	**0**	**OBS**
a) anatomia dos mamilos	( ) Protrusos	( ) Semi-protrusos	( ) Pseudo-protrusos	
b) sinais de ejeção do leite	( ) Apresente 2 ou + sinais	( ) Somente 1 sinal	( ) Nenhum sinal	
c) ingurgitamento mamário	( ) Ausente	( ) Iniciado	( ) Estabelecido	
d) trauma/fissura	( ) Ausente	( ) Esfoliamento	( ) Fissura ou trauma mamário	
e) dor (o que você sente)	( ) Ausente	( ) Pouca dor	( ) Muita dor	
SOMA 1				

QUADRO II – Reflexo de Procura do RN				
ESCORES	**2**	**1**	**0**	**OBS**
a) Procura	( ) Ativo		( ) Exacerbado ou não ativo	
SOMA 2				

QUADRO III - Sinais de vínculo mãe/RN				
ESCORES	**2**	**1**	**0**	**OBS**
Recém-nascido a) sinais de autonomia do RN	( ) RN autônomo	( ) RN pouco autônomo	( ) RN dependente	
b) estado de consciência	( ) Alerta ou semi-alerta	( ) Sonolência ou sono leve	( ) Choro alarmante ou sono profundo	
Mãe c) modo de segurar o RN	( ) Segura firme, confiante.	( ) Segura o RN um pouco frouxo	( ) Segura muito frouxo, sem confiança.	
d) atenção ao rosto do RN	( ) Contato olho no olho	( ) Pouco contato olho no olho	( ) Ausência de contato olho no olho	
e) Toques físicos da mãe no RN	( ) Toques da mãe freqüentes.	( ) Toques esporádicos	( ) Ausência de toques	
SOMA 3				

QUADRO IV - posição mãe/RN durante a mamada				
ESCORES	**2**	**1**	**0**	**OBS**
Quanto à mãe a) conforto da mãe	( ) Confortável	( ) Algum desconforto	( ) Totalm/ desconfortável	
b) modo de segurar a mama	( ) Polegar acima e 4 dedos embaixo	( ) Outras posições para segurar	( ) Sem segurar a mama	
c) distância entre a mão e a aréola	( ) Segura longe da aréola	( ) Segura próximo da aréola	( ) Segura em cima da aréola	
d) pressão dos dedos nos ductos lactíferos	( ) Pressão moderada nos ductos		( ) Pressão excessiva nos ductos	
Corpo do RN/mãe e) posição do RN	( ) Voltado total/ de frente p/ mãe		( ) Virado para o lado	
f) distância	( ) RN "colado" ao corpo da mãe		( ) RN distante do corpo da mãe	
g) cabeça/pescoço do RN	( ) Apoiados e livres	( ) Pouco apoiados	( ) Sem apoio(solto) ou muito flexionado	
h) nariz do RN	( ) Livre para respirar	( ) Pouco obstruído	( ) Totalm/ obstruídos	
SOMA 4				

QUADRO V - condições da pega do RN ao peito				
ESCORES	**2**	**1**	**0**	**OBS**
a) queixo do RN	( ) Toca o peito		( ) Não toca	
b) boca	( ) Totalmente aberta		( ) Pouco aberta	
c) selamento labial	( ) Ambos totalm/virados p/ fora ou lábio inf + virado / fora	( ) Lábio inf pouco virado p/ fora	( ) Láb s. totalm/ retraídos	
d) abocanhar a aréola	( ) Toda a aréola	( ) Pouca aréola	( ) Só o mamilo	
SOMA 5				

QUADRO VI- condições de ordenha do RN ao peito				
ESCORES	**2**	**1**	**0**	**OBS**
a) movimento da mandíbula	( ) Coordenados		( ) Incoord. ou movi tensos de mastigar o mamilo	
b) bochechas	( ) Arredondadas (sem covinhas)		( ) Tensas ou sugadas (com covinhas)	
c) ritmo da sucção	( ) Início rápido, depois estável.	( ) Ritmo só rápido (chamada) ou só lento	( ) Ausência de ritmo estabelecido instável	
d) padrão da sucção/deglutição/ respiração	( ) Coordenado	( ) Pouco incoordenado	( ) Totalmente incoordenado	
SOMA 6				

QUADRO VII-classificação final da mamada				
ESCORES	**2**	**1**	**0**	**OBS**
a) modo da mãe de retirar o RN do peito	( ) Espera o RN largar espontaneam/ e/ou oferece o 2º peito se o RN quiser	( ) Espera pouco tempo ou oferece o 2º peito e tira logo	( ) Retira muito rápido	
c) condições do peito	( ) Esvaziados	( ) Pouco cheios	( ) Ainda ingurgitados ou muito cheios	
d) condições do mamilo	( ) Aspecto normal, sem dor.	( ) Esfolamento pequeno; pouco dolorido.	( ) Traumas acentuados; muita dor.	
e) comportamento do RN no final da mamada	( ) Satisfeito, dorme após a mamada.	( ) Sono leve ou dorme pouco e acorda logo	( ) Insatisfeito, inquieto, chorando.	
SOMA 7				

ANEXO F- Questionário para a Mãe – Após a alta hospitalar (ETAPA 3 e 4)

Questionário para a Mãe – Após a alta hospitalar

Dados do Bebê

1. Data: ___/___/___ Peso atual: _____ Altura: _____
2. Saúde geral: ( ) Febre ( ) Otite ( ) Cólica ( ) Outros:_____
3. Onde dorme: _____ Com quem dorme?_____
4. Uso de medicamentos: ( ) Sim ( ) Não Qual?_____ Para que? _____
5. Visitou o médico? ( ) Sim ( )Não Se sim, qual especialista? _____
Motivo:
_____
6. Internações ( ) Sim ( ) Não Motivo: _____
7. Intercorrências:
_____
_____
_____
8. Qual a alimentação atual do bebê?
a. ( ) amamentação exclusiva
b. ( ) amamentação + outro (água, chá, formula...) Qual? _____
c. ( ) somente outros. O que?_____
d. Quanto de volume por mamada? _____ml

Dados da Mãe

1. Você continua amamentando? ( ) Sim ( ) Não
a. Se não, você parou de amamentar por orientação de outros? ( ) Sim ( ) Não
b. Se sim, de quem? ( ) Médico ( ) Avó do bebê ( ) Funcionários hospital/posto ( ) Pai do bebê ( ) Outro _____
c. Data que parou de amamentar:__/___/__
Motivo: _____
2. Se você continua amamentando:
Por que razão você está seguindo? _____
O que te motiva a continuar? _____
Apresenta alguma dificuldade para isso? ( ) Sim ( ) Não
Qual? _____
3. Você está com machucados/rachaduras? ( ) Sim ( ) Não
4. Seu bebê está sonolento, dorme quando começa a mamar? ( ) Sim ( ) Não
5. Seu bebê tem hábitos orais? ( ) Bico ( ) Mamadeira ( ) Dedo Outro:
_____
6. Está recebendo ajuda de outra pessoa com o bebê? ( ) Sim ( ) Não
a. Se sim, de quem? ( ) Mãe ( ) Parceiro ( ) Amiga ( ) Vizinha ( ) Outro _____
7. As outras tarefas de casa e/ou com outros filhos atrapalham para você amamentar? ( ) Sim ( ) Não
8. Você voltou a trabalhar? ( ) Sim ( ) Não Quando? _____
9. Você teve reconsulta no hospital ou posto após a alta hospitalar? ( ) Sim ( ) Não
a. Se sim, recebeu alguma orientação sobre amamentação? ( ) Sim ( ) Não
b. De quem? ( ) Médico(a) ( ) Fonoaudiólogo(a) ( ) Enfermeiro(a) ( ) Técnico(a) de Enfermagem ( ) Psicólogo(a) ( ) Outro profissional. Qual? _____
10. Seu bebê está ganhando peso? ( ) Sim ( ) Não ( ) Não sabe
11. O peso dele está dentro do esperado para a idade? ( ) Sim ( ) Não ( ) Não sabe
12. Seu leite diminuiu? ( ) Sim ( ) Não
a. Se sim, é suficiente para seu bebê? ( ) Sim ( ) Não
b. Se não, precisa oferecer complemento? ( ) Sim ( ) Não
c. Se sim, quantas vezes ao dia? _____ vezes
13. Você está introduzindo novos alimentos pra o bebê? ( ) Sim ( ) Não

a. Se sim, qual? ( ) Complemento ( ) Água ( ) Chá ( ) Outro _____
b. Se sim, por quê?
   i. ( ) Acreditava ter pouco leite
   ii. ( ) O bebê tinha sede, precisava dar outros líquidos
   iii. ( ) Para acalmar o choro, dava outros alimentos
   iv. ( ) Experimentou dar outros alimentos para ver se o bebê iria gosta
   v. ( ) Porque achava que era bom dar
   vi. ( ) O bebê queria experimentar outros alimentos porque via as pessoas da família comendo/bebendo
   vii. ( ) O bebê não sugava o peito suficientemente
   viii. ( ) Não sabia se ia ficar com o bebê
   ix. ( ) Queria ensinar o bebê a tomar no conta-gotas ou mamadeira

ANEXO G- Normas da Revista Journal Of Human Gwoth and development

General Criteria for the Acceptance of Texts Submitted to Publication: JHGD reserves the copyright to its content. The submitted texts and floppy disks should be sent with a letter in which the authors waive the copyright in favor of the Journal.

The opinions expressed by the authors belong to them and do not necessarily reflect the opinion of the Editorial Board of the Journal.

Papers will be selected according to the following criteria: scientific solidity, originality, currentness, opportunity of information and adequacy to the Journal's publication norms. After the initial selection, performed by the editor, the material will be sent to two members of the Editorial Board. Within 30 days, they should give their opinions regarding acceptance for publication or not. This opinion will be expressed as follows:

a) Accepted for publication: the paper will be published in one of the next issues of the Journal, according to a chronological criterion (date when the article was approved by the Journal) and a pagination criterion.

b) Conditional Acceptance: one or more members of the Editorial Board suggest modifications so that the paper fits the Journal's norms, or make suggestions aiming at a better understanding of the text. In this case, the original is returned to the author together with the recommendations.

c) Rejected: in this hypothesis, the originals will be returned to the author, and the reasons for the refusal will be explained.

Norms for the Elaboration of Papers: The content of JHGD can include: Editorial; Original Research and Current Comments; Opinions and/or Bibliographic Reviews; Case Studies; Experience Report; Reviews or Summaries of Dissertations. The Editorials, which reflect the Journal's positions, will be written by the Editor or the members of the Editorial Board.

Preparation of Manuscripts: Texts submitted to publication should limit their number of keyboarded pages according to the following maximal parameters, tables and graphs included: Original Research and Current Comments: 25 pages; Opinions and Bibliographic Reviews: 10 pages; Case Studies and Experience Reports: 8 pages; Reviews and Summaries: 3 pages.

Cover page (This page should be included within the main file): It should contain: a) Title of the article, which should be concise and complete, describing the subject with terms that can be adequately indexed by the information retrieval services. The translation of the title into English should be presented; b) Full name of each author; c) The institution to which each author is affiliated, together with the respective address; d) Name of the Department and Institution in which the research was carried out; e) Indication of the author

who will be responsible for correspondence, with address, telephone number, fax number and electronic mail; f) If the research was funded, the name of the funding agency and the number of the process should be indicated; g) If the paper was based on a dissertation, the title, year and institution to which it was submitted should be indicated; h) If the paper was presented in a scientific meeting, the name of the event, venue and date should be indicated.

Abstracts and Descriptors: The papers should have one abstract in Portuguese and one in English containing 250 words at the most. When the text is written in Spanish, an abstract in this language should also be provided. The recommendations of UNESCO should be followed in that the article should contain information referring to: objectives, basic procedures, the most important results and the main conclusions. New aspects should be emphasized, as well as those which deserve to be highlighted. Up to six descriptors should be indicated in Portuguese and in English, extracted from the vocabulary - Descritores em Ciência da Saúde - DeCS (http://decs.bvs.br/). If the authors cannot find, in this vocabulary, descriptors to represent the theme of the manuscript, they can indicate terms or expressions extracted from the text itself.

Text structure: The Research Articles can be organized according to the formal structure: Introduction, Methods, Results, Discussion and Conclusions. Other types of articles, such as Reviews, Current Comments, Notes, Case Studies and Experience Reports can follow other formats to organize the content. The coherence between content and presentation will be verified in all articles. Each part of the formal structure of the research article should contain the following information: **Introduction**: presentation and discussion of the problem in light of pertinent and up-to-date bibliography, without the intention to include an extensive review of the matter. It should contain the objective, in which the author states the research object and justifies its elaboration and significance. Data or conclusions of the paper that is being presented should not be included.**Methods**: description of the procedures. The research variables should be presented, with the respective definitions when necessary, and categorization. The scientific and statistical hypotheses should be presented. The population and the sample should be determined, and the measurement instruments should be described, presenting, if possible, validity and reliability proofs. The article should contain information on data collection and processing. The methods and techniques that were used, including the statistical methods, should be based on scientific papers. Modifications of methods and techniques introduced by the authors, or even comments on methods and techniques that have been published but are not widely known, should be adequately described. **Results**: they should be presented in a logical sequence in the text, tables and figures. The text should not repeat all the data displayed in the tables and figures; only the most important remarks should be highlighted, with little personal interpretation. Whenever necessary, the numerical data should be submitted to statistical analysis. **Discussion**: it should focus on the obtained data and the achieved results, and it should emphasize the new and important aspects that were observed, discussing if they are similar to or different from other findings that have already been published. Arguments and proofs disseminated in personal presentations or in documents of a restricted

character should not be included. Both the limitations of the paper and implications for future research should be clarified. Hypotheses and generalizations that were not based on the paper's data should be avoided. Conclusions supported by the discussion and interpretation can be included in this section. In this case, there is no need to repeat them in another section. **Conclusions**: the set of the most important conclusions should be presented, recovering the objectives of the paper. Proposals that aim to contribute to the finding of solutions to the detected problems or other necessary suggestions can be presented.

Acknowledgements:
they should be brief, objective and directed at people or institutions that substantially contributed to the elaboration of the paper.

References:
a) JHGD adopts the Uniform Requirements of Vancouver, available in http://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform_requirements.html.
b) The references should be numerically disposed, following the order in which they were cited in the text.
c) If more than six authors collaborated in a publication, all of them are cited up to the sixth author, followed by the Latin expression et al..
d) Journal titles should be indicated in the abbreviated form, according to the Index Medicus.
e) Personal presentations, unpublished or ongoing research can be cited when absolutely necessary, but they should not be included in the list of References. They should be indicated in the text or in a footnote.
f) Non-conventional publications whose access is restricted can be cited provided that the authors indicate to the reader where to find them.
g) The accuracy of the references is the authors' responsibility.

Examples:
Book
Rogoff B. A Natureza Cultural do desenvolvimento humano. Porto Alegre: Artmed; 2005.
Chapter in a Book
Phillips SJ, Whiosnant JP. Hypertension and stroke. In: Laragh JH, Brenner BM, editors. Hypertension: pathophysiology, diagnosis, and management. 2nd ed. New York: Raven Press; 1995. p. 465-78.
Article in a Journal
Martell R. New prescribing powers mooted for 10.000 nurses. Nurs Times. 2000;96(44):7-15.
Conference Paper
Sawara BB. A liberdade criativa no processo de participaçao política na era da globalização [abstract]. In: Anais do 2º Seminário Nacional sobre Comportamento Político; 1995 Nov 16-20; Florianópolis, Brasil. Florianópolis: UFSC; 1995. p. 20.
Thesis and Dissertation
Santos AO. Representações sociais da saúde e doença no Candomblé Jejê-Nagô do Brasil [thesis]. São Paulo: Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo; 1999.
Electronic Material

London AJ. Justice and the human development approach to international research. Hastings Cent Rep [online journal]. 2005 Jan/Feb [cited 2005 Jun 5];35(1):24-37. Available from: http://vnweb.hwwilsonweb.com/hww/results/external_link_maincontentframe.jhtml?_DARGS=/hww/results/results_common.jhtml.8.

Although the references are numerically indicated, citations in the text, tables, figures and footnotes can indicate the author's name and year of publication (when there are more than two authors, cite the first one, followed by the expression -et al.-). Example: Although the oral BCG vaccination is defended by many authors, others are not so enthusiastic about its administration (Rosen7, 1958).

Tables:

Tables are typed double-spaced and presented in the main text, numbered consecutively with Arabic numerals in the order they are mentioned. They should have a title above them, and the same data should not be repeated in graphs. They should be assembled according to the orientation presented in: -IBGE. Normas de apresentação tabular. Rio de Janeiro; 1993. Vertical or inclined lines should be avoided. Footnotes referring to the tables should be restricted to the smallest possible number. The maximum number of tables per paper is 10. Above this number, the additional expense will be the responsibility of the authors. Very large tables, even if they contain important data, may not be accepted. In this case, the possibility of providing the data for the reader should be informed in a footnote. If there are tables extracted from published works, the authors should have written permission to reproduce them, and this authorization should be sent to the Journal together with the manuscripts submitted to publication.

Figures:

Illustrations (photos, drawings, graphs, etc.) should be numbered consecutively in Arabic numerals in the order in which they appear in the text. They should be indicated as Figures, and should be identified inside the text by means of the number and abbreviated title of the paper. Subtitles should be presented. The illustrations should be clear enough to allow their reproduction in plates of 13 cm (page width). If there are figures extracted from other previously published works, the authors should have the written permission to reproduce them, except for documents of public domain. This authorization should be sent to the Journal together with the manuscripts submitted to publication.

Abbreviations:
The standardized form should be used. When it is not standardized, they should be preceded by the full name when cited for the first time. When they appear in tables or figures, their meaning should be explained when it is unknown.

Abbreviations should not be used in the title and in the abstract of the submitted paper

Ethics and consent

Ethics approval

Study involving human subjects, human material, or human data, must have been performed in accordance with the Declaration of Helsinki and must have been approved by an appropriate ethics committee. A statement detailing this, including the name of the ethics committee and the reference number where appropriate, must appear in all manuscripts reporting such study. If a study has been granted an exemption from requiring ethics approval, this should also be detailed in the manuscript (including the name of the ethics committee that granted the exemption). Additional information and documentation to support this should be made available to the Editor on request. Manuscripts may be rejected if the Editor considers th'at the study has not been carried out within an appropriate ethical framework. In rare cases, the Editor may contact the ethics committee for additional information.

Consent to participate

For all study involving human subjects, informed consent to participate in the study should be obtained from participants (or their parent or legal guardian in the case of children under 16) and a statement to this effect should appear in the manuscript.

Study involving animals

Experimental study on vertebrates or any regulated invertebrates must comply with institutional, national, or international guidelines, and where available should have been approved by an appropriate ethics committee. The Basel Declaration outlines fundamental principles to adhere to when conducting study in animals and the International Council for Laboratory Animal Science (ICLAS) has also published ethical guidelines.

A statement detailing compliance with relevant guidelines (e.g. the revised Animals (Scientific Procedures) Act 1986 in the UK and Directive 2010/63/EU in Europe) and/or ethical approval (including the name of the ethics committee and the reference number where appropriate) must be included in the manuscript. If a study has been granted an exemption from requiring ethics approval, this should also be detailed in the manuscript (including the name of the ethics committee that granted the exemption and the reasons for the exemption). The Editor will take account of animal welfare issues and reserves the right to reject a manuscript, especially if the study involves protocols that are inconsistent with commonly accepted norms of animal study. In rare cases, the Editor may contact the ethics committee for additional information.

For experimental studies involving client-owned animals, authors must also document informed consent from the client or owner and adherence to a high standard (best practice) of veterinary care.

Field studies and other non-experimental study on animals must comply with institutional, national, or international guidelines, and where available should

have been approved by an appropriate ethics committee. A statement detailing compliance with relevant guidelines and/or appropriate permissions or licences must be included in the manuscript. We recommend that authors comply with the Convention on the Trade in Endangered Species of Wild Fauna and Flora and the IUCN Policy Statement on Study Involving Species at Risk of Extinction.

Study involving plants

Experimental study on plants (either cultivated or wild), including collection of plant material, must comply with institutional, national, or international guidelines. Field studies should be conducted in accordance with local legislation, and the manuscript should include a statement specifying the appropriate permissions and/or licences. We recommend that authors comply with the Convention on the Trade in Endangered Species of Wild Fauna and Flora.

Voucher specimens must be deposited in a public herbarium or other public collection providing access to deposited material. Information on the voucher specimen and who identified it must be included in the manuscript.

Consent for publication

For all manuscripts that include details, images, or videos relating to individual participants, written informed consent for the publication of these must be obtained from the participants (or their parent or legal guardian in the case of children under 16) and a statement to this effect should appear in the manuscript. If the participant has died, then consent for publication must be sought from the next of kin of the participant. Authors can use the consent form to obtain consent for publication from the participant(s), or a consent form from their own institution or region if they prefer. This documentation must be made available to the Editor if requested, and will be treated confidentially. In cases where images are entirely unidentifiable and there are no details on individuals reported within the manuscript, consent for publication of images may not be requested. The final decision on whether consent to publish is requested lies with the Editor.

ANEXO H- Normas da Revista Jornal de Pediatria

Submissão de Arquivos

Processo de revisão (*Peer review*)

Todo o conteúdo publicado pelo Jornal de Pediatria passa por processo de revisão por especialistas (*peer review*). Cada artigo submetido para apreciação é encaminhado aos editores, que fazem uma revisão inicial quanto aos padrões mínimos de exigência do Jornal de Pediatria e ao atendimento de todas as normas requeridas para envio dos originais. A seguir, remetem o artigo a dois revisores especialistas na área pertinente, selecionados de um cadastro de revisores. Os revisores são sempre de instituições diferentes da instituição de origem do artigo e são cegos quanto à identidade dos autores e ao local de origem do trabalho. Após receber ambos os pareceres, o Conselho Editorial os avalia e decide pela aceitação do artigo sem modificações, pela recusa ou pela devolução aos autores com as sugestões de modificações. Conforme a necessidade, um determinado artigo pode retornar várias vezes aos autores para esclarecimentos e, a qualquer momento, pode ter sua recusa determinada. Cada versão é sempre analisada pelo Conselho Editorial, que detém o poder da decisão final.

Tipos de artigos publicados

O Jornal de Pediatria aceita a submissão espontânea de artigos originais, artigos especiais e cartas ao editor.

Artigos originais incluem estudos controlados e randomizados, estudos de testes diagnósticos e de triagem e outros estudos descritivos e de intervenção, bem como pesquisa básica com animais de laboratório. O texto deve ter no máximo 3.000 palavras, excluindo tabelas e referências; o número de referências não deve exceder 30. O número total de tabelas e figuras não pode ser maior do que quatro. Artigos que relatam ensaios clínicos com intervenção terapêutica (clinical trials) devem ser registrados em um dos Registros de Ensaios Clínicos listados pela Organização Mundial da Saúde e pelo International Committee of Medical Journal Editors. Na ausência de um registro latino-americano, o Jornal de Pediatria sugere que os autores utilizem o registro www.clinicaltrials.gov, dos National Institutes of Health (NIH). O número de identificação deve ser apresentado ao final do resumo.

Artigos especiais são textos não classificáveis nas demais categorias, que o Conselho Editorial julgue de especial relevância. Sua revisão admite critérios próprios, não havendo limite de tamanho ou exigências prévias quanto à bibliografia.

Cartas ao editor devem comentar, discutir ou criticar artigos publicados no Jornal de Pediatria. O tamanho máximo é de 1.000 palavras, incluindo no máximo seis referências bibliográficas. Sempre que possível, uma resposta dos autores será publicada junto com a carta.

São publicados, mediante convite, editoriais, comentários e artigos de revisão. Autores não convidados podem também submeter ao Conselho Editorial uma proposta para publicação de artigos dessas classificações.

Editoriais e comentários, que geralmente se referem a artigos selecionados, são encomendados a autoridades em áreas específicas. O Conselho Editorial também

analisa propostas de comentários submetidas espontaneamente.

Artigos de revisão são avaliações críticas e ordenadas da literatura em relação a temas de importância clínica, com ênfase em fatores como causas e prevenção de doenças, seu diagnóstico, tratamento e prognóstico - em geral são escritos, mediante convite, por profissionais de reconhecida experiência. Metanálises são incluídas nesta categoria. Autores não convidados podem também submeter ao Conselho Editorial uma proposta de artigo de revisão, com um roteiro. Se aprovado, o autor pode desenvolver o roteiro e submetê-lo para publicação. Artigos de revisão devem limitar-se a 6.000 palavras, excluindo referências e tabelas. As referências bibliográficas devem ser atuais e em número mínimo de 30.

Orientações gerais

O arquivo original - incluindo tabelas, ilustrações e referências bibliográficas - deve estar em conformidade com os "Requisitos Uniformes para Originais Submetidos a Revistas Biomédicas", publicado pelo Comitê Internacional de Editores de Revistas Médicas (http://www.icmje.org). Cada seção deve ser iniciada em nova página, na seguinte ordem: página de rosto, resumo em português, resumo em inglês, texto, agradecimentos, referências bibliográficas, tabelas (cada tabela completa, com título e notas de rodapé, em página separada), figuras (cada figura completa, com título e notas de rodapé, em página separada) e legendas das figuras.

A seguir, as principais orientações sobre cada seção:

Página de rosto

A página de rosto deve conter todas as seguintes informações:

1. título do artigo, conciso e informativo, evitando termos supérfluos e abreviaturas; evitar também a indicação do local e da cidade onde o estudo foi realizado;
2. título abreviado (para constar no topo das páginas), com máximo de 50 caracteres, contando os espaços;
3. nome de cada um dos autores (primeiro nome e o último sobrenome; todos os demais nomes aparecem como iniciais);
4. endereço eletrônico de cada autor;
5. informar se cada um dos autores possui currículo cadastrado na plataforma Lattes do CNPq;
6. a contribuição específica de cada autor para o estudo;
7. declaração de conflito de interesse (escrever "nada a declarar" ou a revelação clara de quaisquer interesses econômicos ou de outra natureza que poderiam causar constrangimento se conhecidos depois da publicação do artigo);
8. definição de instituição ou serviço oficial ao qual o trabalho está vinculado para fins de registro no banco de dados do Index Medicus/MEDLINE;
9. nome, endereço, telefone, fax e endereço eletrônico do autor responsável pela correspondência;
10. nome, endereço, telefone, fax e endereço eletrônico do autor responsável pelos contatos pré-publicação;
11. fonte financiadora ou fornecedora de equipamento e materiais, quando for o caso;
12. contagem total das palavras do texto, excluindo resumo, agradecimentos, referências bibliográficas, tabelas e legendas das figuras;
13. contagem total das palavras do resumo;número de tabelas e figuras.

Resumo

O resumo deve ter no máximo 250 palavras ou 1.400 caracteres, evitando o uso de abreviaturas. Não se devem colocar no resumo palavras que identifiquem a instituição ou cidade onde foi feito o artigo, para facilitar a revisão cega. Todas as informações que aparecem no resumo devem aparecer também no artigo. O resumo deve ser estruturado conforme descrito a seguir:

Resumo de artigo original

Objetivo: informar por que o estudo foi iniciado e quais foram as hipóteses iniciais, se houve alguma. Definir precisamente qual foi o objetivo principal e informar somente os objetivos secundários mais relevantes.

Métodos: informar sobre o delineamento do estudo (definir, se pertinente, se o estudo é randomizado, cego, prospectivo, etc.), o contexto ou local (definir, se pertinente, o nível de atendimento, se primário, secundário ou terciário, clínica privada, institucional, etc.), os pacientes ou participantes (definir critérios de seleção, número de casos no início e fim do estudo, etc.), as intervenções (descrever as características essenciais, incluindo métodos e duração) e os critérios de mensuração do desfecho.

Resultados: informar os principais dados, intervalos de confiança e significância estatística dos achados.

Conclusões: apresentar apenas aquelas apoiadas pelos dados do estudo e que contemplem os objetivos, bem como sua aplicação prática, dando ênfase igual a achados positivos e negativos que tenham méritos científicos similares.

Resumo de artigo de revisão

Objetivo: informar por que a revisão da literatura foi feita, indicando se enfatiza algum fator em especial, como causa, prevenção, diagnóstico, tratamento ou prognóstico.

Fontes dos dados: descrever as fontes da pesquisa, definindo as bases de dados e os anos pesquisados. Informar sucintamente os critérios de seleção de artigos e os métodos de extração e avaliação da qualidade das informações.

Síntese dos dados: informar os principais resultados da pesquisa, sejam quantitativos ou qualitativos.

Conclusões: apresentar as conclusões e suas aplicações clínicas, limitando generalizações ao escopo do assunto em revisão.

Após o resumo, inclua de três a seis palavras-chave que serão usadas para indexação. Utilize termos do Medical Subject Headings (MeSH), disponíveis em http://www.nlm.nih.gov/mesh/meshhome.html. Quando não estiverem disponíveis descritores adequados, é possível utilizar termos novos.

Abreviaturas

Devem ser evitadas, pois prejudicam a leitura confortável do texto. Quando usadas, devem ser definidas ao serem mencionadas pela primeira vez. Jamais

devem aparecer no título e nos resumos.

Texto

O texto dos artigos originais deve conter as seguintes seções, cada uma com seu respectivo subtítulo:

1. **Introdução:** sucinta, citando apenas referências estritamente pertinentes para mostrar a importância do tema e justificar o trabalho. Ao final da introdução, os objetivos do estudo devem ser claramente descritos.
2. **Métodos:** descrever a população estudada, a amostra e os critérios de seleção; definir claramente as variáveis e detalhar a análise estatística; incluir referências padronizadas sobre os métodos estatísticos e informação de eventuais programas de computação. Procedimentos, produtos e equipamentos utilizados devem ser descritos com detalhes suficientes para permitir a reprodução do estudo. É obrigatória a inclusão de declaração de que todos os procedimentos tenham sido aprovados pelo comitê de ética em pesquisa da instituição a que se vinculam os autores ou, na falta deste, por outro comitê de ética em pesquisa indicado pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa do Ministério da Saúde.
3. **Resultados:** devem ser apresentados de maneira clara, objetiva e em sequência lógica. As informações contidas em tabelas ou figuras não devem ser repetidas no texto. Usar gráficos em vez de tabelas com um número muito grande de dados.
4. **Discussão:** deve interpretar os resultados e compará-los com os dados já descritos na literatura, enfatizando os aspectos novos e importantes do estudo. Discutir as implicações dos achados e suas limitações, bem como a necessidade de pesquisas adicionais. As conclusões devem ser apresentadas no final da discussão, levando em consideração os objetivos do trabalho. Relacionar as conclusões aos objetivos iniciais do estudo, evitando assertivas não apoiadas pelos achados e dando ênfase igual a achados positivos e negativos que tenham méritos científicos similares. Incluir recomendações, quando pertinentes.

O texto de **artigos de revisão** não obedece a um esquema rígido de seções. Sugere-se uma introdução breve, em que os autores explicam qual a importância da revisão para a prática pediátrica, à luz da literatura médica. Não é necessário descrever os métodosde seleção e extração dos dados, passando logo para a sua síntese, que, entretanto, deve apresentar todas as informações pertinentes em detalhe. A seção de conclusões deve correlacionar as ideias principais da revisão com as possíveis aplicações clínicas, limitando generalizações aos domínios da revisão.

Agradecimentos

Devem ser breves e objetivos, somente a pessoas ou instituições que contribuíram significativamente para o estudo, mas que não tenham preenchido os critérios de autoria. Integrantes da lista de agradecimento devem dar sua autorização por escrito para a divulgação de seus nomes, uma vez que os leitores podem supor seu endosso às conclusões do estudo.

Referências bibliográficas

As referências devem ser formatadas no estilo Vancouver, também conhecido como o estilo Uniform Requirements, que é baseado em um dos estilos do American National Standards Institute, adaptado pela U.S. National Library of Medicine (NLM)

para suas bases de dados. Os autores devem consultar Citing Medicine, The NLM Style Guide for Authors, Editors, and Publishers (http://www.ncbi.nlm.nih.gov/bookshelf/br.fcgi?book=citmed) para informações sobre os formatos recomendados para uma variedade de tipos de referências. Podem também consultar o site "sample references" (http://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform_requirements.html), que contém uma lista de exemplos extraídos ou baseados em Citing Medicine, para uso geral facilitado; essas amostras de referências são mantidas pela NLM.

As referências bibliográficas devem ser numeradas e ordenadas segundo a ordem de aparecimento no texto, no qual devem ser identificadas pelos algarismos arábicos respectivos sobrescritos. Para listar as referências, não utilize o recurso de notas de fim ou notas de rodapé do Word.

Artigos aceitos para publicação, mas ainda não publicados, podem ser citados desde que indicando a revista e que estão "no prelo". Observações não publicadas e comunicações pessoais não podem ser citadas como referências; se for imprescindível a inclusão de informações dessa natureza no artigo, elas devem ser seguidas pela observação "observação não publicada" ou "comunicação pessoal" entre parênteses no corpo do artigo.

Os títulos dos periódicos devem ser abreviados conforme recomenda o Index Medicus; uma lista com suas respectivas abreviaturas pode ser obtida através da publicação da NLM "List of Serials Indexed for Online Users", disponível no endereço http://www.nlm.nih.gov/tsd/serials/lsiou.html. Para informações mais detalhadas, consulte os "Requisitos Uniformes para Originais Submetidos a Revistas Biomédicas". Este documento está disponível em http://www.icmje.org/.

Abaixo, apresentamos alguns exemplos do modelo adotado pelo Jornal de Pediatria:

Artigos em periódicos:

1. Até seis autores:

Araújo LA, Silva LR, Mendes FA. Digestive tract neural control and gastrointestinal disorders in cerebral palsy. J Pediatr (Rio J). 2012;88:455-64.

2. Mais de seis autores:

Ribeiro MA, Silva MT, Ribeiro JD, Moreira MM, Almeida CC, Almeida- Junior AA, et al. Volumetric capnography as a tool to detect early peripheric lung obstruction in cystic fibrosis patients. J Pediatr (Rio J). 2012;88:509-17.

3. Organização como autor:

Mercier CE, Dunn MS, Ferrelli KR, Howard DB, Soll RF; Vermont Oxford Network ELBW Infant Follow-Up Study Group. Neurodevelopmental outcome of extremely low birth weight infants from the Vermont Oxford network: 1998-2003. Neonatology. 2010;97:329-38.

4. Sem autor:

Informed consent, parental permission, and assent in pediatric practice. Committee

on Bioethics, American Academy of Pediatrics. Pediatrics. 1995;95:314-7.

5. Artigos com publicação eletrônica ainda sem publicação impressa:

Carvalho CG, Ribeiro MR, Bonilha MM, Fernandes Jr M, Procianoy RS, Silveira RC. Use of off-label and unlicensed drugs in the neonatal intensive care unit and its association with severity scores. J Pediatr (Rio J). 2012 Oct 30. [Epub ahead of print]

Livros:

Blumer JL, Reed MD. Principles of neonatal pharmacology. In: Yaffe SJ, Aranda JV, eds. Neonatal and Pediatric Pharmacology. 3rd ed. Baltimore: Lippincott, Williams and Wilkins; 2005. p. 146-58.

Trabalhos acadêmicos:

Borkowski MM. Infant sleep and feeding: a telephone survey of Hispanic Americans [dissertation]. Mount Pleasant, MI: Central Michigan University; 2002.

CD-ROM:

Anderson SC, Poulsen KB. Anderson's electronic atlas of hematology [CD-ROM]. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2002.

Homepage/website:

R Development Core Team [Internet]. R: A language and environment for statistical computing. Vienna: R Foundation for Statistical Computing; 2003 [cited 2011 Oct 21]. Available from: http://www.R-project.org

Documentos do Ministério da Saúde:

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Atenção à saúde do recém-nascido: guia para os profissionais de saúde: cuidados gerais. Brasília: Ministério da Saúde; 2011. v. 1. 192p. (Série A. Normas e Manuais Técnicos)

Apresentação de trabalho:

Bugni VM, Okamoto KY, Ozaki LS, Teles FM, Molina J, Bueno VC, et al. Development of a questionnaire for early detection of factors associated to the adherence to treatment of children and adolescents with chronic rheumatic diseases - "the Pediatric Rheumatology Adherence Questionnaire (PRAQ)". Paper presented at the ACR/ARHP Annual Meeting; November 5-9, 2011; Chicago, IL.

Tabelas

Cada tabela deve ser apresentada em folha separada, numerada na ordem de aparecimento no texto, e conter um título sucinto, porém explicativo. Todas as explicações devem ser apresentadas em notas de rodapé e não no título, identificadas com letras sobrescritas em ordem alfabética. Não sublinhar ou desenhar linhas dentro das tabelas e não usar espaços para separar colunas. Não

usar espaço em qualquer lado do símbolo ±.

Figuras (fotografias, desenhos, gráficos etc.)

Todas as figuras devem ser numeradas na ordem de aparecimento no texto. Todas as explicações devem ser apresentadas nas legendas, inclusive acerca das abreviaturas utilizadas. Figuras reproduzidas de outras fontes já publicadas devem indicar esta condição na legenda, assim como devem ser acompanhadas por uma carta de permissão do detentor dos direitos. Fotos não devem permitir a identificação do paciente; tarjas cobrindo os olhos podem não constituir proteção adequada. Caso exista a possibilidade de identificação, é obrigatória a inclusão de documento escrito fornecendo consentimento livre e esclarecido para a publicação. Microfotografias devem apresentar escalas internas e setas que contrastem com o fundo. As ilustrações são aceitas em cores para publicação no site. Contudo, todas as figuras serão vertidas para o preto e branco na versão impressa. Caso os autores julguem essencial que uma determinada imagem seja colorida mesmo na versão impressa, solicita-se um contato especial com os editores. Imagens geradas em computador, como gráficos, devem ser anexadas sob a forma de arquivos nos formatos .jpg, .gif ou .tif, com resolução mínima de 300 dpi, para possibilitar uma impressão nítida; na versão eletrônica, a resolução será ajustada para 72 dpi. Gráficos devem ser apresentados somente em duas dimensões, em qualquer circunstância. Desenhos, fotografias ou quaisquer ilustrações que tenham sido digitalizadas por escaneamento podem não apresentar grau de resolução adequado para a versão impressa da revista; assim, é preferível que sejam enviadas em versão impressa original (qualidade profissional, a nanquim ou impressora com resolução gráfica superior a 300 dpi). Nesses casos, no verso de cada figura deve ser colada uma etiqueta com o seu número, o nome do primeiro autor e uma seta indicando o lado para cima.

Legendas das figuras

Devem ser apresentadas em página própria, devidamente identificadas com os respectivos números.

Lista de verificação

Como parte do processo de submissão, os autores são solicitados a indicar sua concordância com todos os itens abaixo; a submissão pode ser devolvida aos autores que não aderirem a estas diretrizes.

1. Todos os autores concordam plenamente com a Nota de Copyright.
2. O arquivo de submissão foi salvo como um documento do Microsoft Word.
3. A página de rosto contém todas as informações requeridas, conforme especificado nas diretrizes aos autores.
4. O resumo e as palavras-chave estão na língua de submissão (inglês ou português), seguindo a página de rosto.
5. O texto é todo apresentado em espaço duplo, utiliza fonte tamanho 12 e itálico em vez de sublinhado para indicar ênfase (exceto em endereços da internet). Todas as tabelas, figuras e legendas estão numeradas na ordem em que aparecem no texto e foram colocadas cada uma em página separada, seguindo as referências, no fim do arquivo.
6. O texto segue as exigências de estilo e bibliografia descritas nas normas de publicação.
7. As referências estão apresentadas no chamado estilo de Vancouver e numeradas consecutivamente na ordem em que aparecem no texto.
8. Informações acerca da aprovação do estudo por um conselho de ética em

pesquisa são claramente apresentadas no texto, na seção de métodos.

9. Todos os endereços da internet apresentados no texto (p.ex., http://www.sbp.com.br) estão ativos e prontos para serem clicados.