

## FATORES ASSOCIADOS AO ALEITAMENTO MATERNO EXCLUSIVO PARA PREMATUROS TARDIOS: UM ESTUDO DE COORTE

### *FACTORS ASSOCIATED WITH EXCLUSIVE BREASTFEEDING IN LATE PRETERM INFANTS: A COHORT STUDY*

Jéssica Teles Schlemmer<sup>1</sup> , Caroline Sissy Tronco<sup>2</sup> , Laura Tilwitz<sup>1</sup> ,  
Bruna Hentges<sup>1</sup> 

#### RESUMO

**Objetivo:** Descrever a prevalência de aleitamento materno exclusivo (AME) para prematuros tardios (RNPTt) nas primeiras 24 horas, aos 30 dias e aos seis meses de vida e estimar fatores associados à prevalência de AME aos 30 dias e aos seis meses. **Métodos:** Estudo de coorte realizado em Porto Alegre (Brasil). A coleta de dados ocorreu através de entrevista presencial nas primeiras 24 horas de vida do RNPTt e telefônica aos 30 dias e aos seis meses, o desfecho foi a prevalência de AME. A análise de fatores associados foi realizada para os 30 dias e seis meses, por regressão de Poisson com variância robusta. **Resultados:** Foram incluídos 187 RNPTt na linha de base, 181 aos 30 dias e 127 aos seis meses. A prevalência de AME foi de 41,2% (n=77) nas 24 horas, 46,4% (n=84) aos 30 dias e 15,7% (n=20) aos seis meses. Na análise multivariada, a gemelaridade foi associada à maior chance de não ocorrer AME aos 30 dias (aRR = 1,21; IC95%: 1,11–1,32) e aos seis meses (aRR = 1,07; IC95%: 1,02–1,11). A não amamentação na primeira hora de vida esteve associada ao não AME aos 30 dias (aRR = 1,15; IC95%: 1,03–1,30). **Conclusão:** Identificou-se baixas taxas de AME para prematuros tardios. Estratégias de incentivo à amamentação precoce e de apoio às mães de recém-nascidos gemelares são fundamentais para manutenção do AME a esta população.

**Palavras-chave:** Assistência Perinatal; Aleitamento Materno; Recém-Nascido Prematuro.

#### ABSTRACT

**Objective:** To describe the prevalence of exclusive breastfeeding (EBF) among late preterm infants at 24 hours, 30 days, and six months of life and to estimate associated factors with the prevalence of EBF at 30 days and six months. **Methods:** A cohort study conducted in a university hospital in Porto Alegre, Brazil, between 2017 and 2018, including live-born infants with gestational age between 34 weeks and 36 weeks and 6 days. Data were collected at three time points: face-to-face interview with the mother within 24 hours postpartum and telephone interviews at 30 days and six months. The outcome was the prevalence of EBF at each time point. Associated factors were analyzed only for the 30-day and six-month periods using Poisson regression with robust variance. **Results:** A total of 187 late preterm infants were included at baseline, 181 at 30 days, and 127 at six months. The prevalence of EBF was 41.2% (n=77) at 24 hours, 46.4% (n=84) at 30 days, and 15.7% (n=20) at six months. In multivariable analysis, twin pregnancy was associated with a higher risk of non-EBF at 30 days (aRR = 1.21; 95%CI: 1.11–1.32) and six months (aRR = 1.07; 95%CI: 1.02–1.11). Absence of breastfeeding within the first hour of life was also associated with non-EBF at 30 days (aRR = 1.15; 95%CI: 1.03–1.30). **Conclusion:** EBF rates among late preterm infants were low, particularly at six months. Interventions promoting early breastfeeding and tailored support for mothers of twins are essential to improve exclusive breastfeeding outcomes.

**Keywords:** Breastfeeding; Late preterm infants; Preterm birth; Neonatal health; Associated factors.

Clin Biomed Res. 2025;45:1-8

1 Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, RS, Brasil.

2 Instituto Federal Farroupilha, Panambi, RS, Brasil.

Autor correspondente:

Laura Tilwitz

E-mail: laura.tilwitz@gmail.com

Universidade Federal do Rio Grande do Sul  
Farroupilha  
CEP 90010-150, Porto Alegre, RS, Brasil

## INTRODUÇÃO

São considerados prematuros tardios recém-nascidos com idade gestacional entre 34 e 36 semanas e 6 dias. Embora apresentem peso e tamanho semelhantes aos de recém-nascidos a termo, esse grupo está exposto a riscos de complicações decorrentes da imaturidade neurológica e imunológica características da prematuridade<sup>1-3</sup>. Entre as complicações mais frequentes destaca-se: sepse neonatal, icterícia, hipoglicemia, dificuldades respiratórias e maior probabilidade de internação em unidades de terapia intensiva neonatal (UTIN)<sup>4</sup>.

Estima-se que, globalmente, ocorram cerca de 13,4 milhões de nascimentos prematuros por ano, dos quais aproximadamente 1,1 milhão evoluem para óbito em decorrência de complicações associadas à prematuridade<sup>1,3,5</sup>. No Brasil, ocorrem cerca de 340 mil nascimentos prematuros anualmente<sup>1</sup>. Em um hospital universitário da cidade de Porto Alegre (RS), a proporção de prematuros tardios entre todos os nascimentos prematuros foi de 71,3%, evidenciando a magnitude desse subgrupo no cenário da prematuridade<sup>2</sup>.

O aleitamento materno exclusivo (AME) é uma prática de reconhecido impacto na redução da mortalidade infantil. Estima-se que sua adoção universal poderia evitar até 13% dos óbitos em crianças menores de cinco anos<sup>6</sup>. Para prematuros tardios, o AME está associado à menor risco de mortalidade neonatal<sup>7</sup>. Para a Organização Mundial da Saúde define-se AME quando ocorre oferta exclusiva de leite materno (independente da forma como é oferecido) sem a introdução de quaisquer outros líquidos ou sólidos até o sexto mês de vida<sup>6</sup>.

A literatura associa a prematuridade tardia como um fator preditor para o desmame precoce<sup>8,9</sup>. Diante da vulnerabilidade dos prematuros tardios e dos benefícios do aleitamento materno, a manutenção do AME constitui-se como uma estratégia que previne mortalidade e agravos a estes recém-nascidos. As dificuldades específicas como sucção e deglutição ineficazes, sonolência excessiva e mamadas de curta duração, comprometem a efetividade da amamentação<sup>10</sup>. Nesse contexto, o papel dos profissionais de saúde, especialmente da enfermagem, é fundamental no apoio, orientação e estímulo ao aleitamento.

No Brasil, algumas políticas públicas foram implantadas com o objetivo de fortalecer o aleitamento materno como uma prática essencial na promoção da saúde, bem como na redução das desigualdades no cuidado neonatal. Entre elas, destaca-se a Iniciativa Hospital Amigo da Criança, a qual confere o selo de qualidade aos hospitais e maternidades que cumprem os “Dez passos para o Sucesso do Aleitamento Materno” e incentivam práticas como

o contato pele a pele entre mãe e bebê logo após o nascimento, amamentação na primeira hora de vida do recém-nascido e alojamento conjunto<sup>11</sup>. Além da IHAC, a Rede Amamenta e Alimenta Brasil tem como objetivo qualificar o processo de trabalho dos profissionais de Atenção Primária no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) para reforçar a promoção do aleitamento materno e da alimentação saudável de crianças menores de dois anos<sup>12</sup>. Tais políticas atuam diretamente no suporte ao aleitamento materno, sendo assim um aspecto fundamental para os recém-nascidos prematuros tardios, cujo sucesso do aleitamento depende da continuidade e da integração do cuidado.

Identifica-se escassez de estudos que investiguem a ocorrência e os fatores associados ao aleitamento materno exclusivo para prematuros tardios, especialmente no contexto brasileiro. Considerando os potenciais benefícios do AME para a redução de complicações e óbitos nesta população, bem como o papel central da enfermagem no apoio à amamentação, este estudo tem como objetivo descrever a prevalência de AME em prematuros tardios nas primeiras 24 horas, aos 30 dias e aos seis meses de vida, e identificar os fatores associados à prevalência de AME aos 30 dias e aos seis meses de vida.

## MÉTODOS

Trata-se de um estudo de coorte realizado entre 2017 e 2018 no município de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil, com recém-nascidos vivos com idade gestacional entre 34 semanas e 36 semanas e 6 dias. A pesquisa foi conduzida em um hospital universitário público, credenciado como Hospital Amigo da Criança e com atendimento 100% financiado pelo Sistema Único de Saúde (SUS).

O tamanho amostral foi estimado em 170 recém-nascidos, considerando uma prevalência esperada de 50% de aleitamento materno exclusivo na alta hospitalar entre prematuros tardios<sup>2</sup> e um risco relativo de 1,5 para a associação entre variáveis preditoras e o desfecho. Foram adotados 5% de significância e poder estatístico de 90%. Para compensar perdas potenciais durante o seguimento, acrescentou-se 10% ao tamanho mínimo previsto, totalizando 187 recém-nascidos incluídos na amostra final.

Foram excluídos recém-nascidos com contraindicação à amamentação por condição clínica materna ou neonatal, bem como os casos em que a mãe necessitou de cuidados intensivos no pós-parto imediato, estava impossibilitada de amamentar ou de responder à pesquisa.

A coleta de dados foi realizada em três momentos. A primeira etapa consistiu em entrevista presencial com as mães dos prematuros tardios, conduzida 24 horas após o parto, e complementada com

informações obtidas em prontuário eletrônico. A segunda e terceira etapas ocorreram por meio de entrevistas telefônicas, aos 30 e aos 180 dias de vida do recém-nascido, utilizando instrumento estruturado. O questionário abordou aspectos sociodemográficos, comportamentais, assistência pré-natal e ao parto. Em casos de divergência das informações constantes no prontuário e na entrevista, foi considerado como referência o dado primário, obtido através da entrevista.

Ao todo, 187 recém-nascidos prematuros tardios de 172 mulheres participantes compuseram a amostra inicial. Na segunda etapa, houve seis perdas por desistência ( $n=181$ ). Na terceira etapa, aos seis meses, 54 participantes não responderam e foram registrados três óbitos, totalizando 127 recém-nascidos com seguimento completo nesse período. Considerando que o objetivo do estudo é descrever a prevalência de aleitamento materno exclusivo em três diferentes momentos, as análises descritivas foram realizadas com base no número de respondentes em cada período.

O desfecho do estudo foi o aleitamento materno exclusivo aos 30 dias de vida e aos seis meses. Foi considerado que o recém-nascido prematuro tardio estava em aleitamento materno exclusivo quando estava recebendo apenas leite materno, sem o uso de fórmula ou outros líquidos. Para cada período, o desfecho foi calculado a partir de duas questões: "Uso exclusivo de fórmula pelo recém-nascido" (consideradas as respostas "não") e "Amamentação exclusiva pelo recém-nascido" (consideradas as respostas "sim").

As informações sociodemográficas das gestantes foram categorizadas da seguinte forma: faixa etária (<20 anos, 20 a 35 anos, ou mais de 35 anos), raça/cor autodeclarada (branca, preta, parda ou amarela/indígena). As informações assistenciais foram: início do pré-natal (até 12 semanas, 13 semanas ou mais), número de consultas no pré-natal (menos que seis, e seis ou mais), tipo de gravidez (única, dupla ou tripla), registro de hipertensão durante a gestação (sim/não) e diabetes gestacional (sim/não) e via de nascimento (vaginal ou cesárea).

As informações coletadas acerca da assistência ao parto e dos recém-nascidos foram: idade gestacional por Capurro (34 a 34+6, 35 a 35+6 e 36 a 36+6), tipo de gravidez (única ou gemelar), classificação em relação ao peso (Pequeno para Idade Gestacional - PIG, Adequado para Idade Gestacional - AIG ou Grande para Idade Gestacional - GIG), APGAR no 1º minuto de vida (7 ou menos, 8 a 10), se o recém-nascido fez uso de oxigênio (sim/não) ou sonda (sim/não), tempo de internação (até 72h, ou mais de 72h) e tempo de contato pele a pele (até cinco minutos, de 6 a 30 minutos, mais de 30 minutos ou sem contato). Em relação à amamentação,

foi verificada na primeira hora de vida (sim/não) e nas primeiras 24h (sim/não).

As análises foram conduzidas utilizando o software Statistical Package for the Social Sciences (SPSS), versão 22.0. As características da amostra foram descritas por frequência absoluta e percentual. As comparações entre grupos quanto ao aleitamento materno exclusivo foram realizadas por meio do teste de homogeneidade do qui-quadrado de Pearson ( $\chi^2$ ).

Na etapa bivariada, foram incluídas no modelo todas as variáveis que apresentaram associação com o desfecho com valor de  $p$  inferior a 0,20 na análise por qui-quadrado. Em seguida, aquelas que mantiveram  $p < 0,20$  na regressão bivariada de Poisson com variância robusta foram selecionadas para a análise multivariável. Além dessas, as variáveis raça/cor materna e faixa etária da mãe foram incluídas diretamente nos modelos multivariados, independentemente da significância estatística nas etapas anteriores, por serem consideradas relevantes do ponto de vista teórico e epidemiológico.

Os fatores associados ao aleitamento materno exclusivo foram estimados por meio de regressão de Poisson com variância robusta, com cálculo de risco relativo (RR) e respectivos intervalos de confiança de 95%. Variáveis com  $p \leq 0,05$  na análise multivariada foram consideradas estatisticamente significativas.

O presente estudo seguiu as diretrizes e as normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos da Resolução do Conselho Nacional de Saúde nº 466/12. A pesquisa foi aprovada por comitê de ética sob o número Certificado de Apresentação de Apreciação Ética Nº57463716.3.0000.5327. Todas as participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

## RESULTADOS

O estudo incluiu 187 recém-nascidos prematuros tardios e 172 mulheres mães dos prematuros incluídos. Informações sociodemográficas e assistenciais das mulheres podem ser visualizadas na Tabela 1.

A maioria das participantes tinha entre 20 e 35 anos (59,9%), enquanto 15,7% tinham menos de 20 anos e 24,4% tinham mais de 35 anos. Em relação à raça/cor autodeclarada, 54,7% das mulheres se identificaram como brancas, 26,2% como pretas, 17,4% como pardas e 1,7% como amarelas ou indígenas. A maioria iniciou o acompanhamento pré-natal até a 12ª semana gestacional (76,6%) e realizou seis ou mais consultas (76,9%). Hipertensão durante a gestação foi referida por 25,6% das gestantes, e diabetes gestacional foi relatado por 9,3%. A maioria dos partos foi realizada por via vaginal (53,5%), embora a proporção de cesarianas também tenha sido expressiva (46,5%).

**Tabela 1:** Dados sociodemográficos e de assistência ao pré-natal de gestantes com filhos recém-nascidos prematuros tardios. Porto Alegre, RS, Brasil, 2018

|                                | <b>N=172</b> | <b>%</b>   |
|--------------------------------|--------------|------------|
| <b>Faixa etária</b>            |              |            |
| <20 anos                       | 27           | 15.7       |
| 20-35                          | 103          | 59.9       |
| >35 anos                       | 42           | 24.4       |
| <b>Raça/cor</b>                |              |            |
| Branca                         | 94           | 54.7       |
| Preta                          | 45           | 26.2       |
| Parda                          | 30           | 17.4       |
| Amarela/Indígena               | 3            | 1.7        |
| <b>Início do pré-natal</b>     |              |            |
| Até 12 semanas                 | 128          | 76.6       |
| 13 semanas ou mais             | 39           | 23.4       |
| <b>Número de consultas PN</b>  |              |            |
| Menos que seis                 | 39           | 23.1       |
| Seis ou mais                   | 130          | 76.9       |
| <b>Hipertensão na gravidez</b> |              |            |
| Sim                            | 44           | 25.6       |
| Não                            | 128          | 74.4       |
| <b>Diabetes gestacional</b>    |              |            |
| Sim                            | 16           | 9.3        |
| Não                            | 156          | 90.7       |
| <b>Via de nascimento</b>       |              |            |
| Vaginal                        | 92           | 53.5       |
| Cesárea                        | 80           | 46.5       |
| <b>TOTAL</b>                   | <b>172</b>   | <b>100</b> |

A Tabela 2 apresenta a distribuição das características neonatais dos 187 prematuros tardios incluídos no estudo. A prevalência de aleitamento materno exclusivo foi de 41,2% (n=77) nas primeiras 24 horas, 46,4% (n=84) aos 30 dias e 15,7% (n=20) aos seis meses. A maioria dos recém-nascidos teve idade gestacional de 36 a 36 semanas e 6 dias (52,9%) e nasceu de gestação única

(83,4%). A maior parte foi classificada como adequada para idade gestacional (AIG, 82,3%) e apresentou Apgar  $\geq 8$  no primeiro minuto (69,9%). Durante a internação, 40,1% fizeram uso de oxigênio, 21,9% utilizaram sonda e 38,7% permaneceram hospitalizados por mais de 72 horas. A amamentação na primeira hora de vida foi registrada em 23,1% dos casos.

**Tabela 2:** Dados do Recém-Nascido. Porto Alegre, RS, Brasil, 2018

|                                      | <b>Total<br/>(N=187, 100%)</b> | <b>AME em 30 dias<br/>(n=84, 46,4%)</b> | <b>AME em seis meses<br/>(n=20, 15,7%)</b> |
|--------------------------------------|--------------------------------|-----------------------------------------|--------------------------------------------|
| <b>Idade gestacional por Capurro</b> |                                |                                         |                                            |
| 34 a 34+6                            | 34 (18,2)                      | 8 (24,2) <sup>†</sup>                   | 2 (10,0)                                   |
| 35 a 35+6                            | 54 (28,9)                      | 27 (51,9)                               | 7 (18,9)                                   |
| 36 a 36+6                            | 99 (52,9)                      | 49 (51,0)                               | 11 (15,7)                                  |
| <b>Tipo de gravidez</b>              |                                |                                         |                                            |
| Única                                | 156 (83,4)                     | 83 (54,2)                               | 20 (18,3) <sup>†</sup>                     |
| Gemelar                              | 31 (16,6)                      | 1 (3,6) <sup>†</sup>                    | 0 (0)                                      |
| <b>Classificação</b>                 |                                |                                         |                                            |
| PIG                                  | 31 (16,7)                      | 9 (31,0) <sup>†</sup>                   | 4 (18,2)                                   |
| AIG                                  | 153 (82,3)                     | 73 (49,0)                               | 15 (14,6)                                  |
| GIG                                  | 2 (1,1)                        | 1 (50,0)                                | 1 (50,0)                                   |
| <b>APGAR 1º minuto</b>               |                                |                                         |                                            |
| 7 ou menos                           | 56 (30,1)                      | 23 (41,8)                               | 6 (15,0)                                   |
| 8 a 10                               | 130 (69,9)                     | 61 (48,8)                               | 14 (16,1)                                  |

Continua...

Tabela 2: Continuação.

|                                     | Total<br>(N=187, 100%) | AME em 30 dias<br>(n=84, 46,4%) | AME em seis meses<br>(n=20, 15,7%) |
|-------------------------------------|------------------------|---------------------------------|------------------------------------|
| <b>Uso de oxigênio</b>              |                        |                                 |                                    |
| Sim                                 | 75 (40,1)              | 27 (38,0) <sup>†</sup>          | 5 (9,6) <sup>†</sup>               |
| Não                                 | 112 (59,9)             | 57 (51,8)                       | 15 (20,0)                          |
| <b>Uso de sonda</b>                 |                        |                                 |                                    |
| Sim                                 | 41 (21,9)              | 9 (24,3) <sup>†</sup>           | 2 (8,3)                            |
| Não                                 | 146 (78,1)             | 75 (52,1)                       | 18 (17,5)                          |
| <b>Tempo de internação RN</b>       |                        |                                 |                                    |
| Até 72h                             | 114 (61,3)             | 58 (51,8)                       | 15 (18,8)                          |
| Mais de 72h                         | 72 (38,7)              | 26 (37,7) <sup>†</sup>          | 5 (10,6)                           |
| <b>Contato pele a pele</b>          |                        |                                 |                                    |
| Sem contato                         | 53 (28,5)              | 20 (39,2)                       | 5 (13,5)                           |
| Até 5 min                           | 60 (32,3)              | 26 (45,6)                       | 7 (17,9)                           |
| 6-30 minutos                        | 67 (36,0)              | 34 (51,5)                       | 7 (14,9)                           |
| Mais de 30 minutos                  | 6 (3,2)                | 3 (50,0)                        | 0 (0)                              |
| <b>Amamentação na primeira hora</b> |                        |                                 |                                    |
| Sim                                 | 43 (23,1)              | 31 (72,1) <sup>†</sup>          | 5 (16,7)                           |
| Não                                 | 143 (76,9)             | 52 (38,0)                       | 14 (14,6)                          |
| <b>Amamentação 24h</b>              |                        |                                 |                                    |
| Sim                                 | 77 (41,2)              | 47 (64,4) <sup>†</sup>          | 13 (25,0) <sup>†</sup>             |
| Não                                 | 110 (58,8)             | 37 (34,3)                       | 7 (9,3)                            |
| <b>TOTAL</b>                        | <b>187 (100)</b>       | <b>84 (46,4)</b>                | <b>20 (15,7)</b>                   |

<sup>†</sup>Estatisticamente significativo ao nível de 80%. <sup>†</sup>Estatisticamente significativo ao nível de 95%. Legenda: AME: Aleitamento Materno Exclusivo. FIG: Pequeno para Idade Gestacional. AIG: Adequado para Idade Gestacional. GIG: Grande para Idade Gestacional. RN: recém-nascido.

Na análise bivariada por teste qui-quadrado, observou-se associação estatisticamente significativa ( $p < 0,05$ ) entre aleitamento materno exclusivo (AME) aos 30 dias e as seguintes variáveis neonatais: idade gestacional por Capurro ( $p = 0,006$ ), tipo de gravidez ( $p < 0,001$ ), uso de sonda ( $p = 0,003$ ), tempo de internação ( $p = 0,05$ ), amamentação na primeira hora ( $p < 0,001$ ) e amamentação nas primeiras 24h ( $p < 0,001$ ). Aos seis meses, a amamentação nas primeiras 24h esteve significativamente associada ao desfecho ( $p = 0,025$ ).

Os resultados da análise de regressão de Poisson para os desfechos de não manutenção do aleitamento materno exclusivo aos 30 dias e aos seis meses de vida são apresentados na Tabela 3. Na análise univariada, idade igual ou superior à

20 anos (RR = 1,30; IC95%: 1,14-1,49), gestação gemelar (RR = 1,35; IC95%: 1,26-1,44), via de nascimento cesárea (RR = 1,22; IC95%: 1,11-1,34), idade gestacional de 34 a 34 semanas e 6 dias (RR = 1,18; IC95%: 1,07-1,31), uso de sonda (RR = 1,19; IC95%: 1,08-1,31), não realização de amamentação na primeira hora de vida (RR = 1,27; IC95%: 1,13-1,42) e não amamentação nas primeiras 24 horas (RR = 1,22; IC95%: 1,11-1,35) apresentaram risco relativo (RR) significativamente aumentado para o desfecho de não AME aos 30 dias. Para os seis meses, a gravidez gemelar (RR = 1,10; IC95%: 1,06-1,15) e a não amamentação nas primeiras 24h de vida (RR = 1,09; IC95%: 1,01-1,18) apresentaram RR aumentado para não AME.

Tabela 3: Associação entre exposição e desfecho de não manutenção do aleitamento materno exclusivo no período de 24 horas, 30 dias e seis meses de vida dos prematuros tardios. Porto Alegre, RS, Brasil, 2018

| Descrição                | AME em 30 dias   |                  | AME em seis meses |                  |
|--------------------------|------------------|------------------|-------------------|------------------|
|                          | RR (IC95%)       | aRR (IC95%)      | RR (IC95%)        | aRR (IC95%)      |
| <b>Faixa etária</b>      |                  |                  |                   |                  |
| 20 anos ou mais          | 1,30 (1,14-1,49) | 1,15 (1,00-1,32) | 1,09 (0,96-1,25)  | 1,05 (0,93-1,20) |
| <b>Raça/cor</b>          |                  |                  |                   |                  |
| Não-branca               | 1,10 (1,00-1,21) | 1,04 (0,96-1,13) | 1,01 (0,95-1,09)  | 1,01 (0,94-1,08) |
| <b>Tipo de gravidez</b>  |                  |                  |                   |                  |
| Gemelar                  | 1,35 (1,26-1,44) | 1,21 (1,11-1,32) | 1,10 (1,06-1,15)  | 1,07 (1,02-1,11) |
| <b>Via de nascimento</b> |                  |                  |                   |                  |
| Cesárea                  | 1,22 (1,11-1,34) | 1,06 (0,96-1,17) | -                 | -                |

Continua...

Tabela 3: Continuação.

| Descrição                     | AME em 30 dias   |                  | AME em seis meses |                  |
|-------------------------------|------------------|------------------|-------------------|------------------|
|                               | RR (IC95%)       | aRR (IC95%)      | RR (IC95%)        | aRR (IC95%)      |
| <b>Capurro</b>                |                  |                  |                   |                  |
| 34 a 34+6                     | 1,18 (1,07-1,31) | 1,07 (0,96-1,18) | -                 | -                |
| <b>Classificação</b>          |                  |                  |                   |                  |
| PIG                           | 1,12 (1,00-1,25) | 1,08 (0,97-1,19) | -                 | -                |
| <b>Uso de oxigênio</b>        |                  |                  |                   |                  |
| Sim                           | 1,09 (1,00-1,20) | 0,96 (0,86-1,07) | 1,06 (0,99-1,13)  | 1,04 (0,96-1,12) |
| <b>Uso de sonda</b>           |                  |                  |                   |                  |
| Sim                           | 1,19 (1,08-1,31) | 1,10 (0,98-1,24) | -                 | 0,99 (0,91-1,06) |
| <b>Tempo de internação RN</b> |                  |                  |                   |                  |
| Mais de 72h                   | 1,10 (1,00-1,20) | 0,99 (0,90-1,09) | -                 | 0,98 (0,91-1,06) |
| <b>Amamentação 1ª hora</b>    |                  |                  |                   |                  |
| Não                           | 1,27 (1,13-1,42) | 1,15 (1,03-1,30) | -                 | -                |
| <b>Amamentação 24h</b>        |                  |                  |                   |                  |
| Não                           | 1,22 (1,11-1,35) | 1,07 (0,97-1,20) | 1,09 (1,01-1,18)  | 1,06 (0,97-1,15) |

Legenda: AME: Aleitamento Materno Exclusivo. PIG: Pequeno para Idade Gestacional. RN: recém-nascido.

Na análise multivariada ajustada, permaneceram associadas ao risco aumentado de não manutenção do AME aos 30 dias a gestação gemelar (aRR = 1,21; IC95%: 1,11–1,32) e a não realização da amamentação na primeira hora de vida (aRR = 1,15; IC95%: 1,03–1,30). Para o desfecho de não AME aos seis meses, apenas a gestação gemelar se manteve significativamente associada (aRR = 1,07; IC95%: 1,02–1,11), após ajuste pelas demais variáveis.

## DISCUSSÃO

Este estudo objetivou descrever a prevalência e os fatores associados ao aleitamento materno exclusivo (AME) nas primeiras 24 horas, aos 30 dias e aos seis meses de vida de prematuros tardios. Os resultados evidenciaram baixa prevalência de AME para esta população, especialmente aos seis meses de vida. Embora o Ministério da Saúde recomende o aleitamento materno exclusivo até os seis meses de vida, identificou-se que apenas uma em cada seis crianças prematuras tardias estavam em AME nesse período. Estudos prévios internacionais reportam prevalências de AME em prematuros tardios entre 29% e 33%<sup>13,14</sup>, sugerindo que a realidade observada neste estudo encontra-se inferior à prevalência descrita na literatura internacional.

A baixa prevalência de AME aos seis meses restringe os benefícios amplamente reconhecidos da amamentação exclusiva, como a proteção contra infecções, redução do risco de doenças crônicas, favorecimento do desenvolvimento neurológico e vínculo mãe-bebê, além dos benefícios maternos, como proteção contra câncer de mama e ovário e espaçamento intergestacional<sup>6</sup>.

A análise multivariada revelou associação entre gestação gemelar e aumento do risco de não manutenção do AME tanto aos 30 dias quanto aos seis meses. A literatura reconhece a gemelaridade como um fator de risco para o desmame precoce. A sobrecarga materna com o cuidado de dois recém-nascidos e a insegurança quanto à suficiência da produção de leite são fatores relatados como barreiras à manutenção da amamentação. Ainda que a produção de leite seja fisiologicamente suficiente para múltiplos bebês, a exigência física e emocional intensificada pode comprometer a continuidade do aleitamento materno exclusivo<sup>6,9</sup>.

Outro fator associado ao desfecho de não manutenção do AME aos 30 dias foi a ausência de amamentação na primeira hora de vida (aRR=1,15; IC95%: 1,03–1,30). Evidências robustas indicam que o início precoce da amamentação está associado ao aumento da duração do aleitamento materno e ao estabelecimento eficaz da pega e da produção láctea<sup>6,15,16</sup>. O contato precoce entre mãe e recém-nascido promove estímulos neuro-hormonais fundamentais para a lactação e fortalece o vínculo inicial, o que pode ser particularmente importante no contexto da prematuridade tardia, em que há maior vulnerabilidade neonatal e possíveis separações precoces.

Outros achados, como a maior prevalência de AME nas 24h entre mulheres mais jovens e aos 30 dias entre mulheres autodeclaradas pretas, embora não tenham se mantido significativos na análise multivariada, são coerentes com resultados de estudos anteriores<sup>17-19</sup>. Hipóteses para esses achados incluem a maior disponibilidade de tempo com o recém-nascido por parte de mulheres fora do mercado de trabalho formal e o suporte familiar

no puerpério entre mães mais jovens, aspectos que podem favorecer a prática da amamentação nos primeiros dias de vida<sup>19-21</sup>.

Embora variáveis como idade gestacional, classificação neonatal e tempo de internação tenham sido exploradas, elas não se mostraram associadas de forma significativa ao desfecho na análise multivariada. Este resultado sugere que, para prematuros tardios, aspectos relacionados ao contexto da gestação e à prática assistencial no momento do nascimento parecem exercer maior influência sobre a manutenção do AME do que características clínicas do recém-nascido propriamente ditas, conforme apontado na literatura por estudos que evidenciam a importância do suporte profissional e das intervenções de cuidado precoce aos recém-nascidos prematuros<sup>13</sup>.

Este estudo apresenta algumas limitações que devem ser consideradas na interpretação dos resultados. A primeira refere-se à perda amostral ao longo do seguimento, especialmente aos seis meses de vida, o que pode ter reduzido o poder estatístico para identificar associações nesse período e introduzido viés de atrito. Embora o estudo tenha utilizado instrumentos padronizados e coleta de dados conduzida por uma única pesquisadora treinada na primeira etapa e por duas pesquisadoras treinadas no seguimento, parte das informações foi obtida por autorrelato das mães, o que pode estar sujeito a viés de memória ou desejabilidade social. Além disso, a definição de aleitamento materno exclusivo se baseou em perguntas objetivas e pode não captar integralmente práticas alimentares complementares não relatadas.

Outro ponto diz respeito à restrição do estudo a um único hospital de referência, o que pode limitar a generalização dos resultados para outras regiões do país com características assistenciais distintas. Por fim, o estudo não incluiu variáveis relacionadas ao retorno ao trabalho ou rede de apoio no domicílio, aspectos potencialmente relevantes para a manutenção do aleitamento materno exclusivo e que merecem ser incorporados em futuras investigações.

Os resultados deste estudo evidenciam que a prevalência de aleitamento materno exclusivo entre prematuros tardios é considerada baixa, especialmente aos seis meses de vida. Foram identificados como fatores associados à não manutenção do AME a gestação gemelar, tanto aos 30 dias quanto aos seis meses, e a ausência de amamentação na primeira hora de vida, para o período de 30 dias. Esses achados reforçam a necessidade de ações voltadas à promoção do aleitamento materno entre mães de gemelares e da implementação de boas práticas no pós-parto imediato, como o estímulo ao contato pele a pele e à amamentação precoce, mesmo em contextos de prematuridade tardia.

Políticas públicas e estratégias assistenciais que assegurem suporte contínuo à amamentação durante o período neonatal e ao longo dos primeiros meses de vida, com atenção especial à subgrupos vulneráveis, são fundamentais para melhorar os indicadores de aleitamento materno exclusivo nessa população. Estudos futuros devem explorar as barreiras enfrentadas pelas mães de prematuros tardios ao longo do tempo, com foco em fatores tais como raça/cor, socioeconômicos e institucionais que possam comprometer a continuidade da amamentação.

## AGRADECIMENTOS

Nosso profundo agradecimento à Professora Dra. Ana Lucia de Lourenzi Bonilha pela condução da pesquisa que originou este estudo, por toda sua dedicação à área materno-infantil, a prematuridade tardia e por sua orientação a duas autoras deste manuscrito. A você Professora Ana Bonilha toda nossa gratidão e reconhecimento. Agradecemos também à Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) pelo fomento por meio de bolsas de iniciação científica e de pós-graduação que foram fundamentais para o desenvolvimento do estudo.

## REFERÊNCIAS

1. World Health Organization. Preterm birth [Internet]. Geneva: WHO; 2023 [cited 2025 Apr 14]. Available from: [https://www-who-int.translate.goog/news-room/fact-sheets/detail/preterm-birth?\\_x\\_tr\\_sl=en&\\_x\\_tr\\_tl=pt&\\_x\\_tr\\_hl=pt&\\_x\\_tr\\_pto=tc](https://www-who-int.translate.goog/news-room/fact-sheets/detail/preterm-birth?_x_tr_sl=en&_x_tr_tl=pt&_x_tr_hl=pt&_x_tr_pto=tc)
2. Buendgens BB, Teles JM, Gonçalves AC, Bonilha ALL. Maternal characteristics on the occurrence of late prematurity. J Nurs UFPE online. 2017;11(7):2897-906.
3. Sharma D, Padmavathi IV, Tabatabaie SA, Farahbakhsh N. Late preterm: a new high risk group in neonatology. J Matern Fetal Neonatal Med. 2021;34(16):2717-30. <https://doi.org/10.1080/14767058.2019.1670796>
4. Gomes AMT, Costa L, Gabriel LP, Veiga AJMO, Barbosa ADM. Intercorrências e procedimentos neonatais no recém-nascido pré-termo tardio comparado ao recém-nascido a termo. Rev Ped SOPERJ [Internet]. 2018 [cited 2025 Apr 14];18(4):17-21. Available from: <https://www.revistadepediatricasoperj.org.br/article/details?id=1128>
5. World Health Organization, March of Dimes, Partnership for Maternal, Newborn & Child Health, Save the Children. Born Too Soon: The Global Action Report on Preterm Birth [Internet]. Geneva: WHO; 2012 [cited 2025 Oct 22]. Available from: <https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/866b1af5-d81d-4398-ae5c-6e37e9abf972/content>

6. Ministério da Saúde (BR). Cadernos de atenção básica: saúde da criança, aleitamento materno e alimentação complementar [Internet]. 2a ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2015 [cited 2025 Apr 14]. Available from: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvsm/publicacoes/saude\\_crianca\\_aleitamento\\_materno\\_cab23.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvsm/publicacoes/saude_crianca_aleitamento_materno_cab23.pdf)
7. Bonilha ALL, Teles JM, Tronco CS, Porciúncula MB. Actions to promote breastfeeding in late prematurity. *Rev Eletrônica Acervo Saúde* [Internet]. 2017 [cited 2025 Mar 16];9(3):1347-53. Available from: <https://core.ac.uk/download/pdf/293602733.pdf>
8. Monteiro JRS, Dutra TA, Tenório MCS, Silva DAV, Mello CS, Oliveira ACM. Fatores associados à interrupção precoce do aleitamento materno exclusivo em prematuros. *Arq Catarin Med*. 2020;49(1):50-65. <https://doi.org/10.63845/p83rj549>
9. Xianlin W, Yuqi F, Tuanmei W, Zhuan Y, Lijuan X, Hongyan L, et al. Analysis of the duration of exclusive breastfeeding in premature infants and its influencing factors. *J Pediatr Nurs* [Internet]. 2023 [cited 2025 Apr 4];73:E180-6. Available from: [https://www.pediatricnursing.org/article/S0882-5963\(23\)00242-7/fulltext](https://www.pediatricnursing.org/article/S0882-5963(23)00242-7/fulltext)
10. Bennett CF, Galloway C, Grassley JS. Education for WIC Peer Counselors About Breastfeeding the Late Preterm Infant. *J Nutr Educ Behav*. 2018;50(2):198-202. E1. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jneb.2017.05.364>
11. Ministério da Saúde (BR). Iniciativa Hospital Amigo da Criança [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2011. [cited 2025 Oct 31] Available from: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvsm/publicacoes/iniciativa\\_hospital\\_amigo\\_crianca.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvsm/publicacoes/iniciativa_hospital_amigo_crianca.pdf)
12. Ministério da Saúde (BR). Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2015. [cited 2025 Oct 31] Available from: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/a/aleitamento-materno/eaab>
13. Keir A, Rumbold A, Collins CT, McPhee AJ, Varghese J, Morris S, et al. Breastfeeding outcomes in late preterm infants: A multi-centre prospective cohort study. *Rippe RCA, editor. PLOS ONE*. 2022;17(8):e0272583. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0272583>
14. Dijokienė I, Žemaitienė R, Stonienė D. Late Preterm Newborns: Breastfeeding and Complementary Feeding Practices. *Children*. 2024;11(4):401. <https://doi.org/10.3390/children11040401>
15. Araújo KEAS, Santos CC, Caminha MFC, Silva SL, Pereira JCN, Batista Filho M. Skin to skin contact and the early initiation of breastfeeding: a cross-sectional study. *Texto Contexto - Enferm*. 2021;30:e20200621. <https://doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2020-0621>
16. Mangialavori GL, Tenisi M, Fariña D, Gilardon EOA, Elorriaga N. Prevalence of breastfeeding in the public health sector of Argentina according to the National Survey on Breastfeeding of 2017. *Arch Argent Pediatr*. 2022;120(3):152-7. <http://dx.doi.org/10.5546/aap.2022.152>
17. Oliveira DS, Boccolini CS, Faerstein E, Verly-Jr E. Breastfeeding duration and associated factors between 1960 and 2000. *J Pediatr*. 2017;93(2):130-5. <https://doi.org/10.1016/j.jped.2016.05.005>
18. Oliveira JE, Ferrari AP, Tonete VLP, Parada CMGL. Perinatal results and first-year of life according to maternal skin color: a cohort study. *Rev Esc Enferm USP*. 2019;53:e03480. <https://doi.org/10.1590/S1980-220X2018003903480>
19. Wang Y, Briere C-E, Xu W, Cong X. Factors Affecting Breastfeeding Outcomes at Six Months in Preterm Infants. *J Hum Lact*. 2019;35(1):80-9. <https://doi.org/10.1177/0890334418771307>
20. Conde RG, Guimarães CMS, Gomes-Sponholz FA, Oriá MOB, Monteiro JCS. Breastfeeding self-efficacy and length of exclusive breastfeeding among adolescent mothers. *Acta Paul Enferm*. 2017;30(4):383-9. <http://dx.doi.org/10.1590/1982-0194201700057>
21. Fermiano CAMM, Schäfer AA, Soratto J, Meller FO. Prevalence of exclusive breastfeeding and associated factors in a city in southern Santa Catarina, Brazil. *SaudePesq*. 2023;16(1):1-11. <https://doi.org/10.17765/2176-9206.2023v16n1.e11261>

*Recebido: 06 ago 2025*

*Aceito: 07 nov 2025*