

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
ESCOLA DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

VANESSA APARECIDA GASPARIN

**FATORES ASSOCIADOS À INTERRUPÇÃO DO ALEITAMENTO MATERNO
EXCLUSIVO NO PRIMEIRO MÊS POR DUPLAS ATENDIDAS PELA EQUIPE DE
CONSULTORIA EM AMAMENTAÇÃO**

Porto Alegre
2018

VANESSA APARECIDA GASPARIN

**FATORES ASSOCIADOS À INTERRUPÇÃO DO ALEITAMENTO MATERNO
EXCLUSIVO NO PRIMEIRO MÊS POR DUPLAS ATENDIDAS PELA EQUIPE DE
CONSULTORIA EM AMAMENTAÇÃO**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, da Escola de Enfermagem, da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como requisito para a obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Área de concentração: Cuidado em Enfermagem e saúde.

Linha de Pesquisa: Cuidado de Enfermagem na saúde da mulher, criança, adolescente e família.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Lilian Cordova do Espírito Santo.

Porto Alegre

2018

CIP - Catalogação na Publicação

Gasparin, Vanessa Aparecida

Fatores associados à interrupção do aleitamento materno exclusivo no primeiro mês por duplas atendidas pela equipe de consultoria em amamentação / Vanessa Aparecida Gasparin. -- 2018.
100 f.

Orientadora: Lilian Cordova do Espírito Santo.

Dissertação (Mestrado) -- Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Escola de Enfermagem, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Porto Alegre, BR-RS, 2018.

1. Aleitamento materno. 2. Consultoria em amamentação. 3. Enfermagem materno-infantil. I. Espírito Santo, Lilian Cordova do, orient. II. Título.

VANESSA APARECIDA GASPARIN

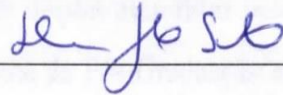
FATORES ASSOCIADOS À INTERRUÇÃO DO ALEITAMENTO MATERNO EXCLUSIVO NO PRIMEIRO MÊS POR DUPLAS ATENDIDAS PELA EQUIPE DE CONSULTORIA EM AMAMENTAÇÃO

Dissertação apresentada ao Curso de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

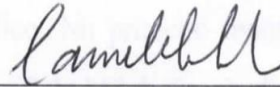
Aprovada em Porto Alegre, 25 de janeiro de 2018.

BANCA EXAMINADORA

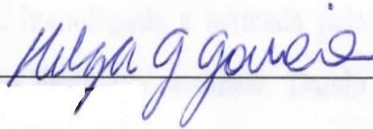
Profa. Dra. Lilian Cordova do Espírito Santo:
Presidente – PPGENF/UFRGS



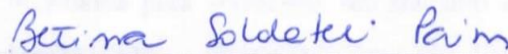
Profa. Dra. Camilla Alexsandra Schneck:
Membro – EENF/UFRGS



Profa. Dra. Helga Geremias Gouveia:
Membro – PPGENF/UFRGS



Profa. Dra. Betina Soldateli Paim:
Membro – FAMED/UFRGS



AGRADECIMENTOS

Chega ao fim mais uma etapa que tanto almejei. Chegar nesse ponto só foi possível graças à ajuda de muitas pessoas.

Primeiramente gostaria de agradecer a Deus, que trilhou meus caminhos, me abençoou e deu forças para que eu pudesse estar aqui finalizando essa dissertação.

Aos meus pais Agenor e Marilete, que sempre me incentivaram a ter uma vida melhor e ir em busca disso independente das dificuldades.

À minha irmã Camila, que sempre prestou sua solidariedade às minhas angústias e também me deu pouso durante minhas viagens de madrugada.

Ao meu namorado Daniel, que superou a distância de centenas de Km para que eu pudesse realizar esse sonho, e entendeu minha ausência durante esse período.

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) pela bolsa de estudos. Bem como todos os professores envolvidos com o programa de Pós-Graduação.

Aos meus colegas de mestrado, que tornaram essa jornada muito mais alegre e menos angustiante.

Às minhas amigas Thaís e Daiane, que se tornaram irmãs nesse período me proporcionando amor e companheirismo.

Às minhas colegas de projeto, Thais, Bruna e Juliana, que se mantiveram firme na coleta de dados.

Às enfermeiras Cléa e Marcia, que desenvolvem um belo trabalho, sem o qual essa dissertação não seria possível.

Às mães que se dispuseram a participar dessa pesquisa.

Às professoras Annelise e Lilian por idealizarem essa pesquisa e permitirem minha participação nela.

À minha orientadora Lilian, por me acolher de forma tão generosa, me apresentar e acompanhar nesse universo repleto de desafios, pelo compartilhamento de seus conhecimentos e auxílio na construção dessa dissertação, possibilitando assim a finalização desta etapa.

Muito obrigada!

RESUMO

GASPARIN, Vanessa Aparecida. **Fatores associados à interrupção do aleitamento materno exclusivo no primeiro mês por duplas atendidas pela equipe de consultoria em amamentação.** 2018. 99f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2018.

Este estudo tem por objetivo identificar os fatores associados à interrupção do aleitamento materno exclusivo no primeiro mês por duplas atendidas pela equipe de consultoria em aleitamento materno. Trata-se de uma coorte prospectiva realizada com 150 duplas mãe-bebê atendidos no período de agosto de 2016 a janeiro de 2017 no Hospital de Clínicas de Porto Alegre, entrevistadas presencialmente na maternidade, e via telefone aos 15 e aos 30 dias de vida da criança. A análise de sobrevivência foi utilizada para avaliar a interrupção do aleitamento materno exclusivo no primeiro mês de vida e a associação entre as variáveis e o tempo de aleitamento materno exclusivo foi avaliada com a utilização do modelo de Regressão de Cox hierarquizado. A curva de sobrevivência mostrou que ao final do primeiro mês 52,9% das crianças permaneciam em aleitamento materno exclusivo. O modelo hierarquizado foi construído em quatro níveis e os fatores associados à interrupção do aleitamento materno exclusivo foram utilização de chupeta (HR: 1,86; IC 95% 1,13 a 3,08; p=0,015), recebimento de complemento lácteo durante a internação (HR: 2,34; IC 95% 1,38 a 3,96; p=0,002) e problemas com as mamas após a alta hospitalar (HR: 2,38; IC 95% 1,18 a 4,76; p=0,015). O reconhecimento pelos profissionais dos fatores que se relacionam com a interrupção do aleitamento materno exclusivo no primeiro mês, favorece a detecção precoce de duplas que podem estar mais predispostas ao abandono da exclusividade da amamentação, exigindo maior dedicação e atenção a elas. Para muito além do conhecimento desses fatores pelos profissionais, eles devem ser transmitidos as gestantes, puérperas, seus acompanhantes e familiares, no intuito de preservar o aleitamento materno exclusivo pelo tempo recomendado.

Palavras-chave: Aleitamento Materno. Enfermagem Materno-Infantil. Consultores. Fatores de Risco.

ABSTRACT

GASPARIN, Vanessa Aparecida. **Factors associated with the interruption of exclusive breastfeeding in the first month by doubles attended by the nursing advisory team.** 2018. 99f. Dissertation (Master in Nursing) – School of Nursing, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2018.

This study aims to identify the factors associated with the interruption of exclusive breastfeeding in the first month by pairs assisted by the consulting team in breastfeeding. It is a prospective cohort performed with 150 mother-infant pairs attended in the period from August 2016 to January 2017 at the Hospital de Clínicas de Porto Alegre, interviewed face-to-face in the maternity ward, and via telephone at 15 and 30 days of age child. Survival analysis was used to evaluate the interruption of exclusive breastfeeding in the first month of life and the association between the variables and the time of exclusive breastfeeding was evaluated using the hierarchical Cox Regression model. The survival curve showed that at the end of the first month 52.9% of the children remained exclusively breastfed. The hierarchical model was constructed in four levels and the factors associated with the interruption of exclusive breastfeeding were pacifier use (HR: 1.86, 95% CI 1.13 to 3.08, $p = 0.015$), milk supplementation during (HR: 2.34, 95% CI 1.38 to 3.96, $p = 0.002$) and problems with the breasts after hospital discharge (HR: 2.38, 95% CI 1.18 to 4.76 ; $p = 0.015$). The recognition by professionals of the factors that are related to the interruption of exclusive breastfeeding in the first month favors the early detection of pairs who may be more predisposed to abandoning exclusive breastfeeding, requiring greater dedication and attention to them. For much more than the knowledge of these factors by professionals, they should be transmitted to pregnant women, puerperal women, their companions and family members, in order to preserve exclusive breastfeeding for the recommended time.

Keywords: Breast Feeding. Maternal-Child Nursing. Consultants. Risk Factors.

RESUMEN

GASPARIN, Vanessa Aparecida. **Factores asociados a la interrupción de la lactancia materna exclusiva en el primer mes por dobles atendidas por el equipo de consultoría en lactancia.** 2018. 99f. Tesina (Mestrado en Enfermería) – Escuela de Enfermería, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2018.

Este estudio tiene por objetivo identificar los factores asociados a la interrupción de la lactancia materna exclusiva en el primer mes por dobles atendidas por el equipo de consultoría en lactancia materna. Se trata de una cohorte prospectiva realizada con 150 dobles madre-bebé atendidos en el período de agosto de 2016 a enero de 2017 en el Hospital de Clínicas de Porto Alegre, entrevistadas presencialmente en la maternidad, y vía teléfono a los 15 y a los 30 días de vida de la madre niño. El análisis de supervivencia fue utilizado para evaluar la interrupción de la lactancia exclusiva en el primer mes de vida y la asociación entre las variables y el tiempo de lactancia materna exclusiva fue evaluada con la utilización del modelo de Regresión de Cox jerarquizado. La curva de supervivencia mostró que al final del primer mes el 52,9% de los niños permanecía en lactancia materna exclusiva. El modelo jerarquizado fue construido en cuatro niveles y los factores asociados a la interrupción de la lactancia exclusiva fueron el uso de chupete (HR: 1,86, IC 95% 1,13 a 3,08, $p = 0,015$), recibimiento de complemento lácteo durante (HR: 2,34, IC 95% 1,38 a 3,96, $p = 0,002$) y problemas con las mamas después del alta hospitalaria (HR: 2,38, IC 95% 1,18 a 4,76, $p = 0,015$). El reconocimiento por los profesionales de los factores que se relacionan con la interrupción de la lactancia materna exclusiva en el primer mes, favorece la detección precoz de dobles que pueden estar más predispuestas al abandono de la exclusividad de la lactancia, exigiendo mayor dedicación y atención a ellas. Para más allá del conocimiento de estos factores por los profesionales, ellos deben ser transmitidos a las gestantes, puérperas, sus acompañantes y familiares, con el propósito de preservar la lactancia materna exclusiva por el tiempo recomendado.

Palabras clave: Lactancia Materna. Enfermería Maternoinfantil. Consultores. Factores de Riesgo.

LISTA DE SIGLAS

AC	Alojamento Conjunto
AM	Aleitamento Materno
AMC	Aleitamento Materno Complementado
AME	Aleitamento Materno Exclusivo
AMM	Aleitamento Materno Misto ou Parcial
AMP	Aleitamento Materno Predominante
BLH	Bancos de Leite Humano
CF	Constituição Federal
CNAM	Comitê Nacional de Aleitamento Materno
EAAB	Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil
GIG	Grande para a Idade Gestacional
HCPA	Hospital de Clínicas de Porto Alegre
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana
IBLCE	International Board of Lactation Consultant Examiners
IHAC	Iniciativa Hospital Amigo da Criança
INAMPS	Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social
MMC	Método Mãe Canguru
MS	Ministério da Saúde
NBCAL	Norma Brasileira de Comercialização de: Alimentos para Lactentes, Crianças de Primeira Infância, bicos, chupetas e mamadeiras
NCAL	Norma para Comercialização de Alimentos para Lactentes
OMS	Organização Mundial da Saúde
PAISC	Programa de Assistência Integral à Saúde da Criança
PIG	Pequeno para a Idade Gestacional
PNIAM	Programa Nacional de Incentivo ao Aleitamento Materno
PRMI	Projeto de Redução da Mortalidade Infantil
QI	Quociente de Inteligência
RAB	Rede Amamenta Brasil
Rede BLH-BR	Rede Brasileira de Bancos de Leite Humano
RN	Recém-nascido
SUS	Sistema Único de Saúde
UFRGS	Universidade Federal do Rio Grande do Sul
UIO	Unidade de Internação Obstétrica
UNICEF	Fundo das Nações Unidas para a Infância

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1- Dez Passos para o Sucesso do Aleitamento Materno.	25
Figura 2- Fluxograma dos marcos nacionais relacionados ao AM.	28
Figura 3 - Sujeitos analisados durante o seguimento.	41
Figura 4 - Motivos de encaminhamentos das duplas mãe-bebê para a consultoria de AM.	42
Figura 5 - Curva de sobrevivência do aleitamento materno exclusivo.....	46
Figura 6 – Modelo hierarquizado para investigar os fatores associados à interrupção do AME no primeiro mês de vida.	48

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Características das duplas mãe-bebê em alojamento conjunto atendidos pela equipe de consultoria em AM.	43
Tabela 2 - Motivos informados pela mãe paracomplementação láctea na internação.	43
Tabela 3 - Motivos alegados pelas mães para introdução de água no primeiro mês.....	44
Tabela 4–Motivos alegados pelas mães para introdução de chá no primeiro mês.	44
Tabela 5 - Motivos alegados pelas mães para introdução de substitutos do leite materno no primeiro mês.	44
Tabela 6 - Motivos alegados pelas mães para introdução de chupeta no primeiro mês.....	45
Tabela 7 - Tipos de aleitamento materno ao longo do primeiro mês.	45
Tabela 8–Análise univariada para a interrupção do AME no primeiro mês.	47
Tabela 9 - Fatores em estudo e a interrupção do AME no primeiro mês.	48

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	12
2 OBJETIVO	17
2.1 Objetivo Geral	15
2.2 Objetivos Específicos	15
3 REVISÃO DA LITERATURA	18
3.1 Relevância do AME.....	18
3.2 Fatores que contribuem para a interrupção do AME.....	21
3.3 Ações de promoção, proteção e apoio AM.....	23
3.4 Consultoria em AM	28
4 METODOLOGIA.....	33
4.1 Delineamento da pesquisa	33
4.2 Local de realização do estudo.....	33
4.3 População e amostra	34
4.3.1 Cálculo do tamanho amostral	35
4.4 Coleta de dados.....	35
4.4.1 Na Unidade de Internação Obstétrica.....	35
4.4.2 Seguimento	36
4.5 Variáveis envolvidas no estudo	36
4.5.1 Desfecho	36
4.5.2 Variáveis independentes	36
4.6 Estudo piloto	38
4.7 Equipe de trabalho.....	39
4.8 Considerações éticas.....	39
4.9 Análise dos dados	40
5 RESULTADOS.....	41
5.1 Características da amostra.....	42
5.2 Motivos para introdução de líquidos e chupeta.....	43
5.3 Padrões de AM no primeiro mês.....	45
5.4 Sobrevida e fatores associados a interrupção do AME no primeiro mês.....	46
6 DISCUSSÃO	50
7 CONCLUSÃO	60

REFERÊNCIAS	63
APÊNDICE A- Autorização para utilização de dados	75
APÊNDICE B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	76
APÊNDICE C – Questionário inicial	78
APÊNDICE D – Questionário de seguimento (15 dias).....	80
APÊNDICE E – Questionário de seguimento (30 dias).....	84
ANEXO A - Esboço detalhado do conteúdo do teste da IBLCE	87
ANEXO B – Retorno de Consultoria Concluída.....	91
ANEXO C –Parecer Comitê de Ética em Pesquisa.....	92
ANEXO D – Parecer da Comissão Científica	97
ANEXO E-Aprovação do projeto maior pela COMPESQ.....	98
ANEXO F - Aprovação da presente pesquisa pela COMPESQ.....	99
ANEXO G - Termo de Compromisso Para Utilização de Dados Institucionais – HCPA.....	100

1 INTRODUÇÃO

A prática de amamentar tem sofrido diversas influências sociais e culturais em função das épocas e costumes de cada momento histórico, o que se observa até os dias de hoje, apesar do estabelecimento concreto de seus benefícios nos primeiros seis meses de vida ter sido constatado nos meios científicos há aproximadamente 50 anos (CAVALCANTI et al., 2015).

O leite materno é o alimento mais indicado para o recém-nascido, devendo ser exclusivo nos seis primeiros meses de vida. Tal orientação baseia-se nos benefícios já comprovados deste alimento, quando comparado a outros tipos de leite (BARBOSA et al., 2015).

Estima-se que a amamentação possa prevenir 823.000 mortes de crianças e 20.000 mortes por câncer de mama a cada ano (VICTORA et al., 2016). Essa redução do índice de mortalidade fica mais evidente quando a amamentação ocorre já no primeiro dia de vida da criança, prática que pode evitar 16% dos óbitos neonatais, ou 22%, se for realizada na primeira hora de vida, ato preconizado pela Organização Mundial da Saúde (OMS) há mais de 25 anos (EDMOND et al., 2006; VICTORA et al., 2016).

De acordo com a OMS, a amamentação é classificada em Aleitamento Materno Exclusivo (AME), Aleitamento Materno Predominante (AMP), Aleitamento Materno Complementado (AMC), Aleitamento Materno Misto ou Parcial (AMM) e Aleitamento Materno (AM) (WHO, 2008).

É definido AME quando somente leite materno é ofertado à criança, seja este direto da mama ou ordenhado, com exceção de vitaminas, sais de reidratação, suplementos minerais ou medicamentos. É AMP quando, além do leite materno, a criança recebe outros líquidos, tais como água, chás ou sucos, não sendo incluída nessa definição a ingestão de outros leites. No AMC, além do leite materno, são ofertados à criança alimentos sólidos ou semissólidos, com o intuito de complementar a alimentação. O AMM ocorre quando, além do leite materno, a criança recebe outros tipos de leite. E por fim, o AM é quando, independente de receber outros alimentos ou líquidos, é ofertado à criança leite materno direto do peito ou ordenhado (WHO, 2008).

É consenso entre a OMS, o Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) e o Ministério da Saúde (MS) a recomendação de AME até os seis meses de vida, embasado na comprovação de que o leite materno reduz os índices de mortalidade infantil, potencializa o crescimento biológico, supre todas as necessidades nutricionais da criança, intervindo no crescimento e desenvolvimento infantil, além de fortalecer o vínculo mãe-bebê (DIAS et al., 2015; CAVALCANTI et al., 2015; MOURA et al., 2015).

Além de ser o método mais barato de alimentação no início da vida, a amamentação beneficia a dupla mãe-bebê em diversos aspectos. Na criança, atua na prevenção de infecções gastrintestinais, respiratórias, urinárias e possui efeito protetor sobre as alergias. Outros benefícios associados referem-se ainda à redução de taxas de obesidade e diabetes mellitus tipo 2, em comparação a alimentação por fórmulas lácteas (PEREIRA; ALFENAS; ARAÚJO, 2014; BARBOSA et al., 2015; VICTORA et al., 2016). Já na mãe, os benefícios da amamentação relacionam-se à involução uterina precoce, reduzindo o risco de hemorragias, menor risco de desenvolvimento de câncer de mama e ovários e na prevenção de uma nova gestação (BARBOSA et al., 2015; VICTORA et al., 2016).

Frente a tais benefícios, elevar os índices de AME tem sido um desejo mundialmente aspirado, em especial no Brasil visto que, segundo resultados da última pesquisa nacional realizada em 2008 nas capitais brasileiras e no Distrito Federal, a mediana de AME no país apresentava-se em 54,1 dias, quando a OMS preconiza a prática até os 180 dias de vida da criança (BRASIL, 2009a).

Essa mesma pesquisa apresentou que a probabilidade de crianças aos 30 dias estarem em AM no país é de 91,7%, e em Porto Alegre é de 86,8%, representando o segundo pior índice entre as capitais. A probabilidade de crianças aos 30 dias estarem em AME, em Porto Alegre, foi de 60,7%, taxa semelhante à nacional (BRASIL, 2009a). Apesar de as taxas de AME brasileiras estarem aquém das recomendações mundiais, elas tem sido ascendentes nas últimas décadas, alavancadas por ações e programas que foram se consolidando ao longo tempo.

A OMS, em 2012, na 56ª Assembleia Mundial da Saúde, propôs aumentar de 38% para 50% a taxa de AME nos primeiros seis meses de vida até o ano de 2025 no mundo, apresentando as intervenções necessárias para que isso se torne viável, tais como: a limitação do *marketing* de fórmulas artificiais, apoio as mães e à licença maternidade remunerada e o fortalecimento dos sistemas de saúde (CARVALHO, 2015).

Outros fatores tais como as características da maternidade, o período de internação junto com a criança, o tipo de parto, o início precoce da amamentação e a qualificação dos profissionais de saúde para aconselhamento das mulheres, têm sido evidenciadas como estratégias positivas na adesão e manutenção da amamentação (CARVALHO et al., 2013; SOUZA; MELLO; AYRES, 2013), podendo intervir de forma positiva no alcance da meta proposta pela OMS, apresentada anteriormente.

Apesar de todas as comprovações benéficas do leite materno, a interrupção da amamentação antes do período recomendado ainda é bastante frequente, e pode ser resultante

de complicações relacionadas à lactação não manejadas de forma adequada, tais como ingurgitamento mamário e traumas mamilares, problemas resultantes de má pega e mamadas eventuais em horários pré-determinados, não respeitando a livre demanda da criança (SOUZA FILHO; GONÇALVES NETO; MARTINS, 2011).

Assistência pré-natal pouco qualificada ou ausente, cuidados precários no pós-parto, fatores de cunho cultural, sociodemográficos, de natureza econômica, ou ainda relacionados à descrença da mulher sobre sua capacidade de amamentar, baseada ou não em experiências anteriores, aliada à distância entre os profissionais de saúde e a dupla mãe-bebê no momento que se inicia o processo de amamentação (CARVALHO et al., 2013; CHIURCO et al., 2015; ROCHA; COSTA, 2015), são outros fatores que contribuem para a interrupção da amamentação.

Visando suprir essa deficiência, as maternidades podem ofertar o trabalho de um consultor em aleitamento materno, profissional capacitado que atua no aconselhamento e incentivo à amamentação e na prevenção de possíveis crises relacionadas à lactação, que podem ser advindas de problemas relacionados à mama, à pega inadequada da mama pela criança, ao posicionamento para amamentar e até mesmo o retorno ao trabalho (PATEL; PATEL, 2016).

Estudo realizado em dois centros de saúde de Nova York investigou as barreiras iniciais relacionadas à amamentação em mulheres atendidas por consultores em AM. Das participantes, 67 foram entrevistadas seis meses pós-parto. A barreira mais comum nos cinco primeiros dias após o parto foi a percepção de leite insuficiente (n=18), seguido da separação da criança por situações que o conduza à internação neonatal (n=15), posição da mamada (n=14) e utilização de medicamentos por doenças materna (n=13). As mães relataram ainda a importância dos consultores de AM no enfrentamento e superação destas barreiras, enfatizando a relevância da integração desses profissionais nos cuidados de rotina pós-parto (TEICH; BARNETT; BONUCK, 2014).

Ensaio clínico randomizado realizado em um ambulatório materno-pediátrico de Nova Jersey incluiu 52 mulheres no grupo de intervenção, o qual recebeu apoio pré e pós-parto de um consultor de lactação e 52 mulheres no grupo controle, o qual recebeu assistência rotineira da instituição. Embora a maioria das mulheres tenha relatado amamentar seus filhos, 45,6% do grupo intervenção e 28,9% dos controles praticaram aleitamento materno exclusivo nos primeiros sete dias. No primeiro mês, a taxa de amamentação exclusiva nos grupos de intervenção e controle foi de 30,3% e 23,7%, respectivamente (PETROVA et al., 2009).

Pesquisa realizada em hospitais de Hong Kong investigou a duração do AME em três grupos, sendo que o grupo controle recebeu cuidados padrão pós-parto, um dos grupos intervenção recebeu cuidados padrão mais três sessões de apoio profissional prestado por consultor em AM, e o segundo grupo intervenção recebeu cuidados padrão mais acompanhamento telefônico semanal realizado por consultor em AM por até 4 semanas. As taxas de AME no primeiro mês foram maiores entre os participantes nos dois grupos de intervenção quando comparados com aqueles que receberam cuidados padronizados, sendo que dos participantes que receberam apoio telefônico, 28,4% estavam em AME ao final do 1º mês, *versus* 16,9% do grupo controle (FU et al., 2014).

Dissertação investigou os motivos de as mães deixarem de amamentar exclusivamente seus filhos ainda no primeiro mês de vida, identificando, entre outros, as dificuldades ocasionadas por traumas mamilares, ingurgitamento mamário e cicatrizes decorrentes do parto, a facilidade do acesso ao leite artificial, o desconhecimento da relevância do AM e seu adequado manuseio e o significado que a mãe atribui ao choro da criança (OLIVEIRA, 2004).

A pesquisa de coorte realizada por Vieira e colaboradores (2010) com 1.309 duplas mãe-bebê apresentou uma prevalência de 59,3% de AME ao final do primeiro mês, e ainda trouxe a falta de experiência prévia com amamentação, estabelecimento de horários pré-determinados para amamentar, uso de chupeta e presença de traumas mamilares associados ao risco de interromper o AME no primeiro mês.

Estudo realizado em dez hospitais da cidade de Feira de Santana investigou as características associadas à interrupção AME em crianças menores de um mês. Primiparidade, fadiga, escassez de orientação relacionado a amamentação no hospital, baixa escolaridade e renda, foram identificados como fatores determinantes para a interrupção precoce da amamentação (MARTINS et al., 2011).

Apesar de algumas pesquisas tratarem dos fatores associados à interrupção do AME no primeiro mês de vida, não foram encontrados estudos que apresentem tais fatores na população de duplas mãe-bebê atendidos por consultor em AM atuantes em alojamento conjunto, evidenciado uma lacuna de publicações em bases nacionais.

Este estudo, considerando as pesquisas citadas, parte do pressuposto que a atuação do consultor em lactação durante a internação hospitalar pós-parto em alojamento conjunto, favoreça o aumento das taxas de amamentação no primeiro mês de vida. Com a identificação dos fatores associados à interrupção do AME no primeiro mês, acredita-se que este estudo contribuirá para direcionar a qualificação dos profissionais que atuam nas maternidades,

visando à redução dos prejuízos que a interrupção da amamentação traz para a dupla mãe-bebê e família.

Considerando a importância do papel exercido pelo consultor em lactação na promoção, proteção e apoio à amamentação, influenciando diretamente nos índices de AME, aliado à escassez de estudos nacionais sobre o trabalho desse profissional no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), justifica-se a originalidade deste estudo.

Frente ao exposto, a presente investigação tem como questão norteadora: Quais são os fatores relacionados à interrupção do AME no primeiro mês de duplas mãe-bebê que foram atendidas pela Consultoria em AM de um Hospital Amigo da Criança?

2 OBJETIVO

2.1 Objetivo geral

Identificar os fatores associados à interrupção do AME no primeiro mês de duplas atendidas pela equipe de consultoria em AM do Hospital de Clínicas de Porto Alegre/RS.

2.2 Objetivos específicos

- Caracterizar as duplas mãe-bebê internadas no alojamento conjunto, atendidas pela equipe de consultoria em AM.
- Identificar os motivos para a introdução de complemento lácteo, água, chá, substitutos do leite materno e chupeta no primeiro mês.
- Identificar os padrões de AM no primeiro mês de duplas atendidas pela equipe de consultoria em AM.
- Identificar a sobrevida do AME no primeiro mês de duplas atendidas pela equipe de consultoria em AM.

3 REVISÃO DA LITERATURA

A presente revisão é constituída por quatro subcapítulos, sendo eles: Relevância do AME, Fatores que contribuem para a interrupção do AME, Ações de promoção, proteção e apoio ao AM e Consultoria em AM.

3.1 Relevância do AME

A relevância do AME nos primeiros meses de vida começou a ganhar destaque no final da década de 1980, período em que se estabeleceu a relação da introdução precoce de outros líquidos, semissólidos ou sólidos, com acometimentos a saúde das crianças (GIUGLIANI; SANTOS, 2017).

Durante os anos de 1979 até 2000, a recomendação de AME era de quatro a seis meses, somente em 2001 passou a vigorar a recomendação que temos atualmente, ou seja, a orientação de AME até os seis meses de vida da criança. Essa mudança prevaleceu, embasada em estudos que comprovaram os benefícios do AME aliado aos prejuízos da complementação alimentar na saúde da criança antes dos seis meses de vida, como, por exemplo, a redução da proteção contra diarreias e doenças respiratórias (GIUGLIANI; SANTOS, 2017).

A introdução de alimentos complementares precocemente à criança favorece episódios de diarreia, aumenta o número de hospitalizações por doença respiratória, favorece a desnutrição, diminui a absorção de nutrientes do leite materno, como o ferro e zinco, diminui a eficácia da amamentação como método anticoncepcional e ainda reduz a duração do AM (BRASIL, 2009b).

O ato de amamentar é uma prática que apresenta benefícios tanto para a criança quanto para a nutriz. Quando exclusivo esses benefícios podem ser percebidos a curto, médio e longo prazo. Além de atuar no fortalecimento do vínculo, o leite materno nutre, supre todas as necessidades da criança, protege contra infecções, e ainda influencia no seu desenvolvimento cognitivo e emocional. Para a mãe, a amamentação tem papel importante tanto na saúde física quanto psíquica (BRASIL, 2009b).

Dentre as vantagens, a prática do AME atua na redução de óbitos infantis, sendo a única ação que sozinha, é capaz de causar o maior impacto na redução das mortes de crianças menores de cinco anos. De acordo com a OMS e UNICEF, aproximadamente seis milhões de crianças estão sendo salvas por ano devido à ascensão das taxas de AME (BRASIL, 2009b). Metanálise proposta por Victora et al. (2016) evidenciou que

crianças amamentadas exclusivamente possuem cerca de 12% maior proteção contra óbitos.

O AME também evita a ocorrência de diarreias e infecções respiratórias. Quando a amamentação exclusiva é abandonada, a criança tem duas vezes mais risco de ser atingida por ambas as adversidades no decorrer dos seis primeiros meses de vida (BRASIL, 2009b). Um estudo caso-controlado realizado em Pelotas (RS) demonstrou que crianças que não recebem leite materno tem 61 vezes mais risco de internar por pneumonia nos primeiros três meses de vida, em comparação a crianças em AME (CÉSAR et al., 1999).

O estudo de coorte realizado por Quigley, Kelly e Sacker (2007) aponta que 53% das hospitalizações decorrentes da diarreia poderiam ser prevenidas por meio do AME. Outro estudo ainda apresentou correlação positiva entre a duração do AME com a diminuição de hospitalizações por diarreia, entre crianças com idade inferior a quatro meses (BOCCOLINI et al., 2012).

Estudo caso-controlado conduzido na região Sul do Brasil constatou que crianças em aleitamento misto, ou seja, que além do leite materno recebiam leite de vaca ou fórmula tinham 4,2 vezes mais risco de ir a óbito por diarreia, e os que não recebiam leite materno tinham 14,2 mais riscos em comparação com os que foram alimentados exclusivamente com leite materno (VICTORA et al., 1987). A mesma pesquisa constatou que crianças que receberam outro tipo de leite além do materno tiveram 1,6 vezes mais risco de morte por causas respiratórias, e os que não foram amamentados 3,6 vezes mais risco, em comparação com os exclusivamente amamentados. O risco de óbito por outras infecções também se apresentou 2,5 vezes maior entre os que não praticaram o AM, em comparação com os amamentados exclusivamente (VICTORA et al., 1987).

O AME nos primeiros meses de vida reduz o risco de alergia à proteína do leite de vaca, de dermatite atópica e outros tipos de alergias e reduz o risco de hipertensão, colesterol, diabetes (BRASIL, 2009b). Segundo dados da OMS, crianças amamentadas apresentam redução na pressão sistólica de 1,2 mmHg e 0,5 mmHg na pressão diastólica, além de ter redução nos níveis de colesterol total e 37% menos risco de desenvolver diabetes tipo 2 (WHO, 2007).

Com relação à proteção a alergias, estudo de Huang et al. (2016) afirma que crianças em AME durante três a seis meses apresentam menor risco de asma e sibilância em comparação a crianças que não foram amamentadas.

Outra vantagem do AME relaciona-se ao desempenho intelectual, como demonstrado em estudo randomizado realizado na Bielorrússia (KRAMER et al., 2008). A pesquisa realizada em 31 maternidades demonstrou que o desempenho na escala completa de QI teve um aumento de 5,2 pontos em crianças amamentadas exclusivamente por seis meses ou mais (KRAMER et al., 2008).

A redução da obesidade infantil também é um dos benefícios assegurados pelo AME. Coorte chinesa verificou que crianças que foram amamentadas exclusivamente durante três a cinco meses apresentaram 13% menor risco de sobrepeso quando comparadas as que praticaram o AME por tempo inferior a um mês (ZHENG et al., 2014). Revisão recente realizada por Uwaezuoke, Eneh e Ndu (2017) também concluiu que a prática do AME está fortemente associada ao menor risco de obesidade.

No que tange aos benefícios maternos, pesquisa realizada no sul do país identificou que o AME até quatro meses foi associado a uma menor circunferência abdominal e reduzida porcentagem de gordura corporal medida por dobras cutâneas (GIGANTE; VICTORA; BARROS, 2001).

A prática do AME também é um método contraceptivo, conhecido como método de Amenorreia Lactacional (BRASIL, 2009b). Confere 98% de eficácia anticoncepcional nos seis primeiros meses pós-parto, desde que a mãe não tenha menstruado ainda e que esteja sendo praticado o AM frequentemente e de forma exclusiva ou quase exclusiva, ou seja, desde que a suplementação não ultrapasse $\frac{1}{4}$ do total de ingestão por dia (OMS, 2007).

Além de todas as vantagens proporcionadas pela amamentação, o leite materno é a forma mais econômica de alimentar a criança (BRASIL, 2009b). Pesquisa realizada por Araújo et al. (2004) observou que os gastos com fórmulas infantis e com leite de vaca tipo C durante seis meses giravam em torno de 35% e 11%, respectivamente, do salário mínimo vigente no período. Tais gastos foram calculados não levando em consideração custo com medicamentos e hospitalizações, adversidades a que todas as crianças estão sujeitas, em especial as que não possuem a proteção que o leite materno proporciona (CAMINHA et al., 2010).

Por fim, mas não menos importante, a amamentação promove a dupla mãe- bebê a criação, estabelecimento e fortalecimento do vínculo afetivo. A efetivação desse vínculo visa a garantia de uma ligação permanente entre ambos (DUTRA; FLAUSINO; SILVA, 2016). Considera-se que o ato de amamentar proporciona vantagens

psicológicas para ambos, por meio do contato visual e toque corporal promove segurança e proteção à criança e maior confiança e satisfação à mulher (BRASIL, 2009b).

O estímulo à prática do AME deve ser vigorosamente incentivado, baseado nas vantagens que o mesmo proporciona a dupla mãe-bebê, tanto no decorrer dos primeiros meses, quanto ao longo da vida. Salientando a superioridade de benefícios que crianças exclusivamente amamentadas tem, quando comparadas as que foram alimentadas por fórmulas lácteas, ou as que não receberam leite materno.

3.2 Fatores que contribuem para a interrupção do AME

Mesmo com todas as recomendações nacionais e internacionais relacionadas à exclusividade do leite materno nos primeiros meses de vida, um número considerável de crianças ainda sofre interrupção precoce do AME, e alguns dos fatores relacionados a essa prática serão apresentados a seguir.

Estudo realizado no mesmo cenário desta pesquisa identificou que a idade materna inferior a 20 anos, o número de consultas pré-natal inferior a seis, coabitação com a avó materna, pega inadequada, duração do AM inferior a seis meses em filhos anteriores, ingurgitamento mamário, cesárea como via de nascimento, e uso de chupeta se apresentaram associados à interrupção do AME no decorrer do primeiro mês de vida da criança (GIUGLIANI et al., 2008).

Mães mineiras relataram como principal causa de interrupção do AME antes dos seis meses, a ausência de leite, seguido pelo fato de seu leite ser fraco, decisão por interromper e dificuldades com o AM como mastite, ingurgitamento e fissuras (DIAS et al., 2015).

Aos dois meses de vida da criança, experiências traumáticas no parto e sintomas de depressão pós-parto foram relacionados à interrupção do AME, de acordo com pesquisa realizada por Machado et al. (2014). Outro estudo também verificou que sintomas de depressão nas mães favorecem o desmame, trazendo ainda que o uso de mamadeira e chupeta no primeiro mês de vida culmina no mesmo desfecho (FELDENS et al., 2012).

Coorte realizada em São Paulo demonstrou que dificuldades advindas da amamentação resultam em menor tempo de AME. Quando comparadas puérperas que apresentaram dificuldades ao amamentar na alta e as que não apresentaram o desmame aos dois meses foi de 10,9% *versus* 3,3%. Dentre as dificuldades citadas pelo estudo, a

relacionada à pega esteve presente em 70,5% das puérperas (ROCCI; FERNANDES, 2014).

Aos quatro meses, menor escolaridade materna, retorno ao trabalho, ausência de casa própria e gestação não planejada mostraram-se associados ao abandono da prática (MACHADO et al., 2014).

Pesquisa realizada na cidade de Fortaleza, com metodologia qualitativa, observou que a interpretação equivocada do choro da criança, a escassez na produção de leite, a necessidade de atuação no mercado de trabalho, complicações com as mamas e rejeição do seio pela criança, foram fatores que prejudicaram o AME em menores de seis meses de vida (FROTA et al., 2009).

Um estudo comparou a duração do AME em dois grupos, um que recebeu orientações referentes à amamentação no Banco de Leite Humano (BLH) e o outro que não, bem como os fatores relacionados a sua interrupção. Observou que não ocorreu diferença na duração do AME. No entanto, no grupo orientado, o número de filhos e a maior frequência de trabalho materno apresentaram-se associados ao abandono do AME antes dos seis meses da criança. Já no grupo que não recebeu orientações, menor escolaridade e renda foram associados à prática de abandono do AME no mesmo período. Em ambos os grupos, possuir somente um filho, presença de companheiro e utilização de bicos artificiais mostraram-se associados ao abandono do AME (FIGUEIREDO et al., 2015).

O apoio que a mulher recebe pode ajudar a enfrentar as barreiras para a amamentação. Para Machado et al. (2014), não ter recebido orientações sobre AM no puerpério e ausência de auxílio com a criança por parte do companheiro, associaram-se à interrupção do AME no quarto mês da criança.

Alguns estudos internacionais mostram similaridade nos fatores que interferem a prática do AME. Estudo investigou as causas envolvidas ao abandono do AME no primeiro mês pós-parto. A percepção de que o leite materno é insuficiente para satisfazer a criança foi a barreira mais citada pelas mães, seguida de curto período entre uma gestação e outra e problemas relacionados à mama (ABUIDHAIL et al., 2014).

Caso-controle conduzido na Índia observou que crianças do sexo feminino, mães com menor escolaridade e pertencentes a famílias numerosas estava associado à interrupção do AME no primeiro mês de vida (CHANDRIKA et al., 2015).

As práticas realizadas logo após o nascimento também influenciam o tempo de exclusividade do AM. Pesquisa realizada por Patil et al. (2015) observou que o estímulo

à amamentação na primeira hora de vida esteve associado com a diminuição do risco de interromper o AME no primeiro mês, ao passo que a primiparidade esteve associada a um maior risco de abandono do AME no mesmo período (PATIL et al., 2015).

A introdução de fórmula láctea ainda no ambiente hospitalar está relacionada à interrupção do AME no primeiro mês (CHANTRY et al., 2014; PATIL et al., 2015). Em Porto Alegre, 15,9% das crianças já recebiam outros leites no primeiro mês de vida, de acordo com estudo nacional (BRASIL, 2009a).

O apoio profissional também tem sido identificado como fator de proteção ao AME. Observou-se que mães que receberam apoio profissional por telefone foram mais propensas a permanecer em AME no decorrer do primeiro mês de vida da criança (FU et al., 2014).

3.3 Ações de promoção, proteção e apoio ao AM

As políticas públicas objetivam proporcionar direitos a um determinado grupo social. No que diz respeito às políticas nacionais destinadas ao AM, visam à manutenção da amamentação exclusiva até os seis meses de vida, e o prolongamento da mesma até pelo menos os dois anos da criança (WHO, 2008).

A seguir discorre-se sobre os principais pontos históricos das três últimas décadas relacionados ao apoio e à prática do AM a nível nacional, dando maior ênfase nas ações do âmbito hospitalar, foco deste estudo. Percebe-se que o avanço foi gradual, mas sua importância é indiscutível para a aquisição dos direitos que hoje as mulheres têm sobre si, seus corpos e seus filhos.

Em 1981, buscando fortalecer a prática do AM, o MS fundou o Programa Nacional de Incentivo ao Aleitamento Materno (PNIAM), composto por diversos órgãos e instituições que visavam a execução de intervenções conjuntas com a sociedade a fim de estimular ações de promoção, proteção e apoio ao AM, amparadas pelo acolhimento e assistência qualificada a dupla mãe-bebê e seus núcleos familiares (VENANCIO; MONTEIRO, 1998; OLIVEIRA; MOREIRA, 2013; ESPIRITO SANTO; MONTEIRO; ALMEIDA, 2017).

Em 1983 outro importante marco no incentivo ao AM foi firmado, a Resolução nº 18 do Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social (INAMPS), a qual garantia a permanência integral do recém-nascido com a mãe, promovendo o fortalecimento do vínculo, bem como a redução de infecções hospitalares (BRASIL,

1993b; OLIVEIRA; MOREIRA, 2013; ESPIRITO SANTO; MONTEIRO; ALMEIDA, 2017). Em consonância, a Portaria nº 2.068 de 2016 instituiu as diretrizes para atenção integral e humanizada à mulher e ao recém-nascido no Alojamento Conjunto (AC), incorporando suas vantagens, objetivos, recursos humanos mínimos, recursos físicos, responsabilidades da equipe multiprofissional e orientações pertinentes no momento da alta (BRASIL, 2016).

Em 1984, foi criado o Programa de Assistência Integral à Saúde da Criança (PAISC), objetivando a redução dos índices de morbimortalidade infantil, por meio do acompanhamento do crescimento e desenvolvimento, incentivo a amamentação, orientação no desmame, controle de doenças diarreicas, infecções agudas e imunizações (SANTOS, 1995; ESPIRITO SANTO; MONTEIRO; ALMEIDA, 2017). Vale ressaltar que a mortalidade das crianças, nesse período, associava-se fortemente à desnutrição, alavancada pela utilização de leite artificial em grande escala (OLIVEIRA; MOREIRA, 2013).

Visando maior enfoque à prática do aleitamento materno, em 1988 a Portaria nº 322 normatizou a instalação e o funcionamento dos BLH, responsáveis pela promoção do aleitamento materno e pela execução das atividades de coleta de leite humano (BRASIL, 1993a; MOURA et al., 2015). Os BLH atuam de forma segura na continuidade da amamentação, visto que o leite materno não deixa de ser ofertado a criança, mesmo em ocasiões que impossibilitem a amamentação diretamente na mama (SILVA et al., 2015). Dez anos mais tarde foi criada a Rede Brasileira de Bancos de Leite Humano (Rede BLH-BR) (ESPIRITO SANTO; MONTEIRO; ALMEIDA, 2017).

Em 1988, foi publicada a Norma para Comercialização de Alimentos para Lactentes (NCAL), além da promulgação da Constituição Federal (CF), que trouxe consigo alguns avanços na atenção a dupla mãe-bebê, como a proteção a maternidade ao direito a licença-maternidade de 120 dias, bem como a permanência das crianças com mães presidiárias durante o período de amamentação (MONTEIRO, 2006; ESPIRITO SANTO; MONTEIRO; ALMEIDA, 2017).

A partir da década de 1990 o MS intensificou ações e investimentos na área do AM, dentre elas pode-se citar os Dez Passos para o Sucesso do Aleitamento Materno e a IHAC, a qual teve seus critérios de habilitação recentemente redefinidos pela Portaria nº 1.153 de maio de 2014 (BRASIL, 2014).

De acordo com essa portaria, novos incrementos financeiros foram instituídos a procedimentos de parto normal e cesariana em gestação de alto risco e nos atendimentos

ao recém-nascido em sala de parto, além de as instituições com essa habilitação promoverem ações educativas articuladas com a Atenção Básica, com intuito de orientar a mulher referente a seus direitos, do pré-natal ao puerpério, ao que tange as “Boas Práticas de Atenção ao Parto e ao Nascimento” (BRASIL, 2014).

Os hospitais habilitados devem garantir a dupla mãe-bebê alta hospitalar com direcionamento a outros serviços e grupos de apoio à amamentação, além de contra referência na Atenção Básica (BRASIL, 2014).

Para serem habilitados à IHAC as instituições de saúde, tanto pública como privadas devem (BRASIL, 2014):

- Cumprir os "Dez Passos para o Sucesso do Aleitamento Materno", recomendados pela OMS e UNICEF, conforme descritos na Figura 1;
- Cumprir a Lei nº 11.265, de 3 de janeiro de 2006, a qual regulamenta a comercialização de alimentos para lactentes e crianças de primeira infância e também a de produtos de puericultura correlatos, além do cumprimento da Norma Brasileira de Comercialização de Alimentos para Lactentes e Crianças na Primeira Infância (NBCAL);
- Assegurar a permanência da mãe ou do pai ou responsável legal, junto ao recém-nascido 24 (vinte e quatro) horas por dia e livre acesso a ambos;
- Cumprir o critério global Cuidado Amigo da Mulher, que requer dentre as práticas, a garantia de um acompanhante de sua escolha durante o trabalho de parto, o parto e o pós-parto;

Figura 1- Dez Passos para o Sucesso do Aleitamento Materno.

Passo 1	Ter uma política de Aleitamento Materno, que seja rotineiramente transmitida a toda equipe de cuidados de saúde;
Passo 2	Capacitar toda a equipe de cuidados de saúde nas práticas necessárias para implementar esta Política;
Passo 3	Informar todas as gestantes sobre os benefícios e o manejo do Aleitamento Materno;
Passo 4	Ajudar as mães a iniciar o aleitamento materno na primeira meia hora após o nascimento, conforme nova interpretação, e colocar os bebês em contato pele a pele com suas mães, imediatamente após o parto, por pelo menos uma hora e orientar a mãe a identificar se o bebê mostra sinais que está querendo ser amamentado, oferecendo ajuda se necessário;
Passo 5	Mostrar às mães como amamentar e como manter a lactação mesmo se vierem a ser separadas dos filhos;
Passo 6	Não oferecer a recém-nascidos bebida ou alimento que não seja o leite materno, a não ser que haja indicação médica e/ou de nutricionista;

Passo 7	Praticar o alojamento conjunto, permitir que mães e recém-nascidos permaneçam juntos 24 (vinte e quatro) horas por dia.
Passo 8	Incentivar o AM sob livre demanda;
Passo 9	Não oferecer bicos artificiais ou chupetas a recém-nascidos e lactentes;
Passo 10	Promover a formação de grupos de apoio à amamentação e encaminhar as mães a esses grupos quando da alta da maternidade, conforme nova interpretação, e encaminhar as mães a grupos ou outros serviços de apoio à amamentação, após a alta.

Fonte: BRASIL, 2014.

Além do cumprimento das exigências acima descritas, as instituições de saúde deverão submeter-se anualmente à autoavaliação, e a cada três anos reavaliados de forma presencial, pelas Secretarias de Saúde dos Estados ou do Distrito Federal, ou, ainda, a qualquer tempo, em virtude de denúncia de irregularidades (BRASIL, 2014).

A IHAC conta mais de 20 mil hospitais credenciados em mais de 156 países, e no Brasil, até o ano de 2016, 326 hospitais receberam essa credencial (UNICEF, 2008; CZEZACKI, 2016).

Em 1995, o Projeto de Redução da Mortalidade Infantil (PRMI) foi lançado pelo MS, com o propósito de declínio da mortalidade infantil aliado a melhoria da saúde das crianças, por meio de diversas ações, dentre as quais a promoção, proteção e apoio a amamentação (ESPIRITO SANTO; MONTEIRO; ALMEIDA, 2017).

No ano 2000 o Método Mãe Canguru (MMC) tomou destaque, por meio da normatização a nível nacional pela Portaria nº. 693/2000, revogada após alguns anos pela Portaria nº 1.683/2007 (BRASIL, 2000; BRASIL, 2007). Vale ressaltar que tal método era aplicado desde 1992 em algumas instituições no país, tais como o Hospital Guilherme Álvaro, em Santos, e o Instituto Materno-Infantil de Pernambuco. O MMC foi idealizado no Instituto Materno-Infantil de Bogotá em 1979, é direcionado para o cuidado humanizado ao recém-nascido de baixo peso, através do contato pele a pele proporcionando vínculo, segurança, manutenção da temperatura, estímulo à amamentação e o desenvolvimento da criança (VENANCIO; ALMEIDA, 2004).

Em 2004, o MS apresentou o Pacto pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal, dentre as ações estratégicas desse pacto, a intensificação de orientações, apoio e estímulo a amamentação se faziam presentes (BRASIL, 2004a). Lançou ainda a Agenda de Compromissos para a Saúde Integral da Criança e Redução da Mortalidade Infantil, a qual propôs cinco ações de promoção a amamentação em diferentes cenários, sendo elas: estímulo a amamentação nas unidades básicas de saúde, na sala de parto e maternidade, após a alta da maternidade, proteção legal a amamentação aliada a

mobilização social e bancos de leite humano (BRASIL, 2004b; ESPIRITO SANTO; MONTEIRO; ALMEIDA, 2017).

No ano de 2006 foi criado o Comitê Nacional de Aleitamento Materno (CNAM) com vistas a auxiliar o planejamento de ações do MS em prol da amamentação, o qual foi redefinido pela portaria nº 111/2012 (BRASIL, 2012b; ESPIRITO SANTO; MONTEIRO; ALMEIDA, 2017).

Em 2008, o programa Mais Saúde: Direito de todos, foi criado e um de seus eixos traz a expansão dos BLHs e a criação do Centro de Referência Latino-Americano para Pasteurização de Leite Humano, ambas ações visando o estímulo ao AM (BRASIL, 2008; ESPIRITO SANTO; MONTEIRO; ALMEIDA, 2017).

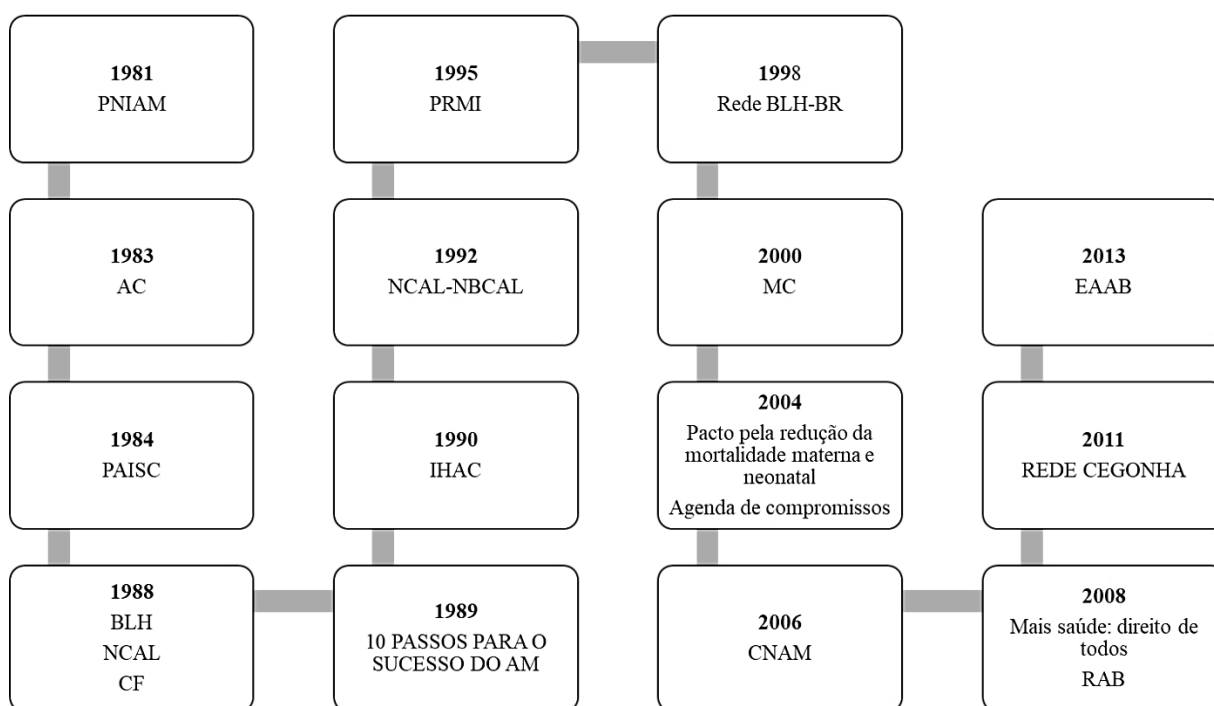
No mesmo ano, foi lançada a Rede Amamenta Brasil (RAB) pela Portaria nº 2.799, a qual visa reduzir os índices de desnutrição infantil através de aperfeiçoamento profissional, para intervir na rede de proteção da amamentação na atenção básica. Posteriormente essa portaria foi revogada pela nº 1.920 de 2013, a qual institui a Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil (EAAB). Essa estratégia objetiva prioritariamente o fortalecimento do aleitamento materno e a alimentação saudável para crianças menores de dois anos no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 2013).

Por fim, em 2011, a Portaria nº 1.459 instituiu a Rede Cegonha a fim de assegurar entre outras coisas, às mulheres a atenção humanizada durante a gestação, parto e puerpério, e às crianças o direito ao crescimento e desenvolvimento saudável, incorporando dentre as diretrizes a assistência à saúde das crianças de 0 a 24 meses com qualidade e resolutividade (BRASIL, 2011). Objetiva-se com a Rede Cegonha, exaltar a gestante como protagonista desse processo, esclarecendo-a sobre seus direitos e proporcionando autonomia e confiança durante o desenvolvimento da gestação, parto e amamentação (GUERRA et al., 2016).

A Rede Cegonha é composta por quatro componentes: I Pré-natal, II Parto e Nascimento, III Puerpério e Atenção Integral à Saúde da Criança, IV Sistema Logístico: Transporte Sanitário e Regulação, sendo que o terceiro componente abrange a promoção do AM e a alimentação complementar saudável (BRASIL, 2011).

Na Figura 2 está exposta a linha do tempo dos eventos que marcaram o progresso das ações em prol do AM.

Figura 2- Fluxograma dos marcos nacionais relacionados ao AM.



Fonte: Dados de pesquisa bibliográfica, 2017.

3.4 Consultoria em AM

As mães necessitam de suporte psicológico, físico e de informação durante a gestação e, principalmente, nos primeiros dias após o parto, quando o aleitamento materno está sendo estabelecido. Caso esse suporte não seja ofertado ou não atenda às necessidades da mãe e da criança, as dificuldades podem tornar-se uma barreira para o desenvolvimento e a continuidade da amamentação (PATEL; PATEL, 2016).

De acordo com Carvalho e colaboradores (2013), as dificuldades encontradas no período do estabelecimento da amamentação podem ser prevenidas. No entanto, para que a amamentação ocorra com êxito, é indispensável o conhecimento técnico-científico dos obstáculos e ações preventivas por parte dos profissionais que prestam assistência a dupla mãe-bebê.

Apesar de os profissionais de saúde, em especial os enfermeiros, estarem próximos a dupla no início do processo de amamentação, preparados para agir na promoção, proteção e apoio das práticas de aleitamento materno, vários são os fatores a serem levados em consideração para o sucesso do aleitamento materno, inclusive o desejo e a capacidade da mulher de amamentar ou não (HIRANI; OLSON, 2016).

No Brasil, o início da amamentação ocorre em ambiente hospitalar na grande maioria dos nascimentos, no entanto isso não assegura sua continuidade. O desejo de amamentar, somado ao conhecimento dos benefícios que essa prática traz, são fatores que influenciam, mas não garantem a manutenção do AM, pois mãe e a criança necessitam de um ambiente promissor à amamentação, além do apoio do profissional de saúde (SOUZA FILHO; GONÇALVES NETO; MARTINS, 2011).

Silva et al. (2011) apontam a relevância do acompanhamento contínuo a dupla mãe-bebê na maternidade no período pós-parto, principalmente no que diz respeito a observação da mamada, pois é nesse período que surgem as dificuldades, dúvidas e incertezas, podendo deixar a mãe vulnerável e insegura quanto a sua capacidade de ser nutriz.

Visando a auxiliar nesse período de vulnerabilidade da dupla mãe-bebê, o profissional denominado *Lactation Consultant* (Consultor em AM) foi criado na década de 1980, nos Estados Unidos, oriundo de um programa de apoio à lactação denominado *La Leche League International*, criado em 1956, período em que as taxas de amamentação apresentavam-se inferiores a 20% no País (GONÇALVES; ESPÍRITO SANTO; KOHLMANN, 1998; THURMAN; ALLEN, 2008).

Para receber o título de especialista em aleitamento materno o profissional deve ser credenciado pela *International Board of Lactation Consultant Examiners* (IBLCE), sediada no estado da Virginia (EUA), organização sem fins lucrativos criada em 1985 com a ajuda financeira da *La Leche League International*. A IBLCE certifica profissionais que atendem aos padrões mais altos de conhecimento em lactação e amamentação em todo o mundo (IBLCE, 2017; ISSLER; GIUGLIANI, 2017). Esse conhecimento é medido em um exame de qualificação válido por cinco anos, e leva em consideração vários aspectos (Anexo A). Somente profissionais que cumprem os requisitos mínimos de elegibilidade podem se inscrever para realizar o exame.

O Consultor em AM é preparado para atuar na prevenção, identificação e resolução de obstáculos que afetem a dupla mãe-bebê no estabelecimento e manutenção da amamentação (CARVALHO; BICA; MOURA, 2007).

Estudo realizado no Hospital Mercy, de Pittsburgh (EUA), avaliou a eficácia da atuação dos Consultores de AM no prolongamento do AM em uma população de baixa renda. Os 108 sujeitos foram divididos em dois grupos, um atendido por um Consultor (grupo intervenção), e outro que recebeu o atendimento padrão da instituição (grupo controle). Os sujeitos do grupo intervenção foram acompanhados por Consultores de

AM no decorrer da gestação, nas consultas pré-natais, no pós-parto, com visitas diárias, 48 horas após a alta, quando a criança completava uma semana de idade, e em qualquer acompanhamento de saúde da criança até completar um ano de idade, ou enquanto estivesse em AM. No grupo intervenção o AM apresentou incidência de 61% *versus* 32% no grupo controle (BRENT et al., 1995).

Outra pesquisa semelhante, realizada em dois centros de saúde afiliados a hospitais de Nova York, investigou se a atuação individualizada de Consultor de AM no pré-natal e pós-natal modifica os índices de AM. A amostra foi composta por 304 mulheres, divididas em dois grupos, intervenção e controle. Os sujeitos do grupo intervenção tiveram dois atendimentos por um Consultor em AM no pré-natal, um atendimento pós-parto hospitalar ou em visita domiciliar, e acompanhamento até os 12 meses da criança via telefone. Os indivíduos do grupo controle receberam o cuidado padrão das instituições. O grupo intervenção foi mais propenso a amamentar até a vigésima semana do que o grupo controle, 53,0% *versus* 39,3% (BONUICK et al., 2005).

Estudo realizado na Cidade do México avaliou se o aconselhamento realizado por conselheiros treinados pela *La Leche League* interferia no aumento nos níveis de AME. O estudo foi composto por 130 sujeitos divididos em três grupos, um controle e dois de intervenção, que recebiam seis e três visitas domiciliares dos conselheiros, respectivamente. As visitas domiciliares ocorreram durante a gestação e no pós-parto precoce. Aos três meses pós-parto, o AME foi observado em 67% dos sujeitos que receberam seis visitas, em 50% dos que receberam três visitas e em 12% dos pertencentes ao grupo controle (MORROW et al., 1999). O estudo concluiu que acompanhamento por profissionais que atuam na amamentação contribui significativamente para a manutenção do AM, ao passo que a intervenção é mais frequente, maior também é o período de AME.

Pesquisa realizada na Carolina do Norte em 2006 comparou o prolongamento do AM em duplas atendidas pela consultoria, *versus* nos não atendidos. Os resultados foram surpreendentes, 53% das mães que tiveram auxílio da consultoria mantiveram o AM dos filhos até pelo menos os seis meses de idade, ao passo que apenas 23% das mães que não receberam consultoria amamentaram até o mesmo período (LUKAC; RILEY; HUMPHREY, 2006).

Outro exemplo é a coorte retrospectiva realizada por Rosen et al. (2008). A pesquisa foi realizada em um centro médico do Exército, com 194 sujeitos divididos em

três grupos: um controle e outros dois grupos que receberam orientação de Consultores de AM de formas distintas. Os três grupos foram medidos em dois momentos, no início da amamentação e seis meses depois. Evidenciou-se que os dois grupos que receberam consultoria, aumentaram significativamente o aleitamento materno aos seis meses quando comparadas aos controles, sendo 67,6%, 61,1% e 43,5% respectivamente.

Mais recentemente, pesquisa realizada em um Instituto de Saúde Materna e Infantil da Itália, demonstrou o aumento da satisfação das mulheres ao amamentar, bem como a redução de dores e fissuras mamilares, de 41,5% para 24,6% ao receberem consultoria em AM (CHIURCO et al., 2015).

O apoio e o auxílio na amamentação realizados por Consultores de AM está relacionado diretamente ao sucesso e manutenção do AM por mais tempo, além de proporcionar aquisição de conhecimentos, aumento da confiança e redução da ansiedade das mães referente ao período pós-parto e estadia em instituição hospitalar (FRIESEN et al., 2015; DENNISON et al., 2016).

O consultor em AM não substitui outros profissionais, mas sim atua conjuntamente com a equipe que presta assistência materno infantil, para que trabalhem da melhor forma possível visando a alcançar o êxito no estabelecimento da lactação (GONÇALVES; ESPÍRITO SANTO; KOHLMANN, 1998).

Em 1998 o exame de qualificação do IBLCE passou a ser realizado no Brasil, simultaneamente a outros países. Durante dez anos o exame foi aplicado com intervalo de dois anos, em 2008 passou a ser aplicado anualmente e em 2016 passou a ser ofertado duas vezes no ano, no primeiro semestre apenas em inglês, e no segundo semestre em outras 18 línguas. No ano de 2014, o Brasil contava com aproximadamente 80 profissionais de áreas distintas credenciados como consultores em AM. Atualmente conta-se com mais de 28.000 consultores em AM no mundo, distribuídos em 102 países (ISSLER; GIUGLIANI, 2017).

No decorrer do ano de 1996 ocorreu, no HCPA, a implantação da IHAC e a designação de duas enfermeiras consultoras em AM para atuação no Serviço de Enfermagem Materno-Infantil. A primeira enfermeira destinada a esse cargo era proveniente da internação neonatal, e a segunda enfermeira indicada tratava-se de uma enfermeira obstetra que atuava na Unidade de Internação Obstétrica (GONÇALVES; ESPÍRITO SANTO; KOHLMANN, 1998).

Por se tratar de uma atuação pioneira no Rio Grande do Sul, as atividades da Enfermeira Consultora foram sendo definidas gradativamente. No entanto, desde o

início estabeleceu-se que sua principal atuação seria em situações de alto risco para o desmame (GONÇALVES; ESPÍRITO SANTO; KOHLMANN, 1998).

As atividades das duas enfermeiras englobavam o atendimento no Centro Obstétrico, na Unidade de Internação Neonatal, a puérperas internadas sem seus filhos nas unidades clínicas e cirúrgicas e a crianças internadas nas unidades pediátricas e suas mães, representando o vínculo entre a equipe multiprofissional e as usuárias (GONÇALVES; ESPÍRITO SANTO; KOHLMANN, 1998).

Com o decorrer do tempo, as Enfermeiras Consultoras passaram a realizar atividades para além da assistência, e também a desenvolver atividades educativas e administrativas, tais como treinamentos em AM para a equipe e coordenação da IHAC e da Semana Mundial de Aleitamento Materno na instituição (GONÇALVES; ESPÍRITO SANTO; KOHLMANN, 1998).

A inclusão destas profissionais preparadas para o manejo de dificuldades trouxe vários benefícios na assistência prestada ao público materno-infantil, principalmente no que diz respeito ao incentivo do AM. O fato de não prestarem assistência direta em uma unidade específica também mostrou-se como um facilitador para o acompanhamento das dificuldades enfrentadas pelas lactantes internadas em qualquer unidade do hospital (GONÇALVES; ESPÍRITO SANTO; KOHLMANN, 1998).

No cenário da presente pesquisa, no ano de 2006, a média de encaminhamentos de duplas mãe-bebe em alojamento conjunto direcionados para avaliação da Consultora em AM era de 15/dia, e entre os motivos mais frequentes estavam dificuldades na pega, traumas mamilares, produção insuficiente de leite e pouco conhecimento sobre a amamentação, dentre outros, totalizando 2680 atendimentos no ano (CARVALHO; BICA; MOURA, 2007).

4 METODOLOGIA

A presente pesquisa se insere em um projeto maior intitulado “Padrões de amamentação de crianças atendidas por equipe de consultoria em aleitamento materno”.

4.1 Delineamento da pesquisa

Trata-se de um estudo de coorte prospectivo, que visa ao acompanhamento de uma amostra de participantes através do tempo, por meio de medições periódicas dos desfechos em estudo (HULLEY et al., 2008). Os estudos de coorte propiciam a análise de sobrevivência ao utilizar o tempo como variável de interesse (BUSTAMANTE-TEIXEIRA; FAERSTEIN; LATORRE, 2002).

O projeto maior realizou acompanhamento de duplas mãe-bebê por seis meses. Para o presente projeto foram utilizados os dados referentes ao acompanhamento dos sujeitos durante o primeiro mês de vida da criança.

4.2 Local de realização do estudo

O estudo foi realizado na Unidade de Internação Obstétrica (UIO), localizada no 11º andar do Hospital de Clínicas de Porto Alegre, uma instituição pública, geral, universitária, pertencente ao Ministério da Educação e vinculada academicamente a Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS).

O Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA), criado em 1971 e credenciado como “Hospital Amigo da Criança” desde o ano de 1997, possui uma equipe de consultoria em AM composta por uma nutricionista e duas enfermeiras. O serviço é ofertado às puérperas no Centro Obstétrico, Alojamento Conjunto, Banco de Leite Humano, Internação Neonatal e também após a alta hospitalar, inclusive para mulheres da comunidade que não vivenciaram o parto nas dependências da instituição (HCPA, 2016a).

Anualmente ocorrem aproximadamente 3.900 nascimentos nas dependências do HCPA, sendo a maioria atendida pelo SUS (HCPA, 2015).

Nesse cenário conta-se com uma equipe de consultoria em amamentação, a qual teve início em 1996 como parte da Iniciativa Hospital Amigo da Criança. A equipe atual é composta por uma nutricionista e duas enfermeiras consultoras em AM, uma com dedicação exclusiva ao cargo, que além dos encaminhamentos

realizados dentro do hospital, prestam atendimentos por meio de contato telefônico e demanda espontânea ao público externo. A segunda enfermeira e a nutricionista têm dedicação parcial, realizando os atendimentos de consultoria durante parte da sua carga horária de trabalho.

Às consultoras são encaminhados os casos de primiparidade, mãe adolescente e duplas com dificuldades importantes no manejo da amamentação, seja essa dificuldade oriunda da criança ou da mãe. Os encaminhamentos são realizados via sistema informatizado do HCPA, e podem ser realizados por qualquer indivíduo da equipe multiprofissional, embora a maior parte dos encaminhamentos seja proveniente da equipe médica de neonatologia.

Após o atendimento, as consultoras respondem à solicitação de encaminhamento da consultoria via sistema informatizado, e em virtude desta pesquisa, realizavam a impressão das mesmas para utilização das pesquisadoras. Com essa ficha de retorno de consultoria, as pesquisadoras tinham acesso à identificação dos dados das duplas elegíveis para o estudo, bem como o motivo do encaminhamento e a resposta da consultoria (Anexo B). Também se contou com a colaboração das enfermeiras consultoras no que tange à identificação da idade gestacional e do peso de nascimento da criança, sendo que as mesmas transcreviam essas informações nas fichas impressas, haja vista que a pesquisa não incluiu acesso aos prontuários.

4.3 População e amostra

As participantes do estudo foram as duplas mãe-bebê em alojamento conjunto, atendidas pela equipe de consultoria em AM do HCPA.

Os critérios de inclusão estabelecidos foram: duplas residentes em Porto Alegre ou região metropolitana e que disponibilizem seu número de telefone, com crianças a termo (Capurro ≥ 37 semanas) e com peso de nascimento $\geq 2.500g$, em alojamento conjunto, que tenham iniciado a amamentação e que foram atendidas por alguma das profissionais que compõe a equipe de consultoria em AM. Foram excluídas mães com bebês gemelares, duplas com contraindicação permanente ou temporária para amamentação ou que tiveram que ser separadas após ter iniciado a amamentação.

4.3.1 Cálculo do tamanho amostral

Para a presente pesquisa, considerando um percentual médio de 60% de AME ao final do primeiro mês de vida (BRASIL, 2009a), e uma taxa de risco mínimo de 1,48 conforme dados obtidos em artigo referente a um conjunto de variáveis, tais como idade materna, coabitação com avó materna, número de consultas de pré-natal e tipo de parto (GIUGLIANI et al., 2008), usando um poder de 80%, nível de significância de 5% e estimativa de perdas de 20% ao longo do seguimento, o tamanho amostral mínimo calculado foi de 150 duplas mãe-bebê. Os cálculos foram realizados com a utilização do software WinPEPI, versão 11.43.

4.4 Coleta de dados

De segunda a sexta-feira ocorreu a identificação das duplas atendidas pela equipe de consultoria e, após o reconhecimento dos critérios de inclusão, estas foram convidadas a participar do estudo.

A presente pesquisa teve inclusão de participantes no período de 08/08/2016 a 31/01/2017, com acompanhamento via telefone até 01/03/2017.

Para o presente estudo foram utilizados os dados coletados em três momentos: durante a internação em alojamento conjunto, aos 15 e aos 30 dias de vida da criança. Na internação obstétrica as mães foram entrevistadas após as primeiras 24 horas do nascimento da criança, e após terem recebido o atendimento por alguma das Consultoras em AM. As entrevistas nos dois momentos seguintes foram por telefone.

Os participantes do presente estudo foram acompanhados até os 30 dias de vida da criança, ou enquanto estivessem em AME durante esse período. Tanto as entrevistas presenciais, quanto aquelas por telefone, tiveram duração de aproximadamente 10 minutos, e todos os dados foram coletados em questionário físico.

4.4.1 Na Unidade de Internação Obstétrica

Após a identificação das duplas atendidas pelas enfermeiras consultoras, por meio da ficha de retorno da consultoria, uma das pesquisadoras abordava as mães a fim de esclarecer os objetivos e etapas da pesquisa. Após o aceite, as mães, ou responsáveis, no caso de a mãe ser menor do que 18 anos, assinavam o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice B) e forneciam informações para o questionário inicial, estruturado exclusivamente para a pesquisa (Apêndice C).

4.4.2 *Seguimento*

As mães foram entrevistadas por telefone aos 15 e aos 30 dias de vida da criança por um dos membros da equipe de pesquisa, quando informaram se o mesmo recebeu algum complemento lácteo durante a permanência no Alojamento Conjunto, orientação sobre AM recebida no hospital, sobre os problemas e dificuldades com o AM durante a internação e após a alta, além de informações sobre amamentação e/ou alimentação da criança no momento da entrevista, uso de chupeta/mamadeira, apoio familiar e procura de ajuda em AM pela consultoria do HCPA, ou algum outro serviço (Apêndice D/ Apêndice E).

O período máximo para aplicação dos questionários foi de dois dias após a criança completar as idades estabelecidas para o seguimento.

4.5 **Variáveis envolvidas no estudo**

4.5.1 *Desfecho*

Interrupção do AME (em dias de vida): quando a criança já não recebe somente leite materno, direto da mama ou ordenhado, com exceção de gotas ou xaropes contendo vitaminas, sais de reidratação oral, suplementos minerais ou medicamentos (WHO, 2008). A oferta de complemento lácteo durante a internação em alojamento conjunto não foi considerada interrupção do AME, a não ser que a criança tivesse alta hospitalar com prescrição de continuar recebendo essa suplementação.

4.5.2 *Variáveis independentes*

- Motivo do encaminhamento para a consultoria em AM durante a internação: dado coletado na ficha de retorno da consultoria.
- Via de nascimento: dado informado pela mãe e categorizado em parto vaginal e cesárea.
- Ocorrência de episiotomia: dado informado pela mãe e categorizado em sim e não.
- Sexo da criança: dado informado pela mãe e categorizado em masculino e feminino.
- Peso de nascimento: dado coletado na ficha de retorno da consultoria.
- Cor da pele materna: dado informado pela mãe e categorizado em branca e não branca.

- Idade materna (em anos completos): dado informado pela mãe e categorizado em < 20 anos e ≥ 20 anos (OMS, 1995).
- Presença de companheiro: dado informado pela mãe e categorizado em sim e não.
- Coabitação com o companheiro: dado informado pela mãe e categorizado em sim e não.
- Coabitação com a mãe (avó materna da criança): dado informado pela mãe e categorizado em sim e não.
- Coabitação com a sogra (avó paterna da criança): dado informado pela mãe e categorizado em sim e não.
- Renda familiar: dado informado pela mãe e categorizado em número de salários mínimos regionais.
- Escolaridade da mãe (em anos completos): dado informado pela mãe e categorizado em < 8 anos e ≥ 8 anos.
- Trabalho fora de casa: dado informado pela mãe e categorizado em sim e não.
- Realização de acompanhamento pré-natal: dado informado pela mãe e categorizado em sim e não.
- Número de consultas no acompanhamento pré-natal: dado coletado na carteirinha da gestante e categorizado em < 8 e ≥ 8 (WHO, 2016).
- Orientação sobre amamentação, individual ou em grupo, no acompanhamento pré-natal: dado informado pela mãe e categorizado em sim e não.
- Fumo durante a gravidez: dado informado pela mãe e categorizado em sim e não. Em caso positivo, o número de cigarros/dia.
- Uso de drogas durante a gravidez: dado informado pela mãe e categorizado em sim e não. Em caso positivo, o nome da droga e a frequência do uso.
- Tempo de amamentação do filho anterior (em meses): dado informado pela mãe e categorizado em < 6 meses e ≥ 6 meses (BRASIL, 2009b)
- Recebimento de complemento lácteo durante a hospitalização: dado informado pela mãe e categorizado em sim e não.
- Motivos para complementação láctea na internação: dados informados pela mãe.
- Alimentação da criança na saída do hospital: dado informado pela mãe e caracterizado em AME, AM+ fórmula, outra.

- Tipo de alimentação da criança: dado informado pela mãe e categorizado em AME, AMP, AMC, AMM e não amamentação conforme classificação da OMS (WHO, 2008).
- Horário fixo para mamar no peito: dado informado pela mãe e categorizado em sim e não.
- Motivos para introdução de água, chá e outro leite: dado informados pela mãe.
- Duração do AM em dias: dado interpretado pela pesquisadora a partir das respostas das mães.
- Duração do AME em dias: dado interpretado pela pesquisadora a partir das respostas das mães.
- Ajuda do companheiro para a ação de amamentar, cuidar dos afazeres domésticos, cuidar da criança e ficar com ele quando a mães e ausenta: dado informado pela mãe e categorizado em sim e não.
- Uso de chupeta: dado informado pela mãe e categorizado em sim e não, motivo e dia da introdução.
- Uso de mamadeira: dado informado pela mãe.
- Problemas para amamentar durante a hospitalização e após a alta hospitalar: dado informado pela mãe e podendo englobar as seguintes opções: dor nas mamas, fissura, bolha, marcas e/ou equimoses na região do mamilo ou aréola, mamas muito cheias, vermelhidão nas mamas, febre nas mamas, eliminação de pus pelos mamilos, anatomia dos mamilos, dificuldade na técnica de amamentação, baixa produção de leite, ingurgitamento mamário, leite fraco, mastite e outros.
- Acompanhamento da criança: dado informado pela mãe e categorizado em rede básica, rede privada e ambos.
- Procura por atendimento em AM: dado informado pela mãe e categorizado em sim e não. Em caso positivo, motivo da busca.

4.6 Estudo piloto

Após a aprovação do projeto de pesquisa no Comitê de Ética em Pesquisa do HCPA, foi realizado um estudo piloto com 20 duplas mãe-bebê, para testar a logística do estudo e os instrumentos de coleta dos dados, tendo sido efetuados os ajustes que se fizeram necessários.

4.7 Equipe de trabalho

A equipe de trabalho do projeto maior contou com os seguintes componentes:

- Duas professoras pesquisadoras do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFRGS;
- Duas alunas do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFRGS, nível de mestrado, e duas acadêmicas de enfermagem da UFRGS, responsáveis pela coleta inicial na maternidade, os seguimentos por meio telefônico, revisão, tabulação e análise dos dados.

4.8 Considerações éticas

Antes de cada entrevista, os objetivos e desenvolvimento da pesquisa foram devidamente explicados à mãe ou ao seu responsável, quando a mãe possuísse menos de 18 anos de idade. As mães ou responsáveis que demonstraram aceite em participar da pesquisa, assinaram o TCLE em duas vias, sendo uma delas pertencente à mãe a outra via à pesquisadora.

O projeto ao qual o presente estudo está vinculado foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) sob o parecer número 1.569.774 (Anexo C), pela comissão científica do HCPA (Anexo D) e pela Comissão de Pesquisa de Enfermagem (COMPESQ) da Escola de Enfermagem da UFRGS (Anexo E). O presente estudo foi submetido à Comissão de Pesquisa da Escola de Enfermagem da UFRGS e aprovado em 26/07/2017 (Anexo F).

A utilização dos dados foi autorizada por todas as pesquisadoras envolvidas no projeto maior (Apêndice A).

No que tange à confidencialidade dos dados coletados, foi assegurado o anonimato de todas as participantes da pesquisa, sendo cada uma identificada por um código caracterizado pela inicial “P”, da palavra “paciente”, acompanhado do algarismo arábico referente à ordem da coleta (P1, P2, P3...). Os participantes tiveram a liberdade de desistir do estudo em qualquer etapa do mesmo, sem prejuízos à sua assistência e a de seu recém-nascido, na hospitalização presente ou futura.

Não foram conhecidos riscos referentes à participação das duplas mãe-bebê na pesquisa, no entanto, pode ter ocorrido desconfortos relacionados ao tempo destinado a entrevista presencial e/ou por telefone, e ao conteúdo das perguntas.

Não houve benefícios diretos aos participantes, todavia, o acompanhamento da amamentação após a alta hospitalar proporcionou sentimento de segurança por parte das mães.

O desenvolvimento desta pesquisa seguiu todas as normas e diretrizes éticas conforme estabelece a Resolução do Conselho Nacional de Saúde nº 466/12 (BRASIL, 2012a), e os dados coletados serão guardados pela pesquisadora responsável por cinco anos, sendo destruídos após esse período.

Todas as pesquisadoras envolvidas neste projeto assinaram o Termo de Compromisso para Utilização de Dados Institucionais do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (Anexo G).

4.9 Análise dos dados

O banco de dados da pesquisa foi elaborado com a utilização do software SPSS. Foi realizada dupla digitação, com posterior *validate*, para assegurar melhor qualidade dos dados.

Para análise dos dados do presente projeto de pesquisa foram realizados procedimentos de análise descritiva e analítica. Na análise descritiva, as variáveis quantitativas foram avaliadas por média e desvio padrão ou mediana e amplitude interquartílica, e as variáveis qualitativas foram descritas por frequências absolutas e relativas, além de análise inferencial. O método inferencial utilizado foi análise de sobrevivência para avaliar a interrupção do AME no primeiro mês de vida da criança. A interrupção do AME corresponde ao dado não censurado e foram censurados os dados das duplas mãe-bebê que estiveram em AME ao final do primeiro mês, bem como os dados das duplas que eventualmente foram perdidas ao longo do seguimento.

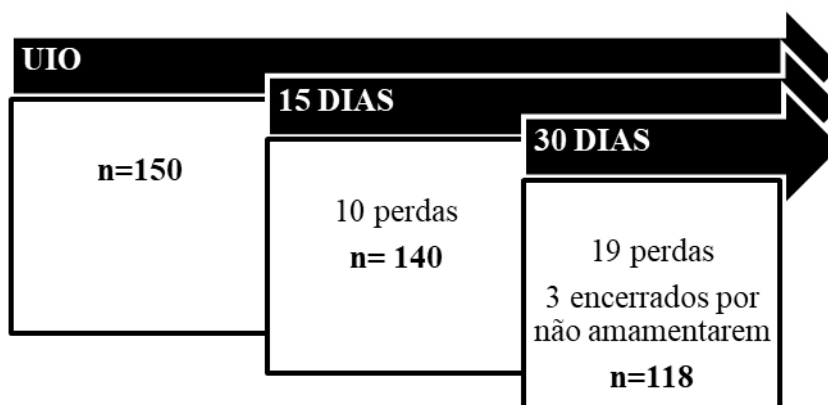
A associação entre as variáveis e o tempo de AME foi avaliada por análise univariada e multivariada com utilização do modelo de Regressão de Cox hierarquizado. Essa regressão é utilizada para estudar a sobrevivência sob o ponto de vista de causa ou predição, pois fornece as estimativas das razões de risco das variáveis em estudo, podendo-se avaliar o impacto delas no tempo até a ocorrência do desfecho (BUSTAMANTE-TEIXEIRA; FAERSTEIN; LATORRE, 2002).

O critério usado para a inserção da variável no modelo multivariado é a mesma apresentar valor $p < 0,20$ na análise univariada, e o de permanência no bloco subsequente é apresentar valor $p < 0,10$ no seu respectivo bloco. O nível de significância adotado foi de 5% ($p < 0,05$) e as análises foram realizadas no programa SPSS versão 21.0.

5 RESULTADOS

Das 150 duplas mãe-bebê que compuseram a amostra, houve perda de 29 por impossibilidade de contato telefônico, sendo 10 no 15º dia e 19 aos 30 dias. Aos 15 dias, três crianças não estavam mais em amamentação. A Figura 3 mostra o quantitativo de participantes em cada uma das três etapas.

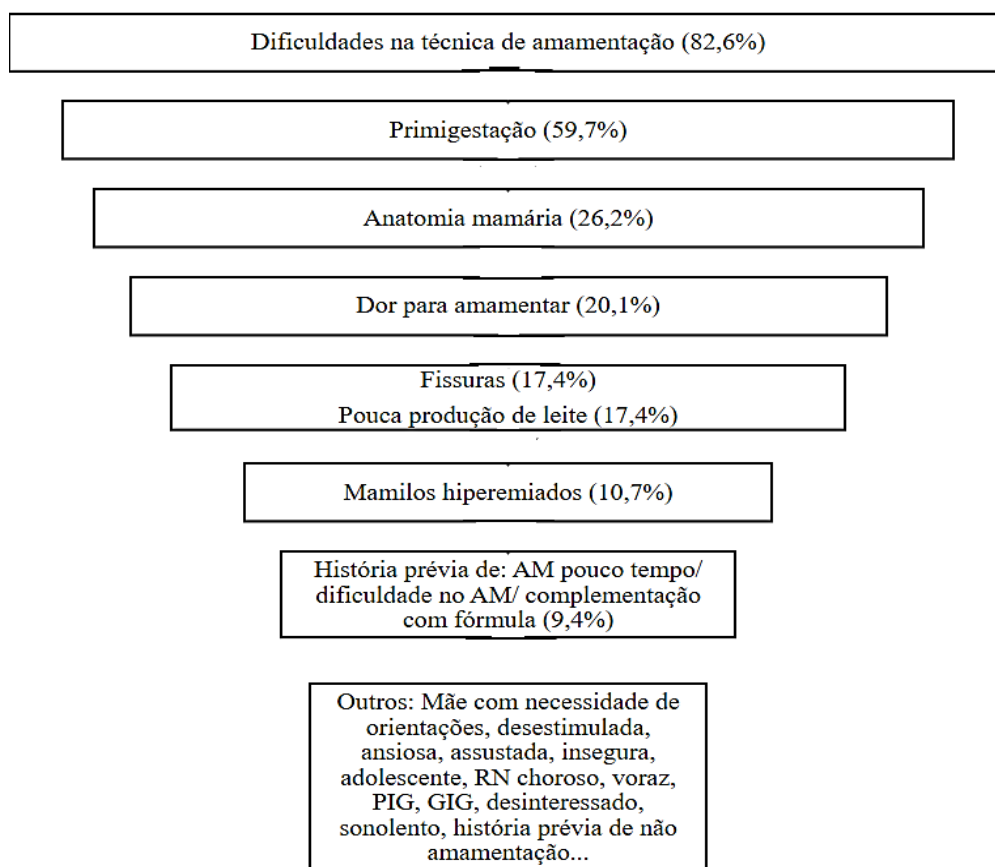
Figura 3 - Sujeitos analisados durante o seguimento.



Fonte: Dados de pesquisa, 2016/2017.

Dentre os motivos que levaram ao encaminhamento para a equipe de consultoria em AM, predominaram os resultantes de dificuldades na técnica de amamentação (n=123) e o fato de a mãe ser primigesta (n=89). Os motivos são apresentados na Figura 4.

Figura 4 - Motivos de encaminhamentos das duplas mãe-bebê para a consultoria de AM.



Fonte: Dados de pesquisa, 2016/2017.

5.1 Características da amostra

A grande maioria das mulheres tem idade igual ou superior a 20 anos, possui companheiro e estudou oito anos ou mais.

Somente duas mulheres não realizaram acompanhamento pré-natal, sendo que 3/4 delas realizaram pelo menos oito consultas, mas apenas 1/3 recebeu orientações sobre aleitamento materno durante a gestação.

Pouco mais de metade das mulheres teve parto vaginal, dentre estas quase 3/4 foram submetidas à episiotomia. A média de peso das crianças ao nascer foi de 3.282 g, sendo a maioria do sexo masculino. As demais características da amostra encontram-se na Tabela 1.

Tabela 1 - Características das duplas mãe-bebê em alojamento conjunto atendidos pela equipe de consultoria em AM.

Variáveis	n = 150	
Caracterização materna		
Idade materna \geq 20 anos	122	(81,3%)
Escolaridade materna \geq 8 anos	121	(80,7%)
Mãe de cor autorreferida branca	93	(62,0%)
Mãe trabalha fora de casa	65	(43,3%)
Possuir companheiro	130	(86,7%)
Coabitação com companheiro	119	(79,3%)
Coabitação com avó materna	36	(24,0%)
Coabitação com avó paterna	16	(12,3%)
Renda familiar (salários mínimos) [‡]	2,2	(1,3-3,4)*
Tempo de AM em filho anterior (meses) [¶]	3	(0-11)*
Gestação atual		
Realização de acompanhamento pré-natal	148	(98,7%)
Nº de consultas pré-natal \geq 8 [‡]	110	(73,3%)
Orientada sobre AM no pré-natal [‡]	44	(29,7%)
Participação em curso pré-natal	28	(18,7%)
Fumo durante a gestação	21	(14,0%)
Uso de drogas durante a gestação	3	(2,0%)
Parto atual		
Parto Vaginal	88	(58,7%)
Criança do sexo feminino	72	(48,0%)
Peso de nascimento	3282g	\pm 452g [¥]

*Resultado expresso em mediana e intervalo interquartil

¥ Resultado expresso em média e desvio padrão

‡ Excluídas as que não souberam informar (n=22)

‡ Excluídas as que não realizaram pré-natal (n=2)

¶ Excluídas as primigestas (n=107)

Fonte: Dados de pesquisa, 2016/2017.

5.2 Motivos para introdução de líquidos e chupeta

Durante a internação, 46,4% (65) das crianças receberam complemento lácteo, e os motivos que levaram à introdução estão descritos na Tabela 2.

Tabela 2 - Motivos informados pela mãe para complementação láctea na internação.

Motivo*	n (%)
Dificuldade na técnica de amamentação	29 (44,6%)
Baixa produção/ demora na descida do leite	21 (32,3%)
Fissura nas mamas	10 (15,4%)
Anatomia do mamilo	5 (7,7%)
RN com hipoglicemia	5 (7,7%)
RN inquieto/choroso	5 (7,7%)
Perda de peso do RN	3 (4,6%)
Leite fraco	3 (4,6%)
Outros	6 (9,1%)

* Questão de múltipla resposta

Fonte: Dados de pesquisa, 2016/2017.

No decorrer do primeiro mês, 6,8% (8) das crianças receberam água. O principal motivo da introdução foi o calor. Os demais motivos estão expressos na Tabela 3.

Tabela 3 - Motivos alegados pelas mães para introdução de água no primeiro mês.

Motivo*	n (%)
Calor/ Sede	4 (3,3%)
Introdução de outro leite	2 (1,6%)
Orientação profissional	2 (1,6%)
Solução	1 (0,8%)
Moleira pulando	1 (0,8%)

* Questão de múltipla resposta

Fonte: Dados de pesquisa, 2016/2017.

O chá foi ofertado para 21,2% (25) das crianças, e a cólica foi citada como a principal causa dessa prática, relatada em 12,7% dos casos. Os motivos para introdução de chá no primeiro mês estão expressos na Tabela 4.

Tabela 4–Motivos alegados pelas mães para introdução de chá no primeiro mês.

Motivo*	n (%)
Cólica	15 (12,7%)
Acalmar	6 (5,0%)
Constipação	4 (3,3%)
Sede	3 (2,5%)
Orientação profissional	2 (1,6%)
Icterícia	1 (0,8%)

* Questão de múltipla resposta

Fonte: Dados de pesquisa, 2016/2017.

A introdução de substitutos do leite materno foi relatada por 38,1% (45) das mães, sendo o choro do RN e a percepção da mãe de que seu leite era fraco, responsável por 12,7% das introduções (Tabela 5).

Tabela 5 - Motivos alegados pelas mães para introdução de substitutos do leite materno no primeiro mês.

Motivo*	n (%)
RN chorava de fome/leite fraco	15 (12,7%)
Baixa produção de leite	13 (11,0%)
Orientação na alta	10 (8,4%)
RN perdeu peso /não ganhava peso	8 (6,7%)
Dificuldade na técnica	7 (5,9%)
Orientação profissional	4 (3,3%)
Anatomia mamária	4 (3,3%)
Ausência materna	3 (2,5%)
Fissura	3 (2,5%)
Outros	4 (3,3%)

* Questão de múltipla resposta

Fonte: Dados de pesquisa, 2016/2017.

Das mães que introduziram outros líquidos, 91,1% optou pela utilização da mamadeira.

Quase metade das crianças, 44,1% (52) utilizava chupeta ao final do primeiro mês, e o principal motivo materno para sua introdução foi para acalmar a criança. Os demais motivos podem ser visualizados na Tabela 6.

Tabela 6 - Motivos alegados pelas mães para introdução de chupeta no primeiro mês.

Motivo*	n (%)
Acalmar	33 (27,9%)
Fazia o peito de chupeta	13 (11,0%)
Dormir	6 (5,0%)
Desejo materno	3 (2,5%)
Influência familiar	2 (1,6%)
Outros	5 (4,2%)

*Questão de múltipla resposta

Fonte: Dados de pesquisa, 2016/2017.

5.3 Padrões de AM no primeiro mês

O AM sob livre demanda, foi praticado por 76,5% das duplas mãe-bebê.

A classificação do aleitamento materno de acordo com o período de seguimento pode ser visualizada na Tabela 7. Na alta, 84,3% estava em AME e, ao final do primeiro mês, 10,6% das duplas mãe-bebê não estavam mais em AM. Os motivos do desmame referidos pelas 13 mães foram baixa produção de leite (46,2%), dificuldade na técnica de amamentação (38,4%) e recusa do peito (15,4%).

Tabela 7 - Tipos de aleitamento materno ao longo do primeiro mês.

Tipo de Aleitamento	Períodos					
	Alta*		15 dias		30 dias	
	N	%	N	%	N	%
	140		140		118	
AME	118	84,3%	96	68,6%	62	52,5%
AM Misto	22	15,7%	35	25,0%	24	20,3%
AM Predominante	-	-	6	4,3%	22	18,6%
Sem AM	-	-	3	2,1%	10	8,5%

* Informações referentes à alta foram questionadas na coleta aos 15 dias.

Fonte: Dados de pesquisa, 2016/2017.

Amamentação cruzada ocorreu com 7,6% das crianças.

Das 105 mulheres que tinham companheiro aos 30 dias, 69,8% relataram receber alguma ajuda do companheiro para a ação de amamentar, 78,6% relataram receber ajuda

de alguém para cuidar dos afazeres domésticos e 72,9% receberam ajuda de alguém para cuidar da criança.

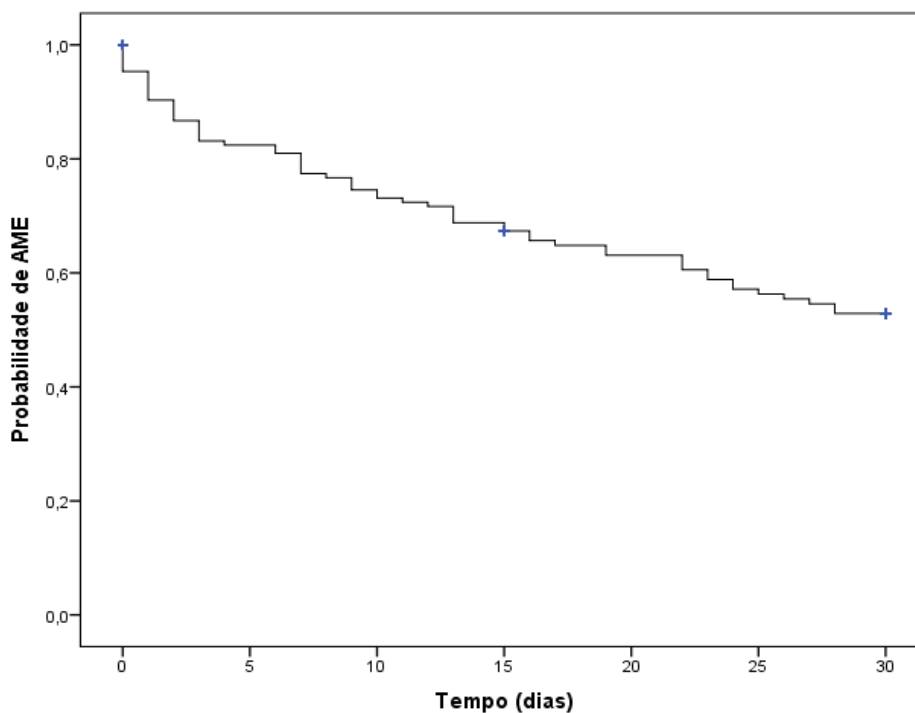
A maioria das crianças após a alta foi acompanhada por profissionais da rede básica (81,4%), 12,7% por profissional da rede privada e 5,9% frequentava ambas.

No decorrer do primeiro mês, 29 mães procuraram ajuda profissional para o AM. Dentre os motivos da busca, destaca-se a dificuldade na técnica de amamentação, presente em 62% dos casos.

5.4 Sobrevida e fatores associados à interrupção do AME no primeiro mês

A curva de sobrevivência do AME ao longo do primeiro mês de vida é apresentada na Figura 5. Aos 15 dias, 67,4% das crianças permaneciam recebendo exclusivamente leite materno e, ao final do primeiro mês, 52,9%.

Figura 5 - Curva de sobrevivência do aleitamento materno exclusivo.



Fonte: Dados de pesquisa, 2016/2017.

A Tabela 8 apresenta a análise univariada por meio do modelo de Cox para demonstrar as variáveis relacionadas à interrupção do AME no decorrer do primeiro mês.

Tabela 8—Análise univariada para a interrupção do AME no primeiro mês.

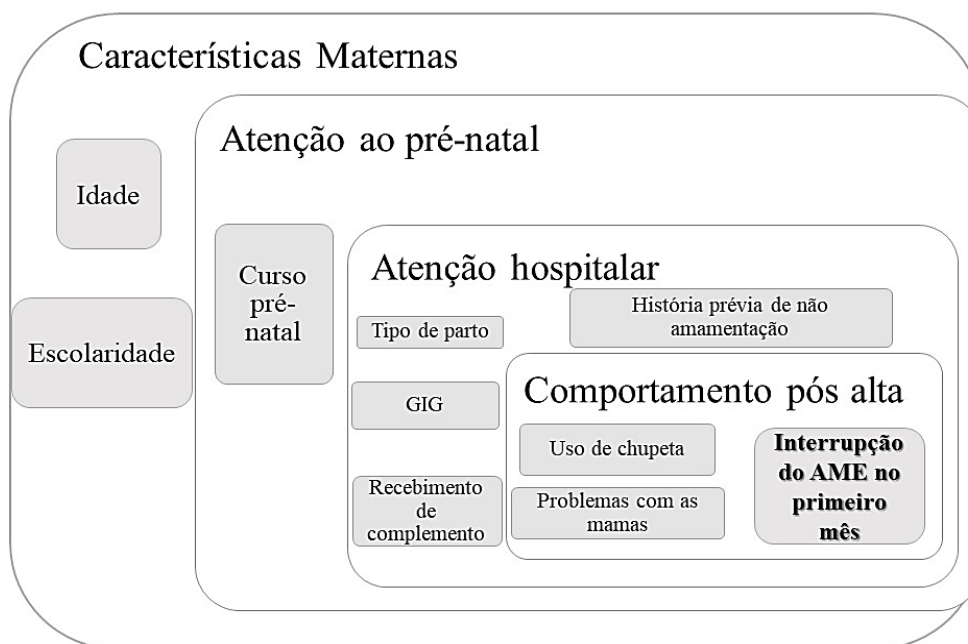
Variáveis	HR	IC 95%	p
Idade materna	1,03	0,99-1,07	0,057*
Cor materna autorreferida	0,85	0,51-1,40	0,526
Presença de companheiro	1,40	0,60-3,25	0,432
Coabitação com companheiro	0,78	0,31-1,96	0,605
Coabitação com avó materna	1,15	0,65-2,00	0,622
Coabitação com avó paterna	0,89	0,40-1,96	0,775
Renda familiar	0,91	0,77-1,09	0,332
Escolaridade materna	1,06	0,97-1,17	0,183*
Trabalhar fora de casa	1,27	0,77-2,08	0,345
Consultas pré-natal ≥ 8	0,95	0,50-1,81	0,895
Orientação sobre AM no pré-natal	1,03	0,60-1,79	0,892
Curso pré-natal	1,47	0,81-2,67	0,198*
Tipo de parto	0,58	0,35-0,96	0,035*
Episiotomia	1,33	0,59-2,96	0,484
Sexo do RN	1,10	0,67-1,81	0,695
Encaminhamento: primigesta	0,83	0,50-1,37	0,472
Encaminhamento: dificuldade na técnica	1,04	0,53-2,06	0,891
Encaminhamento: GIG	3,85	1,20-12,35	0,023*
Encaminhamento: história prévia de não amamentação	2,56	1,02-6,41	0,044*
Recebimento de complemento na internação	2,67	1,59-4,46	0,000*
Utilização de chupeta	1,96	1,19-3,22	0,008*
Problemas com as mamas após a alta	0,35	0,18-0,70	0,003*

* $p \leq 0,20$ foi considerado estatisticamente significativo

Fonte: Dados de pesquisa, 2016/2017.

As variáveis que atingiram nível de significância $\leq 0,20$ foram inseridas no modelo hierárquico e distribuídas em quatro níveis: no nível distal estão as variáveis relativas às características maternas, nos intermediários as variáveis relativas à atenção pré-natal e atenção hospitalar e no nível proximal as variáveis relativas ao comportamento pós-alta, conforme figura 6.

Figura 6 – Modelo hierarquizado para investigar os fatores associados à interrupção do AME no primeiro mês de vida.



Fonte: Dados de pesquisa, 2016/2017.

A Tabela 9 apresenta a Regressão de Cox para a associação entre os fatores em estudo e a interrupção do AME no primeiro mês.

Tabela 9 - Fatores em estudo e a interrupção do AME no primeiro mês.

Variáveis	Interrupção do AME		
	HR	IC 95%	p
Características maternas			
Idade materna	1,03	0,99-1,08	0,160
Escolaridade materna	1,02	0,91-1,14	0,699
Atenção ao pré-natal			
Curso pré-natal	1,43	0,78-2,60	0,244
Atenção hospitalar			
Tipo de parto Vaginal*	0,63	0,38-1,05	0,078
Encaminhamento: GIG	2,52	0,69-9,10	0,158
Encaminhamento: história prévia de não amamentação	1,82	0,67-4,92	0,238
Recebimento de complemento na internação*	2,34	1,38-3,96	0,002
Comportamento pós-alta			
Utilização de chupeta	1,86	1,13-3,08	0,015
Problemas com as mamas após a alta	2,38	1,18-4,76	0,015

* Incluída na etapa seguinte por $p \leq 0,10$.

Fonte: Dados de pesquisa, 2016/2017.

Foram identificados os seguintes fatores associados à interrupção do AME no primeiro mês de vida: ter recebido complemento durante a internação (HR: 2,34; IC 95% 1,38 a 3,96; $p=0,002$), utilização de chupeta (HR: 1,86; IC 95% 1,13 a 3,08; $p=0,015$), e problemas com as mamas após a alta hospitalar (HR: 2,38; IC 95% 1,18 a

4,76; $p=0,015$). Por outro lado, o parto vaginal foi fator de proteção (HR 0,63) para a interrupção do AME no primeiro mês.

6 DISCUSSÃO

A OMS estipulou recentemente o número mínimo de oito consultas pré-natal (WHO, 2016), embora nesse estudo a maioria o tenha realizado, somente 29,7% das mulheres relataram ter recebido alguma orientação referente ao AM durante o acompanhamento. Dados relativamente baixos também foram encontrados em estudos realizados no Rio de Janeiro e Rio Grande do Sul, sendo que 42% e 47% das mulheres, respectivamente, relataram ter recebido alguma informação sobre AM no pré-natal (BARRETO; SILVA; CHRISTOFFEL, 2009; RODRIGUES et al., 2014). A importância dessas informações pode ser expressa em números, 27% das mulheres com baixos níveis de confiança no AM durante o pré-natal interrompem o AM na primeira semana pós-parto (RODRIGUES et al., 2014).

Na literatura são encontradas algumas razões para justificar a ausência de informações pertinentes ao AM no pré-natal, dentre elas destacam-se os problemas administrativos da instituição, falta de disponibilidade e informações dos profissionais, grande demanda de gestantes frente a um número reduzido de profissionais e predomínio do modelo biomédico de atendimento (BARRETO; SILVA; CHRISTOFFEL, 2009).

Dentre os motivos que levaram ao encaminhamento de duplas mãe-bebê à consultoria de AM, os mais citados se referem a características maternas e as consequências da má adaptação da dupla à amamentação. A técnica de amamentação, motivo responsável pela maioria dos encaminhamentos, engloba o posicionamento mãe-bebê e a pega/sucção realizadas de maneira correta, possibilitando a retirada eficiente do leite da mama, evitando a ocorrência de lesões mamilares (BRASIL, 2015). Dor para amamentar, presença de fissuras e mamilos hiperemiados também foram responsáveis pelo encaminhamento de duplas mãe-bebê à consultoria, nesse estudo. Esses motivos afetam a exclusividade da amamentação, pois segundo Barbosa et al. (2017), dificultam a sucção, impedindo o completo esvaziamento da mama, afetando a produção do leite e resultando na introdução precoce de outros alimentos, levando à interrupção precoce do AME e até ao desmame.

Estudo nacional conduzido em hospitais credenciados como “Amigo da Criança” revelou, dentre as dificuldades iniciais com a técnica de amamentação, a posição (15,9%) e a pega inadequadas (25%), além da não manutenção da pega (9,1%) (BARBOSA et al., 2017). A dificuldade na técnica da amamentação, além de ser

responsável por encaminhamentos a consultoria em AM nesse estudo, se manteve no decorrer do primeiro mês para 29 duplas mãe-bebê, que procuraram ajuda profissional após alta por esse motivo.

Características maternas também foram responsáveis pelo encaminhamento à consultoria em AM. A primiparidade já foi evidenciada como fator de risco para a interrupção do AME (MARGOTTI; EPIFANIO, 2014), e a ausência de experiências anteriores com a amamentação proporciona insegurança à mulher, tornando-a vulnerável a influências culturais (SOUZA et al., 2012). Mulheres com mamilos planos ou invertidos também encontram mais dificuldade em manter o AME (OLIVEIRA, 2014) devido à manutenção da pega ser dificultada. No entanto, não impedem a amamentação, visto que a própria sucção da criança pode promover a protrusão do mamilo (CASTRO E CARNEIRO et al., 2014).

Em nosso estudo, 84,3% das duplas mãe-bebê tiveram alta hospitalar em AME. Resultado inferior ao encontrado na mesma instituição no ano anterior, onde 90,0% de todas as duplas saíram em AME (MORAES et al., 2016). No entanto, tendo em vista que nossos resultados são oriundos exclusivamente de duplas que já apresentavam alguma dificuldade no AM durante a internação, a alta hospitalar em AME pela maioria das crianças possivelmente foi garantida pela atuação da equipe de consultoria em AM.

Estudo realizado em 2003, no mesmo cenário desta pesquisa, identificou prevalência de 54% de AME no final do primeiro mês (GIUGLIANI et al., 2008), taxa semelhante à identificada no estudo atual. Tais resultados demonstram uma fragilidade regional, visto que segundo dados da II Pesquisa de Prevalência de AM nas Capitais Brasileiras e Distrito Federal, a probabilidade de crianças estarem em AME aos 30 dias, em Porto Alegre, foi de 60,7% (BRASIL, 2009a), não muito distante dos dados encontrados em ambas as pesquisas citadas.

Outros estudos brasileiros evidenciam as diferenças regionais no País, tais como coorte conduzida por Vieira et al. (2014), com 1.344 duplas mãe-bebê selecionados em maternidades da Bahia, sendo que ao final do primeiro mês 89,6% estavam sendo exclusivamente amamentados e coorte realizada com 261 duplas mãe-bebê em São Paulo, que demonstrou 95% de probabilidade de AME aos 30 dias (FIGUEREDO; MATTAR; ABRÃO, 2013).

No decorrer do primeiro mês, a grande maioria das mulheres praticou amamentação sob livre demanda. Tal prática, definida como o posicionamento da criança à mama assim que a mesma indica que quer mamar (VISINTIN et al., 2015), é

amplamente recomendada no oitavo passo para o sucesso do aleitamento materno da IHAC (BRASIL, 2014).

Apesar de ser prática considerada bastante antiga, a amamentação cruzada é recorrente na atualidade. Em nosso estudo número relevante das crianças recebeu leite diretamente do peito de outra mulher que não as suas mães. Resultado semelhante foi observado em estudo realizado em terra indígena de Minas Gerais, com 317 duplas mãe-bebê, sendo que 8,8% haviam praticado amamentação cruzada (SÍRIO et al., 2015). Pesquisa realizada em duas cidades do Sudeste brasileiro identificou que das 576 mulheres entrevistadas em cada cidade, 43,4% e 34,5% delas havia praticado amamentação cruzada, tanto ofertando sua mama a outras crianças, quanto permitindo que seus filhos fossem amamentados por outra mulher (VON SEEHAUSEN et al., 2017).

A prática de amamentação cruzada não é recomendada pela OMS, visto que por meio do leite materno podem ser transmitidas algumas doenças, tais como o Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) e a hepatite (SILVA et al., 2012; PEREIRA et al., 2015). Além de insegura, de acordo com a Portaria n.º 2.068, de 21 de outubro de 2016, a amamentação cruzada é proibida no alojamento conjunto, e a mulher deve ser orientada sobre os riscos de amamentar outra criança, ou deixar seu filho ser amamentado por outra nutriz (BRASIL, 2016).

Ao final do primeiro mês, quase um quinto (18,6%) das crianças estava em AMP e um quinto (20,3%) estava em AMM. Pesquisa realizada na mesma instituição, em anos anteriores, identificou que as taxas de AMP e AMM aos 30 dias foram de 25,8% e 16,4%, respectivamente. Estudo conduzido nos Estados Unidos com 1.899 duplas mãe-bebê verificou que o AMP foi 18,0% e o AMM foi 12,3% ao final do primeiro mês (KARMAUS; SOTO-RAMÍREZ; ZHANG, 2017). A introdução de outros líquidos nesse período, além de desnecessária, mesmo em locais secos e quentes, é prejudicial, por estar associada a acometimentos digestivos, intestinais e respiratórios, além de favorecer o desmame precoce e aumento da mortalidade infantil (BRASIL, 2015).

A introdução de água foi justificada pelas mães pela alta temperatura ambiente, transparecendo a sensação de que a criança estaria sentindo sede. No entanto, muitas mães desconhecem a alta presença de água contida no chamado leite anterior, o qual é ofertado no início da mamada (BRASIL, 2015), o que torna totalmente dispensável a oferta do líquido à criança.

O chá foi introduzido, na maioria das vezes, na tentativa de acalmar a cólica da criança. A utilização de chás como forma de tratamento para problemas de saúde está presente no contexto cultural das famílias e usuários dos serviços de saúde (SOARES et al., 2014). Pesquisa realizada com mães curitibanas apresentou, dentre as justificativas para a introdução de água e chá, as mesmas encontradas nesse estudo, ou seja, sede e cólicas, respectivamente (OLÍMPIO; KOCHINSKI; RAVAZZANI, 2010). Estudo conduzido por Costa et al. (2013) também demonstrou a utilização de chá pelas mães no intuito prevenir e aliviar as cólicas abdominais. A introdução de chá resulta em maior saciedade da criança, reduzindo o número de mamadas e, conseqüentemente, a sucção, resultando na redução do estímulo e na produção de leite (ALGARVES; JULIÃO; COSTA, 2015; MIRANDA; MAROSTICA; MATÃO, 2015).

A introdução de substitutos do leite materno foi justificada pelo fato de a criança chorar de fome, associando a isso a percepção do leite materno ser fraco. A manifestação de choro, pela criança, pode ser interpretada de maneira equivocada, aparentando uma mamada não satisfatória, o que nem sempre é verdadeiro (ROCCI; FERNANDES, 2014). Nessa situação, é muito importante que a mãe tenha conhecimento sobre a capacidade nutritiva de seu leite, bem como os benefícios agregados à ingestão dele (ROCHA; COSTA, 2015).

Vários estudos têm evidenciado a impressão materna de “leite fraco” como um ponto dificultador da amamentação, o que influencia a introdução de outros líquidos e alimentos, favorecendo o desmame (ROCCI; FERNANDES, 2014; TEIXEIRA; RIBEIRO, 2014; SIMÕES et al., 2015; ROCHA; COSTA, 2015; OLIVEIRA et al., 2015; ALVARENGA et al., 2017).

Nossos resultados apresentam consonância com pesquisa realizada com 100 puérperas em São Paulo, na qual 47% delas acreditam ter o leite fraco, impressão motivada pelo choro da criança (SIMÕES et al., 2015). Coorte realizada com 225 puérperas em hospital de São Paulo verificou a alegação de leite fraco como responsável pela interrupção do AME em 58,3% das duplas aos 15 dias (ROCCI; FERNANDES, 2014). Recente revisão sistemática objetivou conhecer os fatores que influenciam o desmame precoce e dentre eles foram encontrados a impressão de o leite ser fraco (17,9%) e a introdução de outros leites (15,4%) (ALVARENGA et al., 2017).

O conceito de “leite fraco” surgiu na cultura brasileira no século XIX, para justificar o insucesso das mães na amamentação. Esse conceito foi bem aceito e difundido amplamente, tornando-se uma das explicações mais utilizadas para justificar

o desmame precoce (ROCHA; COSTA, 2015). No entanto, não passa de um mito, visto que a maioria das mulheres produz leite em quantidade e qualidade suficientes para sustentar a criança (OLIVEIRA et al., 2015). Fatores que geraram a percepção de “leite fraco” na nutriz podem ser advindos da sucção ineficaz, mamadas curtas e pouco frequentes e, principalmente, pelo choro da criança (OLIVEIRA et al., 2015; ALVARENGA et al., 2017).

As mães que introduziram algum líquido a seus filhos o fizeram com o auxílio da mamadeira, na maioria dos casos. Pesquisa realizada em um Banco de Leite Humano identificou que o tempo de AME foi menor entre as crianças que faziam uso da mamadeira (13,5%), quando comparadas as que não a utilizaram (46,6%) (PELLEGRINELLI et al., 2015). Revisão sistemática realizada por Pedras, Pinto e Mezzacappa (2008) identificou que a utilização do copo, em comparação à mamadeira, para a complementação da amamentação, foi associada à maior prevalência de AM em neonatos a termo.

A utilização de mamadeira é apontada como um dos fatores responsáveis pela rejeição da criança ao peito. Por isso, e pela redução do risco de infecção, é recomendada a utilização do copinho para a oferta de líquidos a criança (SOUZA et al., 2016). Ademais, evidências científicas apontam que a utilização de copinho previne o desmame precoce, pelo fato de evitar o contato da criança com bicos artificiais, além de não invadir a cavidade oral, evitando a confusão de bicos (VARGAS et al., 2014; SOUZA et al., 2016).

O recebimento de alguma ajuda do companheiro para amamentar foi relatado por dois terços das mulheres. A participação nos afazeres domésticos e nos cuidados da criança também foi citado. Alguns estudos já trabalham na perspectiva de que o apoio do companheiro/pai tem influência direta no sucesso da amamentação, e a falta deste pode resultar no desmame precoce (MÜLLER; SILVA, 2009; NARDI; GUSMÃO; CARVALHO, 2014; PRIMO et al., 2015; LIMA; CAZOLA; PÍCOLI, 2017).

Pesquisa realizada em Minas Gerais encontrou associação entre a ausência de ajuda do companheiro nos cuidados com a criança e o abandono do AME (MACHADO et al., 2014). O sucesso da amamentação a partir da participação paterna relaciona-se com a presença do mesmo ainda na gestação, incentivando o AME por mais tempo, tornando todo esse ciclo, em especial a amamentação, mais prazeroso para a mulher (PRIMO et al., 2015; LIMA; CAZOLA; PÍCOLI, 2017). Pesquisa realizada no Mato Grosso do Sul com objetivo de identificar a participação do pai no processo de

amamentação evidenciou que, dentre os aspectos favorecedores sobressaíram-se a possibilidade de estar junto da companheira durante o processo de amamentação, relatado por 55,3% dos pais, seguido de ajudá-la a posicionar a criança nos braços (50,0%) (LIMA; CAZOLA; PÍCOLI, 2017).

No que tange ao desmame aos 30 dias, os achados condizem com outra pesquisa também realizada no RS, que encontrou prevalência de desmame de 10% (KAUFMANN et al., 2012). Dentre os motivos que justificaram o desmame, no presente estudo, a impressão de baixa produção de leite esteve presente em quase metade dos casos. Resultado similar foi encontrado em estudo realizado em Minas Gerais, sendo a mesma justificativa elencada por 54,5% das mães (DIAS et al., 2015). Alguns fatores podem interferir na produção de leite materno, como inadequado esvaziamento das mamas; má pega; utilização de chupetas e mamadeiras, que acarretam em mamadas pouco frequentes; sucção ineficaz; e ingestão insuficiente por parte da nutriz (BRASIL, 2015).

Três variáveis mantiveram-se associadas à interrupção precoce do AME: recebimento de complemento lácteo na internação, problemas com as mamas após a alta e utilização de chupeta.

O percentual de recebimento de complemento lácteo ainda no hospital demonstra a crescente realização desta prática, visto que pesquisa no mesmo local no ano de 2015, identificou que 23,5% das crianças o haviam recebido (MORAES et al., 2016). A justificativa mais citada pelas mães deste estudo em relação à utilização de fórmula láctea foi a dificuldade na técnica de amamentação. De acordo com a OMS e o UNICEF, a indicação de complementação láctea é aceitável em situações bem específicas, tais como crianças com peso inferior a 1.500 gramas, idade gestacional menor que 32 semanas, lactentes com risco de hipoglicemia, nutriz em uso de medicação incompatível com a amamentação, dentre alguns outros (UNICEF, 2008).

A dificuldade com a técnica de amamentação, citada nesse estudo, não está entre as razões aceitáveis que justifiquem a prescrição de complementação láctea, no entanto, também foi descrito por Pinheiro et al. (2016), em pesquisa desenvolvida em instituição credenciada como HAC, sendo que 22,1% das prescrições foram advindas de dificuldades de sucção e pega. Tal justificativa causa prejuízos, visto que a utilização de complemento pode dificultar ainda mais a sucção da criança, pelo fato de reduzir a frequência das mamadas e a estimulação mamilar (PINHEIRO et al., 2016).

Considerando ainda os objetivos da internação em alojamento conjunto apresentados na Portaria nº 2.068, de 21 de outubro de 2016, a permanência da criança com a sua mãe deveria oportunizar o estabelecimento efetivo da amamentação apesar das características individuais de cada dupla, e a oferta de complemento lácteo seria recomendada em situações que contra indiquem o aleitamento materno (BRASIL, 2016). Levando isso em consideração, e contando com a atuação da equipe de consultoria em AM, a introdução de fórmula láctea para grande parte das crianças não se justifica.

Diversos estudos apontam que a utilização de complemento lácteo nas primeiras horas de vida aumenta a probabilidade de adesão a outros leites após a alta hospitalar, resultando em menor produção de leite materno, menor tempo de AM e desmame precoce (LOPES et al., 2013; PATIL et al., 2015; PINHEIRO et al., 2016). Pesquisa realizada no Canadá demonstrou que crianças que receberam complemento lácteo nas primeiras 72 horas de vida apresentaram três vezes mais risco de desmame após os dois meses de idade (CHANTRY et al., 2014). Dessa forma, deve-se avaliar criteriosamente a indicação do complemento, avaliando seu custo benefício, já que posteriormente pode levar à interrupção do AM e também resultar em desmame precoce, impossibilitando que a criança se favoreça de todas as vantagens proporcionadas pelo leite materno.

Mulheres que apresentaram algum problema com as mamas após a alta hospitalar estiveram mais predispostas a interromper o AME no primeiro mês. Os problemas mais citados estão diretamente relacionados a problemas com a técnica de amamentação (mamas muito cheias (65,0%), dor nas mamas (53,6%) e presença de fissuras (46,4%)). Tais dificuldades já foram apresentados por Barbosa et al. (2017) como sendo fatores desfavoráveis à manutenção do AME.

A queixa de mamas muito cheias foi relatada por muitas mulheres. É resultante do esvaziamento inadequado das mamas, pela ineficiência da criança em remover o leite, ou pelo fato de as mamadas ocorrerem com pouca frequência (BRASIL, 2015). Já o relato de dor nas mamas durante o estabelecimento da amamentação é comum, visto o forte movimento de sucção nos mamilos e aréolas. Quando a técnica de amamentação é incorreta, a dor pode ser proveniente de algum trauma mamilar em decorrência disso (BRASIL, 2015). Outras pesquisas indicam a dor nas mamas como fator dificultante do AM, como a pesquisa realizada com mulheres no puerpério imediato em Minas Gerais (AMARO; SIMÃO; BERNARDES, 2016) e a desenvolvida em um hospital de médio porte do Rio Grande do Sul (CASTRO E CARNEIRO et al., 2014).

No que tange aos traumas mamilares, a presença de fissura é amplamente conhecida. Visando sua prevenção, além da técnica adequada recomenda-se manter os mamilos secos, a amamentação em livre demanda, a ordenha manual no caso de mamas ingurgitadas, a interrupção da sucção antes da interrupção da mamada e a não utilização de intermediários de mamilo (BRASIL, 2015).

Pesquisa conduzida em hospital de grande porte do Sul do país identificou a fissura mamilar como a dificuldade de amamentação mais citada pelas mães (64,1%) (MORAES et al., 2016). Coorte realizada em um hospital de São Paulo evidenciou que, aos 15 dias, 39,2% das mães relataram que sua maior dificuldade era trauma mamilar, sendo este um dos problemas mais evidenciados na literatura como complicador da amamentação (ROCCI; FERNANDES, 2014). O mesmo estudo ainda identificou, corroborando com nossos resultados, que as mães que apresentaram dificuldades na amamentação tiveram menor tempo de AME.

Vale salientar que, em nosso estudo, os problemas com as mamas durante a internação não foram associados à interrupção do AME no decorrer do primeiro mês. Acredita-se que isso se deu pela atuação da equipe de consultoria em AM, que esteve presente durante esse período, intervindo para a solução e superação dos problemas. Entretanto, parece não ter impacto no médio prazo, visto que após a alta nem todas as mulheres conseguiram manejar com êxito as dificuldades advindas.

A utilização de chupeta foi fator preditor da interrupção do AME ao final do primeiro mês, sendo que quase metade das crianças fazia uso da mesma. Apesar de índice alto, destaca-se redução de 18,9% quando comparado à pesquisa realizada na mesma instituição em 2003, quando 63,0% das crianças utilizavam chupeta (GIUGLIANI et al., 2008). Essa diferença talvez esteja relacionada ao fato de que a amostra do estudo de 2003 foi constituída por duplas que receberam ou não atendimento da consultora de AM, ao passo que todos os participantes da pesquisa atual foram atendidos pela equipe de consultoria em AM que, além de prestar ajuda técnica, também reforça as orientações no sentido de manter o AME por mais tempo, e reforça a recomendação da não utilização da chupeta.

Revisão sistemática de estudos epidemiológicos conduzidos no Brasil identificou a utilização de chupeta como o fator mais fortemente associado à interrupção do AME (BOCCOLINI; CARVALHO; OLIVEIRA, 2015). Conforme demonstrado em estudo realizado em maternidades da Bahia, quem fazia uso de chupeta apresentou 1,40 vezes maior risco de interrupção precoce do AME (VIEIRA et al., 2014). Coorte

acompanhada na região Sul observou que crianças que utilizaram chupeta no primeiro mês de vida apresentavam risco 3,48 maior de cessar o AME do que as que não utilizaram (FELDENS et al., 2012). Tais resultados demonstram a relevância da atuação de profissionais no desencorajamento do uso da chupeta com vistas à amamentação pelo tempo recomendado.

O cenário internacional não difere do brasileiro em relação à influência negativa do uso de chupeta. Pesquisa realizada em Roma identificou que crianças que utilizaram chupeta nas primeiras duas semanas de vida tiveram 2,39 vezes mais risco de interromper o AME do que as que não utilizaram (LINDAU et al., 2015). Estudo realizado na Grécia verificou que a introdução da chupeta interfere negativamente não só na duração do AME como em qualquer tipo de AM (TAVOULARI et al., 2016).

A OMS e UNICEF, no passo nove da IHAC, recomenda o não oferecimento de bicos artificiais ou chupetas a recém-nascidos e lactentes (BRASIL, 2014), baseado nos malefícios da sua utilização, tais como diminuição da frequência de mamadas, redução da busca pelo seio, interferência na dinâmica oral da criança e redução na estimulação mamilo-areolar, resultando em menor produção de leite e propiciando a complementação (DEMITTO; BERCINI; ROSSI, 2013; BOCCOLINI; CARVALHO; OLIVEIRA, 2015).

A introdução precoce da chupeta pode refletir dificuldades no AM encontradas pela dupla ou ansiedade e insegurança maternas (DEMITTO; BERCINI; ROSSI, 2013). Esse fato pode explicar o elevado percentual de mães que ofereceram a chupeta aos seus filhos no intuito de acamá-los. Levando-se em consideração de que no decorrer do primeiro mês a amamentação é estabelecida, a utilização de chupetas deve ser fortemente desencorajada, visto sua relação com a interrupção do AME.

Mulheres que tiveram seus filhos por via vaginal apresentaram 37% menos probabilidade de interromper o AME. Pesquisas realizadas no Ceará (UCHOA et al., 2016), Espanha (ANDRÉS et al., 2013) e Nigéria (ONAH et al., 2014) já haviam demonstrado essa associação positiva entre parto vaginal e manutenção do AM e AME por mais tempo, identificando ainda que mães que são submetidas a cesariana possuem 0,38 vezes menos chances de amamentar exclusivamente, quando comparadas as que tiveram parto vaginal (ONAH et al., 2014). Segundo Alba-Romero et al. (2014), mesmo nos hospitais “Amigo da Criança”, a ocorrência de cesarianas é um obstáculo para o início do AM.

Ademais, o parto vaginal tem sido relacionado com o sucesso da amamentação na primeira hora de vida (BELO et al., 2014; NETTO et al., 2016). Isso se dá, entre outras razões, pelo fato de que crianças nascidas pela via vaginal apresentam-se ativas já no decorrer da primeira hora de vida, promovendo vantagens que englobam o fortalecimento do vínculo e favorecem a amamentação (ALBA-ROMERO et al., 2014; NETTO et al., 2016).

Fatores identificados em outros estudos não se mostraram associados com a interrupção do AME no primeiro mês na presente pesquisa, como a idade materna (PEREIRA-SANTOS et al., 2017), escolaridade (ANDRÉS et al., 2013; ONAH et al., 2014), renda (ONAH et al., 2014; PEREIRA-SANTOS et al., 2017) coabitação com avó materna (GIUGLIANI et al., 2008; MIRANDA; MAROSTICA; MATÃO, 2015) e número de consultas pré-natal (DEMÉTRIO; PINTO; ASSIS, 2012). É possível que a atuação da equipe de consultoria em AM tenha contribuído para que não ocorressem essas associações, devido à assistência individual a cada dupla mãe-bebê, ofertando técnica, conhecimento e autoconfiança à nutriz.

7 CONCLUSÃO

Apesar do encaminhamento à consultoria de amamentação refletir uma dificuldade da dupla mãe-bebê, tornando-a mais vulnerável à interrupção precoce do AME, a taxa de AME identificada ao final do primeiro mês assemelha-se aos resultados de outras pesquisas que não estudaram exclusivamente duplas que apresentavam alguma dificuldade na amamentação, evidenciando o benefício da atuação da equipe de consultoria em prol do manejo do AM e na superação das dificuldades apresentadas pelas duplas mãe-bebê.

Os motivos alegados para a introdução de complemento lácteo, água, chá, substitutos do leite materno e chupeta foram respectivamente: dificuldade na técnica de amamentação, alta temperatura transparecendo que a criança sentia sede, cólicas abdominais e choro da criança gerando a percepção de leite materno fraco. Tais razões apesar de já descritas em outros estudos, não representam situações em que há a indicação concreta da introdução de tais líquidos.

Foram associados à interrupção do AME no primeiro mês a oferta de complemento lácteo na internação, problemas com as mamas após a alta e a utilização de chupeta. A oferta de complemento lácteo na internação obstétrica se contrapõe aos objetivos da internação em alojamento conjunto, e nesse estudo sua oferta não encontrou justificativa entre as situações específicas pela qual ela é aceitável. No entanto, cabe salientar que os motivos apresentados para a complementação foram citados pelas mães, podendo estar em divergência com a verdadeira razão da sua prescrição. O momento da oferta de complemento lácteo não foi questionado, permitindo a inferência de que após o atendimento da consultora, o mesmo tenha sido interrompido, fato que explicaria boa parte das crianças não terem prescrição de fórmula na alta.

O relato de problemas com as mamas, bem como a utilização de chupeta por muitas crianças apontam para fragilidades no acompanhamento após a alta. Para tanto, a consulta puerperal e acompanhamento da dupla mãe-bebê pela atenção básica deve ser realizada por profissionais atualizados, capacitados e comprometidos com o bem-estar materno infantil e a manutenção do AME. A rede de serviços que presta assistência também deve estar articulada, seguindo as recomendações vigentes de atenção a essa população.

O parto vaginal foi considerado como fator protetor à interrupção do AME. A decisão pelo tipo de parto deve ser uma escolha da mulher, baseada no máximo de

informações que possa ser adquirida e repassada a ela durante a gestação, para tanto, assistência prestada por profissionais que respeitam a fisiologia materna, bem como sua escolha pelo tipo de parto são fatores imprescindíveis para o favorecimento da amamentação de forma exclusiva.

O conhecimento dos fatores que se relacionam com a interrupção do AME no primeiro mês, em especial pelo enfermeiro, que se faz presente desde o planejamento familiar, gestação, parto e puerpério, favorece a detecção precoce de duplas que podem estar predispostas ao abandono da exclusividade da amamentação, exigindo maior dedicação e atenção. Para muito além do conhecimento desses fatores pelos profissionais, eles devem ser transmitidos às gestantes, puérperas, seus acompanhantes e familiares, no intuito de manter o AME pelo tempo recomendado.

Os resultados desse estudo reforçam que, embora muito relevantes no período pós-parto imediato, as orientações sobre amamentação devem ser iniciadas ainda no pré-natal, fato ocorrido com poucas participantes deste estudo, visando à aproximação das mesmas com o cenário da amamentação, principalmente quando tratar-se de primigestas. O acompanhamento pré-natal vai muito além dos cuidados fisiológicos para que a gestação ocorra de forma saudável, engloba também aspectos psicológicos da nova família que se estrutura, bem como aspectos educacionais que perpassam toda a gestação, nascimento e puerpério. Os profissionais que realizam este acompanhamento devem estar preparados para atender as demandas dessa gestante e seu parceiro, valorizando suas dúvidas, inquietações e os aspectos de promoção, proteção e apoio à amamentação, de forma a individualizar o atendimento. Ações durante o pré-natal, como a realização de grupos, favorecem o compartilhamento de experiências e anseios, proporcionando maior autoconfiança a gestante na forma como vai conduzir seu parto e alimentar seu recém-nascido.

Nosso estudo apresenta algumas limitações. É possível ter ocorrido algum viés de memória no que diz respeito à data exata introdução de outros líquidos e chupeta, bem como viés de informação, visto que o motivo do recebimento de fórmula durante a internação foi informado pelas mães no primeiro contato telefônico após a alta, no décimo quinto dia, e não coletado diretamente do prontuário. A caracterização da variável cor materna no formulário de coleta como “branca” e “não branca” também se apresenta como uma limitação do estudo, pois mulheres com pele de outra cor que não a branca não foram adequadamente caracterizadas.

Sugere-se a realização de pesquisas que comparem os padrões de AM entre grupo assistido *versus* não assistido por consultora em amamentação, visando a identificação dos fatores que se assemelham entre os grupos.

REFERÊNCIAS

- ABUIDHAIL, Jamila et al. Exclusive breast feeding (EBF) in Jordan: Prevalence, duration, practices, and barriers. **Midwifery**, [s.l], v. 30, no. 3, p.331-337, 2014.
- ALBA-ROMERO, Concepción de et al. Postcesarean Section Skin-to-Skin Contact of Mother and Child. **Journal Of Human Lactation**,[s.l], v. 30, no. 3, p.283-286, 2014.
- ALGARVES, Talita Ribeiro; JULIÃO, Alcineide Mendes de Sousa; COSTA, Herilanne Monteiro. Aleitamento materno: influência de mitos e crenças no desmame precoce. **Rev. Saúde em Foco**, Teresina, v. 21, p.151-167, 2015.
- ALVARENGA, Sandra Cristina et al. Fatores que influenciam o desmame precoce. **Aquichan**, Colômbia, v. 17, n. 1, p.93-103, 2017.
- AMARO, Fernanda Gomes; SIMÃO, Michele Jeremias; BERNARDES, Nicole de Oliveira. Incidência de trauma mamilar no puerpério imediato. **Saúde em Redes**, [s.l], v. 2, n. 2, p.179-188, 2016.
- ANDRÉS, L. Cuadrón et al. Prevalencia de la lactancia materna durante el primer año de vida en Aragón. Estudio CALINA. **Anales de Pediatría**, [s.l], v. 79, n. 5, p.312-318, 2013.
- ARAÚJO, Maria de Fátima Moura de et al. Custo e economia da prática do aleitamento materno para a família. **Rev. Bras. Saúde Matern. Infant**, Recife, v. 4, n. 2, p.135-141, 2004.
- BARBOSA, Gessandro Elpídio Fernandes et al. Dificuldades iniciais com a técnica da amamentação e fatores associados a problemas com a mama em puérperas. **Rev Paul Pediatr**, São Paulo, v. 35, n. 3, p.265-272, 2017.
- BARBOSA, Luma Natalia et al. Prevalência de práticas educativas acerca do aleitamento materno exclusivo (AME) em Cuiabá – MT. **Esc Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 1, p.147-153, 2015.
- BARRETO, Cristina Alencar; SILVA, Leila Rangel da; CHRISTOFFEL, Marialda Moreira. Aleitamento materno: a visão das puérperas. **Rev. Eletr. Enf**, Goiás, v. 11, n. 3, p.605-611, 2009.
- BELO, Mércia Natália Macêdo et al. Aleitamento materno na primeira hora de vida em um Hospital Amigo da Criança: prevalência, fatores associados e razões para sua não ocorrência. **Rev. Bras. Saúde Matern. Infant**, Recife, v. 14, n. 1, p.65-72, 2014.
- BOCCOLINI, Cristiano Siqueira et al. Padrões de aleitamento materno exclusivo e internação por diarreia entre 1999 e 2008 em capitais brasileiras. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 7, p.1857-1863, 2012.
- BOCCOLINI, Cristiano Siqueira; CARVALHO, Márcia Lazaro de; OLIVEIRA, Maria Inês Couto de. Fatores associados ao aleitamento materno exclusivo nos primeiros seis meses de vida no Brasil: revisão sistemática. **Rev Saúde Pública**, São Paulo, v. 49, n. 91, p.1-16, 2015.

BONUICK, Karen A. et al. Randomized, Controlled Trial of a Prenatal and Postnatal Lactation Consultant Intervention on Duration and Intensity of Breastfeeding up to 12 Months. **Pediatrics**, [s.l.], v. 116, no. 6, p.1413-1426, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 322, de 26 de maio de 1988**. Normas Gerais para Bancos de Leite Humano, Brasília (DF), 1993a. Disponível em: <http://www.redeblh.fiocruz.br/media/p322_1988.pdf>. Acesso em: 02 fev. 2017.

_____. Ministério da Saúde. Grupo de Defesa da Saúde da Criança. **Normas básicas para Alojamento Conjunto**. Brasília (DF), 1993b. Disponível em: <http://www.redeblh.fiocruz.br/media/cd08_20.pdf>. Acesso em: 29 jan. 2018.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 693, de 5 de julho de 2000**. Aprova a Norma de Orientação para a Implantação do Método Canguru, destinado a promover a atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso. Brasília (DF), 2000. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2000/prt0693_05_07_2000.html>. Acesso em: 04 fev. 2017.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal**. Brasília (DF): Editora do Ministério da Saúde, 2004a.14p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **Agenda de compromissos para a saúde integral da criança e redução da mortalidade infantil**. Brasília (DF): Editora do Ministério da Saúde, 2004b.80p.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº1.683, de 12 de julho de 2007**. Aprova, na forma do Anexo, a Normas de Orientação para a Implantação do Método Canguru. Brasília (DF), 2007. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2007/prt1683_12_07_2007.html>. Acesso em: 26 abr. 2017.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.799, de 18 de novembro de 2008**. Revogada pela Portaria nº 1.920, de 5 de setembro de 2013. Institui a Estratégia Nacional para Promoção do Aleitamento Materno e Alimentação Complementar Saudável no Sistema Único de Saúde (SUS) -Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil. Brasília (DF), 2013. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt1920_05_09_2013.html>. Acesso em: 04 fev. 2017.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Secretaria-Executiva. **Mais saúde: direito de todos : 2008 – 2011**. Brasília (DF): Editora do Ministério da Saúde, 2008. 100 p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **II Pesquisa de Prevalência de Aleitamento Materno nas Capitais Brasileiras e Distrito Federal**. Brasília (DF): Editora do Ministério da Saúde, 2009a.108 p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde da criança: nutrição infantil: aleitamento materno e alimentação complementar**. Cadernos de Atenção Básica, n. 23. Brasília (DF), 2009b.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2011.** Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS - a Rede Cegonha. Brasília (DF), 2011.

Disponível em:

<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459_24_06_2011.html>.

Acesso em: 31 jan 2017.

_____. Ministério da Saúde. **Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012.**

Conselho Nacional de Saúde. Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas em seres humanos. Diário Oficial da União, Brasília (DF), 2012a.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 111, de 19 de janeiro de 2012.** Redefine o

Comitê Nacional de Aleitamento Materno (CNAM). Brasília (DF), 2012. Disponível

em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0111_19_01_2012.html>.

Acesso em: 29 jan. 2018.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.153, de 22 de maio de 2014.** Redefine os critérios de habilitação da Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC), como

estratégia de promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno e à saúde integral da criança e da mulher, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília (DF), 2014.

Disponível em:

<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt1153_22_05_2014.html>.

Acesso em: 30 mar. 2017.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde da criança: aleitamento materno e alimentação complementar.** Cadernos de Atenção Básica, n. 23, 2ª ed. Brasília (DF), 2015.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.068, de 21 de outubro de 2016.** Institui

diretrizes para a organização da atenção integral e humanizada à mulher e ao recém-nascido no Alojamento Conjunto. Brasília (DF), 2016. Disponível em:

<http://www.lex.com.br/legis_27204912_PORTARIA_N_2068_DE_21_DE_OUTUBRO_DE_2016.aspx>. Acesso em: 30 abr 2017.

BRENT, Nancy B. et al. Breast-feeding in a Low-Income Population. **Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine**, [s.l.], v. 149, n. 7, p.798-803, 1995.

BUSTAMANTE-TEIXEIRA, Maria Teresa; FAERSTEIN, Eduardo; LATORRE, Maria do Rosário. Técnicas de análise de sobrevivência. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 3, p.579-594, 2002.

CAMINHA, Maria de Fátima Costa et al. Aspectos históricos, científicos, socioeconômicos e institucionais do aleitamento materno. **Rev. Bras. Saúde Matern. Infant**, Recife, v. 10, n. 1, p.25-37, 2010.

CASTRO E CARNEIRO, Lislely Monique de Mello et al. Prática do aleitamento materno por puérperas: fatores de risco para o desmame precoce. **Disciplinarum Scientia**, Santa Maria, v. 15, n. 2, p.239-248, 2014.

CARVALHO, Cléa Machado de; BICA, Olga Suely Claudino; MOURA, Gisela Maria Schebella Souto de. Consultoria em aleitamento materno no Hospital de Clínicas de Porto Alegre. **Revista Hcpa**, Porto Alegre, v. 27, n. 2, p.53-56, 2007.

CARVALHO, Amanda Cordeiro de Oliveira et al. Aleitamento materno: promovendo o cuidar no alojamento conjunto. **Revista Rene**, Fortaleza, v. 14, n. 2, p.241-251, 2013.

CARVALHO, Marcus Renato de. **OMS: Metas de amamentação para 2025**. 2015. Disponível em: <<http://www.aleitamento.com/promocao/conteudo.asp?cod=2077>>. Acesso em: 18 out. 2016.

CAVALCANTI, Sandra Hipólito et al. Fatores associados à prática do aleitamento materno exclusivo por pelo menos seis meses no estado de Pernambuco. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, São Paulo, v. 18, n. 1, p.208-219, 2015.

CÉSAR, Juraci A et al. Impact of breast feeding on admission for pneumonia during postneonatal period in Brazil: nested case-control study. **Bmj**, [s.l], Reino Unido, v. 318, no. 7194, p.1316-1320, 1999.

CHANDRIKA, Parul et al. Risk Factors for Discontinuation of Exclusive Breastfeeding by One Month of Postnatal Age Among High Risk Newborns: An Institution Based Case Control Study. **Journal Of Clinical And Diagnostic Research**, Índia, v. 9, no. 6, p.1-3, 2015.

CHANTRY, Caroline J. et al. In-Hospital Formula Use Increases Early Breastfeeding Cessation Among First-Time Mothers Intending to Exclusively Breastfeed. **J Pediatr**, [s.l], v. 164, no. 6, p.1339-1345, 2014.

CHIURCO, Antonella et al. An IBCLC in the Maternity Ward of a Mother and Child Hospital: A Pre- and Post-Intervention Study. **International Journal of Environmental Research and Public Health**, China, v. 12, no. 8, p.9938-9951, 2015.

COSTA, Ana Cristina Pereira de Jesus et al. Popular knowledge in care of the newborn with focus on health promotion. **R. Pesq.: Cuid. Fundam. Online**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 2, p.3626-3635, 2013.

CZEZACKI, Aline. **Iniciativa Hospital Amigo da Criança completa 25 anos**. 2016. Disponível em: <<http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/secretarias/sas/saude-da-crianca-e-aleitamento-materno/noticias-saude-da-crianca-e-aleitamento-materno/26379-iniciativa-hospital-amigo-da-crianca-completa-25-anos>>. Acesso em: 05 mar. 2017.

DEMÉTRIO, Franklin; PINTO, Elizabete de Jesus; ASSIS, Ana Marlúcia Oliveira. Fatores associados à interrupção precoce do aleitamento materno: um estudo de coorte de nascimento em dois municípios do Recôncavo da Bahia, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 4, p.641-654, 2012.

DEMITTO, Marcela de Oliveira; BERCINI, Luciana Olga; ROSSI, Robson Marcelo. Uso de chupeta e aleitamento materno exclusivo. **Esc Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 2, p.271-276, 2013.

DENNISON, Barbara A. et al. The Impact of Hospital Resources and Availability of Professional Lactation Support on Maternity Care: Results of Breastfeeding Surveys 2009–2014. **Breastfeeding Medicine**, Ney Work, v. 11, no. 9, p.1-8, 2016.

- DIAS, Ernandes Gonçalves et al. Prevalência do aleitamento materno exclusivo até o sexto mês no município de Mamonas-MG em 2013. **Revista Contexto & Saúde**, Ijuí, v. 15, n. 29, p.81-90, 2015.
- DUTRA, Ana Karla Rosa; FLAUSINO, Brunna Lorrany de Carvalho; SILVA, Dayane Camelo. Capacitação humanizada de enfermagem frente aos cuidados neonatais no vínculo binômio mãe-filho. **Revista Fasem Ciências**, Uruaçu, v. 9, n. 1, p.55-81, 2016.
- EDMOND, Karen M. et al. Delayed Breastfeeding Initiation Increases Risk of Neonatal Mortality. **Pediatrics**, [s.l.], v. 117, no. 3, p.380-386, 2006.
-
- ESPIRITO SANTO, Lilian Cordova do; OLIVEIRA, Luciana Dias de; GIUGLIANI, Elsa Regina Justo. Factors Associated with Low Incidence of Exclusive Breastfeeding for the First 6 Months. **Birth**, [s.l.], v. 34, no. 3, p.212-219, 2007.
- ESPIRITO SANTO, Lilian Cordova do; MONTEIRO, Fernanda Ramos; ALMEIDA, Paulo Vicente Bonilha. Políticas Públicas de Aleitamento Materno. In: CARVALHO, Marcus Renato de; GOMES, Cristiane F. **Amamentação: Bases científicas**. 4. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2017. Cap. 33. p. 463-478.
- FELDENS, Carlos Alberto et al. Risk Factors for Discontinuing Breastfeeding in Southern Brazil: A Survival Analysis. **Maternal And Child Health Journal**, [s.l.], v. 16, no. 6, p.1257-1265, 2012.
- FIGUEIREDO, Maria Claudia Diniz et al. Banco de Leite Humano: o apoio à amamentação e a duração do aleitamento materno exclusivo. **Journal Of Human Growth And Development**, São Paulo, v. 25, no. 2, p.204-210, 2015.
- FIGUEREDO, Sonia Fontes; MATTAR, Maria José Guardia; ABRÃO, Ana Cristina Freitas de Vilhena. Hospital Amigo da Criança: prevalência de aleitamento materno exclusivo aos seis meses e fatores intervenientes. **Rev Esc Enferm Usp**, São Paulo, v. 47, n. 6, p.1291-1297, 2013.
- FRIESEN, Carol A. et al. Using Videoconferencing Technology to Provide Breastfeeding Support to Low-Income Women: Connecting Hospital-Based Lactation Consultants with Clients Receiving Care at a Community Health Center. **Journal Of Human Lactation**, [s.l.], v. 31, no. 4, p.595-599, 2015.
- FROTA, Mirna Albuquerque et al. Fatores que interferem no Aleitamento Materno. **Revista Rene**, Fortaleza, v. 10, n. 3, p.61-67, 2009.
- FU, Icy et al. Professional breastfeeding support for first-time mothers: a multicentre cluster randomised controlled trial. **An International Journal of Obstetrics & Gynaecology**, Reino Unido, v. 121, no. 13, p.1673-1683, 2014.
- GIGANTE, Denise Petrucci; VICTORA, Cesar G.; BARROS, Fernando C.. Breast-Feeding Has a Limited Long-Term Effect on Anthropometry and Body Composition of Brazilian Mothers. **The Journal Of Nutrition**, Estados Unidos, v. 131, no. 1, p.78-84, 2001.

GIUGLIANI, Elsa Regina Justo et al. Intake of water, herbal teas and non-breast milks during the first month of life: Associated factors and impact on breastfeeding duration. **Early Human Development**, Londres, v. 84, no. 5, p.305-310, 2008.

GIUGLIANI, Elsa Regina Justo; SANTOS, Evanguelia Kotzias Atherino dos. Amamentação Exclusiva. In: CARVALHO, Marcus Renato de; GOMES, Cristiane F. **Amamentação: Bases científicas**. 4. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2017. Cap. 3. p. 37-48.

GONÇALVES, Annelise; ESPÍRITO SANTO, Lilian; KOHLMANN, Marion. Enfermeira consultora em aleitamento materno: a construção de um novo papel. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 19, n. 1, p.60-65, 1998.

GUERRA, Heloísa Silva et al. Análise das ações da Rede Cegonha no cenário brasileiro. **Iniciação Científica Cesumar**, Maringá, v. 18, n. 1, p.73-80, 2016.

HCPA. Hospital de Clínicas de Porto Alegre. **Apresentação - principais números**. 2015. Disponível em: <<http://www.hcpa.edu.br/content/view/441/2617/>>. Acesso em: 30 mar. 2015.

_____. Hospital de Clínicas de Porto Alegre. **Atividades Assistenciais**. 2016. Disponível em: <<http://www.hcpa.edu.br/content/view/264/394/>>. Acesso em: 15 mar. 2016a.

_____. Hospital de Clínicas de Porto Alegre. **História do Hospital de Clínicas de Porto Alegre**. 2016. Disponível em: <<http://www.hcpa.edu.br/content/view/13/2177/>>. Acesso em: 15 out. 2016b.

HIRANI, Shela Akbar Ali; OLSON, Joanne. Concept Analysis of Maternal Autonomy in the Context of Breastfeeding. **Journal Of Nursing Scholarship**, Indianapolis, v. 48, no. 3, p.276-284, 2016.

HULLEY, Stephen B. et al. **Delineando a Pesquisa Clínica: Uma abordagem epidemiológica**. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2008. 384 p.

IBLCE. **International Board of Lactation Consultant Examiners**. 2017. Disponível em: <<http://iblce.org/>>. Acesso em 31 mar. 2017.

ISSLER, Roberto Mário; GIUGLIANI, Elsa Regina Justo. Especialista em Amamentação com Certificação Internacional (IBCLC). In: CARVALHO, Marcus Renato de; GOMES, Cristiane F. **Amamentação: Bases científicas**. 4. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2017. Cap. 20. p. 317-323.

KARMAUS, Wilfried; SOTO-RAMÍREZ, Nelís; ZHANG, Hongmei. Infant feeding pattern in the first six months of age in USA: a follow-up study. **Int Breastfeed J**, [s.l.], v. 12, n. 48, p.2-11, 2017.

KAUFMANN, Cristina Corrêa et al. Alimentação nos primeiros três meses de vida dos bebês de uma coorte na cidade de Pelotas, Rio Grande do Sul. **Rev. Paul. Pediatr**, São Paulo, v. 30, n. 2, p.157-165, 2012.

- KRAMER, Michael S. et al. Breastfeeding and Child Cognitive Development: New Evidence From a Large Randomized Trial. **Archives of general psychiatry**, Estados Unidos, v. 65, no. 5, p.578-584, 2008.
- LIMA, Janete Pereira; CAZOLA, Luiza Helena de Oliveira; PÍCOLI, Renata Palópoli. A participação do pai no processo de amamentação. **Cogitare Enferm**, Curitiba, v. 22, n. 1, p.1-7, 2017.
- LINDAU, Juliana F. et al. Determinants of exclusive breastfeeding cessation: identifying an “at risk population” for special support. **Eur J Pediatr**,[s.l.], v. 174, no. 4, p.533-540, 2015.
- LOPES, Fernanda de Oliveira et al. Fatores associados ao uso de suplementos em recém-natos em alojamento conjunto no município do Rio de Janeiro, 2009. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 2, p.431-439, 2013.
- LUKAC, Marta; RILEY, Oann K.; HUMPHREY, Angela D.How to Integrate a Lactation Consultant in an Outpatient Clinic Environment. **Journal Of Human Lactation**, Saint Louis, v. 22, no. 1, p.99-103, 2006.
- MACHADO, Mariana Campos Martins et al. Determinantes do abandono do aleitamento materno exclusivo: fatores psicossociais. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 48, n. 6, p.985-994, 2014.
- MARGOTTI, Edficher; EPIFANIO, Matias. Exclusive maternal breastfeeding and the Breastfeeding Self-efficacy Scale. **Rev Rene**, Fortaleza, v. 15, n. 5, p.771-779, 2014.
- MARTINS, Camilla da Cruz et al. Fatores de riscos maternos e de assistência ao parto para interrupção precoce do aleitamento materno exclusivo: estudo de coorte. **Revista Baiana de Saúde Pública**, Salvador, v. 35, n. 1, p.167-178, 2011.
- MIRANDA, Denismar Borges; MAROSTICA, Flávia Cristina; MATÃO, Maria Eliane Liégio. Influência do fator cultural no processo de cuidado puerperal. **Revista Eletrônica Gestão & Saúde**, Brasília, v. 6, n. 3, p.2444-2459, 2015.
- MONTEIRO. Renata. Norma brasileira de comercialização de alimentos para lactentes e crianças de primeira infância: histórico, limitações e perspectivas. **Rev Panam Salud Publica**, [s.l.], v. 19, n. 5, p. 354-362, 2006.
- MORAES, Bruna Alibio et al. Fatores associados à interrupção do aleitamento materno exclusivo em lactentes com até 30 dias. **Rev Gaúcha Enferm**, Porto Alegre, v. 37, n (esp):0044, p.1-10, 2016.
- MORROW, Ardythe L et al. E fficacy of home-based peer counselling to promote exclusive b reastfeeding: a randomised controlled trial. **The Lancet**, London, v. 353, no. 9160, p.1226-1231, 1999.

- MOURA, Edênia Raquel Barros Bezerra de et al. Investigação dos fatores sociais que interferem na duração do aleitamento materno exclusivo. **Revista Intertox de Toxicologia, Risco Ambiental e Sociedade**, Perdizes, v. 8, n. 2, p.96-116, jun. 2015.
- MÜLLER, Fabiana Swain; SILVA, Isilia Aparecida. Representações sociais de um grupo de mulheres/nutrizes sobre o apoio à amamentação. **Rev Latino-am Enfermagem**, São Paulo, v. 17, n. 5, p.1-8, 2009.
- NARDI, Adriana Lüdke; GUSMÃO, Renata Castro; CARVALHO, Nilson Maestri. Estudos de caso sobre amamentação: da gestação aos seis meses de vida. **Rev. Aps**, Juiz de Fora, v. 17, n. 4, p.507-515, 2014.
- NETTO, Amanda et al. Amamentação na primeira hora de vida em uma instituição com Iniciativa Hospital Amigo da Criança. **Cienc Cuid Saude**, Maringá, v. 15, n. 3, p.515-521, 2016.
- OLÍMPIO, Dayane Michelle; KOCHINSKI, Elisangela; RAVAZZANI, Edilceia Domingues do Amaral. Fatores que Influenciam no Aleitamento Materno e Desmame Precoce em Mães Adolescentes e Adultas. **Cadernos da Escola de Saúde**, Curitiba, v. 3, s/n., p.1-12, 2010.
- OLIVEIRA, Regina Célia Caon. **A reorganização familiar no primeiro mês pós-parto**: como fica a amamentação. 2004. 261 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Enfermagem, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2004.
- OLIVEIRA, Nayara de Jesus; MOREIRA, Michelle Araújo. Políticas públicas nacionais de incentivo à amamentação: a in(visibilidade) das mulheres. **Arquivos de Ciências da Saúde**, São José do Rio Preto, v. 20, n. 3, p.95-100, 2013.
- OLIVEIRA, Haidê Alves. **Fatores interferentes no aleitamento materno exclusivo**. 2014. 24 f. Monografia (Especialização) - Curso de Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2014.
- OLIVEIRA, Carolina Sampaio de et al. Amamentação e as intercorrências que contribuem para o desmame precoce. **Rev Gaúcha Enferm**, Porto Alegre, v. 36, n.(esp), p.16-23, 2015.
- OMS. Organização Mundial da Saúde. **Planejamento familiar**: um manual global para profissionais e serviços de saúde. Baltimore e Genebra, 2007.
- ONAH, Stanley et al. Infant feeding practices and maternal socio-demographic factors that influence practice of exclusive breastfeeding among mothers in Nnewi South-East Nigeria: a cross-sectional and analytical study. **International Breastfeeding Journal**, [s.l], v. 9, no. 6, p.1-10, 2014.
- PATEL, Sanjay; PATEL, Shveta. The Effectiveness of Lactation Consultants and Lactation Counselors on Breastfeeding Outcomes. **Journal Of Human Lactation**, [s.l], v. 32, no. 3, p.530-541, 2016.
- PATIL, Crystal L et al. Early interruption of exclusive breastfeeding: results from the eight-country MAL-ED study. **Journal Of Health, Population And Nutrition**, [s.l], v. 34, no. 10, p.1-10, 2015.

PEDRAS, Cínthia Tiago Paes de Almeida; PINTO, Elizete Aparecida Lomazi da Costa; MEZZACAPPA, Maria Aparecida. Uso do copo e da mamadeira e o aleitamento materno em recém-nascidos prematuros e a termo: uma revisão sistemática. **Rev. Bras. Saúde Matern. Infant**, Recife, v. 8, n. 2, p.163-169, 2008.

PELLEGRINELLI, Ana Luiza Rodrigues et al. Influência do uso de chupeta e mamadeira no aleitamento materno exclusivo entre mães atendidas em um Banco de Leite Humano. **Rev. Nutr**, Campinas, v. 28, n. 6, p.631-639, 2015.

PEREIRA, Patrícia F.; ALFENAS, Rita de Cássia G.; ARAÚJO, Raquel Maria A.. Does breastfeeding influence the risk of developing diabetes mellitus in children? A review of current evidence. **Jornal de Pediatria**, Rio de Janeiro, v. 90, n. 1, p.7-15, 2014.

PEREIRA, Carla Regina Gonçalves et al. Prevalência de aleitamento cruzado e saberes sobre esta prática. **Revista Paraense de Medicina**, Belém, v. 29, n. 3, p.69-77, 2015.

PEREIRA-SANTOS, Marcos et al. Prevalência e fatores associados à interrupção precoce do aleitamento materno exclusivo: metanálise de estudos epidemiológicos brasileiros. **Rev. Bras. Saúde Matern. Infant**, Recife, v. 17, n. 1, p.69-78, 2017.

PETROVA, Anna et al. Effectiveness of Exclusive Breastfeeding Promotion in Low-Income Mothers: A Randomized Controlled Study. **Breastfeeding Medicine**, Nova York, v. 4, no. 2, p.63-69, 2009.

PINHEIRO, Josilene Maria Ferreira et al. Prevalência e fatores associados à prescrição/solicitação de suplementação alimentar em recém-nascidos. **Rev. Nutr**, Campinas, v. 29, n. 3, p.367-375, 2016.

PRIMO, Cândida Caniçali et al. Redes sociais que apoiam a mulher durante a amamentação. **Cogitare Enferm**, Curitiba, v. 20, n. 2, p.426-433, 2015.

QUIGLEY, Maria A.; KELLY, Yvonne J.; SACKER, Amanda. Breastfeeding and Hospitalization for Diarrheal and Respiratory Infection in the United Kingdom Millennium Cohort Study. **Pediatrics**, [s.l.], v. 119, no. 4, p.837-842, 2007.

ROCCI, Eliana; FERNANDES, Rosa Aurea Quintella. Dificuldades no aleitamento materno e influência no desmame precoce. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 67, n. 1, p.22-27, 2014.

ROCHA, Maiara Gomes; COSTA, Edina Silva. Interrupção precoce do aleitamento materno exclusivo: experiência com mães de crianças em consultas de puericultura. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde**, Fortaleza, v. 28, n. 4, p.547-552, 2015.

RODRIGUES, Andressa Peripolli et al. Fatores do pré-natal e do puerpério que interferem na autoeficácia em amamentação. **Esc Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 2, p.257-261, 2014.

ROSEN, Irene M et al. Prenatal Breastfeeding Education and Breastfeeding Outcomes. **Mcn: The American Journal Of Maternal Child Nursing**, Philadelphia, v. 33, n. 5, p.315-319, ago. 2008.

SANTOS, Maristela Pina dos. Avaliação da qualidade dos serviços públicos de atenção à saúde da criança sob a ótica do usuário. **Rev. bras. Enferm**, Brasília, v. 48, n. 2, p. 109-119, 1995.

SILVA, Isadora Maria Delmiro et al. Técnica da amamentação: preparo das nutrizes atendidas em um hospital escola, Recife-PE. **Revista Rene**, Fortaleza, v. 12, n. (esp.), p.1021-1027, 2011.

SILVA, Luzia Izabel Mesquita Moreira da et al. Conhecimento de farmacêuticos sobre aleitamento materno: um estudo nas farmácias comerciais em Fortaleza-CE. **Rev Bras Promoç Saúde**, Fortaleza, v. 25, n. 4, p.482-491, 2012.

SILVA, Emily Semenov et al. Doação de leite materno ao banco de leite humano: conhecendo a doadora. **Demetra**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 4, p.879-889, 2015.

SIMÕES, Ivandira Anselmo Ribeiro et al. Influência dos Mitos e das Crenças nas Nutrizes Quanto Amamentação em uma Cidade do Vale do Paraíba. **Revista Ciências em Saúde**, Itajubá, v. 5, n. 3, p.1-9, 2015.

SÍRIO, Marília Alfenas de Oliveira et al. Tempo de aleitamento materno entre indígenas Xakriabá aldeados em Minas Gerais, Sudeste do Brasil. **Rev. Nutr**, Campinas, v. 28, n. 3, p.241-252, 2015.

SOARES, Amanda Nathale et al. Crenças e práticas de saúde no cotidiano de usuários da rede básica de saúde. **Rev Enferm Uerj**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 1, p.83-88, 2014.

SOUZA FILHO, Manoel Dias de; GONÇALVES NETO, Pedro Nolasco Tito; MARTINS, Maria do Carmo de Carvalho e. Avaliação dos problemas relacionados ao aleitamento materno a partir do olhar da enfermagem. **Cogitare Enfermagem**, Curitiba, v. 16, n. 1, p.70-75, 2011.

SOUZA, Sarah Nancy Deggau Hegeto de; MELLO, Débora Falleiros de; AYRES, José Ricardo de Carvalho Mesquita. O aleitamento materno na perspectiva da vulnerabilidade programática e do cuidado. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 6, p.1186-1194, jun. 2013.

SOUZA, Silvana Andrade et al. Aleitamento materno: fatores que influenciam o desmame precoce entre mães adolescentes. **Rev Enferm Ufpe On Line**, Recife, v. 10, n. 10, p.3806-3813, 2016.

TAVOULARI, Evangelia-filothei et al. Factors affecting breastfeeding duration in Greece: What is important? **World J Clin Pediatr**, [s.l], v. 5, no. 3, p.349-357, 2016.

TEICH, Alice S.; BARNETT, Josephine; BONUCK, Karen. Women's Perceptions of Breastfeeding Barriers in Early Postpartum Period: A Qualitative Analysis Nested in Two Randomized Controlled Trials. **Breastfeeding Medicine**, Nova York, v. 9, no. 1, p.9-15, 2014.

TEIXEIRA, Marizete Argolo; RIBEIRO, Lucas Vinícius Bulhões. As duas faces de uma mesma moeda: significados da amamentação para mães-nutrizes e suas amigas e/ou vizinhas. **Rev. Saúde Públ. Santa Cat.**, Florianópolis, v. 7, n. 1, p.48-63, 2014.

THURMAN, Sara Elizabeth; ALLEN, Patricia Jackson. Integrating Lactation Consultants Into Primary Health Care Services: Are Lactation Consultants Affecting Breastfeeding Success? **Journal of Pediatric Nursing**, Europe, v. 34, no. 5, p.419-425, out. 2008.

UCHOA, Janaiana Lemos et al. Autoeficácia em amamentar de mulheres no pré-natal e no pós-parto: estudo longitudinal. **Rev Enferm Ufsm**, Santa Maria, v. 6, n. 1, p.10-20, 2016.

UNICEF. Fundo das Nações Unidas para a Infância. **Iniciativa Hospital Amigo da Criança**: revista, atualizada e ampliada para o cuidado integrado: módulo 1 : histórico e implementação. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2008. 78 p.

UWAEZUOKE, Samuel N; ENEH, Chizoma I; NDU, Ikenna K. Relationship Between Exclusive Breastfeeding and Lower Risk of Childhood Obesity: A Narrative Review of Published Evidence. **Clinical Medicine Insights: Pediatrics**, [s.l], v. 11, s/n, p.1-7, 2017.

VARGAS, Camila Lehnhart et al. Influência do uso do copo ou mamadeira durante a transição alimentar de recém-nascidos pré-termo sobre o sistema estomatognático e as taxas de aleitamento materno. **Distúrb Comun**, São Paulo, v. 26, n. 2, p.327-336, 2014.

VENANCIO, Sonia Isoyama; MONTEIRO, Carlos Augusto. A tendência da prática da amamentação no Brasil nas décadas de 70 e 80. **Rev. Bras. Epidemiol.**, Rio de Janeiro, v.1, n.1, p.40-49, 1998.

VENANCIO, Sonia Isoyama; ALMEIDA, Honorina de. Método Mãe Canguru: aplicação no Brasil, evidências científicas e impacto sobre o aleitamento materno. **Jornal de Pediatria**, Rio de Janeiro, v. 80, n. 5, p.173-180, 2004.

VICTORA, Cesar G. et al. Evidence for protection by breast-feeding against infant deaths from infectious diseases in Brazil. **The Lancet**, Reino Unido, v. 2, no. 8554, p.319-322, 1987.

VICTORA, Cesar G et al. Breastfeeding in the 21st century: epidemiology, mechanisms, and lifelong effect. **The Lancet**, London, v. 387, no. 10017, p.475-490, 2016.

VIEIRA, Graciete O. et al. Fatores preditivos da interrupção do aleitamento materno exclusivo no primeiro mês de lactação. **Jornal de Pediatria**, Rio de Janeiro, v. 86, n. 5, p.441-444, 2010.

VIEIRA, Tatiana O et al. Duration of exclusive breastfeeding in a Brazilian population: new determinants in a cohort study. **Pregnancy And Childbirth**, v. 14, no. 175, p.1-9, 2014.

VISINTIN, Alice Brito et al. Avaliação do conhecimento de puérperas acerca da amamentação. **Enferm. Foco**, Brasília, v. 6, n. 1/4, p.12-16, 2015.

VON SEEHAUSEN, Mariana Pujól et al. Fatores associados ao aleitamento cruzado em duas cidades do Sudeste do Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 33, n. 4: e00038516, p.1-10, 2017.

_____. World Health Organization. **Evidence on the long-term effects of breastfeeding.** Systematic Reviews and Meta-Analyses. Geneva, 2007.

_____. **Indicators for assessing infant and young child feeding practices.** Part 1 - Definitions. Geneva, 2008.

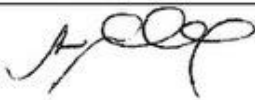
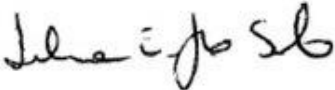
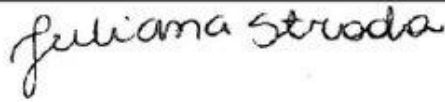


_____. **WHO Recommendations on antenatal care for a positive pregnancy experience.** 2016.

ZHENG, Ju-sheng et al. Exclusive Breastfeeding Is Inversely Associated with Risk of Childhood Overweight in a Large Chinese Cohort. **The Journal Of Nutrition**, Estados Unidos, v. 144, no. 9, p.1454-1459, 2014.

APÊNDICE A- Autorização para utilização de dados

Os pesquisadores do Projeto Maior, intitulado “**Padrões de amamentação de crianças atendidas por equipe de consultoria em aleitamento materno**”, autorizam por meio deste, a utilização de parte dos dados coletados, a serem trabalhados no projeto menor intitulado: “**Fatores associados à interrupção do aleitamento materno exclusivo em binômios atendidos por equipe de consultoria em amamentação**”. Sendo que a autora do projeto menor, também atuou como pesquisadora no projeto mãe.

Porto Alegre, 22 de maio de 2017.

Nome dos Pesquisadores	Assinatura
Annelise de Carvalho Gonçalves	
Lilian Cordova do Espírito Santo	
Juliana Karine Rodrigues Strada	
Thaís Betti	
Bruna Alibio Moraes	

APÊNDICE B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Nº do projeto GPPG 160227

Título do Projeto: **Padrões de amamentação de crianças atendidas por equipe de consultoria em aleitamento materno**

Você está sendo convidado a participar de uma pesquisa cujo objetivo é estudar o comportamento das mães e bebês com relação a alguns aspectos da alimentação do bebê nos primeiros seis meses de vida, bem como o acompanhamento dos efeitos pós consultoria em aleitamento materno recebida no Hospital de Clínicas de Porto Alegre. Esta pesquisa está sendo realizada por professores e alunos da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

Se você aceitar participar da pesquisa, os procedimentos envolvidos em sua participação são os seguintes: seis entrevistas com duração de 10 minutos cada, assim distribuídas:

1. Enquanto ainda estiver internada na unidade de alojamento conjunto, você responderá a primeira entrevista que envolve seus dados pessoais, sobre o aleitamento materno e sobre a consultoria de amamentação recebida no hospital.

2. Após sua alta, quando o bebê completar 15 dias, 1, 2, 4 e 6 meses, faremos contato por telefone para outras cinco entrevistas, com perguntas sobre a alimentação do bebê em casa, dificuldades que surgiram e referente à consultoria em amamentação, se houve, após ter saído do hospital.

Não são conhecidos riscos na sua participação, mas poderão ocorrer desconfortos relacionados ao tempo destinado às entrevistas e ao conteúdo das perguntas que abordam o seu relacionamento com o bebê nas questões da alimentação dele.

Você não terá benefícios diretos ao participar da pesquisa, mas a sua participação contribuirá para conhecimento da realidade da amamentação após a alta hospitalar, podendo melhorar a qualidade das orientações fornecidas ainda na internação, visando maior duração do aleitamento materno para outras mães e bebês.

Sua participação na pesquisa é totalmente voluntária, ou seja, não é obrigatória.

Caso você decida não participar, ou ainda, desistir de participar e retirar seu consentimento, não haverá nenhum prejuízo ao atendimento que você e seu bebê recebem ou possam vir a receber na instituição.

Não está previsto nenhum tipo de pagamento pela sua participação na pesquisa e você não terá nenhum custo com respeito aos procedimentos envolvidos.

Caso ocorra alguma intercorrência, resultante de sua participação na pesquisa, você receberá todo o atendimento necessário, sem nenhum custo pessoal.

Os dados coletados durante a pesquisa serão sempre tratados confidencialmente. Os resultados serão apresentados de forma conjunta, sem a identificação dos participantes, ou seja, o seu nome não aparecerá na publicação dos resultados.

Rubrica do participante _____

Rubrica do pesquisador _____

Página 1 de 2

Caso você tenha dúvidas, poderá entrar em contato com a pesquisadora responsável Annelise de Carvalho Gonçalves, pelo telefone 3359-7797, com a pesquisadora Lilian Cordova do Espírito Santo, pelo telefone 3359-8598 ou com o Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA), pelo telefone (51) 33597640, ou no 2º andar do HCPA, sala 2227, de segunda à sexta, das 8h às 17h.

Esse Termo é assinado em duas vias, sendo uma para o participante e outra para os pesquisadores.

Nome da participante da pesquisa

Assinatura

Nome do pesquisador que aplicou o Termo

Assinatura

Local e Data: _____

Rubrica do participante _____ Rubrica do pesquisador _____ Página 2 de 2

CEP Hospital de Clínicas de Porto Alegre (MR 05/11/2015)

APÊNDICE C – Questionário inicial

Nome da mãe: _____

Código: P _____ Leito: _____

Nome do bebê: _____

Telefone residencial: () _____

Celular/operadora: () _____ () TIM () CLARO () VIVO () OI

Outro telefone /operadora: () _____ () TIM () CLARO () VIVO () OI

De quem é este outro telefone (parentesco e nome): _____

Preferência de horário para a ligação: () MANHÃ () TARDE

Data da Entrevista: ___/___/___

Nome da Entrevistadora: _____

MOTIVO DO ENCAMINHAMENTO PARA A CONSULTORIA:

DADOS DE IDENTIFICAÇÃO		
01. Data de nascimento do bebê: ___/___/___	DNBEBE	
02. Tipo de parto: (1) vaginal com episiotomia (2) vaginal sem episiotomia (3) cesárea (99) NSI	TIPARTO	
03. Sexo do bebê: (1) feminino (2) masculino	SEXOB	
04. Peso de nascimento do bebê: _____ g	PNBEBE	
05. Cor da pele da mãe*autodeclarada: (1) branca (2) não branca	CORM	
06. Idade da mãe: _____ anos	IDADEM	
07. Tem companheiro? (1) Sim (2) Não	COMPM	
08. Você mora com seu companheiro? (1) Sim (2) Não (88) NSA (não tem companheiro)	MORACO	
09. Você mora com sua mãe? (1) Sim (2) Não	MORAMA	
10. Você mora com sua sogra? (1) Sim (2) Não (88) NSA (se não tem companheiro, não tem sogra)	MORASO	
11. Renda familiar: R\$ _____ Sal. Min: _____ (99) NSI	RENDFAM	
12. Você ainda está estudando? (1) Sim (2) Não	MAEEST	
13. Quantos anos de estudo completos você tem?* Lembrar de pedir se fez o 9º ano _____ (99) NSI	ESCOLAM	
14. Quantos anos de estudo completo tem seu companheiro? * Lembrar de pedir se fez o 9º ano _____ (88) NSA (não tem companheiro) (99) NSI	ESCOLCOMP	
15. Você trabalha fora de casa? (1) Sim (2) Não	TRABFORA	
DADOS DA GESTAÇÃO		
16. Você tem tempo de licença maternidade? (1) Sim (2) Não	LICMAT	

17. Quanto tempo que você vai tirar de licença maternidade? _____ meses (88) NSA (não tem licença maternidade)	TEMLIC	
18. Vai emendar algum benefício à licença maternidade (férias, licença prêmio...)? (1) Sim (2) Não (88) NSA (não tem licença maternidade) Se sim, quanto tempo? _____ meses	BENEF	
19. Você fez pré-natal? (1) Sim (2) Não	PRENATAL	
20. Se sim, número de consultas (carteirinha): _____ (88) NSA (não fez pré-natal) (99) NSI	CONSUPRE	
21. Durante seu pré-natal, você recebeu alguma orientação sobre AM? (1) sim, bastante (2) sim, mais ou menos (3) sim, pouca (4) não (88) NSA (não fez pré-natal)	ORIENPRE	
22. Você participou de algum grupo ou curso de gestantes? (1) Sim (2) Não	CURSOPRE	
23. Durante o curso ou grupo, você recebeu alguma orientação sobre AM? (1) sim, bastante (2) sim, mais ou menos (3) sim, pouca (4) não (88) NSA (não fez curso de gestantes)	ORICURSO	
24. Fumou durante a gravidez? (1) Sim (2) Não (3) Sim, mas interrompeu durante a gravidez	FUMO	
25. Se sim, quantos cigarros por dia? _____ (88) NSA (não fuma)	CIGARROS	
26. Usou alguma droga durante a gravidez? (1) Sim, qual: _____ (2) Não (3) Sim, mas interrompeu durante a gravidez	DROGA	
27. Com que frequência fazia uso da droga? (1) Diariamente (2) 4 a 6 vezes por semana (3) 1 a 3 vezes por semana (4) esporadicamente (88) NSA (não usou drogas)	FREQDRO	
DADOS DO AM		
28. Quantos filhos vivos você teve antes deste? _____	FILHOVI	
29. Por quanto tempo os filhos anteriores foram amamentados (em meses)? Começar pelo filho mais velho A____ B____ C____ D____ E____ (88) NSA (não teve nenhum filho antes deste) (99) NSI	DURAM	
CONSULTORIA EM AM		
30. Como você se sentiu em relação ao atendimento da consultoria? *Ler as opções (1) Satisfeita (2) Insatisfeita (99) NSI Se insatisfeita, por quê? _____ _____	SATISFAC	
31. Seu problema melhorou ou foi resolvido com o atendimento da consultoria? (Sugerir Sim/Em parte/ Não – e após pedir o por quê?) (1) Sim (2) Em parte, por quê? _____ _____ (3) Não, por quê? _____ _____	RESOLUT	

APÊNDICE D – Questionário de seguimento (15 dias)

Nome da mãe: _____
Código: _____
Nome do bebê: _____
Data da Entrevista: ____/____/____
Nome da Entrevistadora: _____

01. Durante o período em que ficou no hospital, o bebê foi internado na UTI neonatal? (1) Sim (2) Não (99) NSI Se sim, por quanto tempo: _____	INTNEO	
02. Bebê recebeu complemento lácteo durante a hospitalização? (1) Sim (2) Não (99) NSI Se sim, por quê? _____ _____	COMPLEM	
03. Você saiu do hospital amamentando exclusivamente o bebê? (1) Sim (2) Não, por quê? _____ _____	AMEHOSP	
04. Saiu com orientação de (1) AME (2) AM + fórmula láctea (3) Outra. Qual? _____	ORIENTDIETA BEBE	
05. Você ainda está em licença maternidade? <small>*olhar questionário inicial se teve licença maternidade</small> (1) sim (2) não (88) NSA (não teve licença maternidade)	LICMAT	
06. Você está trabalhando? (1) sim (2) não (88) NSA (está em licença maternidade)	MAETRAB	
07. O bebê mama no peito? (1) sim (2) não, por quê? _____ _____	BEBEMAM	
08. O bebê mama no peito de outra mulher? (1) sim (2) não	MAMOUT	
09. O bebe tem horário fixo para mamar no peito? (1) Sim (2) Não (88) NSA (não mama no peito)	LIVREDEMAN DA	
O seu bebê está recebendo algum destes líquidos ou alimentos?		
10. Água: (1) sim (2) não Com que frequência: _____ Motivo da introdução _____ _____	BEBAGUA	
11. Quantos dias de vida o bebê tinha quando introduziu? _____ dias de vida do bebê (88) NSA (não deu água) (99) NSI	QUANAG	
12. Chá: (1) sim (2) não Com que frequência: _____ Motivo da introdução _____ _____	BEBCHA	

13. Quando introduziu? _____ dias de vida do bebê (88) NSA (não deu chá) (99) NSI	QUANDCH	
14. Suco: (1) sim (2) não Com que frequência: _____ Motivo da introdução _____	BEBESUC	
15. Quando introduziu? _____ dias de vida do bebê (88) NSA (não deu suco) (99) NSI	QUANSUC	
16. Outro Leite: (1) sim (2) não Com que frequência: _____ Motivo da introdução _____	BELEITE	
17. Quando introduziu? _____ dias de vida do bebê (88) NSA (não deu outro leite) (99) NSI	QUALEIT	
18. Qual o tipo de leite introduzido? (1) leite modificado (2) leite em pó integral (3) leite em caixinha (4) leite em saquinho (5) outro _____ (88) NSA (não deu outro leite)	TIPLEIT	
19. Leite engrossado(farinha, maisena, aveia...): (1) sim (2) não Com que frequência: _____ Motivo da introdução _____	LEITENG	
20. Quando introduziu? _____ dias de vida do bebê (88) NSA (não deu leite engrossado) (99) NSI	QDOLENG	
21. Esses líquidos que seu bebê recebe, é através do que? (1) mamadeira (2) outro, qual: _____ (88) NSA (não recebe nada além do peito da mãe)	MAMADE	
22. Seu bebê recebe outros alimentos? (1) sim (2) não Se sim, especificar _____	OTRALIM	
23. Tipo de alimentação do bebê (<i>*não perguntar à mãe</i>): [1] Aleitamento materno exclusivo (somente peito) [2] Predominante (peito + água, chás e sucos de frutas) [3] Complementado (peito + alimentos semissólidos ou sólidos) [4] Misto (peito + outros tipos de leite – NAN, leite de vaca, leite de caixinha etc). [5] Não está mais amamentando	TIPOALI	
24. Duração do AME em dias (<i>*não perguntar à mãe</i>) _____ (88) NSA (ainda em AME)	DURAME	
25. Duração do AM em dias (<i>*não perguntar à mãe</i>) _____ (88) NSA (ainda em AM)	DURAM	
APOIO NA AMAMENTAÇÃO		
26. Você tem companheiro? (1) Sim (2) Não	COMP	
27. Você está recebendo ajuda de seu companheiro para a ação de amamentar? *Ler opções (1) muito (2) mais ou menos (3) pouco	APOIOCO	

(4) nenhum (88) NSA (não tem companheiro)		
28. De mais alguém? (1) sim, quem? _____ (2) não	APOALG	
Você recebe ajuda de alguém para:		
29. Cuidar dos afazeres domésticos: *Ler opções (1) sempre (2) às vezes (3) nunca	CUICASA	
30. Cuidar do bebê (banho, fralda, colo): *Ler opções (1) sempre (2) às vezes (3) nunca	CUIBEBE	
31. Ficar com o bebê enquanto você se ausenta? *Ler opções (1) sempre (2) às vezes (3) nunca (4) nunca se ausentou	FICABEB	
32. Alimentar o bebê (alimentos sólidos ou semissólidos) : *Ler opções (1) sempre (2) às vezes (3) nunca (88) NSA (o bebê não recebe alimentos sólidos ou semissólidos)	ALIMENT	
USO DE BICO		
33. O bebê chupa bico? (1) sim (2) não Motivo da introdução _____	BICO	
34. Quando introduziu o bico? _____ dias de vida do bebê (88) NSA (não usa bico) (99) NSI	IDADBIC	
35. O bebê usa bico todos os dias? (1) sim (2) não (88) NSA (não usa bico)	TODIABI	
36. Se não chupa bico, foi tentado alguma vez? (1) sim (2) não (88) NSA (usa bico)	TENTBIC	
TEVE ALGUM DOS PROBLEMAS OU DIFICULDADES PARA AMAMENTAR DURANTE O PERÍODO DE INTERNAÇÃO		
37. Dor nas mamas (1) sim (2) não	DOR	
38. Fissura, bolha, marcas e\ou equimoses na região do mamilo ou aréola (1) sim (2) não	FISSU	
39. Mamas muito cheias (1) sim (2) não	INGUR	
40. Vermelhidão nas mamas (1) sim (2) não	ERITEMA	
41. Febre nas mamas (1) sim (2) não	FEBRE	
42. Eliminação de pus pelos mamilos (1) sim (2) não	PUS	
43. Outros _____ (88) NSA (não tem outro problema)	OUTPRO	
TEM OU TEVE ALGUM DOS PROBLEMAS OU DIFICULDADES PARA AMAMENTAR APÓS A ALTA HOSPITALAR		
44. Dor nas mamas (1) sim (2) não	DOR	
45. Fissura, bolha, marcas e\ou equimoses na região do mamilo ou aréola (1) sim (2) não	FISSU	
46. Mamas muito cheias (1) sim (2) não	INGUR	
47. Vermelhidão nas mamas (1) sim (2) não	ERITEMA	
48. Febre nas mamas (1) sim (2) não	FEBRE	

49. Eliminação de pus pelos mamilos (1) sim (2) não	PUS	
50. Outros _____ (88) NSA (não tem outro problema)	OUTPRO	
51. Procurou atendimento no Banco de Leite Humano após a alta hospitalar: (1) sim (2) não Nº de vezes? _____	RETBLH	
TABAGISMO E DROGAS		
52. Está fumando no momento? (1) Sim (2) Não	FUMOSEGUI	
53. Se sim, quantos cigarros por dia? _____ (88) NSA (não fuma)	NCIGARROS	
54. Está usando alguma droga no momento? (1) Sim, qual: _____ (2) Não	DROGA	
55. Com que frequência faz uso da droga? (1) Diariamente (2) 4 a 6 vezes por semana (3) 1 a 3 vezes por semana (4) esporadicamente (88) NSA (não usou drogas)	FREQDRO	
ACOMPANHAMENTO E AUXÍLIO		
56. O bebê está sendo acompanhado pela: (1) rede básica (2) rede privada (3) ambos (88) NSA (o bebê não está sendo acompanhado)	ACOMPUBS	
57. Procurou ajuda profissional em AM : (1) sim (2) não	AJAMAB	
58. Onde: (1) rede básica (2) rede privada (3) outra, qual? _____ (88) NSA (não procurou ajuda em AM)	AJAMP	
59. Por que procurou ajuda? _____ (88) NSA (não procurou ajuda em AM)	PQAJU	
CONSULTORIA		
60. Você necessitou buscar o atendimento da consultoria do hospital após a alta hospitalar? (1) Sim (2) Não Nº de vezes? _____	CONSULALTA	
61. Motivo da sua busca por esse atendimento: _____ (88) NSA (não procurou consultoria)	MOT CONSULALTA	
62. Como você se sentiu em relação ao atendimento da consultoria? (1) Satisfeita (2) Insatisfeita Se insatisfeita, por quê? _____ _____ (88) NSA (não procurou consultoria)	SATISFALTA	
63. Seu problema foi resolvido com o atendimento da consultoria? (Sugerir Sim/Em parte/ Não – e após pedir o por quê?) (1) Sim (2) Em parte, por quê? _____ _____ (3) Não, por quê? _____ (88) NSA (não procurou consultoria)	RESOLDEP	

APÊNDICE E – Questionário de seguimento (30 dias)

Nome da mãe: _____
Código: _____
Nome do bebê: _____
() 30 dias () 60 dias () 120 dias () 180 dias
Data da Entrevista: ____/____/____
Nome da Entrevistadora: _____


01. Você ainda está em licença maternidade? *olhar questionário inicial se teve licença maternidade (1) sim (2) não (88) NSA (não teve licença maternidade)	LICMAT	
02. Você está trabalhando? (1) sim (2) não (88) NSA (está em licença maternidade)	MAETRAB	
ALIMENTAÇÃO DO BEBÊ		
03. O bebê mama no peito? (1) sim (2) não, por quê? _____	BEBEMAM	
04. O bebê mama no peito de outra mulher? (1) sim (2) não	MAMOUT	
05. O bebe tem horário fixo para mamar no peito? (1) Sim (2) Não (88) NSA (não mama no peito)	LIVREDEMANDA	
O seu bebê está recebendo algum destes líquidos ou alimentos?		
06. Água: (1) sim (2) não Com que frequência: _____ Motivo da introdução _____	BEBAGUA	
07. Quantos dias de vida o bebê tinha quando introduziu? _____ dias de vida do bebê (88) NSA (não deu água) (99) NSI	QUANAG	
08. Chá: (1) sim (2) não Com que frequência: _____ Motivo da introdução _____	BEBCHA	
09. Quando introduziu? _____ dias de vida do bebê (88) NSA (não deu chá) (99) NSI	QUANDCH	
10. Suco: (1) sim (2) não Com que frequência: _____ Motivo da introdução _____	BEBESUC	
11. Quando introduziu? _____ dias de vida do bebê (88) NSA (não deu suco) (99) NSI	QUANSUC	
12. Outro Leite: (1) sim (2) não Com que frequência: _____ Motivo da introdução _____	BELEITE	
13. Quando introduziu? _____ dias de vida do bebê (88) NSA (não deu outro leite) (99) NSI	QUALEIT	
14. Qual o tipo de leite introduzido? (1) leite modificado (2) leite em pó integral (3) leite em caixinha (4) leite em saquinho (5) outro _____ (88) NSA (não deu outro leite)	TIPLEIT	
15. Leite engrossado(farinha, maisena, aveia...): (1) sim (2) não Com que frequência: _____ Motivo da introdução _____	LEITENG	
16. Quando introduziu? _____ dias de vida do bebê (88) NSA (não deu leite engrossado) (99) NSI	QDOLENG	

17. Esses líquidos que seu bebê recebe, é através do que? (1) mamadeira (2) outro, qual: _____ (88) NSA (não recebe nada além do peito da mãe)	MAMADE	
18. Seu bebê recebe outros alimentos? (1) sim (2) não Se sim, especificar _____	OTRALIM	
19. Tipo de alimentação do bebê (<i>*não perguntar à mãe</i>): [1] Aleitamento materno exclusivo (somente peito) [2] Predominante (peito + água, chás e sucos de frutas) [3] Complementado (peito + alimentos semissólidos ou sólidos) [4] Misto (peito + outros tipos de leite – NAN, leite de vaca, leite de caixinha etc). [5] Não está mais amamentando	TIPOALI	
20. Duração do AME em dias (<i>*não perguntar à mãe</i>) _____ (88) NSA (ainda em AME)	DURAME	
21. Duração do AM em dias (<i>*não perguntar à mãe</i>) _____ (88) NSA (ainda em AM)	DURAM	
APOIO NA AMAMENTAÇÃO		
22. Você tem companheiro? (1) Sim (2) Não	COMP	
23. Você está recebendo ajuda de seu companheiro para a ação de amamentar? <i>*Ler opções</i> (1) muito (2) mais ou menos (3) pouco (4) nenhum (88) NSA (não tem companheiro)	APOIOCO	
24. De mais alguém? (1) sim, quem? _____ (2) não	APOALG	
Você recebe ajuda de alguém para:		
25. Cuidar dos afazeres domésticos: <i>*Ler opções</i> (1) sempre (2) às vezes (3) nunca	CUICASA	
26. Cuidar do bebê (banho, fralda, colo): <i>*Ler opções</i> (1) sempre (2) às vezes (3) nunca	CUIBEBE	
27. Ficar com o bebê enquanto você se ausenta? <i>*Ler opções</i> (1) sempre (2) às vezes (3) nunca (4) nunca se ausentou	FICABEB	
28. Alimentar o bebê (alimentos sólidos ou semissólidos) : <i>*Ler opções</i> (1) sempre (2) às vezes (3) nunca (88) NSA (o bebê não recebe alimentos sólidos ou semissólidos)	ALIMENT	
USO DE BICO		
29. O bebê chupa bico? (1) sim (2) não Motivo da introdução _____	BICO	
30. Quando introduziu o bico? _____ dias de vida do bebê (88) NSA (não usa bico) (99) NSI	IDADBIC	
31. O bebê usa bico todos os dias? (1) sim (2) não (88) NSA (não usa bico)	TODIABI	
32. Se não chupa bico, foi tentado alguma vez? (1) sim (2) não (88) NSA (usa bico)	TENTBIC	
TEM OU TEVE ALGUM DOS PROBLEMAS OU DIFICULDADES PARA AMAMENTAR DESDE A ÚLTIMA ENTREVISTA		
33. Dor nas mamas (1) sim (2) não	DOR	
34. Fissura, bolha, marcas e/ou equimoses na região do mamilo ou aréola (1) sim (2) não	FISSU	
35. Mamas muito cheias (1) sim (2) não	INGUR	
36. Vermelhidão nas mamas (1) sim (2) não	ERITEMA	
37. Febre nas mamas	FEBRE	


(1) sim (2) não		
38. Eliminação de pus pelos mamilos (1) sim (2) não	PUS	
39. Outros _____ (88) NSA (não tem outro problema)	OUTPRO	
40. Procurou atendimento no Banco de Leite Humano após a alta hospitalar: (1) sim (2) não Nº de vezes? _____	RETBLH	
TABAGISMO E DROGAS		
41. Está fumando no momento? (1) Sim (2) Não	FUMOSEGUI	
42. Se sim, quantos cigarros por dia? _____ (88) NSA	NCIGARROS	
53. Está usando alguma droga no momento? (1) Sim, qual: _____ (2) Não	DROGA	
54. Com que frequência faz uso da droga? (1) Diariamente (2) 4 a 6 vezes por semana (3) 1 a 3 vezes por semana (4) esporadicamente (88) NSA (não usou drogas)	FREQDRO	
ACOMPANHAMENTO E AUXÍLIO		
45. O bebê está sendo acompanhado pela: (1) rede básica (2) rede privada (3) ambos (88) NSA (o bebê não está sendo acompanhado)	ACOMPUBS	
46. Procurou ajuda profissional em AM : (1) sim (2) não	AJAMAB	
47. Onde: (1) rede básica (2) rede privada (3) outra, qual? _____ (88) NSA (não procurou ajuda em AM)	AJAMP	
48. Por que procurou ajuda? _____ (88) NSA (não procurou ajuda em AM)	PQAJU	
CONSULTORIA		
49. Você necessitou buscar o atendimento da consultoria do hospital, no intervalo entre a última entrevista e a atual? (1) Sim (2) Não Nº de vezes? _____	CONSULALTA	
50. Motivo da sua busca por esse atendimento: _____ (88) NSA (não procurou consultoria)	MOT CONSULALTA	
51. Como você se sentiu em relação ao atendimento da consultoria? (1) Satisfeita (2) Insatisfeita Se insatisfeita, por quê? _____ _____ (88) NSA (não procurou consultoria)	SATISFALTA	
52. Seu problema foi resolvido com o atendimento da consultoria? (Sugerir Sim/Em parte/ Não – e após pedir o por quê?) (1) Sim (2) Em parte, por quê? _____ _____ (3) Não, por quê? _____ _____ (88) NSA (não procurou consultoria)	RESOLDEP	

ANEXO A - Esboço detalhado do conteúdo do teste da IBLCE


Effective: January 2016

 International Board of Lactation Consultant Examiners (IBCLE) International Board Certified Lactation Consultant® (IBCLC®) Detailed Content Outline	# of Items
I. Development and Nutrition	26
A. Infant	
<ol style="list-style-type: none"> 1. Feeding behaviours at different ages 2. Food intolerances/allergies 3. Infant anatomy and anatomical/oral challenges 4. Introducing complementary foods 5. Low birth weight 6. Milk banking – formal and informal 7. Normal infant behaviours 8. Nutritional requirements - preterm 9. Preterm development and growth 10. Skin tone, muscle tone, reflexes 11. Term development and growth 12. WHO growth charts with gestational age adjustment 	
B. Maternal	
<ol style="list-style-type: none"> 1. Breast development and growth 2. Breast surgery 3. Composition of human milk 4. Maternal anatomical challenges 5. Maternal nutritional status 6. Nipple structure and variations 	
II. Physiology and Endocrinology	24
<ol style="list-style-type: none"> 1. Diabetes 2. Infertility Issues 3. Maternal metabolic and hormonal disorders (e.g., thyroid, Polycystic Ovarian Syndrome) 4. Maternal autoimmune disorders 5. Multiples 6. Newborn hypoglycemia 7. Pregnancy and breastfeeding – tandem 8. Relactation 9. Stooling and voiding 	
III. Pathology	31
A. Infant	
<ol style="list-style-type: none"> 1. Allergies 2. Ankyloglossia 3. Cleft lip and palate 4. Congenital anomalies (e.g., gastrointestinal, cardiac) 	

Effective: January 2016

	International Board of Lactation Consultant Examiners (IBCLE) International Board Certified Lactation Consultant® (IBCLC®) Detailed Content Outline	# of Items
	5. Gastroesophageal Reflux Disease (GERD), reflux 6. Hyperbilirubinemia 7. Infant acute disease (bacterial, viral, fungal, systemic) 8. Infant neurological disabilities 9. Small for Gestational Age (SGA), Large for Gestational Age (LGA)	
	B. Maternal	
	1. Abscess 2. Milk ejection reflex dysfunction 3. Maternal acute disease (bacterial, viral, fungal, systemic) 4. Maternal chronic disease 5. Maternal disability (physical and neurological) 6. Mastitis 7. Milk supply, low or over 8. Nipple and breast conditions 9. Nipple pain and trauma 10. Post-partum hemorrhage 11. Pre-eclampsia / pregnancy induced hypertension	
	IV. Pharmacology and Toxicology	13
	1. Alcohol and tobacco 2. Contraception 3. Drugs of abuse 4. Galactogogues 5. Gel dressings/nipple creams 6. Medication (prescription, over-the-counter, diagnostic and therapeutic procedures) 7. Medicinal Herbs	
	V. Psychology, Sociology, and Anthropology	21
	1. Transition to parenthood 2. Birth practices 3. Foods to eat/avoid that affect lactation 4. Employment – returning to work 5. Family lifestyle 6. Identifying support networks 7. Maternal mental health 8. Maternal psychological/cognitive issues 9. Mother-baby relationship 10. Safe sleep 11. Weaning 12. Cultural competency	

Effective: January 2016

	International Board of Lactation Consultant Examiners (IBCLE) International Board Certified Lactation Consultant® (IBCLC®) Detailed Content Outline	# of Items
VI. Techniques		25
<ol style="list-style-type: none"> 1. Effective milk transfer (including medically-indicated supplementation) 2. First hour 3. Latching 4. Managing supply 5. Milk expression 6. Positioning 7. Refusal of breast, bottle 8. Skin-to-skin (Kangaroo care) 9. Test-weighing 		
VII. Clinical Skills		35
A. Equipment and Technology		
<ol style="list-style-type: none"> 1. Feeding devices (e.g., tubes at breast, cups, syringes, teats) 2. Handling and storage of human milk 3. Nipple devices (e.g., shields, everters) 4. Pacifiers 5. Pumps 6. Scales 7. Communication technology 8. Websites 		
B. Education and Communication		
<ol style="list-style-type: none"> 1. Active listening 2. Anticipatory guidance 3. Care plan development and sharing 4. Documentation 5. Educating mothers and families 6. Educating professionals, peers, and students 7. Extending the duration of breastfeeding 8. Emotional support 9. Empowerment 10. Group support 		
C. Ethical and Legal Issues		
<ol style="list-style-type: none"> 1. Breastfeeding in public 2. Clinical competencies 3. Code of Professional Conduct (CPC) 4. Principles of confidentiality 5. WHO code –advocacy and policy 		

Effective: January 2016

 International Board of Lactation Consultant Examiners (IBCLE) International Board Certified Lactation Consultant® (IBCLC®) Detailed Content Outline		# of Items
D. Research		
1. Apply research in practice 2. Appraise and interpret research results 3. Use research to help develop policies and protocols		
E. Public Health and Advocacy		
1. Advocate for Baby-Friendly Hospital Initiative (BFHI) 2. Advocate for compliance with World Health Organization International Code of Marketing of Breast milk Substitutes (WHO Code) 3. Advocate for mother / baby in healthcare system 4. Develop breastfeeding-related policies		
Total Number of Items		175

Approximately half of the items will include images, and these will be administered in the afternoon session; items without images will be administered in the morning session. As supported by the practice analysis results, examination items should generally relate to the key tasks associated with developing a care plan, which include:

1. Assessment
2. Develop a plan
3. Document
4. Evaluate
5. Help mother determine goals
6. History taking
7. Work with other medical providers

Except for those items addressing general principles, items are classified according to the chronological period, using the following guidelines:

CHRONOLOGICAL PERIODS	Target # of Items*
1. Prenatal - maternal	8
2. Labor - maternal / birth - perinatal	9
3. Prematurity	12
4. 0 - 2 days	21
5. 3 - 14 days	21
6. 15 - 28 days	20
7. 1 - 3 months	12
8. 4 - 6 months	12
9. 7 - 12 months	5
10. Beyond 12 months	5
11. General principles (including preconception)	50
Total	175

*Appropriate flexibility will be allowed surrounding these targets.

ANEXO B– Retorno de Consultoria Concluída

IDENTIFICAÇÃO DA CONSULTORIA	
1. Solicitação	
Especialidade:	
Solicitante:	
Data hora sol:	Prescrição:
2. Paciente	
Prontuário:	
Data Nascimento:	Idade:
	Sexo:
Leito:	Data:
	Clínica:
3. Diagnóstico	
4. Motivo	
RETORNO DA CONSULTORIA	
Data hora conhecimento:	
CONDUTA SUGERIDA	



Identificação	
Nome	
Leito:	Mãe:

ANEXO C – Parecer Comitê de Ética em Pesquisa

HOSPITAL DE CLÍNICAS DE
PORTO ALEGRE - HCPA /
UFRGS



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Padrões de Amamentação de Crianças atendidas por equipe de consultoria em aleitamento materno

Pesquisador: ANNELISE DE CARVALHO GONÇALVES

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 55433516.1.0000.5327

Instituição Proponente: Hospital de Clínicas de Porto Alegre

Patrocinador Principal: Hospital de Clínicas de Porto Alegre

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.569.774

Apresentação do Projeto:

Trata-se de um estudo de coorte, com acompanhamento de 231 duplas mães-bebês que tiveram atendimento da equipe de consultoria em aleitamento materno no HCPA. As mães das crianças serão entrevistadas ao completarem 15 dias, 1 mês, 2 meses, 4 meses e 6 meses, visando avaliar a duração e os fatores associados à interrupção do aleitamento materno exclusivo. Serão feitas seis entrevistas com as mães, sendo uma ainda enquanto internada. As demais serão feitas preferencialmente por telefone.

Hipótese:

O tempo de Aleitamento Materno Exclusivo é maior em crianças atendidas pela equipe de consultoria em aleitamento materno.

Hipótese:

O tempo de Aleitamento Materno Exclusivo é maior em crianças atendidas pela equipe de consultoria em aleitamento materno.

A coleta dos dados será realizada em cinco momentos distintos: na maternidade, aos quinze dias do nascimento e ao final do 1o, 2o, 4o e 6o meses de vida do bebê, por meio da aplicação de questionários inicial e de seguimento, todos impressos em papel para serem preenchidos. Na maternidade as mães serão entrevistadas após as primeiras 24 horas do nascimento do bebê. As

Endereço: Rua Ramiro Barcelos 2.350 sala 2227 F
Bairro: Bom Fim **CEP:** 90.035-903
UF: RS **Município:** PORTO ALEGRE
Telefone: (51)3359-7640 **Fax:** (51)3359-7640 **E-mail:** cephcpa@hcpa.edu.br

HOSPITAL DE CLÍNICAS DE
PORTO ALEGRE - HCPA /
UFRGS



Continuação do Parecer: 1.569.774

entrevistas após a alta hospitalar serão realizadas por telefone. Nos casos em que a mãe não for localizada por telefone será realizada visita domiciliar. As duplas serão acompanhadas até o sexto mês de vida dos bebês, enquanto estiverem em aleitamento materno. O período de ingresso dos participantes no estudo será de junho a outubro de 2016, e a coleta de dados por telefone se prolongará até abril de 2017.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

- Identificar os padrões de AM de crianças atendidas pela equipe de consultoria em AM do Hospital de Clínicas de Porto Alegre.
- Identificar os fatores associados à interrupção do aleitamento materno exclusivo de crianças atendidas pela equipe de consultoria em AM do HCPA.

Objetivo Secundário:

- Caracterizar as duplas mãe-bebê internadas no alojamento conjunto, atendidas pela equipe de consultoria em AM;
- Identificar os fatores associados à interrupção do AME nos primeiros seis meses de vida das crianças atendidas pela equipe de consultoria em AM;
- Identificar os fatores associados à introdução de água e/ou chá no primeiro mês de vida das crianças atendidas pela equipe de consultoria em AM;
- Identificar os fatores associados à introdução de leite não humano no primeiro mês de vida das crianças atendidas pela equipe de consultoria em AM;
- Verificar a satisfação e a resolatividade ao motivo do encaminhamento à equipe de consultoria em aleitamento materno, segundo a mãe.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Não são conhecidos os riscos referentes à participação das mães e de seus recém-nascidos na pesquisa, mas poderão ocorrer desconfortos relacionados ao tempo de 10 minutos, destinado a cada entrevista e ao conteúdo das perguntas que abordam o relacionamento delas com os respectivos bebês nas questões da alimentação/amamentação.

Benefícios:

Não haverá benefícios diretos às participantes da pesquisa, mas contribuirá para conhecimento da realidade da amamentação após a alta hospitalar, podendo melhorar a qualidade das orientações fornecidas ainda na internação, visando maior duração do aleitamento materno para outras mães e

Endereço: Rua Ramiro Barcelos 2.350 sala 2227 F
Bairro: Bom Fim **CEP:** 90.035-903
UF: RS **Município:** PORTO ALEGRE
Telefone: (51)3359-7640 **Fax:** (51)3359-7640 **E-mail:** cephcpa@hcpa.edu.br

HOSPITAL DE CLÍNICAS DE
PORTO ALEGRE - HCPA /
UFRGS



Continuação do Parecer: 1.569.774

bebês.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Pesquisa relevante.

A coleta dos dados será realizada em cinco momentos distintos: na maternidade, aos quinze dias do nascimento e ao final do 1o, 2o, 4o e 6o meses de vida do bebê, por meio da aplicação de questionários inicial e de seguimento, todos impressos em papel para serem preenchidos. Na maternidade as mães serão entrevistadas após as primeiras 24 horas do nascimento do bebê. As entrevistas após a alta hospitalar serão realizadas por telefone. Nos casos em que a mãe não for localizada por telefone será realizada visita domiciliar. As duplas serão acompanhadas até o sexto mês de vida dos bebês, enquanto estiverem em aleitamento materno. O período de ingresso dos participantes no estudo será de junho a outubro de 2016, e a coleta de dados por telefone se prolongará até abril de 2017.

Na maternidade

Vinte e quatro horas após o nascimento do bebê, as mães sorteadas serão convidadas a participar do estudo. Após serem esclarecidas sobre os objetivos e etapas da pesquisa, aquelas que concordarem em participar assinarão o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e serão entrevistadas para obtenção de informações sociodemográficas, sobre a gestação, o parto e nascimento, sua família, experiência anterior com amamentação, problemas ou dificuldades para amamentar e atendimento da equipe de consultoria em AM. Nessa ocasião, será preenchido um questionário estruturado em papel exclusivamente para a pesquisa (Apêndice A).

Seguimento

As mães serão entrevistadas por telefone no décimo quinto dia de vida do bebê, aos 30, 60, 120 e 180 dias, quando informarão sobre a alimentação da criança, apoio da família, uso de chupeta/mamadeira, problemas ou dificuldades para amamentar, se procuraram atendimento da equipe de consultoria em AM após a alta, no intervalo entre a última entrevista e a atual (Apêndice B). O tempo máximo para realização das entrevistas será de dois dias após a criança completar as idades estabelecidas para o seguimento.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Apresenta TCLE conforme modelo HCPA.

Endereço: Rua Ramiro Barcelos 2.350 sala 2227 F
Bairro: Bom Fim **CEP:** 90.035-903
UF: RS **Município:** PORTO ALEGRE
Telefone: (51)3359-7640 **Fax:** (51)3359-7640 **E-mail:** cephcpa@hcpa.edu.br

HOSPITAL DE CLÍNICAS DE
PORTO ALEGRE - HCPA /
UFRGS



Continuação do Parecer: 1.569.774

Recomendações:

Nada a recomendar.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

As pendências emitidas para o projeto no parecer 1.534.175 foram adequadamente respondidas pelos pesquisadores, conforme carta de respostas adicionada em 15/05/2016. Não apresenta novas pendências.

Considerações Finais a critério do CEP:

Lembramos que a presente aprovação (versão projeto e TCLE de 15/05/2016, e demais documentos que atendem às solicitações do CEP) refere-se apenas aos aspectos éticos e metodológicos do projeto. Para que possa ser realizado o mesmo deve estar cadastrado no sistema WebGPPG em razão das questões logísticas e financeiras.

O projeto somente poderá ser iniciado após aprovação final da Comissão Científica, através do Sistema WebGPPG.

Qualquer alteração nestes documentos deverá ser encaminhada para avaliação do CEP. Informamos que obrigatoriamente a versão do TCLE a ser utilizada deverá corresponder na íntegra à versão vigente aprovada.

A comunicação de eventos adversos classificados como sérios e inesperados, ocorridos com pacientes incluídos no centro HCPA, assim como os desvios de protocolo quando envolver diretamente estes pacientes, deverá ser realizada através do Sistema GEO (Gestão Estratégica Operacional) disponível na intranet do HCPA.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_702714.pdf	15/05/2016 20:16:13		Aceito
Outros	RESPOSTAAOPARECERCONSUBSTANCIADO15_05_2016.docx	15/05/2016 20:15:12	ANNELISE DE CARVALHO GONCALVES	Aceito
Outros	INSTRUMENTOSDECOLETADEDADOS15052016.pdf	15/05/2016 20:13:57	ANNELISE DE CARVALHO GONCALVES	Aceito
TCLE / Termos de	TCLE15052016.pdf	15/05/2016	ANNELISE DE	Aceito

Endereço: Rua Ramiro Barcelos 2.350 sala 2227 F
Bairro: Bom Fim **CEP:** 90.035-903
UF: RS **Município:** PORTO ALEGRE
Telefone: (51)3359-7640 **Fax:** (51)3359-7640 **E-mail:** cephcpa@hcpa.edu.br

HOSPITAL DE CLÍNICAS DE
PORTO ALEGRE - HCPA /
UFRGS



Continuação do Parecer: 1.569.774

Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE15052016.pdf	20:11:39	CARVALHO GONÇALVES	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	ProjetoAleitamentoMaternoCOORTEFIN AL15maio2016.pdf	15/05/2016 20:10:25	ANNELISE DE CARVALHO GONÇALVES	Aceito
Outros	Autorizacaodaarea.pdf	22/04/2016 17:03:07	ANNELISE DE CARVALHO GONÇALVES	Aceito
Outros	Termousodedados.pdf	22/04/2016 16:59:20	ANNELISE DE CARVALHO GONÇALVES	Aceito
Outros	formulariodedelegacaodefunes.pdf	22/04/2016 16:57:03	ANNELISE DE CARVALHO GONÇALVES	Aceito
Folha de Rosto	Folhaderosto.pdf	22/04/2016 16:51:34	ANNELISE DE CARVALHO GONÇALVES	Aceito
Orçamento	ORCAMENTO.pdf	22/04/2016 16:48:38	ANNELISE DE CARVALHO GONÇALVES	Aceito
Cronograma	CRONOGRAMA.pdf	22/04/2016 16:48:00	ANNELISE DE CARVALHO GONÇALVES	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

PORTO ALEGRE, 01 de Junho de 2016

Assinado por:
Marcia Mocellin Raymundo
(Coordenador)

Endereço: Rua Ramiro Barcelos 2.350 sala 2227 F
Bairro: Bom Fim **CEP:** 90.035-903
UF: RS **Município:** PORTO ALEGRE
Telefone: (51)3359-7640 **Fax:** (51)3359-7640 **E-mail:** cephcpa@hcpa.edu.br

ANEXO D – Parecer da Comissão Científica

**HCPA - HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE
GRUPO DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO**

COMISSÃO CIENTÍFICA

A Comissão Científica do Hospital de Clínicas de Porto Alegre analisou o projeto:

Projeto: 160227

Data da Versão do Projeto: 02/05/2016

Pesquisadores:

ANNELISE DE CARVALHO GONCALVES
VANESSA APARECIDA GASPARIN
JULIANA KARINE RODRIGUES STRADA
LILIAN CORDOVA DO ESPIRITO SANTO
LUCIANA OLINO

Título: PADRÕES DE AMAMENTAÇÃO DE CRIANÇAS ATENDIDAS POR EQUIPE DE CONSULTORIA EM ALEITAMENTO MATERNO

Este projeto foi **APROVADO** em seus aspectos éticos, metodológicos, logísticos e financeiros para ser realizado no Hospital de Clínicas de Porto Alegre.
Esta aprovação está baseada nos pareceres dos respectivos Comitês de Ética e do Serviço de Gestão em Pesquisa.

- Os pesquisadores vinculados ao projeto não participaram de qualquer etapa do processo de avaliação de seus projetos.
- O pesquisador deverá apresentar relatórios semestrais de acompanhamento e relatório final ao Grupo de Pesquisa e Pós-Graduação (GPPG)

Porto Alegre, 09 de junho de 2016.

Prof. José Roberto Goldim
Coordenador CEP/HCPA

ANEXO E – Aprovação do projeto maior pela COMPESQ

Dados Gerais:

Projeto Nº:	31093	Título:	PADROES DE AMAMENTAÇÃO DE CRIANÇAS ATENDIDAS POR EQUIPE DE CONSULTORIA EM ALEITAMENTO MATERNO		
Área de conhecimento:	Enfermagem	Início:	01/06/2016	Previsão de conclusão:	31/07/2018
Situação:	Projeto em Andamento				
Origem:	Escola de Enfermagem Programa de Pós-Graduação em Enfermagem	Projeto da linha de pesquisa: Cuidado de enfermagem na saúde da mulher, criança, adolescente e família			
Local de Realização:	não informado				
Não apresenta relação com Patrimônio Genético ou Conhecimento Tradicional Associado.					
Objetivo:	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p>Identificar os padrões de AM de crianças atendidas pela equipe de consultoria em AM do Hospital de Clínicas de Porto Alegre. Identificar os fatores associados à interrupção do aleitamento materno exclusivo de crianças atendidas pela equipe de consultoria em AM do HCPA. Estudo de Coorte.</p> </div>				

Palavras Chave:

ALEITAMENTO MATERNO
CONSULTORIA EM ALEITAMENTO MATERNO

Equipe UFRGS:

Nome: ANNELISE DE CARVALHO GONCALVES
Coordenador - Início: 01/06/2016 Previsão de término: 31/07/2018
Nome: LILLIAN CORDOVA DO ESPIRITO SANTO
Coordenador - Início: 01/06/2016 Previsão de término: 31/07/2018
Nome: JULIANA KARINE RODRIGUES STRADA
Técnico: Entrevistador - Início: 01/06/2016 Previsão de término: 31/07/2018
Nome: LUCIANA OLINO
Técnico: Entrevistador - Início: 01/06/2016 Término: 31/07/2016
Nome: Vanessa Aparecida Gasparin
Outra: Aluno de Mestrado - Início: 01/06/2016 Previsão de término: 31/07/2018
Nome: THAÍS BETTI
Técnico: Entrevistador - Início: 01/07/2016 Previsão de término: 31/07/2018

Avaliações:

Comissão de Pesquisa de Enfermagem - Aprovado em 24/08/2016 [Clique aqui para visualizar o parecer](#)

Anexos:

Projeto Completo	Data de Envio: 19/04/2016
Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	Data de Envio: 19/04/2016
Outro	Data de Envio: 19/04/2016
Documento de Aprovação	Data de Envio: 02/08/2016

ANEXO F – Aprovação da presente pesquisa pela COMPESQ

Dados Gerais:

Projeto Nº:	33370	Título:	FATORES ASSOCIADOS A INTERRUPÇÃO DO ALEITAMENTO MATERNO EXCLUSIVO EM BINÔMIOS ATENDIDOS POR EQUIPE DE CONSULTORIA EM AMAMENTAÇÃO		
Área de conhecimento:	Enfermagem Obstétrica	Início:	30/06/2017	Previsão de conclusão:	30/12/2018
Situação:	Projeto em Andamento				
Origem:	Escola de Enfermagem Programa de Pós-Graduação em Enfermagem	Projeto da linha de pesquisa: Cuidado de enfermagem na saúde da mulher, criança, adolescência e família			
Local de Realização:	não informado				
Não apresenta relação com Patrimônio Genético ou Conhecimento Tradicional Associado.					
Objetivo:	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p>Identificar a prevalência e os fatores associados à interrupção do AME no primeiro mês de vida de binômios mãe-bebê atendidos pela equipe de consultoria em AM do Hospital de Clínicas de Porto Alegre/RS.</p> </div>				

Palavras Chave:

ALEITAMENTO MATERNO, FATORES ASSOCIADOS

Equipe UFRGS:

Nome: LILIAN CORDOVA DO ESPIRITO SANTO
 Coordenador - Início: 30/06/2017 Previsão de término: 30/12/2018
Nome: Vanessa Aparecida Gasparin
 Outra: Aluno de Mestrado - Início: 30/06/2017 Previsão de término: 30/12/2018

Avaliações:

Comissão de Pesquisa de Enfermagem - Aprovado em 26/07/2017 [Clique aqui para visualizar o parecer](#)

Anexos:

[Projeto Completo](#)

Data de Envio: 01/06/2017

**ANEXO G– Termo de Compromisso Para Utilização de Dados Institucionais –
HCPA**



Grupo de Pesquisa e Pós-Graduação

Termo de Compromisso para Utilização de Dados Institucionais

Título do Projeto

PADRÕES DE AMAMENTAÇÃO DE CRIANÇAS ATENDIDAS POR EQUIPE DE CONSULTORIA EM ALEITAMENTO MATERNO	Cadastro no GPPG 160227
--	---

Os pesquisadores do presente projeto se comprometem a preservar as informações institucionais que serão coletadas em bases de dados do Hospital de Clínicas de Porto Alegre. Concordam, igualmente, que estas informações serão utilizadas única e exclusivamente para execução do presente projeto. As informações somente poderão ser divulgadas em atividades acadêmicas e científicas, no contexto do projeto de pesquisa aprovado.

Porto Alegre, 22 de maio de 2017.

Nome dos Pesquisadores	Assinatura
Annelise de Carvalho Gonçalves	
Lilian Cordova do Espírito Santo	
Vanessa Aparecida Gasparin	
Juliana Karine Rodrigues Strada	
Thais Betti	
Bruna Alibio Moraes	