

Hospital de Clínicas de Porto Alegre - HCPA

Programa de Residência Integrada Multiprofissional em Saúde Atenção Materno  
Infantil - Fonoaudiologia

Taís Rosa de Oliveira

Dificuldade no Aleitamento Materno nos primeiros dias de vida do recém-nascido

Porto Alegre

2020

Taís Rosa de Oliveira

Dificuldade no Aleitamento Materno nos primeiros dias de vida do recém-nascido

Trabalho de Conclusão de Programa de Residência Integrada Multiprofissional em Saúde tem como requisito parcial à obtenção do título de Especialização em Atenção Materno Infantil do Hospital de Clínicas de Porto Alegre

Orientador: Lauren Medeiros Paniagua

Porto Alegre

2020

## RESUMO

Objetivo: Identificar as dificuldades iniciais relacionadas à díade durante o processo de amamentação, que influenciam na adesão ao AME nos primeiros dias de vida durante a internação na Unidade de Internação Obstétrica (UIO). Método: Trata-se de uma pesquisa preliminar de caráter transversal retrospectiva. Os pacientes incluídos nesse estudo correspondem a amostra de conveniência de admissão na rotina da UIO, que permaneceram internados com necessidade de consultoria para o AM e mães que tivessem interesse e vontade em realizar o AM. A coleta de dados referente ao atendimento fonoaudiológico foi obtida pelo prontuário eletrônico dos participantes e por avaliações à beira leito. As avaliações realizadas foram de observação da mamada e referente ao comportamento motor oral. Resultados: Setenta e seis duplas mães/bebês foram incluídos na pesquisa, onde foram avaliados entre 14 e 82 horas de vida. O protocolo foi aplicado em apenas setenta e um bebês por conta do estado de consciência. Dos cinco aspectos avaliados tivemos 22,4%(n = 17) posição, 34,2%(n= 26) resposta da dupla, 1,3% (n= 1) laços, 40,8% (n= 31) anatomia e 39,5% (n= 30) como resultado ruim/regular. Conclusão: O uso do protocolo de observação da mamada (Carvalho et. al, 2003) nos auxiliou a identificar os aspectos mais desfavoráveis para o AM, mas foi possível observar que existem dificuldades oriundas do bebê, da mãe e até mesmo fatores clínicos que podem estar relacionados à necessidade de uso de fórmulas lácteas durante os primeiros dias de vida.

**Palavras - chaves:** Aleitamento Materno; Desmame; comportamento do lactente; comportamento materno.

## ABSTRACT

**Purpose:** Identify the initial difficulties related to the dyad during the breastfeeding process, which influences adherence to EBF in the first days of life while hospitalized in the Inpatient Unit Obstetric (IIO). **Method:** This is a preliminary cross-sectional retrospective survey. The patients included in this study correspond to the convenience sample for admission to IIO, that remained hospitalized in need of consultancy for BF and mothers who were interested and willing to perform BF. Data collection related to fonoaudiologic care was done through the patients' electronic medical records and bedside assessments. The evaluations carried out were of observation of breastfeeding and referring to oral motor behavior. **Results:** Seventy-six mother / baby pairs were included in the survey, where they were assessed between 14 and 82 hours of life. The protocol was applied to only seventy-one babies due to the state of consciousness. Of the five aspects evaluated, we had 22.4% (n = 17) position, 34.2% (n = 26) duo response, 1.3% (n = 1) ties of affection, 40.8% (n = 31) anatomy and 39.5% (n = 30) as a poor / regular result. **Conclusion:** The use of the protocol (Carvalhoes et. al, 2003) helped us to identify the most unfavorable aspects for BF, but it was possible to observe that there are difficulties for the baby, the mother and even clinical factors that may be related to the need to use milk formulas during the first days of life.

**Key words:** Breast Feeding; Weaning; infant behavior; maternal behavior.

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

**RN:** Recém-nascido

**LM:** Leite materno

**AM:** Aleitamento materno

**AME:** Aleitamento materno exclusivo

**UNICEF:** Fundo das Nações Unidas para a Infância

**NOMAS:** Oral-Motor Assessment Scale

**IBFAT:** Infant Breastfeeding Assessment Tool

**PIBBS:** Preterm Infant Breastfeeding Behavior Scale

**OMS:** Organização Mundial de Saúde

**UIO:** Unidade de Internação Obstétrica

**IG:** Idade Gestacional

**PIG:** Pequeno para idade gestacional

**AIG:** Adequado para idade gestacional

**GIG:** Grande para a idade gestacional

**CEP:** Comitê de Ética em Pesquisa

**TCL:** Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO</b>	<b>6</b>
1.1 JUSTIFICATIVA	7
1.2 PROBLEMA DE PESQUISA	7
1.3 QUESTÃO NORTEADORA	7
<b>2 REVISÃO DE LITERATURA</b>	<b>8</b>
2.1 ALEITAMENTO MATERNO	8
2.2 FISIOLOGIA	10
2.3 INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DA MAMADA	12
<b>2.4 FATORES QUE INFLUENCIAM NO ALEITAMENTO MATERNO</b>	<b>12</b>
2.5 SUPLEMENTAÇÃO DE RECÉM-NASCIDOS DE BAIXO RISCO	13
2.6 CLASSIFICAÇÃO DOS RECÉM-NASCIDOS	14
<b>4 OBJETIVOS</b>	<b>16</b>
4.1 OBJETIVO GERAL	16
4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	16
<b>5 METODOLOGIA</b>	<b>17</b>
5.1 TIPO DE ESTUDO	17
5.2 LOCAL DE ESTUDO	17
5.3 SELEÇÃO DA AMOSTRA	17
5.3.1 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO	17
5.3.2 CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO	17
5.4 COLETA DE DADOS	18
5.5 ANÁLISE DOS DADOS	20
5.6 CÁLCULO AMOSTRAL	20
<b>6 RESULTADO</b>	<b>21</b>
<b>7 CONCLUSÃO</b>	<b>46</b>
<b>8 REFERÊNCIAS</b>	<b>47</b>
<b>9 APÊNDICE</b>	<b>50</b>
APÊNDICE A - Formulário de coleta de dados e Avaliação da SNN	50
<b>10. ANEXO</b>	<b>51</b>
ANEXO A - Termo de Compromisso para Utilização de Dados.	51
ANEXO B - Termo de Compromisso para Utilização de Dados Institucionais.	52
ANEXO C - Protocolo de observação da mamada (Carvalhoes et. al 2013).	52

## 1 INTRODUÇÃO

O aleitamento materno (AM) é muito mais do que um simples mecanismo de nutrição para atender as necessidades metabólicas de um ser em crescimento e desenvolvimento, pois envolve fatores fisiológicos, cognitivos, econômicos, sociais e principalmente emocionais da díade mãe/bebê. Embora seja um processo natural, o AM pode não ser encarado com facilidade por algumas mulheres, tendo em vista que envolve diversos fatores, não só relacionados às condições clínicas e anatômicas, mas também fatores emocionais, educacionais, culturais, histórico e subjetivo de cada indivíduo (VIEIRA, et. al 2015).

No processo de amamentação podem surgir dificuldades nos primeiros dias de vida do recém-nascido (RN), que prejudicam a boa prática do AM por parte da mãe e/ou do bebê, podendo motivar o desmame precoce ou levar à introdução de alimentos menos indicados ao RN. Por parte das mães, algumas das dificuldades mais apontadas nos estudos estão relacionadas ao retorno precoce ao trabalho, depressão pós-parto, mastite, fissuras, uso de drogas tanto ilícitas quanto farmacológicas, ingurgitamento mamário, dor/trauma mamilar, infecção mamilar por *Staphylococcus aureus*, candidíase, fenômeno de *Raynaud*, bloqueio de ductos lactíferos, abscesso mamário e galactocele, além da hipogalactia ou produção insuficiente de leite e entre outros fatores (BARBOSA et. al., 2017). O RN, por sua vez tem como obstáculos fatores relacionados às dificuldades na pega, movimentos orais atípicos (disfunções orais) durante a mamada que podem ocasionar problemas decorrentes de alterações temporárias do próprio funcionamento oral, ou mesmo algumas características particulares anatômicas que atrapalham o encaixe adequado entre a boca do bebê e o seio materno, além de fatores iatrogênicos (ALVARENGA et al., 2017).

As dificuldades para o início da amamentação podem acabar interferindo na adesão ao aleitamento materno exclusivo (AME) até os seis meses de vida do RN. Tendo em vista que a prática do AME proporciona diversos benefícios. Dentre eles, estão incluídas as vantagens na proteção das vias aéreas, vias respiratórias e do trato gastrointestinal contra doenças infecciosas. O leite materno (LM) é livre de contaminação, contribui para o ganho de peso necessário

para o bom desenvolvimento do RN e promove o vínculo entre mãe e bebê (BRANDÃO et. al., 2016).

Assim, compreender as dificuldades que são mais comuns no início do estabelecimento do AM, contribui para identificar estratégias assistenciais que possam evitar ou contornar tais problemas, diminuindo o risco do desmame precoce (MORAES et. al., 2016).

Por este motivo, o presente estudo visa identificar as dificuldades iniciais relacionadas à díade durante o processo de amamentação, que influenciam na adesão ao AME nos primeiros dias de vida, durante a internação na Unidade de Internação Obstétrica de um hospital amigo da criança do sul do país.

### 1.1 JUSTIFICATIVA

São poucos os estudos que avaliam as dificuldades relacionadas ao AM nos primeiros dias de vida do RN. Portanto, tendo em vista os inúmeros benefícios que o AME gera, tanto para a saúde da mãe quanto para a do bebê, compreender os fatores que mais interferem nessa prática possibilita aos profissionais da área da saúde buscar estratégias para intervir e possuir um olhar mais apurado em relação a formas de manejo para contornar essas dificuldades, melhorando assim os índices de alta hospitalar com AME.

### 1.2 PROBLEMA DE PESQUISA

Quando a díade possui fatores desfavoráveis para o AME nos primeiros dias de vida do RN, apresenta uma maior possibilidade de alta com uso de fórmula?

### 1.3 QUESTÃO NORTEADORA

Quando a díade, mãe e bebê apresentam fatores desfavoráveis para o aleitamento materno exclusivo, ocasiona uma maior possibilidade de alta hospitalar com uso de complemento.



## 2 REVISÃO DE LITERATURA

### 2.1 ALEITAMENTO MATERNO

O AM deve ser realizado de forma exclusiva até o sexto mês de vida de acordo com a recomendação alimentar da Organização Mundial de Saúde (OMS) (BINNS. et al., 2016), tendo em vista seus inúmeros benefícios que vão além dos aspectos nutricionais, mas também para a prevenção de doenças infecciosas e da obesidade na infância (HORTA. et al. 2015).

Diversos estudos comprovaram cientificamente que o AME é o padrão ouro como forma de nutrição infantil. Ainda que com apoio de diversas organizações nacionais e internacionais, com o intuito de buscar melhorar os índices de AM, o Brasil apresenta prevalências bastante ínfimas, ainda mais relacionadas ao AME. Os profissionais da saúde apresentam um papel indispensável para a mudança desse cenário, por isso a necessidade de estarem preparados, já que por mais capacitados que eles estejam nos aspectos técnicos relacionados à lactação, o seu trabalho de promoção e apoio ao AM não serão bem sucedidos se eles não possuírem um olhar atento e abrangente, sempre levando em consideração os aspectos emocionais, culturais, familiares, a rede social de apoio à mulher, entre outros fatores que influenciam neste processo (DELLEN et al. 2019; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2009).

Segundo o caderno de alimentação (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2009), as definições de AM adotadas pela OMS são reconhecidas no mundo inteiro (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2007), sendo classificadas em:

- Aleitamento materno exclusivo – quando a criança recebe somente leite materno, direto da mama ou ordenhado, ou leite humano de outra fonte, sem outros líquidos ou sólidos, com exceção de gotas ou xaropes contendo vitaminas, sais de reidratação oral, suplementos minerais ou medicamentos.

- Aleitamento materno predominante – quando a criança recebe, além do leite materno, água ou bebidas à base de água (água adoçada, chás, infusões e sucos de frutas).
- Aleitamento materno – quando a criança recebe leite materno (direto da mama ou ordenhado), independentemente de receber ou não outros alimentos.
- Aleitamento materno complementado – quando a criança recebe, além do leite materno, qualquer alimento sólido ou semissólido com a finalidade de complementá-lo, e não substituí-lo.
- Aleitamento materno misto ou parcial – quando a criança recebe leite materno e outros tipos de leite.

Historicamente, foi possível observar o aumento do desmame precoce mediante a inserção da mulher no mercado de trabalho e a pluralidade de leites industrializados presentes no comércio. Por conta disto, o Brasil criou o Programa Nacional de Aleitamento Materno ao qual fomenta estratégias para melhorar o índice de AM, por meio de políticas, os estudos apontam a expansão da prática da amamentação exclusiva em crianças entre zero a seis meses de vida e o aumento da duração mediana da amamentação, aproximando-se das recomendações da OMS (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2009). Porém, apenas quatro em cada dez bebês no mundo são alimentados exclusivamente com o leite materno nos primeiros seis meses de vida, conforme recomendado pela OMS (SIQUEIRA et. al., 2017).

A estatística relacionada à prevalência de AME foi divulgada pelo Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF), onde as nações ricas registram as menores taxas de amamentação exclusiva para o início da vida. Nos países de renda média e alta, 23,9% das crianças são alimentadas somente com o leite da mãe em seu primeiro semestre após o nascimento. O índice representa uma queda na comparação com 2012, quando a taxa chegava a 28,7%. No Brasil o índice foi estimado em 38,6%, de acordo com o UNICEF e a OMS. A forma de interpretar os índices, segundo a OMS, é considerar os seguintes indicadores:

muito bom na faixa de 90% a 100%, bom de 50% a 89%, razoável de 12% a 49% e ruim de 0% a 11% (KYUNG, et al., 2019; RODRIGUES, et al. 2019).

## 2.2 FISILOGIA

A anatomia das mamas modifica-se quando estão no processo de lactação, passando por processos divididos por fases, sempre decorrentes da mudança hormonal, onde o estrogênio está relacionado às ramificações dos ductos lactíferos e o progesterônio, pela formação dos lóbulos. Diversos hormônios atuam para o desenvolvimento e manutenção do AM, tendo em vista que a secreção láctea inicia após 16 semanas de gravidez (CHOWDHURY, R et al., 2015; COSTA, et al. 2010).

A “descida do leite” pode ocorrer mesmo sem o estímulo da sucção do bebê, mas para estimular a descida e manutenção da produção do LM a melhor forma de realizá-la é com a sucção do RN no peito a qual estimula a prolactina que atua para a produção do leite, além de outros fatores. Por outro lado, a dor, o desconforto, o estresse, a ansiedade, o medo, a insegurança e a falta de autoconfiança podem inibir a liberação da ocitocina, prejudicando a saída do leite da mama. Nos primeiros dias após o parto entre o terceiro e quinto dia, a secreção do leite é pequena e vai aumentando gradativamente: cerca de 40-50 ml no primeiro dia, 300-400 ml no terceiro dia, 500-800 ml no quinto dia, em média (COSTA, et al. 2010; RODRIGUES, S. et al. 2019; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2019)

A composição do LM sofre várias modificações no decorrer da lactação, dividida em três formas: colostro, leite de transição e leite maduro. O colostro é secretado entre o primeiro e sétimo dia após o parto, sendo este responsável por estimular o sistema imune, modular a maturação e a função do trato gastrointestinal, além de contribuir para uma microbiota saudável (SILVA, et al. 2017; AMARAL et al. 2019).

A amamentação está diretamente relacionada com as funções de sucção e deglutição, que são coordenadas com a respiração (BARBOSA et al. 2017;

NADAL et al. 2017). A técnica de amamentação que é referente a maneira em que a díade se comporta durante esse processo, como a forma de posicionamento, pega e sucção do RN é de extrema importância para uma adequada extração do leite (BARBOSA, et al. 2017; KAO, et al. 2011).

Através da sucção na mama, nos primeiros meses de vida, o RN poderá desenvolver adequadamente os órgãos fonoarticulatórios (lábios, língua, mandíbula, maxila, bochechas, palato mole, palato duro, soalho da boca, musculatura oral e arcadas dentárias) e as funções exercidas por eles. Para uma sucção correta, o RN deve apresentar os seguintes aspectos: reflexo de busca e de sucção, vedamento labial, movimentação de língua e mandíbula, coordenação sucção- deglutição-respiração e ritmo de sucção. Esses movimentos permitem uma variação na pressão intra-oral, fundamentais na extração e na condução do leite (NADAL, et al. 2017; BARBOSA, et al. 2017).

O mecanismo de sucção inicia-se com o reflexo de procura. Esse reflexo é um precursor para a pega correta, pois quando os lábios ou as bochechas são estimulados, a criança move sua face em direção ao estímulo e ocorre abertura da boca e protrusão da língua. A pega adequada da aréola e do mamilo é um dos fatores essenciais para a movimentação correta das estruturas orais durante a mamada, onde o lábio inferior deve estar evertido, possibilitando que a língua avance até a linha da gengiva. Quando o RN suga apenas o mamilo, ocorre uma sucção ineficaz e maior possibilidade de fissuras mamilares (ALVES et al. 2019).

O RN saudável apresenta algumas características orais que facilitam a amamentação. Elas correspondem à presença de depósito de tecido gorduroso localizado nas bochechas (*sucking pads*), pequeno espaço intraoral, retração da mandíbula (permitindo que a língua preencha toda a cavidade oral e realize o movimento de extensão-retração), não dissociações entre os movimentos de língua e mandíbula, proximidade do palato/epiglote e respiração nasal. Portanto, ao sugar no seio materno, a criança estabelece o padrão adequado de respiração nasal e postura correta da língua. Considera-se que durante a sucção no seio materno, os músculos envolvidos estão sendo adequadamente estimulados, aumentando o tônus e promovendo a postura correta para futuramente exercer a

função de mastigação (ALMEIDA et al. 2018).

### **2.3 INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DA MAMADA**

Existem diversos instrumentos que foram criados e testados com o objetivo de avaliar o desempenho do AM. Alguns são mais difundidos como o LATCH Assessment, Neonatal Oral-Motor Assessment Scale (NOMAS), Infant Breastfeeding Assessment Tool (IBFAT), Preterm Infant Breastfeeding Behaviour Scale (PIBBS), Protocolo de Observação da mamada (UNICEF). Estes instrumentos envolvem elementos essenciais na avaliação da mamada: comportamento do bebê, comportamento da mãe, posicionamento, pega, sucção efetiva, aspecto da mama e a experiência do aleitamento na percepção da mãe (VIEIRA et al. 2015; CARVALHAES et al. 2003).

Mesmo tendo inúmeras formas de avaliar o AM, a utilização de protocolos na prática clínica não é ainda difundida, sendo mais utilizado em pesquisas científicas. Por mais que estudos demonstrem que o aconselhamento face a face seja primordial para o processo AME, é de suma importância identificar precocemente os possíveis fatores envolvidos no insucesso da amamentação (OLIVEIRA et al, 2019; BARBOSA et al., 2017; CARVALHAES et al. 2003).

Com objetivo de capacitar os profissionais da saúde a desenvolverem habilidades clínicas no manejo da lactação, a OMS juntamente com a UNICEF montou uma avaliação que é considerada como padrão ouro. Nela é recomendada a utilização de uma ficha de avaliação da mamada como estratégia de monitorização e identificação das dificuldades iniciais com a técnica da amamentação. Embora seja pouco utilizado, esse instrumento permite avaliar comportamentos favoráveis ou não em relação à amamentação, incluindo a postura da mãe e do RN, as respostas da dupla ao iniciarem a mamada, o estabelecimento de laços afetivos, as características da sucção, as condições anatômicas da mama e a duração e o encerramento da mamada (MOSELE et, al. 2014).

## **2.4 FATORES QUE INFLUENCIAM NO ALEITAMENTO MATERNO**

Para a prática do AM e manutenção do mesmo, é necessário que a mãe sinta-se tranquila e confiante consigo mesma e com o manejo do bebê. Portanto, receber apoio e ajuda relacionada às dificuldades que podem vir a surgir é extremamente importante. Uma má técnica de AM dificulta a sucção e o esvaziamento da mama, podendo vir a afetar na produção do leite e acabando pela introdução de outros alimentos, sendo este um dos fatores para o desmame precoce (OLIVEIRA, et al. 2018).

Alguns aspectos que envolvem a sucção no SM devem ser vistos pelos profissionais de forma mais cuidadosa e avaliados com atenção, para uma melhor qualidade na prática de promoção da amamentação. Na maternidade é possível observar comportamentos indesejáveis que são potenciais fatores de risco para o desmame, como por exemplo: presença de dor mamilar, ingurgitamento mamário, lesão mamilar, fadiga e sensação de cansaço. Estas condições são indicativas de dificuldades com a técnica da amamentação, comumente citadas nas primeiras 24 horas pós-parto (MEDEIROS, et al. 2017; BARBOSA, 2017, BRASIL, 2019). Além dessas, outras circunstâncias podem estar relacionadas com as dificuldades iniciais, como os fatores emocionais e de rede familiar, que nem sempre são levados em consideração pelos profissionais da área da saúde quando falamos em dificuldade na amamentação, decorrente de vários motivos como a crença de algumas nutrizas na produção insuficiente de leite, na dificuldade de pega da mama, nas condições extremas de nascimento de alguns bebês e nas diversas intercorrências mamárias, podendo surgir no pós-parto associados à falta de confiança e aos conselhos de familiares e amigos, mãe adolescente, uso de chupeta, insucesso em amamentação anterior (BARBOSA, et al. 2017; ALVARENGA, et al. 2017).

## **2.5 SUPLEMENTAÇÃO DE RECÉM-NASCIDOS DE BAIXO RISCO**

A iniciativa do Programa Nacional de Incentivo ao Aleitamento Materno tem como uma das suas propostas, a Iniciativa do Hospital Amigo da Criança, onde o hospital adquire este título por cumprir com os Dez passos para o sucesso do

aleitamento materno. O sexto passo diz respeito a não oferecer nenhum alimento além do LM, ao menos que tenha indicação médica para a utilização de fórmulas lácteas (MEIRELLES, et al. 2016).

Alguns fatores podem levar a necessidade da utilização de suplementação como: hipoglicemia, geralmente devido ao baixo peso (< 2.500g) e por consequência da diabetes gestacional que pode acarretar no hiperinsulinismo; doenças que contra indiquem o LM como HIV; percentual de perda de peso a mais do que o esperado (MEIRELLES, et al. 2016).

Além dos critérios recomendados para a utilização de fórmula, outros achados são passíveis à utilização, mas podem ter efeito negativo na adesão ao AM, como por exemplo, uma baixa produção do LM ou demora para a “descida do leite”. Neste quadro, tendo em vista que o estímulo da produção do leite está ligado à sucção, o uso de fórmula prejudica o AM, pois provoca menor ida ao peito. Também pode ocorrer quando o RN apresenta um padrão incorreto na pega, apresenta desempenho insatisfatório na mamada, onde muitas vezes a suplementação é utilizada como forma de contornar a situação, podendo levar ao desmame precoce (MEIRELLES et al. 2016; MEZZACAPPA et al. 2015).

## **2.6 CLASSIFICAÇÃO DOS RECÉM-NASCIDOS**

Um das formas mais importante de classificação é através da idade gestacional (IG), que é um dos pontos a serem observados quando falamos em prontidão para amamentação, onde são considerados recém-nascidos pré- termo nascidos vivos inferior a 37 semanas, a Termo nascidos entre 37 e 41 semanas (TENÓRIO, et al. 2019). Contudo, a idade gestacional, como critério isolado, é um indicador de prontidão considerado superficial para a Fonoaudiologia, ainda mais relacionado aos recém- nascidos pré-termo na característica para a sucção, porque há entre estes uma considerável variabilidade, uma vez que alguns podem iniciar a alimentação oral com 32 semanas, enquanto outros só estarão prontos a partir da 36a semana. É necessário, então, antes de introduzir a sucção no seio, saber se o bebê pode coordenar o mecanismo sucção/deglutição/respiração, o que deve ser feito durante a alimentação por gavagem, dedo enluvado na sua

boca, com o objetivo de estimular a sucção não nutritiva. (OTTO et. al. 2017; CALEGARI et al. 2016).

Os lactentes prematuros tardios correm um risco acrescido de morbidade neonatal, podendo apresentar um ou mais quadros de saúde a curto e longo prazo: hipoglicemia, hipotermia, icterícia, dificuldades na alimentação oral, readmissão no hospital, taquipneia transitória, atrasos no desenvolvimento neurológico, mortalidade, entre outros (PRADE. 2016).

Além da classificação dos RN em relação a sua idade gestacional, outra forma de classificação do RN é pela relação peso em relação à idade gestacional, denominada índice, em que permite identificar risco para algumas afecções. Os RNs com índices localizados abaixo do percentil 10 têm uma maior frequência de afecções como asfixia neonatal, síndrome do desconforto respiratório, distúrbios metabólicos, hiperbilirrubinemia grave, sepse, pneumonia congênita, entre outras afecções perinatais. Como forma de calcular, é utilizado o método de Capurro, uma curva de crescimento intrauterino própria para essa população onde são classificados como pequenos (PIG), apropriados (AIG) ou grandes para a IG (GIG) (KALE et al. 2018).



## **4 OBJETIVOS**

### **4.1 OBJETIVO GERAL**

- Descrever os comportamentos favoráveis e indicativos de dificuldades relacionados a díade, mãe e bebê, no aleitamento materno nos primeiros dias de vida do recém-nascido.

### **4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- Identificar os comportamentos favoráveis e indicativos de dificuldades relacionados à posição do bebê.
- Descrever os comportamentos favoráveis e indicativos de dificuldades relacionados à resposta do bebê durante a amamentação.
- Identificar os comportamentos favoráveis e indicativos de dificuldades relacionados ao estabelecimento de laços afetivos.
- Verificar os comportamentos favoráveis e indicativos de dificuldades relacionados à anatomia das mamas.
- Identificar os comportamentos favoráveis e indicativos de dificuldades relacionados à sucção do bebê no seio materno.
- Descrever o padrão de sucção não nutritiva no dedo enluvado.
- Identificar o perfil das mães que apresentam dificuldades no aleitamento materno.
- Verificar o desfecho alimentar na alta hospitalar.

## **5 METODOLOGIA**

### **5.1 TIPO DE ESTUDO**

Trata-se de uma pesquisa preliminar de caráter transversal retrospectiva, a qual faz parte de um Trabalho de Conclusão de Residência Multiprofissional em Atenção Materno Infantil de um Hospital Amigo da Criança do Sul do Brasil.

### **5.2 ASPECTO ÉTICO**

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), do Hospital de Clínicas de Porto Alegre - HCPA, sob no. 63084516.9.0000.5335

### **5.3 LOCAL DE ESTUDO**

Os pacientes incluídos na pesquisa correspondem à amostra de conveniência de admissão na rotina da internação na Unidade de Internação Obstétrica (UIO) do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA). Foram utilizados dados retrospectivos, onde está previsto a continuidade até Outubro de 2021.

### **5.4 SELEÇÃO DA AMOSTRA**

A população é composta por duplas de mãe e bebê às quais foram solicitadas consultoria do AM pela equipe médica e/ou assistencial na UIO do HCPA.

#### **5.4.1 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO**

Como critérios de inclusão: mães e bebês de até nos primeiros dias de vida ainda na internação do hospital em estudo, idade gestacional de 36 à 42 semanas, mães que demonstrem interesse e vontade em realizar o AM, apresentem dificuldade no AME com necessidade de consultoria do aleitamento materno.

#### **5.4.2 CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO**

Como critérios de exclusão: mulheres portadoras de comorbidades que contraindicam o AM, síndromes genéticas, malformações congênitas de cabeça e pescoço, de sistema nervoso central e cardiopatia.

#### **5.5 COLETA DE DADOS**

Os dados referente às informações da amostra e do atendimento fonoaudiológico foram coletados através do prontuário eletrônico da mãe e do bebê, ao qual tiveram pedido de consultoria de AM e que foram avaliados pelo residente fonoaudiólogo do Programa de residência Materno Infantil e se encontravam internados na UIO, os dados foram coletados conforme aprovação e assinatura do Termo de Consentimento de Utilização de dados (ANEXO A e B). Este acompanhamento faz parte da rotina assistencial do residente fonoaudiólogo.

Os dados coletados em prontuário eletrônico, que caracterizam a amostra, são: data de nascimento do RN, sexo (masculino e feminino), horas de vida, Idade gestacional (em semanas), peso ao nascimento (gramas), peso atual (gramas), percentual de perda de peso (porcentagem), APGAR, faixa etária (15-25 anos, 26-34 anos e >34 anos), paridade (primípara ou múltípara), experiência com aleitamento materno, intercorrências no parto, tratamento durante a gravidez (diabete, hipertensão, sífilis ou outro), uso de fórmula e sua quantidade (ml), utensílio utilizado para administração da fórmula (copo ou mamadeira) tipo de parto (normal ou cesariana), desfecho alimentar na alta (AME, fórmula se necessário ou fórmula fixa);

Na rotina assistencial o fonoaudiólogo realiza intervenções referente a Avaliação sucção não nutritiva (SNN) em dedo enluvado (APÊNDICE A) e observação da mamada com o uso do protocolo de Avaliação da mamada adaptado por Carvalhaes (ANEXO C). A avaliação da SNN em dedo enluvado consiste em utilizar o dedo mínimo enluvado na região extra-oral e intra-oral da cavidade oral do RN, onde serão analisados os seguintes itens: estado de consciência (alerta, sono leve, sonolenta ou sono profundo), reflexo de procura, reflexo de mordida, reflexo de sucção, reflexo de GAG, grupos de sucção, pausas, movimento da mandíbula (adequado ou alterado), força da sucção (forte ou fraca)

e sinais de estresse.

A observação da mamada (CARVALHÃES. 2003), observação direta do fenômeno de interesse dos comportamentos do binômio durante a mamada. Para guiar a observação e avaliar os comportamentos maternos e dos neonatos é utilizado o protocolo adaptado por Carvalhaes difundido pelo UNICEF, o qual contém uma série de comportamentos classificados como favoráveis à amamentação ou sugestivos de dificuldades, referentes à posição corporal da mãe e do RN durante a mamada, às respostas da dupla ao iniciarem a mamada, à eficiência da sucção, ao envolvimento afetivo entre a mãe e seu filho, às características anatômicas da mama e à duração e forma como se dá o encerramento da mamada. É considerado como mamada o episódio completo, isto é, o período desde a decisão da mãe de colocar o RN para mamar até seu encerramento.

O protocolo é composto por cinco questões avaliadas, contendo entre cinco a seis itens cada um, sendo estes divididos entre comportamentos favoráveis e indicativos de dificuldades, sendo estes: Posição da mãe/bebê (cinco itens avaliados), Resposta da dupla (seis itens avaliados), Estabelecimento de laços afetivos (três itens avaliados), Anatomia das mamas (quatro itens avaliados) e Sucção (seis itens avaliados). Os itens favoráveis possuem o peso 0, enquanto que os itens indicativos de dificuldade possuem o peso 1. Ao final do preenchimento é realizada a soma das respostas e quanto mais baixo for o resultado, menor a taxa de dificuldade no AM. Os resultados podem ser interpretados como bom, regular e ruim.

A classificação é contabilizada de acordo com cada um dos cinco aspectos avaliados, da seguinte forma: pontuação 0-1 considerado bom para os aspectos com cinco a seis comportamentos indicativos de dificuldade e 0 para aqueles que possuem quatro e três itens; 2-3 considerado regular quando os aspectos avaliados possuem de cinco a seis respostas e 1 para aqueles com quatro a três; é considerado como resposta ruim a soma de 4-6 para os aspectos avaliados que possuem de cinco a seis itens e 2-4 para aqueles com quatro a três itens.

Portanto, os dados que caracterizam a amostra e os dados das avaliações da SNN e Protocolo de observação da mamada, realizados à beira leito, foram

retirados do prontuário eletrônico da mãe e do bebê.

Logo após, foi elaborado um banco com os dados obtidos utilizando o planilha no google sheets. Com base neste banco, foi realizada a análise descritiva de dados e resultados através das variáveis incluídas.

## **5.6 ANÁLISE DOS DADOS**

Os dados foram coletados e transcritos em planilha no google sheets e posteriormente, analisados utilizando o SPSS versão 18.0. Inicialmente, foram realizadas análises descritivas dos dados, com o intuito de conhecer o comportamento da amostra com medidas de distribuição de frequências, de tendência central e de dispersão. A distribuição das variáveis quantitativas foi avaliada através da análise gráfica do histograma e do gráfico quantil-quantil. A diferença entre os grupos quanto a uma variável qualitativa foi comparada por meio do teste T independente ou teste de Kruskal-Wallis, conforme apropriado.

A associação entre as categóricas foi avaliado pelo teste Qui-quadrado de Pearson ou teste exato de Fisher quando há uma frequência esperada menor do que cinco em pelo menos 20% das células. As correlações entre Estado de consciência e Comportamento motor oral foram avaliadas pela correlação de Spearman. Foi considerado como estatisticamente significativo todo p-valor < 0,05.

## **5.7 CÁLCULO AMOSTRAL**

Para o cálculo do tamanho da amostra foi utilizado o pacote *samplingbook* versão 1.2.2 do programa R. Considerando confiança de 95.0%, margem de erro de 5.0% e uma prevalência do item Respostas da dupla com o resultado de ruim em 12.0% como é referida em Carvalhães et al (2003), chegou-se ao tamanho de amostra de 163 sujeitos. Acrescentando 10.0% para possíveis perdas e recusas o tamanho da amostra final de 180.

## 6 RESULTADO

Artigo

### **Dificuldade no Aleitamento Materno nos primeiros dias de vida do recém-nascido**

Breastfeeding difficulties for newborns in the first few days

Taís Rosa de Oliveira

Lauren Medeiros Paniagua

Silvania Evangelista

**Resumo:**

Objetivo: Identificar as dificuldades iniciais relacionadas à díade durante o processo de amamentação, que influenciam na adesão ao AME nos primeiros dias de vida durante a internação na Unidade de Internação Obstétrica (UIO). Método: Trata-se de uma pesquisa preliminar de caráter transversal retrospectiva. Os pacientes incluídos nesse estudo correspondem a amostra de conveniência de admissão na rotina da UIO, que permaneceram internados com necessidade de consultoria para o AM e mães que tivessem interesse e vontade em realizar o AM. A coleta de dados referente ao atendimento fonoaudiológico foi obtida pelo prontuário eletrônico dos participantes e por avaliações à beira leito. As avaliações realizadas foram de observação da mamada e referente ao comportamento motora oral. Resultados: Setenta e seis duplas mães/bebês foram incluídos na pesquisa, onde foram avaliados entre 14 e 82 horas de vida. O protocolo foi aplicado em apenas setenta e um bebês por conta do estado de consciência. Dos cinco aspectos avaliados tivemos 22,4%(n = 17) posição, 34,2%(n= 26) resposta da dupla, 1,3% (n= 1) laços, 40,8% (n= 31) anatomia e 39,5% (n= 30) como resultado ruim/regular. Conclusão: O uso do protocolo de observação da mamada (Carvalhaes et. al, 2003) nos auxiliou a identificar os aspectos mais desfavoráveis para o AM, mas foi possível observar que existem dificuldades oriundas do bebê, da mãe e até mesmo fatores clínicos que podem estar relacionados à necessidade de uso de fórmulas lácteas durante os primeiros dias de vida.

**Palavras - chaves:** Aleitamento Materno; Desmame; comportamento do lactente; comportamento materno.

**Abstract:**

**Purpose:** Identify the initial difficulties related to the dyad during the breastfeeding process, which influences adherence to EBF in the first days of life while hospitalized in the Inpatient Unit Obstetric (IIO). **Method:** This is a preliminary cross-sectional retrospective survey. The patients included in this study correspond to the convenience sample for admission to IIO, that remained hospitalized, in need of consultancy for BF and mothers who were interested and willing to perform BF. Data collection related to fonoaudiologic care was done through the patients' electronic medical records and bedside assessments. The evaluations carried out were of observation of breastfeeding and referring to oral motor behavior. **Results:** Seventy-six mother / baby pairs were included in the survey, where they were assessed between 14 and 82 hours of life. The protocol was applied to only seventy-one babies due to the state of consciousness. Of the five aspects evaluated, we had 22.4% (n = 17) position, 34.2% (n = 26) duo response, 1.3% (n = 1) ties of affection, 40.8% (n = 31) anatomy and 39.5% (n = 30) as a poor / regular result. **Conclusion:** The use of the protocol helped us to identify the most unfavorable aspects for BF, but it was possible to observe that there are difficulties for the baby, the mother and even clinical factors that may be related to the need to use milk formulas during the first days of life.

**Key words:** Breast Feeding; Weaning; infant behavior; maternal behavior.



## Introdução:

O aleitamento materno (AM) é um mecanismo complexo que vai além da nutrição a fim de atender as necessidades metabólicas de um ser em crescimento e desenvolvimento, mas também envolve fatores fisiológicos, cognitivos, econômicos, sociais e principalmente emocionais da díade mãe/bebê <sup>1,2,3</sup>. Apesar de ser um processo natural, o AM nem sempre é encarado com facilidade por algumas mulheres, tendo em vista que existem fatores relacionados às condições clínicas e anatômicas, fatores emocionais, educacionais, culturais, históricos e subjetivos de cada indivíduo influenciando no bom desempenho do AM <sup>4,5,6</sup>.

É possível que algumas dificuldades surjam nos primeiros dias de vida do recém-nascido (RN), por parte da mãe e/ou do bebê, podendo levar ao desmame precoce e com isso introdução de alimentos menos indicados <sup>6,7,8</sup>. Algumas das dificuldades mais apontadas nos estudos que influenciam na realização do AM ou a sua interrupção prematura, estão relacionados ao retorno precoce ao trabalho, depressão pós-parto, mastite, fissuras, uso de drogas tanto ilícitas quanto farmacológicas, ingurgitamento mamário, dor/trauma mamilar, infecção mamilar por *Staphylococcus aureus*, candidíase, fenômeno de *Raynaud*, bloqueio de ductos lactíferos, abscesso mamário e galactocele, além da hipogalactia ou produção insuficiente de leite entre outros fatores <sup>7,8,9</sup>. O RN pode apresentar dificuldades que podem estar relacionadas com a introdução de fórmulas como dificuldade de pega no seio materno, movimentos orais atípicos (disfunções orais) durante a mamada que podendo estar relacionado a algumas características particulares anatômicas que atrapalham o encaixe adequado entre a boca do bebê e o peito da mãe, além de fatores iatrogênicos por exemplo .

O RN sadio permanece com sua mãe entre 48 a 72 horas de vida, no alojamento conjunto e é onde ela recebe as primeiras informações e orientações sobre a amamentação no puerpério. A internação oferece condições dos profissionais identificarem as dificuldades iniciais relacionadas ao AM e promover ações de incentivo à manutenção da amamentação exclusiva (AME) <sup>9,10,11</sup>.

Para uma adequada intervenção se faz necessário compreender as características do aleitamento materno e os fatores desfavoráveis que estão influenciando, para o sucesso do AME, para isso alguns protocolos foram criados com a finalidade de identificar comportamentos favoráveis e indicativos de dificuldade <sup>11,12</sup>. O “Protocolo de observação da mamada UNICEF” é considerado como padrão ouro para avaliação do comportamento da díade mãe/bebê e por ele é possível analisar aspectos do AM que podem ser um obstáculo para adesão do AME <sup>12,13,14</sup>.

São poucos os estudos que buscam investigar as dificuldades relacionadas ao AM nos primeiros dias de vida do RN. Por este motivo, o presente estudo visa identificar as dificuldades iniciais relacionadas à díade durante o processo de amamentação, que influenciam na adesão ao AME nos primeiros dias de vida durante a internação na Unidade de Internação Obstétrica (UIO) de um hospital amigo da criança do sul do país, com o objetivo de identificar as dificuldades iniciais relacionadas à díade durante o processo de amamentação, que influenciam na adesão ao AME nos primeiros dias durante a internação na Unidade de Internação Obstétrica de um hospital amigo da criança do sul do país.

## Metodologia

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), do Hospital de Clínicas de Porto Alegre - HCPA, sob no. 63084516.9.0000.5335. Trata-se de uma pesquisa preliminar de caráter transversal retrospectiva, a qual faz parte de um Trabalho de Conclusão de Residência Multiprofissional em Atenção Materno Infantil de um Hospital Amigo da Criança do Sul do Brasil.

Os pacientes incluídos nesse estudo correspondem a amostra de conveniência de admissão na rotina da UIO, que permaneceram internados, tiveram necessidade de consultoria para o AM e mães que tivessem interesse e vontade em realizar o AM. A consultoria corresponde ao atendimento realizado por um fonoaudiólogo residente sob supervisão do preceptor, que está inserido na equipe multiprofissional juntamente com os consultores enfermeiros de AM. Não fizeram parte do presente estudo mulheres portadoras de comorbidades que contraindicam o AM, RN com síndromes genéticas, malformações congênitas de cabeça, pescoço, sistema nervoso central e cardiopatias.

Para o cálculo do tamanho da amostra foi utilizado o pacote *samplingbook* versão 1.2.2 do programa R. Considerando confiança de 95.0%, margem de erro de 5.0% e uma prevalência do item Respostas da dupla com o resultado de ruim em 12.0% como é referida em Carvalhães (2013), chegou-se ao tamanho de amostra de 163 sujeitos. Acrescentando 10.0% para possíveis perdas e recusas o tamanho da amostra deverá ser 180.

A coleta dos dados foi realizada no período de abril de 2019 a fevereiro de 2020. Devido a pandemia, COVID 19, desde março de 2020, as atividades relacionadas à coleta de dados foram suspensas conforme estabelecido entre os consultores

mediante plano de contingência visando minimizar a circulação de pessoas na unidade e a equipe de enfermagem ficou direcionada aos atendimentos relacionados ao AM e a fonoaudiologia destinou-se à triagem auditiva.

A coleta de dados referente ao atendimento fonoaudiológico foi obtida pelo prontuário eletrônico dos participantes e por avaliações a beira leito, sendo esta direta que corresponde à observação da mamada propriamente dita e indireta referente ao comportamento motora oral. Os dados referente a caracterização da amostra foram: data de nascimento do RN, sexo, controle teste de glicemia capilar (HGT), horas de vida, Idade gestacional (IG), peso ao nascimento, peso atual, percentual de perda de peso, APGAR, faixa etária das mães, paridade (primípara ou múltípara), experiência com aleitamento materno, intercorrências no parto, necessidade de tratamento durante a gravidez, uso de fórmula, utensílio utilizado para administração da fórmula (copo ou mamadeira), tipo de parto, desfecho alimentar na alta.

Os dados obtidos por meio da avaliação indireta à beira leito corresponde a avaliação do comportamento motor oral que está relacionado aos aspectos ao qual envolvem o comportamento e padrão da sucção não nutritiva (SNN) com o dedo enluvado <sup>6,7,8</sup>. A avaliação da SNN em dedo enluvado consistiu em utilizar o dedo mínimo na região intra e extra-oral da cavidade oral do recém nascido (RN), com o objetivo de analisar os seguintes itens: reflexo de procura, reflexo de mordida, reflexo de sucção, reflexo de GAG, grupos de sucção, pausas, movimento da mandíbula , força da sucção e sinais de estresse que o bebê possa vir apresentar como tiragem, soluço, batimento da asa nasal e entre outros <sup>15,7</sup> . Os itens relacionados aos reflexos orais, grupos de sucção, pausa e movimento da mandíbula são considerados comportamentos motores orais e sua análise foi

realizada de acordo com o número de comportamentos alterados. Previamente a avaliação era identificado o estado de consciência do bebê sendo caracterizado em alerta, sono leve, sonolento ou sono profundo.

Os dados referente a observação direta do fenômeno de interesse do comportamento do binômio mãe e bebê durante a mamada foram realizados por meio da aplicação do “Protocolo de Observação da mamada” adaptado por Carvalhaes ao qual consiste em cinco aspectos que são avaliados em relação aos comportamentos favoráveis e desfavoráveis para o AM: Posição (cinco itens avaliados), Resposta da dupla (seis itens avaliados), Estabelecimento de laços afetivos (três itens avaliados), Anatomia (quatro itens avaliados) e Sucção (seis itens avaliados). Os itens favoráveis, quando marcados, possuem o peso de 0, enquanto que os itens indicativos de dificuldade possuem o peso 1<sup>9</sup>. Ao final do preenchimento foi realizada a soma das respostas e quanto mais baixo for o resultado, menor é a taxa de dificuldade no AM. Os resultados foram interpretados como bom, regular e ruim sendo estes independente para cada um dos aspectos avaliados<sup>8</sup>.

Os dados foram coletados e transcritos em planilha no google sheets e posteriormente, analisados utilizando o SPSS versão 18.0. Inicialmente, foram realizadas análises descritivas dos dados, com o intuito de conhecer o comportamento da amostra com medidas de distribuição de frequências, de tendência central e de dispersão. A distribuição das variáveis quantitativas foi avaliada através da análise gráfica do histograma e do gráfico quantil-quantil. A diferença entre os grupos quanto a uma variável qualitativa foi comparada por meio do teste T independente ou teste de Kruskal-Wallis, conforme apropriado.

A associação entre as categóricas foi avaliado pelo teste Qui-quadrado de Pearson ou teste exato de Fisher quando há uma frequência esperada menor do que cinco em pelo menos 20% das células. As correlações entre Estado de consciência e Comportamento motor oral foram avaliadas pela correlação de Spearman. Foi considerado como estatisticamente significativo todo p-valor  $< 0,05$ .

## Resultados

Setenta e seis puérperas e seus recém-nascidos foram incluídos na pesquisa sendo avaliados entre 14 a 82 horas de vida (Média 29; desvio padrão = 12). Dos bebês avaliados 53% (n = 41) eram do sexo masculino e 46% (n = 35) do sexo feminino, onde que 68% (n= 52) não constava liberação de fórmula na prescrição médica até o momento da avaliação, 27% (n= 21) tinham o uso de fórmula quando necessário e 4% (n= 3) prescrito fórmula fixa em todos os horários. As puérperas da presente pesquisa tinham uma faixa etária na sua maioria de 34 anos ou mais (n= 30) e foi possível identificar cinco intercorrências maternas durante a gestação sendo que 1% (n= 1) das mães, apenas apresentou mais de uma intercorrência (Tabela 1).

**Tabela 1** Característica da amostra das puérperas (n=76)

Variável		n	%
Faixa etária	15-25	25	39,9%
	28-34	20	26,3%
	>34	31	40,8%
Incorrências clínicas	Sem intercorrências	50	65,8%
	Diabetes	12	15,8%
	Hipertensão	2	2,6%
	Sífilis	4	5,3%
	Hipotireoidismo	5	6,6%
	ITU	2	2,6%
	>1 intercorrência	1	1,3%
Experiência prévia AM	Sem experiência	54	53,9%
	Com experiência	22	46,1%
Tipo de parto	Vaginal	41	53,90%
	Cesariana	35	35
Paridade	Primípara	45	59%
	Multipara	31	40%

Dos RNs que fizeram parte do estudo 86,8% (n= 66) eram nascidos a termo enquanto que 13,2% (n= 10) eram prematuros. Em relação às avaliações realizadas

a beira leito, foi possível identificar que dos oitos comportamentos motores orais avaliados durante a SNN, 27,6% (n= 21) não tinha nenhum item alterado, 38,2% (n= 29) tinham um a dois itens alterados, 15,8% (n= 12) com três a quatro itens alterados e 18,4% (n= 14) tiveram cinco ou mais itens alterado. Quando observado o estado de consciência dos bebês no momento da avaliação estavam alertas 36,8% (n= 28), 28,9% (n= 22) em sono leve, 25% (n= 19) estavam sonolentos e em sono profundo 9,2% (n= 7). Quando analisamos o desfecho alimentar na alta hospitalar foi observado que dos setenta e um bebês avaliados, 57% (n= 44) saíram com AME, enquanto que 42% (n= 32) saíram com AM mais o complemento.

O protocolo de observação da mamada foi realizado com setenta e um bebês, sendo assim, cinco dos bebês não realizaram a observação da mamada, por estarem em sono profundo, sem reação à estimulação tátil, ou devido a extrema irritabilidade. Os resultados dos itens da avaliação da mamada foram agrupados entre os resultados ruins e regulares (Tabela 2).

**Tabela 2** Resultado do Protocolo de observação da mamada adaptado por Carvalhães (2003). (n= 71)

Variavel		n	%
Posição	bom	54	71,1%
	regular/ruím*	17	22,4%
Resposta	bom	45	59,2%
	regular/ruím*	26	34,2%
Laços	bom	70	92,1%
	ruím	1	1,3%
Anatomia	bom	40	52,6%
	regular	31	40,8%
Sucção	bom	41	53,9%
	regular/ruím*	30	39,5%

\* Os resultados regular e ruím foram agrupados devido a baixa resposta em cada um.



As intercorrências maternas durante a gestação podem afetar a necessidade de controle do HGT dos bebês, durante a sua internação. Das cinquenta mães que não tiveram nenhuma intercorrência, 94% (n= 47) não teve necessidade de controle, enquanto que para 6% (n= 3) foi necessário o monitoramento. Dentre as doze mães que eram diabéticas ou tiveram diabetes gestacional, 16% (n= 2) não foi necessário controle, enquanto que para 83% (n= 10) houve a necessidade. Das três mães que contraíram sífilis durante a gestação, 75% (n= 3) não foi necessário o controle de HGT do bebê e 25% (n= 1) se fez necessário. Para as mães que tinham hipertensão (HAS), seus bebês não precisaram realizar o controle do HGT assim como aqueles em que a mãe teve infecção urinária (ITU). Tendo em vista que Sífilis, Hipertensão e ITU não indicam realização de HGT. Apenas GIG, filho de mãe diabética, PIG e PMT.A análise destas variáveis indica estatisticamente relevante com valor significativo (p= ,0).

Das cinquenta e quatro mães que não tinham experiência com o AM 64,8 (n= 35) e das vinte e duas mães que tinham experiência com o AM 77,3% (n= 17), o bebê não fez uso de fórmula durante a internação. Quarenta e uma das mães que tiveram o parto normal, apenas 80,5% (n= 33) não fizeram uso de fórmula, assim como as trinta e cinco mães com parto cesariana 54,3% (n= 19), também não fizeram o uso de fórmula. Quando relacionamos a avaliação do colostro, foi possível identificar que das cinquenta e sete mães que não tinham colostro no momento da avaliação 73,7% (n=42) o bebê não fez uso de fórmula durante a internação e das dezenove mães com presença de colostro 52,6% (n= 10) não fez uso de fórmula.

Ao relacionar o desfecho alimentar do bebê na alta hospitalar e os fatores maternos, foi possível identificar que dentre as cinquenta e quatro mães que não tinham experiência com o AM 53% (n= 29) saíram com AME, enquanto que 68% (n= 15)

das vinte e duas mães que tinham experiência saíram com AME. Em relação ao tipo de parto, 56% (n=23) das quarenta e uma mães que tiveram parto normal e das trinta e cinco com parto cesariana 60% (n= 21) saíram com AME. Das cinquenta e seis mães que tinham ausência de colostro no momento da avaliação, 57% (n= 33) e das dezenove que tinham presença de colostro, 57% (n= 11) saíram com AME na alta hospitalar.

O percentual de perda de peso é um dos fatores que podem levar a necessidade de uso de fórmula. Foi possível identificar que dos RNs que não tinham na prescrição uso de fórmula (fixa ou se necessário) obteve-se uma mediana 4,6% (Desvio padrão= 2,40; min.0 e máx.10) de perda de peso assim como os que fizeram uso de fórmula com percentual de perda de peso, com mediana de 5,0% (Desvio padrão= 2,85; min.0 e máx.12). Quanto ao desfecho alimentar no momento da alta hospitalar, os RNs que saíram com AME tiveram em média 5% (DP= 2,27; min.0 e máx.10,4) de percentual de perda de peso, enquanto que os bebês com o desfecho alimentar de SM mais complemento tiveram em média o percentual de perda de peso de 5,2% (DP= 2,88; min.0 e máx.12).

Quando comparamos a quantidade de alterações em relação ao comportamento motor oral com a IG, foi possível identificar que dos vinte e um bebês que não apresentaram nenhuma alteração, 28% (n= 19) eram nascidos a termo enquanto que 20% (n= 2) eram prematuros, enquanto que vinte e nove dos que apresentavam de um a dois comportamentos motores orais alterados, 39% (n= 26) era a termo e 30% (n= 3) prematuros. Dos cinquenta e sete dos bebês que apresentaram três a quatro itens dos comportamentos motores orais com alterações, 10% (n= 7) era a termo e 50% (n= 5) prematuros, apenas os bebês a termo apresentaram mais de quatro alterações nos comportamentos motores orais (p= 0,011).

Quando comparamos as variáveis do protocolo de observação da mamada com o desfecho alimentar na alta hospitalar dos quarenta que tinham como resultado bom para o item anatomia, 67% (n= 27) dos bebês tiveram alta hospitalar com AME e 32% (n= 13) com seio materno mais complemento, já dos trinta e um que tiveram como resultado ruim foram 48% (n= 15) que saíram com AME e 51% (n= 16) com SM mais complemento (p= 0,104). Não foi possível realizar uma correlação com o item laços, devido ter prioritariamente como resultado bom, já os demais resultados foram insuficientes para realizar uma análise estatística (Tabela 3).

**Tabela 3** Correlação entre o Protocolo de observação de mamada (Carvalhães et al, 2003) e o desfecho alimentar na alta hospitalar. (n= 71)

Variável		SM	n	SM + FÓRMULA	n	p- valor
Avaliação posição	bom	68,50%	37	31,50%	17	0,004
	regular e ruim	29,40%	5	70,60%	12	
resposta	regular e ruim	34,60%	9	65,40%	17	0,001
	bom	73,30%	33	26,70%	12	
anatomia	bom	67%	27	32%	13	0,104
	regular e ruim	48%	15	51%	16	
sucção	bom	80,50%	33	19,50%	8	0
	regular e ruim	30,00%	9	70,00%	21	

## Discussão

No presente estudo, buscamos identificar quais as dificuldades iniciais apresentadas pelo binômio mãe/bebê, que podem interferir na promoção do AME. Foi possível identificar que a solicitação de consultoria para as dificuldades de AM ocorreram antes das 24 horas de vida do RN, mas teve casos em que a avaliação se deu próximo a alta, após as 72 horas de vida, a literatura já aponta que as mães devem ser orientadas precocemente para evitar surgimentos de dificuldades no AM, como por exemplo, traumas mamilares por falta de um bom manejo no momento da pega, as consultorias mais próximo da alta demonstram, que pode ter havido falha de comunicação no momento das orientações, para evitar o surgimento das dificuldades <sup>15,16,17</sup>. Portanto, orientações precoces evitam o surgimento de dificuldades no AM e com isso favorecem a adequada adesão.

O tipo de parto influencia sobre a prevalência do AM, sendo que o parto cesáreo é associado negativamente a esta prática. Apesar de não encontrarmos significância em relação ao uso de fórmula durante a internação e o tipo de parto, foi possível que 80% das mães que tiveram parto normal não utilizaram fórmula láctea, assim corrobora para o que é apontado, como melhor promotor do AM, pois permite o contato mais precoce entre mãe/bebê, assim como a mamada na primeira hora de vida <sup>27,28,29</sup>.

No presente estudo foi possível identificar uma prevalência de RN a termo, o que retrata a população mais atendida em uma unidade de internação obstétrica, tendo em vista que o RN prematuro tardio, apesar de se assemelhar aos RN a termo, são ainda muito imaturos em vários aspectos fisiológicos e metabólicos, tendo riscos aumentado de morbidade e mortalidade necessitando de cuidados especiais <sup>18,20</sup>. Foi

possível identificar que a maioria dos bebês avaliados tinha entre um a dois itens do comportamento motor oral avaliado como alterado. A sucção constitui a função primordial para a alimentação adequada por via oral e o bom desenvolvimento motor-oral, para a sua realização alguns fatores estão associados como: reflexo de busca e de sucção, que levam a uma sucção iniciada facilmente; vedamento labial; adequada movimentação da língua e mandíbula; ritmo de sucção<sup>12,13,20</sup>. Os aspectos referente ao comportamento oral podem ser identificados por meio de uma avaliação da SNN e assim poder identificar fatores que podem estar influenciando em uma pega inadequada ou ineficiência na sucção para extração do leite.

O estado comportamental é considerado um fator importante que influencia inclusive, os aspectos alimentares. A organização entre os estados de sono e vigília estão presentes desde as etapas iniciais do desenvolvimento dos RN. No RN a termo, o estado de consciência tende a se modular de forma mais organizada, de acordo com a interação com o ambiente, já os RN pré-termos podem vir a apresentar dificuldade em manter o estado comportamental, em razão da própria imaturidade fisiológica. No presente estudo a maioria dos bebês estavam alerta e apenas sete estavam em sono profundo no momento da avaliação, sendo necessário estimulação tátil para ficarem parcialmente alertas. O estado de alerta descrito na literatura como o estado ideal para a alimentação, pois o RN apresenta maior consciência e prontidão para a alimentação, além do sono pode influenciar a manutenção do ritmo e manter a força durante a sucção<sup>13,22</sup>.

Nenhum dos bebês da amostra fizeram o uso de mamadeira apenas copinho, quando havia prescrito o uso de fórmula. As evidências científicas relatam o uso do copinho como um método frequente de alimentação do RN nos Hospitais Amigo da Criança quando há necessidade de suplementação, por ser uma técnica alternativa

de alimentação, que tem como objetivo promover um método artificial seguro para os RNs até que fiquem aptos o suficiente para realizar o AME. A mamadeira, por interferir significativamente na amamentação, não é o mais recomendado, pois o bico da mamadeira pode ter um impacto negativo diminuindo o tempo de AM e do contato mãe/bebê <sup>21,23,24</sup>.

Quando identificamos a quantidade de RN que teve alta com AME e os que tiveram AM mais complemento, foi possível observar uma relação bastante similar, sendo de maior ocorrência a alta com AME. Esse dado pode estar relacionado ao número da amostra insuficiente e por fazerem parte apenas duplas que se encontram com dificuldades no AM. Estudos apontam que quanto mais tarde é introduzido fórmulas lácteas contribui para a manutenção do AM, quanto mais tarde é ofertado menores as chances de interromper o AM, mesmo tendo uma amamentação mista <sup>4,8,11</sup>.

Em um trabalho desenvolvido em uma maternidade pública que atende a partos de baixo risco, avaliaram 50 binômios mãe-lactente, Carvalhaes conseguiu apontar que de 18 a 34% dos binômios apresentavam alguma dificuldade com o início da amamentação em pelo menos um dos aspectos da mamada observado <sup>14</sup>. Embora o autor também tenha utilizado a ficha da UNICEF, algumas mães recebiam orientações quanto à técnica de amamentação por profissionais e o treinamento prévio pode ter influenciado os números encontrados <sup>1,30</sup>. Foi possível identificar que a maioria dos bebês teve como resultado indicativo de fatores favoráveis para o AM, todas as mães recebem orientações por parte dos profissionais da saúde envolvidos na assistência da dupla, o que pode influenciar positivamente na resolução das dificuldades com o AM.

Quando comparamos a necessidade de controle de HGT e as intercorrências maternas, foi possível identificar uma correlação estatisticamente significativa, onde a maioria das mães que apresentaram diabetes durante a gestação tiveram o controle do HGT dos seus bebês durante a internação. O RN de mãe diabética representou grupo de risco específico de hipoglicemia precoce devido à secreção aumentada de insulina persistir após o parto. São muitas vezes assintomáticos e com morbimortalidade significativamente maior, por isso fazem parte da rotina o controle de HGT<sup>25,26,27</sup>.

Foi possível reconhecer uma diferença maior que 70% para aquelas mães que não tinham experiência e que fizeram uso de fórmula comparado àquelas que tinham experiência, demonstrando uma relevância clínica. Há também outros estudos que apontam que não ter amamentado um filho anterior é um dos fatores de risco para adesão ao AM, pois as mães que veem a amamentação como positivo aderem mais do que aquelas que tem como pouco positivo ou não valorizam<sup>28,29</sup>.

A produção de colostro é pequena nos primeiros dias de vida do RN, podendo variar de 2 a 20 ml por mamada nas primeiras 72 horas. O volume do colostro vai aumentando gradualmente com o aumento da idade e do peso do bebê. Por isso, ainda na maternidade o bebê recebe um volume pequeno de leite, o que pode causar nas mães a impressão de que o leite é insuficiente. Na pesquisa foi possível identificar que ao relacionar a falta de colostro no momento da avaliação com o uso de fórmula durante a internação, não encontramos uma relação significativa, mas foi possível apontar uma diferença de mais de 70% em relação às que não usaram fórmula em relação aquelas que fizeram o uso<sup>29,30</sup>. Assim, apesar da falta de colostro no momento da avaliação, a maioria dos bebês estudados, não fez o uso de fórmula.

Estudos apontam que mulheres com vinte anos ou menos, possuem menos experiência com AM e por consequência maior dificuldade em manter o AME, muitas vezes introduzido precocemente outros alimentos que não são indicados para o bebê. Apesar do que dizem os estudos, não foi possível identificar uma diferença entre as faixas etárias das mães, pois apresentaram uma distribuição bastante homogênea <sup>28,30</sup>. No presente estudo não foi possível identificar relação entre a paridade e o impacto no desfecho alimentar, é fato que a experiência é subjetiva, e a vivência da amamentação da mãe é única com cada filho, apresentando singularidades em cada contexto.

É natural que os bebês percam peso nos seus primeiros dias de vida, devido à diurese fisiológica dos fluidos extracelulares e também à eliminação de mecônio. Estudos concluíram que o AME não oferece um maior risco para a perda de peso, pois quando foi comparado a média de perda de peso entre bebês em AME e os que receberam fórmula, a média dos que receberam AME foi menor. No presente estudo não foi possível identificar correlação estatística entre o percentual de perda de peso e a prescrição do uso de fórmula, corroborando com o que é preconizado pela literatura <sup>21,29</sup>. O percentual de perda de peso não influenciou estatisticamente o desfecho alimentar na alta hospitalar. Os RN amamentados exclusivamente perdem, em média, entre 5% e 7% do peso do nascimento, os limites máximos aceitável de perda de peso ainda é controverso na literatura, mas usualmente considerado normal ou aceitável a perda ponderal de até 10%, embora também haja referências a valores de 7%.

Os prematuros possuem ao nascer, habilidades próprias de sua etapa maturativa e por esse motivo podem apresentar comportamentos motores orais ainda imaturos. Os comportamentos orais correspondem a características da sucção como:



vedamento labial; ritmo de sucção; sinais de estresse; coordenação dos movimentos de lábios, língua e mandíbula; canolamento de língua; peristaltismo de língua; força de sucção. Na presente pesquisa podemos identificar associação entre a IG e a ocorrência de alterações na avaliação da SNN, o que nos indica que os bebês nascidos com IG menor do que 37 semanas, tiveram mais ocorrências de alterações nos comportamentos motores orais avaliados do que aqueles nascidos a termo. Os achados corroboram com dados da literatura, que sugerem uma associação significativa entre a presença de sinais de risco para o desenvolvimento do sistema sensório motor oral e a IG ao nascer <sup>21,12</sup>. É encontrado na literatura que com o avanço da IG, possui uma maior ocorrência dos comportamentos motores orais iniciarem mais facilmente.

Foi possível identificar uma correlação significativa nos aspectos do protocolo com relação às variáveis: posição, respostas e sucção. Quando relacionamos com o desfecho na alta hospitalar, demonstrando que quanto mais aspectos desfavoráveis o binômio apresentou maior foi a ocorrência de alta com seio materno e fórmula láctea. Esses três aspectos representam, tanto comportamentos maternos quanto oriundos do recém-nascido, já que se trata da posição corporal da mãe e do RN durante a mamada e a respostas da dupla ao iniciarem a mamada. O aspecto sucção é o único que corresponde ao comportamento do RN apenas, pois avalia a eficiência do ato de sugar.

A suplementação com o uso de fórmula infantil para RN sadio é ainda recorrente, mesmo em Hospital Amigo da Criança. Pela limitação da amostra não foi possível afirmar que fatores como o percentual de perda de peso, experiência materna, tipo de parto e ausência de colostro, tenham relação com o uso de fórmula durante a

internação <sup>25,27,29</sup>. Porém, é possível identificar que apenas 26% dos binômios que apresentaram dificuldade inicial no AM, utilizaram fórmula como suplementação.

## **CONCLUSÃO**

O presente estudo apesar de sua amostra limitada possibilitou identificar as dificuldades que mais são encontradas durante os primeiros dias de vida do RN. O uso do protocolo nos auxiliou a identificar os aspectos mais desfavoráveis para o AM e também foi possível observar que existem dificuldades oriundas do bebê, da mãe e até mesmo fatores clínicos que podem estar relacionados à necessidade de uso de fórmulas lácteas durante os primeiros dias de vida.

É necessário mais pesquisas na área a fim de identificar os fatores mais relacionados às dificuldades com o AM nos primeiros dias de vida do RN, pois são essas dificuldades que podem resultar em uma boa experiência ou não e adequada adesão ao AME.

## Bibliografia

1. Vieira AC, Costa AR, Gomes PG. Boas práticas em aleitamento materno: Aplicação do formulário de observação e avaliação da mamada. Rev. Soc. Brasil. Enferm. Ped. 2015; 15(1): 13-20.
2. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Bases para a discussão da Política Nacional de Promoção, Proteção e Apoio ao Aleitamento Materno. 2017.
3. Vitora CG, Bahl R, Barros AJD, França GV, Horton S, Krasevec J, et al. Breastfeeding in the 21st century:epidemiology, mechanisms, and lifelong effect. Lancet. 2016; 387: 475-90.
4. Belfort MB, Anderson PJ, Nowak VA, Lee KJ, Molesworth C, Thompson DK, et. al. Breast Milk Feeding, Brain Development, and Neurocognitive Outcomes: A 7-Year Longitudinal Study in Infants Born at Less Than 30 Weeks' Gestation. J Pediatrics. 2016;177:133-9.
5. Alvarenga SC, Castro DS, Leite FM, Brandão MA, Zandonade E, Primo CC. Fatores que influenciam o desmame precoce. Colômbia. 2017; 17(1): 93-103.
6. Moraes BA, Gonçalves AC, Strada JKR, Gouveia HG. Fatores associados à interrupção do aleitamento materno exclusivo em lactentes com até 30 dias. Rev. Gaúcha Enferm. 2017; 37( spe ):2016-0044.
7. Alves YVT, Santos JCJ, Barreto IDC, Fujinaga CI, Medeiros AMC. Avaliação da sucção não nutritiva de recém-nascidos a termo e sua relação com o desempenho da mamada. Rev. Brasil. Saude Mater. Infant.2019; 19( 3 ): 621-630.
8. Neiva FCB, Leone CR, Siqueira LL, Uema KA, Evangelista D, Delgado S, et

- al. non-nutritive sucking evaluation in preterm newborns and the start of oral feeding: a multicenter study. *Clinics*. 2014; 69(6): 393-397.
9. Carvalhaes MAB, Corrêa CRH. Identificação de dificuldades no início do aleitamento materno mediante aplicação de protocolo. *J.Pediatria*. 2003; 79(1): 13-20.
  10. McFadden A, Gavine A, Renfrew MJ, Wade A, Buchanan P, et al. Support for healthy breastfeeding mothers with healthy term babies. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2017;2(5):1465-1858.
  11. Jaafar SH, Ho JJ, Lee ks. Rooming-in for new mother and infant versus separate care for increasing the duration of breastfeeding. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2016;8(3).
  12. Cruz NAC, Reducino LM, Probst LF, Guerra LM, Ambrosano GMB, Cortellazzi KL, et al. Associação entre o tipo de aleitamento na alta hospitalar do recém-nascido e aos seis meses de vida. *Vád. Saúde Colet*. 2018;26(2) 117-124.
  13. Balogun OO, Sullivan EJO, Fadden A, Ota E, Gavine A, Garner CD, et al. Interventions for promoting the initiation of breastfeeding. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2016;11(3):1465-1858.
  14. Castro AG, Lima MC, Aquino RR, Eickmann SH. Desenvolvimento do sistema sensório motor oral e motor global em lactentes pré-termo. *Pró-Fono R. Atual. Cient.* 2007; 19(1):29-38.
  15. Prade LS, Bolzan GP, Weinmann ARM. The influence of behavioral state patterns in preterm infants. *Audiol Commun Res*. 2014;19(3): 230-5.
  16. Batista CLC, Ribeiro VS, Nascimento MDS, Rodrigues VP. Association between pacifier use and bottle-feeding and unfavorable behaviors during

- breastfeeding. *J. Pediatr.* 2018;94(6):596-601.
17. Zimmerman E. Pacifier and bottle nipples: the targets for poor breastfeeding outcomes. *J. Pediatr.* 2018;94(6):571-573.
18. Silva AL, Amaral AR, Oliveira DS, Martins L, Silva MR, Silva JC. Desfechos neonatais de acordo com diferentes terapêuticas do diabetes mellitus gestacional. *J. Pediatr.* 2017; 93( 1 ): 87-93.
19. Ferreira HLO, Oliveira MF, Bernardo EBR, Almeida PC, Aquino PS, Pinheiro AKB. Fatores Associados à adesão ao aleitamento materno exclusivo. *Ciência & saúde.* 2018; 23(3):683-690.
20. Santos MP, Santana MS, Oliveira DS, Nepomuceno RA, Lisboa CS, Almeida LMR, et al. Prevalência e fatores associados à interrupção precoce do aleitamento materno exclusivo: metanálise de estudos epidemiológicos brasileiros. *Rev. Bras. Saude Mater. Infant.* 2017;17( 1 ): 59-67.
21. Huang Y, Ouyang YQ, Redding SR. Previous breastfeeding experience and its influence on breastfeeding outcomes in subsequent births: A systematic review. *Elsevier.* 2019; 32(4):303-309.
22. Hackman NM, Scgaefer EW, Beiler JS, Rose CM, Paul IM. Breastfeeding Outcome comparison by parity. *Breastfeeding Med.* 2015;10(3).
23. Flaherman VJ, Beiler JS, Cabana MD, Paul IM. Relationship of newborn weight loss to milk supply concern and anxiety: the impact on breastfeeding duration. *Maternal & Child Nytri.* 2016; 12(3):463-472.
24. Oliveira CS, Iocca FA, Carrijo MLR, Garcia RATM. Amamentação e as intercorrências que contribuem para o desmame precoce. *Rev. Gaúcha Enferm.* 2015;36(spe): 16-23.
25. Silva VAA, Caminha MFC, Silva SL, Serva VMS, Azevedo PTA, Batista M.

- Maternal breastfeeding: indicators and factors associated with exclusive breastfeeding in a subnormal urban cluster assisted by the family Health Strategy. *J. Pediatr.* 2019;95(3):298-305.
26. Bai DL, Fong DYT, Tarrant M. Previous Breastfeeding Experience and Duration of Any and Exclusive Breastfeeding among Multiparous Mothers. *Birth.* 2015; 42 (1): 70-77.
27. Mezzacappa MA, Ferreira BG. Perda de peso excessiva em recém-nascidos a termo amamentados exclusivamente ao seio materno em um Hospital Amigo da Criança. *Rev. Paul. Pediatr.* 2016;34(3):281-286.
28. Pinheiro JMF, Menêzes TB, Brito KMF, Melo ANL, Queiroz DJM, Sureira TM. Prevalência e fatores associados à prescrição/solicitação de suplementação alimentar em recém-nascidos. 2016;29(3):367-375.
29. Smith H, Becker G. Early additional food and fluids for healthy breastfed full-term infants. *Cochrane Database of Systematic Reviews.* 2016;8(4).
30. Boban M, Zakarija-Grković I. In-Hospital Formula Supplementation of Healthy Newborns: Practices, Reasons, and Their Medical Justification. *Breastfeed Med.* 2016;11:448-454.

## 7 CONCLUSÃO

Foi possível identificar uma forte tendência em relação a alguns aspectos que podem estar mais relacionados às dificuldades iniciais do AM. Identificamos que aspectos maternos, aqueles oriundos do bebê e assim como alguns fatores clínicos podem estar relacionados à necessidade de utilização de fórmula durante a internação, não podendo afirmar assim, que as dificuldades com o AM unicamente acarretem em uso de fórmula durante a internação.

Foi possível identificar alguns fatores maternos como idade, diabetes, experiência com o AM e paridade que podem estar relacionados a necessidade de utilização de fórmula durante a internação a seu uso pode também acarretar em uma menor adesão ao AM. Pelo protocolo de observação da mamada foi possível observar que quanto piores forem os resultados para os itens avaliados maiores são as chances do bebê não sair com AME na alta hospitalar.

A utilização do protocolo de observação da mamada auxilia a identificar os pontos desfavoráveis para uma adequada prática do AM. Os itens anatomia e sucção são os que tiveram uma maior frequência de pontos desfavoráveis para o AM, porém a anatomia não demonstrou ser um aspecto que possui relação com o desfecho na alta hospitalar, ao contrário dos demais aspectos avaliados.

Poder identificar precocemente os fatores que estão relacionados às dificuldades no AM, auxilia o profissional da saúde a buscar estratégias que visem diminuir a sua ocorrência e uma melhor orientação das mães, tendo em vista que as dificuldades no AM representam um fator desfavorável para a adesão ao AME

## 8 REFERÊNCIAS

ALVARENGA C. C. et al. Fatores que influenciam o desmame precoce. **Aquichan**. Colômbia, v. 17, n. 1, p. 93-103, Mar. 2017.

ALVES, Y,V.T. et al. Avaliação da sucção não nutritiva de recém- nascidos a termo e sua relação com o desempenho da mamada. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, v. 19, n. 3, p. 621-630, 2019.

AMARAL, Y.N.V. do et al. Morbidades maternas modificam a composição nutricional do leite humano? uma revisão sistemática. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 24, p. 2491-2498, 2019.

ALMEIDA, K.R. de et al. Lingual frenectomy in a newborn, from diagnosis to surgery: a case report. **Revista CEFAC**, v. 20, n. 2, p. 258-262, 2018.

BARBOSA, G.E. F. 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, Sept. 2017.

BINNS C. et al. The Long-Term Public Health Benefits of Breastfeeding. **Asia Pacific Journal of Public Health**, v. 28,p. 7–14. 2016.

BRANDÃO, P.M. et al. Aleitamento Materno: Fatores Que Influenciam O Desmame Precoce. **Rev.Cien. FacMais**., São Paulo, v. 5,n 1, p. 12-24, Dez. 2016.

BRASIL. Ministério da saúde. Saúde da criança: nutrição infantil, aleitamento materno e alimentação complementar. Caderno de atenção básica. n. 23. Brasília. 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção primária. Departamento de Promoção da Saúde. Guia alimentar para crianças brasileiras menores de 2 anos. Guia Alimentar. n. 265. Brasília, 2019.

CALEGARI, F.L. et al. Full-term newborns' readiness during the first breastfeeding in rooming-in. **Rev Rene**. v. 17, p. 444-50, Jul-Ago.2016.

CARVALHAES, M.A., et al. Identification of difficulties at the beginning of breastfeeding by means of protocol application. **J Pediatr** .v 79, p. 13-20. 2003.

COSTA, E.S., et al. Alterações fisiológicas na percepção de mulheres durante a gestação. **Revista Rene**, Fortaleza, v. 11, n. 2, p.86-93, abr./junho de 2010.



CHOWDHURY, et al. Ranadip et al. Breastfeeding and maternal health outcomes: a systematic review and meta-analysis. **Acta Pædiatr.** v. 104, p. 96-113., Mai. 2015.

DELLEN et al. The effect of a breastfeeding support programme on breastfeeding duration and exclusivity: a quasi-experiment. **BMC Public Health.** v. 24, p. 1., Jul. 2019.

DE OLIVEIRA et al. Protocolos de avaliação da amamentação e Fonoaudiologia: uma revisão integrativa da literatura. **Rev. CEFAC.** 2019;21(5):01-08.

HORTA, B.L., et al. Long-term consequences of breastfeeding on cholesterol, obesity, systolic blood pressure and type 2 diabetes: a systematic review and meta-analysis. **Acta Paediatr.** v. 104, p. 30- 7. Dez. 2015.

TENÓRIO M.C.S, et al. Comparação da adequação do peso ao nascer para idade gestacional segundo diferentes curvas de crescimento intrauterino. **Rev. Bras. Saude Mater. Infant.** 2019; 19( 4 ): 935-940.

KYUNG, S.K., et al. Interventions promoting exclusive breastfeeding up to six months after birth: A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. **ELSEVIER.** v. 80 , p. 132-137., Abri. 2019.

MEDEIROS, Andréa M. C. et al. Speech-language therapy follow-up of breastfeeding in newborns in the first hours of life. **Audiol Commun Res.** v. 22, p. 1-8,. 2017.

MEIRELLES, C.A.B. et al. Justifications for formula supplementation in low-risk newborns at a Baby-Friendly Hospital. **Cad. Saúde Pública.** v. 24, p.2001-2012. Set. 2008.

MEZZACAPPA, M.A., et al. Excessive weight loss in exclusively breastfed full-term newborns in a Baby-Friendly Hospital. **Rev Paul Pediatr.** v. 34, p. 281-286. Set.2016.

MORAES, B.A., et al. Fatores associados à interrupção do aleitamento materno exclusivo em lactentes com até 30 dias. **Rev. gaú. de enfermagem.** Porto Alegre. v. 37, n.esp, p. 75-84,2016.

MOSELE, P.G et al. Instrumento de avaliação da sucção do recém- nascido com vistas à alimentação ao seio materno. **Rev CEFAC.** v. 16, p. 1548-57. 2014.

NADAL, L.F. et al. Investigação das práticas maternas sobre aleitamento materno e sua relação com a infecção de vias aéreas superiores e otite média. **Revista CEFAC,** v. 19, n. 3, p. 387-394, 2017.

OTTO, D.M. et al. Desempenho da alimentação oral em recém-nascidos prematuros estimulados pela técnica treino de deglutição. **Audiol., Commun. res**, p. e1717-e1717, 2017.

PASSOS, I.V. de C.; RIBEIRO, Débora CC. Aleitamento materno e sua influência na vinculação entre mãe e bebê. 2019.

PRADE, L.S. et al . Relação entre prontidão para início da alimentação oral e desempenho alimentar em recém-nascidos pré-termo. **Audiol., Commun. Res.**, São Paulo , v. 21, p.1662, 2016.

RODRIGUES, G.M. S. et al. Aleitamento materno é mais que um direito: um benefício para toda família. **ReBIS**, v. 1, n. 1, 2019.

SIQUEIRA, C. B. et al. Tendência de indicadores do aleitamento materno no Brasil em três décadas. **Rev. Saúd. Pública**. v. 51, p. 1-9. Nov. 2017.

VIEIRA, A.C. et al. Boas práticas em aleitamento materno: Aplicação do formulário de observação e avaliação da mamada. **Rev Soc Bras Enferm Ped**, v. 15, n. 1, p. 13-20, 2015.

World Health Organization. Indicators for assessing breastfeeding practices. Geneva: WHO; 2007.

## 9 APÊNDICE

### APÊNDICE A - Formulário de coleta de dados e Avaliação da SNN



HOSPITAL DE  
CLÍNICAS  
PORTO ALEGRE - RS

Fone (51) 3359 8000 Fax (51) 3359 8001  
R. Ramiro Barcelos, 2350 Largo Eduardo Z. Faraão  
Porto Alegre - RS - 91035-903  
hcpa@hcpa.ufrgs.br  
www.hcpa.ufrgs.br



#### Residência materno-infantil : Consultoria observação da mamada

##### Dados gerais

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Consultoria: \_\_\_\_\_ Nome: \_\_\_\_\_  
Prontuário: \_\_\_\_\_ Sexo ( ) feminino ( ) Masculino Idade da mãe: \_\_\_\_  
Escolaridade: \_\_\_\_\_ Ocupação: \_\_\_\_\_ Estado civil: \_\_\_\_\_ IG : \_\_\_\_ ECO: \_\_\_\_  
Horas de vida: \_\_\_\_ DN: \_\_\_\_ PN: \_\_\_\_ PA: \_\_\_\_ Intercorrências na gestação: ( ) Não ( )  
Sim, qual: \_\_\_\_\_ Tratamentos: ( ) Não ( ) Sim, qual:  
\_\_\_\_\_ Nascimento: ( ) Normal ( ) Cesárea Intercorrência no parto  
( ) Não ( ) Sim, qual: \_\_\_\_\_ Paridade: ( ) Primípara ( ) Multipara Experiência  
com aleitamento materno: ( ) Não ( ) Sim, quanto tempo: \_\_\_\_\_ Uso de fórmula: ( )  
Não ( ) Sim: Fixa - Não Utensílio: \_\_ fixa Volume prescrito: \_\_\_\_\_ Percentual de perda de  
peso: \_\_\_\_

##### Avaliação da sucção não nutritiva (SNN)

Estado de consciência do bebê: ( ) Alerta ( ) Sono leve ( ) Sonolento ( ) Sono profundo  
Prontidão para mamada: ( ) Reflexo de sucção ( ) Reflexo de procura ( ) Reflexo GAG ( )  
Reflexo de mordida ( ) Choro ( ) Grupos de sucção ( ) Pausas ( ) Pausas longas ( ) Tremores  
ou travamento da mandíbula ( ) Excursão exagerada da mandíbula  
Sucção: ( ) Sucções esporádicas ( ) Com estímulo ( ) Sem estímulo  
Força da sucção: ( ) Forte ( ) Fraca  
Movimento de Língua: ( ) Protrusão/retração ( ) Tremores ( ) Canolamento  
Sinais de estresse: ( ) Não ( ) Sim

## 10. ANEXO

## ANEXO A - Termo de Compromisso para Utilização de Dados.



Hospital de Clínicas de Porto Alegre

## TERMO DE COMPROMISSO PARA UTILIZAÇÃO DE DADOS

Título do projeto


Dificuldades no aleitamento materno nos primeiros dias de vida do recém-nascido	Cadastro no GPPG
---	------------------

Os pesquisadores do presente projeto se comprometem a preservar a privacidade dos pacientes cujos dados serão coletados em prontuários e 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 de forma anônima.

Porto Alegre, \_\_ de \_\_\_\_\_ 2020

Nome dos pesquisadores	Assinatura
Tais Rosa de Oliveira	
Lauren Medeiros Paniagua	
Silvana Edinara Lima Witt Switt	

**ANEXO B - Termo de Compromisso para Utilização de Dados Institucionais.**


**Hospital de Clínicas de Porto Alegre**

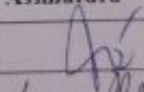
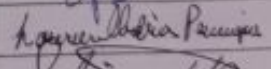
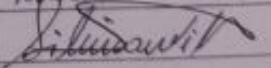
**TERMO DE COMPROMISSO PARA UTILIZAÇÃO DE DADOS INSTITUCIONAIS**

Titulo do projeto

Dificuldades no aleitamento materno nos primeiros dias de vida do recém-nascido	Cadastro no GPPG
---	------------------

Os pesquisadores do presente projeto se comprometem a preservar a privacidade dos pacientes cujos dados serão coletados em prontuários e 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, \_\_ de \_\_\_\_\_ 2020

Nome dos pesquisadores	Assinatura
Tais Rosa de Oliveira	
Lauren Medeiros Pantagua	
Silvania Edinara Lima Witt Switt	

## ANEXO C - Protocolo de observação da mamada (Carvalhoes et. al 2013).

Comportamentos favoráveis	Comportamentos indicativos de dificuldades
<b>Posição</b>	
<input type="checkbox"/> Mãe relaxada e confortável	<input type="checkbox"/> Mãe com ombros tensos e inclinada sobre o bebê
<input type="checkbox"/> Corpo e cabeça do bebê tocando o peito	<input type="checkbox"/> Corpo do bebê distante do da mãe
<input type="checkbox"/> Queixo do bebê tocando o peito	<input type="checkbox"/> O bebê está com o pescoço virado
<input type="checkbox"/> Nádegas do bebê apoiadas	<input type="checkbox"/> O queixo do bebê não toca o peito
	<input type="checkbox"/> Só ombros/cabeça apoiados
<input type="checkbox"/> Escore posição 1	<input type="checkbox"/> Escore posição 2
<b>Respostas</b>	
<input type="checkbox"/> O bebê procura o peito quando sente fome	<input type="checkbox"/> Nenhuma resposta ao peito
<input type="checkbox"/> O bebê roda e busca o peito	<input type="checkbox"/> Nenhuma busca observada
<input type="checkbox"/> O bebê explora o peito com a língua	<input type="checkbox"/> O bebê não está interessado no peito
<input type="checkbox"/> Bebê calmo e alerta ao peito	<input type="checkbox"/> Bebê irrequieto ou chorando
<input type="checkbox"/> Bebê mantém a pega da aréola	<input type="checkbox"/> Bebê não mantém a pega da aréola
<input type="checkbox"/> Sinais de ejeção de leite (vazamento, cólicas uterinas, físgadas)	<input type="checkbox"/> Nenhum sinal de ejeção de leite
<input type="checkbox"/> Escore resposta 1	<input type="checkbox"/> Escore resposta 2
<b>Estabelecimento de laços afetivos</b>	
<input type="checkbox"/> Mãe segura o bebê no colo com firmeza	<input type="checkbox"/> Mãe segura o bebê nervosamente, sacudindo-o, tremendo ou fracamente
<input type="checkbox"/> Mãe e bebê mantêm contato visual	<input type="checkbox"/> Nenhum contato ocular mãe/filho
<input type="checkbox"/> Grande quantidade de toques mãe/filho	<input type="checkbox"/> Mãe e bebê quase não se tocam
<input type="checkbox"/> Escore afetivo 1	<input type="checkbox"/> Escore afetivo 2
<b>Anatomia</b>	
<input type="checkbox"/> Mamas macias e cheias antes da mamada	<input type="checkbox"/> Mamas ingurgitadas e duras
<input type="checkbox"/> Mamilos projetando-se para fora	<input type="checkbox"/> Mamilos planos ou invertidos
<input type="checkbox"/> Tecido mamário com aparência saudável	<input type="checkbox"/> Tecido mamário com escoriações, fissuras, vermelhidão
<input type="checkbox"/> Mamas com aparência arredondada	<input type="checkbox"/> Mamas esticadas ou caídas
<input type="checkbox"/> Escore anatomia 1	<input type="checkbox"/> Escore anatomia 2
<b>Sucção</b>	
<input type="checkbox"/> Boca bem aberta	<input type="checkbox"/> Boca quase fechada, fazendo um bico para a frente
<input type="checkbox"/> Lábio inferior projeta-se para fora	<input type="checkbox"/> Lábio inferior virado para dentro
<input type="checkbox"/> Língua do bebê assume a forma de um cálice ao redor do bico do peito	<input type="checkbox"/> Não se vê a língua do bebê
<input type="checkbox"/> Bochechas de aparência arredondada	<input type="checkbox"/> Bochechas tensas ou encovadas
<input type="checkbox"/> Sucção lenta e profunda com períodos de atividade e pausa	<input type="checkbox"/> Sucções rápidas com estalidos
<input type="checkbox"/> É possível ver e/ou ouvir a deglutição	<input type="checkbox"/> Pode-se ouvir barulho altos, mas não a deglutição
<input type="checkbox"/> Escore sucção 1	<input type="checkbox"/> Escore sucção 2

## CODAS - INSTRUÇÕES PARA AUTORES

### A. ARTIGO ORIGINAL:

Artigos destinados à divulgação de resultados de pesquisa científica e devem ser originais e inéditos. Sua estrutura deverá conter necessariamente os seguintes itens: resumo e descritores, *abstract* e *keywords*, introdução, método, resultados, discussão, conclusão e referências.

O **resumo** deve conter informações que incentivem a leitura do artigo e, assim, não conter resultados numéricos ou estatísticos. A **introdução** deve apresentar breve revisão de literatura que justifique os objetivos do estudo. O **método** deve ser descrito com o detalhamento necessário e incluir apenas as informações relevantes para que o estudo possa ser reproduzido. Os resultados devem ser interpretados, indicando a relevância estatística para os dados encontrados, não devendo, portanto, ser mera apresentação de tabelas, quadros e figuras. Os dados apresentados no texto não devem ser duplicados nas tabelas, quadros e figuras e/ou vice e versa. Recomenda-se que os dados sejam submetidos a análise estatística inferencial quando pertinente. A **discussão** não deve repetir os resultados nem a introdução, e a conclusão deve responder concisamente aos objetivos propostos, indicando clara e objetivamente qual é a relevância do estudo apresentado e sua contribuição para o avanço da Ciência. Das **referências** citadas (máximo 30), pelo menos 90% deverão ser constituídas de artigos publicados em periódicos indexados da literatura nacional e estrangeira preferencialmente **nos últimos cinco anos**. Não devem ser incluídas citações de teses ou trabalhos apresentados em congressos científicos. O arquivo não deve conter mais do que 30 páginas.

O texto deve ser formatado em Microsoft Word, RTF ou WordPerfect, em papel tamanho ISO A4 (212x297mm), digitado em espaço duplo, fonte Arial tamanho 12, margem de 2,5cm de cada lado, justificado, com páginas numeradas em algarismos arábicos; cada seção deve ser iniciada em uma nova página, na seguinte sequência: título do artigo, em Português (ou Espanhol) e Inglês, resumo e descritores, *abstract* e *keywords*, texto (de acordo com os itens necessários para a seção para a qual o artigo foi enviado), referências, tabelas, quadros, figuras (gráficos, fotografias e ilustrações) citados no texto e anexos, ou apêndices, com suas respectivas legendas.

Consulte a seção "[Tipos de artigos](#)" destas Instruções para preparar seu artigo de acordo com o tipo e as extensões indicadas.

Tabelas, quadros, figuras, gráficos, fotografias e ilustrações devem estar citados no texto e apresentados no manuscrito, após as referências e ser apresentados também em anexo no sistema de submissão, tal como indicado acima. À parte do manuscrito, em uma folha separada, apresente a página de identificação, tal como indicado anteriormente. O manuscrito não deve conter dados de autoria – estes dados devem ser apresentados somente na Página de Identificação.

### Título, Resumo e descritores

O manuscrito deve ser iniciado pelo título do artigo, em Português (ou Espanhol) e Inglês, seguido do resumo, em Português (ou Espanhol) e Inglês, de não mais que 250 palavras. Deverá ser estruturado de acordo com o tipo de artigo, contendo resumidamente as principais partes do trabalho e ressaltando os dados mais significativos.

Assim, para Artigos originais, a estrutura deve ser, em Português: objetivo, método, resultados, conclusão; em Inglês: *purpose, methods, results, conclusion*. Para Revisões

sistemáticas ou meta-análises a estrutura do resumo deve ser, em Português: objetivo, estratégia de pesquisa, critérios de seleção, análise dos dados, resultados, conclusão; em Inglês: *purpose, research strategies, selection criteria, data analysis, results, conclusion*. Para Relatos de casos o resumo não deve ser estruturado. Abaixo do resumo, especificar no mínimo cinco e no máximo dez descritores/*keywords* que definam o assunto do trabalho. Os descritores deverão ser baseados no DeCS (Descritores em Ciências da Saúde) publicado pela Bireme que é uma tradução do MeSH (*Medical Subject Headings*) da *National Library of Medicine* e disponível no endereço eletrônico: <http://decs.bvs.br>.

### **Texto**

Deverá obedecer a estrutura exigida para cada tipo de trabalho. A citação dos autores no texto deverá ser numérica e sequencial, utilizando algarismos arábicos entre parênteses e sobrescritos, sem data e preferencialmente sem referência ao nome dos autores, como no exemplo:

*"... Qualquer desordem da fala associada tanto a uma lesão do sistema nervoso quanto a uma disfunção dos processos sensório-motores subjacentes à fala, pode ser classificada como uma desordem motora(11-13) ..."*

Palavras ou expressões em Inglês que não possuam tradução oficial para o Português devem ser escritas em itálico. Os numerais de até dez devem ser escritos por extenso. No texto deve estar indicado o local de inserção das tabelas, quadros, figuras e anexos, da mesma forma que estes estiverem numerados, sequencialmente. Todas as tabelas e quadros devem ser em preto e branco; as figuras (gráficos, fotografias e ilustrações) podem ser coloridas. Tabelas, quadros e figuras devem ser dispostos ao final do artigo, após as referências e ser apresentados também em anexo no sistema de submissão, tal como indicado acima.

### **Referências**

Devem ser numeradas consecutivamente, na mesma ordem em que foram citadas no texto, e identificadas com números arábicos. A apresentação deverá estar baseada no formato denominado "Vancouver Style", conforme exemplos abaixo, e os títulos de *Journal Indexed in Index Medicus*, da *National Library of Medicine* e disponibilizados no endereço: <ftp://ftp.nlm.nih.gov/online/journals/archive/ljiweb.pdf>

Para todas as referências, citar todos os autores até seis. Acima de seis, citar os seis primeiros, seguidos da expressão et al.

### **Recomendações gerais:**

- Utilizar preferencialmente referências publicadas em revistas indexadas nos últimos cinco anos.
- Sempre que disponível devem ser utilizados os títulos dos artigos em sua versão em inglês.
- Sempre que possível incluir o DOI dos documentos citados.
- Devem ser evitadas as referências de teses, dissertações ou trabalhos apresentados em congressos científicos.

### **Tabelas**

Apresentar as tabelas separadamente do texto, cada uma em uma página, ao final do documento e apresentá-las também em anexo, no sistema de submissão. As tabelas devem ser digitadas com espaço duplo e fonte Arial 8, numeradas sequencialmente, em algarismos arábicos, na ordem em que foram citadas no texto. Todas as tabelas deverão ter título reduzido, auto explicativo, inserido acima da tabela. Todas as colunas da tabela devem ser identificadas com um cabeçalho. No rodapé da tabela deve constar legenda para abreviaturas e testes estatísticos utilizados. O número de tabelas deve ser apenas o



suficiente para a descrição dos dados de maneira concisa, e não devem repetir informações apresentadas no corpo do texto. Quanto à forma de apresentação, devem ter traços horizontais separando o cabeçalho, o corpo e a conclusão da tabela. Devem ser abertas lateralmente. Serão aceitas, no máximo, cinco tabelas.

### **Quadros**

Devem seguir a mesma orientação da estrutura das tabelas, diferenciando apenas na forma de apresentação, que podem ter traçado vertical e devem ser fechados lateralmente. Serão aceitos no máximo dois quadros. Apresentar os quadros separadamente do texto, cada um em uma página, ao final do documento e apresentá-los também em anexo, no sistema de submissão.

### **Figuras (gráficos, fotografias e ilustrações)**

As figuras deverão ser encaminhadas separadamente do texto, ao final do documento, numeradas sequencialmente, em algarismos arábicos, conforme a ordem de aparecimento no texto. Todas as figuras devem ser apresentadas também em anexo, no sistema de submissão. Todas as figuras deverão ter qualidade gráfica adequada (podem ser coloridas, preto e branco ou escala de cinza, sempre com fundo branco), e apresentar título em legenda, digitado em fonte Arial 8. Para evitar problemas que comprometam o padrão de publicação da CoDAS, o processo de digitalização de imagens ("scan") deverá obedecer aos seguintes parâmetros: para gráficos ou esquemas usar 800 dpi/*bitmap* para traço; para ilustrações e fotos usar 300 dpi/RGB ou *grayscale*.

Em todos os casos, os arquivos deverão ter extensão .tif e/ou .jpg. Também serão aceitos arquivos com extensão .xls (Excel), .eps, .wmf para ilustrações em curva (gráficos, desenhos, esquemas). Se as figuras já tiverem sido publicadas em outro local, deverão vir acompanhadas de autorização por escrito do autor/editor e constando a fonte na legenda da ilustração. Serão aceitas, no máximo, cinco figuras.

### **Legendas**

Apresentar as legendas usando espaço duplo, acompanhando as respectivas tabelas, quadros, figuras (gráficos, fotografias e ilustrações) e anexos.

### **Abreviaturas e siglas**

Devem ser precedidas do nome completo quando citadas pela primeira vez no texto. As abreviaturas e siglas usadas em tabelas, quadros, figuras e anexos devem constar na legenda com seu nome por extenso. As mesmas não devem ser usadas no título dos artigos e nem no resumo.