

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL  
ESCOLA DE ENFERMAGEM**

**JULIANA KARINE RODRIGUES STRADA**

**DIFICULDADES NA AMAMENTAÇÃO DE MULHERES ATENDIDAS EM UM  
HOSPITAL AMIGO DA CRIANÇA**

**Porto Alegre  
2017**

**JULIANA KARINE RODRIGUES STRADA**

**DIFICULDADES NA AMAMENTAÇÃO DE MULHERES ATENDIDAS EM UM  
HOSPITAL AMIGO DA CRIANÇA**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à disciplina Trabalho de Conclusão de Curso II do curso de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul como requisito parcial para obtenção do título de Enfermeira.

Orientadora: Prof<sup>ª</sup> Dr<sup>ª</sup> Annelise de Carvalho  
Gonçalves

**Porto Alegre  
2017**

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO</b> .....	<b>4</b>
<b>2</b>	<b>OBJETIVOS</b> .....	<b>6</b>
2.1	Objetivo geral.....	6
<b>3</b>	<b>REVISÃO DA LITERATURA</b> .....	<b>7</b>
3.1	Políticas de Incentivo ao Aleitamento Materno .....	7
3.2	Principais dificuldades relacionadas à amamentação .....	10
3.3	Consultoria em Lactação.....	11
<b>4</b>	<b>MATERIAIS E MÉTODOS</b> .....	<b>13</b>
4.1	Tipo de estudo .....	13
4.2	Campo do estudo.....	13
4.3	Amostra e critérios de inclusão e exclusão .....	14
4.4	Coleta dos dados .....	14
4.5	Processamento e análise dos dados .....	15
4.6	Variáveis do estudo .....	15
4.7	Aspectos éticos .....	17
<b>5</b>	<b>RESULTADOS - ARTIGO</b> .....	<b>19</b>
<b>6</b>	<b>CONCLUSÕES</b> .....	<b>42</b>
	<b>REFERÊNCIAS</b> .....	<b>44</b>
	<b>APÊNDICE A – Instrumento de coleta de dados – Inicial</b> .....	<b>50</b>
	<b>APÊNDICE B – Instrumento de coleta de dados – 15 dias</b> .....	<b>53</b>
	<b>APÊNDICE C – Instrumento de coleta de dados – 30 dias</b> .....	<b>58</b>
	<b>APÊNDICE D - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido</b> .....	<b>63</b>
	<b>ANEXO A- Aprovação da Comissão de Pesquisa de Enfermagem</b> .....	<b>65</b>
	<b>ANEXO B- Aprovação da Comissão Científica e do Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital de Clínicas de Porto Alegre</b> .....	<b>67</b>
	<b>ANEXO C- Normas editoriais da Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil</b> ....	<b>68</b>

## 1 INTRODUÇÃO

O aleitamento materno (AM) é considerado a melhor estratégia nutritiva para as crianças, principalmente nos primeiros meses de vida, por proporcionar inúmeros benefícios. Seu sucesso depende da influência de inúmeros fatores e resulta em importantes vantagens físicas e emocionais para os bebês e suas mães (BRASIL, 2007).

Para os bebês, as vantagens do AM incluem proteção do trato gastrintestinal e das vias respiratórias contra doenças infecciosas, além de prevenir alergias, principalmente as relacionadas à proteína do leite de vaca (PORTUGAL, 2012).

Estudo de coorte evidencia benefícios importantes em longo prazo, referindo que crianças amamentadas até um ano de vida ou mais apresentam 30 anos mais tarde maior rendimento, mais anos de escolaridade e escores de QI superiores (VICTORA et al., 2015). Além disso, estudo traz que o AM repercute na redução da mortalidade infantil, podendo prevenir 823.000 mortes por ano em crianças com menos de cinco anos se as taxas forem elevadas em quase todo o mundo (VICTORA et al., 2016).

Para a nutriz, o AM ajuda a acelerar a involução uterina, proporciona possível proteção contra o câncer de mama e de ovário e diabetes tipo 2, além de ser uma estratégia econômica de alimentação do bebê e de favorecer o vínculo entre mãe e filho (UNICEF, 2009).

Dessa forma, a Organização Mundial da Saúde (OMS) e o Ministério da Saúde (MS) recomendam que até o sexto mês de vida os bebês sejam amamentados exclusivamente, ou seja, que recebam apenas leite humano, diretamente do peito ou ordenhado. Após esse período a recomendação é de que ocorra a introdução de outros alimentos, dando continuidade ao AM até os dois anos ou mais, a depender da vontade da mãe e do bebê (BRASIL, 2009a).

Apesar das recomendações e da comprovação de inúmeros benefícios do AM, estudos realizados no Brasil trazem percentual inferior ao recomendado pela OMS, apresentando uma média nacional de Aleitamento Materno Exclusivo (AME) nos primeiros seis meses de 41%, e uma taxa de 38,2% em Porto Alegre. A OMS considera como “boas” as taxas entre 50 a 89% (BRASIL, 2009b).

Além disso o desmame precoce, quando há a interrupção do AM antes dos dois anos de vida, ainda é crescente e estudos mostram que este fator está fortemente associado às dificuldades da mulher no processo de aleitar, trazendo como principais dificuldades a anatomia do mamilo (RIUS et al, 2014), leite insuficiente, leite secou (BARROS et al, 2009), trauma mamilar, fissura e dor (FIGUEIREDO, 2009).

Dessa forma, ter o suporte de profissionais capacitados e comprometidos é essencial na continuidade do AME (ROCCI, FERNANDES, 2014). O Ministério da Saúde (MS) tem investido em ações importantes na promoção, proteção e apoio ao AM, como a Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC). Nesse contexto, uma estratégia importante a ser utilizada é a equipe de consultoria em lactação, que pode auxiliar na manutenção da amamentação nos primeiros seis meses de vida do bebê (LUKAC, RILEY, HUMPHREY, 2006). Porém, são escassos no Brasil estudos que trazem a influência da Consultoria em lactação nas dificuldades vivenciadas pelo binômio mãe-bebê no contexto do AM.

O interesse por este tema surgiu após integrar o Grupo de Estudos da Saúde da Mulher e do Bebê, como aluna de Iniciação Científica e vivências em estágios curriculares e extracurriculares na Unidade de Internação Obstétrica do HCPA. A partir destas vivências observou-se mulheres com dificuldades na amamentação, enquanto internadas e após a alta, mesmo com o suporte recebido dos profissionais de saúde. Desta forma, houve a necessidade de aprofundamento dessa temática.

Este estudo poderá auxiliar na identificação das principais dificuldades das nutrizes acerca do AM tanto na internação quanto após a alta hospitalar, possibilitando adequação das orientações e práticas por parte dos profissionais de saúde à demanda das mulheres.

O presente estudo se propõe a responder a seguinte questão norteadora: Quais as dificuldades na amamentação relatadas por mulheres que foram atendidas pela consultoria em lactação de um Hospital Amigo da Criança?

## **2 OBJETIVOS**

### **2.1 Objetivo geral**

Identificar e comparar as dificuldades na amamentação de mulheres atendidas pela consultoria em lactação durante a internação e após a alta hospitalar.

### **3 REVISÃO DE LITERATURA**

Neste capítulo, será apresentada a revisão de literatura. Será estruturada nos seguintes tópicos: “Políticas de incentivo ao aleitamento materno”, “Principais dificuldades relacionadas à amamentação” e “Consultoria em lactação”.

#### **3.1 Políticas de incentivo ao aleitamento materno**

Devido à importância da amamentação no desenvolvimento infantil, por proporcionar inúmeros benefícios e da frequente interrupção do AM relacionada à mortalidade infantil, o governo tem criado estratégias para a promoção e fortalecimento do AM (SOUZA, 2006).

Essas ações iniciaram com a criação do Departamento Nacional da Criança (DNCr) do Ministério de Educação e Saúde, pelo presidente Getúlio Vargas, através do Decreto Lei nº 2.024, de 17 de fevereiro. O DNCr tinha o objetivo de coordenar todas as ações municipais e estaduais relativas à proteção das mães, crianças e adolescentes, através de inquéritos e estudos, estímulo e organização de estabelecimentos públicos e privados de proteção a estes grupos, entre outros (BRASIL, 2011a).

Com a criação do MS em 1953, o DNCr passou a ser responsabilidade do MS, que o extinguiu em 1969 e criou o Programa Nacional de Saúde Materno-Infantil que tinha o propósito de reduzir as taxas de morbidade e mortalidade infantil e materna, sendo um de seus objetivos o estímulo ao AM (BRASIL, 2011a).

Em 1981 foi criado o Programa Nacional de Incentivo ao Aleitamento Materno (PNIAM), a princípio coordenado pelo Instituto Nacional de Alimentação e Nutrição (INAM). O PNIAM tinha diversas ações, como a promoção de treinamento de profissionais de saúde, aconselhamento individual em amamentação, grupos de apoio na comunidade e campanhas de promoção ao AM (ARAÚJO, 2002); (SOUZA, ESPÍRITO SANTO, GIUGLIANI, 2008). Com a extinção do INAM, o PNIAM passou a ser coordenado em 1998 pela área de Saúde da Criança do MS, que passou a implementar novas ações concomitantes às anteriores para elevar as taxas de AM e contribuir na qualidade de vida das crianças (ARAÚJO, 2002).

Uma das ações da PNIAM foi a criação da Rede Nacional de Bancos de Leite Humano, atualmente Rede Brasileira de Bancos de Leite Humano (rBLH-BR), responsável por coletar, processar e distribuir leite humano para bebês prematuros e de baixo peso e fornecer orientação e apoio à amamentação através dos Bancos de Leite Humano (BLH) (FIOCRUZ, 2017a). Atualmente, o Brasil conta com 221 BLH (FIOCRUZ, 2017b).

No mesmo sentido, o Método Canguru, definido como um modelo de assistência perinatal, foi lançado em 2000 com o objetivo de humanizar a conduta dos profissionais de saúde frente aos recém-nascidos de baixo peso e/ou prematuros, incentivando a permanência dos pais juntos aos bebês internados, a fim de estimular o vínculo através do contato pele-a-pele e continuidade do AM (BRASIL, 2011b).

Também com o objetivo de modificar condutas responsáveis por elevados índices de desmame precoce, a Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC) foi lançada em 1990 pela OMS e Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF). Este movimento adota medidas de proteção, promoção e apoio ao AM (UNICEF, 2009).

Para proporcionar um ambiente favorável a amamentação, foram criados os “Dez Passos para o Sucesso do Aleitamento Materno” (Quadro 1) que devem ser seguidos na realização dos cuidados de mães e bebês durante o parto, nascimento e internação obstétrica e se configura como um critério para que os hospitais sejam credenciados como Hospital Amigo da Criança (UNICEF, 2009).

Além disso, para credenciamento, os hospitais devem adotar algumas medidas:

- Cumprir a Norma Brasileira de Comercialização de Alimentos para Lactentes e Crianças na Primeira Infância (NBCAL) e a Lei nº 11.265, de 3 de janeiro de 2006. A NBCAL foi criada em 1992 e regulamentada em 2015 e a partir dela ficaram estabelecidos critérios para a comercialização e rotulagem de alimentos e produtos para crianças e lactentes, ficando proibidas propagandas em meios de comunicação referentes a leites, papinhas, chupetas e mamadeiras, a fim de não interferir negativamente no sucesso do AM (BRASIL, 2015).

- Ter normas e rotinas escritas que assegurem que a mãe e o pai possam ficar com o bebê 24 horas por dia, e na falta destes possibilitar a presença de um responsável legal;

- Cumprir o critério global Cuidado Amigo da Mulher: garantir acompanhante de livre escolha durante o pré-parto, parto e pós-parto, oferta de líquidos e alimentos leves durante o trabalho de parto, incentivo à movimentação e escolha de posições durante o parto, ambiente acolhedor, redução de procedimentos invasivos e orientações a respeito, autorização de doula comunitária ou voluntária caso seja a vontade da gestante e conforme rotina do estabelecimento (BRASIL, 2014).



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

<b>Passo 1</b>	Ter uma política de AM escrita que seja rotineiramente transmitida a toda equipe de cuidados de saúde.
<b>Passo 2</b>	Capacitar toda a equipe de cuidados de saúde nas práticas necessárias para implementar esta política.
<b>Passo 3</b>	Informar todas as gestantes sobre os benefícios e o manejo do AM.
<b>Passo 4</b>	Ajudar as mães a iniciar o AM na primeira meia hora após o nascimento.
<b>Passo 5</b>	Mostrar às mães como amamentar e como manter a lactação mesmo se vierem a ser separadas dos filhos.
<b>Passo 6</b>	Não oferecer a recém-nascidos bebida ou alimento que não seja o leite materno, a não ser que haja indicação médica.
<b>Passo 7</b>	Praticar o alojamento conjunto – permitir que mães e recém-nascidos permaneçam juntos – 24 horas por dia.
<b>Passo 8</b>	Incentivar o AM sob livre demanda.
<b>Passo 9</b>	Não oferecer bicos artificiais ou chupetas a crianças amamentadas.
<b>Passo 10</b>	Promover a formação de grupos de apoio à amamentação e encaminhar as mães a esses grupos na alta da maternidade.

Fonte: UNICEF, 2009.

No âmbito da rede básica, uma das estratégias de incentivo ao AM é a Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil, que tem como objetivo melhorar as ações de promoção do AM e as habilidades dos profissionais da atenção básica através de oficinas de formação contínuas com vistas a qualificar os profissionais para que estejam aptos a promover e incentivar o AM (BRASIL, 2009a).

Em relação às leis de incentivo ao AM à mulher e ao homem que trabalham, ressalta-se a Licença Maternidade e Licença Paternidade, sendo ofertado para as mulheres, sem desconto salarial, 180 dias de licença, caso trabalhem em serviço público, e 120 dias a 180 dias se trabalharem em serviço privado. Enquanto para os homens, há oferecimento de 20 dias de licença quando trabalhadores do serviço público e 5 a 20 dias para os que trabalham em serviço privado, também sem desconto salarial (BRASIL, 2016). Também no âmbito do trabalho atualmente há a criação de Salas de Apoio à Amamentação nas empresas, que visam criar um ambiente favorável e acolhedor para que as mulheres colem e armazenem leite para seu bebê (BRASIL, 2010).

### 3.2 Principais dificuldades relacionadas à amamentação

Apesar de ser considerada a melhor forma de alimentação da criança, o aleitamento materno ainda não é uma prática consolidada. Seu sucesso depende de inúmeros fatores, ligados tanto à mãe quanto ao bebê, que podem influenciar de maneira positiva ou negativa. Estes fatores, podem estar relacionados às características da personalidade da mãe ou condições habituais de vida ou mesmo ao ambiente e condições de nascimento do bebê (FALEIROS, TREZZA, CARANDINA, 2006).

Sabe-se que um dos fatores de interferência na continuidade do AME é a presença de dificuldades na amamentação. Em estudo realizado em Porto Alegre, que avaliou os fatores associados à interrupção do AME em bebês até 30 dias de vida, evidenciou-se que as dificuldades na amamentação, quando prolongadas até a alta hospitalar, estão associadas à interrupção precoce do AME (MORAES et al, 2016). Além disso mães com dificuldade na amamentação durante a internação tem maiores chances de interromper o AM no 60º dia de vida do bebê, demonstrando que as dificuldades repercutem ao longo do tempo.

Uma das dificuldades mais referidas pelas mulheres é o leite fraco. Em estudo de coorte, realizado com 225 mulheres e seus bebês, evidenciou-se que o problema dificultador do aleitamento mais citado pelas mães foi a impressão de leite fraco ou pouco leite, que foi relatado dos 15 dias aos seis meses de vida do bebê (ROCCI, FERNANDES, 2014).

A crença de leite fraco é considerada um mito em relação à amamentação, já que as mães fazem uma comparação de seu leite, que tem aparência aguada, com o leite de vaca, acabando por considerarem o leite materno um leite fraco, logo incapaz de sustentar seu bebê (MARQUES, COTTA, PRIORE, 2011). A ideia das mães em acharem que seu leite é insuficiente, vem da insegurança que têm de sua capacidade de produzir leite suficiente, geralmente relacionando o choro do bebê a essa questão, por acreditarem que o choro está associado a fome, ou insegurança pela falta de informação quanto ao tempo de descida do leite nos primeiros dias pós-parto (NAKANO, 2003).

Outro fator dificultador, observado em diversos estudos, é o trauma mamilar. Em estudo realizado em São Carlos, com 84 mulheres, evidenciou-se que 47,6% apresentaram trauma mamilar nos primeiros 15 dias de puerpério, percentual aproximado foi encontrado em estudo de coorte, onde 39,2% das mulheres vivenciaram essa dificuldade (MONTRONE et al, 2006; ROCCI, FERNANDES, 2014).

O trauma mamilar caracteriza-se por lesão no mamilo ocasionada por pega e posicionamento incorreto e, por causarem dor, podem interferir na continuidade do AM

(GIUGLIANI, 2004), o que pode ser evidenciado em estudo realizado em 2009, onde a dor foi uma das principais dificuldades encontradas pelas mulheres ao amamentar, com um percentual de 72,3% (FIGUEIREDO, 2009). A dor acaba tornando a amamentação um momento difícil e de ansiedades para a mãe, o que acaba trazendo conflitos de interesse acerca de seu bem-estar e do bem-estar de seu filho (MONTRONE et al, 2006). É normal sua ocorrência na primeira semana do puerpério, pela sensibilidade dos mamilos que ainda não estão fortalecidos e pela forte sucção realizada pelo bebê (BRASIL, 2009a).

Estudos trazem relações entre os traumas mamilares, dor e dificuldade na técnica de amamentação, evidenciando que a falta de informações quanto à técnica de AM contribui para o aparecimento dessas dificuldades (COCA et al, 2009; GIUGLIANI, 2004; SOUZA FILHO, GONÇALVES NETO, MARTINS, 2011).

O ingurgitamento mamário também é uma das dificuldades vivenciadas pelas mães nos primeiros dias do puerpério. Costuma ocorrer entre três e cinco dias após o parto, quando ocorre a apojadura do leite. Neste momento a oferta de leite acaba sendo maior que a demanda do recém-nascido, o leite acumula e ocorre a distensão do tecido, achatamento dos mamilos, as mamas ficam quentes, pesadas e duras, dificultando a pega e a fluidez do leite (BRASIL, 2009a) (GIUGLIANI, 2004; PORTUGAL, 2012). Geralmente o leite sai com facilidade através da retirada manual, mas algumas vezes, principalmente se o leite não for retirado em quantidade suficiente, ocorre o ingurgitamento (PORTUGAL, 2012).

Outra dificuldade vivenciada pelas mulheres é relacionada a anatomia do mamilo. Quando possuem mamilos planos e invertidos, algumas mulheres acabam encontrando dificuldades para amamentar, acreditam que os mamilos são pequenos e que não conseguirão manter o AM (PORTUGAL, 2012). Ressalta-se que esta prática não impede o sucesso da amamentação, pode ser amenizada com orientações de técnica correta de posicionamento e pega, uma vez que o bebê faz a pega utilizando-se de toda a aréola, não somente do bico do seio (BRASIL, 2009a).

### **3.3 Consultoria em Lactação**

Receber incentivo e orientações durante a internação é essencial para a resolução das dificuldades no AM, pois neste período o aleitamento materno se estabelece. Sem esse suporte as dificuldades podem se manter ao longo do tempo, impossibilitando a continuidade do AM (PATEL; PATEL, 2015). No entanto, apesar de os profissionais de saúde influenciarem positivamente na manutenção do AM, estudos demonstram que há déficits em relação à

promoção e incentivo da temática por parte dos profissionais, trazendo que estes não estariam capacitados (ALMEIDA, LUZ, UED, 2015), reforçando a necessidade da atuação de profissionais qualificados para abordagem da temática.

Na década de 80, nos Estados Unidos, após evidência de taxas de AM inferiores a 20%, surgiu o profissional consultor em lactação, através de programa de apoio à amamentação (THURMAN, ALLEN, 2008). O International Board Of Lactation Consultant Examiners (IBLCE) confere desde 1985 o Certificado Internacional de Consultor em Lactação para os profissionais aprovados em exame específico oferecido em diversos países anualmente (SBP, 2006). Atualmente, o Brasil possui apenas 61 consultores em aleitamento materno, tendo como líder do ranking os Estados Unidos, que conta com 15.738 consultores em lactação (IBLCE, 2016).

O consultor em lactação tem papel principal de incentivar a amamentação, aconselhar e auxiliar na resolução de problemas relacionados ao AM (THURMAN, ALLEN, 2008).

Estudos evidenciam que mães e bebês atendidos pela consultoria apresentam taxas superiores de AM até os seis meses (53%), comparado aos que não foram atendidos por estes profissionais (23%) (LUKAC, RYLEI, HUMPHREY, 2006). Além disso, pesquisa realizada na Itália, demonstrou a diminuição de problemas relacionados ao AM em mulheres atendidas pela consultoria, reduzindo as dores e fissuras mamilares (CHIURCO et al, 2015). CHUNG et al. (2008) concluíram que quando a intervenção por parte da consultoria é associada ao acompanhamento pré-natal há mais eficácia na tentativa de aumentar a duração do AM.

Além de benefícios evidenciados em estudos atuais, ressalta-se a satisfação das mães e demais familiares quando atendidos por profissional capacitado. Estudo realizado na Austrália realizou pesquisa de satisfação com mães e familiares atendidos por estes profissionais e observou que a maioria da amostra ficou satisfeita com o atendimento prestado (CHIN, AMIR, 2008). No Canadá, em estudo de intervenção realizado com pais e mães, houve a oferta de orientações de formas diversas aos casais, entre eles o suporte em AM no hospital por consultor em lactação, que foi referido como o mais satisfatório por ambos (ABBASS-DICK, DENNIS, 2017).

## **4 MATERIAIS E MÉTODOS**

### **4.1 Tipo de estudo**

Este estudo trata-se de um recorte de um estudo maior do tipo coorte prospectiva. O estudo de coorte prospectiva seleciona uma amostra de sujeitos, mede suas características atuais e faz um acompanhamento por um determinado período de tempo, através de medições periódicas dos desfechos (HULLEY et al., 2008).

### **4.2 Campo do estudo**

Este estudo faz parte de um estudo maior intitulado “Padrões de amamentação de crianças atendidas por equipe de consultoria em aleitamento materno”, desenvolvido por pesquisadoras do Grupo de Estudos da Saúde da Mulher e do Bebê, da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

O estudo maior foi desenvolvido na Unidade de Internação Obstétrica, do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA), uma Empresa Pública de Direito Privado, integrante da rede de hospitais universitários do Ministério da Educação, vinculado academicamente à Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS) e credenciado desde 1997 como Hospital Amigo da Criança.

A UIO está localizada na ala sul no décimo primeiro andar do HCPA e funciona na sistemática de alojamento conjunto, onde as mães e seus bebês saudáveis permanecem juntos durante todo o tempo de internação após o parto, vinte e quatro horas por dia.

A Consultoria em Lactação do HCPA iniciou em 1996 como parte da IHAC. A equipe é composta por uma enfermeira que exerce exclusivamente a função como consultora em lactação, uma nutricionista e outra enfermeira, ambas com dedicação parcial, pois assumem outras atividades dentro da instituição. A solicitação deste suporte às mães que apresentam fatores de risco para dificuldades no AM ou que já apresentam problemas é feita diariamente pela equipe médica e de enfermagem via sistema. Após o atendimento é usual que seja realizado registro em prontuário eletrônico.

### **4.3 Amostra e critérios de inclusão e exclusão**

A população foi constituída de mães e bebês atendidos pela consultoria em lactação. A amostra desse estudo foi composta por 150 puérperas e seus bebês internados em alojamento conjunto na Unidade de Internação Obstétrica do Hospital de Clínicas de Porto Alegre, que tivessem sido atendidas pela equipe de consultoria em lactação.

Para o cálculo do estudo maior foi considerada uma taxa de risco de 1,48 e um percentual médio de sobrevivência do AME, ao final de seis meses, de 5%, conforme dados obtidos em artigo referente à variável “idade materna inferior a 20 anos” (ESPIRITO SANTO, OLIVEIRA, GIUGLIANI, 2007), usando um poder de 80% e nível de significância de 5%, a estimativa do tamanho da amostra foi de 210 duplas mãe-bebê. Com uma estimativa de 10% de perdas, foram acrescentadas na amostra mais 21 duplas.

Para o presente estudo, foi considerado um percentual médio de 60% de AME ao final do primeiro mês de vida do bebê (BRASIL, 2009a), e uma taxa de risco mínimo de 1,48 conforme dados obtidos em artigo referente a um conjunto de variáveis, como idade materna, coabitação com avó materna, número de consultas pré-natal e tipo de parto (GIUGLIANI et al., 2008). Usando um poder de 80%, nível de significância de 5% e estimativa de perdas de 20%, o tamanho da amostra foi de 150 duplas mãe-bebê. Foi utilizado o programa Winpepi, versão 11.43 para realização do cálculo amostral.

Os critérios de inclusão das puérperas no estudo foram: residentes em Porto Alegre, atendidas pelo Sistema Único de Saúde (SUS), que disponibilizaram número telefônico, que foram atendidas por alguma das consultoras em lactação, que já haviam iniciado a amamentação e que estavam em alojamento conjunto com seus bebês a termo (Método de CAPURRO igual ou maior a 37 semanas), com peso ao nascer igual ou maior que 2.500 g. Foram excluídas as duplas com contraindicação permanente ou temporária para amamentação, mães com bebês gemelares e duplas que, por problemas da mãe ou do bebê, foram separadas após início da amamentação.

### **4.4 Coleta dos dados**

Foi utilizado o banco de dados oriundo da pesquisa “Padrões de amamentação de crianças atendidas por equipe de consultoria em aleitamento materno”, com vistas a atender aos objetivos do presente estudo. Os dados foram obtidos através de questionário estruturado aplicado às mães e a coleta do estudo maior ocorreu em seis momentos: na maternidade, aos

quinze dias do nascimento do bebê e ao completarem 1, 2, 4 e 6 meses de vida. Para este estudo, foram utilizados dados coletados na maternidade, aos quinze dias do nascimento do bebê e ao completarem trinta dias de vida.

As mães que concordaram em participar do estudo foram entrevistadas primeiramente durante a internação, após as primeiras 24 horas do nascimento do bebê (Apêndice A), e as entrevistas após a alta hospitalar foram realizadas por telefone (Apêndice B e C) com tempo máximo para realização das entrevistas de dois dias após a criança completar as idades estabelecidas para o seguimento. As duplas foram acompanhadas até o primeiro mês de vida dos bebês, enquanto ainda permanecessem em aleitamento materno.

A coleta de dados foi executada por três acadêmicas de enfermagem, uma mestranda e uma enfermeira, integrantes do Grupo de Estudos da Saúde da Mulher e do Bebê. O início do período de ingresso dos participantes no estudo foi agosto de 2016, e a coleta de dados por telefone se prolongou até março de 2017.

#### **4.5 Processamento e análise dos dados**

Foi realizada análise descritiva das variáveis pesquisadas, produzindo-se os percentuais dos desfechos de interesse. Para a comparação das proporções obtidas nos períodos avaliados (internação, 15 dias e 30 dias de vida do bebê) foi utilizado o teste qui-quadrado de homogeneidade de proporções. Foi realizada a variação percentual de todas as dificuldades apresentadas pelas puérperas ao longo do estudo, para fins de comparação entre os três períodos avaliados, a partir da seguinte fórmula:

$$\text{Variação Percentual} = (\text{Valor final} - \text{Valor inicial}) / (\text{Valor inicial}) \times 100$$

O banco de dados foi elaborado com a utilização do software Statistical Package for the Social Sciences (SPSS), versão 18. Foi realizada dupla digitação dos dados, para assegurar melhor qualidade. As análises foram realizadas com o software SPSS versão 18.

#### **4.6 Variáveis do estudo**

As variáveis independentes desse estudo foram:

Características sociodemográficas: todas coletadas por meio de entrevista durante a internação.

- Idade materna (em anos de vida);

- Escolaridade materna (em anos completos de estudo);
- Cor da pele (segundo autodenominação);
- Possui companheiro e coabitação com companheiro (sim ou não);
- Mãe trabalha fora de casa (sim ou não);
- Possuir licença maternidade (sim ou não);
- Renda familiar (em número de salários mínimos);

Dados obstétricos e da gestação atual: todos coletados durante a internação, por meio de entrevista com a puérpera

- Primípara ou múltipara (número de filhos);
- Tipo de parto (vaginal ou cesárea);
- Realização de episiotomia (sim ou não);

Dados do pré-natal: todos referidos pelas puérperas durante a entrevista na internação e por meio da carteira de gestante.

- Realização de pré-natal (sim ou não);
- Número de consultas pré-natais realizadas ( $< 8$  ou  $\geq 8$ );
- Recebimento de orientações sobre AM nas consultas (sim ou não);
- Participação em grupos de gestantes (sim ou não);
- Orientações recebidas sobre AM nos grupos de gestantes (sim ou não);

Dados da amamentação na internação: todos coletados aos 15 dias de vida do bebê por meio de entrevista telefônica com as puérperas.

- Amamentação na internação (sim ou não);
- RN recebeu complemento lácteo durante a internação (sim ou não);
- Aleitamento exclusivo ao sair do hospital (sim ou não).
- Resolutividade da consultoria em lactação (sim, em parte, não)

Dados referentes ao pós-alta hospitalar: todos coletados aos 15 e 30 dias de vida do bebê por meio de entrevista telefônica com as puérperas.

- Duração do AME (em dias);
- Duração do AM (em dias);
- Tipo de aleitamento (AME, AM predominante, AM complementado, AM misto ou não está mais em AM);
- Apoio familiar na amamentação (sim ou não);



- Familiar que prestou o apoio na amamentação (referido pela mulher);
- Ajuda profissional em AM (sim ou não);
- Acompanhamento do bebê por profissional de saúde (sim ou não);
- Local de acompanhamento do bebê por profissional de saúde (rede básica, rede privada, ambos).

A variável dependente (desfecho) deste estudo foi:

- Presença de dificuldades para amamentar na internação, aos 15 dias e aos 30 dias de vida do bebê (sim ou não): dor nas mamas, trauma mamilar, ingurgitamento mamário, técnica de amamentação, mamas hiperemiadas, febre nas mamas, eliminação de secreção purulenta pelos mamilos, anatomia do mamilo, perda de peso do RN, demora na descida do leite, choro do bebê, leite fraco/insuficiente, mastite, ardência no mamilo, RN sonolento, nódulo dolorido na mama, coceira na mama, RN voraz, insegurança materna.

#### **4.7 Aspectos éticos**

O projeto do qual este estudo foi originado foi submetido e aprovado pela Comissão de Pesquisa da Escola de Enfermagem (COMPESQ/ENF) da UFRGS, sob o nº 31.093 (ANEXO A) e pelo Comitê de Ética em Pesquisa do HCPA, obtendo o nº 160227 (ANEXO B). O projeto segue as determinações da resolução CNS 466/12, do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2012).

Ao iniciar cada entrevista, a pesquisa foi explicada à mãe do recém-nascido ou ao seu responsável, quando menor de 20 anos de idade. As mães ou seus responsáveis demonstraram aceite em participar da pesquisa após assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE D) em duas vias, sendo que uma delas ficou com a mãe e a outra com a pesquisadora.

Foi garantido às mães o anonimato e o uso das informações coletadas exclusivamente para fins da pesquisa e a liberdade em desistir do estudo sem prejuízos à sua assistência e a de seu recém-nascido.

As puérperas participantes da pesquisa foram submetidas a possíveis desconfortos relacionados ao tempo destinado a cada entrevista e ao conteúdo das perguntas que abordavam o relacionamento delas com os respectivos bebês nas questões da alimentação/amamentação.

Os dados coletados serão guardados pela pesquisadora responsável por cinco anos, sendo destruídos após esse período.

## 5 RESULTADOS - ARTIGO

### REVISTA BRASILEIRA DE SAÚDE MATERNO INFANTIL\*

#### DIFICULDADES NA AMAMENTAÇÃO DE MULHERES ATENDIDAS EM UM HOSPITAL AMIGO DA CRIANÇA

Dificuldades na amamentação de mulheres atendidas em um Hospital Amigo da Criança

Juliana Karine Rodrigues Strada<sup>1</sup>, Annelise de Carvalho Gonçalves<sup>2</sup>.

<sup>1</sup> Graduação em Enfermagem. Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

<sup>2</sup> Departamento de Enfermagem Materno-Infantil. Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

<sup>1-2</sup> Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Endereço: Rua São Manoel, 963. Bairro Rio Branco. Porto Alegre, RS, Brasil. CEP: 90620-110.

E-mail: julianakrstrada@gmail.com

#### Resumo

**Objetivo:** identificar e comparar as dificuldades de mulheres na amamentação durante a internação e após a alta hospitalar. **Método:** coorte prospectiva desenvolvida em um Hospital Amigo da Criança no período de 2016 a 2017. Entrevistaram-se 150 puérperas com histórico de consultoria em lactação em três momentos: enquanto internadas, aos 15 dias e aos 30 dias de vida do bebê. Procedeu-se a uma análise descritiva das variáveis pesquisadas, obtendo-se percentuais dos desfechos de interesse. Para comparação das proporções, foi utilizado teste qui-quadrado de homogeneidade de proporções. **Resultados:** as dificuldades no AM com variação percentual estatisticamente significantes foram dor ( $p=0,000$ ), técnica de amamentação ( $p=0,000$ ), trauma mamilar ( $p=0,000$ ), anatomia mamilar ( $p=0,000$ ), demora na descida do leite ( $p=0,000$ ), ingurgitamento mamário ( $p=0,008$ ) e choro do bebê ( $p=0,007$ ). **Conclusão:** constataram-se altas taxas de dificuldades no AM, observando-se que o percentual das dificuldades mais incidentes decresceu aos 30 dias quando comparadas à internação,

\*As normas constam no anexo C.

possivelmente devido ao suporte recebido pela consultoria em lactação e de familiares. É essencial disponibilizar às mulheres espaços de diálogo sobre amamentação no pré-natal, internação e no pós-alta, além da atenção especial dos profissionais de saúde àquelas com risco de dificuldades precursoras de desmame precoce.

**Palavras-chave:** Aleitamento Materno, Consultores, Transtornos da lactação

### **Difficulties in breastfeeding experienced by women assisted in a Children's Hospital**

#### **Abstract**

**Objective:** To identify and compare the difficulties experienced by women in breastfeeding while in hospital and after hospital discharge. **Method:** Prospective cohort study carried out in a Children's Hospital along 2016 and 2017. A group of 150 puerperae with a history of instruction in BF were interviewed at three different moments: while in hospital, after 15 days and after 30 days after childbirth. A descriptive analysis of the researched variables was performed, and percentages of the outcomes under focus were obtained. The chi-square test for homogeneity was used in order to compare the proportions. **Results:** The BF difficulties that showed statistically significant percentage variation were pain ( $p=0.000$ ), breastfeeding technique ( $p=0.000$ ), nipple trauma ( $p=0.000$ ), nipple anatomy ( $p=0.000$ ), delayed milk supply ( $p=0.000$ ), breast engorgement ( $p=0.008$ ), and crying baby ( $p=0.007$ ). **Conclusion:** High rates of BF difficulties were found, with decreased percentage of the most recurrent difficulties after 30 days in comparison to those found while in hospital, probably due to the support provided by the breastfeeding instructors and family. It is fundamental to provide women with opportunities of dialogue about breastfeeding before childbirth, while in hospital and after discharge from hospital, with special attention of the health professionals to those with risk of presenting difficulties that may lead to early weaning.

**Key-words:** Breast Feeding, Consultant, Lactation Disorders

## **Introdução**

O aleitamento materno (AM) é considerado a melhor estratégia nutritiva para as crianças, principalmente nos primeiros meses de vida. Sua duração é influenciada por inúmeros fatores e proporciona vantagens físicas e emocionais para a dupla mãe-bebê<sup>(1)</sup>.

Para os bebês, o AM ocasiona proteção do trato gastrointestinal e das vias respiratórias contra doenças infecciosas, além de prevenir alergias alimentares<sup>(2)</sup>, reduzir a mortalidade infantil e contribuir para maiores rendimentos escolares e escores de QI superiores<sup>(3)</sup>.

Para a nutriz, além do AM ser uma estratégia econômica de alimentação e de favorecer o vínculo com o bebê, também contribui com o aumento da velocidade da contração uterina, reduzindo os riscos de hemorragia materna, e proporciona possível proteção contra o câncer de mama e de ovário e diabetes tipo 2<sup>(4)</sup>.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) e o Ministério da Saúde (MS) recomendam que o Aleitamento Materno Exclusivo (AME), ou seja, sem introdução de outros alimentos ou fórmulas lácteas, seja mantido até o sexto mês de vida. Após esse período há recomendações de iniciar a introdução de outros alimentos, dando continuidade ao AM até os dois anos ou mais, a depender da vontade da mãe e do bebê<sup>(5)</sup>.

Apesar de recomendações mundiais de incentivo ao AM, fundamentadas na ocorrência de inúmeros benefícios, estudos realizados no Brasil trazem percentual inferior ao recomendado pela OMS, com uma média nacional de AME nos primeiros seis meses de 41% e 38,2% em Porto Alegre, RS<sup>(6)</sup>.

A ocorrência de dificuldades nos diversos períodos do puerpério contribui para que estas taxas se manifestem abaixo do preconizado. Entre estas adversidades se destacam o trauma mamilar, geralmente associado ao posicionamento e/ou pega inadequados, dor ao amamentar e

ingurgitamento mamário, apresentando-se associados a déficits na técnica de amamentação<sup>(7-8-9)</sup>, passíveis de serem resolvidos através de condutas de atenção ao AM durante o pré-natal, na internação e no puerpério<sup>(10)</sup>.

Esta pesquisa é relevante, pois poderá auxiliar na identificação das principais dificuldades das nutrizes acerca do AM tanto na internação quanto após a alta hospitalar, possibilitando adequação das orientações e práticas por parte dos profissionais de saúde à demanda das mulheres.

O presente estudo se propõe a responder a seguinte questão de pesquisa: quais as dificuldades na amamentação relatadas por mulheres que foram atendidas pela consultoria em lactação de um Hospital Amigo da Criança?

O objetivo deste estudo foi identificar e comparar as dificuldades na amamentação de mulheres atendidas pela consultoria em lactação durante a internação e após a alta hospitalar.

## **Métodos**

O presente estudo constitui-se de um subprojeto da pesquisa “Padrões de amamentação de crianças atendidas por equipe de consultoria em aleitamento materno”. Trata-se de um estudo quantitativo, do tipo coorte prospectiva, desenvolvido a partir de dados coletados na Unidade de Internação Obstétrica do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA), hospital universitário, certificado como Hospital Amigo da Criança, no período de agosto de 2016 a março de 2017.

A amostra deste estudo foi calculada considerando um percentual médio de 60% de AME ao final do primeiro mês de vida do bebê<sup>(5)</sup> e uma taxa de risco mínimo de 1,48 conforme dados obtidos em artigo referente a um conjunto de variáveis, como idade materna, coabitação com avó materna, número de consultas pré-natal e tipo de parto<sup>(11)</sup>. Usando um poder de 80%,

nível de significância de 5% e estimativa de perdas de 20%, o tamanho da amostra foi de 150 duplas mãe-bebê.

Foram incluídas no estudo as mulheres atendidas pela consultoria em lactação da instituição durante a internação, residentes em Porto Alegre, atendidas pelo Sistema Único de Saúde (SUS), que disponibilizaram número telefônico, com amamentação já iniciada e que estavam em alojamento conjunto com seus bebês a termo (idade gestacional conforme Método de CAPURRO igual ou maior a 37 semanas), com peso ao nascer igual ou maior que 2500g. Foram excluídas do estudo as duplas com contraindicação permanente ou temporária para amamentação, mães com bebês gemelares e duplas separadas após início da amamentação.

Foi utilizada a base de dados oriunda da pesquisa maior. A coleta de dados foi realizada após a puérpera ou seu responsável (quando menor de idade) assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Os dados foram obtidos através de questionário estruturado aplicado às mães no momento da internação (após as primeiras 24 horas do nascimento do bebê), aos quinze dias do nascimento do bebê e ao completarem 30 dias de vida. A investigação sobre as dificuldades na amamentação apresentadas pela mulher durante a internação e até os 15 dias de vida do bebê foram coletadas na entrevista aplicada aos 15 dias e as dificuldades apresentadas a partir dos 15 dias até os 30 dias de vida do bebê foram coletadas na entrevista aos 30 dias. As entrevistas pós internação foram realizadas por telefone, com tempo máximo para realização de dois dias após a criança completar as idades estabelecidas para o seguimento. As duplas foram acompanhadas até o primeiro mês de vida dos bebês, enquanto ainda permanecessem em AM.

O projeto do qual este estudo foi originado foi submetido e aprovado pela Comissão de Pesquisa da Escola de Enfermagem da UFRGS (COMPESQ/ENF) e pelo Comitê de Ética em Pesquisa do HCPA.

As análises foram realizadas com o software SPSS versão 18. Foi realizada análise

descritiva das variáveis pesquisadas, produzindo-se os percentuais dos desfechos de interesse. Para a comparação das proporções obtidas nos períodos avaliados (internação, 15 dias e 30 dias de vida do bebê) foi utilizado o teste qui-quadrado de homogeneidade de proporções. Foi realizada a variação percentual de todas as dificuldades apresentadas pelas puérperas ao longo do estudo, para fins de comparação entre os três períodos avaliados, a partir da seguinte fórmula:

$$\text{Variação Percentual} = (\text{Valor final} - \text{Valor inicial}) / (\text{Valor inicial}) \times 100$$

## Resultados

Das 150 duplas incluídas na amostra, houve perda, até o final do período de acompanhamento previsto, de 32 duplas por impossibilidade de contato ou por interrupção do AM, o que equivale a 21,3% do total da amostra inicial. A Figura 1 apresenta a distribuição das perdas ao longo do estudo.

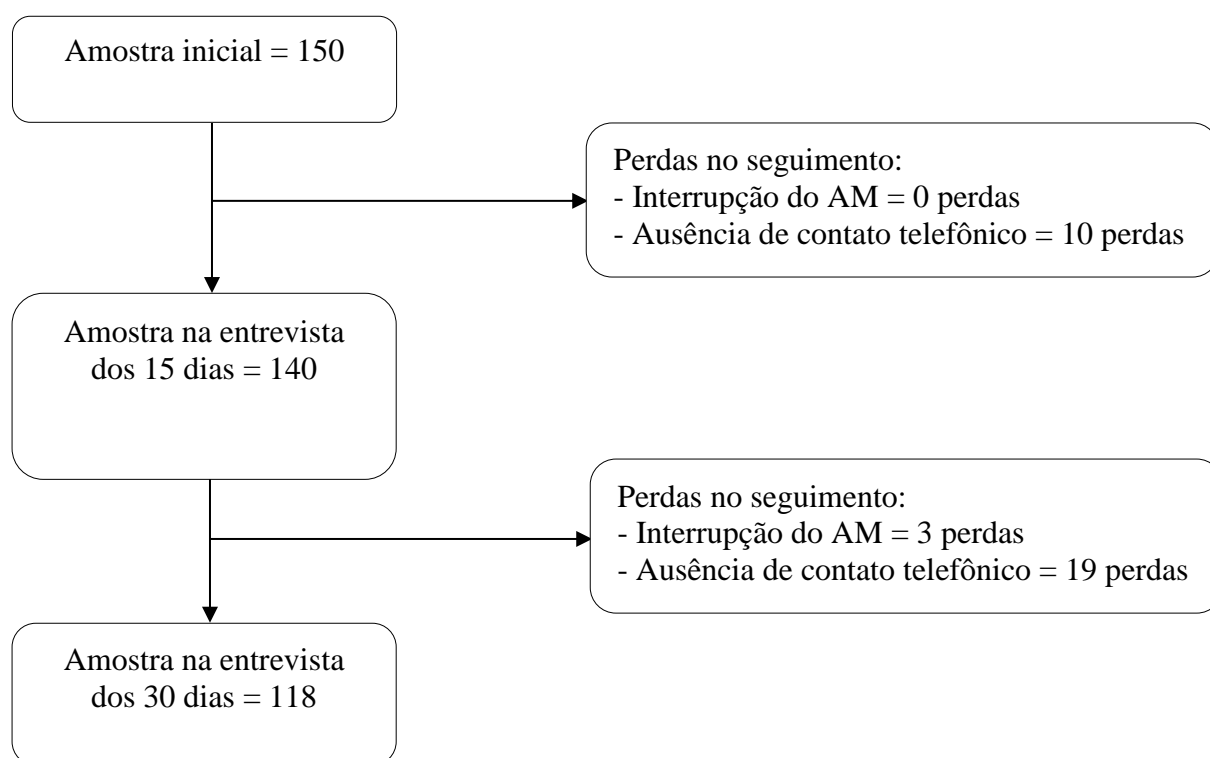


Figura 1 – Distribuição de perdas ao longo do estudo. HCPA, Porto alegre (RS), 2016 a 2017.



Em relação às características sociodemográficas observou-se que a maioria das mulheres era branca, possuía 20 anos de idade ou mais, com 8 anos ou mais de estudo completos. Em relação à renda familiar, o maior percentual de mulheres possuía renda entre 2 e 4 salários mínimos. O número de mulheres com companheiro e que coabitavam com seus parceiros foi mais incidente e a maioria das mulheres não trabalhava fora de casa. A tabela 1 apresenta as características sociodemográficas maternas obtidas durante a internação hospitalar.

Tabela 1 - Características sociodemográficas das 150 puérperas da amostra. HCPA, Porto Alegre (RS), 2016 a 2017.

Características	n	%
Mãe com 20 anos ou mais	122	81,3
Mãe de cor branca	93	62,0
Mãe com 8 anos ou mais de escolaridade	121	80,7
Coabitação com companheiro	119	91,5
Mãe que não trabalha fora de casa	85	56,7
Licença maternidade	64	98,5
Renda familiar entre 2 e 4 salários mínimos	55	43,0

Ressalta-se que a maioria da amostra foi composta por primíparas, compareceu a oito ou mais consultas de pré-natal, as quais apenas 29,7% receberam orientação sobre AM durante estas consultas. Observou-se que o parto vaginal foi o mais incidente e que foi realizada episiotomia em grande parte das mulheres da amostra.

A tabela 2 apresenta as características obstétricas, de pré-natal e de parto das 150 mães dos recém-nascidos.

Tabela 2 - Características obstétricas, de pré-natal e de parto das 150 puérperas, HCPA, Porto Alegre (RS) - 2016 a 2017.

Características	n	%
Primiparidade	107	71,3
Parto Vaginal	88	58,7
Episiotomia	63	71,6
Número de consultas pré-natal $\geq 8$	110	78,0
Orientação sobre AM no pré-natal	44	29,7
Participação em grupos de gestantes	28	18,7
Orientação sobre AM no grupo de gestantes	21	75,0

Quanto ao padrão de alimentação dos bebês, 53,6% permaneceram em AME na internação, 43,6% das duplas se mantiveram em AME aos 15 dias e 33,9% aos 30 dias, enquanto as interrupções do AM representaram 2,1% da amostra aos 15 dias de vida do bebê e 8,5% da amostra aos 30 dias. Ressalta-se que apesar de 46,4% das duplas terem interrompido o AME, com o uso de complemento lácteo, durante a internação, 66,1% não permaneceram em uso de complemento após a alta hospitalar.

Referente às dificuldades no AM, 98,6% das mulheres tiveram alguma dificuldade no momento da internação, aos 15 dias a incidência de mulheres com dificuldades no AM reduziu 16%, com um percentual de 82,8% e aos 30 dias este percentual reduziu para 69,5%, com a mesma redução percentual do primeiro intervalo. As dificuldades vivenciadas pelas mulheres ao longo do estudo estão representadas na tabela 3.

Tabela 3 – Frequência absoluta e relativa das dificuldades relatadas pelas puérperas na internação (n=140), aos 15 dias (n= 140) e aos 30 dias (n=118), HCPA, Porto Alegre (RS) - 2016 a 2017.

Dificuldades	Internação		15 dias		30 dias	
	n	%	n	%	n	%
Dor nas mamas	91	65	75	53,6	44	37,3
Trauma mamilar	91	65	65	46,4	22	18,6
Ingurgitamento mamário	72	51,4	93	66,4	56	47,5
Técnica de amamentação	124	88,6	20	14,3	14	11,9
Mamas hiperemiadas	24	17,1	23	16,4	15	12,7
Febre nas mamas	12	8,6	14	10	13	11
Eliminação de secreção purulenta pelos mamilos	1	0,7	0	0	0	0
Anatomia do mamilo	42	30	11	7,9	5	4,2
Perda de peso do RN	2	1,4	6	4,3	2	1,7
Demora na descida do leite	37	26,4	11	7,9	9	7,6
Choro do bebê	11	7,9	2	1,4	2	1,7
Leite fraco/insuficiente	3	2,1	4	2,9	2	1,7
Mastite	0	0	0	0	1	0,8
Ardência no mamilo	1	0,7	0	0	0	0
RN sonolento	3	2,1	1	0,7	0	0
Nódulo dolorido na mama	0	0	1	0,7	1	0,8
Coceira na mama	0	0	0	0	1	0,8
RN voraz	4	2,8	0	0	1	0,8
Insegurança materna	2	1,4	0	0	0	0

OBS: uma mesma puérpera pode ter tido mais de uma dificuldade

A dificuldade mais relatada durante a internação foi referente à técnica de amamentação, com taxa de 88,6%, seguida de dor ao amamentar (65%) e trauma mamilar (65%). Aos quinze dias de vida do bebê a dificuldade mais citada pelas mulheres foi o ingurgitamento mamário, com taxa de 66,4%, seguida de dor ao amamentar (53,6%) e trauma mamilar (46,4%). No trigésimo dia de vida do bebê as principais dificuldades relatadas se mantiveram como no 15º

dia, resultando em 47,5% de casos de ingurgitamento mamário, 37,3% de dor ao amamentar e 18,6% de trauma mamilar.

Após análise da variação percentual das dificuldades no AM vivenciadas pelas duplas mãe-bebê deste estudo evidenciou-se variação percentual estatisticamente significativa nas variáveis dor nas mamas, trauma mamilar, ingurgitamento mamário, técnica de amamentação, anatomia do mamilo, demora na descida do leite e choro do bebê.

A tabela 4 apresenta a variação percentual das dificuldades que obtiveram variação com significância estatística ao longo do estudo. Ressalta-se que todas apresentaram redução de percentual em todos os períodos, exceto ingurgitamento mamário que apresentou aumento com significância estatística entre a internação e os 15 dias de vida do bebê e o choro do bebê que apresentou aumento de percentual entre os 15 e 30 dias de vida do bebê, porém sem significância estatística nesse período.

Tabela 4 – Comparação das dificuldades\* referidas pelas puérperas durante a internação, aos 15 dias e aos 30 dias de vida do bebê, HCPA, Porto Alegre (RS) - 2016 a 2017.

Dificuldades	Internação e aos 15 dias VP**	15 dias e aos 30 dias VP**	Internação e aos 30 dias VP**	p
Dor	-17,3	-30,4	-42,6	0,000
Técnica de AM	-83,9	-16,8	-86,6	0,000
Trauma mamilar	-28,6	-59,9	-71,4	0,000
Anatomia mamilar	-73,7	-46,8	-86	0,000
Demora na descida do leite	-70,1	-3,8	-71,2	0,000
Ingurgitamento	+22,6	-28,5	-7,6	0,008
Choro do bebê	-82,3	+21,4	-78,5	0,007

\* somente as com significância estatística

\*\*VP= variação percentual

Em relação à resolutividade da consultoria no momento da internação, 71,3% das mulheres relataram ter seus problemas totalmente resolvidos, 26% disseram ter suas dificuldades resolvidas em parte e 2,7% acharam que a consultoria em lactação não foi resolutiva para as suas dificuldades.

Sobre a procura das mulheres para resolutividade dos problemas vivenciados, evidenciou-se que 17,1% procuraram ajuda profissional em AM aos 15 dias e 8,5% procuraram ajuda aos 30 dias. Ressalta-se que a maioria dos RN deste estudo seguiu em acompanhamento na atenção básica aos 15 e 30 dias (89,3% e 87,3%, respectivamente).

Quanto a ajuda recebida do companheiro para a ação de amamentar, 83,3% das mulheres estavam recebendo este apoio aos 15 dias de vida do bebê e 69,8% aos 30 dias de vida do bebê.

## **Discussão**

Os resultados obtidos nesta pesquisa evidenciam elevada incidência de mulheres com dificuldades no AM no decorrer do estudo, principalmente na internação, o que é esperado uma vez que as mulheres que compõem a amostra foram encaminhadas para a consultoria em lactação por apresentarem alguma dificuldade ou por estarem em grupos considerados de risco para o desmame precoce (primiparidade, mãe adolescente, história de desmame precoce anterior, entre outras).

Em estudo realizado em 2015, na mesma instituição, evidenciou-se que 52,9% das mulheres entrevistadas enfrentaram alguma dificuldade na amamentação durante a internação hospitalar, reduzindo para 44,7% no pós-alta, o que representa uma redução percentual de 15,5%<sup>(12)</sup>, similar a obtida neste estudo. Ressalta-se que esta instituição possui consultoras em lactação não só fazendo parte da equipe especializada, mas também das equipes de enfermagem da internação obstétrica, o que poderia explicar a similaridade da redução das dificuldades em

ambos estudos, por possivelmente estas mulheres terem sido submetidas a abordagens equivalentes.

O AM, apesar de prática natural, não é um processo fácil de ser mantido, sendo permeado por inúmeras dificuldades que podem influenciar na sua duração, inclusive estando associadas à interrupção precoce do AME quando prolongadas até a alta hospitalar<sup>(12-13)</sup>. No presente estudo, ressalta-se que houve uma redução das taxas de AME quando comparadas com outro estudo realizado na mesma instituição<sup>(12)</sup>, sendo estas taxas consideradas boas pela OMS durante a internação, que estabelece essa classificação para taxas que permanecem entre 50 e 89%, e razoáveis aos 15 e 30 dias de vida do bebê por se encontrarem no intervalo entre 12 a 49%<sup>(14)</sup>.

Estudo de coorte realizado com 225 mulheres demonstrou que mães com dificuldades na amamentação na pré-alta tiveram percentual de interrupção do AM significativamente maior no 60º dia de vida do bebê, o que demonstra que as dificuldades repercutem ao longo do tempo, interferindo no tempo de AME<sup>(13)</sup>. Desta forma, identificar e auxiliar precocemente mulheres propensas a apresentarem dificuldades é de extrema importância para a manutenção adequada do AM<sup>(10)</sup>.

Observou-se neste estudo que a maioria das mulheres realizou número adequado de consultas pré-natal, conforme o estabelecido pelo MS, porém se destaca o baixo percentual de não recebimento de orientações sobre AM nestas consultas, taxas inferiores às encontradas em outros estudos<sup>(15, 16)</sup>. Tal observação sugere que as orientações sobre AM não costumam fazer parte da rotina das consultas de pré-natal, apesar de o MS preconizar esse conteúdo nas consultas e também em grupos de gestantes<sup>(17)</sup>. Observa-se que um pequeno contingente da amostra participou de grupos de gestantes e que, em sua maioria, nestes houve a abordagem da temática amamentação. Este fato sugere ser o grupo de gestantes um espaço utilizado pelos

profissionais de saúde para o preparo e diálogo com as mulheres e suas famílias sobre o aleitamento materno e, portanto, deveriam ser mais ofertados às mulheres durante o pré-natal.

Estudo realizado na Etiópia em 2015 evidenciou que mães que receberam orientações sobre AM durante a gestação estiveram mais propensas a realizar o AME<sup>(18)</sup>. Moimaz et al., também evidenciaram baixa taxa de orientações recebidas no pré-natal (39,3%) e demonstraram que as mães que receberam orientações sobre AM no pré-natal e após o nascimento tiveram maior chance de realizar o AM<sup>(16)</sup>.

Estes achados ressaltam a importância das orientações recebidas no pré-natal e puerpério e gera indagações quanto aos motivos de tantas duplas mãe-bebê do presente estudo terem sido privadas de receberem esse suporte de orientações da atenção básica, uma vez que o pré-natal com bom vínculo e preparo da mulher para a prática do AM são pontos facilitadores do apoio à amamentação<sup>(10)</sup>.

Ter uma equipe habilitada para identificar e auxiliar nas dificuldades vivenciadas pelas duplas mãe-bebê durante o AM é fundamental para um pré-natal de qualidade. Batista et al. identificam problemas na qualidade do pré-natal e percebem afastamento das enfermeiras desta prática, apesar de sua formação voltada para promoção e educação para a saúde<sup>(19)</sup>.

Dentre as dificuldades no AM referidas pelas mulheres deste estudo, a técnica de amamentação foi a mais incidente durante a internação, seguida de dor nas mamas e trauma mamilar. Aos 15 e aos 30 dias de vida do bebê, a dificuldade mais mencionada pelas mães foi o ingurgitamento mamário, seguido de dor nas mamas e trauma mamilar.

Estudos trazem relações entre as dificuldades na técnica de amamentação, traumas mamilares, ingurgitamento mamário e dor, apontando que a falta de informações e conhecimento das mães sobre o AM contribui para o aparecimento dessas dificuldades, que são tidas como fatores de risco para o desmame precoce<sup>(7-8-9)</sup>. Nota-se uma interligação dos

problemas vivenciados pelas mulheres, que no presente estudo, em sua maioria, referiram a presença de mais de um problema em todos os períodos.

Coca et al evidenciam que problemas de posicionamento e pega, tais como a criança manter pescoço torcido durante a mamada, queixo longe da mama e lábio inferior virado para dentro se mostram estatisticamente significativas no aparecimento de lesões mamilares e, conseqüentemente, das dores ao amamentar<sup>(8)</sup>.

Quanto à presença de dor ao amamentar, é comum e considerado normal a mulher relatar esta dificuldade na iniciação da amamentação durante a primeira semana, uma vez que ocorre forte sucção dos mamilos e da aréola<sup>(5)</sup>. Estudo observa que apesar de ser considerado normal que a dor se estabeleça apenas na primeira semana, essa dificuldade se prolonga em cerca de 80 a 96% das puérperas até o décimo dia<sup>(20)</sup>.

No ingurgitamento mamário ocorre distensão do tecido e achatamento dos mamilos, o que dificulta a pega, altera a fluidez do leite, ocasionando em aumento da dor. Essa problemática geralmente pode ter associação com a sucção ineficaz do bebê, relacionada à déficit na técnica de amamentação<sup>(9)</sup>.

Ressalta-se que no presente estudo a maioria das mulheres era primípara, grupo considerado de risco para interrupção precoce do AM e, portanto, mais propensas a desenvolverem estas dificuldades, seja por não terem obtido contato prévio com a amamentação, podendo ter maior sensibilidade nas mamas, estando mais propícias a apresentarem dor e lesões advindas do déficit na técnica de amamentação ou pela própria falta de orientação e de experiências anteriores<sup>(21)</sup>.

Fu et al, evidenciaram em estudo realizado com primíparas, que receber orientações de profissionais capacitados no pós-alta influencia no tempo de AME quando comparados a grupos de primíparas que recebem orientações padronizadas, principalmente quando este contato se dá por meio telefônico<sup>(22)</sup>. Portanto, é importante ressaltar que as intercorrências na amamentação



não são motivos para que ocorra a interrupção do AM, uma vez que orientações de profissionais capacitados podem reduzir estas dificuldades<sup>(23)</sup>, independente da maneira que forem fornecidas.

Ainda no presente estudo, apesar da via de nascimento mais frequente ser o parto vaginal, destaca-se a alta taxa de cesárea. Soma-se a esta situação o fato de que a maioria das mulheres foram submetidas à episiotomia, o que pode ter contribuído para o aparecimento de dificuldades quanto à técnica de amamentação, uma vez que se observa que a dor e desconforto gerado por estas intervenções podem dificultar que as mães encontrem uma posição de conforto para amamentar, o que interfere no aparecimento dos traumas mamilares e, conseqüentemente, das demais dificuldades<sup>(7-8-9)</sup>.

Quanto à comparação das proporções das dificuldades mencionadas pelas mães ao longo do estudo, obteve-se diferença estatisticamente significativa nas proporções de dor, técnica de amamentação, trauma mamilar, anatomia do mamilo, demora na descida do leite e choro do bebê, havendo percentual significativamente maior na internação e significativamente menor aos 30 dias de vida do bebê, e em contrapartida houve aumento estatisticamente significativo do percentual de duplas com ingurgitamento mamário entre a internação e os 15 dias.

Estes achados corroboram com o encontrado na literatura, que relaciona o aparecimento das dificuldades no déficit da técnica de amamentação, uma vez que com a redução percentual estatisticamente significativa de mulheres com problemas na técnica de amamentação, possivelmente os demais eventos também reduziram significativamente<sup>(7-8-9)</sup>.

A demora na descida do leite e as características anatômicas do mamilo quando estes se apresentam planos ou invertidos podem dificultar a técnica de AM. Estas situações geram ansiedade para as mulheres que passam a duvidar de sua capacidade em aleitar. Junto a isso, relacionam o choro de seus bebês, ocasionado por diversas razões, com a sensação de fome, o que acaba gerando mais ansiedade, interferindo na produção de leite e levando às mães a

acreditarem que seu leite não é suficiente para suprir as necessidades do RN, o que leva os profissionais ou as próprias mães a solicitarem complementação com outros tipos de leite<sup>(24)</sup>, fato que foi evidenciado no presente estudo, em que, apesar de não representar a maioria da amostra, as taxas de complementação durante a internação se mostraram elevadas.

No entanto, com o atendimento apropriado nos primeiros dias pós parto, através de uma abordagem que estimule a confiança materna, há possibilidade de obter sucesso na amamentação, mesmo com a presença dessas dificuldades. É importante orientar as mulheres quanto à normalidade da demora na descida do leite, principalmente quando submetidas à cesarianas, em função da dor e desconforto, para evitar este ciclo, propício ao desmame precoce<sup>(5-24)</sup>. Além disso, estimular o AM em livre demanda e o esvaziamento completo das mamas antes de trocar o bebê de seio é essencial, uma vez que muitas vezes o choro relacionado à fome ocorre porque a criança possui horários rígidos para ser amamentada e acaba esperando muito tempo para se alimentar ou porque não está esvaziando a mama de maneira correta, impossibilitando o adequado recebimento de gordura, presente no final da mamada, gerando insatisfação<sup>(2)</sup>.

Observou-se que apesar de taxas elevadas de complementação durante a internação, a maioria dos bebês que recebeu complemento lácteo não permaneceu em uso após a alta hospitalar, o que sugere que tenha tido uma abordagem adequada para estimular a confiança materna em sua capacidade de aleitar e preparar as mães para a alta hospitalar.

Sugere-se que estas reduções nos percentuais dos problemas podem ter ocorrido devido à resolutividade da consultoria em lactação, relatada pela maioria das mulheres deste estudo como sendo positivas, e também ao fato de que a maioria das mulheres tinham acompanhante e receberam ajuda para amamentar de seus companheiros, intervenções que são abordadas como positivas para a manutenção do AM e redução das dificuldades.

Estudo realizado na Nova Zelândia, que avaliou o apoio do consultor de lactação evidenciou resultados positivos quando há este suporte disponível, concluindo que com acompanhamento da consultoria em lactação até os quatro meses de vida do bebê é possível prolongar o tempo de AME<sup>(25)</sup>. Chiurco et al, evidenciaram que a inserção de um consultor em lactação na sala de internação interferiu significativamente na redução de dor e lesões mamilares<sup>(26)</sup>.

Além disso, estudo randomizado realizado no Canadá que ofereceu abordagens diferentes de educação para o AM para pais e mães no pós-alta, evidenciou que o apoio da consultoria em lactação foi a estratégia de maior satisfação relatada por ambos, com taxas de 82,8 e 82%, respectivamente<sup>(27)</sup>, não muito divergentes das encontradas no presente estudo. Estes achados reforçam a importância da consultoria em lactação, principalmente quando associada à colaboração entre as equipes multidisciplinares, levando à maior integração e sucesso no fornecimento das orientações<sup>(28)</sup>.

Apesar de não terem sido encontrados muitos estudos que relacionam a realização da consultoria em lactação com a diminuição das dificuldades ao longo do tempo, supõe-se que, com a interferência da consultoria no tempo de AME, possivelmente este apoio do consultor em lactação pode ter tido influência positiva na redução das dificuldades vivenciadas pelas duplas mãe-bebê ao longo do período de tempo avaliado neste estudo.

Além do suporte oferecido pela consultoria em lactação, ressalta-se a importância das mulheres em receber apoio na amamentação dos companheiros e familiares. Estudos evidenciam que este suporte esteve associado com chances mais altas da prática do AME, reforçando a participação destes componentes como importantes recursos durante a amamentação<sup>(18, 29)</sup>, intensificando a necessidade de trabalhar com a família a existência deste apoio.

Quanto ao aumento estatisticamente significativo do percentual de mulheres com dificuldade relacionada ao ingurgitamento mamário, ressalta-se que estas situações ocasionam em desconforto, aumento das mamas e achatamento dos mamilos, o que dificulta a pega do bebê. Esse aumento significativo aos 15 dias de vida do bebê é esperado pois essa problemática não é tão decorrente da internação, ocorrendo com maior frequência entre três e cinco dias após o parto, nos quais ocorre a apojadura do leite, em que a oferta é maior que a demanda do recém-nascido, embora a técnica adequada da amamentação contribua para a menor ocorrência desta situação<sup>(5)</sup>.

Observa-se que o ingurgitamento mamário foi a única dificuldade que obteve aumento estatisticamente significativo e que, ao contrário das demais dificuldades, não obteve redução estatisticamente significativa entre os 15 e 30 dias de vida do bebê, o que reforça a necessidade de orientações quanto a esta temática durante a internação e no pós-alta, já que esta pode ter sido pouco valorizada nas orientações dadas às mulheres que ainda não estavam apresentando as características compatíveis com ingurgitamento mamário no momento da internação.

Apesar da maioria das dificuldades mais mencionadas ao longo do estudo terem reduzido significativamente, é necessária a reflexão acerca destas taxas que ainda se mantiveram altas. Observa-se que poucas mulheres procuraram atendimento para resolutividade de seus problemas, possivelmente por não reconhecerem a rede básica como fonte de suporte para o manejo de suas dificuldades. No entanto, a maioria dos bebês seguiu em atendimento na rede básica após a alta hospitalar, portanto essas dificuldades deveriam ter sido identificadas e trabalhadas pelos profissionais durante as consultas de puericultura já que faz parte das recomendações do MS atentar para alimentação do bebê durante esses atendimentos<sup>(5)</sup>.

## Conclusões

Constatou-se elevada taxa de duplas de mães e bebês com dificuldades no AM durante todos os períodos de acompanhamento deste estudo, porém evidenciou-se redução percentual estatisticamente significativa das dificuldades mais referidas pelas mulheres, tais como técnica de AM, dor, trauma mamilar, anatomia do mamilo, demora na descida do leite e choro do bebê. Além disso, houve aumento percentual estatisticamente significativo entre o período de internação e 15 dias de vida do bebê no que tange ao ingurgitamento mamário. Todos os achados se manifestaram nos momentos previstos de acordo com o referido pela literatura.

Os resultados deste estudo reforçam a importância da consultoria em lactação, pois sugere-se que tais reduções podem estar relacionadas à abordagem qualificada oferecida pelas consultoras em lactação, já que houve redução de dificuldades que se associam em outros estudos ou são consequências do déficit na técnica de AM, problemática comumente trabalhada pela consultoria em lactação com as duplas durante a internação. Essa possibilidade é reforçada pela resolutividade positiva da consultoria, referida pelas mães durante o estudo.

No entanto, ressalta-se a necessidade da identificação precoce dos grupos de risco para interrupção precoce do AM e da abordagem sobre a temática durante o pré-natal e puerpério, uma vez que a maioria das mulheres deste estudo não obteve orientações sobre AM durante o pré-natal e também não foi assistida quanto aos problemas vivenciados nas consultas de pós-parto, o que possivelmente poderia ter influenciado ainda mais na redução das dificuldades ao longo do tempo.

Este achado provoca reflexões quanto aos motivos de essas duplas serem privadas de receberem esse suporte, uma vez que a maioria compareceu a um número de consultas pré-natal superior ao recomendado pelo MS e a maioria dos bebês permaneceu em acompanhamento na rede básica após a alta hospitalar, evidenciando que houveram encontros entre a puérpera e os

profissionais de saúde que poderiam oportunizar a identificação e o manejo de problemas vivenciados pelas nutrizes.

É essencial que se ofereça à mulher espaços de diálogo sobre a amamentação no pré-natal, internação e pós-alta, principalmente relacionados à técnica e posicionamento, por se apresentarem como abordagens protetoras de demais problemas que podem ser vivenciados pelas mulheres e que podem desencadear em desmame precoce, principalmente considerando que a maioria das mulheres deste estudo eram primíparas, portanto grupo de risco para a descontinuidade do AM.

Desse modo, a fim de adequar as rotinas para o auxílio na manutenção da amamentação, é fundamental a elaboração e cumprimento de protocolos assistenciais e a capacitação de profissionais de saúde, para que possam compreender e identificar os problemas e o momento ideal de abordar a temática, já que fica evidente o déficit nas abordagens educativas principalmente no pós-alta, corroborando com a percepção de ser um assunto pouco valorizado e explorado pelos profissionais de saúde na atenção básica.

Uma possível limitação do estudo é o fato de que foram avaliadas somente as mulheres atendidas pelo SUS, portanto a incidência das dificuldades foi medida apenas para este segmento de mulheres atendidas pelo sistema público de saúde, não podendo ser aplicado para duplas assistidas pela rede conveniada ou privada de saúde. Outra possível limitação foi a perda de seguimento de 21% das mulheres, superior ao previsto no cálculo amostral (20%), o que poderia gerar resultados diferentes aos encontrados, caso o percentual de perdas fosse inferior. Possivelmente outra estratégia de acompanhamento, como visitas ao domicílio, poderia ter sido mais efetiva ao invés de ligações telefônicas, no entanto elevariam os custos do estudo.

O conhecimento das dificuldades vivenciadas pelas mães atendidas pela consultoria em lactação ao longo dos primeiros 30 dias de vida do bebê poderá fornecer subsídios para a

adequação das orientações e práticas por parte dos profissionais de saúde à demanda das mulheres, além de possibilitar a valorização da consultoria em lactação.

## Referências

1. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Promovendo o aleitamento materno. 2ª edição. Brasília, DF; 2007.
2. Fundo das Nações Unidas para Infância. Comité Português para a UNICEF/Comissão Nacional. Manual de Aleitamento Materno Lisboa, Portugal; 2012.
- 3 - Victora CG, Horta BL, Mola CL, Quevedo L, Pinheiro RT, Gigante DP, et al. Association between breastfeeding and intelligence, educational attainment, and income at 30 years of age: a prospective birth cohort study from Brazil. *Lancet Glob Health*. 2015; 3(4): 199-205.
4. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Iniciativa Hospital Amigo da Criança. Brasília, DF; 2011.
5. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Cadernos de Atenção Básica, n. 23. Saúde da criança: nutrição infantil: aleitamento materno e alimentação complementar. Brasília, DF; 2009.
6. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. II Pesquisa de Prevalência de Aleitamento Materno nas Capitais Brasileiras e Distrito Federal. Brasília, DF; 2009.
7. Souza Filho MD, Gonçalves Neto PNT, Martins MCC. Avaliação dos problemas relacionados ao aleitamento materno a partir do olhar da enfermagem. *Cogitare Enferm*. 2011;16(1):70-5.
8. Coca KP, Gamba MA, Silva RS, Abrao ACFV. A posição de amamentar determina o aparecimento do trauma mamilar?. *Rev Esc Enferm. USP*. 2009; 43(2): 446-452.
9. Giugliani ERJ. Problemas comuns na lactação e seu manejo. *J Pediatr*. 2004; 80(5): 147-154.
10. Souza SNDH, Mello DF, Ayres JRJM. O aleitamento materno na perspectiva da vulnerabilidade programática e do cuidado. *Cad Saúde Pública*. 2013; 29(6):1186-1194.
11. Giugliani ERJ, . Intake of water, herbal teas and non-breast milks during the first month of life: Associated factors and impact on breastfeeding duration. *Early Human Development*. 2008; 84(5):305-310.
12. 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*. 2016;37(esp):e2016-0044.

13. Rocci E; Fernandes RAQ. Dificuldades no aleitamento materno e influência no desmame precoce. *Rev Bras Enferm.* 2014; 67(1):22-7.
14. OMS World Health Organization. Indicators for assessing infant and young child feeding practices: conclusions of a consensus meeting held 6–8 November 2007 in Washington D.C., USA, 2008
15. Barbosa GEF, Silva VB, Pereira JM, Soares MS, Filho RAM, Pereira LB, Pinho L, Caldeira AP. Dificuldades iniciais com a técnica da amamentação e fatores associados a problemas com a mama em puérperas. *Rev Paul Pediatr.* 2017; 35(3):265-272.
16. Moimaz SAS, Saliba O, Borges HC, Rocha NB, Saliba NA. Desmame precoce: falta de conhecimento ou de acompanhamento?. *Pesq Bras Odontoped Clin Integr.* 2013; 13(1):53-59.
17. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Cadernos de Atenção Básica n. 32. Atenção ao pré-natal de baixo risco. Brasília, DF; 2012.
18. Tewabe T, Mandesh A, Gualu T, Alem G, Mekuria G, Zeleke H. Exclusive breastfeeding practice and associated factors among mothers in Motta town, East Gojjam zone, Amhara Regional State, Ethiopia, 2015: a cross-sectional study. *Int Breastfeed J.* 2016; 12(12).
19. Batista KRA, Farias MCAD, Melo WSN. Influência da assistência de enfermagem na prática da amamentação no puerpério imediato. *Saúde debate.* 2013; 37(96): 130-138.
20. McClellan HL, Hepworth AR, Garbin CP, Rowan MK, Deacon J, Hartmann PE, et al. Nipple Pain during breastfeeding with or without visible trauma. *J Hum Lact.* 2012;28(4):511-21.
21. Almeida IS, Ribeiro IB, Rodrigues BMRD, Costa CCP, Freitas NS, Vargas EB. Amamentação para mães primíparas: perspectivas e intencionalidades do enfermeiro ao orientar. *Cogitare Enferm.* 2010;15(1):19-25.
22. Fu IC, Fong DY, Heys M, Lee IL, Sham A, Tarrant M. Professional breastfeeding support for first-time mothers: a multicentre cluster randomised controlled trial. *BJOG.* 2014;121(13):1673-83.
23. 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. *Rev. Nutr.* 2016; 29(3):367-375.
24. Carvalho CM, Bica OSC, Moura GMSS. Consultoria em aleitamento materno no Hospital de Clínicas de Porto Alegre. *Rev HCPA.* 2007;27(2):53-56.
25. Cameron SL, Heath AM, Gray AR, Churcher B, Davies RS, Newlands A, et al. Lactation consultant support from late pregnancy with an educational intervention at 4 months of age delays the introduction of complementary foods in a randomized controlled trial. *The Journal of Nutrition.* 2015;145(7):1481-90.



26. Chiurco A, Montico M, Brovedani P, Monasta L, Davanzo R. An IBCLC in the maternity Ward of a mother and child hospital: a pre- and post-intervention study. *Int J Environ es Public Health*. 2015; 12(8):9938-51.
27. Abbass-Dick J, Dennis CL. Maternal and paternal experiences and satisfaction with a co-parenting breastfeeding support intervention in Canada. *Midwifery*. 2018;56:135-141.
28. Anstey EH, Coulter M, Jevitt CM, Perrin KM, Dabrow S, Klasko-Foster LB, Daley EM. Lactation consultants' perceived barriers to providing professional breastfeeding support. 2017;5(8).
29. Wang W, Lau Y, Chow A, Chan KS. Breast-feeding intention, initiation and duration among Hong Kong chinese women: a prospective longitudinal study. 2014;30(6):678-87.

## 6 CONCLUSÕES

Este estudo possibilitou conhecer as dificuldades na amamentação mais referidas pelas mulheres de um Hospital Amigo da Criança na internação, 15 dias e 30 dias de vida do bebê e a comparação das mesmas ao longo desses períodos.

Observou-se que as dificuldades no AM mais mencionadas pelas mulheres durante a internação foi a técnica de amamentação, seguida de dor nas mamas e trauma mamilar. Aos 15 e 30 dias de vida do bebê a dificuldade mais relatada pelas mulheres foi o ingurgitamento mamário, seguido de dor nas mamas e trauma mamilar. Todos com manifestação conforme previsto pela literatura.

Constatou-se elevada taxa de mães e bebês com dificuldades no AM durante todos os períodos avaliados neste estudo, com redução percentual estatisticamente significativa nas dificuldades mais mencionadas pelas mulheres sendo estas a técnica de AM, dor, trauma mamilar, anatomia do mamilo, demora na descida do leite e choro do bebê. Houve aumento percentual estatisticamente significativo, entre o período de internação e 15 dias de vida do bebê, de ingurgitamento mamário.

Tais achados reforçam a necessidade de valorização da consultoria em lactação, pois possivelmente as reduções percentuais importantes ocorridas ao longo do estudo podem ter ocorrido devido à abordagem especializada e qualificada recebida pelas duplas mãe-bebê. Além disso, o apoio dos familiares, recebido pela maioria das mulheres deste estudo, se mostra importante, uma vez que é associado na literatura a maiores índices de sucesso no AM, portanto deve ser incentivado.

No entanto, observou-se que a maioria da amostra não obteve orientações sobre AM durante o pré-natal e puerpério, apoio que poderia ter influenciado positivamente em maior redução das dificuldades ao longo do tempo se tivesse sido realizado.

Sugere-se que os profissionais de saúde da instituição reavaliem suas práticas em AM, a fim de oferecer maior suporte aos grupos atendidos pela consultoria, já que são considerados grupos de risco para interrupção do AM, pois apesar de ter ocorrido diminuição da maioria das dificuldades mencionadas, as taxas ainda permaneceram elevadas no pós-alta.

É fundamental a qualificação da assistência pré-natal através da oferta de espaços de diálogo à mulher sobre a amamentação, principalmente relacionados à técnica e posicionamento, por se apresentarem como abordagens protetoras de demais problemas que podem ser vivenciados posteriormente e que podem desencadear em desmame precoce.

Recomenda-se aos gestores uma avaliação quanto aos recursos humanos, a fim de oferecer atenção mais qualificada às mulheres, uma vez que o apoio no AM demanda tempo, o que pode muitas vezes interferir no sucesso do atendimento pela grande demanda de trabalho que interfere na oferta deste suporte. Além disso é fundamental a elaboração e cumprimento de protocolos assistenciais e a capacitação de profissionais de saúde, para que possam compreender e identificar os problemas e o momento ideal de abordar a temática

Por fim, é essencial que todos os profissionais de saúde que assistem as duplas mãe-bebê no pré-natal, internação e puerpério estejam sempre atualizados com o que há de mais atual nas evidências científicas a fim de promover a redução das dificuldades no AM, que podem refletir na saúde e desenvolvimento da criança.

Este estudo poderá fornecer subsídios para a adequação das orientações e práticas por parte dos profissionais de saúde à demanda das mulheres, através de uma reflexão acerca da prática da amamentação, além de possibilitar a valorização da consultoria em lactação. Ainda, reafirma a posição da enfermeira frente às questões de educação em saúde, uma vez que estão aptas para desempenhá-las, propiciando uma assistência mais qualificada e humanizada.

## REFERÊNCIAS

ABBASS-DICK, Jennifer; DENNIS, Cindy-lee. Maternal and paternal experiences and satisfaction with a co-parenting breastfeeding support intervention in Canada. **Midwifery**, [s.l.], v. 56, p.135-141, jan. 2018.

ALMEIDA, Jordana Moreira de; LUZ, Sylvana de Araújo Barros; UED, Fábio da Veiga. Apoio ao aleitamento materno pelos profissionais de saúde: revisão integrativa da literatura. **Revista Paulista de Pediatria**, [s.l.], v. 33, n. 3, p.355-362, set. 2015.

ALMEIDA, Inez Silva et al. Amamentação para mães primíparas: perspectivas e intencionalidades do enfermeiro ao orientar. **Cogitare Enfermagem**, [s.l.], v. 15, n. 1, p.0-0, 30 mar. 2010.

ANSTEY, Erica H. et al. Lactation Consultants' Perceived Barriers to Providing Professional Breastfeeding Support. **Journal Of Human Lactation**, [s.l.], 18 ago. 2017.

ARAÚJO MFM. Situação e perspectivas do aleitamento materno no Brasil. In: Carvalho MR, Tamez RN. Amamentação: bases científicas para a prática profissional. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2002. p. 1-10.

BARBOSA, Gessandro Elpídio Fernandes et al. Dificuldades iniciais com a técnica da amamentação e fatores associados a problemas com a mama em puérperas. **Revista Paulista de Pediatria**, [s.l.], v. 35, n. 3, p.265-272, 13 jul. 2017.

BARROS, VO et al; Aleitamento materno e fatores associados ao desmame precoce em crianças atendidas no programa de saúde da família. *Nutrire: Revista da Sociedade Brasileira de Alimentação e Nutrição*, São Paulo, v. 34, n. 2, p. 101-114, Ago, 2009.

BATISTA, Kadydja Russell de Araújo; FARIAS, Maria do Carmo Andrade Duarte de; MELO, Wanderson dos Santos Nunes de. Influência da assistência de enfermagem na prática da amamentação no puerpério imediato. **Saúde em Debate**, [s.l.], v. 37, n. 96, p.130-138, mar. 2013.

BRASIL Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Cadernos de Atenção Básica n. 32. **Atenção ao pré-natal de baixo risco**. Brasília, DF; 2012. Acesso em: 15 dez 2017.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso: Método Canguru**/ Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – 2. ed. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2011b. Disponível em:  
<[http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/metodo\\_canguru\\_manual\\_tecnico\\_2ed.pdf](http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/metodo_canguru_manual_tecnico_2ed.pdf)>.  
Acesso em: 21 dez 2017.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Estratégia Nacional para Promoção do Aleitamento Materno e Alimentação Complementar Saudável no Sistema Único de Saúde: manual de implementação** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. – Brasília : Ministério da Saúde, 2015. Disponível em:

<[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/estrategia\\_nacional\\_promocao\\_aleitamento\\_materno.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/estrategia_nacional_promocao_aleitamento_materno.pdf)>. Acesso em: 13 dez 2017.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Gestões e gestores de políticas públicas de atenção à saúde da criança: 70 anos de história** / Secretaria de Atenção à Saúde. Área Técnica de Saúde da Criança e Aleitamento Materno. – Brasília: Ministério da Saúde, 2011a. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/70\\_anos\\_historia\\_saude\\_crianca.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/70_anos_historia_saude_crianca.pdf)>. Acesso em: 15 dez 2017.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. II Pesquisa de Prevalência de Aleitamento Materno nas Capitais Brasileiras e Distrito Federal / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção a Saúde, Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas– Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2009b. Acesso em: 12 dez 2017.

\_\_\_\_\_. Casa Civil. Lei nº 13.257, de 8 de março de 2016. Dispõe sobre as políticas públicas para a primeira infância e altera a Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990 (Estatuto da Criança e do Adolescente), o Decreto-Lei nº 3.689, de 3 de outubro de 1941 (Código de Processo Penal), a Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), aprovada pelo Decreto-Lei nº 5.452, de 1º de maio de 1943, a Lei nº 11.770, de 9 de setembro de 2008, e a Lei nº 12.662, de 5 de junho de 2012. Brasília - DF, **Diário Oficial da União** nº - 46, 9 de março de 2016. Disponível em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2015-2018/2016/lei/113257.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2016/lei/113257.htm) Acesso em: 20 dez 2017.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Manual do curso de 18 horas para equipes de maternidades. Brasília (DF): UNICEF/OMS; 2003. Acesso em: 15 dez 2017.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Saúde da Criança. Nutrição infantil: aleitamento materno e alimentação complementar / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica, Cadernos de Atenção Básica, n. 23. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2009a. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude\\_crianca\\_nutricao\\_aleitamento\\_alimentacao](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_crianca_nutricao_aleitamento_alimentacao). Acesso em: 20 dez 2017.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria nº 193, de 23 de fevereiro de 2010. Esta nota técnica tem por objetivo orientar a instalação de salas de apoio à amamentação em empresas públicas ou privadas e a fiscalização desses ambientes pelas vigilâncias sanitárias locais. **Diário Oficial da União** 24 de fevereiro de 2010; Seção 1. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2010/prt0193\\_23\\_02\\_2010.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2010/prt0193_23_02_2010.html)>. Acesso em: 24 dez 2017.

\_\_\_\_\_. Portaria Nº 1.153, de 22 de maio de 2014. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt1153\\_22\\_05\\_2014.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt1153_22_05_2014.html). Acesso em: 22 dez 2017.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Promovendo o aleitamento materno. 2ª edição, revisada / Secretaria de Atenção à Saúde - Brasília, 2007. Disponível em: <http://www.unicef.org/brazil/pt/aleitamento.pdf>. Acesso em: 28 dez 2017.

CAMERON, S. L. et al. Lactation Consultant Support from Late Pregnancy with an Educational Intervention at 4 Months of Age Delays the Introduction of Complementary Foods in a Randomized Controlled Trial. **Journal Of Nutrition**, [s.l.], v. 145, n. 7, p.1481-1490, 20 maio 2015.

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

CHIN, Li Yen; AMIR, Lisa H. Survey of patient satisfaction with the Breastfeeding Education and Support Services of The Royal Women's Hospital, Melbourne. **Bmc Health Services Research**, [s.l.], v. 8, n. 1, p.1-11, 14 abr. 2008.

CHIURCO, Antonella et al. An IBCLC in the Maternity Ward of a Mother and Child Hospital: A Pre- and Post-Intervention Study. *Int J Environ Res Public Health*, China, v. 12, n. 8, p.9938-9951, ago. 2015.

CHUNG, Mei et al. Interventions in Primary Care to Promote Breastfeeding: A Systematic Review. 9.ed. Rockville: (md): Agency For Healthcare Research And Quality, 2008.

COCA, Kelly Pereira et al. A posição de amamentar determina o aparecimento do trauma mamilar? **Revista da Escola de Enfermagem da Usp**, [s.l.], v. 43, n. 2, p.446-452, jun. 2009.

ESPIRITO SANTO, Lilian Cordova; OLIVEIRA, Luciana Dias de; GIUGLIANI, Elsa Regina Justo. Factors Associated with Low Incidence of Exclusive Breastfeeding for the First 6 Months. **Birth**, [s.l.], v. 34, n. 3, p.212-219, set. 2007.

FALEIROS, Francisca Teresa Veneziano; TREZZA, Ercília Maria Carone; CARANDINA, Luana. Aleitamento materno: fatores de influência na sua decisão e duração. **Revista de Nutrição**, [s.l.], v. 19, n. 5, p.623-630, out. 2006.

FIGUEIREDO S.F. Avaliação da iniciativa Hospital Amigo da Criança na prática do Aleitamento Materno exclusivo nos primeiros seis meses de vida em uma maternidade pública da cidade de São Paulo. Dissertação [Mestrado em Enfermagem]. São Paulo: Universidade Federal de São Paulo; 2009.

FU, Icy et al. Professional breastfeeding support for first-time mothers: a multicentre cluster randomised controlled trial. *Bjog: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, [s.l.], v. 121, n. 13, p.1673-1683, 26 maio 2014.

HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE. HCPA. 2016 Atividades Assistenciais. Disponível em: <http://www.hcpa.edu.br/content/view/264/394/>.

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ (Rio de Janeiro). Ministério da Saúde. **Rede Brasileira de Bancos de Leite Humano: Quem Somos**. 2017a. Disponível em: <<https://rblh.fiocruz.br/pt-br/quem-somos>>.

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ (Rio de Janeiro). Ministério da Saúde. **Rede Brasileira de Bancos de Leite Humano: A rBLH em números**. 2017b. Disponível em: <[https://producao.redeblh.icict.fiocruz.br/portal\\_blh/blh\\_brasil.php](https://producao.redeblh.icict.fiocruz.br/portal_blh/blh_brasil.php)>.

GIUGLIANI, Elsa R. J.. Problemas comuns na lactação e seu manejo. **Jornal de Pediatria**, [s.l.], v. 80, n. 5, p.147-154, nov. 2004.

GIUGLIANI, Elsa Regina Justo et al. Intake of water, herbal teas and non-breast milks during the first month of life: Associated factors and impact on breastfeeding duration. **Early Human Development**, [s.l.], v. 84, n. 5, p.305-310, maio 2008.

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

IBLCE, INTERNATIONAL BOARD OF LACTATION CONSULTANT EXAMINERS. Current Statistics on Worldwide IBCLCs. Disponível em: <<http://iblce.org/about-iblce/current-statistics-on-worldwide-ibclcs/>>.

LUKAC, Marta; RILEY, Joann K.; HUMPHREY, Angela D.. How to Integrate a Lactation Consultant in an Outpatient Clinic Environment. **Journal Of Human Lactation**, [s.l.], v. 22, n. 1, p.99-103, fev. 2006.

MARQUES Emanuele S; COTTA Rosângela MM; PRIORE Silvia E. Mitos e crenças sobre o aleitamento materno. *Ciência & Saúde Coletiva* 2011, 16.

MCCLELLAN, Holly L. et al. Nipple Pain during Breastfeeding with or without Visible Trauma. **Journal Of Human Lactation**, [s.l.], v. 28, n. 4, p.511-521, 11 jun. 2012.

MOIMAZ, Sas et al. Desmame Precoce: Falta de Conhecimento ou de Acompanhamento?. **Pesquisa Brasileira em Odontopediatria e Clínica Integrada**, [s.l.], v. 13, n. 1, p.53-59, 31 mar. 2013.

MONTRONE AVG et al. Trauma mamilar e a prática de amamentar: estudo com mulheres no início da lactação. *Rev APS*. 2006;9(2):168-74.

MORAES, Bruna Alibio et al. Fatores associados à interrupção do aleitamento materno exclusivo em lactentes com até 30 dias. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, [s.l.], v. 37, n. , p.1-10, 2016.

NAKANO, Ana Márcia Spanó. As vivências da amamentação para um grupo de mulheres: nos limites de ser. **Cadernos de Saúde Pública**, [s.l.], v. 19, p.355-363, 2003.

PATEL, Sanjay; PATEL, Shveta. The Effectiveness of Lactation Consultants and Lactation Counselors on Breastfeeding Outcomes. *Journal of Human Lactation*, 2015.

PINHEIRO, Josilene Maria Ferreira et al. Prevalência e fatores associados à prescrição/solicitação de suplementação alimentar em recém-nascidos. **Revista de Nutrição**, [s.l.], v. 29, n. 3, p.367-375, jun. 2016.

PORTUGAL. Fundo das Nações Unidas para Infância. Manual de Aleitamento Materno / Comité Português para a UNICEF/Comissão Nacional. Lisboa: Editora Comité Português para a UNICEF, 2012.

RIUS, J. M. et al. Factores asociados al abandono precoz de la lactancia materna em una región del este de España. Espanha, *Anales de Pediatría*, v. 80, n. 1, p. 6- 15, 2014.

ROCCI, E.; FERNANDES, R. A. Q. Dificuldades no aleitamento materno e influência no desmame precoce. *Rev. Bras. Enferm. Brasília*, v.67, n.1, Jan. 2014.

SBP, SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA (Brasil). Como obter o Certificado Internacional de Consultor em Lactação pelo IBLCE (International Board Of Lactation Consultant Examiners). 2006. Disponível em: <<http://www.sbp.com.br/src/uploads/2012/12/Como-obter-o-Certificado-Internacional-de-Consultor-em-Lactao-pelo-IBLCE.pdf>>.

SOUZA, L.A. Promoção-apoio ao aleitamento materno:binômio ou antítese? Uma caracterização das práticas do profissional de saúde na perspectiva na mulher no processo de aleitamento materno. [Dissertação de mestrado na internet]. Ribeirão preto: Universidade de São Paulo. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto; 2006.

SOUZA FILHO, Manoel Dias de; GONÇALVES NETO, Pedro Nolasco Tito; MARTINS, Maria do Carmo de Carvalho e. Avaliação dos problemas relacionados ao aleitamento materno a partir do olhar da enfermagem. **Cogitare Enfermagem**, [s.l.], v. 16, n. 1, p.70-75, 30 mar. 2011.

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

TEWABE, Tilahun et al. Exclusive breastfeeding practice and associated factors among mothers in Motta town, East Gojjam zone, Amhara Regional State, Ethiopia, 2015: a cross-sectional study. **International Breastfeeding Journal**, [s.l.], v. 12, n. 1, dez. 2016.

THURMAN, Sara Elizabeth; ALLEN, Patricia Jackson .Integrating Lactation Consultants Into Primary Health Care Services: Are Lactation Consultants Affecting BreastfeedingSuccess? *PediatrNurs.*, Europe, v. 34, n. 5, p.419-425, out. 2008.

UNICEF BRASIL. Iniciativa Hospital Amigo da Criança. Brasília, 2009. Disponível em [http://www.unicef.org/brazil/pt/activities\\_9994.htm](http://www.unicef.org/brazil/pt/activities_9994.htm).

VICTORA, Cesar G et al. Association between breastfeeding and intelligence, educational attainment, and income at 30 years of age: a prospective birth cohort study from Brazil. *The Lancet Global Health*, [s.l.], v. 3, n. 4, p.199-205, abr. 2015.

VICTORA, C. G. et al. Amamentação no século 21: epidemiologia, mecanismos, e efeitos ao longo da vida. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, 2016, v. 2, n. 1, p. 1–24, 2016.



WANG, Wenru et al. Breast-feeding intention, initiation and duration among Hong Kong Chinese women: A prospective longitudinal study. **Midwifery**, [s.l.], v. 30, n. 6, p.678-687, jun. 2014.

WHO. Indicators for assessing infant and young child feeding practices: conclusions of a consensus meeting held 6–8 November 2007 in Washington D.C., USA, 2008

## APÊNDICE A – INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS – INICIAL

Nome da mãe: \_\_\_\_\_

Código: P \_\_\_\_\_ Leito: \_\_\_\_\_

Nome do bebê: \_\_\_\_\_

Telefone residencial: ( ) \_\_\_\_\_

Celular/operadora: ( ) \_\_\_\_\_ ( ) TIM ( ) CLARO ( ) VIVO ( ) OI

Outro telefone /operadora: ( ) \_\_\_\_\_ ( ) TIM ( ) CLARO ( ) VIVO ( ) OI

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

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

Data da Entrevista: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Nome da Entrevistadora: \_\_\_\_\_

### MOTIVO DO ENCAMINHAMENTO PARA A CONSULTORIA (item4):

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

_____ (88) NSA (não tem companheiro) (99) NSI		
15. Você trabalha fora de casa? (1) Sim (2) Não	TRABFORA	
<b>DADOS DA GESTAÇÃO</b>		
16. Você tem tempo de licença maternidade? (1) Sim (2) Não	LICMAT	
17. Quanto tempo que você vai tirar de licença maternidade? _____ meses (88) NSA (não tem licença maternidade)	TEMLIC	
18. Vai emendar algum benefício à licença maternidade (férias, licença prêmio...)? (1) Sim (2) Não (88) NSA (não tem licença maternidade) Se sim, quanto tempo? _____ meses	BENEF	
19. Você fez pré-natal? (1) Sim (2) Não	PRENATAL	
20. Se sim, número de consultas (carteirinha): _____ (88) NSA (não fez pré-natal) (99) NSI	CONSUPRE	
21. Durante seu pré-natal, você recebeu alguma orientação sobre AM? (1) sim, bastante (2) sim, mais ou menos (3) sim, pouca (4) não (88) NSA (não fez pré-natal)	ORIENPRE	
22. Você participou de algum grupo ou curso de gestantes? (1) Sim (2) Não	CURSOPRE	
23. Durante o curso ou grupo, você recebeu alguma orientação sobre AM? (1) sim, bastante (2) sim, mais ou menos (3) sim, pouca (4) não (88) NSA (não fez curso de gestantes)	ORICURSO	
24. Fumou durante a gravidez? (1) Sim (2) Não (3) Sim, mas interrompeu durante a gravidez	FUMO	
25. Se sim, quantos cigarros por dia? _____ (88) NSA (não fuma)	CIGARROS	
26. Usou alguma droga durante a gravidez? (1) Sim, qual: _____ (2) Não (3) Sim, mas interrompeu durante a gravidez	DROGA	
27. Com que frequência fazia uso da droga? (1) Diariamente (2) 4 a 6 vezes por semana (3) 1 a 3 vezes por semana (4) esporadicamente (88) NSA (não usou drogas)	FREQDRO	
<b>DADOS DO AM</b>		
28. Quantos filhos vivos você teve antes deste? _____	FILHOVI	
29. Por quanto tempo os filhos anteriores foram amamentados (em meses)? Começar pelo filho mais velho A____ B____ C____ D____ E____ (88) NSA (não teve nenhum filho antes deste) (99) NSI	DURAM	

<b>CONSULTORIA EM AM</b>		
<p>30. Como você se sentiu em relação ao atendimento da consultoria? *Ler as opções            (1) Satisfeita (2) Insatisfeita (99) NSI            Se insatisfeita, por quê? _____            _____            _____</p>	SATISFAC	
<p>31. Seu problema melhorou ou foi resolvido com o atendimento da consultoria? (Sugerir Sim/Em parte/ Não – e após pedir o por quê?)            (1) Sim            (2) Em parte, por quê?            _____            _____            _____</p> <p>(3) Não, por quê? _____            _____            _____</p>	RESOLUT	

## APÊNDICE B – INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS – 15 DIAS

Nome da mãe: \_\_\_\_\_

Código: \_\_\_\_\_

Nome do bebê: \_\_\_\_\_

Data da Entrevista: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Nome da Entrevistadora: \_\_\_\_\_

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

_____ dias de vida do bebê (88) NSA (não deu água) (99) NSI		
12. Chá: (1) sim (2) não Com _____ que frequência: _____ Motivo da introdução _____ _____	BEBCHA	
13. Quando introduziu? _____ dias de vida do bebê (88) NSA (não deu chá) (99) NSI	QUANDCH	
14. Suco: (1) sim (2) não Com _____ que frequência: _____ Motivo da introdução _____ _____	BEBESUC	
15. Quando introduziu? _____ dias de vida do bebê (88) NSA (não deu suco) (99) NSI	QUANSUC	
16. Outro Leite: (1) sim (2) não Com _____ que frequência: _____ Motivo da introdução _____ _____	BELEITE	
17. Quando introduziu? _____ dias de vida do bebê (88) NSA (não deu outro leite) (99) NSI	QUALEIT	
18. Qual o tipo de leite introduzido? (1) leite modificado (2) leite em pó integral (3) leite em caixinha (4) leite em saquinho (5) outro _____ (88) NSA (não deu outro leite)	TIPLEIT	
19. Leite engrossado(farinha, maisena, aveia...): (1) sim (2) não Com _____ que frequência: _____ Motivo da introdução _____ _____	LEITENG	
20. Quando introduziu? _____ dias de vida do bebê (88) NSA (não deu leite engrossado) (99) NSI	QDOLENG	
21. Esses líquidos que seu bebê recebe, é através do que? (1) mamadeira (2) outro, qual: _____ (88) NSA (não recebe nada além do peito da mãe)	MAMADE	
22. Seu bebê recebe outros alimentos? (1) sim (2) não Se sim, especificar _____	OTRALIM	

23. Tipo de alimentação do bebê ( <i>*não perguntar à mãe</i> ): [1] Aleitamento materno exclusivo (somente peito) [2] Predominante (peito + água, chás e sucos de frutas) [3] Complementado (peito + alimentos semissólidos ou sólidos) [4] Misto (peito + outros tipos de leite – NAN, leite de vaca, leite de caixinha etc). [5] Não está mais amamentando	TIPOALI	
24. Duração do AME em dias ( <i>*não perguntar à mãe</i> ) _____ (88) NSA (ainda em AME)	DURAME	
25. Duração do AM em dias ( <i>*não perguntar à mãe</i> ) _____ (88) NSA (ainda em AM)	DURAM	
<b>APOIO NA AMAMENTAÇÃO</b>		
26. Você tem companheiro? (1) Sim (2) Não	COMP	
27. Você está recebendo ajuda de seu companheiro para a ação de amamentar? <i>*Ler opções</i> (1) muito (2) mais ou menos (3) pouco (4) nenhum (88) NSA (não tem companheiro)	APOIOCO	
28. De mais alguém? (1) sim, quem? _____ (2) não	APOALG	
<b>Você recebe ajuda de alguém para:</b>		
29. Cuidar dos afazeres domésticos: <i>*Ler opções</i> (1) sempre (2) às vezes (3) nunca	CUICASA	
30. Cuidar do bebê (banho, fralda, colo): <i>*Ler opções</i> (1) sempre (2) às vezes (3) nunca	CUIBEBE	
31. Ficar com o bebê enquanto você se ausenta? <i>*Ler opções</i> (1) sempre (2) às vezes (3) nunca (4) nunca se ausentou	FICABEB	
32. Alimentar o bebê (alimentos sólidos ou semissólidos) : <i>*Ler opções</i> (1) sempre (2) às vezes (3) nunca (88) NSA (o bebê não recebe alimentos sólidos ou semissólidos)	ALIMENT	
<b>USO DE BICO</b>		
33. O bebê chupa bico? (1) sim (2) não Motivo da introdução _____	BICO	
34. Quando introduziu o bico? _____ dias de vida do bebê (88) NSA (não usa bico) (99) NSI	IDADBIC	
35. O bebê usa bico todos os dias? (1) sim (2) não (88) NSA (não usa bico)	TODIABI	

36. Se não chupa bico, foi tentado alguma vez? (1) sim (2) não (88) NSA (usa bico)	TENTBIC	
<b>TEVE ALGUM DOS PROBLEMAS OU DIFICULDADES PARA AMAMENTAR DURANTE O PERÍODO DE INTERNAÇÃO</b>		
37. Dor nas mamas (1) sim (2) não	DOR	
38. Fissura, bolha, marcas e/ou equimoses na região do mamilo ou aréola (1) sim (2) não	FISSU	
39. Mamas muito cheias (1) sim (2) não	INGUR	
40. Vermelhidão nas mamas (1) sim (2) não	ERITEMA	
41. Febre nas mamas (1) sim (2) não	FEBRE	
42. Eliminação de pus pelos mamilos (1) sim (2) não	PUS	
43. Outros _____ _____ _____ (88) NSA (não tem outro problema)	OUTPRO	
<b>TEM OU TEVE ALGUM DOS PROBLEMAS OU DIFICULDADES PARA AMAMENTAR APÓS A ALTA HOSPITALAR</b>		
44. Dor nas mamas (1) sim (2) não	DOR	
45. Fissura, bolha, marcas e/ou equimoses na região do mamilo ou aréola (1) sim (2) não	FISSU	
46. Mamas muito cheias (1) sim (2) não	INGUR	
47. Vermelhidão nas mamas (1) sim (2) não	ERITEMA	
48. Febre nas mamas (1) sim (2) não	FEBRE	
49. Eliminação de pus pelos mamilos (1) sim (2) não	PUS	
50. Outros _____ _____ _____ (88) NSA (não tem outro problema)	OUTPRO	
51. Procurou atendimento no Banco de Leite Humano após a alta hospitalar: (1) sim (2) não Nº de vezes? _____	RETBLH	
<b>TABAGISMO E DROGAS</b>		
52. Está fumando no momento? (1) Sim (2) Não	FUMOSEGUI	
53. Se sim, quantos cigarros por dia? _____ (88) NSA (não fuma)	NCIGARROS	
54. Está usando alguma droga no momento? (1) Sim, qual: _____ (2) Não	DROGA	
55. Com que frequência faz uso da droga? (1) Diariamente	FREQDRO	



(2) 4 a 6 vezes por semana (3) 1 a 3 vezes por semana (4) esporadicamente (88) NSA (não usou drogas)		
<b>ACOMPANHAMENTO E AUXÍLIO</b>		
56. O bebê está sendo acompanhado pela: (1) rede básica (2) rede privada (3) ambos (88) NSA (o bebê não esta sendo acompanhado)	ACOMPUBS	
57. Procurou ajuda profissional em AM : (1) sim (2) não	AJAMAB	
58. Onde: (1) rede básica (2) rede privada (3) outra, qual? _____ (88) NSA (não procurou ajuda em AM)	AJAMP	
59. Por que procurou ajuda? _____ _____ _____ (88) NSA (não procurou ajuda em AM)	PQAJU	
<b>CONSULTORIA</b>		
60. Você necessitou buscar o atendimento da consultoria do hospital após a alta hospitalar? (1) Sim (2) Não Nº de vezes? _____	CONSULALTA	
61. Motivo da sua busca por esse atendimento: _____ (88)NSA (não procurou consultoria)	MOT CONSULALTA	
62. Como você se sentiu em relação ao atendimento da consultoria? (1) Satisfeita (2) Insatisfeita Se insatisfeita, por quê? _____ _____ _____ (88)NSA (não procurou consultoria)	SATISFALTA	
63. Seu problema foi resolvido com o atendimento da consultoria? (Sugerir Sim/Em parte/ Não – e após pedir o por quê?) (1) Sim (2) Em parte, por quê? _____ _____ _____ (3) Não, por quê? _____ _____ _____ (88) NSA (não procurou consultoria)	RESOLDEP	

## APÊNDICE C – INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS – 30 DIAS

Nome da mãe: \_\_\_\_\_

Código: \_\_\_\_\_

Nome do bebê: \_\_\_\_\_

( ) 30 dias ( ) 60 dias ( ) 120 dias ( ) 180 dias

Data da Entrevista: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Nome da Entrevistadora: \_\_\_\_\_

01. Você ainda está em licença maternidade? *olhar questionário inicial se teve licença maternidade (1) sim (2) não (88) NSA (não teve licença maternidade)	LICMAT	
02. Você está trabalhando? (1) sim (2) não (88) NSA (está em licença maternidade)	MAETRAB	
<b>ALIMENTAÇÃO DO BEBÊ</b>		
03. O bebê mama no peito? (1) sim (2) não, por quê? _____ _____	BEBEMAM	
04. O bebê mama no peito de outra mulher? (1) sim (2) não	MAMOUT	
05. O bebe tem horário fixo para mamar no peito? (1) Sim (2) Não (88) NSA (não mama no peito)	LIVREDEMAN DA	
<b>O seu bebê está recebendo algum destes líquidos ou alimentos?</b>		
06. Água: (1) sim (2) não Com _____ que frequência: _____ Motivo da introdução _____ _____	BEBAGUA	
07. Quantos dias de vida o bebê tinha quando introduziu? _____ dias de vida do bebê (88) NSA (não deu água) (99) NSI	QUANAG	
08. Chá: (1) sim (2) não Com _____ que frequência: _____ Motivo da introdução _____ _____	BEBCHA	
09. Quando introduziu? _____ dias de vida do bebê (88) NSA (não deu chá) (99) NSI	QUANDCH	
10. Suco: (1) sim (2) não	BEBESUC	

Com frequência: _____ que Motivo da introdução _____ _____		
11. Quando introduziu? _____ dias de vida do bebê (88) NSA (não deu suco) (99) NSI	QUANSUC	
12. Outro Leite: (1) sim (2) não Com frequência: _____ que Motivo da introdução _____ _____	BELEITE	
13. Quando introduziu? _____ dias de vida do bebê (88) NSA (não deu outro leite) (99) NSI	QUALEIT	
14. Qual o tipo de leite introduzido? (1) leite modificado (2) leite em pó integral (3) leite em caixinha (4) leite em saquinho (5) outro _____ (88) NSA (não deu outro leite)	TIPLEIT	
15. Leite engrossado(farinha, maisena, aveia...): (1) sim (2) não Com frequência: _____ que Motivo da introdução _____ _____	LEITENG	
16. Quando introduziu? _____ dias de vida do bebê (88) NSA (não deu leite engrossado) (99) NSI	QDOLENG	
17. Esses líquidos que seu bebê recebe, é através do que? (1) mamadeira (2) outro, qual: _____ (88) NSA (não recebe nada além do peito da mãe)	MAMADE	
18. Seu bebê recebe outros alimentos? (1) sim (2) não Se sim, especificar _____ _____	OTRALIM	
19. Tipo de alimentação do bebê (*não perguntar à mãe): [1] Aleitamento materno exclusivo (somente peito) [2] Predominante (peito + água, chás e sucos de frutas) [3] Complementado (peito + alimentos semisólidos ou sólidos) [4] Misto (peito + outros tipos de leite – NAN, leite de vaca, leite de caixinha etc). [5] Não está mais amamentando	TIPOALI	
20. Duração do AME em dias (*não perguntar à mãe) _____ (88) NSA (ainda em AME)	DURAME	

21. Duração do AM em dias ( <i>*não perguntar à mãe</i> ) _____ (88) NSA (ainda em AM)	DURAM	
<b>APOIO NA AMAMENTAÇÃO</b>		
22. Você tem companheiro? (1) Sim (2) Não	COMP	
23. Você está recebendo ajuda de seu companheiro para a ação de amamentar? <i>*Ler opções</i> (1) muito (2) mais ou menos (3) pouco (4) nenhum (88) NSA (não tem companheiro)	APOIOCO	
24. De mais alguém? (1) sim, quem? _____ (2) não	APOALG	
<b>Você recebe ajuda de alguém para:</b>		
25. Cuidar dos afazeres domésticos: <i>*Ler opções</i> (1) sempre (2) às vezes (3) nunca	CUICASA	
26. Cuidar do bebê (banho, fralda, colo): <i>*Ler opções</i> (1) sempre (2) às vezes (3) nunca	CUIBEBE	
27. Ficar com o bebê enquanto você se ausenta? <i>*Ler opções</i> (1) sempre (2) às vezes (3) nunca (4) nunca se ausentou	FICABEB	
28. Alimentar o bebê (alimentos sólidos ou semissólidos): <i>*Ler opções</i> (1) sempre (2) às vezes (3) nunca (88) NSA (o bebê não recebe alimentos sólidos ou semissólidos)	ALIMENT	
<b>USO DE BICO</b>		
29. O bebê chupa bico? (1) sim (2) não Motivo da introdução _____ _____	BICO	
30. Quando introduziu o bico? _____ dias de vida do bebê (88) NSA (não usa bico) (99) NSI	IDADBIC	
31. O bebê usa bico todos os dias? (1) sim (2) não (88) NSA (não usa bico)	TODIABI	
32. Se não chupa bico, foi tentado alguma vez? (1) sim (2) não (88) NSA (usa bico)	TENTBIC	
<b>TEM OU TEVE ALGUM DOS PROBLEMAS OU DIFICULDADES PARA AMAMENTAR DESDE A ÚLTIMA ENTREVISTA</b>		
33. Dor nas mamas (1) sim (2) não	DOR	
34. Fissura, bolha, marcas e/ou equimoses na região do mamilo ou aréola (1) sim (2) não	FISSU	
35. Mamas muito cheias (1) sim (2) não	INGUR	
36. Vermelhidão nas mamas (1) sim (2) não	ERITEMA	

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

(88)NSA (não procurou consultoria)		
<p>52. Seu problema foi resolvido com o atendimento da consultoria? (Sugerir Sim/Em parte/ Não – e após pedir o por quê?)</p> <p>(1) Sim</p> <p>(2) Em parte, por  quê? _____</p> <p>_____</p> <p>(3) Não, por  quê? _____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	RESOLDEP	
(88) NSA (não procurou consultoria)		

## APÊNDICE D: TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Nº do projeto GPPG ou CAAE \_\_\_\_\_

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

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

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

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

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

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

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

Sua participação na pesquisa é totalmente voluntária, ou seja, não é obrigatória. Caso você decida não participar, ou ainda, desistir de participar e retirar seu consentimento, não haverá nenhum prejuízo ao atendimento que você e seu bebê recebem ou possam vir a receber na instituição.

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

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

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

Rubrica do participante \_\_\_\_\_ Rubrica do pesquisador \_\_\_\_\_ Página 1 de 2  
CEP Hospital de Clínicas de Porto Alegre (MR 05/11/2015)

Caso você tenha dúvidas, poderá entrar em contato com a pesquisadora responsável Annelise de Carvalho Gonçalves, pelo telefone 3359-7797, com a pesquisadora Lilian Cordova do Espírito Santo, pelo telefone 3359-8598 ou com o

Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA), pelo telefone (51) 33597640, ou no 2º andar do HCPA, sala 2227, de segunda à sexta, das 8h às 17h.

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

---

Nome da participante da pesquisa

---

Assinatura

---

Nome do pesquisador que aplicou o Termo

---

Assinatura

Local e Data: \_\_\_\_\_

Rubrica do participante \_\_\_\_\_ Rubrica do pesquisador \_\_\_\_\_ Página 2 de 2

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



## ANEXO A - APROVAÇÃO DA COMISSÃO DE PESQUISA DE ENFERMAGEM

**Projeto N°:** 31093 **Título:** PADROES DE AMAMENTACAO DE CRIANCAS ATENDIDAS POR EQUIPE DE CONSULTORIA EM ALEITAMENTO MATERNO

**Área de conhecimento:** Enfermagem **Início:** 01/06/2016 **Previsão de conclusão:** 31/07/2018

**Situação:** Projeto em Andamento

**Origem:** Escola de Enfermagem  
Programa de Pós-Graduação em Enfermagem **Projeto da linha de pesquisa:** Cuidado de enfermagem na saúde da mulher, criança, adolescente e família

**Local de Realização:** não informado

**Não apresenta relação com Patrimônio Genético ou Conhecimento Tradicional Associado.**

### Palavras Chave:

ALEITAMENTO MATERNO

CONSULTORIA EM ALEITAMENTO MATERNO

### Equipe UFRGS:

**Nome:** ANNELISE DE CARVALHO GONCALVES  
Coordenador - Início: 01/06/2016 Previsão de término: 31/07/2018

**Nome:** LILIAN CORDOVA DO ESPIRITO SANTO  
Coordenador - Início: 01/06/2016 Previsão de término: 31/07/2018

**Nome:** JULIANA KARINE RODRIGUES STRADA  
Técnico: Entrevistador - Início: 01/06/2016 Previsão de término: 31/07/2018

**Nome:** LUCIANA OLINO  
Técnico: Entrevistador - Início: 01/06/2016 Término: 31/07/2016

**Nome:** Vanessa Aparecida Gasparin  
Outra: Aluno de Mestrado - Início: 01/06/2016 Previsão de término: 31/07/2018

**Nome:** THAÍS BETTI  
Técnico: Entrevistador - Início: 01/07/2016 Previsão de término: 31/07/2018

**Avaliações:**

**Comissão de Pesquisa de Enfermagem - Aprovado** em 24/08/2016 Clique aqui para visualizar o parecer

**Anexos:**

[Projeto Completo](#)

**Data de Envio:** 19/04/2016

[Termo de Consentimento  
Livre e Esclarecido](#)

**Data de Envio:** 19/04/2016

[Outro](#)

**Data de Envio:** 19/04/2016

[Documento de Aprovação](#)

**Data de Envio:** 02/08/2016

## ANEXO B: CARTA DE APROVAÇÃO COMITÊ DE ÉTICA E PESQUISA HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE



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

### COMISSÃO CIENTÍFICA

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

Projeto: 180227

Data da Versão do Projeto: 02/05/2016

**Pesquisadores:**

ANNELISE DE CARVALHO GONCALVES

VANESSA APARECIDA GASPARIN

JULIANA KARINE RODRIGUES STRADA

LILIAN CORDOVA DO ESPIRITO SANTO

LUCIANA OLINDO

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

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

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

Prof. José Roberto Goldim  
Coordenador CEP/HCPA

Porto Alegre, 09 de junho de 2016.

## ANEXO C- NORMAS EDITORIAIS DA REVISTA BRASILEIRA DE SAÚDE MATERNO INFANTIL



### Instruções aos autores

- Escopo e política
- Forma e preparação de manuscritos
- Envio de manuscritos

ISSN 1519-3829 *versão impressa*  
ISSN 1806-9304 *versão online*

A **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil** é uma publicação trimestral (março, junho, setembro e dezembro) cuja missão é a divulgação de artigos científicos englobando o campo da saúde materno-infantil. As contribuições devem abordar os diferentes aspectos da saúde materna, saúde da mulher e saúde da criança, contemplando seus múltiplos determinantes biomédicos, socioculturais e epidemiológicos. São aceitos trabalhos nas seguintes línguas: português, espanhol e inglês. A seleção baseia-se no princípio da avaliação pelos pares - especialistas nas diferentes áreas da saúde da mulher e da criança.

### Direitos autorais

Os artigos publicados são propriedade da Revista, vedada a reprodução total ou parcial e a tradução para outros idiomas, sem a autorização da mesma. Os manuscritos submetidos deverão ser acompanhados da Declaração de Transferência dos Direitos Autorais, assinada pelos autores. Os conceitos emitidos nos artigos são de responsabilidade exclusiva dos autores.

### Aspectos Éticos

#### 1. Ética

A Declaração de Helsinki de 1975, revisada em 2000 deve ser respeitada. Serão exigidos, para os artigos brasileiros, a Declaração de Aprovação do Comitê de Ética conforme as diretrizes da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP) e, para os artigos do exterior, a Declaração de Aprovação do Comitê de Ética do local onde a pesquisa tiver sido realizada.

#### 2. Conflitos de interesse

Ao submeter o manuscrito os autores devem informar sobre a existência de conflitos de interesse que potencialmente poderiam influenciar o trabalho.

### **Critérios para aprovação e publicação de artigo**

Além da observação das condições éticas da pesquisa, a seleção de um manuscrito levará em consideração a sua originalidade, prioridade e oportunidade. O rationale deve ser exposto com clareza exigindo-se conhecimento da literatura relevante e adequada definição do problema estudado. O manuscrito deve ser escrito de modo compreensível mesmo ao leitor não especialista na área coberta pelo escopo da Revista.

A primeira etapa de avaliação é realizada pelos Editores Técnico-Científicos em articulação com os Editores Associados. Dois revisores externos serão consultados para avaliação do mérito científico no manuscrito. No caso de discordância entre eles, será solicitada a opinião de um terceiro revisor. A partir de seus pareceres e do julgamento dos Editores Técnico-Científicos e Editor Executivo, o manuscrito receberá uma das seguintes classificações: 1) aceito; 2) recomendado, mas com alterações; 3) não recomendado para publicação. Na classificação 2 os pareceres serão enviados aos(s) autor(es), que terão oportunidades de revisão e reenvio à Revista acompanhados de carta-resposta discriminando os itens que tenham sido sugeridos pelos revisores e a modificação realizada; na condição 3, o manuscrito será devolvido ao(s) autor(es); no caso de aceite, o artigo será publicado de acordo com o fluxo dos manuscritos e o cronograma editorial da Revista. Após aceite o trabalho, caso existam pequenas inadequações, ambigüidades ou falta de clareza, pontuais do texto, os Editores Técnico-Científicos e Executivo se reservam o direito de corrigi-los para uniformidade do estilo da Revista. Revisores de idiomas corrigirão erros eventuais de linguagem. Antes da publicação do artigo a prova do manuscrito será submetida ao(s) autor(es) para conferência e aprovação final.

### **Seções da Revista**

**Editorial** escrito a convite do editor

**Revisão** avaliação descritiva e analítica de um tema, tendo como suporte a literatura relevante, devendo-se levar em conta as relações, a interpretação e a crítica dos estudos analisados. Pode ser do tipo: narrativa ou sistemática, podendo esta última, incluir meta-análise. As revisões narrativas só serão aceitas a convite dos Editores. As revisões devem se limitar a 6.000 palavras e até 60 referências.

**Artigos Originais** divulgam os resultados de pesquisas inéditas e permitem a reprodução destes resultados dentro das condições citadas no mesmo. Para os artigos originais recomenda-se seguir a estrutura convencional, conforme as seguintes seções: *Introdução*: onde se apresenta a relevância do tema, as hipóteses iniciais, a questão da pesquisa e sua justificativa quanto ao objetivo, que deve ser claro e breve; *Métodos*: descrevem a população estudada, os critérios de seleção inclusão e exclusão da amostra, definem as variáveis utilizadas e informam a maneira que permite a reprodutividade do estudo, em relação a procedimentos técnicos e instrumentos utilizados. Os trabalhos quantitativos devem informar a análise estatística utilizada. *Resultados*: devem ser apresentados de forma concisa, clara e objetiva, em sequência lógica e apoiados nas ilustrações como: tabelas e figuras (gráficos, desenhos, fotografias); *Discussão*: interpreta os resultados obtidos verificando a sua compatibilidade com os citados na literatura, ressaltando aspectos novos e importantes e vinculando as conclusões aos objetivos do estudo. Aceitam-se outros formatos de artigos originais, quando pertinente, de acordo com a natureza do trabalho.

Os manuscritos deverão ter no máximo 5.000 palavras, e as tabelas e figuras devem ser no máximo cinco no total; recomenda-se citar até 30 referências bibliográficas.

No caso de ensaio clínico controlado e randomizado os autores devem indicar o número de registro do mesmo.

**Notas de Pesquisa** relatos concisos sobre resultados preliminares de pesquisa, com 1.500 palavras, no máximo duas tabelas e figuras no total, e até 10 referências.

**Relato de Caso/Série de Casos** casos raros e inusitados. A estrutura deve seguir: *Introdução, Descrição e Discussão*. O limite de palavras é 2.000 e até 10 referências. Podem incluir até duas figuras.

**Informes Técnico-Institucionais** deverão ter estrutura similar a uma Revisão. Por outro lado podem ser feitas, a critério do autor, citações no texto e suas respectivas referências ao final. O limite de palavras é de 5.000 e até 30 referências.

**Ponto de Vista** opinião qualificada sobre saúde materno-infantil (a convite dos editores).

**Resenhas** crítica de livro publicado e impresso nos últimos dois anos ou em redes de comunicação *online* (máximo 1.500 palavras).

**Cartas** crítica a trabalhos publicados recentemente na Revista, com o máximo de 600 palavras.

**Artigos Especiais** textos cuja temática seja considerada de relevância pelos Editores e que não se enquadrem nas categorias acima mencionadas. O limite de palavras é de 7.000 e até 30 referências.

### **Notas**

1. Em todos os tipos de arquivo a contagem do número de páginas exclui resumos, tabelas, figuras e referências;
2. Por ocasião da submissão os autores devem informar o número de palavras do manuscrito.

### **Forma e preparação de manuscritos**

#### **Apresentação e submissão dos manuscritos**

Os manuscritos devem ser submetidos *on-line*, através de link próprio na homepage da Revista: <http://www.imip.org.br/rbsmi>. Deverão ser digitados no programa Microsoft Word for Windows, em fonte Times New Roman, tamanho 12, espaço duplo. Por ocasião da submissão do manuscrito os autores devem encaminhar a aprovação do Comitê de Ética da Instituição, a Declaração de Transferência dos Direitos Autorais, assinada por todos os autores. Os autores devem também informar que o manuscrito não está sendo submetido a outro periódico.

#### **Estrutura do manuscrito**

**Página de identificação** título do trabalho: em português ou no idioma do texto e em inglês, nome e endereço completo dos autores e respectivas instituições; indicação do autor responsável pela troca de correspondência; fontes de auxílio: citar o nome da agência financiadora e o tipo de auxílio recebido.

**Página de Resumos** deverão ser elaborados dois resumos para os Artigos Originais, Notas de Pesquisa, Relato de Caso/Série de Casos, Informe Técnico-Institucionais, Artigos Especiais e Artigos de Revisão, sendo um em português ou no idioma do texto e outro em inglês, o abstract. Os resumos dos Artigos Originais, Notas de Pesquisa, Informe Técnico-Institucionais e Artigos Especiais deverão ter no máximo 210 palavras e devem ser estruturados: Objetivos, Métodos, Resultados, Conclusões. No Relato de Caso/Série de Casos devem ser estruturados em:

Introdução, Descrição e Discussão. Nos artigos de Revisão os resumos deverão ser estruturados: Objetivos, Métodos (fonte de dados, período, descritores, seleção dos estudos), Resultados (síntese dos dados) e Conclusões.

**Palavras-chave** para identificar o conteúdo dos trabalhos os resumos deverão ser acompanhados de três a seis palavras-chave em português e inglês. A Revista utiliza os Descritores em Ciências da Saúde (DECS) da Metodologia LILACS, e o seu correspondente em inglês o Medical Subject Headings (MESH) do MEDLINE, adequando os termos designados pelos autores a estes vocabulários.

**Página das Ilustrações** as tabelas e figuras somente em branco e preto ou em dégradé (gráficos, desenhos, mapas, fotografias) deverão ser inseridas em páginas à parte. O gráfico deverá ser bidimensional.

**Página da Legenda** as legendas das ilustrações deverão seguir a numeração designada pelas tabelas e figuras, e inseridas em folha à parte.

**Agradecimentos** à colaboração de pessoas, ao auxílio técnico e ao apoio econômico e material, especificando a natureza do apoio.

**Referências** devem ser organizadas na ordem em que são citadas no texto e numeradas consecutivamente; não devem ultrapassar o número estipulado em cada seção. A Revista adota as normas do Committee of Medical Journals Editors (Grupo de Vancouver), com algumas alterações; siga o formato dos exemplos:

#### **Artigo de revista**

Ogden CL, Yanovski SZ, Carroll MD, Flegal KM. The epidemiology of obesity. *Obes Gastroenterol.* 2007; 132: 2087-102.

#### **Livro**

Sherlock S, Dooley J. *Diseases of the liver and biliary system.* 9 ed. Oxford: Blackwell Scientific Publications; 1993.

#### **Editor, Organizador, Compilador**



Norman IJ, Redfern SJ, editors. Mental health care for elderly people. New York: Churchill Livingstone; 1996.

### **Capítulo de livro**

Timmermans PBM. Centrally acting hipotensive drugs. In: Van Zwieten PA, editor. Pharmacology of anti hypertensive drugs. Amsterdam: Elsevier; 1984. p. 102-53.

### **Congresso considerado no todo**

Proceedings of the 7th World Congress on Medical Informatics; 1992 Sep 6-10; Geneva, Switzerland. Amsterdam: North Holland; 1992.

### **Trabalho apresentado em eventos**

Bengtson S, Solheim BG. Enforcement of data protection, privacy and security in medical informatics. In: Lun KC, Degoulet P, Piemme TE, Rienhoff O, editors. MEDINFO 92. Proceedings of the 7th World Congress on Medical Informatics; 1992 Sep 6-10; Geneva, Switzerland. Amsterdam: North Holland; 1992. p. 1561-5.

### **Dissertação e Tese**

Pedrosa JIS. Ação dos autores institucionais na organização da saúde pública no Piauí: espaço e movimento [dissertação]. Campinas: Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas; 1997.

Diniz AS. Aspectos clínicos, subclínicos e epidemiológicos da hipovitaminose A no Estado da Paraíba [tese]. Recife: Departamento de Nutrição, Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco; 1997.

### **Documento em formato eletrônico - Artigo de revista**

Neuman NA. Multimistura de farelos não combate a anemia. J Pastoral Criança [periódico online]. 2005 [acesso em: 26 jun. 2006]. 104: 14p. Disponível em:**Erro! A referência de hiperlink não é válida.**

**Envio de manuscritos****Os trabalhos deverão ser encaminhados para:**

Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil

Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira - IMIP

Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil - Secretaria Executiva

Rua dos Coelhos, 300 Boa Vista

Recife, PE, Brasil CEP: 50.070-550

Tel / Fax: +55 +81 2122.4141

E-mail: [revista@imip.org.br](mailto:revista@imip.org.br)

Site: [www.imip.org.br/rbsmi](http://www.imip.org.br/rbsmi)

Disponível em: <http://www.scielo.br/revistas/rbsmi/pinstruc.htm#forma>