

Hospital de Clínicas de Porto Alegre
Programa de Residência Integrada Multiprofissional e em Área Profissional da
Saúde

PREVALÊNCIA DO ALEITAMENTO MATERNO EM CRIANÇAS QUE INICIARAM
TRATAMENTO QUIMIOTERÁPICO ENTRE 0 E 12 MESESEM UMA UNIDADE DE
ONCOLOGIA PEDIÁTRICA

Caiane Arceno

Porto Alegre, 2019.

Caiane Arceno

**PREVALÊNCIA DO ALEITAMENTO MATERNO EM CRIANÇAS QUE INICIARAM
TRATAMENTO QUIMIOTERÁPICO ENTRE 0 E 12 MESESEM UMA UNIDADE DE
ONCOLOGIA PEDIÁTRICA**

Trabalho de Conclusão de Residência apresentado ao
Programa de Residência Integrada Multiprofissional em
Saúde do Hospital de Clínicas de Porto Alegre, área de
Oncologia e Hematologia.

Orientadora: Ms.Lilia FarretRefosco

**PORTO ALEGRE
2019**

SUMÁRIO

| | |
|--|----|
| 1. INTRODUÇÃO | 5 |
| 2. JUSTIFICATIVA | 7 |
| 3. HIPÓTESE E QUESTÃO DE PESQUISA | 8 |
| 3.1 Hipótese alternativa | 8 |
| 3.2 Questão de Pesquisa | 8 |
| 4. REVISÃO DE LITERATURA | 9 |
| 5. OBJETIVOS | 12 |
| 5.1 Objetivo geral | 12 |
| 5.2 Objetivos específicos | 12 |
| 6. METODOLOGIA | 13 |
| 6.1 Delineamento do estudo | 13 |
| 6.2 Amostra | 13 |
| 6.2.1 Critérios de inclusão e exclusão | 13 |
| 6.2.2 Cálculo do tamanho da amostra | 13 |
| 6.3 VARIÁVEIS | 13 |
| 6.4 LOGÍSTICA | 14 |
| 6.5 ANÁLISE E PROCESSAMENTO DE DADOS | 15 |
| 6.6 ASPECTOS ÉTICOS | 15 |
| 7. RESULTADOS | 16 |
| 8 DISCUSSÃO | 20 |
| 9. CONCLUSÃO/CONSIDERAÇÕES FINAIS | 23 |
| REFERÊNCIAS | 25 |
| APÊNDICES | 29 |
| ANEXOS | 32 |

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

| | |
|-------------|--------------------------------------|
| AIH | Aprovação de Internação Hospitalar |
| AM | Aleitamento Materno |
| AME | Aleitamento Materno Exclusivo |
| BLH | Banco de Leite Humano |
| CEP | Comitê de Ética em Pesquisa |
| HCPA | Hospital de Clínicas de Porto Alegre |
| INCA | Instituto Nacional do Câncer |
| LM | Leite Materno |
| OMS | Organização mundial da Saúde |
| RN | Recém-nascido |
| TGI | Trato Gastrointestinal |

1. INTRODUÇÃO

O câncer infanto-juvenil (0-19 anos) representa entre 1% a 4% de todos os tumores malignos na maioria das populações. Segundo o INCA, estimam-se cerca de 12.500 casos novos de câncer pediátrico no biênio 2017/2018 no Brasil e na região sul do país, estima-se que sejam diagnosticados 1.300 novos casos (INCA 2018). No município de Porto Alegre, entre o mês de abril de 2018 e abril de 2019, foram registradas, 130 internações de pacientes menores de 1 ano diagnosticados com alguma neoplasia maligna. Destes, 64 através do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (BRASIL, 2019).

As formas mais comuns de tratamento antineoplásico incluem quimioterapia, radioterapia, cirurgia e transplante de células tronco hematopoiéticas. O tratamento, assim como a doença em si, tem efeitos agressivos, deixando o organismo mais vulnerável e aumentando o risco de comprometimento nutricional e de desnutrição. Pacientes oncológicos pediátricos podem apresentar algum grau de desnutrição ao diagnóstico e a incidência de desnutrição após o início do tratamento é elevada. (INCA, 2016)

É sabido que o aleitamento materno traz inúmeros benefícios, sendo uma excelente fonte nutricional para o crescimento e desenvolvimento, está associado com a redução de risco de infecções respiratórias, diminuição de alergias, proteção contra diarreia, infecções gastrointestinais, além de proporcionar um adequado desenvolvimento cognitivo (BRASIL, 2015). O leite materno possui componentes imunologicamente ativos que auxiliam nos mecanismos de defesa anti-inflamatórios, constituindo um fator benéfico ao sistema imunológico do lactente (Amitay EL, Keinan-Boker L, 2015).

O sucesso da prática do aleitamento materno relaciona-se com as características biológicas da criança e da mãe, bem como aos fatores socioculturais e às práticas desenvolvidas nos serviços de saúde (ALMEIDA; NOVAK, 2004). Para os lactentes hospitalizados, alguns fatores representam limitações ao estímulo da amamentação, como o cansaço físico materno e a rotina intensa de cuidados durante a hospitalização do seu filho. (CARVALHAES; CORRÊA, 2003)

Nesse sentido, os bancos de leite humano (BLH) atuam no Sistema Único de Saúde (SUS) como uma estratégia de qualificação da atenção no que diz respeito à segurança alimentar e nutricional. Os BLHs têm como objetivo a promoção, proteção

e apoio ao aleitamento materno, além da coleta, processamento, controle de qualidade e distribuição do leite humano pasteurizado para bebês prematuros, de baixo peso ou hospitalizados. Constituem um elemento estratégico para contribuir com a redução da morbidade e mortalidade infantil. (BARROS; ALMEIDA; RABUFFETTI, 2018).

Sendo assim, os profissionais de saúde que atuam na assistência aos pacientes hospitalizados na Unidade de Oncologia Pediátrica, desempenham um papel importante na proteção, promoção e incentivo ao aleitamento materno destas crianças que enfrentam uma internação hospitalar prolongada e nutricionalmente vulnerável.

2. JUSTIFICATIVA

O aleitamento materno tem sido estudado ao longo dos anos, contribuindo com diversos estudos para a população em geral. No entanto, poucos são os estudos que avaliaram a manutenção do aleitamento materno durante o tratamento quimioterápico entre crianças oncológicas hospitalizadas.

O objetivo deste trabalho foi verificar a prevalência de aleitamento materno, em crianças que iniciaram tratamento quimioterápico entre 0 a 12 meses em uma unidade de Oncologia Pediátrica do Hospital de Clínicas de Porto Alegre.

A realização do mesmo possibilitará a criação de estratégias e protocolos com o objetivo de aumentar as taxas de aleitamento materno nesta população. Os dados deste estudo servirão como subsídios para estabelecer como rotina os encaminhamentos ao BLH pelos profissionais da Oncologia Pediátrica, contribuindo para a assistência qualificada ao paciente.

3. HIPÓTESE E QUESTÃO DE PESQUISA

3.1 Hipótese alternativa

A maior parte dos pacientes oncológicos pediátricos que iniciaram tratamento quimioterápico entre 0 a 12 meses evoluem para o desmame precoce.

3.2 Questão de Pesquisa

Pacientes oncológicos pediátricos submetidos ao tratamento quimioterápico, mantém o aleitamento materno após a internação? Qual o papel do BLH na manutenção da amamentação durante esse período?

4. REVISÃO DE LITERATURA

O câncer infantojuvenil (0-19 anos) consiste num conjunto de doenças com características próprias em relação às células que compõem os tumores e ao comportamento clínico. Nos países em desenvolvimento, a proporção do câncer infantil representa de 3 a 10% do total de neoplasias. No entanto, em países desenvolvidos, essa proporção cai para cerca de 1%. No Brasil, corresponde à segunda causa de morte na infância (INCA, 2017).

Os pacientes oncológicos pediátricos podem se encontrar prostrados, sonolentos, confusos, irritados e com perda de interesse pelo ambiente e pelos outros. Nesse contexto, a manutenção de um estado nutricional adequado é importante para garantir o crescimento saudável em crianças e adolescentes durante e após a terapia antineoplásica. (INCA, 2016)

A quimioterapia pode induzir a efeitos colaterais no TGI como náusea, vômitos, mucosite oral e intestinal, esofagite, diarreia ou constipação, além de alterações de digestão e absorção de nutrientes, aumentando assim, o risco nutricional desses pacientes (INCA, 2015).

Outro agravante para o estado nutricional é a interrupção da nutrição para procedimentos diagnósticos e terapêuticos, que são ocorrências comuns na hospitalização, contribuindo com o fornecimento inadequado ou insuficiente de nutrientes (INCA, 2016).

É de extrema relevância que todas as crianças e adolescentes sejam avaliados e acompanhados antes, durante e após o tratamento e que os dados clínicos e dietéticos sejam registrados de maneira clara e precisa durante a hospitalização, para acesso de todas as áreas envolvidas no cuidado ao paciente (INCA, 2016)(MORAES et al., 2017)

Quanto ao lactente, a OMS recomenda que todas as crianças recebam aleitamento materno exclusivo até os seis meses de vida e que, após esse período, continuem sendo amamentadas, até os dois anos ou mais, juntamente com a utilização de alimentos complementares. O aleitamento materno até os 6 meses de vida, reduzem até 19% a incidência de leucemia se comparadas com as crianças que não foram amamentadas ou com as que receberam o leite materno por um período menor (AMITAY; KEINAN-BOKER, 2015).

O Brasil encontra-se em situação razoável quanto às prevalências de aleitamento materno exclusivo em menores de seis meses, e ruim quanto à duração do aleitamento materno (VENANCIO et al., 2010). Em países em desenvolvimento, apenas 37% das crianças com menos de seis meses recebem AME. Os índices de AM no Brasil estão muito abaixo dos considerados ideais pela OMS, menos de 40% das crianças até seis meses de idade estão em AME, quando o desejado é de 90 a 100%.(BOCCOLINI et al., 2017)

Quando não recebem leite materno, as crianças podem ter a introdução alimentar precoce e de forma errônea. No Brasil, muitos lactentes começam a ser alimentados com leite de vaca integral antes dos seis meses de idade, por vezes, adicionado de açúcar e achocolatado, produtos não recomendado para crianças nessa faixa etária (SCHWARTZ et al., 2012). A introdução de fórmulas infantis nas dietas dos bebês altera a microbiota intestinal, afetando a resposta do sistema imunológico à patógenos (AMITAY; KEINAN-BOKER, 2015).

O Brasil se destaca pelas políticas e pelos programas implantados que visam à proteção do AME, como a rede de bancos de leite humano, a intensiva formação profissional e a legislação que protege a licença-maternidade, atuando, assim, nos determinantes individuais, sociais e estruturais dos serviços de saúde. Nesse contexto, a Iniciativa Hospital Amigo da Criança foi idealizada em 1990 pela OMS e Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF), com o objetivo de promover, proteger e apoiar o AM. É conferido um selo de qualidade aos hospitais que cumprem os 10 passos para o sucesso do aleitamento materno (ANEXO D), entre eles, ter uma política de aleitamento materno escrita, que seja rotineiramente transmitida a toda equipe de cuidados de saúde. Para ser amigo da criança, o hospital deve também respeitar outros critérios, como cumprir a Norma Brasileira de Comercialização de Alimentos para Lactentes e Crianças na Primeira Infância (NBCAL). (CRUZ et al., 2018)

O Hospital de clínicas de Porto Alegre recebeu o título de Hospital amigo da criança em dezembro de 1997 e desde então, conta com um grupo formado por enfermeiras, nutricionista e consultoras em aleitamento materno que atendem mãe-bebê na internação pós-parto, no alojamento conjunto, através do BLH (Portal HCPA. 2019)

Os BLH são parte de uma estratégia nacional que visa à promoção e apoio ao aleitamento materno (MATUHARA; NAGANUMA, 2006).A atenção multiprofissional

faz parte da integralidade do atendimento e os BLH têm de manter um programa de educação permanente e disponibilizar o registro de formação e qualificação de seus profissionais (ANVISA, 2006).

Um dos principais objetivos da saúde pública é a prevenção da morbidade, sendo assim, os profissionais de saúde devem aprender sobre os benefícios do aleitamento materno e fornecer ferramentas para ajudar as mães nesse período de internação hospitalar. A prática de estímulo ao AM durante a internação exige a atuação dos profissionais de saúde envolvidos de forma contínua e persistente. A disponibilidade de profissionais treinados para promover e apoiar o AM é fator fundamental, especialmente em situações de dificuldades. Caso o profissional não possua conhecimento sobre o assunto, deverá ajudar através de encaminhamento à outros profissionais que possam auxiliar. (ALMEIDA; LUZ; UED, 2015).

A promoção de orientações acerca dos benefícios e técnicas de amamentação está relacionada a um maior período de adesão ao AME (NARCHI et al., 2009) O desmame precoce acontece por um conjunto de fatores e investigar os fatores associados à interrupção do AME contribui para a reflexão dos profissionais de saúde sobre suas práticas (BOCCOLINI; CARVALHO; OLIVEIRA, 2015)

Nesse contexto, sendo o leite materno o alimento ideal para o bebê, conhecendo as dificuldades enfrentadas durante o tratamento quimioterápico, suas repercussões no estado nutricional e a importância do BLH na formação dos profissionais atuantes com as famílias, reforça-se a importância da realização de novos estudos sobre a temática apresentada.

5. OBJETIVOS

5.1 Objetivo geral

Determinar a prevalência do aleitamento materno em crianças que iniciaram tratamento quimioterápico entre 0 e 12 meses de idade em uma unidade de Oncologia Pediátrica do Hospital de Clínicas de Porto Alegre durante o período de 2016 –2018

5.2 Objetivos específicos

- Verificar a prevalência de mães que frequentaram o Banco de Leite Humano;
- Identificar os possíveis motivos relacionados ao desmame precoce.

6. METODOLOGIA

6.1 Delineamento do estudo

Estudo observacional descritivo de caráter retrospectivo com pacientes oncológicos pediátricos que estiveram em tratamento quimioterápico na unidade de internação 3º Leste do Hospital de Clínicas de Porto Alegre - RS

6.2 Amostra

6.2.1 Critérios de inclusão e exclusão

Foram incluídos no estudo, pacientes pediátricos oncológicos que iniciaram o tratamento quimioterápico entre 0e 12 meses de idade, internados no HCPA no período de 2016 a 2018. Esse período foi escolhido devido ao início dos registros eletrônicos do BLH ter se dado no ano de 2016.

Foram excluídos do estudo os pacientes que tiveram óbito declarado antes de finalizarem o tratamento quimioterápico e os diagnosticados com Síndrome de Down, uma vez que essa população já apresenta dados de desmame precoce.

6.2.2 Cálculo do tamanho da amostra

Para o cálculo do tamanho de amostra foi utilizado o programa *WinPepi*, versão **11.65**. Considerando confiança de **95%**, margem de erro de 15% e proporção de 29,2% como é referida em estudo de Monteiro 2017, com pacientes hospitalizados. Chegou-se ao tamanho de amostra de **36** sujeitos.

6.3 Variáveis

Foram coletadas as seguintes variáveis:

Características da amostra e da internação: idade, data de nascimento, sexo, data da internação e da alta, tipo de aleitamento e tipo de acomodação (SUS ou convênio).

Características relacionadas ao parto: tipo de parto e idade gestacional ao nascimento.

Relacionadas ao diagnóstico e tratamento oncológico: Diagnóstico do paciente, presença de metástase, informações sobre o tipo de tratamento, como quimioterapia isolada ou associada a outro tratamento.

Estado nutricional: peso e estatura registrados na internação e na alta ao final do tratamento. A classificação do estado nutricional já é realizada de rotina nesta unidade através do software Anthro para crianças até cinco anos de idade. Esse software considera o desvio-padrão, descritos em escores Z e os percentis de acordo com a idade. Os padrões de referência utilizados para a classificação foram os da *World Health Organization* de 2006/2007 (WHO, 2006; ONIS et al, 2007; BRASIL, 2008) (ANEXO A) e para os nascidos pré-termo, será utilizada a curva de crescimento de Fenton (ANEXO B)

Terapia nutricional: utilização de nutrição enteral ou via oral

Tempo de internação: Esse dado foi calculado a partir da subtração da data de internação pela data da alta hospitalar ao final do tratamento quimioterápico que exige internação, excluindo-se o tempo de quimioterapia em nível ambulatorial, contabilizado em meses.

Banco de leite Humano: frequência de ordenha de leite materno, por meio da planilha do Access do BLH, através do número de prontuário do paciente.

6.4 Logística

Após a autorização para acesso as informações dos prontuários e aprovação do projeto pelo CEP, foram solicitadas ao Centro de Gerenciamento e Tecnologia da Informação (CGTI) a relação de pacientes que estiveram internados na unidade de oncologia pediátrica do HCPA para realização de tratamento quimioterápico no período 2016-2018 e acesso ao banco de dados em planilha do Access do BLH através do número de prontuário dos pacientes.

Posteriormente deu-se início a coleta de dados, realizada por uma nutricionista residente do HCPA. As variáveis foram coletadas através dos prontuários eletrônicos do hospital e registradas em um formulário apropriado construído para a pesquisa (Apêndice A).

A digitação dos dados coletados ocorreu após a coleta de informações. Em seguida, iniciou-se a análise descritiva dos dados para a redação da monografia com os resultados.

6.5 Análise e processamento de dados

Os dados foram codificados e digitados em uma planilha de Excel, transformada em um banco de dados do Stata® 14.0. Para as variáveis contínuas, foram apresentadas as médias e os desvios padrão ou medianas e intervalos interquartis, de acordo com sua distribuição. Para as variáveis categóricas, apresentadas as frequências absoluta e relativa.

6.6 Aspectos éticos

Por se tratar de um projeto de caráter retrospectivo, foi solicitado ao HCPA autorização para acesso e utilização dos dados dos prontuários através do Termo de Compromisso para Uso de Dados e Termo de Compromisso para Utilização de Dados Institucionais (Anexo C).

Respeitadas as Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisas Envolvendo Seres Humanos da Resolução CNS 466/2012 e submetido via Plataforma Brasil a um Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital de Clínicas de Porto Alegre, aprovado através do número do número 2018-0636 e CAAE 4251418600005327. A aprovação no sistema WebGPPG consta no anexo E.

O pesquisador assume a responsabilidade de confidencialidade dos dados, comprometendo-se em mantê-los em sigilo e anonimato. Quanto aos benefícios, a realização do mesmo será importante para quantificar as crianças em aleitamento materno durante o tratamento quimioterápico, o papel do BLH nesse cenário, criando estratégias para aumentar as taxas de aleitamento materno nesta população. Os dados servirão como subsídio para estabelecer como rotina os encaminhamentos ao BLH pelos profissionais da Oncologia Pediátrica, contribuindo assim para a assistência qualificada ao paciente em aleitamento materno.

Resultados

Foram selecionados 40 pacientes para o estudo, dos quais, 5 precisaram ser excluídos, 3 deles por óbito antes de completar o tratamento quimioterápico internados e 2 por apresentarem Síndrome de Down, totalizando uma amostra de 35 pacientes entre 0-12 meses de idade.

A maior parte da amostra foi composta por pacientes do sexo masculino (57,1%), internados via SUS (77,1%), com diagnóstico prevalente de retinoblastoma (31,4%), Neuroblastoma (20%) e Leucemia (20%), com média de idade de 8,2 meses ao diagnóstico (idade mínima 1 mês) e 15,4 meses ao final do tratamento quimioterápico (idade máxima 29 meses) (Tabelas 1 e 2).

Quanto ao aleitamento materno, dos pacientes internados até o 6º mês de vida (34,2% da amostra), apenas 11,4% estavam recebendo aleitamento materno exclusivo. Já nos pacientes com idade acima de 6 meses, 48,5% estavam em aleitamento materno ao diagnóstico. Enquanto no momento da alta hospitalar, 71,43% desses, não estavam recebendo nenhum tipo de aleitamento materno.

Em relação à participação do BLH durante o período de tratamento, das 48,5% crianças que estavam em aleitamento materno, apenas 17,1% das mães utilizaram o banco de leite humano para ordenhar o leite.

Na avaliação do estado nutricional, a maioria dos pacientes (51,4%) encontrava-se eutrófico tanto ao diagnóstico, quanto ao final do tratamento, seguido de risco para sobrepeso (31,4%). No entanto, a desnutrição que não aparecia ao diagnóstico da doença, pôde ser encontrada em 3 (8,5%) pacientes ao final do tratamento.

A mudança na classificação do estado nutricional para um status inferior na alta ocorreu para 22,8% dos pacientes, enquanto 51,4% permaneceram na mesma classificação nutricional. Os pacientes que tiveram alta com estado nutricional acima da classificação em que se encontravam na internação representam 25,7%.

TABELA 1 Características dos pacientes (nº 35)

| Variável | Frequência (nº) | Frequência (%) |
|---------------------------|------------------------|-----------------------|
| Gênero | | |
| Masculino | 20 | 57,14 |
| Feminino | 15 | 42,86 |
| Tipo de internação | | |
| SUS | 27 | 77,14 |
| Convênio | 8 | 22,86 |
| Diagnóstico | | |
| Doença de krabbe | 1 | 2,86 |
| Histiocitose | 3 | 8,57 |
| LLA | 4 | 11,43 |
| LM | 3 | 8,57 |
| Linfocitose | 1 | 2,86 |
| Linfoma não hodkin | 1 | 2,86 |
| Neuroblastoma | 7 | 20,00 |
| Osteopetrose | 1 | 2,86 |
| Rabdomiossarcoma | 2 | 5,71 |
| Retinoblatoma | 11 | 31,43 |
| SMD | 1 | 2,86 |

TABELA 2 - duração do tratamento quimioterápico, aleitamento materno e estado nutricional(nº 35)

| Variável | Média (meses) | DP |
|---------------------------|----------------------|-----------|
| Idade início tratamento | 8.25 | 3.42 |
| Idade final do tratamento | 15.48 | 5.83 |

TABELA 2 – continuação

| Variável | Frequência (nº) | Frequência (%) |
|--|------------------------|-----------------------|
| AME ao diagnóstico (crianças até 6 meses) | | |
| Sim | 4 | 33,33 |
| Não | 8 | 66,67 |
| AM ao diagnóstico (0-12M) | | |
| Sim | 17 | 48,57 |
| Não | 18 | 51,43 |
| AM na alta hospitalar | | |
| Sim | 10 | 28,57 |
| Não | 25 | 71,43 |
| Utilização do BLH | | |
| Sim | 6 | 17,14 |
| Não | 29 | 82,86 |
| Estado nutricional ao diagnóstico | | |
| Eutrófico | 18 | 51,43 |
| Risco sobrepeso | 11 | 31,43 |
| Sobrepeso | 2 | 5,71 |
| Obesidade | 1 | 2,86 |
| Risco baixo peso | 3 | 8,57 |
| Baixo peso | 0 | 0 |
| Desnutrição | 0 | 0 |

Estado nutricional na alta hospitalar

| | | |
|------------------|----|-------|
| Eutrófico | 18 | 51,43 |
| Risco sobrepeso | 7 | 20 |
| Sobrepeso | 4 | 11,43 |
| Obesidade | 1 | 2,86 |
| Risco baixo peso | 2 | 5,71 |
| Baixo peso | 0 | 0 |
| Desnutrição | 3 | 8,57 |

Discussão

Verificou-se maior prevalência do diagnóstico de retinoblastoma (31,4%) leucemias (20%) e neuroblastomas (20%) o que é compatível com a literatura. Nas crianças menores de 12 meses o tumor mais frequente é o neuroblastoma, seguido das leucemias agudas, dos tumores de SNC e do retinoblastoma. Os tumores embrionários, como o retinoblastoma e o neuroblastoma, são responsáveis por cerca de 20% de todos os tumores infanto-juvenis (INCA 2017).

O diagnóstico nutricional de risco para sobrepeso no primeiro dia de internação hospitalar (31,4%) pode ser explicado pela alta prevalência de neuroblastoma, uma vez que o local mais frequente dessa neoplasia é o abdome, principalmente na glândula adrenal (25% dos lactentes). Apresentando entre outros, sintomas como distensão abdominal, massa palpável ao exame físico e hepatomegalia (INCA 2018). O que pode limitar esse diagnóstico nutricional, uma vez que não existem referências para desconto ponderal de massa tumoral, mascarando inclusive uma possível desnutrição ou baixo peso.

Já na alta hospitalar, o presente estudo, encontrou um ganho de peso em 25,7%. Segundo Green et al. o ganho de peso entre os sobreviventes pode ser decorrente de fatores relacionados à exposição prolongada à corticoterapia, diminuição da atividade física e alterações hormonais.

No entanto, a maioria das crianças chegou ao tratamento quimioterápico com estado nutricional adequado, (51,4%) e na alta hospitalar, ainda era a maioria. Um estudo realizado em nível ambulatorial ratifica esse achado. Onde, em avaliação com 54 crianças oncológicas pediátricas em Florianópolis/SC, mostra que 76% dos pacientes encontravam-se em eutrofia pós-alta hospitalar para acompanhamento ambulatorial e apenas 6% estavam em situação de desnutrição (VILANOVA; KAZAPI; KAZAPI, 2004).

Outro estudo com dados semelhantes é apresentado por Dileket al. que avaliou o estado nutricional de 45 crianças com neoplasias malignas e mostrou redução da desnutrição através de alterações na média dos escores Z dos parâmetros antropométricos após 6 meses ao diagnóstico.

Ainda que, a maioria dos pacientes encontra-se em eutrofia pré e pós-tratamento, esse estudo mostrou que nenhum dos 35 pacientes apresentava desnutrição no primeiro dia de internação, porém, na alta hospitalar, após

completarem o tratamento quimioterápico internados, 8,5% pacientes encontravam-se desnutridos.

Embora esse estudo não tenha avaliado as causas da evolução para desnutrição nesses pacientes, segundo Caram (2012), os efeitos colaterais da quimioterapia ocorrem em mais de 70% dos pacientes e resultam em diminuição da ingestão oral, desequilíbrio eletrolítico, fraqueza geral e perda peso. Sackset al. (2013), acrescenta ainda entre os fatores que contribuem para a desnutrição nesse período, a alteração de paladar e olfato, aversões alimentares adquiridas e anorexia.

Uma revisão integrativa publicada recentemente sobre toxicidade e efeitos adversos decorrente do tratamento quimioterápico antineoplásico em pacientes pediátricos mostrou que a mucosite representa 23% das toxicidades apresentada sendo uma das principais causas que impossibilita a alimentação VO (IUCHNO; CARVALHO, 2019)

Sabe-se que as complicações infecciosas ocorrem com maior frequência em pacientes desnutridos e a sobrevida dessas crianças é significativamente menor que nas crianças bem nutridas. (DILEK et,al 2015) o que reforça a importância do diagnóstico precoce desses sintomas, para correta intervenção nutricional.

Em relação ao aleitamento materno durante a internação para o tratamento quimioterápico, nosso estudo revelou que a maioria dos pacientes (51,4%) estava em aleitamento materno no primeiro dia de internação, um pouco abaixo do que é trazido pela literatura. Segundo Boccolini et al, a prevalência do AM no Brasil no ano de 2013 era de 52,1%. Um dado que merece ser amplamente destacado nesse trabalho é a prevalência do desmame precoce identificado na alta hospitalar, onde 71,4% dos pacientes não estavam recebendo nenhum tipo de aleitamento materno.

Embora esse trabalho não tenha avaliado o motivo do desmame precoce, estudos trazem que situações especiais como prematuridade, condições de saúde que separam a mãe do recém-nascido, introdução de fórmula artificial, rotina hospitalar que limita a prática do AM, presença de dor e/ou lesão mamilar, insegurança materna, falta de apoio da família e despreparo dos profissionais de saúde estariam relacionados ao desmame precoce de pacientes hospitalizados. (ALMEIDA; LUZ; UED, 2015).

Nesse contexto, Andrade et al, avaliou a qualidade de vida e sobrecarga de cuidadores de crianças com câncer, onde as mães relataram que se sentem mais sobrecarregadas durante os períodos de internação para quimioterapia, porque é

quando se recebe menos ajuda, ficando a interação social restrita aos pacientes e a outros cuidadores internos.

Segundo um estudo realizado nos Estados Unidos por Barrera et al (2019), aproximadamente 17,2% dos recém-nascidos amamentados são suplementados com fórmula infantil antes de atingirem 2 dias de vida, o que geralmente ocorre dentro do hospital. Os bebês que são suplementados com fórmula enquanto estão internados, têm três vezes menos chances de receber leite materno aos 60 dias. Esse estudo avaliou ainda, as práticas e políticas hospitalares de apoio à amamentação, mostrando que à medida que os hospitais adotavam as, as taxas de aleitamento materno exclusivo hospitalar eram significativamente mais altas, sugerindo que os recém-nascidos que estão internados em hospitais com práticas e políticas de apoio ao aleitamento materno têm melhores resultados de amamentação intra-hospitalar.

Quanto ao apoio ao AM na instituição estudada, o HCPA apresenta um BLH disponível para atender as mães dos RNs internados, estas são acompanhadas por consultoras em amamentação durante seu período de internação se assim for solicitado pela equipe assistente. No entanto essa não é uma prática comum na unidade de Oncologia Pediátrica, o que reflete no resultado de que apenas 6 mães (17,1%) utilizaram a estrutura física e de profissionais do BLH.

Estudo realizado por Oldenburg et al, 2018 em instituição que possuía BLH, mostrou relação de menor tempo de internação hospitalar naqueles pacientes que receberam com maior frequência, o LM ordenhado. O que reforça a importância de fortalecer e capacitar todos os profissionais de saúde, nas diferentes áreas assistenciais para atender os pacientes em fase de AME ou AM.

Os benefícios do AM para o paciente hospitalizado foram apresentados nesse estudo, podemos concluir que a criação de protocolos assistenciais com um conjunto de medidas visando a promoção e apoio ao AM, envolvendo toda a equipe multiprofissional, auxiliaria na manutenção e aumento nas taxas de AME nas crianças até 6 meses de vida, prevenindo o desmame precoce nessa população que necessita da manutenção de um estado nutricional adequado para garantir o crescimento saudável durante e após a terapia antineoplásica. É necessário garantir ainda a continuidade do AM após os 6 meses de vida.

Este estudo apresenta como principais limitações o caráter retrospectivo, dependendo da precisão dos dados registrados no prontuário eletrônico do paciente.

Conclusão/ Considerações finais

Através desse trabalho, foi possível verificar a prevalência de crianças em aleitamento materno entre 0-12 meses de idade e pôde-se identificar a baixa frequência de encaminhamentos ao BLH. No entanto, não havia registros em prontuário, quanto ao motivo do desmame precoce, impossibilitando a análise desses dados, o que mostra a necessidade de que os profissionais estejam atentos e registrem com riqueza de dados, para que a principal causa do abandono ao aleitamento seja precocemente identificada, podendo a equipe multiprofissional assistente auxiliar a mãe e a família em suas dificuldades. São necessários estudos nessa área, visando compreender os principais motivos do desmame nessa população específica.

A Residência Multiprofissional propõe realização da formação em serviço no SUS, alinhando teoria com a prática inserida. Nesse contexto, destaca-se a importância do estabelecimento de medidas de proteção ao AM que envolvam todos os profissionais da Oncologia Pediátrica, uma vez que o desmame precoce pôde ser identificado na maioria dos pacientes.

O resultado desse estudo será revelado à equipe assistencial da Unidade de Oncologia Pediátrica. Com sugestões quanto aos protocolos assistenciais que podem ser implementados na unidade para fortalecimento do AM nessa população.

Podemos citar a necessidade de capacitar todos os profissionais envolvidos, sejam eles da equipe de enfermagem, equipe médica, fisioterapeuta, farmacêuticos, assistentes sociais, psicólogos ou nutricionistas. No ano de 2018, os profissionais da unidade citada, participaram de capacitação, curso de 20h: Manejo e incentivo a amamentação em um Hospital Amigo da Criança, através de aulas disponibilizadas em módulos à distância, com um encontro presencial para a aula prática. No entanto, sugerimos que essa capacitação seja contínua, a beira do leito, à medida que o profissional possa identificar as dificuldades apresentadas, em método observacional, e se, não se sentir seguro para interferir, encaminhar para as consultoras em AM do hospital, através de solicitação de consultoria, afim de que as causas evitáveis do desmame precoce possam ser identificadas e corrigidas.

O encaminhamento ao BLH auxilia na manutenção do AM, orientando a nutriz quanto às técnicas de ordenha proporcionando assim o fornecimento de leite materno para a criança durante a internação.

Sugere-se ainda, intervenções educativas por meio de suporte profissional em grupos ou individualmente às famílias dos pacientes internados para o tratamento quimioterápico.

Um dos objetivos do SUS é a assistência às pessoas por intermédio de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, com a realização integrada das ações assistenciais e das atividades preventivas. Equipe multiprofissional capacitada e em constante aprendizado, reflete em um paciente melhor nutrido, recebendo o alimento ideal para essa fase tão crítica da doença, repleta de mudanças sociais, psicológicas, metabólicas e nutricionais.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, João Aprigio Guerra de; NOVAK, Franz Reis. Amamentação: um híbrido natureza-cultura. **Jornal de Pediatria**, [s.l.], v. 80, n. 5, p.119-125, nov. 2004. <http://dx.doi.org/10.1590/s0021-75572004000700002>.

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.

AMITAY, Efrat L.; KEINAN-BOKER, Lital. Breastfeeding and Childhood Leukemia Incidence. **Jama Pediatrics**, [s.l.], v. 169, n. 6, p.151-169, 1 jun. 2015. American Medical Association (AMA). <http://dx.doi.org/10.1001/jamapediatrics.2015.1025>.

ANDRADE, Samkya F. de O. et al. **Qualidade de Vida e Sobrecarga de Cuidadores de Crianças com Câncer**. 2014. Disponível em: <<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=282037810015>>. Acesso em: 18 out. 2019.

ANVISA. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução RDC nº 171, de 4 de setembro de 2006. Dispõe sobre o Regulamento Técnico para o Funcionamento de Bancos de Leite humano. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 5 set. 2006.

BARRERA, Chloe M. et al. Association of Maternity Care Practices and Policies with In-Hospital Exclusive Breastfeeding in the United States. **Breastfeeding Medicine**, [s.l.], v. 14, n. 4, p.243-248, maio 2019. Mary Ann Liebert Inc. <http://dx.doi.org/10.1089/bfm.2018.0196>

BARROS, Mariana Simoes; ALMEIDA, João Aprigio Guerra de; RABUFFETTI, Alejandro Guillermo. Rede Brasileira de Bancos de Leite Humano: uma rede baseada na confiança. **Revista Eletrônica de Comunicação, Informação e Inovação em Saúde**, [s.l.], v. 12, n. 2, p.125-133, 29 jun. 2018. Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde. <http://dx.doi.org/10.29397/reciis.v12i2.1253>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Alimentação e Nutrição. Brasília: Ministério da Saúde (Série B. Textos Básicos de Saúde), 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Política de Saúde. Organização Pan Americana da Saúde. **Guia alimentar para crianças menores de dois anos**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002. 152 p.: il. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos; n. 107)

BRASIL. Ministério da Saúde - Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS), 2019

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

BOCCOLINI, Cristiano Siqueira et al. Breastfeeding indicators trends in Brazil for three decades. **Revista de Saúde Pública**, [s.l.], v. 51, p.108-113, 27 dez. 2017. Universidade de Sao Paulo Sistema Integrado de Bibliotecas - SIBiUSP.

CARAM, A.L.A.et.al. Desnutrição em Crianças até 12 Anos com Leucemia Atendidas no Grupo em Defesa de Criança com Câncer no Município de Jundiaí, SP. **Revista Brasileira de Cancerologia**, v.58, n.2, p. 231-239, Abr.2012.

CARVALHAES, Maria Antonieta de Barros Leite; CORRÊA, Cláudia Regina Hostin. Identificação de dificuldades no início do aleitamento materno mediante aplicação de protocolo. **Jornal de Pediatria**, [s.l.], v. 79, n. 1, p.13-20, fev. 2003

CRUZ, Neusa Aparecida Casetto Vieira da et al. Associação entre o tipo de aleitamento na alta hospitalar do recém-nascido e aos seis meses de vida. **CadernosSaúdeColetiva**, [s.l.], v. 26, n. 2, p.117-124, jun. 2018.

DILEK,GürlekGökçebay, Suna Emir, TuranBayhan, Hacı Ahmet Demir, Mehmet Gunduz e BahattinTunc Assessment of Nutritional Status in Children With Cancer and Effectiveness of Oral Nutritional Supplements, **Pediatric Hematology and Oncology**32: 6, 423-432, 2015

FIGUEIREDO, Maria Claudia Diniz et al. Human milk bank: the breastfeeding counseling and the duration of exclusive breastfeeding. **Journal Of Human Growth And Development**, [s.l.], v. 25, n. 2, p.204-205, 20 out. 2015. NEPAS. <http://dx.doi.org/10.7322/jhgd.103016>. Disponível em: <<http://www.revistas.usp.br/jhgd/article/view/103016>>. Acessoem: 06 set. 2018.

GREEN, Daniel M. et al. Risk Factors for Obesity in Adult Survivors of Childhood Cancer: A Report From the Childhood Cancer Survivor Study. **Journal Of Clinical Oncology**, [s.l.], v. 30, n. 3, p.246-255, 20 jan. 2012. American Society of Clinical Oncology (ASCO). <http://dx.doi.org/10.1200/jco.2010.34.4267>

INCA. Instituto Nacional do Câncer. **Consenso Nacional De Nutrição Oncológica** 2 ed. Rio de Janeiro, 2016. Disponível em: https://www.sbno.com.br/UploadsDoc/Consenso_Nutricao_vol_II_2_ed_2016.pdf Acesso em 20 setembro 2018.

INCA. Instituto Nacional do Câncer. **Consenso Nacional De Nutrição Oncológica** 2 ed. Revista ampliada e atualizada Rio de Janeiro, 2015

INCA. Instituto Nacional do Câncer. **Estimativas 2018**. 1 ed. Rio de Janeiro, 2017. Disponível em: <http://www.inca.gov.br/estimativa/2018/estimativa-2018.pdf> Acesso em 20 setembro 2018.

IUCHNO, Clarissa Weiss; CARVALHO, Gisele Pereira de. Toxicidade e efeitos adversos decorrente do tratamento quimioterápico antineoplásico em pacientes pediátricos: revisão integrativa. **Ciência&Saúde**, [s.l.], v. 12, n. 1, p.303-329, 1 mar. 2019. EDIPUCRS.

JONES, Gareth et al. How many child deaths can we prevent this year? **The Lancet**, [s.l.], v. 362, n. 9377, p.65-71, 03 jul. 2003. Elsevier BV. [http://dx.doi.org/10.1016/s0140-6736\(03\)13811-1](http://dx.doi.org/10.1016/s0140-6736(03)13811-1). Disponível em: <<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0140673603138111?via%3Dihub>>. Acesso em: 05 set. 2018.

MATUHARA, Ângela Midori; NAGANUMA, Mazuco. Manual instrucional para aleitamento materno de recém-nascidos pré-termo. **Pediatria**, São Paulo, v. 28, n. 2, p. 81-90, 2006. Disponível em: <<http://www.pediatriasaopaulo.usp.br/upload/pdf/1163.pdf>>. Acesso em: 03 out. 2018

MORAES, Bruna Alibio et al. Fatores associados à interrupção do aleitamento materno exclusivo em lactentes com até 30 dias. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 37, p.20-26, jul. 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472016000500424&lng=pt&tlng=pt>. Acesso em: 13 set. 2018.

NARCHI, Nádia Zanonet al. Variáveis que influenciam a manutenção do aleitamento materno exclusivo. **Revista da Escola de Enfermagem da Usp**, [s.l.], v. 43, n. 1, p.87-94, mar. 2009. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s0080-62342009000100011>. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342009000100011&lng=pt&tlng=pt>. Acesso em: 15 set. 2018.

OLDENBURG, Luiza et al. Frequência de distribuição de leite materno e fatores associados em pacientes de hospital público. **Saúde (santa Maria)**, [s.l.], v. 44, n. 2, p.1-10, 15 ago. 2018. Universidad Federal de Santa Maria. <http://dx.doi.org/10.5902/2236583425303>. Disponível em: <<https://periodicos.ufsm.br/revistasaude/article/view/25303/pdf>>. Acesso em: 15 set. 2018.

PEREIRA, Rosane Siqueira Vasconcellos et al. Fatores associados ao aleitamento materno exclusivo: o papel do cuidado na atenção básica. **Cadernos de Saúde Pública**, [s.l.], v. 26, n. 12, p.2343-2354, dez. 2010. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s0102-311x2010001200013>. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2010001200013>. Acesso em: 03 out. 2018.

SACKS, Nancy et al. Proactive enteral tube feeding in pediatric patients undergoing chemotherapy. **Pediatric Blood & Cancer**, [s.l.], v. 61, n. 2, p.281-285, 9 set. 2013.

SCHWARTZ, Renata et al. Associação entre aleitamento materno e estado nutricional atual de crianças e adolescentes atendidos em um hospital do Sul do Brasil. **Revista Hcpa**, Porto Alegre, v. 2, n. 32, p.147-153, maio 2012.

VILANOVA, Osmael; KAZAPI, Rui Gabriel; KAZAPI, Ileana Arminda Mourão. Perfil Nutricional das crianças atendidas no ambulatório de oncologia pediátrica do hospital infantil Joana de Gusmão. **R. Eletr. de Extensão, Florianópolis**, [s.l.], v. 1, n. 1, p.25-36, dez. 2004.

VENANCIO, Sonia I. et al. A prática do aleitamento materno nas capitais brasileiras e Distrito Federal: situação atual e avanços. **Jornal de Pediatria**, [s.l.], v. 86, n. 4, p.317-324, ago. 2010. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s0021-75572010000400012>. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0021-75572010000400012&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt>. Acesso em: 15 set. 2018

APÊNDICES

APÊNDICE A – FORMULÁRIO DE COLETA DE DADOS

Data da coleta: ____/____/____

Nº |__|__|__|

Formulário de coleta de dados

Características do paciente:

Nome: _____ Prontuário: _____

Sexo: () Masculino () Feminino

Data de nascimento: ____/____/____ Idade: _____

Características relacionadas ao parto

Vaginal () Cesariana () a termo () Pré termo ()

Idade gestacional ao parto _____

Variáveis relacionadas à internação:

Data de internação: ____/____/____

Data da alta ao final do tratamento: ____/____/____

Tipo de internação: () SUS () Convênio Qual? _____

Idade ao início do tratamento _____

Idade ao final do tratamento _____

Variáveis relacionadas ao diagnóstico e tratamento oncológico:

Diagnóstico: _____

Presença de metástases: () Sim () Não Locais: _____

Tratamento quimioterápico()

Data do início ____/____/____

Data final ____/____/____

Outro tipo de tratamento associado Sim () Não ()

Qual _____

Data do início ____/____/____

Data final ____/____/____

Avaliação Nutricional:

Data: ____/____/____

Peso: _____ kg Altura: _____ m

P/E: Percentil ____ e Escore Z _____ **E/I:** Percentil ____ e Escore Z _____

P/I: Percentil ____ e Escore Z _____

Diagnóstico nutricional: _____

Nível assistencial: 3 () 4 ()

Avaliação Nutricional:

Data: ____/____/____

Peso: _____ kg Altura: _____ m

P/E: Percentil ____ e Escore Z _____ **E/I:** Percentil ____ e Escore Z _____

P/I: Percentil _____ e Escore Z _____

Diagnóstico nutricional: _____

Nível assistencial: 3 () 4 ()

Variáveis relacionadas à alimentação / terapia nutricional

Aleitamento materno ()

Na internação Sim() Não ()

Na alta hospitalar Sim() Não ()

Via de administração VO () SNE () VO+SNE ()

Aleitamento materno exclusivo ()

Na internação Sim() Não ()

Na alta hospitalar Sim() Não ()

Via de administração VO () SNE () VO+SNE ()

Variável relacionada ao BLH:

Mãe utilizou BLH para esgotamento de LM

SIM() NÃO ()

ANEXOS

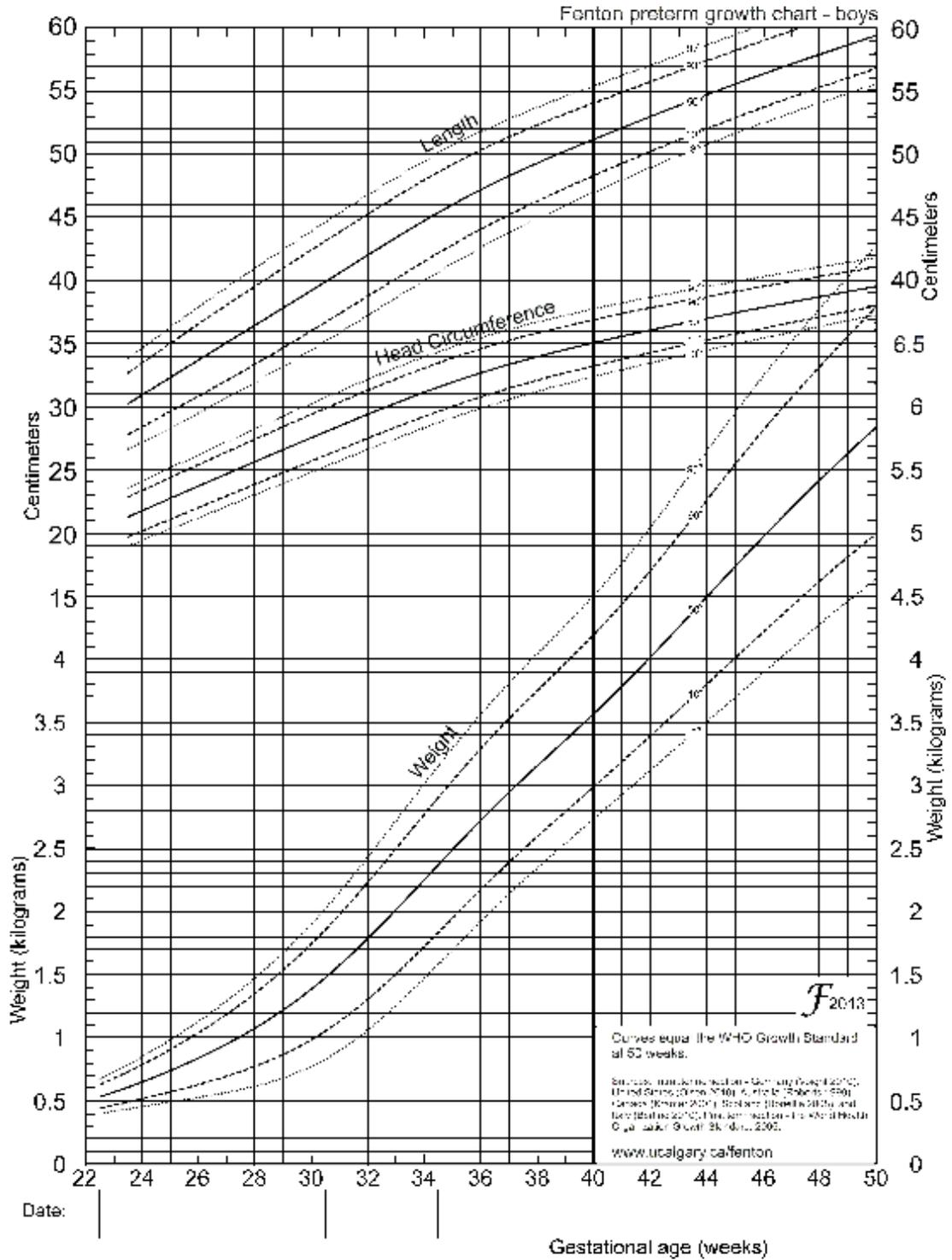
ANEXO A – TABELAS DE CLASSIFICAÇÃO DO ESTADO NUTRICIONAL DE CRIANÇAS E ADOLESCENTES.

Crianças de 0 a 5 anos:

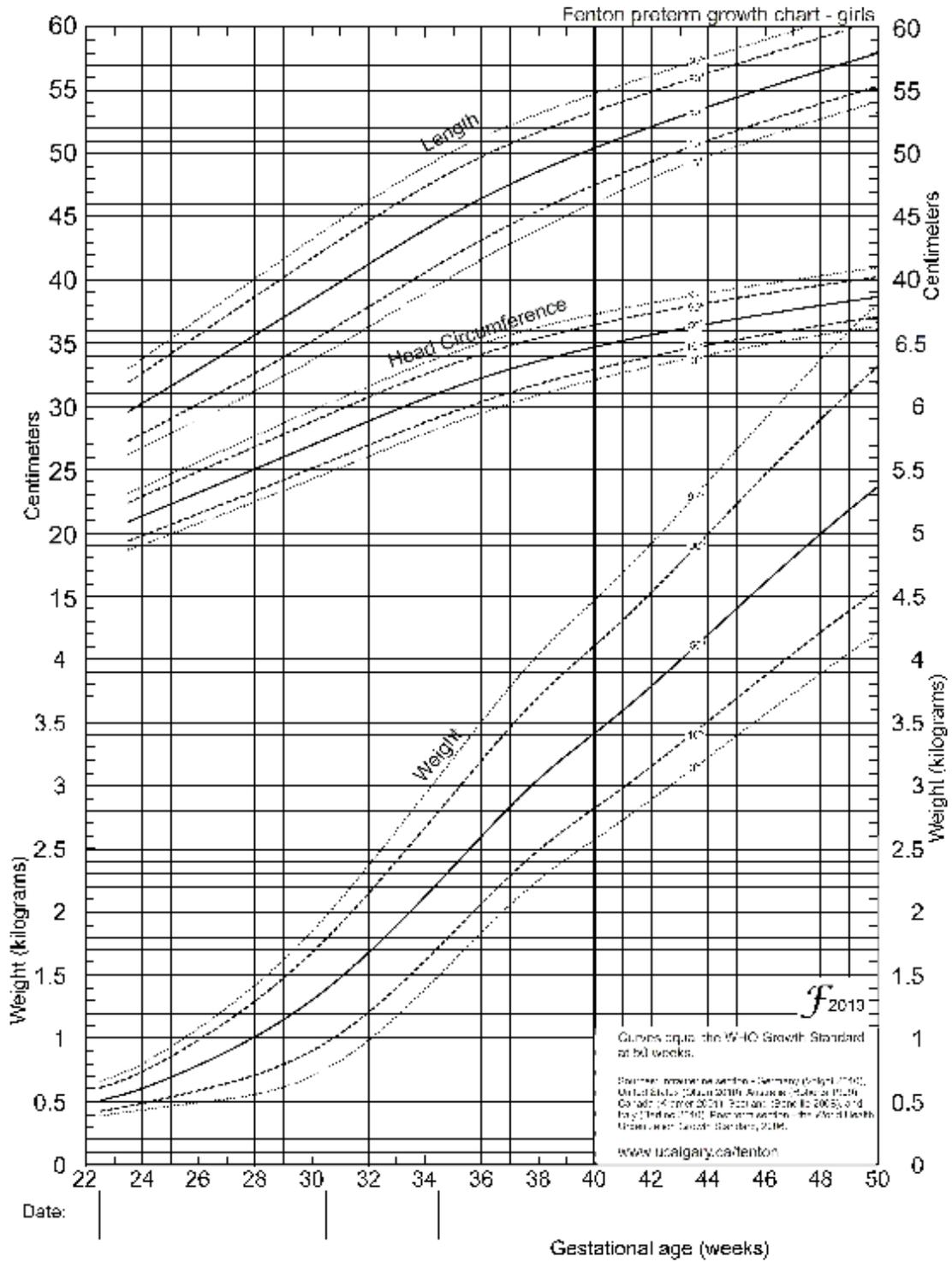
| Valores | | Peso/Idade | Peso/Estatura | IMC/Idade | Estatura/Idade |
|-----------------------------------|-------------------------------|-----------------------------|-------------------|-------------------|---------------------------------|
| < Percentil 0,1 | < Escore Z -3 | Muito baixo peso para idade | Magreza acentuada | Magreza acentuada | Muito baixa estatura para idade |
| ≥ Percentil 0,1 e < Percentil 3 | ≥ Escore Z -3 e < Escore -2 | Baixo peso para idade | Magreza | Magreza | Baixa estatura para idade |
| ≥ Percentil 3 e < Percentil 15 | ≥ Escore z -2 e < Escore z -1 | Peso adequado para idade | Eutrofia | Eutrofia | Estatura adequada para idade |
| ≥ Percentil 15 e ≤ Percentil 85 | > Escore Z -1 e ≤ Escore Z +1 | | | | |
| > Percentil 85 e ≤ Percentil 97 | > Escore Z +1 e ≤ Escore Z +2 | | | | |
| > Percentil 97 e ≤ Percentil 99,9 | > Escore Z +2 e ≤ Escore Z +3 | Peso elevado para idade | Sobrepeso | Sobrepeso | |
| > Percentil 99,9 | > Escore Z +3 | | Obesidade | Obesidade | |

Fonte: adaptado de WHO, 2006, SISVAN, 2008

ANEXO B – CURVAS CRESCIMENTO PRÉ-TERMO FENTON



ANEXO B – CURVAS DE CRESCIMENTO PRÉ-TERMO FENTON



ANEXO D - DEZPASSOS PARA O SUCESSO DO ALEITAMENTO MATERNO

Passo 1 - Ter uma política de aleitamento materno escrita que seja rotineiramente transmitida a toda equipe de cuidados de saúde;

Passo 2 - Capacitar toda a equipe de cuidados de saúde nas práticas necessárias para implementar esta política;

Passo 3 - Informar todas as gestantes sobre os benefícios e o manejo do aleitamento materno;

Passo 4 - Ajudar as mães a iniciar o aleitamento materno na primeira meia hora após o nascimento; conforme nova interpretação: colocar os bebês em contato pele a pele com suas mães, imediatamente após o parto, por pelo menos uma hora e orientar a mãe a identificar se o bebê mostra sinais de que está querendo ser amamentado, oferecendo ajuda se necessário;

Passo 5 - Mostrar às mães como amamentar e como manter a lactação mesmo se vierem a ser separadas dos filhos;

Passo 6 - Não oferecer a recém-nascidos bebida ou alimento que não seja o leite materno, a não ser que haja indicação médica e/ou de nutricionista;

Passo 7 - Praticar o alojamento conjunto - permitir que mães e recém-nascidos permaneçam juntos – 24 horas por dia;

Passo 8 - Incentivar o aleitamento materno sob livre demanda;

Passo 9 - Não oferecer bicos artificiais ou chupetas a recém-nascidos e lactentes;

Passo 10 - Promover a formação de grupos de apoio à amamentação e encaminhar as mães a esses grupos na alta da maternidade; conforme nova interpretação: encaminhar as mães a grupos ou outros serviços de apoio à amamentação, após a alta, e estimular a formação e a colaboração com esses grupos ou serviços.

Anexo E. Aprovação do projeto no HCPA

**HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE****Grupo de Pesquisa e Pós Graduação****Carta de Aprovação****Projeto**

2018/0636

Pesquisadores:**LILIA FARRET REFOSCO**

CAIANE ARGENO

Número de Participantes: 77

Título: prevalência do aleitamento materno em crianças que iniciaram tratamento quimioterápico entre 0-1 ano em uma unidade de oncologia pediátrica

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).

