

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE**

Elizamara Eliege Segala

**EFEITO DE UMA INTERVENÇÃO MULTIPROFISSIONAL NA  
PREVALÊNCIA DO ALEITAMENTO MATERNO EXCLUSIVO EM UM  
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO**

Santa Maria, RS

2016

**Elizamara Eliege Segala**

**EFEITO DE UMA INTERVENÇÃO MULTIPROFISSIONAL NA PREVALÊNCIA DO  
ALEITAMENTO MATERNO EXCLUSIVO EM UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO**

Dissertação de Mestrado apresentada ao  
Curso de Pós-Graduação em Ciências da  
Saúde, Área de Concentração Promoção  
e Tecnologia em Saúde, como requisito  
parcial para obtenção do grau de **Mestre  
em Ciências da Saúde**.

Orientadora: Profa. Dra. Angela Regina Maciel Weinmann  
Coorientador: Prof. Dr. Ivo Roberto Dorneles Prola

Santa Maria, RS

2016

Ficha catalográfica elaborada através do Programa de Geração Automática da Biblioteca Central da UFSM, com os dados fornecidos pelo(a) autor(a).

Segala, Elizamara Eliege  
Efeito de uma intervenção multiprofissional na prevalência do aleitamento materno exclusivo em um hospital universitário / Elizamara Eliege Segala.-2016.  
79 f.; 30cm

Orientadora: Angela Regina Maciel Weinmann  
Coorientador: Ivo Roberto Dorneles Prola  
Dissertação (mestrado) - Universidade Federal de Santa Maria, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde, RS, 2016

1. Aleitamento Materno Exclusivo 2. Equipe Multiprofissional 3. Intervenção I. Weinmann, Angela Regina Maciel II. Prola, Ivo Roberto Dorneles III. Título.

---

© 2016

Todos os direitos autorais reservados a Elizamara Eliege Segala. A reprodução de partes ou do todo deste trabalho só poderá ser feita mediante a citação da fonte.

E-mail: lizasegala@hotmail.com

**Elizamara Eliege Segala**

**EFEITO DE UMA INTERVENÇÃO MULTIPROFISSIONAL NA PREVALÊNCIA DO  
ALEITAMENTO MATERNO EXCLUSIVO EM UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO**

Dissertação de Mestrado apresentada ao  
Curso de Pós-Graduação em Ciências da  
Saúde, Área de Concentração Promoção  
e Tecnologia em Saúde, como requisito  
parcial para obtenção do grau de **Mestre  
em Ciências da Saúde.**

**Aprovada em 18 de fevereiro de 2016.**

---

**Angela Regina Maciel Weinmann, Dra. (UFSM)**  
(Presidente/Orientadora)

---

**Ivo Roberto Dorneles Prola, Dr. (UFSM)**  
(Coorientador)

---

**Léris Salete Bonfanti Haeffner, Dra. (UNIFRA)**

---

**Fábio Vasconcellos Comim, Dr. (UFSM)**

Santa Maria, RS

2016

## DEDICATÓRIA

A Deus

“Porque dele e por ele, e para ele, são todas as coisas; A ele seja a Glória  
para sempre. Amém.”

Romanos 11:36

## AGRADECIMENTOS

Primeiramente, gostaria de agradecer a Deus, pela vida, pelo ânimo, por Ele ter me sustentado em todos os momentos, pela concretização deste trabalho e por ter podido contar com pessoas maravilhosas, que me ajudaram durante todo esse processo.

Agradeço à minha orientadora, Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Angela Regina Maciel Weinmann, pela oportunidade de ter trabalhado com uma pessoa tão maravilhosa, pela motivação, dedicação, ensinamentos e pelo exemplo.

Agradeço ao professor Coorientador Dr. Ivo Dorneles Prola, por sua contribuição imprescindível.

Ao HUSM, por poder realizar esta pesquisa neste local.

Às minhas colegas da equipe multidisciplinar: fisioterapeutas Leticia Hermes e Lícia Cogo, enfermeira Soraia Romera Machiesqui e acadêmicas de Medicina Nathalia Pinho, Nathalia Fidêncio dos Santos, Iane Ribeiro Correa e Helena de Barros Barbosa, pela amizade, dedicação, apoio, ensinamentos e disposição em ajudar, sempre.

À equipe do segundo andar, médicos, enfermeiras e técnicas, especialmente as professoras Dra. Andréia Nascimento e Dra. Thais Couto Moreira, pelo apoio.

À Professora de estatística Dra. Luciane Flores Jacobi e a bacharel em estatística Monica Bogoni Savian, pela contribuição.

À professora Dra. Marinel Mór Dall'Agnol, pela contribuição.

A todos os professores do mestrado, pelo embasamento.

À minha colega de residência Melina Souza, pela disposição em ajudar, pela amizade e por cobrir meus plantões enquanto eu estava em aulas e reuniões.

Aos dízades mães e filhos que participaram dessa pesquisa, motivo do nosso trabalho.

Aos meus colegas do mestrado, pelo apoio, sugestões e pela torcida.

À minha família, que está sempre torcendo por mim. Minha mãe Eliege, meu pai Enzo, minha irmã Endiamara.

Ao meu esposo, Gilvano, por estar sempre ao meu lado, meu companheiro, meu amor e meu melhor amigo. Agradeço pela paciência, motivação, compreensão e apoio.

A todos que, de alguma forma, contribuíram para a realização dessa pesquisa. É com imensa alegria que partilho essa conquista com vocês.

“Porque o Senhor dá a sabedoria; da sua boca é que vem o conhecimento  
e o entendimento”

Provérbios 2:6

## RESUMO

### EFEITO DE UMA INTERVENÇÃO MULTIPROFISSIONAL NA PREVALÊNCIA DO ALEITAMENTO MATERNO EXCLUSIVO EM UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO

AUTORA: Elizamara Eliege Segala  
ORIENTADORA: Angela Regina Maciel Weinmann  
COORIENTADOR: Ivo Roberto Dorneles Prola

A Organização Mundial de Saúde recomenda o aleitamento materno exclusivo (AME) até seis meses de idade e, após, que seja continuado com outros alimentos até dois anos ou mais. Apesar de já consagrada a importância do AME até os seis meses de idade, dos inúmeros benefícios comprovados para a criança e para a mãe, principalmente na redução significativa da morbimortalidade e hospitalizações infantis, essa prática é interrompida muito antes do período recomendado. A ciência de que o investimento na promoção do aleitamento materno é uma medida efetiva e de baixo custo para melhoria da saúde infantil motivou conhecer a prevalência do AME em crianças nascidas no Hospital Universitário de Santa Maria, os motivos que levam ao desmame precoce nessa população e avaliar o efeito de uma estratégia de intervenção multiprofissional, com vistas à promoção do aleitamento materno. Foram avaliadas as prevalências do AME aos quatro e seis meses pós-parto em dois grupos: grupo intervenção, cujas mães receberam, além das orientações da rotina do serviço, uma intervenção adicional, realizada por equipe multiprofissional; e grupo controle, cujas mães receberam apenas as orientações da rotina do serviço. Foi realizado um estudo analítico experimental, tipo ensaio de campo randomizado, no qual participaram 379 díades (mãe-bebê), sendo 194 no grupo controle e 185 no grupo intervenção. A intervenção constituiu-se de encontros em forma de dinâmica em grupo com as mães selecionadas. Os resultados demonstraram que as prevalências de AME no grupo controle foram de 42,8% aos quatro meses e de 13,4% aos seis meses. No grupo intervenção, as prevalências foram significativamente maiores: 57,8% aos 4 meses e de 26,5% aos 6 meses. Além disso, o número de dias de AME no grupo intervenção também foi significativamente maior (mediana de 150 dias) quando comparado ao controle (mediana de 113 dias). Aos quatro e seis meses foram observadas associações negativas entre as variáveis “não participar da intervenção” e “uso de bico ou chupeta” com a variável “tempo de AME”. Aos seis meses também foi observada associação negativa entre “tempo de AME” com o fato de a mãe trabalhar fora. Os resultados do presente estudo permitem comprovar a efetividade de uma intervenção multiprofissional realizada no pós-parto, em nível hospitalar, no aumento das taxas de AME em crianças tanto aos quatro como aos seis meses.

**Palavras-chave:** Aleitamento Materno Exclusivo. Equipe Multiprofissional. Intervenção.



## ABSTRACT

### EFFECT OF A MULTIPROFISSIONAL INTERVENTION IN EXCLUSIVE BREASTFEEDING PREVALENCE IN AN UNIVERSITY HOSPITAL

AUTHOR: ELIZAMARA ELIEGE SEGALA  
SUPERVISOR: ANGELA REGINA MACIEL WEINMANN  
CO- SUPERVISOR: IVO ROBERTO DORNELES PROLA

The World Health Organization recommends exclusive breastfeeding (EBF) until six months of age, and breastfeeding along with other foods up to two years of age or even longer. The importance of EBF until six months of age is well established, mainly because of the benefits for the child and for the mother such as a reduction in children's morbidity and mortality and also hospital admissions. Despite of the fact that breastfeeding is an effective and inexpensive way to improve child's health, unfortunately this practice is stopped long before the recommended period. Due to that, this study aimed at knowing EBF prevalence among children born at the University Hospital of Santa Maria as well as the reasons for the early weaning. Besides, it assessed the effect of a multiprofessional intervention to promote breastfeeding in the Hospital. The prevalence of EBF was assessed at four and six months postpartum in two groups: control group (whose mothers received the information usually provided by the staff) and intervention group (whose mothers received additional information about breastfeeding by a multiprofessional team). For this, a randomized trial was carried out, enrolling 379 dyads (mother-baby): 194 in the control group and 185 in the intervention group. The intervention consisted of meetings (as group dynamic) with the mothers. The results showed that EBF prevalence in the control group were 42.8% at four months, and 13.4% at six months age. On the other hand, in the intervention group the EBF prevalence was significantly higher: 57.8% at four months and 26.5% at six months age. In addition, the number of days of EBF in the intervention group was also significantly higher (median 150 days) compared to controls (median 113 days). The assessment of data at four and six months showed negative association with the variables "did not participate in the intervention" and "use of pacifiers" with the variable "duration of EBF". At six months it was further observed negative association between "duration of EBF" with "mother coming back to work". The results of this study allowed us to prove the effectiveness of a multidisciplinary intervention carried out in the post-partum time in increasing EBF rates in children at the ages of four and six months.

**Keywords:** Exclusive Breastfeeding. Multidisciplinary Team. Intervention.

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 – Fluxograma de alocação nos grupos e procedimentos .....	29
--	----

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Características sócio-demográficas maternas da gestação atual e do pós parto imediato, das 379 mães participantes .....	38
Tabela 2 – Características maternas e neonatais dos participantes, nos grupos intervenção e controle .....	40
Tabela 3 – Caracterização da prática do aleitamento materno entre as mães estudadas.....	41
Tabela 4 – Prevalência do aleitamento materno exclusivo aos quatro meses e aos seis meses, nos grupos intervenção e controle .....	42
Tabela 5 – Tempo de aleitamento materno exclusivo, em dias, nos grupos nos grupos intervenção e controle .....	42
Tabela 6 – Motivos, referidos pelas mães, para interrupção precoce do aleitamento materno exclusivo antes dos quatro meses e entre quatro e seis meses .....	43
Tabela 7 – Regressão logística univariada considerando como variável dependente o aleitamento materno exclusivo aos quatro meses de idade.....	44
Tabela 8 – Modelo de regressão logística múltipla incluindo as variáveis independentes que obtiveram significância na análise univariada ( $p < 0,25$ ), em relação ao aleitamento materno exclusivo aos quatro meses de idade (variável dependente).....	45
Tabela 9 – Regressão logística univariada considerando o aleitamento materno exclusivo aos seis meses de idade como variável dependente .....	46
Tabela 10 – Modelo de regressão logística múltipla incluindo as variáveis independentes que obtiveram significância na análise univariada ( $p < 0,25$ ), em relação ao aleitamento materno exclusivo aos seis meses de idade (variável dependente).....	47

## LISTA DE SIGLAS

<b>AC</b>	– Alojamento Conjunto
<b>AM</b>	– Aleitamento Materno
<b>AMC</b>	– Aleitamento Materno Complementado
<b>AME</b>	– Aleitamento Materno Exclusivo
<b>AMM</b>	– Aleitamento Materno Misto
<b>AMP</b>	– Aleitamento Materno Predominante
<b>BLH</b>	– Banco de Leite Humano
<b>CA</b>	– Câncer
<b>CO</b>	– Centro Obstétrico
<b>DF</b>	– Distrito Federal
<b>DM</b>	– Diabetes Mellitus
<b>EFC</b>	– Ensino Fundamental Completo
<b>EFI</b>	– Ensino Fundamental Incompleto
<b>EMC</b>	– Ensino Médio Completo
<b>EMI</b>	– Ensino Médio Incompleto
<b>ES</b>	– Ensino Superior
<b>HUSM</b>	– Hospital Universitário de Santa Maria
<b>IG</b>	– Idade Gestacional
<b>IHAC</b>	– Iniciativa Hospital Amigo da Criança
<b>II PPAM</b>	– II Pesquisa Nacional de Prevalência de AM
<b>IVAS</b>	– Infecção Via Aérea Superior
<b>LM</b>	– Leite Materno
<b>MS</b>	– Ministério da Saúde
<b>OMS</b>	– Organização Mundial de Saúde
<b>PN</b>	– Pré-Natal
<b>PR</b>	– Paraná
<b>RN</b>	– Recém-nascido
<b>RS</b>	– Rio Grande do Sul
<b>SBP</b>	– Sociedade Brasileira de Pediatria
<b>TCLE</b>	– Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
<b>UBS</b>	– Unidade Básica de Saúde
<b>UFSM</b>	– Universidade Federal de Santa Maria
<b>UNICEF</b>	– Fundo das Nações Unidas para a Infância

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO</b> .....	<b>13</b>
<b>2</b>	<b>JUSTIFICATIVA</b> .....	<b>15</b>
<b>3</b>	<b>OBJETIVOS</b> .....	<b>16</b>
3.1	OBJETIVO GERAL .....	16
3.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS .....	16
<b>4</b>	<b>REVISÃO DA LITERATURA</b> .....	<b>17</b>
4.1	O LEITE MATERNO .....	17
<b>4.1.1</b>	<b>Definições</b> .....	<b>19</b>
4.2	POLÍTICAS DE INCENTIVO E SITUAÇÃO DO AM NO BRASIL .....	19
4.3	FATORES DETERMINANTES DO AM .....	22
4.4	ESTRATÉGIAS DE INTERVENÇÃO .....	25
4.5	O TELEFONE COMO RECURSO DE PESQUISA .....	25
<b>5</b>	<b>POPULAÇÃO E MÉTODOS</b> .....	<b>27</b>
5.1	DESENHO DO ESTUDO .....	27
5.2	LOCAL .....	27
5.3	POPULAÇÃO-ALVO .....	27
5.4	SELEÇÃO DA AMOSTRA E TAMANHO AMOSTRAL .....	27
<b>5.4.1</b>	<b>Cálculo amostral e tamanho da amostra</b> .....	<b>28</b>
<b>5.4.2</b>	<b>Randomização e alocação</b> .....	<b>28</b>
5.5	COLETA DOS DADOS E VARIÁVEIS EM ESTUDO .....	29
5.6	CONDUTA DE ROTINA NO AC DO HUSM .....	31
5.7	INTERVENÇÃO .....	31
<b>5.7.1</b>	<b>Abordagem dos temas</b> .....	<b>32</b>
5.8	ANÁLISE DOS DADOS .....	36
5.9	QUESTÕES ÉTICAS .....	36
<b>6</b>	<b>RESULTADOS</b> .....	<b>38</b>
<b>7</b>	<b>DISCUSSÃO</b> .....	<b>49</b>
<b>8</b>	<b>CONCLUSÃO</b> .....	<b>55</b>
<b>9</b>	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	<b>56</b>
	<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b> .....	<b>57</b>
	<b>APÊNDICES</b> .....	<b>63</b>
	<b>APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO</b> .....	<b>64</b>
	<b>APÊNDICE B – TERMO DE CONFIDENCIALIDADE</b> .....	<b>68</b>
	<b>ANEXOS</b> .....	<b>69</b>
	<b>ANEXO A – 1º QUESTIONÁRIO / ENTREVISTA PÓS – PARTO</b> .....	<b>70</b>
	<b>ANEXO B – 2º QUESTIONÁRIO / ENTREVISTA AOS 4 MESES</b> .....	<b>71</b>
	<b>ANEXO C – 3º QUESTIONÁRIO / ENTREVISTA AOS 6 MESES</b> .....	<b>72</b>
	<b>ANEXO D – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP</b> .....	<b>73</b>
	<b>ANEXO E – ROTEIRO DA INTERVENÇÃO MULTIPROFISSIONAL</b> .....	<b>76</b>

## 1 INTRODUÇÃO

Amamentar é muito mais do que nutrir a criança. É um processo que envolve intensa interação entre mãe e filho, com repercussões no estado nutricional da criança, na defesa contra infecções, na fisiologia e desenvolvimento cognitivo e emocional, bem como implicações na saúde física e psíquica da mãe (CAMPOS, 2014). O aleitamento materno (AM) é o alimento essencial para promover a saúde física, mental e psíquica da criança (VENANCIO, 2010).

Estimativas recentes, quanto às diversas formas de ação e suas consequências para a saúde da criança, mostraram que a promoção do aleitamento materno exclusivo (AME) é a intervenção isolada, em saúde pública, com o maior potencial para a diminuição da mortalidade infantil (TOMA, 2008). Estima-se que o AM poderia evitar 13% das mortes por causas preveníveis em crianças menores de cinco anos em todo o mundo (JONES et al., 2003).

A Organização Mundial de Saúde (OMS) recomenda o AME até seis meses de idade e, após, que seja continuado até ao menos os dois anos, junto com outros alimentos (WHO, 2001), o que é apoiado pela Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP). Apesar de já consagrada a importância do AME até o sexto mês de vida da criança, dos inúmeros benefícios comprovados para a criança e para a mãe, principalmente na redução significativa da morbimortalidade e de internações hospitalares, esta prática vem sendo interrompida muito antes do período recomendado (REA, 2003).

Desde 1981, o Brasil vem investindo no incentivo ao AM, sendo observado um aumento gradativo das taxas de AME (VENANCIO et al., 2010). Pesquisas nacionais têm confirmado essa tendência, embora ainda longe do recomendado.

Existem diversas conquistas relatadas na literatura, nas quais políticas de apoio ao AM e intervenções realizadas com o objetivo de promoção do AME mudaram os dados da realidade local em muitas regiões do país (VANNUCHI, 2004; CARDOSO, 2008; LAMOUNIER, 2008; ALVES, 2013; PASSANHA, 2013). Já outros autores, apesar dos programas de incentivo adotados, observaram pouco impacto nas taxas de AME (ALMEIDA, 2010; NARCHI, 2005), sugerindo a necessidade de criação de novas estratégias de incentivo à promoção do AME, visando a alcançar, efetivamente, as prevalências preconizadas.

Nesse sentido, o papel de uma equipe multiprofissional treinada em aleitamento materno mostrou ser de grande importância, contribuindo para o aumento nas taxas de AME, quando comparada a pacientes acompanhados por profissionais sem treinamento específico nesta área (SANTIAGO, 2003).

Considerando que a promoção do aleitamento materno é uma das medidas mais eficazes em relação aos custos para reduzir a morbidade e mortalidade infantil, é de fundamental importância a união da sociedade, governos e instituições de saúde a fim de atingir esse objetivo (SILVA, 2005). Assim, a ciência da importância da promoção do AM na contribuição para melhoria da saúde infantil motivou a presente pesquisa.

## 2 JUSTIFICATIVA

O AM é estratégia essencial para a redução das mortes na população infantil, além de promover a saúde física, mental e psíquica da criança (VENANCIO, 2010). Estimativas recentes, quanto às diversas formas de ação e suas consequências para a saúde da criança, mostraram que a promoção do AME é a intervenção isolada, em saúde pública, com o maior potencial para a diminuição da mortalidade infantil (CAMPOS, 2014).

Desde 1981 o Brasil vem investindo no incentivo ao AM, com aumento gradativo nas taxas de AME, embora ainda longe do recomendado, que é de 180 dias. Exemplo disto é a prevalência observada de 41% para AME em menores de seis meses, no conjunto das capitais e Distrito Federal (BRASIL, 2009). No entanto, ao avaliar aos exatos seis meses de idade, foi de apenas 5,3% em uma cidade de Minas Gerais (CHAVES, 2007).

O Hospital Universitário de Santa Maria (HUSM) é referência em saúde para a Macrorregião Centro-Oeste do Estado do Rio Grande do Sul (RS), sendo referência para a gestante e o recém-nascido, especialmente na área de alto risco, desde 1998. Apesar de ser um hospital de referência para a região central do Estado, não se conhece a prevalência do AM, e principalmente, de AME na população atendida, assim como os motivos que podem estar associados ao desmame precoce. Diante disso, é de grande valia o conhecimento da prevalência do AME em crianças nascidas no HUSM, bem como os motivos que podem estar associados ao desmame precoce.

Com este estudo, além de conhecer a prevalência, propõe-se realizar uma estratégia de incentivo à promoção do AME, que possa contribuir para um aumento das taxas de AME, em nossa população. Desta forma, pretende-se contribuir para que as crianças nascidas no HUSM desfrutem de forma plena dos benefícios nutricionais, preventivos, cognitivos e emocionais da AME, com consequente redução de morbimortalidade e das hospitalizações infantis.



### 3 OBJETIVOS

#### 3.1 OBJETIVO GERAL

Conhecer a prevalência do AME nas crianças nascidas no HUSM, aos quatro e seis meses de vida, os motivos de desmame precoce e verificar o efeito de uma intervenção multiprofissional visando a promoção do AM.

#### 3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Conhecer a prevalência de AME, aos quatro e seis meses de vida, nas crianças nascidas no HUSM, submetidas ao atendimento de rotina oferecido no Alojamento Conjunto (AC) deste hospital.
- Verificar a prevalência do AME, aos quatro e seis meses de vida, em crianças nascidas no HUSM, que permaneceram no AC, cujas mães participaram de uma intervenção de incentivo ao AM, realizada por equipe multiprofissional.
- Identificar os principais motivos que levaram as mães a interromperem o AME antes dos quatro e entre os quatro e seis meses de idade das crianças.

## 4 REVISÃO DA LITERATURA

### 4.1 O LEITE MATERNO

O LM, ofertado de forma exclusiva até os seis meses de idade, é, sem dúvida, o melhor alimento para a criança, pois contém todos os nutrientes essenciais para um ótimo crescimento e desenvolvimento. Além disso, é melhor digerido, quando comparado com leites de outras espécies, sendo capaz de suprir, de modo exclusivo, as necessidades nutricionais da criança até esta idade (CAMPOS, 2014).

Sabe-se que a alimentação complementar precoce está associada ao aumento do sobrepeso e, com frequência, da obesidade. Verificou-se que o AME é forte fator de proteção contra a obesidade na infância, considerando-se sua duração por seis meses (CALDEIRA, 2015). O sobrepeso e a obesidade é cerca de 22% menor nas crianças amamentadas (DEWEY, 2003). Quanto maior o tempo de amamentação, maior a prevenção da obesidade. A composição do leite materno e o desenvolvimento da auto regulação contribuem para o processo de programação metabólica, influenciando no tamanho e número de células gordurosas. O leite de vaca introduzido precocemente pode estar associado à programação metabólica e ocasionar a obesidade (HAISMA et al., 2005).

Simon (2009) concluiu em seu estudo que a proteção contra o sobrepeso e a obesidade se dá durante toda a infância, independentemente da idade da criança, da renda familiar, do estado nutricional e da escolaridade dos pais. Para Yang (2013), estimular o AM, incluindo duração do tempo de AME, é uma das principais medidas para prevenção da obesidade.

Sabe-se que o AM é fator de proteção para a redução no risco de ocorrência de doenças alérgicas, como asma, dermatite atópica, alergia ao leite de vaca (STRASSBURGER, 2010; VAN ODIJK et al., 2003). Ainda, é associado à redução de doença celíaca (AKOBENG, 2007), doença de Crohn, colite ulcerativa, linfomas, doença de Hodgkin e leucemia (CAMPOS, 2014). Além disso, contribui para o desenvolvimento cognitivo (HORWOOD, 1998) e atua na prevenção da Diabetes Mellitus (DM). Estima-se que 30% dos casos de DM tipo I poderiam ser prevenidos se 90% das crianças até três meses não recebessem leite de vaca (GERSTEIN, 1994). O AM é um importante fator de proteção contra doença diarreica em menores de dois anos, tendo grande impacto na redução da mortalidade infantil e na taxa de

internação hospitalar (SANTOS, 2015). Crianças não amamentadas têm um risco três vezes maior de desidratação e de morte por diarreia quando comparadas com as amamentadas (VICTORIA et al., 1992).

O AM protege contra infecções respiratórias. Em Pelotas, no RS, a chance de hospitalização por pneumonia em crianças não amamentadas, nos primeiros três meses de vida, foi 61 vezes maior do que em crianças amamentadas exclusivamente (CESAR, 1999). A amamentação por período menor que um mês aumenta o risco de hospitalização por bronquiolite (ALBERNAZ; MENEZES; CESAR, 2003). Vale citar também a associação do AM e menor número de otites (TEELE; KLEIN; ROSNER, 1989).

Um aspecto menos destacado nos estudos sobre amamentação é quanto a sua prática pode facilitar o desenvolvimento de um forte apego ao cuidador, aspecto fundamental para a sobrevivência daquelas espécies cujo desenvolvimento ocorre, em grande parte, fora do útero. Os aspectos comportamentais do apego têm sido bastante estudados e, mais recentemente, surgem dados também sobre sua neurobiologia (TOMA, 2010).

Para a lactante, o AM facilita, de imediato, a dequitação da placenta e, durante o puerpério, promove a involução uterina, contribuindo para a perda ponderal. Reduz o risco de câncer de mama e ovário, sendo também importante do ponto de vista da microeconomia familiar (WHO, 2001). Foi evidenciada redução de 15% na incidência de DM tipo 2 para cada ano de lactação (STUEBE et al., 2005). Além disso, a amenorreia prolongada devido ao AME atua como método contraceptivo (GRAY et al., 1990). Por todas estas razões, as mães devem ser estimuladas a amamentar; no entanto, nunca obrigadas.

A OMS (2001) reconhece que a taxa de AME diminui substancialmente após quatro meses de idade da criança, razão pela qual se deve identificar as restrições biológicas e sociais para o AME nos diferentes contextos sociais e áreas geográficas, a fim de desenvolver intervenções eficazes para lidar com essas barreiras e suas consequências.

Segundo Bonilha (2010), a amamentação precisa ser um comportamento aprendido e exercitado, sendo que mulheres e profissionais de saúde precisam ser estimulados, encorajados e apoiados a fim de manter os indicadores de amamentação em níveis ótimos.

Para Santiago et al (2003), a importância do pediatra na alimentação infantil, em especial o seu papel promovendo o AME, é inquestionável, assim como os grupos multidisciplinares treinados em AM, os quais servem de apoio, sendo altamente eficientes para aumentar as taxas de AME.

#### **4.1.1 Definições**

Em nosso País, o Ministério da Saúde (MS), adota as seguintes definições de AM, preconizadas pela OMS e reconhecidas em todo o mundo (WHO, 2007). São elas:

- Aleitamento Materno Exclusivo (AME): é definido como o uso exclusivo de leite materno, direto da mama ou ordenhado, ou leite humano de outra fonte, sem oferta de outros líquidos (chá e água) ou sólidos, permitindo-se apenas gotas ou xaropes de vitaminas, sais de reidratação oral, suplementos minerais e outros medicamentos.
- Aleitamento Materno (AM): quando a criança recebe leite materno, direto da mama ou ordenhado, independente de estar recebendo ou não outros alimentos.
- Aleitamento Materno Predominante (AMP): quando além do leite materno, a criança recebe água, chás, suco de frutas em quantidades limitadas.
- Aleitamento Materno Complementado (AMC): quando a criança recebe, além do leite humano, alimentos complementares, como alimentos sólidos ou semi-sólidos.
- Aleitamento Materno Misto (AMM): quando, além do leite humano, a criança recebe outros tipos de leite.

#### **4.2 POLÍTICAS DE INCENTIVO E SITUAÇÃO DO AM NO BRASIL**

A importância do AME nos primeiros meses de vida foi documentada como evidência científica por volta de 1980, quando as mortes infantis por doenças infecciosas foram relacionadas à alimentação da criança. Em vista disto, em 1981, o Brasil lançou seu primeiro Programa Nacional de Incentivo ao AM (REA, 2003). Em 1986, foi realizada a I Pesquisa Brasileira sobre AME, tendo sido evidenciada uma prevalência de apenas 3,6% de AME, entre crianças de zero a quatro meses. Em

1999, foi realizado, durante a Campanha Nacional de Vacinação, o I Inquérito sobre Prevalência de AM nas capitais brasileiras e no Distrito Federal (DF), que mostrou uma elevação significativa na prevalência do AME em menores de quatro meses, quando comparado aos resultados de 1986. Nesse inquérito, a prevalência foi de 35,6% de AME, até os quatro meses, com uma mediana de 10 meses de duração para o AM. Sete anos após, em 2006, os dados mostraram prevalência de 38,6% para o AME para crianças menores de seis meses (VENANCIO, 2010).

Tendo em vista as diversas ações desenvolvidas no âmbito da política nacional de incentivo ao AM, em 2008, foi realizada a II Pesquisa Nacional de Prevalência de AM (II PPAM), (VENANCIO, 2010). Nesta, foi constatado que o desmame precoce afeta a maioria das capitais brasileiras. A prevalência do AME em menores de seis meses no conjunto das capitais e DF foi de 41%. A maior prevalência foi na Região Norte (45,9%), seguida da Centro-Oeste (45%), Sul (43,9%) e Sudeste (39,4%). Tratando-se de capitais, Belém teve a maior prevalência (56,1%), seguida de Florianópolis (52,4%), Campo Grande (50,1%) e Distrito Federal (50,0%). A menor prevalência foi em Cuiabá (27,1%). A prevalência em Porto Alegre foi de 38,2% (BRASIL, 2009).

Considerando o número de dias de AME, constatou-se aumento de um mês na duração mediana deste, que passou de 23,4 dias, em 1999, para 54,1 dias, em 2008. A comparação entre as regiões apontou aumento expressivo na Região Centro-Oeste (47,1 dias), seguida das Regiões Norte (42,2 dias) e Sudeste (41,9 dias). Na Região Sul, verificou-se aumento de menor intensidade (20,2 dias) e a Região Nordeste teve o pior desempenho (8,6 dias). Nesta última, houve aumento na maioria das capitais, mas redução expressiva na cidade de Fortaleza, que passou de 63,6 dias (a melhor situação verificada em 1999) para 10,6 dias, em 2008. A análise da evolução desse indicador revelou que, devido às ações implementadas, as mudanças foram favoráveis e estatisticamente significativas em 20 capitais (VENANCIO, 2010).

No estudo de Figueredo (2013), realizado em São Paulo, em um Hospital Amigo da Criança, AME foi observado em 75%, 52%, 33%, 19% e 5,7% das crianças, aos 30, 90, 120, 150 e 180 dias de vida, respectivamente.

Assim, a prevalência ainda baixa de AME em nosso país aponta para a necessidade de novas abordagens, valorizando as ações efetivas na promoção,

proteção e apoio ao AM, mas também o contexto de processo de trabalho em que acontecem (PEREIRA, 2010).

Já em 2003, Rea propôs que fosse revista a trajetória do programa nacional, dividindo em quatro períodos. O primeiro, de 1975 a 1981, quando pouco era feito. Nessa época, não havia incentivo ao AM pelos pediatras e, além da orientação de outros alimentos precocemente na dieta, havia propaganda não ética de substitutos do LM. O segundo período, compreendido entre os anos de 1981 a 1986, foi marcado pelo início das campanhas pela mídia e pela portaria sobre o AC, que determinou a existência de leitos, no mesmo quarto, para parturientes e seus filhos. Na terceira etapa, de 1986 a 1996, houve o surgimento de políticas em prol da amamentação, como a Declaração Conjunta sobre o Papel dos Serviços de Saúde e Maternidades, elaborada pela OMS e o Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF), em que se mencionaram, pela primeira vez, as dez ações relacionadas a incentivar o AM, que foram chamados de “dez passos para o sucesso do aleitamento materno”, os quais serviram de base para idealização da Iniciativa do Hospital Amigo da Criança (IHAC), em 1990. A aprovação da Norma Brasileira de Comercialização de Alimentos para Lactentes, com estabelecimento de normas para o funcionamento dos bancos de leite humano (BLH) e dois benefícios instituídos na Constituição Brasileira, isto é, o direito da trabalhadora a quatro meses de licença maternidade e o direito ao pai a cinco dias de licença paternidade, fizeram parte deste período. Já o quarto período, de 1996 a 2002, foi caracterizado pelo planejamento e ações de capacitação de recursos humanos, com o respaldo das políticas de proteção, visando à aceleração no credenciamento dos hospitais como IHAC, o crescimento da rede de BLH e a promoção da Semana Mundial de Amamentação.

Os Dez Passos para o Sucesso do Aleitamento Materno consiste em: 1. Ter uma norma escrita sobre aleitamento, transmitida rotineiramente a toda a equipe de cuidados de saúde; 2. Treinar toda a equipe de cuidados de saúde, capacitando-a para implementar esta norma; 3. Informar todas as gestantes sobre as vantagens e o manejo do AM; 4. Ajudar as mães a iniciar o aleitamento na primeira meia hora após o nascimento; 5. Mostrar às mães como amamentar e como manter a lactação, mesmo se vierem a ser separadas de seus filhos; 6. Não dar aos recém-nascidos nenhum outro alimento ou bebida além do LM, a não ser que tal procedimento seja indicado pelo médico; 7. Praticar o AC – permitir que mães e bebês permaneçam

juntos 24 horas por dia. 8. Encorajar o aleitamento sob livre demanda; 9. Não dar bicos artificiais ou chupetas as crianças amamentadas ao seio; 10. Encorajar o estabelecimento de grupos de apoio ao AM, para onde as mães deverão ser encaminhadas por ocasião da alta, no hospital ou ambulatório (LAMOUNIER, 2001).

#### 4.3 FATORES DETERMINANTES DO AM

Para Silva (2011), considerando o papel fundamental que a amamentação materna exclusiva exerce na promoção da saúde da criança, em especial nos primeiros seis meses de vida, percebe-se a necessidade de conhecer os principais fatores que influenciam o desmame precoce.

Para Narchi et al. (2009), o tipo de hospital, a permanência em AC e o tipo de parto influenciam na manutenção do AME, durante os primeiros seis meses. Para ele, muitos profissionais de saúde não estão preparados para lidar com o AM e os modelos assistenciais ainda vigentes não propiciam apoio à mulher no processo de amamentar, tanto no momento do parto, como depois. O autor ressalta, ainda, que a duração da amamentação não é influenciada por estratégias isoladas, mas depende da combinação de diferentes intervenções, realizadas em todo o ciclo gravídico puerperal.

Osório (2007), em sua pesquisa, demonstrou que, embora a maioria das mulheres tenha conhecimento do valor da prática do AM e das qualidades do leite humano, o mesmo reconhecimento não ocorreu em relação à exclusividade nesta oferta, nem tampouco quanto ao tempo recomendado para o AME.

Vários dos problemas comuns enfrentados durante a lactação, como ingurgitamento mamário, traumas mamilares, bloqueio de ducto lactífero, infecções mamárias e baixa produção de leite têm a sua origem em condições que levam a um esvaziamento mamário inadequado. Assim, a má técnica de amamentação, mamadas infrequentes e em horários predeterminados, o uso de chupetas e de complementos alimentares constituem importantes fatores que podem predispor ao aparecimento de complicações da lactação. Nessas condições, o manejo adequado é imprescindível, pois, se não tratadas adequadamente, com frequência, levam ao desmame precoce (GIUGLIANI, 2004).

Dois estudos serviram de referência para a análise das causas do desmame precoce e os principais fatores apontados. Os fatores culturais, representados pela

introdução precoce de outros líquidos, o uso da mamadeira e da chupeta; e a necessidade materna de retorno ao trabalho, muitas vezes, precoce e mal orientada, foram os fatores mais determinantes e homogêneos, nos estudos analisados (KAUFMANN et al., 2012; LEONE et al., 2012).

Os fatores culturais são inseridos por motivos diversos no cotidiano da criança, mas apresentam basicamente os mesmos efeitos de interferência no AME. O uso dos dispositivos, seja da chupeta para “acalmar” ou da “mamadeirinha” com chás para tratar cólicas ou outras doenças, de uma forma ou de outra, diminuem a frequência com que o RN vai ao seio materno (CARVALHO & TAMEZ, 2005).

De acordo com Kaufmann et al. (2012) e Giugliani (2004), a introdução de líquidos que não seja o LM, em crianças menores de seis meses de vida é, muitas vezes, desnecessária e prejudicial, pois pode levar à diminuição da frequência e intensidade de sucção, reduzindo a produção de LM e aumentando a morbimortalidade infantil pela menor ingestão dos fatores de proteção existentes no leite da mãe.

Para Figueredo (2013), os fatores que contribuíram para o desmame precoce foram o trabalho fora de casa, não receber orientação de pega e posição, a primiparidade, mães sem experiência prévia de amamentação, intercorrência mamária durante a hospitalização e na consulta de retorno, dificuldade para amamentar, posicionamento e apreensão inadequados ao oferecer o seio materno.

A duração do AM pode ser influenciada por condições sociodemográficas, ambientais, biológicas, obstétricas, culturais da mãe e pela assistência prestada pelos serviços de saúde, como a realização de pré-natal (PN). Tais fatores explicam tanto a interrupção precoce do AME, quanto a adoção do AMC (MARGOTTI, 2013).

Abreu (2013) selecionou catorze pesquisas primárias sobre fatores que intervêm na amamentação exclusiva. Os fatores condicionantes do desmame precoce foram organizados em quatro núcleos temáticos: contexto socioeconômico, trabalho materno, experiências prévias de amamentação e problemas mamários. Quanto ao contexto socioeconômico, avós e figura paterna podem influenciar na tomada de decisão com relação ao AME. As avós, por serem reconhecidas como pessoas mais experientes e de confiança influenciam positivamente ou negativamente, dependendo de suas experiências prévias de sucesso ou insucesso. A figura paterna pode ser indiferente ou até interferir negativamente, se o AM interferir na sexualidade do casal. Interfere negativamente a introdução precoce do



leite de vaca, o mito do leite fraco, a oferta de água, bicos e mamadeira. Informações sobre praticidade de amamentar, os benefícios à criança, à mulher e socioeconômicos, integram a decisão pela amamentação. Desinformação, mitos, pela falta de preparo de transmitir a informação ou atitude de cobrança, não contribuem para a manutenção do AM. A influência negativa do trabalho materno ocorre quando há desrespeito à licença maternidade ou desconhecimento de direitos trabalhistas, inexistência de creche no trabalho, longa distância entre o trabalho e a residência, e quando a mulher é a provedora financeira de sua família, dentre outros.

Quanto às experiências prévias de amamentação, o prazer de amamentar anteriormente e o apoio familiar influenciam positivamente, sendo as primíparas mais suscetíveis ao desmame (FALEIROS, 2006).

Referente aos problemas mamários, a dor é o principal fator e pode ocorrer nos primeiros dias pós-parto. É ocasionada principalmente por fissuras e ingurgitamento mamário. Ainda, para Abreu (2013), para a prevenção do desmame, deve-se incluir a família nas ações de promoção, incentivo e apoio ao AM, especialmente pai e avós, conhecer a cultura da paciente, investir na capacitação e educação permanente dos profissionais, dentre outros.

Segundo Lins (2010), foi possível identificar forte influência dos mitos e tabus gerados, ao longo do tempo, no desmame precoce, prejudicando o processo de AM, principalmente a vaidade. Para ele, muitas mulheres evitam amamentar, pois temem engordar e ficar com as mamas caídas.

Baptista (2009) avaliou os fatores associados à duração do AM em crianças de famílias de baixa renda em Curitiba, PR e apontou como fatores protetores o conhecimento materno sobre os benefícios da amamentação, a amamentação da criança com leite exclusivamente materno na maternidade e a permanência no AC. Apontou como contribuidores do desmame precoce o baixo peso ao nascer, o trabalho da mãe fora de casa e as dificuldades encontradas pela mãe para amamentar nos primeiros dias pós-parto.

Acredita-se que quanto maior o grau de instrução, maior a prevalência do AME. Não trabalhar fora de casa também atua como fator de proteção (DAMIAO, 2008). Como esta é uma condição inevitável a maioria das mães, imposta pelas modificações que a vida moderna trouxe ao contexto familiar, o trabalho materno fora de casa passou a ser um fator importante para o desmame, sendo demonstrado na literatura de maneira homogênea. Portanto, cabe uma orientação adequada de

técnicas de extração do leite, sua conservação, meios de oferecer o leite extraído para o lactente, para que a mulher possa passar por este período com tranquilidade, conseguindo manter uma amamentação bem-sucedida (CARVALHO & TAMEZ, 2005; LEONE et al., 2012).

Ao considerar as causas que levam a interrupção do AME, é necessário compreender o contexto socioeconômico-cultural em que a lactante está inserida (OSÓRIO, 2007).

#### 4.4 ESTRATÉGIAS DE INTERVENÇÃO

A meta-análise de Imdad (2011) avaliou intervenções de promoção da amamentação sobre as taxas de AM, com foco nos países em desenvolvimento. As intervenções aumentaram as taxas de AME na quarta e sexta semana e aos seis meses. As intervenções incluíam educação sobre amamentação e/ou apoio adicional às mães através de conselheiros (médicos, enfermeiros, parteiras, consultores de lactação ou conselheiros de pares), em sessões individuais ou em grupo. O apoio individual incluiu tanto face a face, como via telefone. Foram incluídos estudos onde a intervenção foi realizada tanto no PN como no pós-parto, separadamente, como em ambos, de forma combinada. Os resultados apontaram que a educação e apoio constituem-se na pedra angular da amamentação.

Outra estratégia encontrada é a capacitação dos profissionais no quesito AM. Santiago (2014) avaliou as taxas de AME aos quatro meses em crianças mineiras acompanhadas por três grupos diferentes: equipe multiprofissional de AM, pediatra com treinamento em AM e pediatra sem treinamento em AM. Foi constatado que as crianças acompanhadas pelo grupo multiprofissional de AM e pelo pediatra com treinamento em AM apresentaram percentuais semelhantes de AME e superiores ao grupo acompanhado pelo pediatra sem treinamento específico.

#### 4.5 O TELEFONE COMO RECURSO DE PESQUISA

O contato telefônico tem sido utilizado como recurso de pesquisa em algumas pesquisas. Um estudo australiano (QUINLIVAN et al., 2015) teve como objetivo determinar se as mulheres que iniciam a amamentação no hospital e a interrompem

antes do período de seis meses poderiam ser identificadas no momento da alta hospitalar, para permitir intervenções direcionadas.

As participantes do estudo compreendiam mulheres que tiveram seus filhos em Hospital Amigo da Criança e que estavam certificadas em prontuário médico como amamentando competentemente. Esses indivíduos foram acompanhados por seis meses e entrevistados, por contato telefônico, em seis semanas e seis meses após o parto, por uma estudante de enfermagem. As informações coletadas durante a entrevista incluiu status da alimentação infantil, em particular se estavam em AME, AMM ou AMC. Foi identificado um efeito independente da baixa escolaridade materna, do tabagismo, da prematuridade e do baixo peso ao nascer sobre a duração da amamentação. Os autores concluíram que é preciso avaliar para poder apoiar mulheres com risco de interrupção precoce do AM.

Kehler (2009) buscou descrever as taxas de iniciação da amamentação, do AM por pelo menos seis meses e identificar fatores de risco de não amamentar até os seis meses em uma amostra de mães em Calgary, Canadá. Tais mães participaram de um estudo longitudinal de apoio PN e foram contatadas quando a criança tinha três anos de idade, via questionário telefônico. A análise multivariada revelou que o trabalho em tempo integral, baixo nível educacional materno, a obesidade antes da gravidez e a ansiedade durante a gestação aumentaram o risco da interrupção precoce do AM. Os autores sugeriram que mais pesquisas deveriam ser necessárias para compreender melhor as decisões de amamentação entre as mulheres com os fatores de risco identificados, para facilitar o desenvolvimento de estratégias eficazes de promoção da amamentação.

## 5 POPULAÇÃO E MÉTODOS

### 5.1 DESENHO DO ESTUDO

Estudo analítico, experimental, do tipo ensaio de campo randomizado.

### 5.2 LOCAL

O estudo foi realizado no AC e Centro Obstétrico (CO) do HUSM. Neste último, apenas quando ocorria superlotação no AC, o que impossibilitava a internação da díade mãe-bebê nessa unidade.

### 5.3 POPULAÇÃO-ALVO

A população-alvo do estudo envolveu a díade mãe-bebê, cujos nascimentos ocorreram no HUSM, no período compreendido entre 07 de janeiro e 07 de abril de 2015.

### 5.4 SELEÇÃO DA AMOSTRA E TAMANHO AMOSTRAL

Para a seleção da amostra, foram considerados os seguintes critérios de inclusão:

- Mães com ausência de doença que impossibilitasse o AM ou situação que dificultasse a prática do AM, como drogadição.
- Recém-nascidos (RN) com peso > 2.000 gramas, idade gestacional ao nascer  $\geq$  35 semanas, Apgar no 5º minuto  $\geq$  7, saudáveis, com boa capacidade de sucção e controle térmico.
- Desejo da puérpera em amamentar seu filho.
- Consentimento materno para participar da pesquisa.

Os critérios de exclusão foram:

- Manifestação explícita de desejo de não amamentar.
- RN com malformações de cabeça e pescoço e/ou síndromes genéticas.
- Gemelaridade.

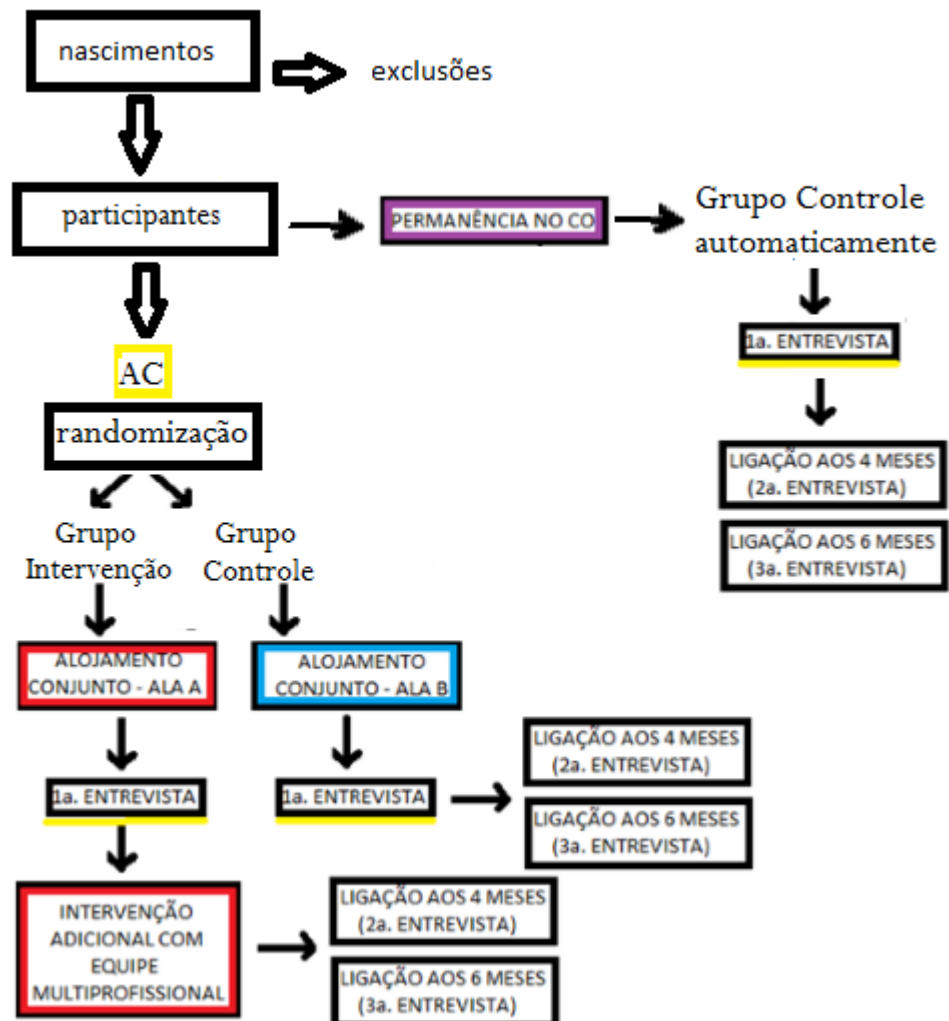
#### **5.4.1 Cálculo amostral e tamanho da amostra**

O cálculo do tamanho da amostra foi baseado na média do número de partos/mês no HUSM (173 partos/mês no ano de 2013), e na prevalência de AME em menores de seis meses, na cidade de Porto Alegre, RS, no ano de 2008 (38%), pela falta de dados locais. Considerando um nível de confiança de 95 % e margem de erro de 5%, foi estimado um total de 214 mães. Levando em conta a possibilidade de perdas durante o seguimento de seis meses, foi acrescentado 10%, totalizando 236 mães (118 díades para o grupo intervenção e 118 para o grupo controle). Considerando critérios de inclusão e exclusão e as perdas durante o seguimento a amostra deste estudo ficou constituída por 379 díades (185 no grupo intervenção e 194 no grupo controle).

#### **5.4.2 Randomização e alocação**

O AC do HUSM possui duas unidades de internação separadas pela área de recepção (Ala A e Ala B). Cada ala contém 12 leitos distribuídos em um total de 10 quartos, a saber: 5 quartos de dois leitos, 2 quartos de apenas um leito e 3 quartos com quatro leitos, o que totaliza 24 leitos nas duas alas. A constituição dos grupos, intervenção e controle, obedeceu a sorteio prévio entre as duas alas de internação. Este procedimento teve por objetivo evitar o contato próximo de mães pertencentes a grupos diferentes, em um mesmo quarto, o que poderia possibilitar a troca de informações provenientes da intervenção. Assim, as mães que internaram na Ala A constituíram o grupo intervenção e as mães da Ala B o grupo controle. As mães participantes que ficaram internadas no CO foram automaticamente alocadas para o grupo controle, uma vez que não havia possibilidade de realizar a intervenção multiprofissional proposta na atual infra-estrutura do CO do hospital.

Figura 1 – Fluxograma de alocação nos grupos e procedimentos



## 5.5 COLETA DOS DADOS E VARIÁVEIS EM ESTUDO

Em ambos os grupos, foram coletadas informações que subsidiaram as variáveis do estudo. As informações foram obtidas através da análise do prontuário das mães e dos recém-nascidos e através de entrevista em três momentos distintos: algumas horas após o parto (máximo 24 horas) (1ª entrevista), realizada no AC ou CO; aos quatro e seis meses após o parto (2ª e 3ª entrevistas, respectivamente) através de contato telefônico. As ligações foram realizadas no espaço da Gerência de Ensino e Pesquisa do HUSM.

A 1ª entrevista foi realizada por um componente da equipe (enfermeira, fisioterapeuta, médico residente da pediatria ou acadêmica do curso de medicina), sempre no período da manhã. Todos os componentes da equipe foram devidamente treinados.

Na 1ª entrevista, assim como no prontuário clínico, foram obtidos dados referentes à mãe, ao nascimento e período neonatal, e avaliação do conhecimento materno sobre AM prévio (ANEXO A), a saber:

- Dados maternos: idade, telefones, escolaridade, situação conjugal, trabalho fora de casa, renda familiar; história obstétrica: número de gestações, paridade, número de filhos vivos;
- Dados do puerpério atual: data do parto, tipo de parto, idade gestacional e peso ao nascer do RN, realização do PN, número de consultas;
- Experiência prévia e atual com amamentação: se amamentou durante a primeira hora de vida do filho atual, sentimento ao amamentar, se recebeu ajuda de algum profissional;
- Conhecimento prévio sobre AM: duração recomendada do AME e AM, benefícios para a mãe e para o filho, aspectos técnicos do AM.

Decorridos quatro meses do nascimento, foi realizado contato telefônico com as mães para obtenção das seguintes informações (2ª entrevista), (ANEXO B):

- Tempo de AME, época do desmame (quando o caso), motivos que levaram ao desmame, se houve tabagismo materno, se foi ofertado outro leite além do materno no hospital, forma que foi ofertado, introdução de bico, chupeta ou mamadeira e se existiu convívio com outra pessoa que teve filho no HUSM durante a época da pesquisa.

Para as mães que permaneciam em AME aos quatro meses, foi entrado em contato novamente aos seis meses do nascimento (3ª entrevista) para saber tempo de AME, época de desmame (quando o caso) e motivos que levaram ao desmame (ANEXO C).

A 2ª e 3ª entrevistas foram realizadas sem que o entrevistador tivesse conhecimento sobre a que grupo a mãe pertencia. Constava apenas o nome da participante, a data do parto e um código com letras de A a D e de 1 a 404. Ao término de todas as ligações às cegas quanto ao grupo, a mãe era então identificada, se intervenção ou controle.

As ligações telefônicas foram realizadas de segunda a sexta feira, entre as 10 e 19 horas, exatamente aos quatro e seis meses do nascimento. No caso de data ocorrer em final de semana, a ligação foi realizada no dia útil imediatamente anterior

ou posterior a data. Nos casos em que não foi possível o contato na primeira ligação, a mesma era retornada, no dia seguinte, em horário diferente.

## 5.6 CONDUTA DE ROTINA NO AC DO HUSM

A rotina de atendimento e orientação às mães realizada atualmente no AC do HUSM foi mantida, tanto para o grupo intervenção como para o controle.

Este atendimento é habitualmente feito pela equipe de saúde local que inclui, no turno da manhã, dois médicos pediatras, com exclusividade para o AC, um médico residente de pediatria, três acadêmicos do curso de medicina (internato curricular); duas residentes do programa multiprofissional (enfermeira, fisioterapeuta, terapeuta ocupacional e/ou nutricionista), duas enfermeiras e quatro técnicas de enfermagem, por turno, além da equipe de obstetrícia. Toda a equipe de saúde é envolvida na detecção de problemas relacionados ao AM e aconselhamento das puérperas; no entanto, não há um protocolo definido para abordagem dos temas por nenhuma das equipes, seja médica ou multiprofissional.

A equipe médica rotineiramente realiza as orientações sobre o AM no momento da alta materna, ou previamente, quando são detectadas intercorrências. As demais equipes costumam abordar a puérpera de acordo com a demanda percebida pelo serviço de enfermagem e/ou médico. A abordagem é sempre aberta, visando ao aconselhamento, em detrimento de uma linguagem impositiva. São utilizados os conhecimentos de cada núcleo profissional em favor das especificidades de cada caso, seja com relação à informação ou ao manejo do AM.

## 5.7 INTERVENÇÃO

A intervenção foi realizada por um ou mais componentes da equipe multiprofissional composta por um médico residente de pediatria, duas fisioterapeutas, uma enfermeira e duas acadêmicas do curso de medicina. Ocorreu sempre na sala 2009 do AC, diariamente, incluindo finais de semana, no período da manhã, por cerca de 30 minutos, no formato de dinâmica em grupo, abordando os principais fatores que podem, segundo a literatura, influenciar na amamentação.

Os temas abordados seguiram um roteiro pré-estabelecido pela equipe multiprofissional contemplando as áreas da medicina, fisioterapia, fonoaudiologia e



enfermagem, no que se refere à atenção ao AM. O roteiro foi guiado por apresentação no “Power Point”, com tópicos, imagens e vídeos (ANEXO E). As participantes sentavam em semicírculo e tinham total liberdade para fazer perguntas e compartilhar experiências, a qualquer momento da apresentação. Acompanhantes das mães eram incentivados a participar da intervenção.

Os temas abordados incluíram: benefícios gerais do AM, benéficos específicos para o recém-nascido e para a nutriz, características do LM, técnica de amamentação, como prevenir, identificar e solucionar problemas da mama relacionados à amamentação, uso da chupeta e mamadeira, efeitos nocivos da introdução precoce do leite de vaca, ordenha manual, preparação, armazenamento e oferta do LM.

### **5.7.1 Abordagem dos temas**

- **BENEFÍCIOS DO AM (GERAIS E ESPECÍFICOS)**

Primeiramente, era estimulada a participação das mães no intuito de exporem os conhecimentos prévios sobre o AM e, nesse tópico, então, foram abordados os principais benefícios para a mãe e para o RN, bem como os benefícios gerais, como redução de custos para a família, praticidade, etc. Benefícios maternos: retorno ao peso normal mais rápido, menor chance de câncer de mama, de ovário, de diabetes no futuro, otimização do efeito anticoncepcional, na involução uterina, benefícios psicológicos à mãe, dentre outros. Benefícios para o recém-nascido: menor incidência de doenças diarreicas, pulmonares, alergias, infecção de vias aéreas inferiores (IVAS); redução de hospitalizações e da mortalidade infantil; redução da chance de DM tipo 1 e de obesidade; maior vínculo com a mãe, contribuição no desenvolvimento emocional e intelectual do bebê, benefício para a dentição, linguagem, dentre outros.

- **CARACTERÍSTICAS DO LM**

Nesse item, a informação salientava o fato da qualidade, quantidade e harmonia entre os ingredientes que compõem o LM, a importância de ser o único alimento na alimentação da criança até o sexto mês de vida; a necessidade de

complementação após esse período; as mudanças que ocorrem na composição e características do leite humano do início ao final de cada mamada, do primeiro ao décimo dia.

- TÉCNICA DE AMAMENTAÇÃO

Quanto à técnica, era salientado que, embora a sucção seja um ato reflexo no RN, é gradualmente desenvolvida, sendo necessário, muitas vezes, que a criança “aprenda” a retirar o leite do peito de forma eficiente, sendo a maneira como a díade se posiciona para a amamentação e a pega/sucção do bebê fatores essenciais para a extração do leite, e para evitar o aparecimento de problemas durante a amamentação, os quais podem contribuir para a diminuição na produção do LM (SANCHES, 2005; WEIGERT et al., 2005). Para uma boa “pega”, é necessário que o bebê faça uma abertura ampla da boca, com o lábio inferior virado para fora, tocando o queixo na mama, abocanhando não apenas o mamilo, mas também parte da aréola. Quanto à posição, salientava-se a importância de posicionar o bebê próximo e alinhado ao corpo da mãe, voltado para ela, e bem apoiado, com a cabeça no mesmo nível da mama e o nariz na altura do mamilo (BRASIL, 2009).

- AFECÇÕES DA MAMA

Nesse tópico, foram trabalhados itens de como prevenir, identificar e solucionar problemas da mama relacionados à amamentação, entre eles:

A) *Ingurgitamento Mamário*

Nesse sentido, era informado que o ingurgitamento mamário fisiológico ocorre durante a apojadura entre o terceiro e quarto dia após o parto, caracterizado por mamas cheias, pesadas e quentes, com ausência de hiperemia e edema. Para evitar o ingurgitamento, deve-se praticar a “pega” e posicionamento corretamente, e não usar suplementos (substitutos do leite materno). Orientações para o caso de ingurgitamento patológico eram comentadas, como: manter a amamentação com maior frequência e em livre demanda; ordenhar manualmente o excesso de leite; realizar massagem circular na presença de mamas túrgidas; iniciar a mamada pela

mama mais túrgida; uso de sutiãs apropriados; compressas frias nos intervalos entre as mamadas (para diminuir a produção de leite); e banho morno, para auxiliar na liberação do leite (REZENDE, 2003).

### *B) Dor e trauma mamilares*

Em relação à dor e traumas mamilares, era comentado sobre o fato de a dor mamilar ser relativamente comum na primeira semana pós-parto. Na persistência após este período, salientava-se a necessidade de considerar a presença de trauma devido a fissuras, bolhas, entre outras. Orientações de medidas preventivas: “pega” e posicionamento corretos; manter mamilos secos, exposição ao sol; não usar sabão, álcool ou óleos para limpeza dos mamilos; passar um pouco de leite ordenhado antes da mamada (deixar o bico mais macio); ao final da mamada introduzir o dedo mínimo no canto da boca do bebê para desfazer o vedamento (REZENDE, 2003).

### *C) Mastite*

Sobre a mastite, era informado ser um processo infeccioso agudo da mama, causado por microorganismo, sendo, geralmente, acompanhada de sintomas sistêmicos como febre, mal-estar, astenia. Com frequência, identifica-se uma “porta de entrada” para o germe, como fissura no mamilo, mas pode ser devido ao ingurgitamento excessivo e a obstrução ductal (SALES, 2000). Há necessidade de tratamento por orientação médica, mas a amamentação não é contraindicada.

- EFEITOS NOCIVOS DA INTRODUÇÃO PRECOCE DO LEITE DE VACA

Nesse tópico, eram abordadas as diferenças entre o leite de vaca e o leite humano e estimulado para iniciar o início do leite de vaca, se necessário, somente após um ano de idade, conforme orientação da SBP (CAMPOS, 2014).

- USO DE CHUPETA E MAMADEIRA

As mães eram alertadas quanto ao uso de chupetas e mamadeiras, pois alguns autores indicam que a chupeta resulta em diminuição do número de

mamadas, e, conseqüentemente, em menor estímulo das mamas e redução da produção de leite, levando a mãe a oferecer mamadeira (FRANCA, 2008; SANTIAGO, 2003). Já a mamadeira, além dos malefícios conhecidos, pode influenciar também negativamente na técnica de amamentação (FRANCA, 2008).

- **ORDENHA MANUAL, ARMAZENAMENTO E OFERTA DO LM**

Um dos fatores que serve como obstáculo para o sucesso da amamentação exclusiva até os seis meses de idade é o retorno materno ao trabalho fora de casa. Para as mães manterem a lactação após a licença maternidade, é importante que o profissional de saúde ajude a nutriz com a informação de algumas medidas que facilitem a manutenção do AME, como a ordenha manual e armazenamento do leite ordenhado.

Conforme orientação do MS, para se fazer a ordenha manual são necessários vasilhames, preferencialmente vidros de boca larga, com tampas plásticas, para que possam ser esterilizados por processo de fervura, durante aproximadamente 20 minutos. Após, estes vidros deverão ser secos naturalmente, ao ar livre, emborcados em toalhas de papel ou guardanapos de pano limpos.

A ordenha deve ser feita em local tranquilo, onde a mãe possa estar relaxada, em posição confortável. Com os cabelos presos, deve-se usar máscara ou evitar falar, tossir ou espirrar durante o procedimento. A assepsia das mãos e antebraços é indispensável, não havendo necessidade de lavar os seios frequentemente. Posiciona-se o vasilhame esterilizado próximo ao seio, e delicadamente deve-se massagear a mana com movimentos circulares da base em direção à aréola. Após, curvando o tórax sobre o abdômen, para ajudar no fluxo do leite, a mãe deve fazer uma pega em forma de “C”, colocando o polegar acima do mamilo e o dedo indicador abaixo, pressionando e soltando suavemente o polegar e o dedo indicador, um em direção ao outro, e levemente para dentro em direção à parede torácica, evitando pressão excessiva para que não haja bloqueio dos ductos lactíferos. Este procedimento se torna indolor sendo feito de maneira correta. A posição dos dedos ao redor da aréola deve ser variada para que ocorra esvaziamento de todas as áreas, mudando-se de mama quando o volume de leite diminuir, repetindo a massagem e o ciclo de ordenha várias vezes, sendo que o leite de ambas as mamas pode ser armazenado em um único vasilhame ou separadamente (BRASIL, 2009).

Conforme o MS e a SBP, o leite cru (não pasteurizado) pode ser conservado em geladeira por 12 horas e, no freezer ou congelador, por 15 dias. Para ser ofertado à criança, deve ser descongelado, preferencialmente, dentro da geladeira e, após, aquecido em banho-maria fora do fogo. Antes de oferecê-lo à criança, é necessário ser agitado suavemente para homogeneizar a gordura. Uma vez descongelado e aquecido, se não utilizado, o leite deve ser descartado.

O leite ordenhado deve ser oferecido à criança, de preferência, utilizando-se copo ou colher. A mamadeira, além de ser uma importante fonte de contaminação da criança, pode ter um efeito negativo sobre o aleitamento materno (GIUGLIANI, 2000).

- TELEFONE PARA CONTATO

Ao término da dinâmica em grupo, eram disponibilizados dois números de telefone celular de operadoras diferentes, em forma de ímã de geladeira, para que as mães pudessem buscar auxílio, em qualquer hora do dia ou da noite (incluindo finais de semana), em caso de alguma dificuldade com relação ao AM.

## 5.8 ANÁLISE DOS DADOS

Os dados foram digitados no programa Excel e analisados através do software STATA 10. A aderência à normalidade das variáveis foi verificada através do teste de Shapiro-Wilk. O teste do Qui-quadrado de Pearson foi utilizado para verificar a associação entre as variáveis expressas em proporções e o teste t-Student ou o Teste U de Mann-Whitney foram utilizados para comparar as variáveis contínuas, entre os grupos. Análise de regressão logística univariada e múltipla foi realizada para determinar a associação de algumas variáveis (independentes) com o AME (variável dependente), aos quatro e seis meses de vida da criança. Foi aceito um nível de significância de  $p < 0,05$ .

## 5.9 QUESTÕES ÉTICAS

Este projeto de pesquisa foi registrado no Gabinete de Projetos do Centro de Ciências da Saúde e aprovado pela Gerência de Ensino, Pesquisa e Extensão do

HUSM e pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM), (CAAE 45078215.3.0000.5346, sob o número 1.174.741). Todos os cuidados éticos foram observados e as participantes assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE), (APÊNDICE A), após terem sido esclarecidas sobre os objetivos da investigação, sobre a confidencialidade dos dados (APÊNDICE B), no qual o pesquisador garantiu o anonimato aos participantes, esclareceu sobre benefícios, riscos e os procedimentos da pesquisa, assim como a informação de que a participante poderia tirar dúvidas em qualquer etapa do estudo, poderia retirar o consentimento de sua participação em qualquer etapa da pesquisa, sem que recebesse qualquer tipo de punição ou prejuízo por essa decisão.

## 6 RESULTADOS

No período do presente estudo ocorreram 486 nascimentos no HUSM, cujas mães aceitaram participar da pesquisa. Destes, 82 díades não participaram do estudo por não atender aos critérios para inclusão: treze cujas mães eram portadoras de doença que impossibilitava a amamentação, nove por ter a mãe explicitado o desejo de não amamentar, 48 pelo fato do RN não obedecer aos critérios de peso e idade gestacional ao nascer para inclusão, dez devido à gemelaridade e duas por situação de vulnerabilidade/drogadição. Assim, participaram 404 díades mãe-bebê. Durante o seguimento, ocorreram 25 perdas (6,1%), ficando a presente amostra formada por 379 díades, 194 no grupo controle e 185 no grupo intervenção.

Os dados referentes às características sociodemográficas, da gestação atual e pós parto imediato das mães participantes estão apresentados na Tabela 1. Verificou-se que quase 80% tinham idade entre 18 e 35 anos, que apenas um terço possuía ensino médio completo ou superior, que a maioria não tinha vínculo empregatício, tinha companheiro estável, tinha feito PN e era multípara. Observou-se que 57,7% das mães referiram ter recebido alguma orientação sobre AM durante a gestação, que predominou o parto cesariano nas participantes e que somente dois terços das mães amamentaram seu filho na primeira hora de vida. A quase totalidade referiu sensação agradável ao amamentar seu filho atual, pela primeira vez.

Tabela 1 – Características sócio-demográficas maternas da gestação atual e do pós parto imediato, das 379 mães participantes

Variáveis	% (N)
<b>Idade materna</b>	
18 – 35 anos	78,4 (297)
< 18 anos	11,1 (42)
> 35 anos	10,5 (40)
<b>Tipo de parto</b>	
Vaginal	40,6 (154)
Cesáreo	59,4 (225)

<b>Primigesta</b>	
Não	62,8 (238)
Sim	37,2 (141)
<b>Pré-natal**</b>	
Sim	72,8 (276)
Não	27,2 (103)
<b>Escolaridade</b>	
EMC/ES	36,4 (138)
A/EFI	26,9 (102)
EFC/EMI	36,7 (139)
<b>Estado civil</b>	
Com companheiro	72,8 (276)
Sem companheiro	27,2 (103)
<b>Trabalha fora</b>	
Não	63,3 (240)
Sim	36,7 (139)
<b>Informação AM na gestação</b>	
Sim	57,7 (217)
Não	42,3 (159)
<b>Amamentou filho atual 1ª h vida</b>	
Sim	63,2 (239)
Não	36,8 (139)
<b>Sensação boa ao amamentar*</b>	
Sim	89,7 (339)
Não	10,3 (39)

**Legenda:** A/EFI – Analfabeta/ Ensino Fundamental Incompleto; EFC/EMI – Ensino Fundamental Completo/ Ensino Médio Incompleto; EMC/ES – Ensino Médio Completo /Ensino Superior; AM – Aleitamento Materno;

\* **pela primeira vez no puerpério atual**

\*\* **seis ou mais consultas**

A Tabela 2 apresenta as principais características da mãe, na gestação atual, e do RN, em ambos os grupos (intervenção e controle). Na comparação entre eles, não houve diferença estatisticamente significativa para as variáveis analisadas.

Ao serem perguntadas sobre conhecimento e experiência anterior com AM (Tabela 3), observou-se que um percentual maior de mães, no grupo intervenção, referiu problemas anteriores como fissuras, ingurgitamento ou pouco leite. Mais de 90% disseram saber da recomendação para AME até os seis meses de idade, preconizada pela OMS, porém demonstraram pouco conhecimento sobre os benefícios do LM para a mãe e para o filho (mediana de dois pontos, para uma



pontuação máxima de nove pontos), em ambos os grupos. Também não houve diferença significativa entre os grupos quanto a receber informação sobre AM no PN atual, amamentar durante a primeira hora de vida e sensação agradável ao amamentar o filho atual, pela primeira vez.

Tabela 2 – Características maternas e neonatais dos participantes, nos grupos intervenção e controle

Variáveis	Grupo Intervenção	Grupo Controle	p
	N=185	N=194	
	% (N)	% (N)	
<b>Maternas</b>			
Idade materna (anos)*	27 (21-32)	25 (20-31)	0,16
Primigesta	35,7 (66)	38,1 (75)	0,54
Número filhos vivos**	2,2 ± 1,5	2,1 ± 1,3	0,44
Parto cesáreo	60 (111)	58,9 (116)	0,80
Fez pré-natal	69,2 (128)	83,7 (164)	0,12
Escolaridade mãe			
A/EFI	27,6 (51)	25,9 (51)	0,31
EFC/EMI	33,0 (61)	40,1 (79)	
EMC/ES	39,5 (73)	34 (67)	
Trabalha fora	38,4 (71)	35,4 (69)	0,50
Estado civil			
companheiro estável	73,5 (136)	72,2 (140)	0,77
sem companheiro	26,5 (49)	27,8 (47)	
<b>Recém-nascido</b>			
IG ao nascer (sem)*	38,5 (37,4-40)	38,4 (37,3-39,6)	0,64
Peso ao nascer (g)**	3220 ± 526	3212 ± 517	0,44

**Legenda:** A/EFI – Analfabeta/ Ensino Fundamental Incompleto; EFC/EMI – Ensino Fundamental Completo/ Ensino Médio Incompleto; EMC/ES – Ensino Médio Completo /Ensino Superior; IG –Idade Gestacional;

\*valores expressos em mediana e 1º e 3º quartis, análise pelo teste de Wilcoxon.

\*\*valores expressos em média e desvio-padrão, análise pelo teste t de Student;

Tabela 3 – Caracterização da prática do aleitamento materno entre as mães estudadas

Variáveis	Grupo Intervenção N=185	Grupo Controle N=194	p
	% (N)	% (N)	
Já amamentou anteriormente	56,8 (105)	52,1 (101)	0,61
Dificuldade prévia encontrada			
com a mama	38,5 (42)	25,3 (49)	0,02
relacionada ao leite	22,9 (25)	12,9 (25)	0,02
retorno trabalho	1,1 (2)	3,5 (7)	0,51
doença materna	-	1,5 (3)	0,19
Sabe a recomendação para AME	91,3 (169)	92,2 (178)	0,75
Vantagens do AM** #	2 (1-3)	2 (1-3)	0,64
Sensação agradável ao amamentar***	89,7 (166)	89,6 (173)	0,97
Recebeu informação no PN atual	59,7 (111)	55,4 (108)	0,55
Amamentou filho atual na 1ª hora vida	61 (114)	65,8 (129)	0,56

**Legenda:** AME – Aleitamento Materno Exclusivo; AM – Aleitamento Materno; PN – Pré-Natal  
# valores expressos em mediana e 1º e 3º quartis, análise  
\*\*número de vantagens conhecidas entre 0 a 9.  
\*\*\* pela primeira vez no puerpério atual

A Tabela 4 apresenta a prevalência do AME, aos quatro e seis meses, na população estudada. Aos quatro meses, 57,8% das mães do grupo intervenção referiram estar amamentando seus filhos exclusivamente ao seio e 42,8%, no grupo controle ( $p=0,003$ ). Aos seis meses, 26,5% das mães do grupo intervenção estavam aleitando exclusivamente ao seio e 13,4%, no grupo controle ( $p=0,001$ ). A mediana do número de dias em AME, nos grupos, esta ilustrada na Tabela 5.

Tabela 4 – Prevalência do aleitamento materno exclusivo aos quatro meses e aos seis meses, nos grupos intervenção e controle

AME	Grupo Intervenção	Grupo Controle	p
	N=185	N=194	
	% (N)	% (N)	
<b>Aos 4 meses idade</b>			
Sim	57,8 (107)	42,8 (83)	0,003
Não	42,2 (78)	57,2(111)	
<b>Aos 6 meses de idade</b>			
Sim	26,5 (49)	13,4 (26)	0,001
Não	73,5 (136)	86,6 (168)	

Tabela 5 – Tempo de aleitamento materno exclusivo, em dias, nos grupos nos grupos intervenção e controle

AME	Grupo Intervenção	Grupo Controle	p
	N=185	N=194	
	% (N)	% (N)	
Duração em dias *	150 (90-120)	113 (60-165)	<0,001

*\*valores expressos em mediana e 1º e 3º quartis, análise pelo teste de U Mann-Whitney.*

Os motivos de interrupção precoce do AME, antes do quarto mês e entre o quarto e sexto mês de vida da criança, foram analisados dentro de cada grupo (Tabela 6). Observou-se clara diferença nos motivos referidos nos dois períodos, no entanto, sem diferença significativa entre os grupos. O principal motivo de interrupção do AME antes dos quatro meses foi relacionado ao leite (leite fraco/pouco leite), seguido de retorno ao trabalho. Já as mães que conseguiram amamentar exclusivamente ao seio além dos quatro meses, mas não chegaram aos seis meses, referiram como principal motivo de desmame a percepção materna de desejo da criança por outros alimentos, seguido da orientação médica para iniciar outros alimentos.

Tabela 6 – Motivos, referidos pelas mães, para interrupção precoce do aleitamento materno exclusivo antes dos quatro meses e entre quatro e seis meses

Motivos desmame	Grupo Intervenção	Grupo Controle	p
	N=78	N=111	
	% (N)	% (N)	
<b>Aos 4 meses idade</b>			
Pouco leite/leite fraco/secou	47,4 (37)	46,0 (51)	0,90
Orientação médica	6,4 (5)	10,8 (12)	
Retorno trabalho	17,9 (14)	15,3 (17)	
Problemas mama*	7,7 (6)	6,3 (7)	
Recusa da criança	10,3 (8)	10,8 (12)	
Outros	10,3 (8)	10,8 (12)	
	<b>N=58</b>	<b>N=57</b>	
<b>Aos 6 meses de idade</b>			
Pouco leite/leite fraco/secou	12,1 (7)	10,5 (6)	0,99
Orientação médica	29,3 (17)	28,1 (16)	
Retorno trabalho	10,3 (6)	12,3 (7)	
Problemas mama*	-	-	
Recusa da criança	-	-	
Outros**	48,3 (28)	49,1 (28)	

\*Fissuras, ingurgitamento mamário, dor durante a amamentação.

\*\* A maior parte de "outros" aos 6 meses foi relatada como percepção materna de desejo da criança por outros alimentos além do leite materno.

Na análise de regressão logística univariada, considerando como variável dependente o AME aos quatro meses (Tabela 7), evidenciou-se que aumentam as chances da criança não estar em AME, aos quatro meses de vida, o fato da mãe trabalhar fora (OR: 1,5 e IC 95%: 1,0-2,3), da criança não ter sido amamentada na primeira hora de vida (OR: 1,6 e IC 95%: 1,0-2,4), da mãe não ter participado da intervenção (OR: 1,8 e IC 95%: 1,2-2,7) e de ter sido ofertado bico ou chupeta à criança (OR: 3,7 e IC 95%: 2,4-5,6).

Tabela 7 – Regressão logística univariada considerando como variável dependente o aleitamento materno exclusivo aos quatro meses de idade

Variáveis	“Odds ratio” (IC 95%)	p
<b>Idade materna</b>		
18 – 35 anos	Referência	
< 18 anos	1,2 (0,6 – 2,4)	0,52
> 35 anos	0,9 (0,5 – 1,8)	0,81
<b>Tipo de parto</b>		
Vaginal	-	
Cesáreo	1,3 (0,9 – 2,0)	0,16
<b>Primigesta</b>		
Não	-	
Sim	1,2 (0,8 – 1,9)	0,32
<b>Pré-natal</b>		
Sim	-	
Não	0,9 (0,6 – 1,5)	0,75
<b>Escolaridade</b>		
EMC/ES	-	
A/EFI	1,2 (0,7 – 2,0)	0,48
EFC/EMI	0,9 (0,6 – 1,5)	0,76
<b>Estado civil</b>		
Com companheiro	-	
Sem companheiro	1,1 (0,7 – 1,7)	0,71
<b>Trabalha fora</b>		
Não	-	
Sim	1,5 (1,0 – 2,3)	0,06
<b>Informação AM na gestação</b>		
Sim	-	
Não	1,3 (0,9 – 2,0)	0,17
<b>Amamentou filho atual 1ª h vida</b>		
Sim	-	
Não	1,6 (1,0 – 2,4)	0,036
<b>Participou da intervenção</b>		
Sim	-	
Não	1,8 (1,2 – 2,7)	0,004
<b>Recebeu outro leite no hospital</b>		
Não	-	
Sim	1,5 (0,9-2,3)	0,07
<b>Sensação boa ao amamentar*</b>		
Sim	-	
Não	0,7(0,3-1,3)	0,25
<b>Uso de bico/chupeta</b>		
Não	-	
Sim	3,7 (2,4 -5,6)	<0,001

**Legenda:** A/EFI – Analfabeta/ Ensino Fundamental Incompleto; EFC/EMI– Ensino Fundamental Completo/ Ensino Médio Incompleto; EMC/ES – Ensino Médio Completo /Ensino Superior; AM – Aleitamento Materno;

\*pela primeira vez no puerpério atual

A Tabela 8 mostra o resultado da análise de regressão logística múltipla, que incluiu as variáveis independentes que obtiveram significância na análise simples ( $p < 0,25$ ), para a variável dependente AME aos quatro meses de idade. A variável não ter participado da intervenção (OR: 1,7 e IC 95%: 1,1-2,6) e uso de bico ou chupeta (OR: 3,4 e IC 95%: 2,2-5,3) foram as que permaneceram associadas, isto é, aumentaram a chance da criança não estar em AME aos quatro meses de idade.

Tabela 8 – Modelo de regressão logística múltipla incluindo as variáveis independentes que obtiveram significância na análise univariada ( $p < 0,25$ ), em relação ao aleitamento materno exclusivo aos quatro meses de idade (variável dependente)

Variáveis	“Odds ratio” (IC 95%)	P
<b>Tipo de parto</b>		
Vaginal	-	
Cesáreo	1,2 (0,8 – 1,9)	0,37
<b>Trabalha fora</b>		
Não	-	
Sim	1,5 (0,9 – 2,4)	0,05
<b>Informação AM na gestação</b>		
Sim	-	
Não	1,3 (0,9 – 2,1)	0,18
<b>Amamentou filho atual 1ª h vida</b>		
Sim	-	
Não	1,5 (0,9 – 2,1)	0,09
<b>Participou da intervenção</b>		
Sim	-	
Não	1,7 (1,1 – 2,6)	0,01
<b>Recebeu outro leite no hospital</b>		
Não	-	
Sim	1,4 (0,8-2,2)	0,21
<b>Sensação boa ao amamentar*</b>		
Sim	-	
Não	0,8 (0,4-1,7)	0,58
<b>Uso de bico/chupeta</b>		
Não	-	
Sim	3,4 (2,2 -5,3)	<0,001

\* *pela primeira vez no puerpério atual*

Considerando o AME aos seis meses de idade como variável dependente, observou-se, na regressão logística univariada, que a primiparidade mostrou ser fator de risco, dobrando a chance da criança não estar em AME nesta idade (OR: 2,0 e IC 95%: 1,1-3,5). Também representaram fator de risco o fato de a mãe

trabalhar fora (OR: 2,3 e IC 95%: 1,5-4,1), da criança ter recebido outro leite ainda no hospital (OR: 2,0 e IC 95%: 1,1-3,7), de ter sido ofertado bico ou chupeta (OR: 3,6 e IC 95%: 2,1-6,3) e de não ter participado da intervenção (OR: 2,3 e IC 95%: 1,4-3,9), (Tabela 9).

Tabela 9 – Regressão logística univariada considerando o aleitamento materno exclusivo aos seis meses de idade como variável dependente

Variáveis	“Odds ratio” (IC 95%)	p
<b>Idade materna</b>		
18 – 35 anos	Referência	
< 18 anos	0,8 (0,4 – 1,8)	0,61
> 35 anos	0,5 (0,2 – 1,1)	0,08
<b>Tipo de parto</b>		
Vaginal	-	
Cesáreo	0,7 (0,4 – 1,1)	0,15
<b>Primigesta</b>		
Não	-	
Sim	2 (1,1 – 3,5)	0,01
<b>Pré-natal</b>		
Sim	-	
Não	0,5 (0,3 – 0,9)	0,029
<b>Escolaridade</b>		
EMC/ES	-	
A/EFI	0,9 (0,5 – 1,7)	0,74
EFC/EMI	0,9 (0,5 – 1,7)	0,78
<b>Estado civil</b>		
Com companheiro	-	
Sem companheiro	1,2 (0,7 – 2,2)	0,49
<b>Trabalha fora</b>		
Não	-	
Sim	2,3 (1,5 – 4,1)	0,006
<b>Informação AM na gestação</b>		
Sim	-	
Não	1,1 (0,6 – 1,8)	0,73
<b>Amamentou filho atual 1ª h vida</b>		
Sim	-	
Não	1,1 (0,7 – 1,5)	0,67

<b>Participou da intervenção</b>		
Sim	-	
Não	2,3 (1,4-3,9)	0,002
<b>Recebeu outro leite no hospital</b>		
Não	-	
Sim	2 (1,1-3,7)	0,032
<b>Sensação boa ao amamentar*</b>		
Sim	-	
Não	0,7(0.3-1,5)	0,34
<b>Uso de bico/chupeta</b>		
Não	-	
Sim	3,6 (2,1-6,3)	<0,001

**Legenda:** A/EFI – Analfabeta/ Ensino Fundamental Incompleto; EFC/EMI– Ensino Fundamental Completo/ Ensino Médio Incompleto; EMC/ES – Ensino Médio Completo /Ensino Superior; AM – Aleitamento Materno;

\* *pela primeira vez no puerpério atual*

O modelo final de regressão logística múltipla, considerando a variável dependente AME aos seis meses, mostrou que as variáveis que realmente apresentaram maior risco para desmame precoce foram: trabalhar fora (OR: 2,1 e IC 95%: 1,1-4,0), ofertar bico ou chupeta para a criança (OR: 3,2 e IC 95%: 1,8-5,7) e não participar da intervenção (OR: 2,1 e IC 95%: 1,2-3,7), (Tabela 10).

Tabela 10 –Modelo de regressão logística múltipla incluindo as variáveis independentes que obtiveram significância na análise univariada ( $p < 0,25$ ), em relação ao aleitamento materno exclusivo aos seis meses de idade (variável dependente)

Variáveis	“Odds ratio” (IC 95%)	p
<b>Idade materna</b>		
18 – 35 anos	Referência	
< 18 anos	0,8 (0,4 – 1,8)	0,61
> 35 anos	0,8 (0,3 – 1,6)	0,41
<b>Tipo de parto</b>		
Vaginal	-	
Cesáreo	0,4(0,4 – 1,1)	0,13
<b>Primigesta</b>		
Não	-	
Sim	1,9 (0,9 – 3,8)	0,068
<b>Pré-natal</b>		
Sim	-	
Não	0,6 (0,3 – 1,0)	0,098
<b>Trabalha fora</b>		
Não	-	
Sim	2,1 (1,1 – 4,0)	0,022



<b>Participou da intervenção</b>		
Sim	-	
Não	2,1 (1,2 – 3,7)	0,008
<b>Recebeu outro leite no hospital</b>		
Não	-	
Sim	1,9 (1,0 -3,7)	0,064
<b>Uso de bico/chupeta</b>		
Não	-	
Sim	3,2 (1,8 -5,7)	0,000

Referente ao telefone para contato disponibilizado às mães: Ao todo, houve oito ligações de mães com dificuldade no aleitamento materno. Seis devido problemas relacionados com a mama, como ingurgitamento, fissuras ou dificuldade de pega, uma ligação com relação a ordenha e uma com relação ao leite. Duas ligações foram de madrugada e três em final de semana. Foram feitos contatos telefônicos com as mães que utilizaram esse recurso dois a três dias após. Todas relataram “solução total do problema” ou que “o problema estava sendo solucionado”.

## 7 DISCUSSÃO

Apesar da recomendação da OMS, para AME até o sexto mês de vida criança, vários estudos evidenciam baixas taxas de AME em diferentes países do globo (IMDAD, 2011; QUINLIVAN et al., 2015). Nesse contexto, muitos pesquisadores tentam identificar estratégias que promovam o AM conforme preconizado pela OMS (NARCHI, 2005; CALDEIRA, 2008; SANTIAGO, 2014). Este estudo buscou conhecer a realidade sobre a prática da amamentação entre crianças nascidas em um hospital público universitário, no centro do Estado do RS, e verificar o efeito de uma intervenção em prol do AM. Utilizou-se uma abordagem multiprofissional com as puérperas ainda no AC do referido hospital. Esta metodologia teve um caráter inovador, pois até então, as orientações sobre amamentação eram transmitidas conforme as demandas das parturientes, de forma não padronizada e por diferentes profissionais da saúde sem treinamento específico em AM.

Neste estudo, para obter as informações de interesse aos quatro e seis meses após o parto, utilizou-se como recurso o contato telefônico, principalmente pela praticidade de encontrar as mães no tempo exato. Essa metodologia já foi utilizada por outros pesquisadores, como Quinlivan et al. (2015), que acompanharam as mães participantes por um período de seis meses após o parto e entrevistaram-nas via contato telefônico. Assim, esse autor pode identificar e apoiar mulheres com maior risco de interromper o AME precocemente. Em outro estudo que objetivava identificar fatores de risco para o desmame precoce em uma amostra de mães em Calgary, Canadá, também foi lançado mão do questionário via telefônico (KEHLER, 2009).

Além da utilização do contato telefônico para a coleta das informações de interesse na pesquisa, este também foi disponibilizado às participantes como parte da intervenção. Assim, as mães que necessitassem de informações adicionais sobre a amamentação tinham a liberdade de utilizá-lo. Durante a pesquisa, poucas participantes fizeram uso desse recurso, possivelmente porque as orientações prestadas em grupo foram suficientes para a maioria. Porém, foi de grande valor para aquelas que precisaram de apoio adicional. Dessa forma, percebeu-se que uma rede de apoio contínuo, à disposição da puérpera em AM, deve ser um recurso

disponibilizado quando se propõe a incentivar e a contribuir para aumentar as taxas de AME.

Entre os dados de caracterização da população estudada, destaca-se a baixa escolaridade materna, já que apenas um terço possuía nível médio completo ou superior. Essa situação está diretamente relacionada com o perfil da população atendida nos hospitais públicos brasileiros, e sabidamente tem o poder de interferir negativamente no AME conforme demonstrado em outros estudos (DAMIAO, 2008; KEHLER, 2009; SANTIAGO, 2014; QUINLIVAN et al., 2015).

Neste estudo, observou-se que, a despeito da maioria das mães ter amamentado seu filho atual na primeira hora de vida (63,2%), um percentual considerável de mães não o fez. Importante ressaltar que a amamentação na primeira hora de vida da criança corresponde ao quarto passo da Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC), uma estratégia recomendada pela OMS, UNICEF e MS do Brasil, a fim de favorecer o AM e o vínculo mãe-filho (LAMOUNIER, 2001). Acredita-se que o fato do HUSM ainda não ter a certificação de IHAC, bem como o elevado percentual de parto cesáreo (já que é referência em alto risco para a Macro-região Centro-Oeste do Estado do Rio Grande do Sul), podem ter contribuído para o atraso do contato entre a díade mãe-bebê.

Embora a maioria das mães tenha realizado PN (considerado a realização de seis ou mais consultas), foi elevado o percentual de mães que referiram não ter recebido qualquer informação sobre o AM na gestação. Além disso, pode-se inferir que, mesmo quando fornecida, a qualidade da informação não foi, de um todo, adequada. Isto porque, em ambos os grupos estudados, as mães demonstraram pouquíssimo conhecimento sobre os benefícios do leite humano para a díade mãe-bebê. Isso é de vital importância para o AM, uma vez que o conhecimento materno sobre os benefícios da amamentação atua como fator de proteção para o desmame precoce (BAPTISTA, 2009). Ainda em relação às informações sobre AM, é descrito que, mesmo as mães que detêm o conhecimento sobre o tempo de AME recomendado, conforme ilustrado nessa pesquisa, não há o reconhecimento sobre a importância da exclusividade da oferta do LM (OSÓRIO, 2007).

Com o passar do tempo, as taxas de AME nas capitais brasileiras e DF vêm aumentando segundo os inquéritos brasileiros. Porém, ainda se está longe do preconizado. Conforme a Segunda Pesquisa Nacional de Prevalência de AM, em 2008, foi constatado que o desmame precoce ocorre ainda na maioria das capitais

brasileiras. A prevalência do AME em menores de seis meses, no conjunto das capitais e DF, foi de 41%. A prevalência na região Sul foi de 43,9%, e, em Porto Alegre, RS, foi de 38,2%. Porém, não foi ilustrada a prevalência de AME aos exatos quatro e seis meses (VENANCIO, 2010). Nos estudos que mostram as prevalências de AME aos quatro e seis meses de vida, de modo exato, estas são ainda mais baixas. É o caso do estudo de Figueredo (2013) que, apesar de realizado em um Hospital Amigo da Criança, em São Paulo, evidenciou prevalências de apenas 33% e 5,7%, aos quatro e seis meses de idade da criança, respectivamente. Esses dados estão de acordo com as baixas prevalências de AME observadas no grupo controle, do presente estudo, que foram de 42,8% e de 13,4%, respectivamente.

Por outro lado, quando comparado ao grupo controle, o presente estudo demonstrou que o dobro do número de mães do grupo que recebeu a intervenção multiprofissional alcançou a meta de AME até o 6º mês de vida da criança. A eficácia da intervenção pôde ser comprovada também na diferença entre o número de dias em AME, significativamente maior no grupo intervenção. Todavia, a duração em dias do AME não é representativa da realidade brasileira, que, em 2008, foi de 54,1 dias (VENANCIO, 2010). Assim, na população estudada, observou-se que a intervenção multiprofissional proposta, apesar de simples, teve efeito positivo, tanto na prevalência, aos quatro e seis meses de idade da criança, quanto na duração do AME, demonstrando seu potencial para mudar a realidade local. Observou-se ainda que foi justamente no grupo intervenção que ocorreu percentual maior de problemas prévios relacionados à mama e ao leite, o que poderia representar fator de risco para a amamentação no puerpério atual. Esse resultado reforça mais uma vez o papel benéfico da intervenção.

Segundo Margotti (2013), além dos fatores sócio-demográficos, ambientais, biológicos, obstétricos e culturais, a ausência do PN pode levar à interrupção precoce do AME. Porém, no presente estudo, detectaram-se baixas taxas de AME mesmo tendo a maioria das mães realizado PN.

O parto cesáreo, apontado como influência negativa na manutenção do AME (NARCHI et al., 2009), não foi evidenciado na regressão logística múltipla deste estudo; mas apareceu como fator de risco, na análise univariada, para desmame do AME antes dos quatro meses de idade. A primiparidade, também citada como fator de risco para o desmame por outros autores (FIGUEREDO, 2013; FALEIROS,

2006), foi evidenciada no modelo de regressão univariada, mas não permaneceu no modelo final (regressão multivariada).

O trabalho materno é relatado em diversos estudos como fator de interferência negativa para a manutenção do AME (DAMIAO, 2008; BAPTISTA, 2009; KEHLER, 2009; KAUFMANN et al., 2012; LEONE et al., 2012; FIGUEREDO, 2013; ABREU, 2013). No presente estudo, esse fator não foi considerado determinante (estatisticamente significativo) para a interrupção do AME aos quatro meses, mas o foi aos seis meses. Certamente, o fato da Constituição Brasileira permitir o afastamento do trabalho por até 120 dias contribui para que os indicadores de AME fossem mais altos nesse período.

Este estudo demonstra, de forma clara, a diferença entre os principais motivos de interrupção precoce do AME antes dos quatro meses e entre quatro e seis meses. No primeiro período, predominou a cultura do “leite fraco” ou pouco leite. No segundo, predominou a introdução precoce de outros alimentos, tanto pela percepção materna de desejo da criança por outros alimentos, quanto pela orientação médica para “adaptação precoce a outros alimentos”. Fatores culturais que levam à introdução precoce de outros líquidos levam, também, ao desmame precoce, como já evidenciado em outros estudos (GIUGLIANI, 2004; KAUFMANN et al., 2012; LEONE et al., 2012; ABREU, 2013).

Pelo exposto, julga-se de fundamental importância a abordagem do AM no pós-parto imediato, tanto com a puérpera como com sua família. Nesse sentido, salienta-se o fato de que, na estratégia de intervenção multiprofissional realizada na presente pesquisa, eram convidados os familiares para participar conjuntamente, especialmente as avós. Sabe-se que, em décadas passadas, as taxas de AM eram mais baixas, o uso de água e chás era recomendado pelos pediatras e imperava a crença do “leite fraco” ou “pouco leite”, sendo esta última ainda muito difundida nos dias de hoje, especialmente pelas avós. Tal fato reforça a necessidade de se incluírem as avós em programas de promoção do AM para que práticas obsoletas não continuem a ser transmitidas às novas gerações de mães (FRANCA, 2008).

Ainda nesse contexto cultural, observou-se que, antes dos quatro meses de idade da criança, a orientação médica foi responsável por apenas 6,4% dos motivos para desmame, podendo-se inferir que, realmente, foram suplementadas somente aquelas crianças com real necessidade, provavelmente por ganho de peso insatisfatório. Porém, após os quatro meses, a orientação médica foi a segunda

causa referida para a interrupção do AME (29,3%). Este resultado sugere que ainda perdura, no meio médico, a cultura da necessidade de iniciar sucos ou papinhas de frutas após os quatro ou cinco meses, para “adaptação da criança à dieta não láctea”, indicada à partir do sexto mês de vida. A recomendação médica foi superada apenas pela percepção materna de desejo da criança por outros alimentos. A reflexão sobre esses resultados sugere que as taxas de AME seriam ainda maiores se houvesse um melhor apoio pela equipe de saúde das Unidades Básicas de Saúde (UBS), no sentido de estimular a mãe a não interromper o AME por motivos culturais.

Segundo Lins (2010), a vaidade é outro fator que prejudica o sucesso do AM. Porém, no presente estudo, nenhuma participante relatou ter interrompido o AME devido a questões estéticas. Talvez as mulheres que valorizam esse quesito nem chegam a iniciar a amamentação.

A regressão logística univariada, aos quatro meses, apontou a possibilidade de interferência de seis atributos, aumentando a chance de desmame precoce, porém, quando submetidos ao modelo final de regressão logística múltipla, pode-se constatar que, o que realmente foi significativo, foi a não participação da mãe na intervenção e a oferta de bico ou chupeta. Aos seis meses, a regressão logística univariada também apontou seis possíveis fatores de risco para interrupção do AME, porém, no modelo final, apenas a mãe que trabalha fora, o uso de bicos e chupetas e, novamente, a não participação na intervenção mostraram-se estatisticamente associadas.

O papel do bico ou da chupeta sobre o AME é ainda controverso. No entanto, a influência negativa observada na presente pesquisa vai de encontro ao referido por alguns autores (GIULIANE, 2004; CARVALHO & TAMEZ, 2005; KAUFMANN et al., 2012; LEONE et al., 2012; ABREU, 2013; SANTIAGO, 2014).

Mesmo não havendo significância estatística, observou-se uma tendência da interferência negativa da oferta de outro leite, logo após o nascimento, ainda durante a internação hospitalar sobre a díade mãe-bebê. Este resultado levanta a reflexão sobre a interpretação materna de tal fato: sendo o hospital e a equipe de saúde responsáveis pela educação quanto ao AM, o fato de ter sido ofertado outro leite, logo após ao nascer, poderia ser entendido como a possibilidade de repetir tal procedimento em casa. Baptista (2009) aponta para a influência positiva de não ofertar outro leite no hospital. Assim, espera-se que este achado sirva de alerta para

que tal orientação somente ocorra se houver uma real necessidade, e que as mães sejam tranquilizadas pela equipe de saúde, reforçando ou esclarecendo sobre o tempo fisiológico para a apojadura do leite humano.

Figueredo (2013), Abreu (2013) e Baptista (2009) atentam para a importância de receber a orientação da “pega” e da posição corretas, para que se evite a dificuldade de amamentar, principalmente nesse período inicial, crucial para o desmame. No HUSM, assim como em outros hospitais públicos, observam-se algumas situações em que as orientações técnicas da amamentação são transmitidas de forma tardia, quando a puérpera já está vivenciando o problema. Salienta-se da importância de acolher a nutriz, incentivar e ensinar a prática do AM antes do surgimento dos problemas com a amamentação.

Diante disso, é fundamental que os profissionais de saúde sejam capacitados a transmitir a informação dos benefícios do AME à puérpera e sua família, a orientar sobre a técnica adequada de amamentar, a evitar a oferta de outros leites em nível hospitalar, a desestimular o uso de bicos ou chupetas e, principalmente, a conhecer o contexto sociocultural da nutriz, para que ajudem a desfazer certos mitos que favorecem a interrupção precoce do AME, prestando, assim, um atendimento de qualidade. Devido a múltiplos fatores que influenciam o desmame precoce, é necessário compreender o contexto socioeconômico e cultural em que a lactante está inserida, para, então, formular estratégias específicas para cada realidade (OSÓRIO, 2007).

Para Imdad (2011), intervenções de promoção da amamentação, tanto individuais como em grupo, têm grande impacto nas taxas de AME em torno de quatro a seis semanas e aos seis meses de idade da criança. Para ele, a educação e o apoio é a pedra angular da amamentação.

Este estudo, que buscou verificar o impacto de uma estratégia de intervenção multiprofissional sobre o AME nas crianças nascidas no HUSM, mostrou a importância de uma medida simples, de fácil execução, favorecendo o AME e beneficiando a criança durante os primeiros meses de vida.

## 8 CONCLUSÃO

Os resultados do presente estudo permitem concluir que:

- A prevalência de AME, aos quatro e aos seis meses de vida de crianças nascidas no HUSM, cujas mães receberam apenas as orientações habituais é baixa (42,8% e 13,4%, respectivamente);
- A realização de uma intervenção multiprofissional, aplicada no pós-parto, em nível hospitalar, visando promover o AM, elevou significativamente a prevalência de AME, tanto aos quatro meses (57,8%), quanto aos seis meses de idade da criança (26,5%).
- O principal motivo referido pelas mães para a interrupção do AME antes dos quatro meses foi pouco leite ou leite fraco. Já a interrupção antes dos seis meses foi devida a percepção materna de desejo da criança por outros alimentos, seguido da orientação médica.
- Pode-se identificar o uso de bicos e/ou chupetas e o trabalho fora como fatores que favorecem o desmame precoce.



## 9 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este trabalho mostra o quanto ainda se pode melhorar na assistência prestada, tanto em nível hospitalar quanto nas Unidades Básicas de Saúde, com relação à implantação de estratégias de incentivo ao AME, principalmente no pós-parto. No hospital, é possível favorecer o contato precoce entre mãe e filho, evitando, assim, que surjam problemas relacionados à amamentação. É, ainda, imprescindível informar e auxiliar a mãe quanto à técnica adequada de amamentação, dar ciência da suficiência do LM, reforçar e contribuir na construção do conhecimento sobre LM e enfatizar a importância de ser exclusivo. Nas UBS, a mãe deve ser incentivada a manter o AME, reforçando-se sua importância; deve ser incentivada a não introduzir papinhas para adaptação antes dos seis meses; e estimulada a não ceder às manifestações de desejos da criança por outros alimentos. A equipe de saúde deve compreender as condições das mães no período do aleitamento, atentando para suas particularidades e auxiliá-las no enfrentamento das dificuldades que ocorrem durante esse período crucial. Há necessidade de apoio contínuo da equipe de saúde das UBS para que se obtenha sucesso nas taxas de AME aos seis meses. Vale frisar que este não depende de medidas isoladas, mas da combinação de diferentes estratégias, abrangendo todo o ciclo gravídico-puerperal.

Espera-se, ainda, que esta pesquisa possa auxiliar os profissionais de saúde da área materno-infantil, além de servir de subsídio para que os gestores do sistema de saúde possam investir tanto na assistência pré-natal, como pós-natal, no que tange à prevenção da interrupção precoce do AME. Desta forma estarão contribuindo para o fortalecimento da prática assistencial em educação da amamentação, em nosso meio, a qual julga-se, ainda, insuficiente.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ABREU, F. C. P.; FABBRO, M. R. C.; WERNET, M. Fatores que intervêm na amamentação exclusiva: Revisão integrativa. **Rev. RENE**, v. 14, n. 3, p. 610-619, 2013. Disponível em: <<http://www.revistarene.ufc.br/revista/index.php/revista/article/view/697/pdf>>. Acesso em: 07 de nov. 2014.
- AKOBENG, A. K.; HELLER, R. F. "Assessing the Population Impact of Low Rates of Breast Feeding on Asthma, Coeliac Disease and Obesity: The Use of a New Statistical Method." **Archives of Disease in Childhood**, v. 92, n. 6, p. 483-485, 2007. *PMC*. Web. Acesso em: 1 Dec. 2015.
- ALBERNAZ, E. P.; MENEZES, A. M.; CESAR, J. A. Fatores de risco associados à hospitalização por bronquiolite aguda no período pós-natal. **Rev. Saúde Pública**, [S.l.], v. 37, p. 37, 2003.
- ALMEIDA, C. C. de et al. Prevalência de aleitamento materno antes e após a implantação de um programa de redução de morbimortalidade infantil, no município de Campo Mourão (PR). **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 2, mar. 2010. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S141381232010000200034&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141381232010000200034&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 06 nov. 2014.
- ALVES, A. L. N.; OLIVEIRA, M. I. C. de; MORAES, J. R. de. Iniciativa Unidade Básica Amiga da Amamentação e sua relação com o aleitamento materno exclusivo. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 47, n. 6, p. 1130-1140, dez. 2013. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S003489102013000601130&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003489102013000601130&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em: 22 set. 2015.
- BAPTISTA, G. H.; AHHKG, A.; GIOLO, S. R. Fatores associados à duração do aleitamento materno em crianças de famílias de baixa renda da região sul da cidade de Curitiba, Paraná, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 3, p. 596-604, mar. 2009. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102311X2009000300014&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102311X2009000300014&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 10 dec. 2015.
- BONILHA et al. Capacitação participativa de pré-natalistas para a promoção do aleitamento materno. **Rev. bras. enferm.**, Brasília, v. 63, n. 5, out. 2010. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S00347167201000050019&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S00347167201000050019&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 29 mai. 2014.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **II Pesquisa de Prevalência de Aleitamento Materno nas Capitais Brasileiras e Distrito Federal**. Brasília, 2009.
- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde da criança: nutrição infantil: aleitamento materno e alimentação complementar**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2009. (Cadernos de Atenção Básica, n. 23 Série A. Normas e Manuais Técnicos).

CALDEIRA, A. P.; FAGUNDES, G. C.; AGUIAR, G. N. de. Intervenção educacional em equipes do Programa de Saúde da Família para promoção da amamentação. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 42, n. 6, p. 1027- 1233, dec. 2008. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-89102008000600008&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102008000600008&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 20 jan. 2016.

CALDEIRA, K. M. S.; SOUZA, J. M. P. de; SOUZA, S. B. de. Excesso de peso e sua relação com a duração do aleitamento materno em pré-escolares. **Rev. bras. crescimento desenvolv. hum.**, São Paulo, v. 25, n. 1, 2015. Disponível em: <[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S010412822015000100012&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010412822015000100012&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em: 01 dez. 2015.

CARDOSO et al. Impacto da implementação da Iniciativa Unidade Básica Amiga da Amamentação nas prevalências de aleitamento materno e nos motivos de consulta em uma unidade básica de saúde. **J. Pediatr. (Rio J.)**, Porto Alegre, v. 84, n. 2, abr. 2008. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S002175572008000200010&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S002175572008000200010&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 04 nov. 2014.

CARVALHO, M. R.; TAMEZ, R. N. **Amamentação - bases científicas para a prática profissional**. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005.

CAMPOS JÚNIOR, D.; BURNS, D. A. R.; LOPEZ, F. A. **Tratado de Pediatria-Sociedade Brasileira de Pediatria**. 3. ed. Manole: São Paulo, 2014.

CHAVES, R. G.; LAMOUNIER, J. A.; CESAR, C. C. Fatores associados com a duração do aleitamento materno. **J. Pediatr. (Rio J.)**, Porto Alegre, v. 83, n. 3, p. 241-246, June 2007. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0021-75572007000400009&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0021-75572007000400009&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 26 jan. 2016.

CESAR, J. A. et al. Impact of breast feeding on admission for pneumonia during post neonatal period in Brazil: nested case-control study. **B.M.J.**, [S.I.], v. 318, p. 1316-20, 1999.

DAMIAO, J. de J. Influência da escolaridade e do trabalho maternos no aleitamento materno exclusivo. **Rev. bras. Epidemiol.** São Paulo, v. 11, n. 3, p. 442- 452, set. 2008. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1415790X2008000300011&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415790X2008000300011&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 10 dez. 2015.

DEWEY, K. G. Is breastfeeding protective against child obesity? **J. Hum. Lact.**, [S.I.], v. 19, n. 1, p. 9-18, 2003.

FALEIROS, F. T. V.; TREZZA, E. M. C.; CARANDINA, L. Aleitamento materno: fatores de influência na sua decisão e duração. **Rev. Nutr.**, Campinas, v. 19, n. 5, p. 623-630, out. 2006. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1415-52732006000500010&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-52732006000500010&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 10 dez. 2015.

FIGUEREDO, S. F.; MATTAR, M. J. G.; ABRAO, A. C. F. de V. Hospital Amigo da Criança: prevalência de aleitamento materno exclusivo aos seis meses e fatores intervenientes. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 47, n. 6, p. 1291-1297, dez. 2013. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S008062342013000601291&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S008062342013000601291&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em: 22 set. 2015.

FRANCA, M. C. T. et al. Uso de mamadeira no primeiro mês de vida: determinantes e influência na técnica de amamentação. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 42, n. 4, ago. 2008. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-89102008000400005&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102008000400005&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 04 nov. 2014.

GERSTEIN, H. C. Cow's milk exposure and type I diabetes mellitus. A critical overview of the clinical literature. **Diabetes Care**, [S.l.], v. 17, p. 13-19, 1994.

GIUGLIANI, E. R. J. O aleitamento materno na prática clínica. **J Pediatr (Rio J.)**, 2000; 76 (Supl.3): s238-s52.

GIUGLIANI, E. R. J. Problemas comuns na lactação e seu manejo. **J. Pediatr. (Rio J.)**, Porto Alegre, v. 80, n. 5, supl. nov. 2004. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S002175572004000700006&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S002175572004000700006&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 12 nov. 2014.

GRAY, R. H. et al. Risk of ovulation during lactation. **Lancet**, [S.l.], v. 335, p. 25-29, 1990.

HAISMA, H. et al. Complementary feeding with cow's milk alters sleeping metabolic rate in breast-fed infants. **The Journal of nutrition**, v. 135, n. 8, p. 1889-1895, 2005.

HORWOOD, L. J.; FERGUSSON, D. M. Breastfeeding and later cognitive and academic outcomes. **Pediatrics**, v. 101, n. 1, p. e9-e9, 1998.

IMDAD, A.; YAKOOB, M. Y.; BHUTTA, Z. A. Effect of breastfeeding promotion interventions on breastfeeding rates, with special focus on developing countries. **BMC Public Health**, 2011, (Suppl. 3): S24.

JONES, G. et al. How many child deaths can we prevent this year? **Lancet**, [S.l.], v. 362, p. 65-71, 2003.

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

KEHLER, H. L.; CHAPUT, K. H. Tough SC. Risk factors for cessation of breastfeeding prior to six months postpartum among a community sample of women in Calgary, Alberta. **Can J Public Health**. v. 100, p. 376-380. 2009.

LAMOUNIER, J. A.; MARANHÃO, A. G. K.; ARAÚJO, M. F. M. **A Iniciativa Hospital Amigo da Criança no Brasil**. In: REGO, J. D. Aleitamento materno. São Paulo: Atheneu; 2001. p. 333-42.

LAMOUNIER, J. A.; MARANHÃO, A. G. K.; ARAÚJO, M. F. M. et al. Iniciativa Hospital Amigo da Criança, mais de uma década no Brasil: repensando o futuro. **Rev. paul. PE diatr.**, São Paulo, v. 26, n. 2, Jun. 2008. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S010305822008000200012&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010305822008000200012&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 04 nov. 2014.

LEONE, C. R. et al. Fatores de risco associados ao desmame em crianças até seis meses de idade no município de São Paulo. **Rev Paul Pediatr.**, v. 30, n. 1, p. 21-26. 2012.

LINS, A. H.; TERRENGUI, L. C. S. Mitos e tabus sobre o aleitamento materno. **Rev. Enferm.**, UNISA, 2010, v. 11, n. 2, p. 87-89. Disponível em: <<http://www.unisa.br/graduacao/biologicas/enfer/revista/arquivos/2010-04.pdf>>. Acesso em: 07 nov. 2014.

MARGOTTI, E. **Fatores associados ao desmame precoce: auto eficácia no aleitamento.** Tese para doutorado. Porto Alegre, 2013. Disponível em: <<http://repositorio.pucrs.br>>. Acesso em: 29 mai. 2014.

NARCHI, N. Z. et al. Análise da efetividade de um programa de incentivo ao aleitamento materno exclusivo em comunidade carente na cidade de São Paulo. **Rev. Bras. Saude Mater. Infant.**, Recife, v. 5, n. 1, mar. 2005. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1519-38292005000100011&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-38292005000100011&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 04 nov. 2014.

\_\_\_\_\_. Variáveis que influenciam a manutenção do aleitamento materno exclusivo. **Rev. esc. enferm.**, São Paulo, v. 43, n. 1, p. 87-94, mar. 2009. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S008062342009000100011&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S008062342009000100011&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 28 set. 2015.

NEJAR, F. F. et al. Padrões de aleitamento materno e adequação energética. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 1, fev. 2004. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102311X2004000100020&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102311X2004000100020&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 12 nov. 2014.

OSÓRIO, C. M.; QUEIROZ, A. B. A. Representações sociais de mulheres sobre a amamentação: teste de associação livre de idéias acerca da interrupção precoce do aleitamento materno exclusivo. **Esc. Anna Nery** [online]. 2007, v. 11, n. 2 ISSN 1414-8145. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ean/v11n2/v11n2a12>>. Acesso em: 04 nov. 2014.

PASSANHA, A. et al. Implantação da Rede Amamenta Brasil e prevalência de aleitamento materno exclusivo. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 47, n. 6, p. 1141-1148, dez. 2013. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S003489102013000601141&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003489102013000601141&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 11 out. 2015.

PEREIRA, R. S. V. et al. Fatores associados ao aleitamento materno exclusivo: o papel do cuidado na atenção básica. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 12, p. 2343-2354, dez. 2010. Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2010001200013&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2010001200013&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em: 22 set. 2015.

QUINLIVAN, J. et al. Can we identify women who initiate and then prematurely cease breastfeeding? An Australian multicentre cohort study. **International breastfeeding journal**, v. 10, n. 1, p. 16, 2015.

REA, M. F. O pediatra e a amamentação exclusiva. **J. Pediatr. (Rio J.)**, Porto Alegre, v. 79, n. 6, nov. 2003. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S002175572003000600004&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S002175572003000600004&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 29 mai. 2014.

\_\_\_\_\_. Reflexões sobre a amamentação no Brasil: de como passamos a 10 meses de duração. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, supl. 1, p. S37-S45, 2003. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102311X2003000700005&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102311X2003000700005&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 10 out. 2015.

REZENDE, J. de; MONTENEGRO, C. A. B. **Obstetrícia Fundamental**. 9. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2003.

SALES, A. do N. et al. Mastite Puerperal: Estudo de Fatores Predisponentes. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 10, dez. 2000. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S010072032000001000005&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010072032000001000005&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 12 nov. 2014.

SANCHES, M. T. C. Manejo clínico das disfunções orais na amamentação. **J Pediatr.**, v. 80, n. 5, p. 155-62, 2004.

SANTIAGO, L. B. et al. Incentivo ao aleitamento materno: a importância do pediatra com treinamento específico. **J. Pediatr. (Rio J.)**, Porto Alegre, v. 79, n. 6, nov. 2003. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S002175572003000600008&lng=es&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S002175572003000600008&lng=es&nrm=iso)>. Acesso em: 29 mai. 2014.

SANTOS, F. S. et al. Aleitamento materno e proteção contra diarreia: revisão integrativa da literatura. **Einstein (São Paulo)**, São Paulo, v. 13, n. 3, p. 435-440, set. 2015. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S167945082015000300435&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S167945082015000300435&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 01 dez. 2015.

SILVA, A. P. da; SOUZA, N. de. Prevalência fazer Aleitamento materno. **Rev. Nutr.**, Campinas, v. 18, n. 3, jun. 2005. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S141552732005000300002&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141552732005000300002&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 04 nov. 2014.

SILVA, T. S. **Aleitamento materno e fatores associados ao desmame precoce em crianças de zero a seis meses de idade**. 2011. 38f. Monografia (Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família) Universidade Federal de Minas Gerais. Faculdade de Medicina. Núcleo de Educação em Saúde Coletiva. Teófilo Otoni, 2011.

SIMON, V. G. N.; SOUZA, J. M. P. de; SOUZA, S. B. de. Aleitamento materno, Alimentação complementar, sobrepeso e obesidade EM Pré-Escolares. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 43, n. 1, fev. 2009. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S003489102009000100008&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003489102009000100008&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 04 nov. 2014.

STRASSBURGER, S. Z. et al. Erro alimentar nos primeiros meses de vida e sua associação com asma e atopia em pré-escolares. **J. Pediatr. (Rio J.)**, Porto Alegre, v. 86, n. 5, p. 391-399, out. 2010. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S002175572010000500007&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S002175572010000500007&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 01 dez. 2015.

STUEBE, A. M. et al. Duration of lactation and incidence of Type 2 Diabetes. **Jama**, [S.I.], v. 294, p. 2601-10, 2005.

TEELE, D. W.; KLEIN, J. O.; ROSNER, B. Epidemiology of otitis media during the first seven years of life in children in greater Boston: a prospective, cohort study. **J. Infect. Dis.**, [S.I.], v. 160, p. 83-94, 1989.

TOMA, T. S.; REA, M. F. Benefícios da amamentação para a saúde da mulher e da criança: um ensaio sobre as evidências. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, supl. 2, 2008. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102311X2008001400009&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102311X2008001400009&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 29 maio 2014.

VAN ODIJK, J. et al. Breastfeeding and allergic disease: a multidisciplinary review of the literature (1966-2001) on the mode of early feeding in infancy and its impact on later atopic manifestations. **Allergy**, [S.I.], v. 58, p. 833-43, 2003.

VANNUCHI, M. T. O. et al. Iniciativa Hospital Amigo da Criança e aleitamento materno em unidade de neonatologia. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 38, n. 3, jun. 2004. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S003489102004000300013&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003489102004000300013&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 04 nov. 2014.

VENANCIO, S. I. et al. A prática do aleitamento materno nas capitais brasileiras e Distrito Federal: situação atual e avanços. **J. Pediatr. (Rio J.)**, Porto Alegre, v. 86, n. 4, ago. 2010. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S002175572010000400012&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S002175572010000400012&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 06 nov. 2014.

VICTORA, C. G. et al. Breast-feeding, nutritional status, and other prognostic factors for dehydration among young children with diarrhoea in Brazil. **Bull. World Health Organ.**, [S.I.], v. 7, p. 467-75, 1992.

WEIGERT, E. M. et al. Influência da técnica de amamentação nas frequências de aleitamento materno exclusivo e lesões mamilares no primeiro mês de lactação. **J Pediatr (Rio J)**. v. 81, p. 310-316. 2005.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Collaborative Study Team on the Role of Breastfeeding on the Prevention of Infant Mortality. Effect of breastfeeding on infant and child mortality due to infectious diseases in less developed countries: a pooled analysis. **Lancet**, [S.I.], v. 355, p. 451-5, 2000.

\_\_\_\_\_. Indicators for assessing infant and young child feeding practices. **Conclusions of consensus meeting held 6-8**, November 2007. Washington, 2007.

\_\_\_\_\_. The optimal duration of exclusive breastfeeding. **Note for the Press**, n. 7. Geneva: WHO, 2001.

YANG, Z. **Maternal and Child Nutrition** (2013), 9 (Suppl. 1), p. 105-119.

## APÊNDICES



## APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

### (TCLE)

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA  
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE SANTA MARIA

*Projeto de Pesquisa:*

#### **PREVALÊNCIA DE ALEITAMENTO MATERNO EXCLUSIVO EM CRIANÇAS NASCIDAS NO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE SANTA MARIA**

Pesquisadores responsáveis: Profa. Dra. Angela Regina Maciel Weinmann e Prof. Dr. Ivo Roberto Dorneles Prola

Instituição/Departamento: Hospital Universitário de Santa Maria - HUSM

Telefones para contato: 55 3220 8520 / 55 3220 8536

Você está sendo convidada para participar, voluntariamente, em uma pesquisa. Você precisa decidir se quer participar dela ou não. Leia cuidadosamente as informações abaixo e pergunte ao pesquisador responsável ou à equipe de pesquisa sobre qualquer dúvida que tenha. Caso aceite fazer parte do estudo, assine ao final deste documento, que estará em duas vias. Uma delas é sua e a outra é do pesquisador responsável. Em caso de recusa, você não sofrerá nenhuma consequência e tem o direito de desistir de participar da pesquisa a qualquer momento.

Você terá acesso, a qualquer tempo, às informações sobre a intervenção educativa que poderá vir a participar, riscos e benefícios relacionados à pesquisa, inclusive para diminuir eventuais dúvidas. Terá liberdade de retirar o consentimento a qualquer momento e, portanto, deixar de participar do estudo. Todos os dados coletados são sigilosos. Você não será identificada.

Justificativa e objetivos da pesquisa:

Você está sendo convidada para participar de uma pesquisa que verificará a prevalência do aleitamento materno exclusivo em crianças nascidas no Hospital Universitário de Santa Maria, bem como avaliará o impacto de uma

---

Se você tiver alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa, entre em contato: Comitê de Ética em Pesquisa – UFSM - Cidade Universitária - Bairro Camobi, Av. Roraima, nº1000 - CEP: 97.105.900 Santa Maria – RS. Telefone: (55) 3220-9362 – Fax: (55)3220-8009 Email: cep.ufsm@gmail.com Web: [www.ufsm.br/cep](http://www.ufsm.br/cep).

estratégia de intervenção de promoção do aleitamento materno exclusivo. A pesquisa inicia com a aplicação de uma entrevista com as mães, entre o primeiro e segundo dia pós-parto, seguida ou não da aplicação de uma intervenção educativa. Posteriormente (decorridos quatro e seis meses do pós parto), será entrado em contato via telefone para coleta de dados referente ao aleitamento materno. As participantes serão divididas em dois grupos: em um dos grupos, as mães receberão as informações educativas durante a permanência no Hospital e na alta, conforme a rotina do Hospital; e, no outro, além das informações rotineiras disponíveis e acessíveis a todas as mães, essas participantes serão convidadas a participar de uma intervenção educativa adicional por meio de dinâmicas em grupo, aplicadas por equipe multiprofissional ( fisioterapeuta, enfermeira, doutorandas de medicina e médica residente da pediatria) com duração de cerca de 30 minutos no Alojamento Conjunto ou Centro Obstétrico. A seleção das participantes ocorrerá por meio de sorteio dos quartos. Baseado em pesquisas em outras localidades sobre avaliação da prevalência do aleitamento materno exclusivo no período recomendado, nosso grupo acredita que a prevalência desse hospital ainda está abaixo do preconizado, e que as mães selecionadas para a intervenção adicional apresentarão melhor prevalência que o grupo controle. Porém, faz-se necessária esta pesquisa.

Desconfortos e riscos que poderão ocorrer:

Você responderá a perguntas em 3 momentos: No momento da aplicação do primeiro questionário, 1 a 2 dias do pós-parto; aos 4 e aos 6 meses pós-parto, podendo sentir algum constrangimento em alguma das perguntas. No entanto, essas perguntas são essenciais para que consigamos atingir o objetivo da nossa pesquisa.

Benefícios que poderão ser obtidos:

Você está sendo convidada para participar deste projeto de pesquisa pois teve seu parto no Hospital Universitário de Santa Maria e devido ao fato deste hospital ser referência para região centro do Rio Grande do Sul, acreditamos que crianças nascidas no HUSM tenham prevalência de aleitamento materno exclusivo semelhante a encontrada em Porto Alegre,

---

Se você tiver alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa, entre em contato: Comitê de Ética em Pesquisa – UFSM - Cidade Universitária - Bairro Camobi, Av. Roraima, nº1000 - CEP: 97.105.900 Santa Maria – RS. Telefone: (55) 3220-9362 – Fax: (55)3220-8009 Email: cep.ufsm@gmail.com Web: www.ufsm.br/cep

cidade mais próxima à nossa com prevalência estudada. Porém, a prevalência estimada é inferior à recomendada. Participando do projeto, você terá a possibilidade de enriquecer seus conhecimentos com relação ao aleitamento materno, conhecendo mais motivos para manter o aleitamento materno exclusivo no período recomendado.

Com a associação da intervenção adicional (dinâmica em grupo realizada durante a permanência no Hospital), você não apenas receberá as informações por equipe multiprofissional que enriquecerá seu conhecimento sobre a importância do aleitamento materno, como poderá tirar todas as suas dúvidas referente à amamentação e poderá nos ligar a qualquer momento em caso de qualquer problema enfrentado no processo de amamentação. Terá a equipe à disposição durante todo o período da pesquisa.

Duração prevista da pesquisa:

Os questionários/entrevistas serão aplicados no primeiro ou segundo dia pós-parto e decorridos 4 e 6 meses do pós parto. As participantes selecionadas para o grupo da intervenção por equipe multiprofissional, participarão uma vez da estratégia de intervenção, no período pós-parto, com duração de cerca de 30 minutos, no mesmo andar onde a participante está alocada.

## ENCERRAMENTO DO CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Declaro que, após convenientemente esclarecida pelo pesquisador e ter entendido o que me foi explicado, aceito participar do presente Projeto de Pesquisa. Ficaram claros para mim quais são os propósitos do estudo, a estratégia de intervenção de promoção do aleitamento materno exclusivo, seus desconfortos, riscos e benefícios, as garantias de confidencialidade e de esclarecimentos permanentes.

Concordo voluntariamente em participar deste estudo e poderei retirar o meu consentimento a qualquer momento, sem nenhuma consequência.

Santa Maria, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_\_

---

Assinatura da participante

---

Assinatura do pesquisador responsável  
Prof. Dra. Angela Regina Maciel Weimann

---

Assinatura do pesquisador responsável  
Prof. Dr. Ivo Roberto Dorneles Prola

## APÊNDICE B – TERMO DE CONFIDENCIALIDADE

**Título do projeto:** Prevalência de aleitamento materno exclusivo em crianças nascidas no Hospital Universitário de Santa Maria

**Pesquisadores responsáveis:** Profa. Dra. Angela Regina Maciel Weinmann e Prof. Dr. Ivo Roberto Dorneles Prola

**Instituição:** Universidade Federal de Santa Maria

**Telefone para contato:** 55 3220 8520 / 55 3220 8536

**Local da coleta de dados:** Alojamento Conjunto e Centro Obstétrico do Hospital Universitário de Santa Maria.

Os pesquisadores do presente projeto se comprometem a preservar a privacidade dos pacientes cujos dados serão coletados em prontuários através de questionários padronizados e por meio de entrevistas no Alojamento conjunto e Centro Obstétrico do Hospital Universitário de Santa Maria e posterior contato via telefone. Concordam, igualmente, que estas informações serão utilizadas única e exclusivamente para execução do presente projeto. As informações somente poderão ser divulgadas de forma anônima e serão mantidas em um armário localizado no Setor de Pediatria no 6º andar do Hospital Universitário de Santa Maria sob responsabilidade da Profª. Drª. Ângela Regina Maciel Weinmann e Prof. Dr. Ivo Roberto Dorneles Prola por um período de 5 anos. Após este período, os dados serão incinerados. Este projeto de pesquisa foi revisado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFSM em \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_, com o número do CAAE \_\_\_\_\_.

Santa Maria, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_.

---

Assinatura do pesquisador responsável  
Prof. Dra. Angela Regina Maciel Weinmann

---

Assinatura do pesquisador responsável  
Prof. Dr. Ivo Roberto Dorneles Prola

## **ANEXOS**

## ANEXO A – 1º QUESTIONÁRIO / ENTREVISTA PÓS – PARTO

### I – Caracterização

Nome: \_\_\_\_\_ Same: \_\_\_\_\_  
 DN: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_ Telefones \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

### II – História Obstétrica

Gesta: \_\_\_\_\_ Para: \_\_\_\_\_ Parto Vaginal: \_\_\_\_\_ Parto Cesáreo: \_\_\_\_\_ Abortos: \_\_\_\_\_  
 Nº de filhos vivos (incluindo o atual): \_\_\_\_\_

### III – Dados do puerpério atual

Data do parto: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ IG (capurro) \_\_\_\_\_ Tipo de Parto: \_\_\_\_\_ Peso: \_\_\_\_\_  
 Pré-Natal: ( ) Sim ( ) Não Número de Consultas: \_\_\_\_\_ (sim, se 5 ou mais consultas)  
 Permanência em AC: ( ) Sim ( ) Não

### IV – Perfil Socioeconômico e Cultural

Escolaridade: ( ) Analfabeta ( ) Ensino Fundamental incompleto  
 ( ) Fundamental completo (8ª série ou nono ano) ( ) Ensino Médio incompleto  
 ( ) Ensino Médio Completo (3º ano do 2º Grau) ( ) Ensino Superior incompleto ( ) Ensino superior completo  
 Trabalha fora de casa: ( ) Sim ( ) Não Profissão: \_\_\_\_\_  
 Renda Familiar: ( ) Até 2 salários mínimos ( ) 2 a 4 salários mínimos ( ) > 4 salários  
 Estado Civil: ( ) Solteira ( ) Casada ( ) União estável ( ) Divorciada ( ) Viúva

### V – Experiências prévias com amamentação:

Foi amamentada? ( ) Sim ( ) Não ( ) Não sei  
 Experiência anterior: ( ) Sim ( ) Não ( ) Somente observação/apoiio  
**Se sim, assinale em dias ou meses no quadro**  
 1º filho 2º filho 3º filho 4º filho 5º filho 6º filho

AME

Problemas encontrados: \_\_\_\_\_

### Experiência atual com amamentação:

Quando amamentou pela primeira vez? ( ) Durante a 1ª hora de vida do bebê  
 ( ) Depois da 1ª hora mas ainda no CO ( ) Somente no AC  
 Teve ajuda na primeira mamada? ( ) Sim ( ) Não / Se sim, quem ajudou? ( ) Enfermeiro ( ) Fisioterapeuta ( ) TO ( ) Nutricionista ( ) Médico ( ) Familiar ( ) Outros \_\_\_\_\_  
 O que sentiu a primeira vez que amamentou correspondeu às suas expectativas?  
 ( ) Sim, foi agradável ( ) Não, foi menos agradável do que pensava

### VI – Informações sobre Aleitamento Materno

Teve suas mamas examinadas/avaliadas no Pré-Natal: ( ) Sim ( ) Não  
 Foi informada sobre o aleitamento materno durante a gravidez? ( ) Sim ( ) Não  
 Se sim, onde? ( ) Unidade de Saúde ( ) Rede Privada ( ) Hospital/Maternidade ( ) Outros \_\_\_\_\_  
 Quem informou sobre a amamentação? ( ) Enfermeiro ( ) Médico ( ) Familiar ou amigos  
 ( ) Livros/ Revistas ( ) TV/ Internet ( ) Outro, quem? \_\_\_\_\_  
**As informações obtidas foram sobre** (assinale conhecimentos prévios da puérpera):

### Vantagens da amamentação para: (1 ponto para cada)

Mãe: ( ) Puerpério ( ) Redução CA de mama/ ovário/ DM2 ( ) Emagrecimento ( ) Praticidade ( ) Vínculo/ Saúde Mental

Filho: ( ) Imunológicos/ Prevenção de Morbidades ( ) Nutricionais /Gástrico/intestinal ( ) Orofaciais  
 ( ) desenvolvimento emocional/ intelectual ( ) Outro \_\_\_\_\_

**Aspectos técnicos (1 ponto se souber qualquer um dos itens abaixo – total de 1 ponto, mesmo que mais itens marcados)** ( ) Características do leite materno ( ) Efeitos nocivos da introdução precoce de leites não-humanos ( ) Técnica da amamentação ( ) Ordenha manual ( ) Como prevenir e/ou tratar dificuldades que podem surgir durante a amamentação

**Total de pontos** \_\_\_\_\_ (total de 10)

Qual a duração recomendada para AME (em meses)? \_\_\_\_\_ meses ( ) Não sei

Qual a duração recomendada para amamentar (dar leite materno e outros alimentos)? \_\_\_\_\_ meses  
 ( ) Não sei

## ANEXO B – 2º QUESTIONÁRIO / ENTREVISTA AOS 4 MESES

N \_\_\_\_\_ Tel \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Nome: \_\_\_\_\_

Num. Participante \_\_\_\_\_ ( ) C ou I / Same: \_\_\_\_\_ Data parto \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_  
Prática da Amamentação

### Continua amamentando?

<input type="checkbox"/> Sim		
<input type="checkbox"/> Exclusivo (somente LM)	<input type="checkbox"/> Predominante (dar LM e também água, chás, suco frutas)  <input type="checkbox"/> Complementado (além do LM recebe alimentos sólidos)  <input type="checkbox"/> Misto (dar LM e outros tipos de leite -artificial)  <b>Amamentou exclusivamente até quantos meses (ou dias) _____</b>	<b>Por que iniciou outro tipo de alimento?</b> <input type="checkbox"/> Pouco leite/ Leite secou / Leite fraco <input type="checkbox"/> Orientação médica ( ) Quem? _____ <input type="checkbox"/> Retorno ao trabalho <input type="checkbox"/> Estética <input type="checkbox"/> Problemas mamários (dor, ingurgitamento, fissura...) <input type="checkbox"/> Criança largou “não quis mais” <input type="checkbox"/> Outros _____

<input type="checkbox"/> Não		
<b>Amamentou exclusivamente até quantos meses (ou dias) _____</b>		<b>Por que deixou de amamentar?</b> <input type="checkbox"/> Pouco leite/ Leite secou / Leite fraco <input type="checkbox"/> Orientação médica ( ) Quem? _____ <input type="checkbox"/> Retorno ao trabalho <input type="checkbox"/> Estética <input type="checkbox"/> Problemas mamários (dor, ingurgitamento, fissura...) <input type="checkbox"/> Criança largou “não quis mais” <input type="checkbox"/> Outros: _____

Foi dado outro leite ao seu filho no Hospital? ( ) Sim ( ) Não ( ) Não sei

Se sim, como? ( ) Copo ( ) Seringa ( ) Translactação ( ) Mamadeira ( ) Não sei

Deu bico ou chupeta ao seu filho? ( ) Sim ( ) Não

Deu mamadeira ao seu filho? ( ) Sim ( ) Não

Você tem convívio com outra pessoa que teve filho no HUSM de janeiro a abril/2015?

Sim ( ) Não ( )

Tabagista ? ( ) Sim ( ) Não



## ANEXO C – 3º QUESTIONÁRIO / ENTREVISTA AOS 6 MESES

N \_\_\_\_\_ Tel \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Nome: \_\_\_\_\_

Num. Participante \_\_\_\_\_ ( ) C ou I / Same: \_\_\_\_\_ Data parto \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_



Prática da Amamentação

### Continua amamentando?

( ) Sim		
( ) Exclusivo (somente LM)	<input type="checkbox"/> Predominante (dar LM e também água, chás, suco frutas) <input type="checkbox"/> Complementado (além do LM recebe alimentos sólidos) <input type="checkbox"/> Misto (dar LM e outros tipos de leite -artificial)  <b>Amamentou exclusivamente até quantos meses (ou dias)</b> _____	<b>Por que iniciou outro tipo de alimento?</b> <input type="checkbox"/> Pouco leite/ Leite secou / Leite fraco <input type="checkbox"/> Orientação médica ( ) Quem? _____ <input type="checkbox"/> Retorno ao trabalho <input type="checkbox"/> Estética <input type="checkbox"/> Problemas mamários (dor, ingurgitamento, fissura...) <input type="checkbox"/> Criança largou “não quis mais” <input type="checkbox"/> Outros _____

( ) Não		
<b>Amamentou exclusivamente até quantos meses (ou dias)</b> _____	<b>Por que deixou de amamentar?</b> <input type="checkbox"/> Pouco leite/ Leite secou / Leite fraco <input type="checkbox"/> Orientação médica ( ) Quem? _____ <input type="checkbox"/> Retorno ao trabalho <input type="checkbox"/> Estética <input type="checkbox"/> Problemas mamários (dor, ingurgitamento, fissura...) <input type="checkbox"/> Criança largou “não quis mais” <input type="checkbox"/> Outros: _____	

## ANEXO D – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

	<p>UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA/ PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E</p>	
<p><b>PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP</b></p>		

### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** PREVALÊNCIA DE ALEITAMENTO MATERNO EXCLUSIVO EM CRIANÇAS NASCIDAS NO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE SANTA MARIA: IMPACTO DE UMA ESTRATÉGIA DE PROMOÇÃO DO ALEITAMENTO MATERNO, APLICADA POR EQUIPE MULTIPROFISSIONAL

**Pesquisador:** Angela Regina Maciel Weinmann

**Área Temática:**

**Versão:** 3

**CAAE:** 45078215.3.0000.5346

**Instituição Proponente:** Universidade Federal de Santa Maria/ Pró-Reitoria de Pós-Graduação e

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 1.174.741

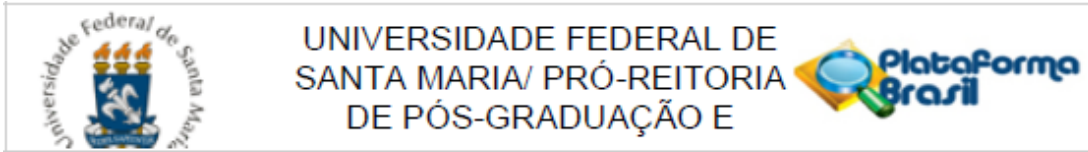
**Data da Relatoria:** 16/07/2015

#### Apresentação do Projeto:

Projeto de mestrado profissional de ciências da saúde, vincula-se à área de concentração Promoção e Tecnologia em Saúde, e Linha de Pesquisa Promoção da Saúde. Apresenta como objeto de estudo o aleitamento materno exclusivo em crianças nascidas no HUSM/UFSM.

Trata-se de um estudo experimental, ensaio randomizado, analítico. Serão participantes do estudo 420 mulheres, que serão sorteadas conforme quartos do Alojamento Conjunto para alocação nos grupos. O grupo intervenção as mães receberão além das orientações da rotina do serviço, uma intervenção adicional, realizada por equipe multiprofissional; e o grupo controle as mães receberão apenas as orientações da rotina do serviço. A intervenção será realizada diariamente, por cerca de 30 minutos, no formato de dinâmica em grupo, abordando os principais fatores que influenciam na amamentação, embasados na literatura (técnica de amamentação, ordenha manual e armazenamento, afecções da mama, ingurgitamento mamário, dor e trauma mamilares, mastite e abscesso mamário). Serão avaliadas as prevalências do AME aos 4 e 6. A análise será realizada em software estatístico específico.

<b>Endereço:</b> Av. Roraima, 1000 - prédio da Reitoria - 2º andar	
<b>Bairro:</b> Camobi	<b>CEP:</b> 97.105-970
<b>UF:</b> RS	<b>Município:</b> SANTA MARIA
<b>Telefone:</b> (55)3220-9382	<b>E-mail:</b> cep.ufsm@gmail.com



Continuação do Parecer: 1.174.741

**Objetivo da Pesquisa:**

Objetivo primário: verificar a prevalência do AME até o sexto mês de vida, em crianças nascidas no Hospital Universitário de Santa Maria, bem como o impacto de uma estratégia de intervenção para promoção do AM, realizada por equipe multiprofissional.

**Objetivos secundários:**

- Verificar a prevalência do AME, até o sexto mês de vida, em crianças nascidas no HUSM, que permaneceram no Alojamento Conjunto, e cujas mães participaram de uma estratégia de intervenção, realizada por equipe multiprofissional, para incentivo ao AM (grupo intervenção).
- Verificar a prevalência do AME, até sexto mês de idade, em crianças nascidas no HUSM, que permaneceram no Alojamento Conjunto, e cujas mães receberam as informações de rotina sobre o AM, disponibilizadas neste local (grupo controle).
- Comparar as prevalências de AME nas crianças do grupo intervenção e controle.
- Identificar os motivos que levaram as mães a interromperem o AME antes do 6 mês de vida, em ambos os grupos.
- Propor a implantação de uma estratégia de incentivo ao AME, por equipe multiprofissional, no Alojamento Conjunto do HUSM, de forma rotineira.

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

Riscos: poderá haver algum constrangimento com a aplicação do questionário, sendo interrompida a coleta de dados caso venha a ocorrer.

Benefícios: informação aos participantes.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

.

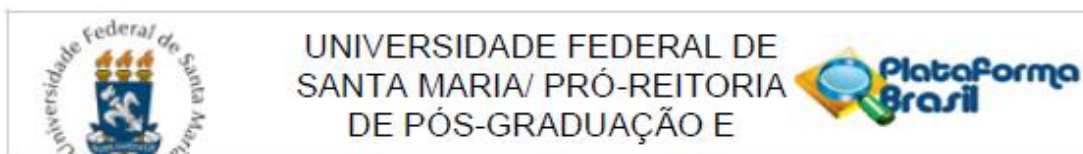
**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Apresenta os termos obrigatórios.

**Recomendações:**

Veja no site do CEP - <http://w3.ufsm.br/nucleodecomites/index.php/cep> - na aba "orientações gerais", modelos e orientações para apresentação dos documentos. Acompanhe as orientações

Endereço: Av. Roraima, 1000 - prédio da Reitoria - 2º andar  
 Bairro: Camobi CEP: 97.105-970  
 UF: RS Município: SANTA MARIA  
 Telefone: (55)3220-9362 E-mail: cep.ufsm@gmail.com



Continuação do Parecer: 1.174.741

disponíveis, evite pendências e agilize a tramitação do seu projeto.

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Pendências anteriores atendidas.

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

**Considerações Finais a critério do CEP:**

SANTA MARIA, 06 de Agosto de 2015

---

Assinado por:  
CLAUDEMIR DE QUADROS  
(Coordenador)

## ANEXO E – ROTEIRO DA INTERVENÇÃO MULTIPROFISSIONAL

### Aleitamento Materno



#### Equipe Multiprofissional de Apoio à Amamentação :

Enf. Soraia Machiesqui      Dra. Angela Weinmann  
 Fis. Leticia Hermes        Dr. Ivo Prola  
 Fis. Lícia A. Cogo            Md. Res. Ped. Elizamara Segala  
 Int. Nathália Pinho  
 Int. Nathália Fidêncio

### Benefícios do aleitamento materno



### Benefícios do aleitamento materno

Benefícios Gerais

Benefícios Maternos

Benefícios para o bebê



É perfeito na quantidade  
 qualidade  
 harmonia  
 adequação



### Porque amamentar

vídeo



Vídeo disponibilizado pela SBP em <http://www.sbp.com.br>

### Características do leite materno

- Muda do primeiro ao décimo dia
- Muda do início ao final da mamada



### Leite materno X Leite de vaca



- Anticorpos
- Ferro
- Vitaminas
- Sal e proteínas

Leite de vaca antes de um ano de idade: NEM PENSAR!



### Técnica de amamentação



### A pega

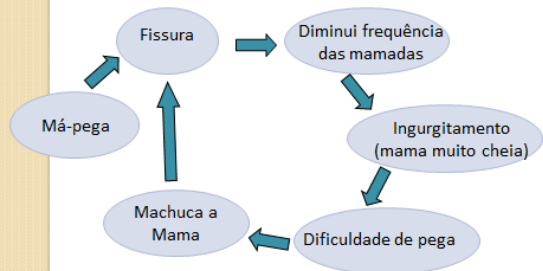
vídeo



### Posições amamentação



### Ciclo dos Problemas





### Problemas



### Chupetas e Mamadeiras



### Leite empedrou



**E agora???**

### Como fazer a ordenha?

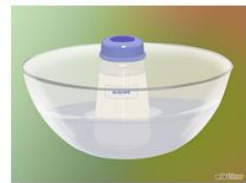


### Armazenamento e Rotulagem



**Geladeira: 12 horas  
Congelado: 15 dias**

### Descongelamento e Oferta



O copinho ...

vídeo



Até quando dar só o peito?



Opinião das mães que amamentam

vídeo



Vídeo disponibilizado pela SBP em <http://www.sbp.com.br>

Obrigada!

Se precisar, conte conosco!

Telefone :96964714 (Vivo) / 9150 5322 (Claro)