

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

BRUNA ALIBIO MORAES

**PADRÕES DE AMAMENTAÇÃO NOS SEIS PRIMEIROS MESES DE VIDA DE
BEBÊS ATENDIDOS POR CONSULTORIA EM LACTAÇÃO**

PORTO ALEGRE

2019

BRUNA ALIBIO MORAES

**PADRÕES DE AMAMENTAÇÃO NOS SEIS PRIMEIROS MESES DE VIDA DE
BEBÊS ATENDIDOS POR CONSULTORIA EM LACTAÇÃO**

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

Área de concentração: Cuidado em Enfermagem e Saúde.

Linha de pesquisa: Cuidado de enfermagem na saúde da mulher, criança, adolescente e família.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Annelise de Carvalho Gonçalves.

PORTO ALEGRE

2019

BRUNA ALIBIO MORAES

**PADRÕES DE AMAMENTAÇÃO NOS SEIS PRIMEIROS MESES DE VIDA DE BEBÊS
ATENDIDOS POR CONSULTORIA EM LACTAÇÃO**

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

Aprovada em Porto Alegre, 31 de janeiro de 2019.

BANCA EXAMINADORA



Profa. Dra. Annelise de Carvalho Gonçalves

Presidente da Banca – Orientadora

PPGENF/UFRGS



Profa. Dra. Helga Geremias Gouveia

Membro da banca

PPGENF/UFRGS



Profa. Dra. Cecília Debres Pedron

Membro da banca

EENF/UFRGS



Profa. Dra. Luciana Dias de Oliveira

Membro da banca

FAMED/UFRGS

CIP - Catalogação na Publicação

Moraes, Bruna Alibio
Padrões de amamentação nos seis primeiros meses de
vida de bebês atendidos por Consultoria em Lactação /
Bruna Alibio Moraes. -- 2019.
95 f.
Orientadora: Annelise de Carvalho Gonçalves.

Dissertação (Mestrado) -- Universidade Federal do
Rio Grande do Sul, Escola de Enfermagem, Programa de
Pós-Graduação em Enfermagem, Porto Alegre, BR-RS,
2019.

1. Aleitamento Materno. 2. Consultoria em Lactação.
3. Estudo de coorte. I. Gonçalves, Annelise de
Carvalho, orient. II. Título.

AGRADECIMENTOS

Gratidão é saber que não faço esta caminhada sozinha; é saber que dividir momentos é sinônimo de multiplicar alegrias.

À Professora Dra. Annelise de Carvalho Gonçalves, com quem partilho esta caminhada desde o início da graduação. Minhas maiores gratidões por acreditar em mim, mesmo quando nem eu o fazia. Bagagens acadêmicas são ínfimas diante dos muitos momentos de cumplicidade, carinho e amizade que compartilhei contigo e tua família. Nossa caminhada acadêmica parece encerrar-se nesse momento, mas carrego comigo a certeza de que dividimos grandes e difíceis momentos, mas igualmente valorosos.

À minha família, pela compreensão, apoio e por contribuírem na minha formação, não apenas acadêmica, como pessoal. Em especial à minha mãe Suzana, por ser minha primeira incentivadora, por estar ao meu lado em todas as minhas batalhas, mesmo estando lutando as suas próprias. És inspiração pela coragem e amor incondicional que carregas e transmites. À minha irmã Bárbara, que mesmo distante fez-se presente; por ser a certeza de que nunca estarei só. À minha tia Zaida, por nunca medir esforços ao abrir as mais diferentes portas que o mundo nos oportuniza e por sempre me inspirar com exemplos. Ao meu pai, por priorizar a nossa educação e caráter, por ser sempre receptivo às minhas angústias.

À Juliana Strada, pelo apoio e incentivo imensuráveis, pela amizade que construímos a partir das pesquisas e que se solidificou com base no carinho que partilhamos. Tornaste a vida, não só a acadêmica, mais prazerosa e construtiva. Às colegas de pesquisa Vanessa Gasparin e Thais Betti e à Professora Dra. Lilian Cordova do Espírito Santo, por formarmos uma equipe unida pelo propósito de realizar pesquisas em enfermagem com dedicação, qualidade e seriedade.

À Ceres Oliveira, por ser incansável e traduzir nossa coleta em dados estatísticos de qualidade e por estar sempre disponível para auxiliar nas análises.

Às equipes da Unidade de Internação Obstétrica do Hospital de Clínicas de Porto Alegre, por compreender a importância das pesquisas realizadas na unidade e estarem sempre dispostas a colaborar.

À Clea Carvalho e Marcia Knoener, enfermeiras Consultoras em Lactação do Hospital de Clínicas de Porto Alegre, pelo interesse e envolvimento com a pesquisa, tornando este trabalho possível.

Às mulheres que participaram da pesquisa, pela compreensão e disponibilidade durante os meses de acompanhamento e por acreditarem na importância da sua contribuição.

A todos os professores que contribuíram e contribuem para a minha constante formação, desde o Colégio São Manoel, passando pelos professores do Colégio Metodista Americano, somados aos professores da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Sem a dedicação e o amor pela profissão que vocês carregam, nenhuma das conquistas de hoje seria possível. Num país em que há tamanha desvalorização desta classe, vocês são resistência e inspiração.

Aos amigos, impossível nominá-los um a um, minha mais sincera gratidão. Sem o carinho de vocês a caminhada certamente seria triste e solitária. Gratidão pelos momentos em que foram ouvintes das agonias que carregava, pelas palavras de conforto que me dirigiram quando os dias tornavam-se inquietantes e pelas muitas gargalhadas que se sucederam após estes momentos. Vocês certamente são a família que me foi permitido escolher.

Por fim, gratidão à Universidade Federal do Rio Grande do Sul, pelo ensino de excelência, pelo investimento que a mim foi depositado, pelas muitas oportunidades que aqui me foram ofertadas e por todas as pessoas queridas que me apresentaste.

RESUMO

Introdução: os benefícios do aleitamento materno para a dupla mãe-bebê já foram comprovados e reconhecidos mundialmente, entretanto as taxas permanecem abaixo do recomendado pela Organização Mundial de Saúde. A Consultoria em Lactação é uma das estratégias com impacto positivo nas taxas de amamentação em outras localidades, mas que ainda necessita de maior visibilidade no Brasil. **Objetivo:** identificar os padrões de amamentação, determinar a sobrevida do aleitamento materno exclusivo e os fatores associados à sua interrupção, nos seis primeiros meses de vida de bebês atendidos por Consultoria em Lactação em um Hospital Amigo da Criança. **Método:** trata-se de estudo de coorte prospectivo, realizado com 231 duplas mãe-bebê atendidas por Consultoras em Lactação do Hospital de Clínicas de Porto Alegre/RS. Procedeu-se à Análise de Sobrevivência para avaliação da interrupção do aleitamento materno exclusivo. **Resultados:** houve redução progressiva de bebês em aleitamento materno exclusivo e aumento gradual do desmame ao longo do período, com o uso de outro leite além do materno sendo referido a partir da entrevista de 15 dias e persistindo ao longo do seguimento. A introdução de outros alimentos ocorreu a partir dos 120 dias de vida da criança, o que vai de encontro às diretrizes de alimentação infantil. A curva de sobrevivência revelou queda gradativa na probabilidade de aleitamento materno exclusivo, com 19,6% de probabilidade aos 180 dias de vida do bebê. Os fatores associados à interrupção do aleitamento materno exclusivo foram: tabagismo na gestação (HR 1,66 IC 1,05 – 2,61 p = 0,029), mulheres com idade ≥ 35 anos (HR 1,73 IC 1,03 – 2,90 p = 0,037), dificuldade na amamentação após a alta hospitalar (HR 2,09 IC 1,29 – 3,41 p = 0,003), busca por auxílio profissional por dificuldades na amamentação (HR 2,45 IC 1,69 – 3,54 p < 0,001) e bebês que usaram chupeta (HR 1,76 IC 1,21 – 2,58 p = 0,003). **Conclusão:** a identificação dos padrões de amamentação, assim como o conhecimento dos períodos em que ocorrem as maiores quedas nas taxas de aleitamento materno exclusivo e os fatores envolvidos na sua interrupção, podem auxiliar os profissionais de saúde na captação de duplas mãe-bebê vulneráveis a problemas na lactação, e também no planejamento de ações efetivas com potencial de reversão das taxas crescentes de desmame precoce que repercutem negativamente na saúde infantil.

Palavras-chave: Aleitamento Materno. Consultores. Análise de Sobrevida.

ABSTRACT

Introduction: the benefits of breastfeeding for the dual mother-baby have already been proven and acknowledged worldwide, however the rates remain below those recommended by the World Health Organization. Lactation Consulting is one of the strategies with a positive impact on breastfeeding rates elsewhere, but in Brazil it still needs greater visibility.

Objective: to identify breastfeeding patterns, determine the survival of exclusive breastfeeding and the factors associated with its interruption within the first six months of life of babies assisted by the Lactation Consultancy service in a Baby-Friendly Hospital.

Method: this is a prospective cohort study, performed with 231 mother-baby duals assisted by Lactation Consultants of the Hospital de Clínicas of Porto Alegre / RS. Survival Analysis was performed to evaluate the interruption of exclusive breastfeeding.

Results: there was a progressive decrease of infants in exclusive breastfeeding and gradual weaning increase over the period, with the use of milk other than breast milk being referred from the 15-day interview and persisting throughout the follow-up. The introduction of other foods took place from the child's 120 days of life, which meet the infant feeding guidelines. The survival curve revealed a gradual decline in the probability of exclusive breastfeeding, with a 19.6% probability at 180 days of the baby's life. The factors related with the interruption of exclusive breastfeeding were: smoking during pregnancy (HR 1.66, 1.05 - 2.61 CI p = 0.029), women of age ≥ 35 (HR 1.73, 1.03 - 2.90 CI p = 0.037), difficulty in breastfeeding after hospital discharge (HR 2.09, 1.29 - 3.41 CI p = 0.003), seeking professional assistance to difficulties in breastfeeding (HR 2.45, 1.69 - 3.54 CI p <0.001) and infants who used pacifiers (HR 1.76, 1.21 - 2.58 CI p = 0.003).

Conclusion: the identification of breastfeeding patterns, as well as the knowledge of the periods in which the largest falls in exclusive breastfeeding rates occur and the factors involved in their interruption, may help health professionals in the attraction of mother-baby duals vulnerable to problems in lactation, as well as the planning of effective actions with the potential of reversing the increasing rates of early weaning that negatively affect child health.

Keywords: Breast Feeding. Consultants. Survival Analysis.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AM	Aleitamento Materno
AMC	Aleitamento Materno Complementado
AME	Aleitamento Materno Exclusivo
AMM	Aleitamento Materno Misto
AMP	Aleitamento Materno Predominante
BLH	Bancos de Leite Humano
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
COMPESQ	Comissão de Pesquisa
ENPACS	Estratégia Nacional de Promoção da Alimentação Complementar Saudável
HCPA	Hospital de Clínicas de Porto Alegre
IBCLE	<i>International Board of Lactation Consultant Examiners</i>
IHAC	Iniciativa Hospital Amigo da Criança
LLL	<i>La Leche League</i>
NBCAL	Norma Brasileira de Comercialização de Alimentos para Lactentes e Crianças de Primeira Infância, Bicos, Chupetas e Mamadeiras
OMS	Organização Mundial da Saúde
PN	Pré-natal
PNIAM	Programa Nacional de Incentivo ao Aleitamento Materno
rBLH-BR	Rede Brasileira de Bancos de Leite Humano
RN	Recém-nascido
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UBS	Unidade Básica de Saúde
UFRGS	Universidade Federal do Rio Grande do Sul
UIO	Unidade de Internação Obstétrica
UNICEF	Fundo das Nações Unidas para a Infância

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	8
2	OBJETIVOS	11
2.1	Objetivo geral	11
2.2	Objetivos específicos	11
3	REVISÃO DA LITERATURA	12
3.1	Políticas e estratégias de incentivo ao aleitamento materno	12
3.2	Dados epidemiológicos de aleitamento materno	16
3.3	Fatores interferentes na interrupção do AME nos primeiros seis meses de vida do bebê	18
3.4	Consultoria em Lactação	20
4	MÉTODO	24
4.1	Tipo de estudo	24
4.2	Campo de estudo	24
4.3	População e amostra	25
4.4	Coleta de dados	25
4.5	Variáveis do estudo	26
4.6	Análise dos dados	28
4.7	Considerações éticas	29
5	ARTIGO	30
6	CONCLUSÕES	57
	REFERÊNCIAS	60
	APÊNDICE A – Questionário inicial	68
	APÊNDICE B – Questionário de seguimento (15 dias)	72
	APÊNDICE C – Questionário de seguimento (30, 60, 120 e 180 dias)	78
	APÊNDICE D – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	84
	ANEXO A – Aprovação CEP/HCPA	86
	ANEXO B – Normas da Revista Latino-Americana de Enfermagem	87

1 INTRODUÇÃO

O aleitamento materno (AM) é uma das práticas mais antigas da civilização (BOSI; MACHADO, 2005) e seus benefícios vão muito além de nutrir a criança. Sabe-se que o leite materno é o alimento mais completo para o bebê, especialmente nos primeiros meses de vida, pois é fonte de vitaminas, minerais, gorduras, açúcares e proteínas nas quantidades adequadas para um organismo em desenvolvimento. Além de nutritivo, o leite materno o protege contra infecções e alergias, bem como promove o estreitamento do vínculo mãe-bebê, benefícios estes não encontrados em nenhum outro tipo de leite (BRASIL, 2015a).

Os benefícios do AM ainda se estendem ao longo da vida adulta da criança amamentada. Importante coorte verificou que os participantes que foram amamentados durante 12 meses ou mais tiveram escores mais altos de QI, mais anos de escolaridade e maiores rendimentos mensais 30 anos mais tarde quando comparados com aqueles que foram amamentados por menos de um mês (VICTORA *et al.*, 2015).

Além dos benefícios à criança, amamentar ainda traz vantagens à mulher que amamenta. Metanálise recente observou benefícios às lactantes, apontando que a amamentação forneceu proteção contra diabetes mellitus tipo 2, além de câncer de ovário e mama. Estima-se que a ampliação da amamentação a um nível quase universal seja capaz de prevenir 20.000 mortes ao ano de mulheres vítimas de câncer de mama (VICTORA *et al.*, 2016).

A Organização Mundial da Saúde (OMS) adota definições de aleitamento materno que são reconhecidas mundialmente (WHO, 2007) e estes padrões de amamentação também são utilizados no Brasil. Independentemente de receber ou não outros alimentos, a criança que recebe leite materno é considerada em aleitamento materno. O Aleitamento Materno Exclusivo (AME) ocorre quando a criança recebe somente leite materno ou leite humano de outra fonte, sem receber outros líquidos ou sólidos. Este leite pode ser ofertado direto da mama ou ordenhado. Quando há introdução de água ou bebidas à base de água (ex.: chás, infusões) ou sucos de frutas, o AM é classificado como predominante (AMP). O Aleitamento Materno Complementado (AMC) caracteriza-se quando a criança recebe qualquer alimento sólido ou semissólido com a finalidade de complementar, e não de substituir o leite materno. Por fim, o Aleitamento Materno Misto ou parcial (AMM) ocorre quando há introdução de outros tipos de leite que não só o leite materno.

Com base em uma análise dos percentuais de AM alcançados por diferentes países, a OMS desenvolveu um sistema de classificação que permite que os países comparem seus

indicadores. Desta forma, o AME até o sexto mês classifica-se como “Muito bom” com parâmetros definidos entre 90 e 100%, “Bom” com parâmetros entre 50 e 89%, “Razoável” entre 12 e 49% e “Ruim” entre 0 e 11% (WHO, 2003).

A introdução precoce de alimentos está associada a um maior número de hospitalizações por doença respiratória; risco de desnutrição, se os alimentos introduzidos forem nutricionalmente inferiores ao leite materno; menor absorção de ferro e zinco, nutrientes importantes do leite materno; e menor duração do aleitamento materno. Por esta e outras razões, a OMS e o Ministério da Saúde recomendam aleitamento materno por dois anos ou mais, sendo exclusivo nos primeiros seis meses de vida da criança (BRASIL, 2015a).

Apesar de amplamente divulgados os benefícios do aleitamento materno para o binômio mãe-bebê e as políticas voltadas para o incentivo do AM no Brasil, as taxas nacionais ainda estão abaixo do nível considerado “muito bom” e do tempo preconizado de AME (BRASIL, 2015a). Uma das estratégias que pode ser utilizada para promover o aumento dos índices de AM é a Consultoria em Lactação desenvolvida por profissionais junto às duplas mãe-bebê. Estudos apontam que o início da amamentação e as taxas de AM e AME são positivamente afetadas pela participação desses profissionais (LUKAC; RILEY; HUMPHREY, 2006; THURMAN; ALLEN, 2008; HAROON *et al.*, 2013; FU *et al.*, 2014; PATEL; PATEL, 2016).

A Consultoria em Lactação surgiu na década de 1980, nos Estados Unidos, em resposta às baixas taxas de aleitamento materno da época (RIORDAN, 2010). Atualmente, profissionais de diferentes áreas da saúde podem obter o Certificado Internacional de Consultor em Lactação mediante avaliação de envolvimento no ensino e na prática da amamentação, além de provas específicas sobre a temática, tendo como princípios proteger, promover e apoiar a amamentação (IBLCE, 2018).

O interesse pela temática surgiu após pesquisa realizada para Trabalho de Conclusão de Curso em Enfermagem, na qual constatou-se a associação entre dificuldade na amamentação e a interrupção do AME no primeiro mês de vida (MORAES *et al.*, 2016). Além disso, estudos nacionais sobre a Consultoria em Lactação e sua influência nas taxas de amamentação ainda são escassos quando comparados ao cenário internacional.

Este estudo torna-se relevante, uma vez que, ao verificar os padrões de amamentação dos bebês atendidos por Consultoria em Lactação nos seis primeiros meses de vida é possível adotar estratégias que contribuam para o desenvolvimento saudável e maior duração da amamentação exclusiva. Frente a isso, a presente investigação tem como questão de pesquisa: quais os padrões de amamentação e os fatores associados à interrupção precoce do AME nos

seis primeiros meses de vida de bebês atendidos por Consultoria em Lactação de um Hospital Amigo da Criança?

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo geral

Identificar os padrões de amamentação nos seis primeiros meses de vida de bebês atendidos por Consultoria em Lactação de um Hospital Amigo da Criança.

2.2 Objetivos específicos

- 1) Verificar as frequências de Aleitamento Materno Exclusivo, Aleitamento Materno Predominante, Aleitamento Materno Complementado e Aleitamento Materno Misto aos 15, 30, 60, 120 e 180 dias de vida de bebês atendidos por Consultoria em Lactação de um Hospital Amigo da Criança;
- 2) Determinar a sobrevida de aleitamento materno exclusivo nos seis primeiros meses de vida de bebês atendidos por Consultoria em Lactação de um Hospital Amigo da Criança;
- 3) Identificar os fatores associados à interrupção do AME nos seis primeiros meses de vida de bebês atendidos por Consultoria em Lactação de um Hospital Amigo da Criança.

3 REVISÃO DA LITERATURA

Este capítulo será estruturado nos tópicos “Políticas e estratégias de incentivo ao aleitamento materno”, “Dados epidemiológicos de aleitamento materno”, “Fatores interferentes na interrupção do AME nos primeiros seis meses de vida do bebê” e “Consultoria em Lactação”.

3.1 Políticas e estratégias de incentivo ao aleitamento materno

No Brasil, a preocupação do governo com a saúde materno-infantil teve seu início no Estado Novo (1937-1945) com a criação do Departamento Nacional da Criança, que tinha por objetivo normatizar o atendimento à dupla mãe-bebê e combater a mortalidade infantil. Com o avançar no cenário político nacional, cria-se, em 1975, o Programa Nacional de Saúde Materno-Infantil, sendo um dos objetivos do programa estimular o aleitamento materno, além de ampliar e melhorar a qualidade das ações às mulheres durante a gestação, parto e puerpério, e às crianças menores de cinco anos (BRASIL, 2011a).

Um das primeiras estratégias voltadas diretamente para o aleitamento materno foi o **Programa Nacional de Incentivo ao Aleitamento Materno (PNIAM)**, criado em 1981. Dentre as diversas ações, o programa promovia o treinamento de profissionais de saúde, aconselhamento em amamentação individualizado às mulheres, grupos de apoio à amamentação na comunidade e aprovação de leis que protegem a amamentação. Além disso, havia campanhas da mídia promovendo o aleitamento materno e o controle do marketing de leites artificiais (SOUZA; ESPÍRITO SANTO; GIUGLIANI, 2008).

Na tentativa de frear a interferência das indústrias e comércio na amamentação, surge, em 1992, a **Norma Brasileira de Comercialização de Alimentos para Lactentes e Crianças de Primeira Infância, Bicos, Chupetas e Mamadeiras (NBCAL)**. Em janeiro de 2006, baseada na NBCAL, foi publicada a Lei nº 11.265, que regulamentou a comercialização e a rotulagem de alimentos e produtos destinados a lactentes e crianças na primeira infância. Portanto, ficou proibida a realização de promoção comercial em qualquer meio de comunicação de produtos tais como leites, papinhas, chupetas e mamadeiras, evitando assim a sua interferência negativa na prática do aleitamento materno (BRASIL, 2006). Em novembro de 2015 foi promulgado o Decreto nº 8.552, que regulamentou a Lei nº 11.265 (BRASIL, 2015b).

No âmbito hospitalar, foi lançada pelo Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) e pela Organização Mundial da Saúde (OMS), em 1991, a **Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC)**. A estratégia global consiste na adoção de medidas para mobilizar os funcionários dos estabelecimentos de saúde a fim de reduzir os índices de desmame precoce. Para isso, foram implementados os “Dez Passos para o Sucesso do Aleitamento Materno”, que incluem auxiliar as puérperas durante a amamentação, informando os benefícios desta prática; desencorajar a introdução de alimentos ou bebidas que não seja o leite materno; evitar o uso de bicos artificiais e chupetas; praticar Alojamento Conjunto, ou seja, permitir que mães e recém-nascidos permaneçam juntos 24 horas por dia (UNICEF, 2008). Recentemente foi lançada uma atualização para estas recomendações. A nova orientação foi dividida em duas partes (Procedimentos críticos de gestão e Práticas clínicas básicas) e dois novos subitens foram incluídos (“Cumprir plenamente o Código Internacional de Comercialização de Substitutos do Leite Materno e as resoluções relevantes da Assembleia Mundial da Saúde” e “Estabelecer sistemas contínuos de monitoramento e gerenciamento de dados”) (WHO, 2018).

Ademais, para serem habilitados à IHAC, os estabelecimentos de saúde públicos e privados deverão cumprir a Lei nº 11.265 e a NBCAL, garantir a permanência da mãe ou do pai junto ao recém-nascido 24 (vinte e quatro) horas por dia e livre acesso a ambos ou, na falta destes, ao responsável legal, além de cumprir o critério global Cuidado Amigo da Mulher (BRASIL, 2014).

No último levantamento, realizado em 2016, constatou-se que já são 326 estabelecimentos de saúde certificados com o título de Hospital Amigo da Criança no país. O estado do Rio Grande do Sul é responsável por 16 destes hospitais, sendo cinco deles na capital Porto Alegre (BRASIL, 2016a).

Visando melhorar não apenas a qualidade do atendimento ao recém-nascido (RN), bem como à mulher, a Portaria nº 1.153 de 2014 redefine os critérios de habilitação da IHAC. A partir desta data a instituição de saúde deve cumprir o critério global de **Cuidado Amigo da Mulher**, que requer a adoção de práticas como a presença de acompanhante durante todo o processo de parturição, oferta de líquidos e alimentos leves à mulher durante o trabalho de parto, assim como incentivá-la a movimentar-se e adotar a posição de sua escolha durante o parto. O profissional deve garantir à mulher, ambiente tranquilo e acolhedor, disponibilizar métodos não farmacológicos de alívio da dor e assegurar a redução de procedimentos invasivos (rupturas de membranas, episiotomias, aceleração/indução do parto, partos instrumentais ou cesarianas), a menos que o profissional julgue necessário. A participação de

doula também fica autorizada conforme rotina dos estabelecimentos de saúde (BRASIL, 2014).

Uma das estratégias mais antigas instituída e voltada à amamentação foi a criação de **Bancos de Leite Humano (BLH)**. O primeiro deles foi implantado em outubro de 1943 no Rio de Janeiro/RJ e foi planejado inicialmente para atender a casos especiais (prematuridade e distúrbios nutricionais). Em julho de 1998 foi lançada a Rede Nacional de Bancos de Leite Humano (atual Rede Brasileira de Bancos de Leite Humano - rBLH-BR) articulando órgãos das três esferas do governo, iniciativa privada e sociedade. A rBLH-BR se configura como ação estratégica da Política Nacional de Aleitamento Materno responsável por coletar, processar e distribuir leite humano a bebês prematuros e de baixo peso. Além disso, os BLH realizam atendimento de orientação e apoio à amamentação (rBLH BRASIL, 2017a). Atualmente, o estado do Rio Grande do Sul conta com nove BLH e um posto de coleta. No cenário nacional, são 220 BLH e 198 postos de coleta (rBLH BRASIL, 2017b). No ano de 2017 foram distribuídos mais de 158.000 litros de leite humano para 199.609 recém-nascidos em todo o país (rBLH BRASIL, 2017c).

Outra ação de incentivo ao aleitamento materno é o **Método Canguru**. Lançado em 2000, seu objetivo é contribuir para a mudança de postura dos profissionais, tendo em vista a humanização da assistência ao recém-nascido de baixo peso/pré-termo. Nesta ação ocorre o estímulo à entrada dos pais na unidade hospitalar para aqueles bebês que necessitam de internação, visando estabelecer contato pele a pele e lactação. Dentre os benefícios deste método pode-se citar aumento do vínculo mãe-bebê, melhora na qualidade do desenvolvimento neurocomportamental e psicoafetivo do RN, estímulo ao aleitamento materno, redução do risco de infecção hospitalar e sentimento de maior competência e confiança dos pais no manuseio do seu filho. Estas famílias permanecem em acompanhamento via ambulatório (BRASIL, 2011b).

A fim de dar continuidade ao apoio e incentivo ao aleitamento materno na rede básica, foi criada a **Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil**. Resultante da integração das ações da Rede Amamenta Brasil e da Estratégia Nacional de Promoção da Alimentação Complementar Saudável (ENPACS), a estratégia tem como objetivo qualificar as ações de promoção do aleitamento materno e da alimentação complementar saudável para crianças menores de dois anos de idade, além de aprimorar as competências e habilidades dos profissionais de saúde para a promoção do aleitamento materno e da alimentação complementar como atividade de rotina das Unidades Básicas de Saúde (UBS) (BRASIL, 2015c).

Tendo como base legal a Portaria nº 1.920, de 5 de setembro de 2013, a Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil vem sendo implementada por meio de oficinas de formação de tutores e de oficinas de trabalho nas UBS. Estas oficinas objetivam qualificar os profissionais de saúde para apoiar o fortalecimento, planejamento, implementação e avaliação de ações de promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno e alimentação complementar saudável nas UBS. Esta formação deve ocorrer de forma contínua, considerando a educação permanente em saúde, com base nos princípios da educação crítico reflexiva (BRASIL, 2013).

Outra ação que protege e promove o aleitamento materno são as **Licenças Maternidade e Paternidade**. As mulheres que trabalham no serviço público podem gozar de 180 dias de licença maternidade e aquelas cujo cargo é em empresa privada podem ter de 120 a 180 dias de licença. Nas empresas privadas, os 120 primeiros dias são regulamentados por lei e a extensão da licença por mais 60 dias apenas para as funcionárias cuja empresa é integrante do Programa Empresa Cidadã. Ressalta-se que não deve haver desconto salarial neste período, independente se a empresa é pública ou privada.

O mesmo ocorre na Licença Paternidade, porém por um período reduzido. Nos trabalhadores do serviço público, as empresas são obrigadas a fornecer 20 dias de licença sem prejuízo no salário. Nos servidores de empresas privadas, os cinco primeiros dias são de direito do trabalhador e a extensão para até 20 dias é válida apenas para funcionários cuja empresa faz parte do Programa Empresa Cidadã (BRASIL, 2016b).

Uma estratégia que vem ganhando espaço são as **Salas de Apoio à Amamentação** em empresas públicas e privadas. O objetivo é criar ambientes seguros e confortáveis para que a trabalhadora possa coletar e armazenar seu leite quando está em seu local de trabalho, longe do seu filho. A ação não é apenas benéfica à dupla mãe-criança. As empresas também se beneficiam, uma vez que crianças amamentadas adoecem menos, reduzindo a taxa de absenteísmo da funcionária, além de criar uma imagem positiva da empresa perante os funcionários e a sociedade. As salas de apoio à amamentação são de baixo custo de implantação, uma vez que não necessitam de elevada tecnologia e material para sua execução (BRASIL, 2010). Segundo levantamento, são 205 salas de apoio certificadas pelo Ministério da Saúde no Brasil, sendo apenas cinco no Rio Grande do Sul, concentradas em Porto Alegre e região metropolitana (BRASIL, 2018).

3.2 Dados epidemiológicos de aleitamento materno

Por possuir impacto direto nas questões de saúde, muitos países buscam realizar levantamentos de rotina de suas taxas de AM, bem como os fatores que nela interferem. Estudo estimou uma prevenção de cerca de 823 mil mortes a cada ano em crianças menores de cinco anos se as taxas de AM aumentassem em quase todo o mundo (VICTORA *et al.*, 2016). Esta prevenção ocorre visto que os bebês alimentados exclusivamente com leite materno têm menor risco de septicemia, diarreias e infecções respiratórias, tendo relação direta nas taxas de mortalidade (KHAN *et al.*, 2014). Além disso, revisão da Biblioteca Cochrane constatou que crianças em AME por seis meses são menos acometidas por infecções gastrointestinais, conseqüentemente possuem menor risco de morbidade, quando comparadas aquelas que são parcialmente amamentadas a partir do 3º e 4º mês de vida (KRAMER; KAKUMA, 2012).

Entretanto, apesar da constante produção de conhecimento sobre a temática, as taxas de AM ao redor do mundo ainda são muito abaixo do ideal. Em publicação na revista *The Lancet*, constatou-se que, em países de baixa renda e de renda média, apenas 37% das crianças com menos de seis meses de idade são amamentadas de forma exclusiva. Já em países de alta renda, com poucas exceções, a duração da amamentação é mais curta quando comparada àqueles países pobres sem recursos (VICTORA *et al.*, 2016).

O último inquérito nacional sobre amamentação e alimentação complementar, coordenado pelo Ministério da Saúde, foi realizado em 2009, durante a vacinação de crianças, em todas as capitais brasileiras, exceto o Rio de Janeiro. Para definição de AME, neste inquérito foi considerado o recebimento ou não de leite materno de forma exclusiva nas 24 horas antecedentes à pesquisa. Foi possível estimar que a prevalência de AME em menores de seis meses foi de 41% no conjunto das capitais brasileiras, sendo a região norte a que apresentou a maior prevalência de AME (45,9%). A pior situação é da região nordeste, com uma taxa de 37,0% de AME até o sexto mês de vida da criança. A região sul possui prevalência de 43,9% de AME até os seis meses, mas Porto Alegre possui a pior taxa em comparação às demais duas capitais representantes da região, com taxa de 38,2% (BRASIL, 2009). Isto demonstra que as taxas brasileiras de AME, em geral, são consideradas razoáveis, segundo parâmetros estabelecidos pela OMS (WHO, 2003).

Em Porto Alegre (RS), estima-se que as crianças permanecem em AME por apenas 52 dias, e a probabilidade de a criança estar em AME na capital do Rio Grande do Sul é de 66,7% nos primeiros 15 dias de vida, com queda elevada aos 30, 60, 90, 120 e 180 dias

subsequentes (60,6%, 46,2%, 32,8%, 21,7% e 8,2%, respectivamente). Em comparação com o restante do país, observa-se que a pior situação é na região nordeste, com probabilidade de interrupção do AME em torno de 52% já no primeiro mês do bebê. Na região centro-oeste, os bebês apresentam maior probabilidade de permanecer em AME no primeiro mês, com 67,6%, ainda que Cuiabá (39,3%) apresente uma taxa bastante abaixo da média nacional (60,6%) (BRASIL, 2009). Portanto, a probabilidade de uma criança permanecer em AME sofre acentuada queda já nos primeiros dias de sua vida, e a interrupção se eleva à medida que o bebê vai se distanciando do nascimento (BRASIL, 2009; FIGUEREDO; MATTAR; ABRÃO, 2013; MORAES *et al.*, 2016). Segundo Pereira *et al.* (2010), a queda na prevalência do AME é de 17% a cada mês de vida do bebê.

Machado *et al.* (2014) realizaram pesquisa em uma cidade de Minas Gerais, e observaram que as prevalências de abandono do AME aos 30, 60 e 120 dias após o parto foram de 53,6%, 47,6% e 69,6%, respectivamente. Percentual similar ao encontrado em estudo de coorte prospectivo realizado em Pelotas/RS, em que os autores constataram que 60% dos bebês permaneciam em AME em seu primeiro mês de vida e que aos três meses 29,3% deles já haviam sido desmamados (KAUFMANN *et al.*, 2012). Estudo realizado na capital paulista revelou que 34,1% dos bebês monitorados permaneciam em AME ao final de seis meses (ROCCI; FERNANDES, 2014).

No panorama internacional, índices semelhantes ao brasileiro foram encontrados em estudo coreano que identificou uma taxa de 60,9% de AME no primeiro mês de vida dos bebês, 55% aos três meses e de 35,4% aos seis meses (KIM; KIM; YOO, 2013). Já pesquisa australiana realizada com 6752 mulheres de um Hospital Amigo da Criança constatou declínio de 53,5% nas taxas de AME no primeiro mês para 31,4% no quarto mês de vida dos bebês estudados (BRODRIBB; KRUSKE; MILLER, 2013).

Entretanto, quando comparadas a outras realidades, pode-se considerar que as taxas de AM brasileiras são elevadas. Coorte realizada no Kuwait com 373 mulheres acompanhadas desde o nascimento de seus bebês até 26 semanas após o parto aponta uma duração média de AME menor de uma semana (DASHTI *et al.*, 2014). Estudo realizado na Jordânia evidenciou que 37,8% das mulheres entrevistadas permaneciam oferecendo apenas leite materno no primeiro mês de vida de seus filhos, sendo que este percentual cai para 6% ao final do quarto mês de vida das crianças e chega a 1% ao final de seis meses (ABUIDHAIL *et al.*, 2014). Já estudo espanhol concluiu que 67,7% dos bebês permaneciam em AME aos 30 dias, 58,1% aos 90 dias e apenas 12,5% aos 180 dias (ROIG *et al.*, 2010).

3.3 Fatores interferentes na interrupção do AME nos primeiros seis meses de vida do bebê

Apesar dos esforços empregados diretamente nas questões do aleitamento materno, as taxas estão muito abaixo do recomendado (WARKENTIN *et al.*, 2013). Para o AME, são muitos os fatores envolvidos na sua interrupção antes da criança completar seis meses de vida. Em virtude disso, muitos estudos buscam identificar os determinantes na sua ocorrência, sejam eles psicossociais, sociodemográficos ou fisiológicos capazes de influenciar na duração do AM.

Para alguns autores, as mulheres que já têm filhos estão mais protegidas da interrupção do AME antes do sexto mês de vida do bebê do que aquelas que estão tendo esta vivência pela primeira vez (SALUSTIANO *et al.*, 2012; GUSMÃO *et al.*, 2013; DASHTI *et al.*, 2014). Este fator pode se dar em razão da experiência prévia que estas mulheres têm com a amamentação. Para Vieira *et al.* (2010), as mulheres que amamentaram os filhos anteriores são mais propensas a amamentarem até os seis meses em comparação àquelas que não tiveram esta experiência. Apesar disso, Chandrika *et al.* (2015) reforça que possuir família numerosa também está associado à interrupção do AME já no primeiro mês de vida.

Algumas características maternas podem ter repercussão no tempo de AME dos bebês. A idade materna é uma delas e é comumente identificada como fator influente na interrupção precoce do AME, embora controverso. Autores afirmam que, com o avançar da idade materna, as chances de AME aumentam (NISHIMURA *et al.*, 2018). Entretanto, estudos concluíram que ser mãe após os 30 anos de idade é considerado um fator de risco (MORTAZAVI *et al.*, 2015; COLOMBO *et al.*, 2018), assim como ser mãe adolescente (ESPÍRITO SANTO; OLIVEIRA; GIUGLIANI, 2007).

A escolaridade materna também foi destacada como fator que se associa à interrupção do AM. Estudos sugerem que quanto mais anos de estudo a mulher tem, maior a chance de sucesso na amamentação até os seis meses do bebê (GUSMÃO *et al.*, 2013; DASHTI *et al.*, 2014; VIEIRA *et al.*, 2014). Para Andrés *et al.* (2013) ter ensino básico ou médio diminuiu significativamente a probabilidade de amamentar já no primeiro mês quando comparadas às mulheres que possuíam ensino superior. Resultado semelhante ao encontrado por Chandrika *et al.* (2015) em estudo de caso-controle indiano com bebês de alto risco.

As mulheres com renda familiar maior do que a média tinham mais chances de não estar em AME já no primeiro mês (MORTAZAVI *et al.*, 2015), assim como aquelas que trabalhavam fora do ambiente doméstico, que corriam mais risco de interrupção precoce do

AME quando comparadas àquelas que exercem atividades exclusivas do lar (MACHADO *et al.*, 2014; SALUSTIANO *et al.*, 2012; HAMADE *et al.*, 2013; LIU *et al.*, 2013). Além disso, mulheres com hábito de tabagismo durante a gestação tinham menor probabilidade de permanecer em AME até o final do primeiro mês de vida de seus bebês (KAUFMANN *et al.*, 2012; ANDRÉS *et al.*, 2013; RIUS *et al.*, 2014).

A presença nas consultas de pré-natal é capaz de impactar no futuro da amamentação. Mulheres que tinham menos de seis consultas de pré-natal tiveram maior chance de interromper o AME antes do preconizado (ESPÍRITO SANTO; OLIVEIRA; GIUGLIANI, 2007). Ademais, Vieira *et al.* (2014) concluíram que ter assistência pré-natal fornecida por serviços públicos mostrou-se fator de proteção do AME. Já Salustiano *et al.* (2012) afirmam que essa proteção se estende no período puerperal quando a mulher recorre à rede pública de saúde.

Quando considerados os fatores obstétricos da gestação atual, evidenciou-se que mulheres que foram submetidas à cesariana estavam mais propensas a interromper a amamentação antes dos seis meses de vida do bebê (AUDI; CORRÊA; LATORRE, 2003; NARCHI *et al.*, 2009; ANDRÉS *et al.*, 2013). Entretanto, crianças nascidas em hospital com título da Iniciativa Hospital Amigo da Criança estavam mais protegidas da interrupção precoce do AME quando comparadas às que nasceram em hospitais sem o título (NARCHI *et al.*, 2009; VIEIRA *et al.*, 2014; ROCCI; FERNANDES, 2014). O peso do bebê ao nascer também foi citado como determinante na duração da interrupção do AME, sugerindo que bebês de baixo peso estariam mais predispostos a interromper o AME de forma precoce (AUDI; CORRÊA; LATORRE, 2003; GRANVILLE-GARCIA *et al.*, 2012).

Os primeiros dias pós-parto são cruciais para o futuro da amamentação. A mulher estar no sistema de alojamento conjunto, com seu bebê 24 horas, aumenta a chance de amamentação exclusiva (BRODRIBB; KRUSKE; MILLER, 2013). Entretanto, a má técnica de amamentação (ESPÍRITO SANTO; OLIVEIRA; GIUGLIANI, 2007) e as mulheres com mamilos planos apresentam maior chance de antecipar a interrupção do AME (RIUS *et al.*, 2014). A percepção de que seu leite era insuficiente para satisfazer o lactente levou as mulheres a buscarem outra fonte de alimentação para o seu filho, como o uso da mamadeira, levando a interrupção do AME precocemente (ABUIDHAIL *et al.*, 2014).

As mulheres que tinham a intenção de amamentar, que planejaram a gravidez e aquelas que receberam apoio estavam mais propensas a amamentar seus filhos até os seis meses (HAMADE *et al.*, 2013). O apoio que a mulher recebe durante este período pode ajudar a desconstruir mitos, além de elevar as chances de sucesso no AM. Segundo autores,

não ter recebido ajuda do companheiro está associado à interrupção do AME em menores de seis meses (MACHADO *et al.*, 2014), assim como não receber orientações sobre amamentação no período puerperal (MACHADO *et al.*, 2014; VIEIRA *et al.*, 2014).

As mulheres que enfrentaram alguma dificuldade na amamentação estão mais propensas a não dar continuidade no AME até o tempo preconizado (MORTAZAVI *et al.*, 2015), podendo haver interrupção do AME já no primeiro mês de vida dos bebês (MORAES *et al.*, 2016). Mães que participam de programa de incentivo ao AM tiveram taxas de AM e AME significativamente superiores entre as crianças cujas mães não participaram do programa ($p < 0,001$) durante os primeiros seis meses de vida (BRASILEIRO *et al.*, 2010).

Os hábitos estimulados aos bebês já nos seus primeiros dias são capazes de interferir na duração do AM. Aqueles bebês que possuíam horários pré-determinados para mamar estavam mais expostos a não serem amamentados até o sexto mês de vida (VIEIRA *et al.*, 2010), assim como aqueles que receberam chupeta. Este fator é frequentemente descrito em pesquisas da área como interferente na amamentação (AUDI; CORRÊA; LATORRE, 2003; ESPÍRITO SANTO; OLIVEIRA; GIUGLIANI, 2007; NARCHI *et al.*, 2009; VIEIRA *et al.*, 2010; GRANVILLE-GARCIA *et al.*, 2012; KAUFMANN *et al.*, 2012; SALUSTIANO *et al.*, 2012; NETO; ZANDONADE; EMMERICH, 2013; DASHTI *et al.*, 2014; RIUS *et al.*, 2014; VIEIRA *et al.*, 2014).

O uso de fórmula láctea no ambiente hospitalar mostrou-se um fator determinante à interrupção do AME já no primeiro mês por diferentes autores (BRODRIBB; KRUSKE; MILLER, 2013; CHANTRY *et al.*, 2014; PATIL *et al.*, 2015; MORAES *et al.*, 2016). Em pesquisa nacional, verificou-se que a introdução de outros leites é precoce no primeiro mês de vida, com tendência crescente nas faixas etárias subsequentes. As regiões Nordeste e Sudeste do país lideram a introdução de outros leites no primeiro mês de vida, onde cerca de um quinto das crianças já recebem este alimento. Em Porto Alegre (RS), foi possível constatar que 15,9% das crianças já recebiam outros leites no primeiro mês de vida (BRASIL, 2009).

3.4 Consultoria em Lactação

A amamentação é um processo que sofre influências de diversos elementos constitutivos da rede social e de atenção à mulher. Inicialmente, o suporte para mulheres que enfrentavam algum tipo de dificuldade na amamentação era fornecido por familiares, amigas e/ou vizinhas, que transmitiam suas condutas fundamentadas em heranças culturais (GONÇALVES; BONILHA, 2005).

Com o aumento dos nascimentos em ambiente hospitalar, houve uma tendência de afastar o suporte familiar em AM (RIORDAN, 2010), tornando esta uma atividade também dos profissionais de saúde. Embora este profissional desempenhe um papel importante no estímulo inicial à amamentação, deve-se levar em consideração os estímulos externos que a puérpera sofre, como a família e a própria sociedade (BARCLAY *et al.*, 2012). O profissional deve compartilhar seu saber com a família da nutriz, de forma a desenvolver uma rede social que dê apoio à mulher neste processo (CAMINHA *et al.*, 2011) com o intuito de somar esforços ao invés de contribuir de forma negativa no processo.

Em revisão feita apenas com estudos clínicos randomizados, verificou-se que as intervenções realizadas por profissionais ligados à amamentação promoveram o aumento do número de mulheres que amamentaram seus filhos (PATEL; PATEL, 2016), bem como elevaram sua satisfação ao amamentar, reduzindo a sensação de dor e a ocorrência de fissuras mamilares (CHIURCO *et al.*, 2015). Além disso, as intervenções melhoraram as taxas de AM, inclusive com efeitos benéficos sobre taxas de AME (PATEL; PATEL, 2016), o que corrobora com achados de Haroon *et al.* (2013), afirmando que as mulheres que receberam orientação e apoio na amamentação aumentaram as taxas de AME.

Além das intervenções na amamentação realizadas após o nascimento do bebê, estudo ainda sugere que, quando associadas ao acompanhamento pré-natal, estas intervenções são mais eficazes na tentativa de prolongar a duração da amamentação (CHUNG *et al.*, 2008). Vieira *et al.* (2014) afirmam que receber orientação sobre AM durante a internação hospitalar auxilia na continuidade do AME pelo tempo preconizado, que vai ao encontro dos achados em estudos realizados com Consultoras em Lactação, provando que, com as intervenções promovidas por estes profissionais, foi retardada a introdução de outros alimentos (JONSDOTTIR *et al.*, 2014; CAMERON *et al.*, 2015).

Com relação à percepção da mãe e demais familiares sobre a atuação de um profissional capacitado em oferecer suporte ao aleitamento materno, um serviço de educação e apoio à amamentação de um hospital australiano composto por estes profissionais realizou pesquisa de satisfação àquelas famílias atendidas pelo serviço e constatou que a maioria dos entrevistados ficou satisfeita com o apoio dado (CHIN; AMIR, 2008). Este tipo de apoio pode ocorrer não apenas presencialmente, como evidenciado por Fu *et al.* (2014) em coorte realizada com 722 mães primíparas. A pesquisa apontou que o suporte telefônico profissional para amamentação ofertado desde o início do período pós-natal mostrou melhora na duração da amamentação entre as mulheres participantes do estudo. Já no Canadá, além da estratégia telefônica, os participantes de estudo de intervenção tiveram acesso a pelo menos uma das

estratégias de apoio à amamentação ofertadas pelos profissionais, sendo: o suporte em lactação no hospital; acesso à material informativo (folder, livro, site e vídeo) sobre aleitamento materno; e e-mails de apoio aos pais. Todos os componentes de intervenção foram utilizados e relatados como úteis pelos pais (ABBASS-DICK; DENNIS, 2018).

Apesar de conhecidas as influências que os profissionais de saúde têm sobre o aleitamento materno, estudo de revisão demonstrou que o profissional de saúde não está capacitado para a promoção do aleitamento materno (ALMEIDA; LUZ; UED, 2015). Por esta razão, surgiu, na década de 1980 nos Estados Unidos, o título de Consultor em Lactação, oriundo de um programa de apoio à lactação que se formou em 1956 em resposta as taxas de amamentação inferiores a 20% (THURMAN; ALLEN, 2008).

Atentas à baixa adesão ao aleitamento materno das mulheres norte-americanas, um grupo de voluntárias se uniu para prestar apoio às mães com dificuldades em amamentar, dando origem à *La Leche League* (LLL). Conscientes de que muitos profissionais descreditavam da qualidade das realizações voluntárias por não serem remuneradas, somada à necessidade de estabelecer padrões mínimos para aqueles que já atuavam como consultoras remuneradas, em 1984, a LLL se une à *experts* em AM para credenciar os profissionais que trabalhavam com Consultoria em Lactação. O *International Board of Lactation Consultant Examiners* (IBLCE) é um conselho de certificação internacional que em 1985, passou a conferir o Certificado Internacional de Consultor em Lactação àqueles profissionais habilitados a atender as duplas mãe-bebê e suas famílias e aptos a ajudá-las no manejo das dificuldades com o aleitamento materno (RIORDAN, 2010).

Para este título é necessária aprovação em exame oferecido anualmente em diversos países, realizado no mesmo dia em todos os locais, disponível em treze idiomas. Atualmente, existem mais de 28.800 profissionais em 105 países com o Certificado Internacional de Consultor em Lactação. No Brasil são 61 profissionais com este certificado, número muito abaixo de países como Canadá (1777 consultores) e Estados Unidos (15.738 consultores), líderes do ranking. Dentre os profissionais reconhecidos para a certificação pelo IBLCE estão dentistas, nutricionistas, parteiras, enfermeiras, fisioterapeutas, fonoaudiólogas e farmacêuticas (IBLCE, 2018).

A Consultoria em Lactação do Hospital de Clínicas de Porto Alegre tem início em 1996, após reativação do Grupo de Incentivo ao Aleitamento Materno da instituição, ocorrido em 1994. Este grupo era formado por professores da Escola de Enfermagem e da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), enfermeiras assistenciais, nutricionistas e mestrandos do Departamento de Pediatria da UFRGS. A criação

do cargo de Enfermeira Consultora em Lactação ocorreu como parte do projeto de implantação da Iniciativa Hospital Amigo da Criança, o que ocorreu em 1997. Dentre as atividades desenvolvidas por esta profissional, estava acompanhar e orientar as mães internadas, em especial aquelas que apresentavam maiores dificuldades ou problemas com a amamentação e auxiliá-las após a alta hospitalar, através de atendimento individual presencial ou por telefone no Banco de Leite Humano (GONÇALVES; SANTO; KOHLMANN, 1998).

4 MÉTODO

4.1 Tipo de estudo

Trata-se de um estudo de coorte prospectiva, que se caracteriza por uma seleção de sujeitos, em que se mede suas características atuais e os acompanha no tempo, por meio de medições periódicas dos desfechos (HULLEY *et al.*, 2008).

4.2 Campo de estudo

O estudo foi realizado na Unidade de Internação Obstétrica (UIO) do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA), integrante da rede de hospitais universitários do Ministério da Educação e destinado a campo de prática à Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). Além disso, o HCPA possui o título de Hospital Amigo da Criança desde 1997 e, dessa forma, desenvolve diversas ações voltadas para a promoção, proteção e apoio ao AM desde então. A UIO está localizada no décimo primeiro andar ala sul do HCPA e funciona na sistemática de alojamento conjunto, onde mães e seus recém-nascidos saudáveis permanecem juntos durante todo o tempo de internação, vinte e quatro horas por dia após o parto.

A Consultoria em Lactação do HCPA teve início em 1996 como parte da Iniciativa Hospital Amigo da Criança e é exercida, atualmente, por uma equipe multidisciplinar composta por duas enfermeiras, sendo uma delas com dedicação exclusiva a esta função, e uma nutricionista com dedicação parcial, assumindo outras atividades dentro da instituição relacionadas aos seus cargos. Diariamente, as equipes médica e de enfermagem solicitam, via sistema informatizado, suporte às mulheres que podem ter algum risco a complicações na amamentação ou que já estejam enfrentando problemas, como dificuldades na técnica de amamentação ou problemas mamários, para serem avaliadas e então receberem apoio de forma mais específica e contínua nas mais diversas situações que interferem no processo de aleitamento. Uma vez que esta solicitação é feita via sistema, é usual que, após o atendimento, ocorra o registro no prontuário eletrônico da puérpera.

Além dos encaminhamentos realizados dentro do hospital, a equipe ainda faz atendimentos por meio de contato telefônico e/ou presencial por demanda espontânea externa.

4.3 População e amostra

Este estudo utilizou a mesma amostra da pesquisa da qual é derivada, intitulada “Padrões de amamentação de crianças atendidas por equipe de consultoria em AM”. Também seguiu os mesmos critérios de inclusão e exclusão desta: recém-nascidos a termo (Método de Capurro¹ igual ou maior a 37 semanas) (CAPURRO *et al.*, 1978), com peso de nascimento igual ou superior a 2.500g, cujas mães residiam em Porto Alegre ou região metropolitana, que disponibilizaram número telefônico, que foram atendidas por alguma das profissionais da equipe de Consultoria em Lactação, que tinham iniciado a amamentação e que estivessem em alojamento conjunto com seu bebê. Foram excluídas do estudo as duplas com contraindicação para amamentação ou que, por problemas da mãe ou do bebê, tiveram que ser separadas após ter-se iniciado a amamentação, além de bebês gemelares.

Tal qual a pesquisa que derivou este, o cálculo amostral do presente estudo considerou uma taxa de risco de 1,48 e um percentual médio de sobrevivência do AME de 5% ao final de seis meses, conforme dados obtidos em artigo referente à variável “idade materna inferior a 20 anos” (ESPÍRITO SANTO; OLIVEIRA; GIUGLIANI, 2007), usou um poder de 80% e nível de significância de 5%, a estimativa do tamanho amostral foi de 210 duplas mãe-bebê. Estimando-se 10% de perdas, a amostra deveria ser composta por 231 mulheres. O software utilizado para o cálculo amostral foi WINPEPI, versão 11.43.

4.4 Coleta de dados

Utilizou-se a base de dados resultante da pesquisa da qual é derivado citada anteriormente. A coleta foi realizada por uma equipe composta por duas mestrandas do Programa de Pós-graduação em Enfermagem/UFRGS, duas alunas do curso de graduação em Enfermagem da UFRGS, sendo uma delas bolsista PIBIC/CNPq-UFRGS, coordenadas por duas professoras Adjuntas da Escola de Enfermagem/UFRGS, todas integrantes do GEMBE (Grupo de Estudos da Saúde da Mulher e do Bebê).

A inclusão das participantes ocorreu no período de agosto de 2016 a maio de 2017, com acompanhamento via telefone até novembro de 2017. As entrevistas iniciais ocorreram de segunda a sexta-feira, na Unidade de Internação Obstétrica do HCPA, onde foram identificadas as duplas mãe-bebê que cumpriram com os critérios de inclusão e exclusão

¹O método busca estimar a idade gestacional do RN baseada na observação de cinco características físicas previamente definidas utilizando uma escala.

previamente estabelecidos. A coleta inicial dos dados ocorreu por meio de entrevista com base em questionário estruturado (APÊNDICE A) preenchido pelas pesquisadoras, aplicado às mães dos recém-nascidos em alojamento conjunto, encaminhadas para atendimento pela equipe de Consultoria em Lactação.

As entrevistas após a alta hospitalar foram realizadas por telefone aos quinze (APÊNDICE B), 30, 60, 120 e 180 dias (APÊNDICE C) após o nascimento do bebê, com o preenchimento de questionário elaborado para as coletas de seguimento, com período máximo para aplicação dos questionários de dois dias após a criança completar as idades estabelecidas para cada seguimento. Portanto, as duplas mãe-bebê foram acompanhadas até o sexto mês de vida dos bebês, exceto aquelas que tinham interrompido o AM ou cujo contato telefônico não foi possível.

4.5 Variáveis do estudo

- Características sociodemográficas: idade materna (questão aberta); cor autodeclarada (branca; não-branca); anos de estudo completo da mulher (questão aberta); trabalho externo ao lar (sim; não); tem companheiro(a) (sim; não); com quem reside (companheiro(a); mãe; sogra; outro); renda familiar (questão aberta);
- Características obstétricas: número de filhos vivos (questão aberta); tipo de parto (vaginal com episiotomia; vaginal sem episiotomia; cesárea); teve os seguintes problemas para amamentar: dor (sim; não); fissura/bolha/marcas/equimoses no mamilo ou aréola (sim; não); mamas muito cheias (sim; não); vermelhidão na mama (sim; não); febre (sim; não); eliminação de pus (sim; não); outro;
- Informações de pré-natal: realizou pré-natal (sim; não); número de consultas de pré-natal registradas na carteira de gestante (questão aberta); durante o pré-natal, recebeu orientação sobre aleitamento materno (sim, bastante; sim, mais ou menos; sim, pouca; não recebeu); participou de algum grupo ou curso de gestante (sim; não); durante o grupo/curso, recebeu orientação sobre aleitamento materno (sim, bastante; sim, mais ou menos; sim, pouca; não recebeu);
- Hábitos maternos: fumou durante a gravidez (sim; não); número de cigarros por dia (questão aberta); usou alguma droga durante a gestação (sim; não); se sim, qual droga e com que frequência (questão aberta);

- Amamentação anterior: por quanto tempo os filhos anteriores foram amamentados (questão aberta);
- Escolaridade do companheiro: anos de estudo completo do companheiro(a) (questão aberta);
- Dados de nascimento: data de nascimento do bebê (questão aberta); sexo do bebê (feminino; masculino), peso de nascimento (questão aberta); classificação do bebê segundo método de Capurro (AIG, PIG, GIG).

Questionários de seguimento:

- Informações referentes à internação hospitalar: bebê recebeu complemento lácteo (sim; não); saiu do hospital em AME (sim; não, por quê?); orientação na alta hospitalar (AME; AM + fórmula láctea; outra); teve os seguintes problemas ou dificuldades para amamentar: dor (sim; não); fissura/bolha/marcas/equimoses no mamilo ou aréola (sim; não); mamas muito cheias (sim; não); vermelhidão na mama (sim; não); febre (sim; não); eliminação de pus (sim; não); foi ao Banco de Leite Humano (sim; não; quantas vezes);
- Informações referentes à amamentação após a alta hospitalar: o bebê está em aleitamento materno (sim; não, por quê?); o bebê mama no seio de outra mulher (sim; não); o bebê tem horário fixo para mamar (sim; não); o bebê está recebendo água (sim; não; motivo da introdução; com quantos dias introduziu), chá (sim; não; motivo da introdução; com quantos dias introduziu), suco (sim; não; motivo da introdução; com quantos dias introduziu), leite engrossado (sim; não; motivo da introdução; com quantos dias introduziu); outro leite (sim; não; motivo da introdução; com quantos dias introduziu; tipo de leite introduzido – leite modificado, leite em pó integral, leite em caixinha, leite em saquinho, outro); o bebê recebe estes líquidos através da mamadeira (sim; não); o bebê recebe outros alimentos (sim; não; especificar quais); tipo de alimentação do bebê (AME; AMP; AMC; AMM; interrupção do AM); duração do AM (questão aberta); está fumando no momento (sim; não; quantidade/dia);
- Apoio na amamentação pós-alta: você está trabalhando (sim; não); recebendo ajuda do companheiro para amamentar (sim; não); recebe ajuda de outra pessoa para amamentar (sim; não; quem); recebe ajuda para: cuidar dos afazeres domésticos (sim; não), cuidar do bebê (sim; não), ficar com o bebê quando se ausenta (sim; não), alimentar o bebê (sim; não);

- Uso de chupeta: o bebê usa chupeta (sim; não; motivo da introdução); com quantos dias de vida o bebê começou a receber chupeta (questão aberta); o bebê usa chupeta todos os dias (sim; não); se não recebe chupeta, foi tentado alguma vez (sim; não);
- Dificuldades em AM após alta-hospitalar: dor (sim; não); fissura/bolha/marcas/equimoses no mamilo ou aréola (sim; não); mamas muito cheias (sim; não); vermelhidão na mama (sim; não); febre (sim; não); eliminação de pus (sim; não); foi ao Banco de Leite Humano (sim; não; quantas vezes);
- Acompanhamento e auxílio: o bebê está sendo acompanhado pela rede básica (sim; não); procurou ajuda profissional em AM na rede básica (sim; não); procurou ajuda profissional em consultório privado (sim; não); procurou ajuda em AM em outro local (sim; não; qual).

4.6 Análise dos dados

A variável dependente foi a interrupção do AME em dias de vida da criança. As variáveis independentes abrangeram características sociodemográficas, obstétricas, de pré-natal, hábitos maternos, amamentação anterior, escolaridade do companheiro e dados de nascimento.

O banco de dados foi elaborado com a utilização do software SPSS 21.0. Houve a dupla digitação dos dados por integrantes da equipe de pesquisa, com posterior validação, com vistas a assegurar melhor qualidade dos dados. Para análise das variáveis qualitativas foram utilizadas frequências absolutas e relativas.

O método analítico utilizado para análise dos dados foi a Análise de Sobrevivência, para avaliar a interrupção do AME nos seis primeiros meses de vida da criança. Censurou-se os dados das duplas mãe-bebê que estiveram em AME no sexto mês, bem como os dados das duplas mãe-bebê eventualmente perdidas ao longo do seguimento.

A associação entre as variáveis e o tempo de AME foi avaliada por análise bivariada e multivariada de Regressão de Azares Proporcionais de Cox. Calculou-se a mediana do tempo de AME pelo método de Kaplan-Mayer e as curvas comparadas pelo teste de Log Rank. O critério usado para a inserção da variável no modelo multivariado é que esta apresentasse valor de $p < 0,20$ na análise bivariada. Para todos os testes descritos acima, considerou-se $p \leq 0,05$ como nível de significância estatística e as análises foram realizadas no programa SPSS versão 21.0.

4.7 Considerações éticas

O projeto maior do qual este estudo originou-se foi submetido à Comissão de Pesquisa (COMPESQ) da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), para avaliação metodológica e ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do HCPA sob número 160227 (ANEXO A), visando aval ético e metodológico. A pesquisa somente foi iniciada após obtenção de aprovação pelo CEP/HCPA, o que ocorreu no início de agosto de 2016.

Antes de cada entrevista, a pesquisa foi explicada detalhadamente à participante ou ao seu responsável, no caso de menores de 18 anos. Aquelas que aceitaram participar assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE D) em duas vias iguais, sendo que uma delas ficou com a entrevistada e a outra em posse da pesquisadora. Assegurou-se às participantes o anonimato e o uso das informações coletadas exclusivamente para fins da pesquisa, e a liberdade de desistir do estudo em qualquer etapa sem prejuízos a sua assistência e a de seu recém-nascido.

Não são conhecidos riscos referentes à participação das mulheres e de seus recém-nascidos na pesquisa, mas poderiam ter ocorrido desconfortos relacionados ao tempo, cerca de 10 minutos, destinado a cada entrevista. Não houve benefícios diretos às participantes, mas a pesquisa contribuirá para conhecimento da realidade da amamentação após a alta hospitalar, podendo melhorar a qualidade das orientações fornecidas ainda na internação, visando maior duração do AM para outras mães e bebês.

Foram respeitados os aspectos éticos para pesquisas em seres humanos de acordo com a Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, e os dados coletados ficarão sob a guarda da pesquisadora responsável por cinco anos, sendo destruídos após esse período (BRASIL, 2012).

5 ARTIGO - Artigo extraído da dissertação de mestrado “Padrões de amamentação nos seis primeiros meses de vida de bebês atendidos por Consultoria em Lactação”, apresentada à Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, RS, Brasil.

AMAMENTAÇÃO NOS SEIS PRIMEIROS MESES DE VIDA DE BEBÊS ATENDIDOS POR CONSULTORIA EM LACTAÇÃO

RESUMO

Objetivo: identificar os padrões de amamentação, a sobrevida do aleitamento materno exclusivo e os fatores associados à sua interrupção, nos seis primeiros meses de vida de bebês atendidos por Consultoria em Lactação em um Hospital Amigo da Criança. **Método:** estudo de coorte prospectivo, com 231 duplas mãe-bebê. Procedeu-se à Análise de Sobrevida para avaliação da interrupção do aleitamento materno exclusivo. **Resultados:** o percentual de aleitamento materno exclusivo aos 180 dias de vida foi 12,7%, com probabilidade de estar em aleitamento materno exclusivo neste período, conforme curva de sobrevivência, de 19,6%. Os fatores associados à sua interrupção foram tabagismo na gestação (HR 1,66; IC 1,05 – 2,61 p = 0,029), mulheres com ≥ 35 anos (HR 1,73; IC 1,03 – 2,90; p = 0,037), dificuldade na amamentação pós-alta hospitalar (HR 2,09; IC 1,29 – 3,41; p = 0,003), busca por auxílio profissional por dificuldades na amamentação (HR 2,45; IC 1,69 – 3,54; p < 0,001) e uso de chupeta (HR 1,76; IC 1,21 – 2,58; p = 0,003). **Conclusão:** os índices de aleitamento materno exclusivo estão abaixo do esperado, mesmo em duplas mãe-bebê com suporte adicional em lactação, e o reconhecimento de fatores envolvidos na interrupção pode auxiliar os profissionais no planejamento de ações preventivas.

Descritores: Aleitamento Materno; Lactação; Consultores; Análise de Sobrevida; Enfermagem; Cuidados de Enfermagem.

Descriptors: Breast Feeding; Lactation; Consultants; Survival Analysis; Nursing; Nursing Care.

Descriptores: Lactancia Materna; Lactancia; Consultores; Análisis de Supervivencia; Enfermería; Atención de Enfermería.

INTRODUÇÃO

É consenso que o leite materno é o alimento mais completo para o bebê, especialmente nos primeiros meses de vida, pois é fonte de nutrientes nas quantidades adequadas para um organismo em desenvolvimento. Além de nutritivo, o leite materno protege contra infecções, evita internações hospitalares e reduz a morbidade por diarreia e infecções respiratórias, previne episódios de otite média e asma, diminui a mortalidade por síndrome da morte súbita na infância, além de reflexos positivos durante a vida adulta, tais como aumento no quociente de inteligência, escolaridade e renda, bem como protege contra excesso de peso e obesidade. Além dos benefícios à criança, estima-se que a ampliação da amamentação a um nível quase universal seja capaz de prevenir 20.000 mortes ao ano de mulheres vítimas de câncer de mama, além de proteger a lactante contra câncer de ovário e Diabetes tipo 2⁽¹⁾.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) adota definições de aleitamento materno (AM) que são reconhecidas mundialmente⁽²⁾, sendo estes padrões de amamentação também utilizados no Brasil. Define-se como Aleitamento Materno Exclusivo (AME) quando a criança recebe somente leite materno ou leite humano de outra fonte, sem receber outros líquidos ou sólidos. Quando há introdução de sucos de frutas, água ou bebidas à base de água, o AM é classificado como predominante (AMP). O Aleitamento Materno Complementado (AMC) caracteriza-se quando a criança recebe qualquer alimento sólido ou semissólido com a finalidade de complementar, e não de substituir o leite materno. Por fim, o Aleitamento

Materno Misto (AMM) ocorre quando há introdução de outros tipos de leite que não só o leite materno.

Com base em uma análise dos percentuais de AM alcançados por diferentes países, a OMS desenvolveu um sistema de classificação que permite que os países comparem seus indicadores. Desta forma, o AME até o sexto mês classifica-se como “Muito bom” com parâmetros definidos entre 90 e 100%, “Bom” com parâmetros entre 50 e 89%, “Razoável” entre 12 e 49% e “Ruim” entre 0 e 11%⁽³⁾.

O aumento das taxas de AME tem forte impacto na redução de mortes de crianças, estimando que aquelas amamentadas exclusivamente tenham apenas 12% do risco de morte em comparação com aquelas que não foram amamentadas⁽¹⁾. Em virtude de seus benefícios e das razões para contraindicar a introdução precoce de outros alimentos, a OMS e o Ministério da Saúde recomendam AM por dois anos ou mais, sendo de maneira exclusiva nos primeiros seis meses de vida da criança⁽²⁾.

Apesar de conhecidos os benefícios do AM para o binômio mãe-bebê e de políticas de incentivo, as taxas nacionais permanecem abaixo do recomendado no sexto mês do bebê⁽⁴⁻⁵⁾. Uma importante estratégia para aumentar o número de crianças amamentadas pelo período preconizado é a Consultoria em Lactação, composta por profissionais habilitados a prestar atendimento às duplas mãe-bebê e suas famílias no manejo das dificuldades com o AM⁽⁶⁾. O consultor em lactação é certificado pelo International Board of Lactation Consultant Examiners (IBLCE), após aprovação em exame oferecido anualmente em diversos países⁽⁷⁾.

Estudos apontam que o início da amamentação e suas taxas, inclusive de AME, são positivamente afetadas pela atuação dos consultores em lactação⁽⁸⁻⁹⁾, além de demonstrar que as mulheres atendidas por esses profissionais amamentam por um período mais longo quando comparadas às que não tiveram esta intervenção⁽¹⁰⁾.

Considerando que os primeiros dias após o nascimento constituem um período em que ocorrem as maiores preocupações com a amamentação e no qual as mulheres estão mais suscetíveis às dificuldades em AM⁽¹¹⁾, e tendo em vista o impacto da Consultora em Lactação na promoção, proteção e apoio à amamentação, somado à escassez de estudos nacionais sobre a atuação deste profissional, o presente estudo tem por objetivos identificar os padrões de amamentação, a sobrevivência do aleitamento materno exclusivo (AME) e os fatores associados à sua interrupção, nos seis primeiros meses de vida de bebês atendidos por Consultoria em Lactação em um Hospital Amigo da Criança.

MÉTODO

O presente estudo é parte de uma pesquisa maior intitulada “Padrões de amamentação de crianças atendidas por equipe de consultoria em aleitamento materno”. Trata-se de um estudo de coorte prospectivo, realizado com duplas mãe-bebê atendidos por Consultoria em Lactação do Hospital de Clínicas de Porto Alegre/RS (HCPA). Como parte da Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC), a instituição conta, desde 1996, com uma equipe de Consultoria em Lactação composta, atualmente, por duas enfermeiras, sendo uma com dedicação exclusiva a esta função, e a segunda enfermeira e a nutricionista com dedicação parcial. Diariamente, a equipe assistencial solicita, via sistema informatizado, suporte às duplas mãe-bebê com risco para a ocorrência de dificuldades na amamentação ou que já estejam enfrentando problemas, visando avaliação, apoio e auxílio contínuo nas situações que possam culminar na interrupção do AME antes do período preconizado ou em desmame precoce. Uma vez que esta solicitação é feita via sistema informatizado, é usual que, após o atendimento, ocorra o registro no prontuário eletrônico da puérpera.

Foram incluídas duplas residentes em Porto Alegre ou região metropolitana que disponibilizassem um número de telefone para posterior contato, com recém-nascidos a termo

(Idade Gestacional definida pelo Método de Capurro ≥ 37 semanas) e com peso de nascimento $\geq 2.500\text{g}$, que estivessem em alojamento conjunto, que tinham iniciado a amamentação e que foram atendidas por alguma das profissionais que compõe a equipe de Consultoria em Lactação. Foram excluídas mães com gemelares, duplas com contraindicação permanente ou temporária para AM ou que tiveram que ser separadas após ter iniciado a amamentação.

A inclusão das participantes ocorreu no período de agosto de 2016 a maio de 2017, com acompanhamento via telefone até novembro de 2017. A amostra foi selecionada de segunda-feira a sexta-feira na Unidade de Internação Obstétrica (UIO) do HCPA, após a identificação das duplas que preenchiam os critérios de inclusão. As mulheres foram convidadas a participar do estudo e, em caso de aceite e após leitura, assinavam em duas vias iguais o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, sendo uma das vias ficando em posse da entrevistada e a outra em poder da pesquisadora.

Para o cálculo amostral utilizou-se a mesma amostra da pesquisa da qual é derivada, na qual se considerou uma taxa de risco de 1,48 e um percentual médio de sobrevivência do AME de 5% ao final de seis meses, conforme dados obtidos em artigo com referência à variável “idade materna inferior a 20 anos”⁽¹²⁾. Considerando poder de 80% e nível de significância de 5%, a estimativa do tamanho amostral para o estudo foi de 210 duplas mãe-bebê. Estimando-se 10% de perdas, a amostra foi composta por 231 duplas mãe-bebê. O software utilizado para o cálculo amostral foi WINPEPI, versão 11.43.

A coleta dos dados se deu em seis momentos: presencialmente na UIO, tendo as entrevistas ocorridas após as primeiras 24 horas do nascimento da criança e após terem recebido o atendimento por alguma das Consultoras em Lactação, e via telefone aos 15, 30, 60, 120 e 180 dias de vida do bebê, com período máximo para aplicação dos questionários de dois dias após a criança completar as idades estabelecidas para cada seguimento. As

entrevistas de seguimento ocorreram enquanto as crianças estivessem em AM ou até o momento em que ocorresse interrupção de contato com a participante por não atender ao telefone ou por mudança de telefone durante o período de coleta de dados.

Utilizou-se a base de dados resultante da pesquisa da qual o presente estudo é derivado. A variável dependente foi a interrupção do AME em dias de vida da criança. As variáveis independentes abrangeram características sociodemográficas, obstétricas, de pré-natal, hábitos maternos, amamentação anterior, escolaridade do companheiro e dados de nascimento.

Os dados foram analisados por meio de análise descritiva e analítica. A análise de sobrevivência foi utilizada para avaliar o tempo até a interrupção do AME nos primeiros seis meses de vida da criança. Foram censurados os dados das duplas mãe-bebê que ainda estavam em AME ao final do seguimento de 180 dias, bem como os dados das duplas que eventualmente foram perdidas ao longo do seguimento.

Para comparar as características das duplas que compuseram a amostra até o final do estudo e daquelas cujo acompanhamento foi interrompido, foi utilizado teste t de Student para comparar médias, teste de Mann-Whitney para comparar medianas e qui-quadrado ou Teste Exato de Fisher para comparar proporções. Procedeu-se à associação entre as variáveis e o tempo de interrupção de AME por meio de análise bivariada e multivariada com utilização do modelo de Regressão de Azares Proporcionais de Cox. Calculou-se a mediana do tempo de AME pelo método de Kaplan-Mayer e as curvas comparadas pelo teste de Log Rank. O critério usado para a inserção da variável no modelo multivariado foi que esta apresentasse valor de $p < 0,20$ na análise bivariada. O nível de significância adotado foi de 5% ($p \leq 0,05$) e as análises foram realizadas no programa SPSS versão 21.0.

O projeto maior ao qual o presente estudo está vinculado foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital de Clínicas de Porto Alegre, sob o parecer n° 1.569.774/2016.

O desenvolvimento desta pesquisa seguiu as Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa envolvendo Seres Humanos, conforme estabelece a Resolução do Conselho Nacional de Saúde nº 466/2012.

RESULTADOS

Foram incluídas no estudo 231 duplas mãe-bebê para acompanhamento até 180 dias de vida do bebê. Por impossibilidade de contato telefônico, 18 duplas foram consideradas perda aos 15 dias, 22 aos 30 dias, 20 aos 60 dias, 11 aos 120 dias e duas aos 180 dias, totalizando 73 (31,6%) perdas até o 180º dia de vida do bebê e assim, restando, 158 duplas mãe-bebê com seguimento completo até o período estipulado para o acompanhamento. Foram comparadas as características sociodemográficas, obstétricas, de pré-natal (PN), hábitos maternos, histórico de amamentação, escolaridade do companheiro e dados de nascimento das duplas que compuseram a amostra até o final do estudo e daquelas cujo acompanhamento foi interrompido em algum momento (Tabela 1). Nenhuma das características estudadas apresentou significância estatística ($p \leq 0,05$), representando grupos semelhantes, o que garantiu a qualidade da análise, mesmo diante do alto percentual de perdas. Evidenciou-se o elevado percentual de mulheres que frequentou o número mínimo de seis consultas pré-natal (91,6%), sem ter recebido informações sobre amamentação durante as consultas ou em grupo de gestante (62,3%). Salienta-se ainda, que a maioria das mulheres era primípara (67,9%), e das com dois filhos ou mais, 59,4% afirmaram ter amamentado o último filho por um período menor do que seis meses.

Tabela 1 – Características sociodemográficas, obstétricas, de pré-natal, hábitos maternos, histórico de amamentação, escolaridade do companheiro e dados de nascimento das 231 duplas mãe-bebê, HCPA, Porto Alegre (RS), 2017.

Variáveis	Amostra (n=158) n (%)	Perdas (n=73) n (%)	P
Idade materna			0,405
< 20 anos	36 (22,8)	15 (20,5)	
20 a 35 anos	103 (65,2)	53 (72,6)	
≥ 35 anos	19 (12,0)	5 (6,8)	
Cor autodeclarada			0,578
Branca	97 (61,4)	42 (57,5)	
Preta/parda	61 (38,6)	31 (42,5)	
Anos de estudo completo da mulher			0,600
< 8 anos	32 (20,3)	17 (23,3)	
≥ 8 anos	126 (79,7)	56 (76,6)	
Trabalho externo ao lar			0,485
Sim	68 (43,0)	35 (47,9)	
Não	90 (57,0)	38 (52,1)	
Tem companheiro(a)			0,360
Sim	139 (88,0)	61 (83,6)	
Não	19 (12,0)	12 (16,4)	
Anos de estudo completo do companheiro(a)			0,219
< 8 anos	24 (15,2)	11 (15,1)	
≥ 8 anos	107 (67,7)	50 (68,5)	
Não soube informar	8 (5,1)	0 (0,0)	
Reside com*			
Companheiro	129 (92,8)	56 (91,8)	0,804
Mãe	36 (22,8)	21 (28,8)	0,327
Sogra	19 (13,7)	3 (4,9)	0,069
Renda familiar [†]			0,860
< 2 salários mínimos	47 (29,7)	22 (30,1)	
2 a 4 salários mínimos	66 (41,8)	28 (38,4)	
> 4 salários mínimos	45 (28,5)	23 (31,5)	
Consultas de PN [‡]			0,657
< 6 consultas	13 (8,4)	7 (10,3)	
≥ 6 consultas	141 (91,6)	61 (89,7)	
Informações sobre AM no pré-natal e/ou grupo			0,580
Sim	61 (38,6)	23 (31,5)	
Não	95 (60,1)	49 (67,1)	
Não fez pré-natal/grupo	2 (1,3)	1 (1,4)	
Tabagismo na gestação			0,166
Sim	26 (16,5)	7 (9,6)	
Não	132 (83,5)	66 (90,4)	
Uso de droga na gestação			0,948

Sim	2 (1,3)	1 (1,4)	
Não	156 (98,7)	72 (98,6)	
Tempo de amamentação do último filho			0,092
Sem filho anterior	108 (68,4)	49 (67,1)	
< 6 meses	34 (21,5)	10 (13,7)	
≥ 6 meses	16 (10,1)	14 (19,2)	
Via de nascimento			0,778
Vaginal	94 (59,5)	42 (57,5)	
Cesárea	64 (40,5)	31 (42,5)	
Sexo do RN			0,123
Feminino	63 (39,9)	37 (50,7)	
Masculino	95 (60,1)	36 (49,3)	
Classificação do RN [§]			0,280
AIG	127 (80,4)	60 (82,2)	
PIG	11 (11,0)	8 (11,0)	
GIG	20 (12,7)	5 (6,8)	

*Os resultados podem exceder 100% uma vez que pode haver mais de uma resposta; †Conforme salário mínimo de 2017 (R\$954,00); ‡Desconsideradas as mulheres que não tinham carteira de pré-natal; §Conforme Curva de Lubchenco⁽¹³⁾

Apenas uma (0,5%) mulher referiu ter retornado ao trabalho antes dos 15 dias de vida do filho. Todas as mulheres que responderam ao questionário de 15 dias afirmaram ter algum tipo de apoio para a realização dos afazeres domésticos e/ou cuidados com o bebê.

Na Tabela 2 encontram-se dados referentes às entrevistas ocorridas após a alta hospitalar. Quanto às informações referentes à internação hospitalar, coletadas aos 15 dias de vida do bebê, constatou-se que 98,1% das mulheres apresentou complicações no AM. O uso de fórmula láctea pelo menos uma vez foi frequente pelos bebês em alojamento conjunto (53,5%), com 42 (37,2%) mulheres referindo como justificativa para o seu uso a “dificuldade na técnica de AM”, 39 (34,5%) alegaram a baixa produção de leite/apojadura tardia, 15 (13,3%) mulheres relataram que o motivo da utilização de fórmula láctea se deu por apresentarem fissura mamilar, 12 (10,6%) mulheres atribuíram o uso da fórmula à perda de peso do RN e 10 (8,8%) mulheres mencionaram que o bebê recebeu complementação láctea na internação por apresentar hipoglicemia.

No que se refere à orientação de alimentação do recém-nascido na alta hospitalar, a maioria das mães (80,3%) foi orientada pelos profissionais a permanecer exclusivamente em aleitamento materno, ao passo que 42 (19,7%) obtiveram orientação de permanecer em AM complementado com fórmula láctea.

Ressalta-se que 91 (42,7%) bebês iniciaram o uso de chupeta no período do nascimento até o 15º dia de vida.

Tabela 2 – Informações referidas pelas mães sobre os padrões de aleitamento materno e aspectos relacionados, após alta hospitalar e até o sexto mês de vida do bebê, HCPA, Porto Alegre (RS), 2017.

Variáveis	15 dias	30 dias	60 dias	120 dias	180 dias
	(n = 213)	(n = 191)	(n = 171)	(n = 160)	(n = 158)
	n (%)				
Recém-nascido em aleitamento materno					
Sim	209 (98,1)	173 (90,6)	141 (82,5)	109 (68,1)	101 (65,9)
Não*	4 (1,9)	18 (9,4)	30 (17,5)	51 (31,9)	57 (36,1)
Motivos [†]					
Leite secou/Baixa produção	3 (75,0)	7 (50,0)	4 (33,3)	-	1 (16,7)
Dificuldade na técnica	1 (25,0)	5 (35,7)	2 (16,7)	1 (4,8)	6 (100,)
Desinteresse do bebê	-	1 (7,1)	5 (41,7)	10 (47,6)	3 (50,0)
Ingurgitamento	-	1 (7,1)	-	-	-
Iniciou mamadeira	-	1 (7,1)	-	-	-
Anatomia do mamilo	-	2 (14,3)	2 (16,7)	1 (4,8)	-
Ausência materna	-	-	1 (8,3)	-	3 (50,0)
Alergia	-	-	-	1 (4,8)	-
Orientação Profissional	-	-	-	2 (9,5)	-
Amamentação em livre demanda					
Não	49 (23,4)	39 (22,5)	21 (14,9)	18 (16,5)	7 (6,9)
Sim	160 (76,6)	134 (77,5)	120 (85,1)	91 (83,5)	94 (93,1)
Recém-nascido recebe [‡]					
Chá	10 (4,7)	47 (24,6)	56 (32,7)	61 (38,1)	65 (41,1)
Água	1 (0,5)	9 (4,7)	27 (15,8)	54 (33,8)	69 (43,7)
Suco	-	-	-	14 (8,8)	36 (22,8)
Outro leite	66 (31,0)	80 (41,9)	78 (45,6)	81 (50,6)	76 (48,1)
Recém-nascido recebe líquidos por meio de [†]					
Mamadeira	62 (89,9)	92 (95,8)	97 (97)	98 (98)	81 (93,1)
Copinho/colher/seringa	12 (17,4)	7 (7,3)	4 (4)	3 (3)	2 (2,3)
Apoio familiar para AM	166 (79,4)	115 (60,2)	86 (50,3)	61 (38,1)	48 (30,4)
RN usando chupeta	91 (42,7)	110 (57,6)	122 (71,3)	131 (81,9)	135 (85,4)
Dificuldade em AM	183 (85,9)	120 (62,8)	81 (47,4)	66 (41,25)	32 (20,3)
Tabagismo [‡]	16 (7,5)	17 (8,9)	15 (8,8)	12 (7,5)	8 (5,1)

*Percentual cumulativo ao longo dos seguimentos; [†]Os valores podem exceder 100%, pois poderia haver mais de uma resposta; [‡]15 mulheres já tinham o hábito do tabagismo durante a gestação e apenas uma mulher referiu ter iniciado após a alta hospitalar.

Observou-se que somente 20 (12,7%) bebês estavam em AME no 180º dia de vida e 57 (36,1%) já haviam sido desmamados (Figura 1). Houve um aumento de 21,1% no percentual de RN em AME aos 15 dias, pois aqueles RN que receberam complemento lácteo durante a internação hospitalar, por necessidade clínica, e que retomaram o AME em

domicílio, não foram considerados em AME na internação, porém foram considerados em AME aos 15 dias.

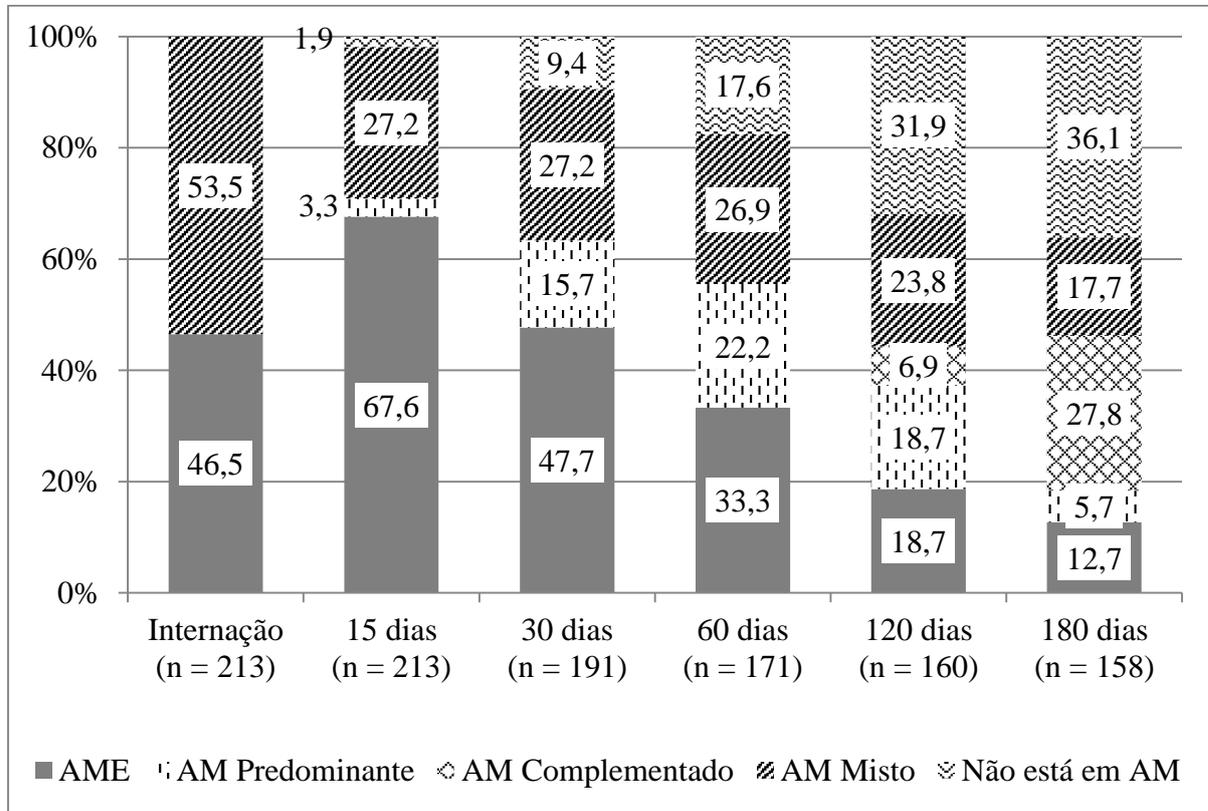


Figura 1 – Padrões de amamentação nos seis primeiros meses de vida de bebês atendidos por Consultoria em Lactação, HCPA, Porto Alegre (RS), 2018.

A curva de sobrevivência é apresentada na Figura 2. Aos 15 dias a probabilidade do bebê estar em AME é de 74%, com redução de 26% neste percentual, quando comparado ao nascimento. Comparando-se aos períodos imediatamente anteriores de acompanhamento, aos 30 dias, a probabilidade é de 58,5% com percentual de queda de 15,5%; aos 60 dias, 46,1% de probabilidade com queda de 12,4%; aos 120 dias, probabilidade de 29,4% e queda de 8,8%; e aos 180 dias, 19,6% de probabilidade com queda de 3,0%.

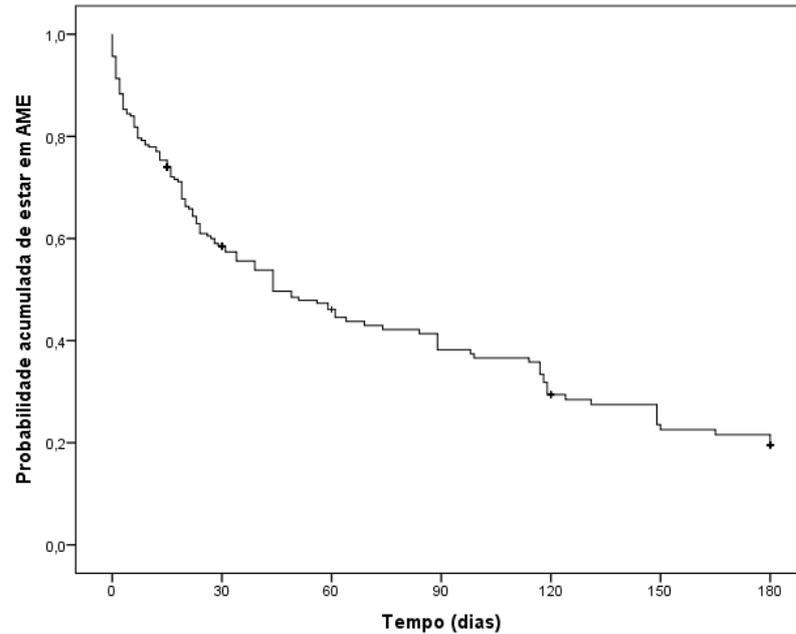


Figura 2 – Curva de sobrevivência de Kaplan Meier referente ao tempo de aleitamento materno exclusivo de bebês atendidos por Consultoria em Lactação, HCPA, Porto Alegre (RS), 2018.

Na Tabela 3 são apresentadas as variáveis independentes que foram associadas com o desfecho interrupção do AME até 180 dias de vida na análise bivariada. Aquelas que atingiram nível de significância ($p < 0,20$) foram inseridas na análise multivariada. Nesta, mantiveram-se com significância estatística ($p \leq 0,05$), as variáveis: mulheres com 35 anos ou mais, mulheres que fumaram durante a gestação, as que apresentaram dificuldade em AM após a alta hospitalar e até o final do período de acompanhamento e também as que buscaram auxílio profissional por dificuldades na amamentação após deixarem o hospital e enquanto faziam parte do estudo, sendo então, estas associadas ao maior risco de interrupção do AME antes de completarem 180 dias de vida do bebê. Além disso, os bebês que receberam chupeta após a alta hospitalar também apresentaram maior risco de interrupção precoce do AME.

Tabela 3 – Análise bivariada e multivariada dos fatores associados a interrupção do AME em bebês com até 180 dias de vida, HCPA, Porto Alegre (RS), 2018.

Variáveis	Bivariada HR (IC 95%)	p	Multivariada HR (IC 95%)	p
Parto vaginal	0,71 (0,51 – 0,98)	0,039	0,84 (0,56 – 1,24)	0,375
Classificação do RN				
AIG	1,00		1,00	
PIG	0,86 (0,46 – 1,59)	0,621	1,01 (0,54 – 1,89)	0,974
GIG	1,60 (0,98 – 2,60)	0,059	1,49 (0,89 – 2,50)	0,132
Cor branca	1,01 (0,72 – 1,41)	0,976	-	-
Idade materna				
< 20 anos	0,94 (0,62 – 1,42)	0,767	0,92 (0,57 – 1,46)	0,711
20 a 34 anos	1,00		1,00	
≥ 35 anos	1,81 (1,10 – 2,97)	0,019	1,73 (1,03 – 2,90)	0,037
Ter companheiro	0,95 (0,59 – 1,54)	0,844	-	-
Mora com				
Companheiro	1,41 (0,66 – 3,02)	0,381	-	-
Mãe	0,86 (0,58 – 1,28)	0,460	-	-
Sogra	0,93 (0,54 – 1,60)	0,804	-	-
Renda familiar				
< 2 salários mínimos	1,18 (0,76 – 1,84)	0,460	-	-
2 a 4 salários mínimos	1,07 (0,72 – 1,59)	0,726	-	-
> 4 salários mínimos	1,00		-	-
Anos de estudo completo da mulher				
< 8 anos	0,97 (0,65 – 1,46)	0,898	-	-
≥ 8 anos	1,00		-	-
Anos de estudo completo do companheiro				
< 8 anos	1,13 (0,62 – 2,08)	0,689	-	-
≥ 8 anos	1,00		-	-
Trabalho externo ao lar	1,01 (0,73 – 1,40)	0,954	-	-
Licença maternidade (meses)	0,99 (0,92 – 1,06)	0,673	-	-
Consultas de PN	0,97 (0,61 – 1,5)	0,890	-	-
< 6 consultas	1,35 (0,78 – 2,36)	0,288	-	-
≥ 6 consultas	1,00		-	-
Informações sobre AM no PN ou grupo de gestantes	0,60 (0,15 – 2,49)	0,483	-	-
Tabagismo na gestação	1,68 (1,09 – 2,59)	0,019	1,66 (1,05 – 2,61)	0,029
Uso de droga na gestação	2,07 (0,51 – 8,39)	0,311	-	-
Tempo de AM último filho				
Primípara	1,14 (0,67 – 1,93)	0,635	1,18 (0,67 – 2,06)	0,568
< 6 meses	1,92 (1,05 – 3,50)	0,033	1,37 (0,75 – 2,49)	0,314
≥ 6 meses	1,00			
Complemento lácteo no hospital	1,57 (1,13 – 2,19)	0,007	1,34 (0,94 – 1,92)	0,107

Licença maternidade aos 15 dias	0,95 (0,68 – 1,32)	0,756	-	-
Horário fixo para AM	1,08 (0,74 – 1,59)	0,681	-	-
Uso de chupeta ao longo do acompanhamento	1,99 (1,38 – 2,87)	< 0,001	1,76 (1,21 – 2,58)	0,003
Dificuldade em AM na internação	0,96 (0,30 – 3,00)	0,939	-	-
Dificuldade no AM pós-alta hospitalar	2,48 (1,54 – 3,98)	< 0,001	2,09 (1,29 – 3,41)	0,003
Procurou auxílio profissional por dificuldades na amamentação*	2,93 (2,10 – 4,09)	< 0,001	2,45 (1,69 – 3,54)	< 0,001

*Banco de Leite Humano, consultoria em lactação externa ao hospital, atenção primária em saúde.

DISCUSSÃO

A análise de sobrevivência demonstra que a probabilidade do bebê estar em AME neste estudo sofreu decréscimo gradativo com o passar do tempo de acompanhamento, com maior queda na probabilidade no período do nascimento até os primeiros 15 dias de vida do bebê. Após 120 dias ocorre discreta estabilidade na queda da probabilidade de AME e, a partir deste período, a probabilidade do bebê que chegou aos 150 dias em AME permanecer assim até 180 dias é maior.

Apesar de abaixo do desejável, constata-se aumento de 196,7% na probabilidade de AME aos seis meses quando comparado a estudo de coorte realizado na mesma instituição há 12anos⁽¹²⁾. No estudo anterior, esta probabilidade era de 6,6%, enquanto este valor passa a ser de 19,6% no presente estudo. O percentual encontrado também é superior ao obtido em coorte realizada em Hospital Amigo da Criança na cidade de São Paulo, cuja probabilidade de AME aos 180 dias foi de 15%⁽⁴⁾.

Este acréscimo pode ser reflexo das políticas públicas desenvolvidas ao longo dos anos em prol do AM, assim como a conscientização de mulheres e profissionais de saúde sobre a importância desta prática para a saúde do binômio mãe-bebê. Além disso, pode indicar a consolidação do trabalho de Consultoria em Lactação por uma equipe

multidisciplinar, uma vez que na época do primeiro estudo o trabalho de consultoria era centralizado em duas enfermeiras e, ademais, a amostra não fora constituída apenas por duplas atendidas por consultoria, como é o caso deste estudo.

Os padrões de amamentação analisados revelaram redução progressiva de AME, assim como aumento gradual e contínuo de desmame ao longo dos seis primeiros meses de vida de bebês que foram atendidos por Consultoria em Lactação durante a internação hospitalar. Observa-se que 12,7% dos bebês permaneciam em AME até os seis meses. Em comparação com as taxas de AME de outras coortes brasileiras, pode-se verificar que as encontradas neste estudo estão acima das de outras regiões. Em recente coorte realizada em Fortaleza/CE, 65,2% dos bebês foram amamentados exclusivamente no primeiro mês, percentual semelhante ao evidenciado neste estudo, entretanto, o percentual decaiu para 3,3% no sexto mês de idade⁽⁵⁾. Este valor está pouco abaixo do encontrado em outro estudo, em que 5,7% dos bebês permaneciam em AME aos seis meses⁽⁴⁾.

Os estudos citados anteriormente não faziam menção ao suporte da equipe de Consultoria em Lactação, podendo ser esta a justificativa para as taxas de AME serem maiores no presente estudo. Esta intervenção pode ter contribuído para o aumento da manutenção do AME até o sexto mês de vida dos bebês, uma vez que receber apoio e orientação sobre AM durante a internação hospitalar tem efeitos benéficos sobre as taxas de AME⁽⁸⁻⁹⁾. Isto demonstra o importante papel que estes profissionais desempenham dentro da instituição e que repercute ao longo da vida dos bebês.

Apesar destes avanços, quando comparada às taxas de AME no sexto mês de vida com coortes internacionais, constata-se que os resultados estão abaixo de países como Canadá, com 18,5% dos bebês em AME aos seis meses⁽¹⁴⁾, e Nova Zelândia, com uma taxa de AME de 16% no mesmo período⁽¹⁵⁾. Entretanto, o índice é muito semelhante ao encontrado na Bélgica, em que 12,6% dos bebês permaneciam em AME até o sexto mês de vida⁽¹⁶⁾. Estes

estudos também não foram realizados especificamente com mulheres atendidas por Consultoras em Lactação, o que pode reforçar o papel da consultoria nesta área.

Em revisão sistemática somente com estudos randomizados verificou-se que as intervenções realizadas por Consultores em Lactação possuem efeitos benéficos nas taxas de AME, além de aumentar o número de mulheres que optam pelo AM⁽⁹⁾. Entretanto, o cuidado oferecido por estes profissionais não deve limitar-se ao ambiente hospitalar, uma vez que as dificuldades permanecem após o retorno para a casa, como evidenciado.

Existem fatores que podem antecipar a introdução de outros alimentos à dieta dos bebês, o que ocorreu com maior frequência entre 60 e 120 dias de vida (14,6%). Foi possível verificar que, mesmo com a maioria das mulheres estando entre 20 e 35 anos no momento da entrevista, aquelas com 35 anos ou mais possuíam maior risco de interromper o AME antes do período preconizado. Estes resultados são frequentes na literatura, embora controversos. Corroborando com os achados, pesquisadores italianos concluíram que as mães mais velhas são menos propensas a amamentar seus filhos⁽¹⁷⁾. O contrário ocorreu em estudo realizado na Índia, em que as chances de AME aumentaram com a idade materna⁽¹⁸⁾. Em concordância com os achados deste e outros estudos, revisão sistemática, utilizando somente estudos epidemiológicos brasileiros, concluiu que mulheres na faixa etária intermediária parecem estar mais protegidas de interromperem o AME de forma precoce, pois tanto mães adolescentes, quanto aquelas com 35 anos ou mais, interrompem mais precocemente o AME⁽¹⁹⁾.

Assim como a idade materna, o hábito de fumar também é um fator frequentemente apontado na literatura como interferente no AME. Revisão sistemática aponta que mulheres não fumantes têm maior início e continuidade da amamentação quando comparadas às fumantes⁽²⁰⁾. No presente estudo, constatou-se que 14,3% das mulheres eram tabagistas na gestação, tendo risco 1,66 vezes maior de interromperem o AME antes dos seis meses de vida

do bebê, quando comparado às não usuárias de tabaco. Estudo de coorte realizado na cidade de Pelotas/RS concluiu que o tabagismo na gestação aumentou em 1,67 vezes o risco de desmame já no primeiro mês de vida dos bebês (RR=1,67; p=0,04). Segundo os autores, os fatores emocionais que afetaram de forma negativa a amamentação podem ser os mesmos que levaram à mulher ao tabagismo⁽²¹⁾.

Entretanto, salienta-se que no estudo atual 45,5% das mulheres fumaram desde a gestação até pelo menos os primeiros 15 dias de vida do bebê. Este resultado também foi encontrado em recente estudo, em que 61,7% das mulheres que afirmaram estar fumando no período pós-parto o fez também na gestação⁽²²⁾. Sabe-se que o tabagismo prejudica a duração da amamentação, uma vez que provavelmente a secreção de prolactina é suprimida⁽²³⁾. Além disso, parece haver uma proteção mútua, uma vez que a amamentação foi considerada um fator de proteção contra o aumento do tabagismo no pós-parto. Quanto mais tempo as mulheres amamentam seus bebês, menos elas fumam no período pós-parto, ou seja, investir em programas eficazes de cessação do tabagismo após o parto pode ter impacto favorável não apenas na saúde da mulher⁽²⁴⁾, bem como sobre o AM⁽²³⁾.

O uso de chupeta a partir da alta hospitalar também foi evidenciado como fator associado à interrupção do AME até o sexto mês de vida dos bebês, sendo este um fator frequentemente citado na literatura. Em análise realizada com dados de dois inquéritos nacionais foi possível concluir que o uso de chupeta esteve inversamente associado às taxas de AME⁽²⁵⁾. Corroborando com estes achados, estudo de coorte ainda revela que o uso de chupeta foi fator de risco para o não consumo de leite materno de forma exclusiva no primeiro mês do bebê (RR = 1,90), no 4º mês (RR = 1,77) e no 6º mês (RR = 1,42)⁽²⁶⁾. Além disso, o uso de chupeta aumentou o número de comportamentos desfavoráveis para a prática do AM considerado ideal, especialmente quanto à posição corporal da mãe e do recém-nascido

durante a mamada, envolvimento afetivo entre a mãe e seu filho, eficiência da sucção e respostas da dupla ao iniciarem a mamada⁽²⁷⁾.

Entretanto, ainda não há consenso sobre o mecanismo que envolve a relação entre uso da chupeta e interrupção precoce do AME. Alguns autores apoiam-se na hipótese de que o uso da chupeta pode levar a redução do número de mamadas diárias, fazendo com que o bebê seja colocado menos vezes para mamar e, desta forma, estimulando menos a produção de leite^(11,25,27). Além disso, a “confusão de bicos” também é aceita por muitos autores como uma das explicações para a interferência deste artefato na amamentação. Contudo, a confusão de bicos parece ocorrer de forma mais evidente no que se refere ao uso de mamadeira, tendo pouca evidência no que diz respeito ao uso de chupeta. Os autores ainda sugerem que a principal dificuldade em estudar conclusivamente este tema é determinar se os bicos artificiais, tanto em mamadeiras como chupetas, estão causando a rejeição da mama ou se expõe outras características maternas/infantis interferentes no AM⁽²⁸⁾.

Ademais, não está definido pela literatura se o uso de chupeta é um marcador das dificuldades na amamentação ou um marcador de uma menor motivação para amamentar⁽²⁵⁾. Seguindo esta linha, recente revisão da Biblioteca Cochrane sobre a temática concluiu que o uso da chupeta, introduzida antes ou depois da lactação ter sido estabelecida, não afetaria a duração da amamentação exclusiva ou parcial naquelas mães que estivessem altamente motivadas a amamentar seus bebês⁽²⁹⁾.

Outros dois fatores identificados neste estudo parecem estar relacionados: as mulheres que apresentaram alguma dificuldade na amamentação após a alta hospitalar, que tiveram um pouco mais que o dobro de risco da interrupção do AME antes dos seis meses de vida do bebê, assim como aquelas que procuraram auxílio em Banco de Leite Humano, consultoria ou unidade de saúde/consultório para suporte no AM por dificuldades na amamentação, com risco ainda maior, praticamente 2,5 vezes.

Os primeiros dias após o nascimento podem ser determinantes para o sucesso do AM. Este é um período em que as mulheres têm maiores preocupações com a amamentação e no qual estão mais suscetíveis a problemas mamários⁽¹¹⁾. Em estudo, se evidenciou que estes problemas podem ser acarretados por má técnica de amamentação e, quando somada à percepção de leite insuficiente para satisfazer o lactente, muitas mulheres são levadas a buscar outra fonte de alimentação para o seu filho, interrompendo o AME de maneira precoce⁽³⁰⁾. Este também foi um dos achados de coorte anterior realizada na mesma instituição, em que foi possível concluir que a má técnica de amamentação pode antecipar a interrupção do AME em bebês menores de seis meses⁽¹²⁾.

Muitas vezes estes problemas levam as mulheres a buscarem auxílio profissional para continuarem amamentando. O acompanhamento ativo das mães após a alta hospitalar pode oferecer oportunidade para avaliar e solucionar problemas com o AM, bem como direcionar as mães aos recursos comunitários de amamentação⁽³¹⁾. Encaminhar as puérperas a outros serviços de apoio à amamentação após a alta da maternidade é essencial para sustentar os impactos da IHAC na amamentação em longo prazo⁽³²⁾. Em uma revisão sistemática, os autores concluíram que o apoio à amamentação oferecido às mulheres tem reflexos positivos na duração e exclusividade da amamentação⁽³³⁾.

Entretanto, a atuação do profissional de saúde nas questões referentes ao aleitamento materno parece ser uma barreira a ser transposta para oferecer suporte de qualidade em AM pós-alta às mulheres. Estudo concluiu que os profissionais de saúde não tinham certeza se o suporte em AM oferecido por eles era eficaz e completo e confiavam em outros colegas para fornecer cuidados de amamentação, o que resultou em lacunas problemáticas nas orientações sobre a temática⁽³⁴⁾.

Autores sugerem o desenvolvimento e aprimoramento de programas de apoio em AM pós-parto que incorporem Consultores em Lactação⁽⁹⁾, não sendo necessariamente de forma

presencial. Existem ainda outras alternativas mencionadas na literatura para que se alcancem taxas mais elevadas em AME, tais como o aconselhamento por Consultoras em Lactação certificadas, uma vez por semana, por contato telefônico, começando no terceiro trimestre de gravidez até uma semana após o bebê ter seis meses de idade. Foi possível concluir que as mulheres que participaram do grupo intervenção tiveram maior probabilidade (97,3%) de amamentar exclusivamente até os seis meses do que aquelas no grupo controle (48,5%), demonstrando que esta alternativa pode aumentar e melhorar substancialmente as práticas em AM⁽¹⁰⁾.

CONCLUSÕES

As taxas de AME constatadas estão aquém do preconizado pela OMS, considerando tanto os parâmetros desejáveis, quanto o tempo recomendado, mesmo tendo sido avaliadas somente em duplas mãe-bebê com suporte adicional na amamentação, por meio de equipe de Consultoria em Lactação oferecida pela instituição em estudo. Comparativamente a estudo anterior, na mesma instituição, houve grande avanço, podendo ser indicativo de atuação positiva da Consultoria em Lactação multidisciplinar dentro do hospital.

A literatura é unânime em apontar que as mulheres que apresentaram dificuldades na amamentação ainda na internação hospitalar estão mais expostas à interrupção do AME de maneira precoce, o que não foi discordante do evidenciado. Além disso, o efeito benéfico da atuação da Consultora em Lactação tende à redução caso a mulher não receba a atenção necessária no retorno ao lar.

Os achados sugerem que a descontinuidade no cuidado pareceu ter sido uma importante barreira para o sucesso do AME pelo período preconizado, uma vez que aquelas mulheres que buscaram unidades básicas de saúde, BLH e consultoria após a alta hospitalar

por dificuldade na amamentação foram as que apresentaram o maior risco dentre os encontrados para interromper o AME antes do 6º mês de vida do bebê. Portanto, ressalta-se a importância do trabalho em rede, principalmente para uma questão tão sensível e peculiar quanto o AM. O fato de estas mulheres terem tido dificuldade também no pós-alta e terem procurado atendimento especializado em AM pode suscitar hipóteses quanto a efetividade e qualidade do suporte oferecido pela rede de saúde pós-alta. Contudo, não existem respostas concretas capazes de elucidarem esta questão, sendo necessárias outras investigações com este enfoque.

Embora controversa na literatura, a idade materna é apontada frequentemente como fator que interfere na continuidade do AME até o sexto mês. Apesar de este não ser um fator modificável, os profissionais de saúde devem estar atentos às mulheres nesta faixa etária, oferecendo suporte adequado para que estas mulheres amamentem de forma exclusiva pelo maior período possível.

Assim como a idade materna, as mulheres que fizeram uso de tabaco na gestação também merecem atenção redobrada por parte dos profissionais de saúde. Este tema deve ser abordado já no pré-natal e reforçado ao longo do período pós-parto, uma vez que seus malefícios se estendem para além da gestação.

Por fim, o hábito da chupeta permanece sendo um fator ligado à interrupção precoce do AME. Sabe-se que este é um hábito fortemente ligado a questões culturais e cabe aos profissionais de saúde alertar para as contribuições negativas que este artefato oferece à saúde do bebê, especialmente por interferir com a amamentação e conseqüentemente privar a criança de seus inúmeros benefícios.

Com este estudo foi possível retratar o panorama da situação de AM dos bebês atendidos pela consultoria em lactação da instituição. Além disso, a identificação dos fatores associados à interrupção do AME de bebês atendidos por esses profissionais pode

potencializar o trabalho desta equipe para além do ambiente hospitalar, além de valorizá-los, reportando os efeitos de sua atuação.

Dentre as limitações deste estudo, destaca-se a dificuldade de contato telefônico com as mulheres. Apesar disso, este não foi um fator capaz de comprometer a qualidade da análise dos dados.

REFERÊNCIAS

1. Victora CG, Barros AJD, França GVA, Bahl R, Rollins NC, Horton S, *et al.* Amamentação no século 21: epidemiologia, mecanismos, e efeitos ao longo da vida. *Epidemiol Serv Saúde*. 2016; 25 (1): 1-24. doi: 10.1016/S0140-6736(15)01024-7.
2. World Health Organization. Indicators for assessing infant and young child feeding practices: conclusions of a consensus meeting held 6-8 November 2007 in Washington D.C., USA. Geneva: World Health Organization; 2007.
3. World Health Organization. Infant and Young Child Feeding: A tool for assessing breastfeeding practices, policies and programs. Geneva: World Health Organization; 2003.
4. Figueredo SF, Mattar MJG, Abrão ACFV. Hospital Amigo da Criança: prevalência de aleitamento materno exclusivo aos seis meses e fatores intervenientes. *Rev Esc Enferm USP*. 2013; 47 (6): 1291-1297. doi.org/10.1590/S0080-623420130000600006.
5. Maciel B, Moraes ML, Soares AM, Cruz I, Andrade M, Filho JQ, *et al.* Infant feeding practices and determinant variables for early complementary feeding in the first 8 months of life: results from the Brazilian MAL-ED cohort site. *Public Health Nutr*. 2018; 21 (13): 2462-2470. doi: 10.1017/S136898001800099X.
6. Riordan, J. The lactation specialist: roles and responsibilities. In: Riordan, J.; Wambach, K. *Breastfeeding and Human Lactation*. 4. ed. Burlington: Jones & Bartlett Learning, 2010. p. 1-912.

7. International Board Of Lactation Consultant Examiners – IBLCE [Internet]. Current statistics on worldwide IBCLCs. 2018 [cited 2018 Dec 17]. Disponível em: <https://iblce.org/about-iblce/current-statistics-on-worldwide-ibclcs/>
8. Haroon S, Das JK, Salam RA, Imdad A, Bhutta ZA. Breastfeeding promotion interventions and breastfeeding practices: a systematic review. *BMC Public Health*. 2013; 13 (Suppl 3): S20. doi: 10.1186/1471-2458-13-S3-S20.
9. Patel S, Patel S. The effectiveness of lactation consultants and lactation counselors on breastfeeding outcomes. *J Hum Lact*. 2016; 32 (3): 530-541. doi: 10.1177/0890334415618668.
10. Patel A, Kuhite P, Puranik A, Khan SS, Borkar J, Dhande L. Effectiveness of weekly cell phone counselling calls and daily text messages to improve breastfeeding indicators. *BMC Pediatr*. 2018; 18: 337. doi.org/10.1186/s12887-018-1308-3.
11. Fonseca PCA, Carvalho CA, Ribeiro SAV, Nobre LN, Pessoa MC, Ribeiro AQ, *et al*. Determinantes da velocidade média de crescimento de crianças até seis meses de vida: um estudo de coorte. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2017; 22 (8): 2713-2726. doi.org/10.1590/1413-81232017228.18182015.
12. Espírito Santo LC, Oliveira LD, Giugliani ERJ. Factors associated with low incidence of exclusive breastfeeding for the first 6 months. *Birth*. 2007; 34 (3): 212-19. doi.org/10.1111/j.1523-536X.2007.00173.x.
13. Lubchenco LO, Hansman C, Dressler M, Boyd E. Intrauterine growth as estimated from liveborn birth-weight data at 24 to 42 weeks of gestation. *Pediatrics*. [Internet]. 1963 [cited Dec 5, 2018]; 32 (5): 793-800. Available from: <https://pediatrics.aappublications.org/content/32/5/793>

14. Vehling L, Chan D, McGavock J, Becker AB, Subbarao P, Moraes TJ, *et al.* Exclusive breastfeeding in hospital predicts longer breastfeeding duration in Canada: implications for health equity. *Birth*. 2018; 45 (4): 440-449. doi: 10.1111/birt.12345. Epub 2018 Mar 2.
15. Castro T, Grant C, Wall C, Welch M, Marks E, Fleming C, *et al.* Breastfeeding indicators among a nationally representative multi-ethnic sample of New Zealand children. *The New Zealand Medical Journal*. [Internet] 2017 [cited Nov 25, 2018]; 130 (1466): 34 – 44. Available from: <https://www.nzma.org.nz/journal/read-the-journal/all-issues/2010-2019/2017/vol-130-no-1466-1-december-2017/7426>
16. Robert E, Coppieters Y, Swennen B, Dramaix M. Breastfeeding duration: a survival analysis - Data from a regional immunization survey. *Biomed Res Int*. 2014; 2014: 1-8. doi: 10.1155/2014/529790.
17. Colombo L, Crippa BL, Consonni D, Bettinelli ME, Agosti V, Mangino G, *et al.* Breastfeeding determinants in healthy term newborns. *Nutrients*. 2018; 10 (1): 48. doi: 10.3390/nu10010048.
18. Nishimura H, Krupp K, Gowda S, Srinivas V, Arun A, Madhivanan P. Determinants of exclusive breastfeeding in rural South India. *Int Breastfeed J*. 2018; 13: 40. doi: 10.1186/s13006-018-0178-5.
19. Boccolini CS, Carvalho ML, Oliveira MIC. Factors associated with exclusive breastfeeding in the first six months of life in Brazil: a systematic review. *Rev Saúde Pública*. 2015; 49: 91. doi: 10.1590/S0034-8910.2015049005971.
20. Cohen SS, Alexander DD, Krebs NF, Young BE, Cabana MD, Erdman P, *et al.* Factors associated with breastfeeding initiation and continuation: a meta-analysis. *J Pediatr*. 2018; 203: 190-196.e21. doi: 10.1016/j.jpeds.2018.08.008.

21. Kaufmann CC, Albernaz EP, Silveira RB, Silva MB, Mascarenhas MLW. Alimentação nos primeiros três meses de vida dos bebês de uma coorte na cidade de Pelotas, Rio Grande do Sul. *Rev Paul Pediatr.* 2012; 30 (2): 157-165. . doi: 10.1590/S0103-05822012000200002.
22. Tanda R, Chertok IRA, Haile ZT, Chavan BB. Factors that modify the association of maternal postpartum smoking and exclusive breastfeeding rates. *Breastfeed Med.* 2018; 13 (9): 614-621. doi: 10.1089/bfm.2018.0079.
23. Bahadori B, Riediger ND, Farrell SM, Uitz E, Moghadasian MF. Hypothesis: smoking decreases breast feeding duration by suppressing prolactin secretion. *Med Hypotheses.* 2013; 81 (4): 582-586. doi: 10.1016/j.mehy.2013.07.007.
24. Shisler S, Homish GG, Molnar DS, Schuetze P, Colder CR, Eiden RD. Predictors of changes in smoking from third trimester to 9 months postpartum. *Nicotine Tob Res.* 2016;18 (1): 84-87. doi: 10.1093/ntr/ntv057.
25. Buccini GS, Pérez-Escamilla R, Venancio SI. Pacifier use and exclusive breastfeeding in Brazil. *J Hum Lact.* 2016; 32 (3): NP52-60. doi: 10.1177/0890334415609611.
26. Carvalho CA, Fonsêca PCA, Nobre LN, Silva MA, Pessoa MC, Ribeiro AQ, *et al.* Fatores sociodemográficos, perinatais e comportamentais associados aos tipos de leite consumidos por crianças menores de seis meses: coorte de nascimento. *Ciênc Saúde Coletiva.* 2017; 22 (11): 3699-3709. doi: 10.1590/1413-812320172211.28482015.
27. Batista CLC, Ribeiro VS, Nascimento MDDSB, Rodrigues VP. Association between pacifier use and bottle-feeding and unfavorable behaviors during breastfeeding. *J Pediatr (Rio J).* 2018; 94 (6): 596-601. doi: 10.1016/j.jped.2017.10.005.
28. Zimmerman E, Thompson K. Clarifying nipple confusion. *J Perinatol.* 2015; 35 (11): 895-899. doi: 10.1038/jp.2015.83.

29. Jaafar SH, HO JJ, Jahanfar S, Angolkar M. Effect of restricted pacifier use in breastfeeding term infants for increasing duration of breastfeeding. *Cochrane Database Syst Rev.* 2016; (8). doi: 10.1002/14651858.CD007202.pub4.
30. Abuidhail J, Al-Modallal H, Yousif R, Almresi N. Exclusive breast feeding (EBF) in Jordan: Prevalence, duration, practices, and barriers. *Midwifery.* 2014; 30 (3): 331-337. doi: 10.1016/j.midw.2013.01.005.
31. Beauregard JL, Nelson JM, Hamner HC. Maternity care hospital trends in providing postdischarge breastfeeding supports to new mothers-United States, 2007-2015. *Birth.* 2018. doi: 10.1111/birt.12408.
32. Pérez-Escamilla R, Martinez JL, Segura-Pérez S. Impact of the Baby-friendly Hospital Initiative on breastfeeding and child health outcomes: a systematic review. *Matern Child Nutr.* 2016; 12 (3): 402-417. doi: 10.1111/mcn.12294.
33. Mc Fadden A, Gavine A, Renfrew MJ, Wade A, Buchanan P, Taylor JL, *et al.* Support for healthy breastfeeding mothers with healthy term babies. *Cochrane Database Syst Rev.* 2017; 2. . doi: 10.1002/14651858.CD001141.pub5.
34. Garner CD, Ratcliff SL, Thornburg LL, Wethington E, Howard CR, Rasmussen KM. Discontinuity of breastfeeding care: “there's no captain of the ship”. *Breastfeed Med.* 2016; 11 (1): 32-39. doi: 10.1089/bfm.2015.0142.

6 CONCLUSÕES

Em consonância com os achados na literatura, as mulheres que apresentam dificuldade no aleitamento materno estão mais expostas à interrupção precoce do AME. Ainda que neste estudo tenham sido avaliadas somente duplas mãe-bebê que receberam suporte adicional na amamentação, os percentuais obtidos foram abaixo do preconizado pela OMS, o que, de certa maneira não surpreende, embora seja observado grande avanço em comparação com o resultado de estudo previamente realizado na instituição.

As mulheres que buscaram suporte em AM em unidades básicas de saúde, BLH e consultoria após a alta hospitalar foram as que apresentaram maior risco dentre os encontrados neste estudo para interromper precocemente o AME. Este achado demonstra que a atuação da Consultora em Lactação pode ter tido seu efeito minimizado, ou até mesmo anulado, naquelas mulheres que não receberam a atenção necessária no retorno ao lar. Além disso, reforça-se a importância do trabalho em rede, em especial na temática do aleitamento materno, uma vez que a descontinuidade do cuidado parece ter sido um obstáculo para o sucesso de AME nos seis primeiros meses do bebê. Cabe também a reflexão sobre a efetividade e qualidade do suporte oferecido pelos profissionais de saúde consultados pelas mulheres após a alta hospitalar. Contudo, ainda não existem respostas capazes de elucidar esta questão, sendo esta uma temática que requer maior investigação.

Para muitas unidades de saúde, a presença de um profissional especializado em AM não é uma realidade. Entretanto, autores propõem alternativas para oferecer suporte às mulheres durante este período, a exemplo do contato telefônico para aquelas que já apresentaram alguma dificuldade não solucionada no hospital. Ademais, melhorar a comunicação entre a instituição hospitalar e demais serviços de atenção primária, encaminhando as duplas mãe-bebê que apresentaram dificuldades na amamentação, pode ser uma importante estratégia para que se alcancem percentuais mais elevados de AME no sexto mês de vida do bebê.

Paralelamente, aos profissionais de saúde poderia ser propiciada qualificação específica, visando capacitá-los ao oferecimento de suporte adequado às mulheres lactantes. É reconhecido que os profissionais da atenção primária possuem diferentes responsabilidades desde assistenciais a gerenciais e, muitas vezes, podem ter dificuldade de captar precocemente os sinais ou até mesmo identificar mulheres e bebês em risco que levem à interrupção precoce do AME. Nesta perspectiva, sensibilizar e atualizar estes profissionais para as questões de AM é premente para que se sintam preparados ao manejo do AM, o que pode ser

determinante para a melhoria dos indicadores que envolvem especialmente o AME até o sexto mês, dada a sua importância para a saúde infantil.

As consultas de pré-natal, por sua vez, parecem ser peça fundamental para promoção do AME por períodos mais longos. Este é um momento oportuno para que o profissional de saúde aborde questões sobre os demais fatores que se associaram à interrupção precoce do AME. Nesta ocasião, cabe reforçar os efeitos deletérios do tabagismo não somente durante a gestação, assim como na lactação, tendo repercussão na continuidade do AME. Nas consultas de pré-natal também é possível identificar as mulheres com idade igual ou superior a 35 anos. Embora este não seja um fator modificável, os profissionais poderiam dar maior atenção às mulheres nesta faixa etária, oferecendo maior suporte na prevenção da interrupção precoce do AME.

O uso da chupeta é reconhecido por muitos autores como um hábito de forte origem cultural. Apesar disso, este tema é relevante e deve ser abordado pelos profissionais de saúde, uma vez que seus efeitos sobre a interrupção precoce do AME são frequentemente abordados na literatura. Embora a ação deste artefato no AME ainda não esteja completamente elucidada, seria uma boa oportunidade de dialogar sobre seus demais efeitos na saúde da criança, a fim de desencorajar seu uso.

Por fim, os estudos corroboram a queda na probabilidade de AME ao longo do tempo, o que pode servir como um alerta aos profissionais que atendem duplas mães-bebê, especialmente no período em que este percentual sofreu maior queda, ou seja, do nascimento até 15 dias neste estudo. Isto pode estar relacionado às dificuldades que as mulheres enfrentam na ação de amamentar e ainda estão adaptando-se às rotinas do bebê. Entre 60 e 120 dias de vida do bebê também houve importante queda nas taxas de AME, período em que pode haver um maior número de mulheres retornando ao trabalho e na busca por fontes alternativas para alimentação do bebê. Em ambos os intervalos de tempo, os profissionais de saúde da atenção primária têm papel fundamental para fornecer suporte e alternativas para manter o AME pelo período preconizado ou o mais próximo disso possível, especialmente ao demonstrar disponibilidade, conhecimento técnico e sensibilidade, características essenciais de atuação nesta área.

Com este estudo foi possível reportar após mais de uma década, a situação do AM dos bebês nascidos na instituição. Foi possível ainda, discutir algumas alternativas para que se possa potencializar o trabalho realizado pela equipe de Consultoria em Lactação para além do ambiente hospitalar. De certa forma, este manuscrito valoriza estes profissionais, reportando os efeitos de sua atuação ao avaliar a amamentação dos bebês da alta hospitalar até o sexto

mês de vida, assim como ressalta a importância do trabalho em equipe multidisciplinar. Ainda são necessários mais estudos sobre a temática, em especial sobre o papel da Consultora em Lactação, visto que este ainda é um espaço que vem crescendo no país. São reconhecidos os benefícios que estas profissionais trazem para as taxas de aleitamento materno, além do apoio que muitas mulheres recebem durante este que é considerado um dos períodos mais críticos do ciclo gravídico-puerperal.

REFERÊNCIAS

- ABBASS-DICK, J.; DENNIS, C. L. Maternal and paternal experiences and satisfaction with a co-parenting breastfeeding support intervention in Canada. **Midwifery**, Edinburgh, v. 56, p. 135-141, Jan. 2018. Disponível em: [https://www.midwiferyjournal.com/article/S0266-6138\(17\)30411-4/pdf](https://www.midwiferyjournal.com/article/S0266-6138(17)30411-4/pdf). Acesso em: 17 dez. 2018.
- ABUIDHAIL, J. *et al.* Exclusive breast feeding (EBF) in Jordan: Prevalence, duration, practices, and barriers. **Midwifery**, Edinburgh, v. 30, n. 3, p. 331-337, Mar. 2014.
- ALMEIDA, J. M.; LUZ, S. A. B.; UED, F. V. Apoio ao aleitamento materno pelos profissionais de saúde: revisão integrativa da literatura. **Revista Paulista de Pediatria**, São Paulo, v. 33, n. 3, p. 355-362, 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rpp/v33n3/0103-0582-rpp-33-03-0355.pdf>. Acesso em: 17 dez. 2018.
- ANDRÉS, L. C. *et al.* Prevalencia de la lactancia materna durante el primer año de vida en Aragón - Estudio CALINA. **Anales de Pediatría**, Barcelona, v. 79, n. 5, p. 312-318, Nov. 2013.
- AUDI, C. A. F.; CORRÊA, A. M. S.; LATORRE, M. R. D. O. Alimentos complementares e fatores associados ao aleitamento materno e ao aleitamento materno exclusivo em lactentes até 12 meses de vida em Itapira, São Paulo, 1999. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, Recife, v. 3, n. 1, p. 85-93, jan./mar. 2003. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbsmi/v3n1/a11v03n1.pdf>. Acesso em: 17 dez. 2018.
- BARCLAY, L. *et al.* The professionalising of breast feeding - where are we a decade on? **Midwifery**, Edinburgh, v. 28, n. 3, p. 281-290, June 2012.
- BRASIL. Casa Civil. **Lei nº 11.265, de 3 de janeiro de 2006**. Regulamenta a comercialização de alimentos para lactentes e crianças de primeira infância e também a de produtos de puericultura correlatos. Brasília, DF: Casa Civil, 2006. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2004-2006/2006/Lei/L11265.htm. Acesso em: 05 dez. 2017.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **II Pesquisa de Prevalência de Aleitamento Materno nas Capitais Brasileiras e Distrito Federal**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pesquisa_prevalencia_aleitamento_materno.pdf. Acesso em: 25 set. 2017.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 193, de 23 de fevereiro de 2010**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2010. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2010/prt0193_23_02_2010.html. Acesso em: 05 out. 2015.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Gestões e gestores de políticas públicas de atenção à saúde da criança: 70 anos de história**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011a. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/70_anos_historia_saude_crianca.pdf. Acesso em: 11 jun. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso: Método Canguru**. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2011b. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/metodo_canguru_manual_tecnico_2ed.pdf. Acesso em: 30 set. 2015.

BRASIL. **Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012**. Brasília, DF: Conselho Nacional de Saúde, 2012. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>. Acesso em: 18 set. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.920, de 5 de setembro de 2013**. Institui a Estratégia Nacional para Promoção do Aleitamento Materno e Alimentação Complementar Saudável no Sistema Único de Saúde (SUS) - Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt1920_05_09_2013.html. Acesso em: 05 out. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.153, de 22 de maio de 2014**. Redefine os critérios de habilitação da Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC), como estratégia de promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno e à saúde integral da criança e da mulher, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2014. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt1153_22_05_2014.html. Acesso em: 05 dez. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Estratégia nacional para promoção do aleitamento materno e alimentação complementar saudável no Sistema Único de Saúde: manual de implementação**. Brasília: Ministério da Saúde, 2015a. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/estrategia_nacional_promocao_aleitamento_materno.pdf. Acesso em: 13 jun. 2016.

BRASIL. Casa Civil. **Decreto nº 8552, de 03 de novembro de 2015**. Regulamenta a Lei nº 11.265, de 3 de janeiro de 2006, que dispõe sobre a comercialização de alimentos para lactentes e crianças de primeira infância e de produtos de puericultura correlatos. Brasília, DF: Casa Civil, 2015b. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2015-2018/2015/Decreto/D8552.htm. Acesso em: 05 dez. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde da criança: aleitamento materno e alimentação complementar**. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2015c. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_crianca_aleitamento_materno_cab23.pdf. Acesso em: 14 dez. 2018.

BRASIL. Casa Civil. **Lei nº 13.257, de 8 de março de 2016**. Dispõe sobre as políticas públicas para a primeira infância e altera a Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990 (Estatuto da Criança e do Adolescente), o Decreto-Lei nº 3.689, de 3 de outubro de 1941 (Código de Processo Penal), a Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), aprovada pelo Decreto-Lei nº 5.452, de 1º de maio de 1943, a Lei nº 11.770, de 9 de setembro de 2008, e a Lei nº 12.662, de 5 de junho de 2012. Brasília, DF: Casa Civil, 2016a. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2016/lei/113257.htm. Acesso em: 05 jul. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Relação dos Hospitais Amigos da Criança - Brasil - 2015**. Brasília, 2016b. Disponível em: <http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2016/junho/23/LISTA-DE-HOSPITAIS-HAC-2016.pdf>. Acesso em: 26 nov. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Salas de Apoio à Amamentação**. Brasília, 2018. Disponível em: <http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2018/marco/21/Lista-com-as-salas-de-apoio-a-amamentacao.pdf>. Acesso em: 13 set. 2018.

BRASILEIRO, A. A. *et al.* Impacto do incentivo ao aleitamento materno entre mulheres e trabalhadoras formais. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 26, n. 9, p. 1705-1713. set. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v26n9/04.pdf>. Acesso em: 17 dez. 2018.

BOSI, M. L. M.; MACHADO, M. T. Amamentação: um resgate histórico. *Cadernos ESP*, Ceará, v. 1, n. 1, p. 1-9, jul./dez. 2005. Disponível em: <http://www.esp.ce.gov.br/cadernosesp/index.php/cadernosesp/article/view/4>. Acesso em: 14 dez. 2018.

BRODRIBB, W.; KRUSKE, S.; MILLER, Y. D. Baby-friendly hospital accreditation, in-hospital care practices, and breastfeeding. *Pediatrics*, [s. l.], v. 131, n. 4, p. 685-692, Apr. 2013.

CAMINHA, M. F. C. *et al.* Aleitamento materno exclusivo entre profissionais de um Programa Saúde da Família. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 16, n. 4, p. 2245-2250, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v16n4/v16n4a23.pdf>. Acesso em: 17 dez. 2018.

CHANDRIKA, P. *et al.* Risk factors for discontinuation of exclusive breastfeeding by one month of postnatal age among high risk newborns: an institution based case control study. *Journal of Clinical and Diagnostic Research*, Delhi, v. 9, p. 6, p. SC01-SC03, Jun. 2015. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4525565/pdf/jcdr-9-SC01.pdf>. Acesso em: 14 dez. 2018.

CHANTRY, C. J. *et al.* In-hospital formula use increases early breastfeeding cessation among first-time mothers intending to exclusively breastfeed. *The Journal of Pediatrics*, [s. l.], v. 164, n. 6, p. 1339-1345, June 2014. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4120190/pdf/nihms567814.pdf>. Acesso em: 17 dez. 2018.

CHIURCO, A. *et al.* An IBCLC in the maternity ward of a mother and child hospital: a pre- and post-intervention study. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, Basel, v. 12, n. 8, p. 9938-9951, 2015. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4555321/pdf/ijerph-12-09938.pdf>. Acesso em: 17 dez. 2018.

CHUNG, M. *et al.* **Interventions in primary care to promote breastfeeding**: a systematic review. 9. ed. Rockville: Agency for Healthcare Research and Quality, 2008. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK35168/>. Acesso em: 17 dez. 2018.

CAMERON, S. L. *et al.* Lactation consultant support from late pregnancy with an educational intervention at 4 months of age delays the introduction of complementary foods in a randomized controlled trial. **The Journal of Nutrition**, Rockville, v. 145, n. 7, p. 1481-1490, July 2015. Disponível em: <https://academic.oup.com/jn/article/145/7/1481/4589934>. Acesso em: 17 dez. 2018.

CAPURRO, H. *et al.* A simplified method for diagnosis of gestational age in the newborn infant. **The Journal of Pediatrics**, St. Louis, v. 93, n. 1, p. 120-122, July 1978.

CHIN, L. Y.; AMIR, L. H. Survey of patient satisfaction with the Breastfeeding Education and Support Services of The Royal Women's Hospital, Melbourne. **BMC Health Services Research**, London, v. 8, p. 83-93, Apr. 2008. Disponível em: <https://bmchealthservres.biomedcentral.com/track/pdf/10.1186/1472-6963-8-83>. Acesso em: 17 dez. 2018.

COLOMBO, L. *et al.* Breastfeeding determinants in healthy term newborns. **Nutrients**, Basel, v. 10, n. 1, p. E48, Jan. 2018. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5793276/>. Acesso em: 16 dez. 2018.

DASHTI, M. *et al.* Predictors of breastfeeding duration among women in Kuwait: results of a prospective cohort study. **Nutrients**, Basel, v. 6, n. 2, p. 711-728, Feb. 2014. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3942729/pdf/nutrients-06-00711.pdf>. Acesso em: 14 dez. 2018.

ESPÍRITO SANTO, L. C.; OLIVEIRA, L. D.; GIUGLIANI, E. R. J. Factors associated with low incidence of exclusive breastfeeding for the first 6 months. **Birth**, Berkeley, v. 34, n. 3, p. 212-219, Sept. 2007.

FIGUEREDO, S. F.; MATTAR, M. J. G.; ABRÃO, A. C. F. V. Hospital Amigo da Criança: prevalência de aleitamento materno exclusivo aos seis meses e fatores intervenientes. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 47, n. 6, p. 1291-1297, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v47n6/0080-6234-reeusp-47-6-01291.pdf>. Acesso em: 14 dez. 2018.

FU, I. C. *et al.* Professional breastfeeding support for first-time mothers: a multicentre cluster randomised controlled trial. **BJOG - An International Journal of Obstetrics and Gynaecology**, Oxford, v. 121, n. 13, p. 1673-1683, Dec. 2014. Disponível em: <https://obgyn.onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1111/1471-0528.12884>. Acesso em: 14 dez. 2018.

FUNDO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A INFÂNCIA - UNICEF. **Iniciativa Hospital Amigo da Criança**: revista, atualizada e ampliada para o cuidado integrado - Módulo 1 - Histórico e Implementação. Brasília: Ministério da Saúde, 2008. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/iniciativa_hospital_amigo_crianca_modulo1.pdf. Acesso em: 13 set. 2018.

GONÇALVES, Annelise de Carvalho; SANTO, Lilian Espírito; KOHLMANN, Marion. Enfermeira Consultora em Aleitamento Materno: a construção de um novo papel. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 1, n. 19, p.60-65, 1998.

GONÇALVES, A. C.; BONILHA, A. L. L. Crenças e práticas da nutriz e seus familiares relacionadas ao aleitamento materno. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 26, n. 3, p. 333-344, dez. 2005. Disponível em: <https://seer.ufrgs.br/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/4564/2491>. Acesso em: 17 dez. 2018.

GRANVILLE-GARCIA, A. F. *et al.* Factors associated with early weaning at a Child-Friendly Healthcare Initiative Hospital. **Revista Odonto Ciência**, Porto Alegre, v. 27, n. 3, p. 202-207, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/roc/v27n3/v27n3a05.pdf>. Acesso em: 17 dez. 2018.

GUSMÃO, A. M. *et al.* Prevalência de aleitamento materno exclusivo e fatores associados: estudo transversal com mães adolescentes de 14 a 16 anos em Porto Alegre, RS, Brasil. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 11, p. 3357-3368, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v18n11/25.pdf>. Acesso em: 14 dez. 2018.

HAMADE, H. *et al.* Determinants of exclusive breastfeeding in an urban population of primiparas in Lebanon: a cross-sectional study. **BMC Public Health**, London, v. 13, p. 702-712, July 2013. Disponível em: <https://bmcpublihealth.biomedcentral.com/track/pdf/10.1186/1471-2458-13-702>. Acesso em: 17 dez. 2018.

HAROON, S. *et al.* Breastfeeding promotion interventions and breastfeeding practices: a systematic review. **BMC Public Health**, London, v. 13, Supl. 3, p. 20-38, 2013. Disponível em: <https://bmcpublihealth.biomedcentral.com/track/pdf/10.1186/1471-2458-13-S3-S20>. Acesso em: 14 dez. 2018.

HULLEY, S. B. *et al.* **Delineando a pesquisa clínica: uma abordagem epidemiológica**. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2008.

INTERNATIONAL BOARD OF LACTATION CONSULTANT EXAMINERS - IBLCE. **Current statistics on worldwide IBCLCs**. 2018. Disponível em: <https://iblce.org/about-iblce/current-statistics-on-worldwide-ibclcs/>. Acesso em: 17 dez. 2018.

JONSDOTTIR, O. H. *et al.* Initiation of complementary feeding and duration of total breastfeeding: unlimited access to lactation consultants versus routine care at the well-baby clinics. **Breastfeeding Medicine**, New Rochelle, v. 9, n. 4, p. 196-202, May 2014. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4066226/pdf/bfm.2013.0094.pdf>. Acesso em: 17 dez. 2018.

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. **Revista Paulista de Pediatria**, São Paulo, v. 30, n. 2, p. 157-165, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rpp/v30n2/02.pdf>. Acesso em: 14 dez. 2018.

KHAN, J. *et al.* Timing of breastfeeding initiation and exclusivity of breastfeeding during the first month of life: effects on neonatal mortality and morbidity - a systematic review and meta-analysis. **Maternal and Child Health Journal**, New York, v. 19, n. 3, p. 468-479, Mar. 2015.

KIM, M. J.; KIM, Y. M.; YOO, J. H. Factors affecting exclusive breast-feeding during the first 6 months in Korea. **Pediatrics International**, Carlton, v. 55, n. 2, p. 177-180, Apr. 2013.

KRAMER, M. S.; KAKUMA, R. Optimal duration of exclusive breastfeeding. **Cochrane Database of Systematic Reviews**, Oxford, n. 8, p. 1-139, Aug. 2012.

LIU, J. *et al.* Social and demographic determinants for breastfeeding in a rural, suburban and city area of South East China. **Contemporary Nurse**, [s. l.], v. 45, n. 2, p. 234-243, Oct. 2013. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4247329/pdf/nihms583206.pdf>. Acesso em: 17 dez. 2018.

LUKAC, M.; RILEY, J. K.; HUMPHREY, A. D. How to integrate a lactation consultant in an outpatient clinic environment. **Journal of Human Lactation**, Charlottesville, v. 22, n. 1, p. 99-103, Feb. 2006.

MACHADO, M. C. M. *et al.* Determinants of the exclusive breastfeeding abandonment: psychosocial factors. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 48, n. 6, p. 985-994, 2014. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rsp/v48n6/pt_0034-8910-rsp-48-6-0985.pdf. Acesso em: 14 dez. 2018.

MORAES, B. A. *et al.* Fatores associados à interrupção do aleitamento materno exclusivo em lactentes com até 30 dias. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 37, n. esp., e2016-0044, 2016. Disponível em: <https://seer.ufrgs.br/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/74255/41947>. Acesso em: 14 dez. 2018.

MORTAZAVI, F. *et al.* Breastfeeding practices during the first month postpartum and associated factors: impact on breastfeeding survival. **Iranian Red Crescent Medical Journal**, Dubai, v. 17, n. 4, p. e27814, Apr. 2015. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4443393/pdf/ircmj-17-04-27814.pdf>. Acesso em: 16 dez. 2018.

NARCHI, N. Z. *et al.* Variáveis que influenciam a manutenção do aleitamento materno exclusivo. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 43, n. 1, p. 87-94, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v43n1/11.pdf>. Acesso em: 17 dez. 2018.

NETO, E. T. S.; ZANDONADE, E.; EMMERICH, A. O. Analysis models for variables associated with breastfeeding duration. **Revista Paulista de Pediatria**, São Paulo, v. 31, n. 3, p. 306-314, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rpp/v31n3/0103-0582-rpp-31-03-00306.pdf>. Acesso em: 17 dez. 2018.

NISHIMURA, H. *et al.* Determinants of exclusive breastfeeding in rural South India. **International Breastfeeding Journal**, London, v. 13, p. 40-46, 2018. Disponível em: <https://internationalbreastfeedingjournal.biomedcentral.com/track/pdf/10.1186/s13006-018-0178-5>. Acesso em: 16 dez. 2018.

PATEL, S.; PATEL, S. The effectiveness of lactation consultants and lactation counselors on breastfeeding outcomes. **Journal of Human Lactation**, Charlottesville, v. 32, n. 3, p. 530-541, Aug. 2016.

PATIL, C. L. *et al.* Early interruption of exclusive breastfeeding: results from the eight-country MAL-ED study. **Journal of Health, Population and Nutrition**, Dhaka, v. 34, p. 10-19, May 2015. Disponível em: <https://jhpn.biomedcentral.com/track/pdf/10.1186/s41043-015-0004-2>. Acesso em: 17 dez. 2018.

PEREIRA, R. S. V. *et al.* Fatores associados ao aleitamento materno exclusivo: o papel do cuidado na atenção básica. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, n. 26, v. 12, p. 2343-2354, dez. 2010. Disponível em: <https://www.scielo.org/pdf/csp/2010.v26n12/2343-2354/pt>. Acesso em: 16 dez. 2018.

REDE BRASILEIRA DE BANCOS DE LEITE HUMANO - rBLH BRASIL. A rede BLH, **Quem Somos**. Rio de Janeiro, 2017a. Disponível em: <https://rblh.fiocruz.br/pt-br/quem-somos>. Acesso em: 17 nov. 2017.

REDE BRASILEIRA DE BANCOS DE LEITE HUMANO - rBLH BRASIL. A rede BLH, **rBLH em números**. Rio de Janeiro, 2017b. Disponível em: https://producao.redeblh.icict.fiocruz.br/portal_blh/blh_brasil.php. Acesso em: 13 set. 2018.

REDE BRASILEIRA DE BANCOS DE LEITE HUMANO - rBLH BRASIL. A Rede Brasileira de Bancos de Leite Humano, **Dados estatísticos**. Rio de Janeiro, 2017c. Disponível em: <http://www.redeblh.fiocruz.br/cgi/cgilua.exe/sys/start.htm?sid=352>. Acesso em: 13 set. 2018.

RIORDAN, J. The lactation specialist: roles and responsibilities. *In*: RIORDAN, J.; WAMBACH, K. **Breastfeeding and Human Lactation**. 4. ed. Burlington: Jones & Bartlett Learning, 2010. p. 1-912.

RIUS, J. M. *et al.* Factores asociados al abandono precoz de la lactancia materna en una región del este de España. **Anales de Pediatría**, Barcelona, v. 80, n. 1, p. 6-15, enero 2014. Disponível em: <https://www.analesdepediatría.org/es-pdf-S1695403313002385>. Acesso em: 17 dez. 2018.

ROCCI, E.; FERNANDES, R. A. Q. Breastfeeding difficulties and influence in the early weaning. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 67, n. 1, p. 22-27, jan./fev. 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v67n1/0034-7167-reben-67-01-0022.pdf>. Acesso em: 14 dez. 2018.

ROIG, A. O. *et al.* Factors associated to breastfeeding cessation before 6 months. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 18, n. 3, p. 373-380, May/Jun. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v18n3/12.pdf>. Acesso em: 14 dez. 2018.

SALUSTIANO, L. P. Q. *et al.* Fatores associados à duração do aleitamento materno em crianças menores de seis meses. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, Rio de Janeiro, v. 34, n. 1, p. 28-33, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbgo/v34n1/a06v34n1.pdf>. Acesso em: 14 dez. 2018.

SOUZA, C. B.; ESPÍRITO SANTO, L. C.; GIUGLIANI, E. R. J. **Políticas públicas de incentivo ao aleitamento materno: a experiência do Brasil**. 2008. Disponível em: http://www.aleitamento.com.br/upload%5Carquivos%5Carquivo1_2418.pdf. Acesso em: 05 jul. 2016.

THURMAN, S. E.; ALLEN, P. J. Integrating lactation consultants into primary health care services: are lactation consultants affecting breastfeeding success? **Pediatric Nursing**, New Jersey, v. 34, n. 5, p. 419-425, Sept./Oct. 2008.

VIEIRA, G. O. *et al.* Fatores preditivos da interrupção do aleitamento materno exclusivo no primeiro mês de lactação. **Jornal de Pediatria**, Porto Alegre, v. 86, n. 5, p. 441-444, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/jped/v86n5/v86n5a15.pdf>. Acesso em: 14 dez. 2018.

VIEIRA, T. O. *et al.* Duration of exclusive breastfeeding in a Brazilian population: new determinants in a cohort study. **BMC Pregnancy Childbirth**, London, v. 14, n. 1, p. 175-184, 2014. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4046501/pdf/1471-2393-14-175.pdf>. Acesso em: 16 dez. 2018

VICTORA, C. G. *et al.* Association between breastfeeding and intelligence, educational attainment, and income at 30 years of age: a prospective birth cohort study from Brazil. **The Lancet Global Health**, London, v. 3, n. 4, p.e199-e205, Apr. 2015. Disponível em: [https://www.thelancet.com/journals/langlo/article/PIIS2214-109X\(15\)70002-1/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/langlo/article/PIIS2214-109X(15)70002-1/fulltext). Acesso em: 14 dez. 2018.

VICTORA, C. G. *et al.* Amamentação no século 21: epidemiologia, mecanismos, e efeitos ao longo da vida. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, v. 25, n. 1, p. 1–24, jan./mar. 2016. Disponível em: <http://scielo.iec.gov.br/pdf/ess/v25n1/Amamentacao1.pdf>. Acesso em: 14 dez. 2018.

WARKENTIN, S. *et al.* Exclusive breastfeeding duration and determinants among Brazilian children under two years of age. **Revista de Nutrição**, Campinas, v. 26, n. 3, p. 259-269, maio/jun. 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rn/v26n3/01.pdf>. Acesso em: 14 dez. 2018.

WORLD HEALTH ORGANIZATION - WHO. **Infant and Young Child Feeding: A tool for assessing breastfeeding practices, policies and programs**. Geneva: World Health Organization, 2003. Disponível em: http://www.who.int/nutrition/publications/inf_assess_nnpp_eng.pdf. Acesso em: 06 fev. 2019.

WORLD HEALTH ORGANIZATION - WHO. **Indicators for assessing infant and young child feeding practices: conclusions of a consensus meeting held 6-8 November 2007 in Washington D.C., USA**. Geneva: World Health Organization, 2007. Disponível em: https://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/9789241596664/en/. Acesso em: 14 dez. 2018.

WORLD HEALTH ORGANIZATION - WHO. **Ten steps to successful breastfeeding (revised 2018)**. 2018. Disponível em: <http://www.who.int/nutrition/bfhi/ten-steps/en/>. Acesso em: 26 nov. 2018.

APÊNDICE A – Questionário inicial

Questionário inicial

Nome da mãe: _____
Código: P _____ Leito: _____
Nome do bebê: _____
Telefone residencial: (____) _____
Celular/operadora: (____) _____
Outro telefone /operadora: (____) _____
De quem é este outro telefone (parentesco e nome): _____
Preferência de horário para a ligação: _____
Data da Entrevista: ____/____/____
Nome da Entrevistadora: _____

MOTIVO DO ENCAMINHAMENTO PARA A CONSULTORIA:

DADOS DE IDENTIFICAÇÃO		
01. Data de nascimento do bebê: ____/____/____	DNBEBE	
02. Tipo de parto: (1) vaginal com episiotomia (2) vaginal sem episiotomia (3) cesárea (99) NSI	TIPARTO	
03. Sexo do bebê: (1) feminino (2) masculino	SEXOB	
04. Peso de nascimento do bebê: _____g	PNBEBE	
05. Cor da pele da mãe: (1) branca (2) não branca	CORM	
06. Idade da mãe: _____anos	IDADEM	
07. Tem companheiro? (1) Sim (2) Não	COMPM	
08. Você mora com seu companheiro? (1) Sim (2) Não (88) NSA (não tem companheiro)	MORACO	

09. Você mora com sua mãe? (1) Sim (2) Não	MORAMA	
10. Você mora com sua sogra? (1) Sim (2) Não (88) NSA (se não tem companheiro, não tem sogra)	MORASO	
11. Renda familiar: R\$ _____ Sal. Mín: _____ (99) NSI	RENFAM	
12. Você ainda está estudando? (1) Sim (2) Não	MAEEST	
13. Quantos anos de estudo completos você tem? *Lembrar de pedir se fez o 9º ano _____ (99) NSI	ESCOLAM	
14. Quantos anos de estudo completo tem seu companheiro? * Lembrar de pedir se fez o 9º ano _____ (88) NSA (não tem companheiro) (99) NSI	ESCOLCOMP	
15. Você trabalha fora de casa? (1) Sim (2) Não	TRABFORA	
16. Você tem tempo de licença maternidade? (1) Sim (2) Não	LICMAT	
17. Quanto tempo que você vai tirar de licença maternidade? _____ meses (88) NSA (não tem licença maternidade)	TEMPLIC	
18. Vai emendar algum benefício à licença maternidade (férias, licença prêmio...)? (1) Sim (2) Não (88) NSA (não tem licença maternidade) Se sim, quanto tempo? _____ meses	BENEF	
19. Você fez pré-natal? (1) Sim (2) Não	PRENATAL	
20. Se sim, número de consultas (carteirinha): _____ (88) NSA (não fez pré-natal) (99) NSI	CONSUPRE	
21. Durante seu pré-natal, você recebeu alguma orientação sobre AM? (1) sim, bastante (2) sim, mais ou menos (3) sim, pouca (4) não (88) NSA (não fez pré-natal)	ORIENPRE	
22. Você participou de algum grupo ou curso de gestantes? (1) Sim (2) Não	CURSOPRE	

23. Durante o curso ou grupo, você recebeu alguma orientação sobre AM? (1) sim, bastante (2) sim, mais ou menos (3) sim, pouca (4) não (88) NSA (não fez curso de gestantes)	ORICURSO	
24. Fumou durante a gravidez? (1) Sim (2) Não (3) Sim, mas interrompeu durante a gravidez	FUMO	
25. Se sim, quantos cigarros por dia? _____ (88) NSA (não fuma)	CIGARROS	
DADOS DO AM		
26. Quantos filhos vivos você teve antes deste? _____	FILHOVI	
27. Por quanto tempo os filhos anteriores foram amamentados (em meses)? Começar pelo filho mais velho A___ B___ C___ D___ E___ (88) NSA (não teve nenhum filho antes deste) (99) NSI	DURAM	
VOCÊ TEM OS SEGUINTE PROBLEMAS PARA AMAMENTAR?		
28. Dor? (1) sim (2) não	DOR	
29. Fissura, bolha, marcas e/ou equimoses na região do mamilo ou aréola? (1) sim (2) não	FISSU	
30. Mamas muito cheias? (1) sim (2) não	INGUR	
31. Vermelhidão local? (1) sim (2) não	ERITEMA	
32. Febre (1) sim (2) não	FEBRE	
33. Eliminação de pus (1) sim (2) não	PUS	
CONSULTORIA EM AM		
34. Como você se sentiu em relação ao atendimento da consultoria? (Ler as opções) (1) Satisfeita (2) Insatisfeita (99) NSI	SATISFAC	

<p>35. Se satisfeita, qual o grau de satisfação? (Ler as opções)</p> <p>(1) Pouco satisfeita (2) Satisfeita (3) Muito satisfeita (88) NSA (não sentiu-se satisfeita)</p>	<p>GRAUSATI</p>	
<p>36. Se insatisfeita, qual o grau de insatisfação? (Ler as opções)</p> <p>(1) Pouco insatisfeita (2) Insatisfeita (3) Muito insatisfeita (88) NSA (não sentiu-se insatisfeita)</p>	<p>GRAUINSAT</p>	
<p>37. Seu problema melhorou ou foi resolvido com o atendimento da consultoria? (Sugerir Sim/Em parte/ Não – e após pedir o por quê?)</p> <p>(1) Sim</p> <p>(2) Em parte, por quê?</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>(3) Não, por quê?</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	<p>RESOLUT</p>	

APÊNDICE B – Questionário de seguimento (15 dias)

Questionário de seguimento (15 dias)

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

ALIMENTAÇÃO DO BEBÊ		
01. Bebê recebeu complemento lácteo durante a hospitalização? (1) sim (2) Não	COMPLEM	
02. Você saiu do hospital amamentando exclusivamente o bebê? (1) Sim (2) Não, por quê? _____ _____	AMEHOSP	
03. Saiu com orientação de (1) AME (2) AM + fórmula láctea Outra Qual? _____	ORIENTDIETABEBE	
04. Você ainda está em licença maternidade? <small>*olhar questionário inicial se teve licença maternidade</small> (1) sim (2) não (88) NSA (não teve licença maternidade)	LICMAT	
05. Você está trabalhando? *só perguntar se ela não estiver em licença maternidade ou não teve o benefício (1) sim (2) não (88) NSA (está em licença maternidade)	MAETRAB	
06. O bebê mama no peito? (1) sim (2) não, por quê? _____ _____	BEBEMAM	
07. O bebê mama no peito de outra mulher? (1) sim (2) não	MAMOUT	
08. O bebe tem horário fixo para mamar no peito? (1) Sim	LIVREDEMANDA	

(2) Não	(88) NSA (não mama no peito)		
O seu bebê está recebendo algum destes líquidos ou alimentos?			
09. Água: (1) sim (2) não Motivo da introdução _____ _____		BEBAGUA	
10. Quantos dias de vida o bebê tinha quando introduziu? _____ dias de vida do bebê (88) NSA (não deu água) (99) NSI		QUANAG	
11. Chá: (1) sim (2) não Motivo da introdução _____ _____		BEBCHA	
12. Quando introduziu? _____ dias de vida do bebê (88) NSA (não deu chá) (99) NSI		QUANDCH	
13. Suco: (1) sim (2) não Motivo da introdução _____ _____		BEBESUC	
14. Quando introduziu? _____ dias de vida do bebê (88) NSA (não deu suco) (99) NSI		QUANSUC	
15. Outro Leite: (1) sim (2) não Motivo da introdução _____ _____		BELEITE	
16. Quando introduziu? _____ dias de vida do bebê (88) NSA (não deu outro leite) (99) NSI		QUALEIT	
17. Qual o tipo de leite introduzido? (1) leite modificado (2) leite em pó integral (3) leite em caixinha (4) leite em saquinho (5) outro _____ (88) NSA (não deu outro leite)		TIPLEIT	
18. Leite engrossado (farinha, maisena, aveia...): (1) sim (2) não		LEITENG	

Motivo da introdução _____ _____		
19. Quando introduziu? _____ dias de vida do bebê (88) NSA (não deu leite engrossado) (99) NSI	QDOLENG	
20. Esses líquidos que seu bebê recebe, é através da mamadeira? (1) sim (2) não (88) NSA (não recebe nada além do peito da mãe)	MAMADE	
21. Seu bebê recebe outros alimentos? (1) sim (2) não Se sim, especificar _____ _____	OTRALIM	
22. Tipo de alimentação do bebê em casa (<i>*não perguntar à mãe</i>): [1] Aleitamento materno exclusivo (somente peito) [2] Predominante (peito + água, chás e sucos de frutas) [3] Complementado (peito + alimentos semissólidos ou sólidos) [4] Misto (peito + outros tipos de leite – NAN, leite de vaca, leite de caixinha etc). [5] Não estou mais amamentando	TIPOALI	
23. Duração do AME em dias (<i>*não perguntar à mãe</i>) _____ (88) NSA (ainda em AME)	DURAME	
24. Duração do AM em dias (<i>*não perguntar à mãe</i>) _____ (88) NSA (ainda em AM)	DURAM	
APOIO NA AMAMENTAÇÃO		
25. Você está recebendo ajuda de seu companheiro para amamentar? <i>*Ler opções</i> (1) muito (2) mais ou menos (3) pouco (4) nenhum (88) NSA (não tem companheiro)	APOIOCO	
26. De mais alguém? (1)sim,quem? _____ _____	APOALG	

(2) não		
Você recebe ajuda de alguém para:		
27. Cuidar dos afazeres domésticos: *Ler opções (1) sempre (2) às vezes (3) nunca	CUICASA	
28. Cuidar do bebê (banho, fralda, colo): *Ler opções (1) sempre (2) às vezes (3) nunca	CUIBEBE	
29. Ficar com o bebê enquanto você se ausenta? *Ler opções (1) sempre (2) às vezes (3) nunca (4) nunca se ausentou	FICABEB	
30. Alimentar o bebê: *Ler opções (1) sempre (2) às vezes (3) nunca (88) NSA (o bebê só recebe leite e líquidos)	ALIMENT	
USO DE BICO		
31. O bebê chupa bico? (1) sim (2) não Motivo da introdução _____ _____	BICO	
32. Quando introduziu o bico? _____ dias de vida do bebê (88) NSA (não usa bico) (99) NSI	IDADBIC	
33. O bebê usa bico todos os dias? (1) sim (2) não (88) NSA (não usa bico)	TODIABI	
34. Se não chupa bico, foi tentado alguma vez? (1) sim (2) não (88) NSA (usa bico)	TENTBIC	
TEM OU TEVE PROBLEMAS OU DIFICULDADES PARA AMAMENTAR		
35. Dor? (1) sim (2) não	DOR	
36. Fissura, bolha, marcas e\ou equimoses na região do mamilo ou aréola? (1) sim (2) não	FISSU	
37. Mamas muito cheias? (1) sim (2) não	INGUR	
38. Vermelhidão local? (1) sim (2) não	ERITEMA	

39. Febre (1) sim (2) não	FEBRE	
40. Eliminação de pus (1) sim (2) não	PUS	
41. Outros _____ _____ (88) NSA (não tem outro problema)		
42. Retornou ao Banco de Leite Humano: (1) sim (2) não Nº de vezes? _____ _____	RETBLH	
TABAGISMO		
43. Está fumando no momento? (1) Sim (2) Não	FUMOSEGUI	
44. Se sim, quantos cigarros por dia? _____ (88) NSA	NCIGARROS	
ACOMPANHAMENTO E AUXÍLIO		
45. O bebê está sendo acompanhado pela rede básica: (1) sim (2) não	ACOMPUBS	
46. Procurou ajuda profissional em AM na atenção básica? (1) sim (2) não	AJAMAB	
47. Procurou ajuda profissional em AM em consultório privado? (1) sim (2) não	AJAMP	
48. Procurou ajuda em AM em outro local? (1) sim (2) não Qual _____		
CONSULTORIA		
49. Você necessitou buscar o atendimento da consultoria aqui no hospital após a alta hospitalar, no intervalo entre a última entrevista e a atual? (1) Sim (2) Não Nº de vezes? _____	CONSULALTA	

<p>50. Motivo da sua busca por esse atendimento:</p> <p>_____</p> <p>(88)NSA (não procurou consultoria)</p>	<p>MOT CONSULALTA</p>	
<p>51. Como você se sentiu em relação ao atendimento da consultoria?</p> <p>(1) Satisfeita (2) Insatisfeita</p> <p>(88)NSA (não procurou consultoria)</p>	<p>SATISFALTA</p>	
<p>52. Se satisfeita, qual o grau de satisfação?</p> <p>(1) Pouco satisfeita (2) Satisfeita (3) Muito satisfeita (88) NSA (não procurou consultoria)</p>	<p>GRAUSATALTA</p>	
<p>53. Se insatisfeita, qual o grau de insatisfação?</p> <p>(1) Pouco insatisfeita (2) Insatisfeita (3) Muito insatisfeita (88) NSA (não procurou consultoria)</p>	<p>GRAUINSATALTA</p>	
<p>54. Seu problema foi resolvido com o atendimento da consultoria? (Sugerir Sim/Em parte/ Não – e após pedir o por quê?)</p> <p>(1) Sim</p> <p>(2) Em parte, por quê? _____</p> <p>_____</p> <p>(3) Não, por quê? _____</p> <p>_____</p> <p>(88) NSA (não procurou consultoria)</p>	<p>RESOLDEP</p>	

APÊNDICE C – Questionário de seguimento (30, 60, 120 e 180 dias)

Questionário de seguimento (30, 60, 120 e 180 dias)

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

01. Você ainda está em licença maternidade? <small>*olhar questionário inicial se teve licença maternidade</small> (1) sim (2) não (88) NSA (não teve licença maternidade)	LICMAT	
02. Você está trabalhando? <small>*só perguntar se ela não estiver em licença maternidade ou não teve o benefício</small> (1) sim (2) não (88) NSA (está em licença maternidade)	MAETRAB	
ALIMENTAÇÃO DO BEBÊ		
03. O bebê mama no peito? (1) sim (2) não, por quê? _____ _____	BEBEMAM	
04. O bebê mama no peito de outra mulher? (1) sim (2) não	MAMOUT	
05. O bebe tem horário fixo para mamar no peito? (1) Sim (2) Não (88) NSA (não mama no peito)	LIVREDEMANDA	
O seu bebê está recebendo algum destes líquidos ou alimentos?		
06. Água: (1) sim (2) não Motivo da introdução _____ _____	BEBAGUA	
07. Quantos dias de vida o bebê tinha quando introduziu? _____ dias de vida do bebê (88) NSA (não deu água) (99) NSI	QUANAG	

<p>08. Chá: (1) sim (2) não</p> <p>Motivo da introdução</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	<p>BEBCHA</p>	
<p>09. Quando introduziu?</p> <p>_____ dias de vida do bebê</p> <p>(88) NSA (não deu chá) (99) NSI</p>	<p>QUANDCH</p>	
<p>10. Suco: (1) sim (2) não</p> <p>Motivo da introdução</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	<p>BEBESUC</p>	
<p>11. Quando introduziu?</p> <p>_____ dias de vida do bebê</p> <p>(88) NSA (não deu suco) (99) NSI</p>	<p>QUANSUC</p>	
<p>12. Outro Leite: (1) sim (2) não</p> <p>Motivo da introdução</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	<p>BELEITE</p>	
<p>13. Quando introduziu?</p> <p>_____ dias de vida do bebê</p> <p>(88) NSA (não deu outro leite) (99) NSI</p>	<p>QUALEIT</p>	
<p>14. Qual o tipo de leite introduzido?</p> <p>(1) leite modificado (2) leite em pó integral</p> <p>(3) leite em caixinha (4) leite em saquinho</p> <p>(5) outro _____</p> <p>(88) NSA (não deu outro leite)</p>	<p>TIPLEIT</p>	
<p>15. Leite engrossado (farinha, maisena, aveia...):</p> <p>(1) sim (2) não</p> <p>Motivo da introdução</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	<p>LEITENG</p>	
<p>16. Quando introduziu?</p> <p>_____ dias de vida do bebê</p> <p>(88) NSA (não deu leite engrossado) (99) NSI</p>	<p>QDOLENG</p>	
<p>17. Esses líquidos que seu bebê recebe, é através da mamadeira?</p> <p>(1) sim (2) não (88) NSA (não recebe nada além do peito da mãe)</p>	<p>MAMADE</p>	

<p>18. Seu bebê recebe outros alimentos? (1) sim (2) não Se sim, especificar</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	OTRALIM	
<p>19. Tipo de alimentação do bebê em casa (<i>*não perguntar à mãe</i>):</p> <p>[1] Aleitamento materno exclusivo (somente peito) [2] Predominante (peito + água, chás e sucos de frutas) [3] Complementado (peito + alimentos semissólidos ou sólidos) [4] Misto (peito + outros tipos de leite – NAN, leite de vaca, leite de caixinha etc). [5] Não estou mais amamentando</p>	TIPOALI	
<p>20. Duração do AME em dias (<i>*não perguntar à mãe</i>)</p> <p>_____ (88) NSA (ainda em AME)</p>	DURAME	
<p>21. Duração do AM em dias (<i>*não perguntar à mãe</i>)</p> <p>_____ (88) NSA (ainda em AM)</p>	DURAM	
APOIO NA AMAMENTAÇÃO		
<p>22. Você está recebendo ajuda de seu companheiro para amamentar? <i>*Ler opções</i></p> <p>(1) muito (2) mais ou menos (3) pouco (4) nenhum (88) NSA (não tem companheiro)</p>	APOIOCO	
<p>23. De mais alguém?</p> <p>(1) sim, quem?</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>(2) não</p>	APOALG	
Você recebe ajuda de alguém para:		
<p>24. Cuidar dos afazeres domésticos: <i>*Ler opções</i></p> <p>(1) sempre (2) às vezes (3) nunca</p>	CUICASA	
<p>25. Cuidar do bebê (banho, fralda, colo): <i>*Ler opções</i></p> <p>(1) sempre (2) às vezes (3) nunca</p>	CUIBEBE	

26. Ficar com o bebê enquanto você se ausenta? *Ler opções (1) sempre (2) às vezes (3) nunca (4) nunca se ausentou	FICABEB	
27. Alimentar o bebê: *Ler opções (1) sempre (2) às vezes (3) nunca (88) NSA (o bebê só recebe leite e líquidos)	ALIMENT	
USO DE BICO		
28. O bebê chupa bico? (1) sim (2) não Motivo da introdução _____ _____	BICO	
29. Quando introduziu o bico? _____ dias de vida do bebê (88) NSA (não usa bico) (99) NSI	IDADBIC	
30. O bebê usa bico todos os dias? (1) sim (2) não (88) NSA (não usa bico)	TODIABI	
31. Se não chupa bico, foi tentado alguma vez? (1) sim (2) não (88) NSA (usa bico)	TENTBIC	
TEM OU TEVE PROBLEMAS OU DIFICULDADES PARA AMAMENTAR		
32. Dor? (1) sim (2) não	DOR	
33. Fissura, bolha, marcas e\ou equimoses na região do mamilo ou aréola? (1) sim (2) não	FISSU	
34. Mamas muito cheias? (1) sim (2) não	INGUR	
35. Vermelhidão local? (1) sim (2) não	ERITEMA	
36. Febre (1) sim (2) não	FEBRE	
37. Eliminação de pus (1) sim (2) não	PUS	
38. Outros _____		

(88) NSA (não tem outro problema)		
39. Retornou ao Banco de Leite Humano: (1) sim (2) não Nº de vezes? _____ _____	RETBLH	
TABAGISMO		
40. Está fumando no momento? (1) Sim (2) Não	FUMOSEGUI	
41. Se sim, quantos cigarros por dia? _____ (88) NSA	NCIGARROS	
ACOMPANHAMENTO E AUXÍLIO		
42. O bebê está sendo acompanhado pela rede básica: (1) sim (2) não	ACOMPUBS	
43. Procurou ajuda profissional em AM na atenção básica? (1) sim (2) não	AJAMAB	
44. Procurou ajuda profissional em AM em consultório privado? (1) sim (2) não	AJAMP	
45. Procurou ajuda em AM em outro local? (1) sim (2) não Qual _____		
CONSULTORIA		
46. Você necessitou buscar o atendimento da consultoria aqui no hospital após a alta hospitalar, no intervalo entre a última entrevista e a atual? (1) Sim (2) Não Nº de vezes? _____	CONSULALTA	
47. Motivo da sua busca por esse atendimento: _____ (88)NSA (não procurou consultoria)	MOT CONSULALTA	
48. Como você se sentiu em relação ao atendimento da consultoria? (1) Satisfeita (2) Insatisfeita (88)NSA (não procurou consultoria)	SATISFALTA	

<p>49. Se satisfeita, qual o grau de satisfação? (1) Pouco satisfeita (2) Satisfeita (3) Muito satisfeita (88) NSA (não procurou consultoria)</p>	<p>GRAUSATALTA</p>	
<p>50. Se insatisfeita, qual o grau de insatisfação? (1) Pouco insatisfeita (2) Insatisfeita (3) Muito insatisfeita (88) NSA (não procurou consultoria)</p>	<p>GRAUINSATALTA</p>	
<p>51. Seu problema foi resolvido com o atendimento da consultoria? (Sugerir Sim/Em parte/ Não – e após pedir o por quê?) (1) Sim (2) Em parte, por quê? _____ _____ (3) Não, por quê? _____ _____ (88) NSA (não procurou consultoria)</p>	<p>RESOLDEP</p>	

APÊNDICE D – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Nº do projeto GPPG ou CAAE – _____

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Rubrica do participante _____

Rubrica do pesquisador _____

Página 1 de 2

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

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

Nome do participante da pesquisa

Assinatura

Nome do pesquisador que aplicou o Termo

Assinatura

Local e Data: _____

ANEXO A – Aprovação CEP/HCPA

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

COMISSÃO CIENTÍFICA

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

Projeto: 160227

Data da Versão do Projeto: 02/05/2016

Pesquisadores:

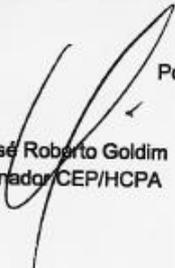
ANNELISE DE CARVALHO GONCALVES
VANESSA APARECIDA GASPARIN
JULIANA KARINE RODRIGUES STRADA
LILIAN CORDOVA DO ESPIRITO SANTO
LUCIANA OLINO

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

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

- Os pesquisadores vinculados ao projeto não participaram de qualquer etapa do processo de avaliação de seus projetos.

- O pesquisador deverá apresentar relatórios semestrais de acompanhamento e relatório final ao Grupo de Pesquisa e Pós-Graduação (GPPG)


Prof. José Roberto Goldim
Coordenador CEP/HCPA

Porto Alegre, 09 de junho de 2016.

ANEXO B – Normas da Revista Latino-Americana de Enfermagem

INSTRUÇÕES AOS AUTORES

1. Política Editorial

2. Informações Gerais

- **Autoria**
- **Guias para apresentação do texto**
- **Preparo do artigo**
- **Referências**

1. Política editorial

A Revista Latino-Americana de Enfermagem (RLAE) tem como missão contribuir para o avanço do conhecimento científico e da prática profissional da Enfermagem e de outras áreas da saúde por meio da publicação de artigos de elevado mérito científico. Publica artigos inéditos nos idiomas inglês, português e espanhol, nas categorias Artigo Original, de Revisão e Cartas ao Editor. Adota o sistema de publicação em fluxo contínuo (*rolling pass*). Números especiais são publicados a critério do Conselho de Editores. O processo de avaliação adotado é o de revisão por pares (*peer review*) preservado o anonimato dos autores e revisores.

A revista adota a normalização dos “Requisitos Uniformes para manuscritos apresentados a periódicos biomédicos” (Estilo Vancouver) (<http://www.icmje.org/recommendations>).

A RLAE segue o código de conduta ética em publicação recomendado pelo *Committee on Publication Ethics* (COPE) (<http://publicationethics.org>) e as condutas de Boas Práticas de Editoração – *Code of Conduct and Best Practice Guidelines for Journal Editors* (<http://publicationethics.org/resources/code-conduct>).

Todos os artigos devem ser encaminhados a revista com a cópia de aprovação por um Comitê de Ética em Pesquisa em casos de pesquisas com seres humanos (exceto dados de domínio público). Os estudos tipo ensaio clínico deve ter o número do Registro de Aprovação de Ensaios Clínicos (<http://www.ensaiosclinicos.gov.br>) o qual deve ser enviado a revista. Em casos de pesquisas envolvendo animais, a aprovação da Comissão de Ética no Uso de Animais deve ser encaminhada.

Os artigos devem ser submetidos pelo sistema eletrônico ScholarOne (<https://mc04.manuscriptcentral.com/rlae-scielo>) em português ou inglês ou espanhol e destinados exclusivamente para a RLAE. Não é permitida a apresentação simultânea a qualquer outro veículo de publicação. A RLAE considera como infração ética a publicação duplicada ou fragmentada de uma mesma pesquisa. Ferramentas para localização de similaridade de textos são utilizadas pela revista para detecção de plágio.

2. Instruções Gerais

- **Autoria**

O conceito de autoria adotado pela RLAE está baseado na contribuição substancial de cada uma das pessoas listadas como autores, no que se refere, sobretudo, à concepção e planejamento do projeto de pesquisa, obtenção ou análise e interpretação dos dados, redação e revisão crítica. A quantidade de autores é limitada a seis e, excepcionalmente, para estudos multicêntricos será examinada a possibilidade de inclusão de mais autores, considerando as justificativas apresentadas pelos mesmos. Não se justifica a inclusão de nomes de autores cuja contribuição não se enquadre nos critérios mencionados, podendo, nesse caso, figurar na seção Agradecimentos.

A contribuição de cada um dos autores deve ser explicitada em Declaração ([download](#)), assinada individualmente pelos autores, para esta finalidade e enviada para RLAE na submissão do manuscrito. Todos os autores devem informar o seu número de registro ORCID (<http://orcid.org>) na Declaração e no sistema ScholarOne (solicite aos demais autores que incluam o registro ORCID no cadastro de usuário do ScholarOne).

Os conceitos emitidos nos artigos são de responsabilidade exclusiva do(s) autor(es), não refletindo obrigatoriamente a opinião dos Editores e do Conselho Editorial.

Dados de identificação do autor responsável (cadastro)

Nome e sobrenome. O autor deve seguir o formato pelo qual o seu nome já é indexado nas bases de dados e incluir o número de registro no ORCID.

Correspondência. Deve constar o nome e endereço completo do autor responsável para troca de correspondência.

Instituição. Podem ser incluídas até três hierarquias institucionais de afiliação (por exemplo: departamento, faculdade, universidade).

Direitos autorais

Os autores devem ceder os direitos autorais patrimoniais do artigo a Revista Latino-Americana de Enfermagem por meio da Declaração de responsabilidade e transferência de direitos autorais assinada por todos os autores ([download](#)).

Para a utilização do artigo em acesso aberto, a RLAE adota a Licença *Creative Commons* – Licença CC BY (<http://creativecommons.org/licenses>). Esta licença permite que outros distribuam, remixem, adaptem e criem a partir do seu trabalho, mesmo para fins comerciais, desde que lhe atribuam o devido crédito pela criação original ao autor e conferindo os devidos créditos de publicação à RLAE. É recomendada para maximizar a disseminação e uso dos materiais licenciados.

Categorias de artigos aceitos para publicação

Artigos originais. São contribuições destinadas a divulgar resultados de pesquisa original e inédita, que possam ser replicados e/ou generalizados. São também considerados artigos originais as formulações discursivas de efeito teorizante e as pesquisas de metodologia qualitativa, de modo geral.

Artigos de revisão. Estudos avaliativos críticos, abrangentes e sistematizados, resultados de pesquisa original e recente. Visam estimular a discussão e introduzir o debate sobre aspectos relevantes e inovadores. Apresentam o método de revisão, o processo minucioso de busca e os critérios utilizados para a seleção e classificação dos estudos primários incluídos. Devem ser sustentados por padrões de excelência científica e responder à pergunta de relevância para a enfermagem e/ou outras áreas da saúde. Dentre os métodos utilizados estão: metanálise, metassíntese, revisão sistemática e revisão integrativa.

Cartas ao Editor. Incluem cartas que visam discutir artigos recentemente publicados pela revista ou relatar pesquisas originais e achados científicos significativos.

Processo de julgamento

Os artigos submetidos e encaminhados de acordo com as normas de publicação são enviados à pré-análise feita pelo Editor Científico Chefe que decidirá pela aprovação ou recusa do artigo caso ele não contemple o escopo do periódico, seja novo, verdadeiro e contribua para o avanço do conhecimento científico. Uma vez aprovado na pré-análise o manuscrito é enviado ao Editor Associado para seleção de consultores. Após a avaliação dos consultores, o Editor Associado realiza uma recomendação para o Editor Científico Chefe o qual com base nas avaliações feitas pelos consultores e pelo Editor Associado decidirá pela aprovação, reformulação ou recusa do artigo.

Custos de publicação

O custo de publicação para o autor é composto pelo pagamento das traduções e revisão gramatical do artigo para a publicação em três idiomas.

Taxa de processamento

A partir do dia 01 de Janeiro de 2019 o processo de submissão de artigos pelo autor para a fase de pré-análise da RLAE não terá nenhum custo e que os autores que tiverem os seus artigos aprovados para prosseguir no processo de avaliação por pares deverão pagar a taxa de Processamento no valor de R\$ 300,00. Quando da aprovação do artigo os autores deverão se responsabilizar pelas traduções dos mesmos.

Forma de pagamento: depósito ou transferência bancária

Banco do Brasil

Favorecido: Receita Própria EERP

CNPJ: 63.025.530/0027-43

Agência: 028-0 Conta Corrente: 130.151-9

Traduções

As traduções são solicitadas aos autores após a aprovação do artigo. Nesse momento, o texto original deve ser traduzido para mais dois idiomas, diferentes daquele de origem da submissão. O custo das duas traduções é de responsabilidades dos autores. Para garantir a qualidade das traduções, as mesmas somente serão aceitas acompanhadas do certificado de tradução de umas das empresas credenciadas pela RLAE.

- **Guias para apresentação do texto**

Os textos dos artigos devem seguir os guias da Rede Equator conforme tipo de estudo realizado:

Para todos os tipos de estudos usar o guia Revised Standards for Quality Improvement Reporting Excellence (SQUIRE 2.0 - [checklist](#)).

Para ensaio clínico randomizado usar o seguir CONSORT ([checklist](#) e [fluxograma](#)).

Para revisões sistemáticas e metanálises seguir o guia PRISMA ([checklist](#) e [fluxograma](#)).

Para estudos observacionais em epidemiologia seguir o guia STROBE ([checklist](#)).

Para estudos qualitativos seguir o guia COREQ ([checklist](#)).

Melhorar a qualidade e a transparência da pesquisa em investigação em saúde (<http://www.equator-network.org/resource-centre/authors-of-research-reports/authors-of-research-reports/#auwrit>). Pode ser usado para todos os tipos de pesquisas em saúde.

- **Preparo do artigo**

Estrutura

- . Título somente no idioma do artigo
- . Resumo somente no idioma do artigo
- . Descritores em português
- . Descritores em inglês
- . Descritores em espanhol
- . Introdução
- . Método
- . Resultados
- . Discussão
- . Conclusão

. Referências

Os Agradecimentos deverão constar apenas na Title Page.

Embora se respeite a criatividade e estilo dos autores a revista sugere o uso das seções convencionais Introdução, Método, Resultados, Discussão e Conclusão.

Quantidade de palavras

. Artigos Originais e de Revisão: 5000 palavras.

. Cartas ao Editor: 500 palavras

(na contagem de palavras não incluir: tabelas, figuras e referências)

Formatação

. Arquivo no formato Word, papel tamanho A4 (21 cm x 29,7 cm ou 8,3" x 11,7")

. Margens superiores, inferiores e laterais de 2,5 cm (1")

. Fonte Times New Roman 12 (em todo o texto, inclusive nas tabelas), com o arquivo digitado em formato .doc ou .docx, ou .rtf

. Espaçamento duplo entre linhas desde o título até as referências, com exceção das tabelas que devem ter espaçamento simples

. Para destaques utilizar itálico. Não são permitidas no texto: palavras em negrito, sublinhado, caixa alta, marcadores do MS Word

Título

. Conciso e informativo com até 15 palavras. Utilizar negrito

. Somente no idioma em que o artigo dor submetido

. Itens não permitidos: caixa alta, siglas, abreviações e localização geográfica da pesquisa.

Resumo

O resumo deve ser estruturado em: Objetivos, Método, Resultados e Conclusão. Redigido em parágrafo único, em até 200 palavras.

O *Objetivo* deve ser claro, conciso e descrito no tempo verbal infinitivo. O *Método* deve conter o tipo de estudo, amostra, variável(is), instrumento(s) e o tipo de análise. Os *Resultados* devem ser concisos, informativos e apresentar principais resultados descritos e quantificados, inclusive as características dos participantes e análise final dos dados. As *Conclusões* devem

responder estritamente aos objetivos, expressar as considerações sobre as implicações teóricas ou práticas dos resultados e conter três elementos: o resultado principal, os resultados adicionais relevantes e a contribuição do estudo para o avanço do conhecimento científico.

Os *Ensaio clínico* devem apresentar o número do registro de ensaio clínico ao final do resumo.

Itens não permitidos: siglas, exceto as reconhecidas internacionalmente, citações de autores, local do estudo e ano da coleta de dados.

Descritores

. Descritores em português, inglês e espanhol. Selecionados da lista do *Medical Subject Headings* ([MeSH](#)) ou vocabulário Descritores em Ciências da Saúde ([DeCS](#)).

. Devem ser incluídos 6 descritores separados entre si por ponto e vírgula. A primeira letra de cada palavra do descritor em caixa alta, exceto artigos e preposições

Nome das Seções Introdução, Método, Resultados, Discussão e Conclusão

. Negrito

. Caixa alta somente na primeira letra

. Itens não permitidos: subseções

Introdução

Deve ser breve, definir claramente o problema estudado, destacando sua importância e as lacunas do conhecimento. Incluir referências atualizadas e de abrangência nacional e internacional. Descrever o(s) objetivo(s) no final desta seção.

Método

Descrever o tipo de estudo, o local, o período, a população, os critérios de inclusão e exclusão, amostra, as variáveis do estudo, o(s) instrumento(s), a forma da coleta de dados, a organização dos dados para análises e aspectos éticos.

Resultados

Limitados a descrever os resultados encontrados sem incluir interpretações ou comparações. O texto contempla e não repete o que está descrito em tabelas e figuras.

Discussão

Enfatizar os aspectos novos e importantes do estudo. Comparar e contrastar os resultados com os de outros estudos atuais e apresentar possíveis mecanismos ou explicações para os resultados obtidos.

Apresentar as limitações do estudo e os avanços ao conhecimento científico.

Conclusão

Responder os objetivos do estudo, restringindo-se aos dados encontrados. Não citar referências.

Tabelas

Até 5 itens entre tabelas e figuras, contendo título informativo, claro e completo, localizado acima da tabela, indicando o que se pretende representar na tabela. Conter:

participantes do estudo, variáveis, local (cidade, estado, país) e período da coleta de dados.

Formatação

- . Elaboradas com a ferramenta de tabelas do MS Word
- . Dados separados por linhas e colunas de forma que cada dado esteja em uma célula
- . Traços internos somente abaixo e acima do cabeçalho e na parte inferior tabela

Menção no texto

- . Obrigatória. Ex: conforme a Tabela 1

Cabeçalho

- . Negrito
- . Sem células vazias

Inserção no texto

- . Logo após a primeira menção no texto e não no final do artigo ou em arquivos separados

Fonte da tabela

Descrever a fonte da informação quando se tratar de dados secundários

Notas de rodapé da tabela

- . Restritas ao mínimo necessário
- . Indicadas pelos símbolos sequenciais *, †, ‡, §, ||, ¶, **, ††, ‡‡, apresentando-os tanto no interior da tabela quanto na nota de rodapé da mesma, e não somente em um dos dois lugares.
- . Nas figuras que são imagens deverão estar em formato de texto e não no interior da imagem

Siglas

- . Restritas ao mínimo necessário
- . Descritas por extenso em nota de rodapé da tabela utilizando os símbolos sequenciais *, †, ‡, §, ||, ¶, **, ††, ‡‡

Valores monetários

Apresentados em dólares ou em salários mínimos no país da pesquisa e na época da coleta de dados. Apresentar data e cotação em nota de rodapé.

Formatação não permitida

- . Quebras de linhas utilizando a tecla Enter, Recuos utilizando a tecla Tab, Espaços para separar os dados; Caixa alta; Sublinhado; Marcadores do MS Word; Cores nas células; Tabelas com mais de uma página
- . Tabelas de apenas uma ou duas linhas devem ser convertidas em texto

Figuras

São figuras:

Quadros, gráficos, desenhos, esquemas, fluxogramas e fotos.

Título

- . Localizado abaixo da figura

Resolução

- . Em alta resolução (mínimo de 900 dpi)

Figuras: Quadros

- . Contém dados textuais e não numéricos, são fechados nas laterais e contém linhas internas
- . Quando construídos com a ferramenta de tabelas do MS Word poderão ter o tamanho máximo de uma página, e não somente 16x10cm como as demais figuras.
- . Autorização da fonte quando extraídos de outros trabalhos, indicando-a em nota de rodapé da figura

Figuras: Gráficos

- . Plenamente legíveis e nítidos
- . Tamanho máximo de 16x10cm

- . Se necessário utilizar cores optar por tons claros
- . Vários gráficos em uma só figura só serão aceitos se a apresentação conjunta for indispensável à interpretação da figura

Figuras: Desenhos, esquemas, fluxogramas

- . Construídos com ferramentas adequadas, de preferência com a intervenção de um profissional de artes gráficas
- . Lógicos e de fácil compreensão
- . Plenamente legíveis e nítidos
- . Tamanho máximo de 16x10cm
- . Autorização da fonte quando extraídos de outros trabalhos, indicando-a em nota de rodapé da figura

Figuras: Fotos

- . Plenamente legíveis e nítidas
- . Tamanho máximo de 16x10cm
- . Fotos contendo pessoas devem ser tratadas para que as mesmas não sejam identificadas

Notas de Rodapé nas tabelas e figuras

- indicadas pelos símbolos sequenciais *, †, ‡, §, ||, ¶, **, ††, ‡‡ apresentando-os tanto no interior da figura quanto na nota de rodapé, e não somente em um dos dois lugares
- . Nas figuras que são imagens deverão estar em formato de texto e não no interior da imagem

Citações no texto

Formatação

- . Números arábicos, sobrescritos e entre parênteses. Ex: ⁽¹²⁾
- . Ordenadas consecutivamente, sem pular referência
- . Citações de referências sequenciais: separadas por traço e não por vírgula, sem espaço entre elas. Ex: ...literatura⁽¹²⁻¹⁵⁾.
- . Citações de referências intercaladas: separadas por vírgula, sem espaço entre elas. Ex: ...literatura^(3,6,16,21)

Local de inserção

. quando inseridas ao final do parágrafo ou frase devem estar antes do ponto final e quando inseridas ao lado de uma vírgula devem estar antes da mesma

Citações “*ipsis literes*”

. entre aspas, sem itálico, tamanho 12, na seqüência do texto

Itens não permitidos

. espaço entre a citação numérica e a palavra que a antecede. Ex.....Cândida albicans^(3-6,16,21)

. indicação da página consultada

. nomes de autores, exceto os que constituem referencial teórico

Falas de participantes

. Itálico, fonte Times New Roman tamanho 10, sem aspas, na seqüência do texto

. Identificação da fala: obrigatória, codificada, apresentada ao final de cada fala entre parênteses e sem itálico

Notas de Rodapé no artigo

. No texto: indicadas por asterisco, iniciadas a cada página, restritas a um máximo de cinco.

• Referências

. Estilo Vancouver (https://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform_requirements.html)

. Sem limite máximo desde que todas adequadas ao texto e com link de acesso para averiguação de pertinência ao texto. Referências com mais de 6 autores: seis primeiros seguidos de et al.

. Citar a versão do documento em inglês

. Inserir DOI ou link de acesso em todas as referências

. Referências cinzentas não são aceitas por dificultar o acesso da comunidade científica internacional. É considerada literatura cinzenta os livros, teses, dissertações, manuais, normas, legislação, etc.

Exemplo de como citar consultar site da RLAE (<http://rlae.eerp.usp.br/section/9/como-citar-artigos-publicados-na-rlae>)