

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

BRUNA ALIBIO MORAES

**FATORES ASSOCIADOS À INTERRUPÇÃO DO ALEITAMENTO MATERNO
EXCLUSIVO EM BEBÊS COM ATÉ 30 DIAS DE VIDA**

Porto Alegre

2016

BRUNA ALIBIO MORAES

**FATORES ASSOCIADOS À INTERRUPÇÃO DO ALEITAMENTO MATERNO
EXCLUSIVO EM BEBÊS COM ATÉ 30 DIAS DE VIDA**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à disciplina ENF99004 – Trabalho de Conclusão de Curso II da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como requisito parcial para obtenção do título de Enfermeira.

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

**Porto Alegre
2016**

AGRADECIMENTOS

Aos meus pais, Suzana, Mauro, à minha irmã, Bárbara, e à minha tia, Zaida, pela determinação e luta na minha formação, além da paciência, compreensão e parceria nos momentos necessários. Sem o apoio e incentivo de vocês nada disso seria possível.

À minha orientadora, Prof^ª Dr^ª Annelise de Carvalho Gonçalves, que desde o início apostou em mim, me apoiou em momentos delicados, não apenas da minha trajetória acadêmica. Os momentos em que trabalhamos juntas foram enriquecedores. Obrigada pela paciência e por dividir comigo teu conhecimento, eles foram fundamentais para este resultado.

Aos demais professores da UFRGS, que dividiram seus conhecimentos e me incentivaram durante a graduação.

Às colegas do GEMBE, em especial à Juliana Strada e Iaramin Dalpiás, com quem pude contar com o apoio e amizade nos momentos necessários.

Aos demais familiares e amigos pela compreensão e incentivo, seja ele direto ou indireto. Com vocês tudo se tornou mais agradável.

RESUMO

Introdução: o leite materno é um alimento completo para o bebê, sendo recomendado de forma exclusiva até o sexto mês. Contudo, a duração do aleitamento materno exclusivo (AME) no Brasil ainda está aquém do preconizado e vários são os fatores envolvidos para este cenário. **Objetivo:** determinar os fatores associados à interrupção do aleitamento materno exclusivo em bebês com até 30 dias de vida. **Método:** trata-se de um estudo transversal, realizado no ambulatório do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA) em 2015, com 341 puérperas e seus recém-nascidos que retornaram para o reteste da orelhinha com até 30 dias de vida, que não tinham amamentação contraindicada, acompanhados pelas suas mães e que permaneceram na Unidade de Internação Obstétrica do HCPA durante toda a sua internação após o nascimento. Realizou-se entrevista com as mães utilizando-se questionário estruturado. Procedeu-se análise bivariada e multivariada dos dados. A medida de efeito aplicada foi a Razão de Prevalências (RP). Estabeleceu-se valor de $p \leq 0,20$ na análise bivariada como critério para a entrada da variável no modelo final. O nível de significância adotado foi de 5% ($p \leq 0,05$) e as análises foram realizadas no programa SPSS versão 18.0. O projeto maior foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do HCPA, sob nº 140681. **Resultados:** a prevalência de AME na amostra foi de 79,5%. Bebês com ≥ 21 dias de vida (RP: 3,97; IC 95% 1,01 a 15,6; $p = 0,049$), bebês que receberam complemento lácteo no hospital (RP: 2,04; IC 95% 1,07 a 3,92; $P = 0,031$), mulheres que tiveram dificuldade de amamentação após a alta hospitalar (RP: 2,64; RP 95% 1,12 a 6,21; $p = 0,026$) e aquelas com cor da pele não-branca (RP: 2,58; IC95% 1,18 a 5,62; $p = 0,018$) aumentaram a prevalência de interrupção do AME. **Conclusão:** os fatores associados à interrupção do AME em bebês até 30 dias de vida direcionam para a necessidade de apoio consistente à mãe e bebê frente às dificuldades na amamentação, evitando-se o uso de complementos lácteos ainda enquanto internados. Percebe-se a necessidade de ações mais efetivas em prol do aleitamento materno dos profissionais de saúde da atenção básica.

Descritores: Aleitamento Materno; Desmame; Prevalência

LISTA DE TABELAS E FIGURA

Tabela 1 - Características sociodemográficas das 341 mães dos RN, HCPA, Porto Alegre (RS), 2016.	22
Tabela 2 - Características obstétricas, de pré-natal e de nascimento das 341 mães dos RN, HCPA, Porto Alegre (RS), 2016.	23
Tabela 3 – Características dos 341 RN, HCPA, Porto Alegre (RS), 2016.	24
Figura 1 – Tipo de alimentação do bebê após a alta hospitalar, HCPA, Porto Alegre (RS), 2016.	25
Tabela 4 – Análise Bivariada dos fatores associados à interrupção do AME em bebês com até 30 dias de vida, HCPA, Porto Alegre (RS), 2016.	27
Tabela 5 – Análise Multivariada dos fatores associados à interrupção do AME em bebês com até 30 dias de vida. HCPA, Porto Alegre (RS), 2016.	28

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AM - Aleitamento materno

AME - Aleitamento Materno Exclusivo

ANVISA - Agência Nacional de Vigilância Sanitária

BLH - Banco de Leite Humano

COMPESQ - Comissão de Pesquisa

DF – Distrito Federal

FIOCRUZ - Fundação Oswaldo Cruz

HAC - Hospital Amigo da Criança

HCPA - Hospital de Clínicas de Porto Alegre

IHAC - Iniciativa Hospital Amigo da Criança

NBCAL - Norma de Comercialização de Alimentos para Lactentes e Crianças de Primeira Infância, Bicos, Chupetas e Mamadeiras

OMS - Organização Mundial da Saúde

RN - Recém-nascido

SUS - Sistema Único de Saúde

TCLE - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UFRGS - Universidade Federal do Rio Grande do Sul

UIO - Unidade de Internação Obstétrica

UNICEF - Fundo das Nações Unidas para a Infância

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	7
2	OBJETIVOS.....	9
2.1	Objetivo geral.....	9
2.2	Objetivos específicos.....	9
3	REVISÃO DA LITERATURA.....	10
3.1	Políticas e programas voltados à amamentação no Brasil.....	10
3.2	Fatores que interferem na duração e no processo de amamentação.....	13
4	MATERIAL E MÉTODO.....	16
4.1	Tipo de estudo.....	16
4.2	Campo de estudo.....	16
4.3	População e amostra.....	16
4.4	Coleta dos dados.....	17
4.5	Desfecho e variáveis do estudo.....	17
4.6	Análise dos dados.....	20
4.7	Aspectos éticos.....	20
5	RESULTADOS.....	22
6	DISCUSSÃO.....	29
7	CONCLUSÃO.....	36
	REFERÊNCIAS.....	39
	APÊNDICE A - Instrumento de coleta de dados.....	47
	APÊNDICE B - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	56
	ANEXO A - Avaliação Comissão de Pesquisa da Escola de Enfermagem da	
	UFRGS.....	57
	ANEXO B-Aprovação da Comissão Científica e o Comitê de Ética em Pesquisa do	
	Hospital de Clínicas de Porto Alegre.....	58

1 INTRODUÇÃO

O aleitamento materno se configura como uma das práticas mais antigas da história do ser humano, e a introdução de leite de outras fontes já se mostrava presente desde a civilização grega, o que foi comprovado através de escavações arqueológicas datadas do século V e VII (BOSI; MACHADO, 2005).

Nas últimas décadas, com o aumento do número das pesquisas na área, tornou-se possível comprovar os inúmeros benefícios do aleitamento materno para a dupla mãe-bebê. Sabe-se que o leite materno é o alimento mais completo para o bebê, especialmente nos primeiros meses de vida, pois ele recebe vitaminas, minerais, gorduras, açúcares e proteínas nas quantidades adequadas para seu organismo em desenvolvimento. Além de nutritivo, o leite materno o protege contra infecções e alergias, benefícios estes não encontrados em nenhum outro tipo de leite (BRASIL, 2007).

Estudo ainda revela benefícios em longo prazo àquelas crianças que foram amamentadas. A Organização Mundial da Saúde (OMS) publicou importante revisão sobre o tema e foi possível evidenciar que, além de contribuir para um melhor desenvolvimento cognitivo, os indivíduos que foram amamentados apresentaram diminuição das pressões sistólica e diastólica, níveis menores de colesterol total e risco 37% menor de apresentar diabetes tipo 2 (HORTA, 2007).

Para a nutriz, a amamentação é um método econômico, reduz os riscos de doenças como câncer de mama e ovários, além de promover laços afetivos entre a mãe e seu filho (BRASIL, 2007).

Define-se como aleitamento materno exclusivo quando a criança recebe somente leite materno ou leite humano de outra fonte, podendo ser direto da mama ou ordenhado, sem receber outros líquidos ou sólidos. Quando há essa introdução, o aleitamento materno passa a ser chamado de predominante. Aleitamento materno complementado é quando a criança recebe, além do leite materno, qualquer alimento sólido ou semi-sólido, com a finalidade de complementá-lo, e não de substituí-lo. Nessa categoria a criança pode receber, além do leite materno, outro tipo de leite, mas este não é considerado alimento complementar. Já aleitamento materno misto ou parcial define-se quando a criança recebe leite materno e outros tipos de leite que não o humano (BRASIL, 2009a).

Estudo aponta o aleitamento materno como estratégia isolada com maior repercussão na redução da mortalidade infantil, podendo evitar 13% das mortes por causas preveníveis em menores de cinco anos. Somado a outras intervenções ao nível do domicílio, o aleitamento

materno poderia evitar mais de um terço de todas as mortes de crianças com menos de cinco anos (JONES et al., 2003).

O Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) estima que o aleitamento materno exclusivo (AME) até o sexto mês de vida seja responsável por evitar a morte de 1,3 milhões de crianças menores de cinco anos a cada ano (UNICEF, 2015). Por esta razão, a Organização Mundial da Saúde (OMS) e o Ministério da Saúde recomendam aleitamento materno exclusivo durante os seis primeiros meses de vida do bebê, sendo necessária, após este período, a introdução de outros alimentos (BRASIL, 2009a). Quando as crianças abandonam, total ou parcialmente, o aleitamento materno antes deste período, ocorre o chamado desmame precoce.

Em estudo realizado nas capitais brasileiras e Distrito Federal (DF) no período de 1999 a 2008 constatou-se aumento da prevalência de AME em menores de quatro meses de 35,5%, em 1999, para 51,2%, em 2008. A duração mediana do AME no Brasil neste período foi de 54,1 dias. Já a prevalência do AME em menores de seis meses foi de 41,0% no conjunto das capitais brasileiras e DF. Os índices das capitais apresentaram considerável discrepância, com Cuiabá/MT apresentando 27,1% e 56,1% em Belém/PA (BRASIL, 2009b). Entretanto, quando comparamos os índices de amamentação exclusiva até o sexto mês de vida das crianças de outros países da América Latina e Caribe, estamos aquém de locais como Bolívia (60,4%) e Peru (68,3%) (OMS, 2014). Em estudo realizado no mesmo hospital em que a presente investigação, observa-se que 54% dos bebês permaneciam em AME até o final do primeiro mês de vida (ESPÍRITO SANTO; OLIVEIRA; GIUGLIANI, 2007).

Apesar de conhecidos os benefícios para o binômio mãe-bebê e de políticas voltadas para o incentivo do aleitamento materno, ainda são poucas as pesquisas que apontam determinantes para a interrupção do aleitamento materno exclusivo em bebês menores de um mês de vida. Por esta razão, este estudo é relevante uma vez que, ao identificar os fatores associados à interrupção do AME em bebês com até 30 dias de vida, os profissionais de saúde poderão refletir sobre as suas práticas, adotar estratégias para evitar o que está em desacordo e, desta forma, contribuir para o desenvolvimento saudável do bebê ao promover uma maior duração da amamentação exclusiva.

Frente a isso, a presente investigação tem como questão de pesquisa: Quais os fatores associados à interrupção do aleitamento materno exclusivo em bebês com até 30 dias de vida?

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo geral

Determinar os fatores associados à interrupção do aleitamento materno exclusivo em bebês com até 30 dias de vida.

2.2 Objetivos específicos

- Identificar o tipo de alimentação após a alta hospitalar em bebês com até 30 dias de vida;
- Identificar os fatores maternos (sociodemográficos, obstétricos e do pré-natal) associados à interrupção do aleitamento materno exclusivo em bebês com até 30 dias de vida;
- Identificar as práticas (uso de bicos/chupetas e mamadeiras) associadas à interrupção do aleitamento materno exclusivo em bebês com até 30 dias de vida;
- Identificar fatores referentes ao aleitamento materno (história atual e pregressa) e alimentação do bebê após a alta hospitalar, associados à interrupção do aleitamento materno exclusivo em bebês com até 30 dias de vida;
- Identificar fatores do bebê (idade gestacional, peso ao nascer, sexo e dias de vida) associados à interrupção do aleitamento materno exclusivo em bebês com até 30 dias de vida.

3 REVISÃO DA LITERATURA

Ao longo das décadas foram sendo criadas e aprimoradas políticas nacionais que objetivam promover, proteger e apoiar o aleitamento materno, visando o alcance de índices de amamentação que correspondam às determinações da Organização Mundial da Saúde (OMS).

A seguir, serão abordadas algumas políticas nacionais em prol da amamentação e alguns dos possíveis fatores que interferem na duração e no processo de amamentação.

3.1 Políticas e programas voltados à amamentação no Brasil

No Brasil, a preocupação do governo com a saúde materno-infantil tem 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 à criança menor de cinco anos (BRASIL, 2011a).

Apesar de divulgados os benefícios do aleitamento materno exclusivo para o binômio mãe-bebê, ainda é crescente a interrupção precoce desta prática (SANTOS; ANDRADE; SILVA, 2009). Por esta razão, o governo federal, em conjunto com as demais esferas políticas, cria estratégias voltadas à criança e à gestante/puérpera tanto na atenção básica, quanto a nível hospitalar para que se elevem as taxas de aleitamento materno exclusivo até o sexto mês de vida do bebê.

Para elevar as taxas de aleitamento materno no país, em 1981 é lançado o **Programa Nacional de Incentivo ao Aleitamento Materno (PNIAM)**. Dentre as diversas ações, o programa ainda incluía treinamento de profissionais de saúde, aconselhamento em amamentação individualizado às mulheres, grupos de apoio à amamentação na comunidade, 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).

No âmbito hospitalar, foi lançada pelo UNICEF e pela Organização Mundial da Saúde (OMS) em 1991-92 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, implementou a criação dos “Dez

Passos para o Sucesso do Aleitamento Materno”, que incluem auxiliar as puérperas durante a amamentação, informando seus benefícios, desencorajar a introdução de alimentos ou bebidas que não seja o leite materno, bem como evitar o uso de bicos artificiais e chupetas. Além disso, o hospital deve praticar o alojamento conjunto, ou seja, permitir que mães e recém-nascidos (RN) permaneçam juntos durante 24 horas por dia. Para que o estabelecimento seja credenciado à IHAC, é necessário seguir alguns critérios que são periodicamente reavaliados (UNICEF, 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)**. Esta norma é responsável por regulamentar a comercialização e a rotulagem de alimentos e produtos destinados às crianças de até três anos de idade, tais como leites, papinhas, chupetas e mamadeiras, evitando assim a sua interferência negativa na prática do aleitamento materno. Portanto, não é permitida a realização de promoção comercial em qualquer meio de comunicação, destaque de preço, prêmios, brindes, vendas vinculadas e apresentações especiais destes produtos (BRASIL, 1993).

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 é lançada a Rede Nacional de Bancos de Leite Humano (atual Rede Brasileira de Bancos de Leite Humano) articulando órgãos das três esferas do governo, iniciativa privada e sociedade. Os objetivos foram modificando-se ao longo do tempo e atualmente promove a saúde da mulher e da criança, a fim de contribuir para a redução da mortalidade neonatal e de promover, proteger e apoiar o aleitamento materno no Brasil (FIOCRUZ, 2015a). Atualmente, o estado do Rio Grande do Sul conta com nove BLH e um posto de coleta. No cenário nacional, são 218 BLH e 152 postos de coleta (FIOCRUZ, 2015b).

Outra ação voltada para o 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-filho, 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 de baixo peso. Estas famílias permanecem em acompanhamento via ambulatório (BRASIL, 2011c).

Outra estratégia que busca elevar as taxas de AM no país e cujo foco está na rede básica é 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, 2015).

Tendo como base legal a Portaria nº 1.920, de 5 de setembro de 2013, a Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil está 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 lei que protege e promove o aleitamento materno é a **Licença Maternidade e Licença Paternidade**. As mulheres que trabalham no serviço público podem gozar de 180 dias de licença maternidade. Aquelas cujo cargo é em empresa privada podem ter de 120 a 180 dias de licença, sendo os 120 primeiros dias regulamentados por lei e a extensão da licença por mais 60 dias apenas para as funcionárias de empresas que fazem parte do Programa Empresa Cidadã. Ressalta-se que não deve haver desconto salarial neste período.

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

Uma estratégia que aos poucos 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 leite humano para seu filho 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).

3.2 Fatores que interferem na duração e no processo de amamentação

Apesar dos esforços empreendidos nas últimas décadas na tentativa de elevar as taxas de aleitamento materno no país, a duração desta prática ainda é metade do que é recomendado (WARKENTIN et al., 2013). Serão citados alguns estudos que associam fatores psicossociais, sociodemográficos e fisiológicas capazes de proteger ou interferir negativamente no aleitamento materno.

Machado et al. (2014) realizaram pesquisa em cidade de Minas Gerais, e observaram que a taxa de aleitamento materno até o primeiro mês de vida do bebê era de apenas 53,6%. Percentual similar ao encontrado na capital do estado do Rio Grande do Sul em estudo de Gusmão et al. (2013). Em comparação com outra realidade, estudo de coorte realizado no Kuwait com 373 mulheres acompanhadas desde o nascimento de seus bebês até 26 semanas após o parto aponta a duração média do aleitamento materno exclusivo menor de uma semana (DASHTI et al., 2014).

Ao analisar os fatores que estão associados à interrupção do aleitamento materno, alguns estudos observaram que a multiparidade é considerada um fator de proteção do aleitamento materno até o sexto mês de vida do bebê (SALUSTIANO et al., 2012; GUSMÃO et al., 2013; DASHTI et al., 2014). Este fator pode ser justificado por outro fator igualmente associado à proteção do aleitamento materno exclusivo: ter experiência prévia com amamentação. As mães que amamentaram seus filhos anteriores são mais propensas a amamentarem até os seis meses em comparação àquelas que não tiveram esta experiência (VIEIRA et al., 2010).

A escolaridade materna também foi citada como fator que interfere na amamentação. Estudos sugerem que quanto mais anos de estudo a mulher tem, maiores as chances de sucesso na amamentação até os seis meses do bebê (GUSMÃO et al., 2013; DASHTI et al., 2014; VIEIRA et al., 2014). Já as mulheres que trabalhavam fora do ambiente doméstico corriam mais risco de desmame precoce do que aquelas que exercem atividades exclusivas do lar (MACHADO et al., 2012; SALUSTIANO et al., 2012; HAMADE et al., 2013; LIU et al., 2013).

Quando considerados os fatores obstétricos da gestação atual, constatou-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). Estudos também apontam a anatomia do mamilo como possível fator de desmame precoce, sugerindo que mulheres com mamilos planos apresentaram maior chance de antecipar a interrupção do AME (RIUS et al., 2014). O tabagismo na gestação também foi apontado por autores como fator que contribuiu para o desmame precoce (KAUFMANN et al., 2012; RIUS et al., 2014).

Sabe-se do impacto do pré-natal no futuro da amamentação. 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. Estudo de Vieira et al. (2014) também associa receber orientação sobre aleitamento materno durante a internação hospitalar como fator que auxilia na continuidade do aleitamento materno exclusivo pelo tempo preconizado. Observou-se que crianças nascidas em hospital com título da Iniciativa Hospital Amigo da Criança também possuíam menos chances de serem desmamadas precocemente (NARCHI et al., 2009; VIEIRA et al., 2014; ROCCI; FERNANDES, 2014).

Pesquisa apontou que não ter recebido orientações sobre amamentação no puerpério e não ter recebido ajuda do companheiro estão associados à interrupção do aleitamento materno em menores de seis meses (MACHADO et al., 2014). 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 peso do bebê ao nascer também foi citado como fator associado ao desmame, sugerindo que bebês de baixo peso estariam mais predispostos a interromper esta prática (AUDI; CORREA; LATORRE, 2003; GRANVILLE-GARCIA, 2012;). Aqueles bebês que possuíam horários pré-determinados para mamar também estavam mais expostos a não serem amamentados até seu sexto mês de vida (VIEIRA et al., 2010).

As crianças que receberam chupeta durante as primeiras semanas de vida estavam mais expostas ao desmame antes dos seis meses de vida do que aquelas que não receberam. Este fator é frequentemente apontado em pesquisas da área, tanto em âmbito nacional, quanto em esfera global (AUDI; CORRÊA; LATORRE, 2003; NARCHI et al., 2009; VIEIRA et al., 2010; GRANVILLE-GARCIA, 2012; KAUFMANN et al., 2012; SALUSTIANO et al., 2012; S. NETO; ZANDONADE; EMMERICH, 2013; DASHTI et al., 2014; RIUS et al., 2014; VIEIRA et al., 2014).

Além dos fatores acima citados, receber fórmula láctea também pode ser apontado como causa de desmame precoce. Estudo sugere que crianças que receberam fórmula no ambiente hospitalar estavam mais propensas a interromper o AME já no primeiro mês (CHANTRY et al., 2014). 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, foi possível constatar que 15,9% das crianças já recebiam outros leites no primeiro mês de vida (BRASIL, 2009b).

4 MATERIAL E MÉTODO

4.1 Tipo de estudo

Trata-se de um estudo quantitativo, observacional, do tipo transversal. O estudo transversal caracteriza-se pela observação direta de um número planejado de indivíduos em um ponto temporal. Esse tipo de estudo é apropriado para descrever a situação de um fenômeno ou as relações entre fenômenos em um ponto fixo do tempo (POLIT; BECK; HUNGLER, 2004).

4.2 Campo de estudo

O estudo foi realizado no ambulatório, na Zona 18, do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA). O HCPA é integrante da rede de hospitais universitários do Ministério da Educação e serve como 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, desta forma desenvolve diversas ações voltadas para a promoção e incentivo ao aleitamento materno.

Durante a internação da mãe e do recém-nascido, realiza-se a Triagem Auditiva Neonatal, popularmente conhecida como “teste da orelhinha”, em todos os bebês. Os RN que não apresentarem resposta positiva no dia da triagem são encaminhados para a segunda etapa chamada de reteste. O reteste ocorre via ambulatorial, na Zona 18 do HCPA, em até 30 dias após o nascimento da criança, o que tornou um momento favorável para a realização do presente estudo.

4.3 População e amostra

Fizeram parte da população do estudo os RN cujo nascimento ocorreu no Centro Obstétrico do HCPA e que retornaram para o Reteste da Orelhinha com até 30 dias de vida, uma vez que esta é uma das oportunidades para obter dados de aleitamento materno dentro do primeiro mês das crianças que nasceram no HCPA. Salienta-se que as crianças sem alterações auditivas são referenciadas para a rede básica de saúde, no Programa Pré-Nenê, não retornando mais ao HCPA.

Para o cálculo do tamanho da amostra foi utilizado o programa Epi Info, versão 7. De acordo com Kaufmann et al (2012), o risco relativo (RR) para o desfecho desmame precoce quando associado ao trabalho materno foi de 1,59 (utilizou-se a variável associada que apresentou menor RR neste estudo). Portanto, o tamanho de amostra foi de 341 crianças, considerando poder de 80% e nível de significância de 5%.

Como critérios de inclusão foram selecionados os recém-nascidos que retornaram para reteste da orelhinha com até 30 dias de vida, acompanhados de sua mãe e que permaneceram durante toda sua internação pós-nascimento na UIO. Foram excluídos da amostra os recém-nascidos em que a amamentação foi contra-indicada.

4.4 Coleta dos dados

A coleta ocorreu por meio de entrevista utilizando questionário estruturado (APÊNDICE A) preenchido pelas pesquisadoras, e aplicado às mães dos recém-nascidos que retornaram para o reteste da orelhinha no ambulatório Zona 18 do HCPA e que concordaram em participar da pesquisa. As entrevistas ocorreram em local que respeitou a privacidade dos participantes.

A coleta de dados ocorreu de 22 de dezembro de 2014 a 22 de setembro de 2015, sendo realizado um estudo piloto com a aplicação do instrumento de coleta de dados em 10 mães que retornaram com seus filhos ao reteste da orelhinha para ajustes no questionário. Em dois dias da semana, a Zona 18 recebia os RN encaminhados para o reteste da orelhinha, sendo entrevistadas todas as mães das crianças que contemplaram os critérios de inclusão definidos para esse estudo e que aceitaram participar do estudo. As pesquisadoras, acadêmicas de enfermagem, foram treinadas pela pesquisadora responsável para aplicação do instrumento, visando padronização da coleta de dados.

4.5 Desfecho e variáveis do estudo

As variáveis independentes foram relacionadas ao desfecho (variável dependente) “Interrupção do Aleitamento Materno Exclusivo”.

Salienta-se que todos os dados referentes a estas variáveis foram obtidos na entrevista com as mães dos RN que compuseram a amostra.

Variáveis independentes do estudo:Características sociodemográficas:

- Idade materna (em anos de vida);
- Escolaridade materna e paterna (em anos completos de estudo);
- Cor da pele (segundo autodenominação);
- Possuir companheiro (sim ou não);
- Ocupação remunerada;
- Possuir licença maternidade (sim ou não);
- Já ter retornado ao trabalho (sim ou não);
- Renda familiar (em número de salários).

Dados obstétricos e da gestação atual:

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

História pregressa sobre aleitamento materno:

- Amamentação dos filhos anteriores (sim ou não);

Pré-natal:

- Realização de pré-natal (PN) (sim ou não);
- Local de realização do pré-natal (rede pública ou privada);
- Número de consultas pré-natais realizadas (<6 ou ≥6);
- Ter recebido orientações sobre aleitamento materno nas consultas (sim ou não);
- Participação em grupos de gestantes (sim ou não);
- Orientações recebidas sobre aleitamento materno nos grupos de gestantes.

Aleitamento materno atual no centro obstétrico:

- Amamentação no centro obstétrico (sim e não) – inclui Sala de Recuperação Pós-parto e Sala de Parto;
- Amamentação em sala de parto/cesárea (sim ou não);

- Contato pele a pele em sala de parto/cesárea.

Amamentação no alojamento conjunto (Internação Obstétrica):

- Amamentação (sim e não);
- Dificuldade na amamentação (sim ou não);
- Recebimento de bico/chupeta (sim ou não);
- Ter oferecido complemento lácteo ao RN;
- Formas de administração do complemento lácteo (copinho, mamadeira, seringa, ou de outra forma);
- Desejo de amamentar em casa (sim ou não);
- Aleitamento exclusivo ao sair do hospital (sim ou não).

Alimentação pós-alta hospitalar:

- Tipo de aleitamento;
- Dificuldades na amamentação (sim ou não);
- Amamentando em livre demanda (sim ou não); acrescentei
- Apoio às dificuldades;
- Uso de bicos/chupetas (sim ou não);

Dados do recém-nascido:

- Dias de vida no momento da entrevista;
- Idade gestacional (prematureo ou não);
- Peso ao nascer (<2500g ou ≥2500g).

4.6 Análise de Dados

Procedeu-se à análise descritiva dos dados (medidas de tendência central e de variabilidade), assim como se utilizou de frequências absolutas e relativas, com apresentação através de gráficos e tabelas.

Na comparação de proporções, os testes qui-quadrado de Pearson ou exato de Fisher foram aplicados. Para controle de fatores confundidores, a análise de Regressão de Poisson foi utilizada. A medida de efeito aplicada foi a Razão de Prevalências (RP) em conjunto com o intervalo de 95% de confiança. O critério para a entrada da variável no modelo final foi de que a mesma apresentasse um valor de $p \leq 0,20$ na análise bivariada. O nível de significância adotado foi de 5% ($p \leq 0,05$) e as análises foram realizadas no programa SPSS versão 18.0.

4.7 Aspectos éticos

O projeto foi submetido e aprovado em seu aspecto metodológico pela Comissão de Pesquisa (COMPESQ) da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS) sob número 28382 (ANEXO A) e ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do HCPA sob número 140681 e CAAE número 38413014.0.0000.5327 (ANEXO B), visando aval ético e metodológico.

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 B) em duas vias iguais, sendo que uma delas ficou com a entrevistada e a outra em poder da pesquisadora. Foi assegurado às participantes o anonimato das informações coletadas e o uso destas exclusivamente para fins de pesquisa, além da não identificação de sua identidade e a liberdade de desistir do estudo em qualquer etapa sem prejuízos à sua assistência e a de seu recém-nascido.

As participantes do estudo foram expostas a riscos mínimos como possíveis desconfortos em relação ao tempo destinado à entrevista, de aproximadamente 15 minutos. Não houve outros riscos devido a não realização de procedimentos ou uso de medicações e/ou drogas.

O estudo prevê como benefícios possíveis, a implantação de medidas para melhorias da qualidade do atendimento à mulher e ao bebê, podendo favorecer a formulação de novas

estratégias que visam contribuir para melhorias na qualidade das orientações fornecidas ainda na internação, visando maior duração do aleitamento materno exclusivo após a alta hospitalar.

Foram respeitados os aspectos éticos para pesquisas em seres humanos de acordo com a Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde em que os dados coletados serão guardados por cinco anos e, após esse período, serão destruídos (BRASIL, 2012).

5 RESULTADOS

Foram estudadas 341 puérperas e seus recém-nascidos. Na tabela 1 constam as características sociodemográficas destas puérperas. Ressalta-se que a maioria das mulheres possuía mais de 20 anos de idade (84,5%), mais de 11 anos de ensino formal (70,4%) e tinha companheiro (92,4%). Observa-se que uma importante parcela referiu ter licença maternidade (81,6%), mas não se buscou saber por quanto tempo essas mulheres ficaram afastadas do trabalho fora do lar.

Tabela 1 - Características sociodemográficas das 341 mães dos RN, HCPA, Porto Alegre (RS), 2016.

Características	N	%*
Sociodemográficas		
Idade		
< 20 anos	53	15,5
≥ 20 anos	288	84,5
Cor da pele		
Branca	199	58,4
Preta	65	19,1
Parda/morena/mulata	74	21,7
Outros (amarela e indígena)	3	0,9
Escolaridade		
Ensino fundamental completo	101	29,6
Ensino médio ou mais	240	70,4
Renda familiar		
< 2 salários mínimos	93	28,8
2 a 4 salários mínimos	167	51,7
>4 salários mínimos	63	19,5
Ocupação remunerada		
Tem licença maternidade	151	81,6
Voltou a trabalhar	14	4,1
Possui companheiro	315	92,4
Escolaridade do companheiro		
Ensino fundamental completo	104	30,5
Ensino médio ou mais	199	65,7
Reside com companheiro e filhos	254	74,5

*Considerado percentuais válidos

O parto vaginal foi a via de nascimento mais frequente, sendo que a maioria das duplas mãe-bebê realizaram contato pele a pele na primeira hora de vida do RN. Um pequeno percentual dos bebês mamou logo após o nascimento (38,4%), mas grande parte mamou durante o período em que esteve no centro obstétrico (85,9%), conforme Tabela 2. A maioria das mulheres (52,9%) referiu algum tipo de dificuldade na amamentação ainda durante a internação hospitalar.

Tabela 2 - Características obstétricas, de pré-natal e de nascimento das 341 mães dos RN, HCPA, Porto Alegre (RS), 2016.

Características	N	%*
Obstétricas		
Primíparas	159	46,6
Múltiparas	182	53,4
Amamentou filhos anteriores	169	92,9
Pré-natal		
Realização de pré-natal	340	99,7
Pré-natal na rede pública (SUS)	275	80,9
Número de consultas de pré-natal		
< 6 consultas	31	9,6
≥ 6 consultas	292	90,4
Recebeu orientações de AM nas consultas	129	37,9
Nascimento		
Tipo de parto		
Cesárea	105	30,8
Vaginal	236	69,2
Vaginal com episiotomia	111	47,4
Realizou contato pele a pele em sala de parto	219	64,8
RN mamou em sala de parto	112	38,4

*Considerado percentuais válidos

Conforme tabela 3, a maioria dos bebês estudados estava na faixa dos 10 a 20 dias (77,4%) no momento em que foi realizada entrevista, era do sexo masculino (51,3%), estava acima de 2500g (95,9%) e não era prematuro, segundo a mãe (94,6%).

O complemento lácteo foi recebido por 23,5% dos bebês durante o período em estavam na Unidade de Internação Obstétrica. A maior parte dos bebês recebeu a fórmula láctea por meio de copinho (93,8%), sendo também utilizada a seringa (2,5%) ou ambos (3,8%). Ainda assim, a maioria dos bebês saiu do hospital com orientação de AME (95%).

A justificativa mais citada na percepção das mulheres para que seu bebê recebesse fórmula láctea foi “bebê não conseguia sugar” (35,0%), seguido de hipoglicemia (30,0%).

Após a alta hospitalar, mais da metade da amostra estudada (52,2%) estava em uso do bico/chupeta. A justificativa mais frequente para a introdução deste artefato foi o fato do bebê chorar muito (47,2%), considerando o bico um meio de acalmar o bebê. Em 87% dos casos, a mãe do bebê foi quem ofertou pela primeira vez o bico/chupeta. A média, em dias de vida do bebê, para a introdução do bico/chupeta foi de 6,56 dias (DP: 9,288).

Tabela 3 – Características dos 341 RN, HCPA, Porto Alegre (RS), 2016.

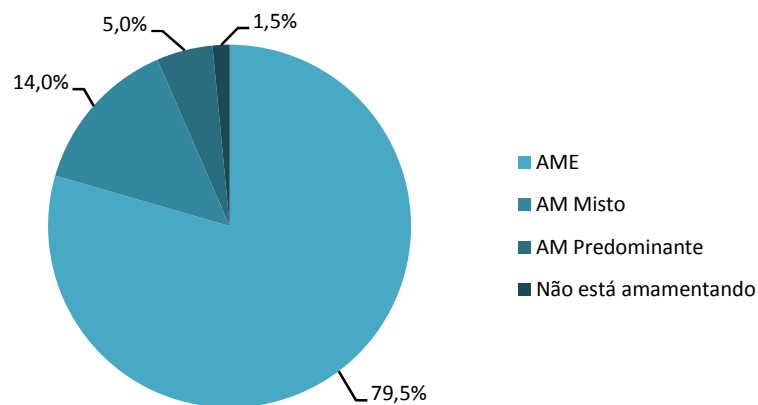
Características	N	%
Dias de vida do bebê		
4 - 9 dias	31	9,1
10 – 20 dias	264	77,4
21 - 30 dias	46	13,5
Sexo*		
Masculino	175	51,3
Feminino	165	48,4
Peso ao nascer		
< 2500g	14	4,1
≥ 2500g	326	95,9
Idade Gestacional		
Menor de 37 semanas	18	5,4
≥ 37 semanas	318	94,6
Recebeu bico/chupeta no hospital	13	3,8
Recebeu bico/chupeta em casa	178	52,2
Recebeu complemento lácteo no hospital	80	23,5
Recebeu complemento lácteo em casa**	53	15,5
Não estava em AME na saída do hospital	17	5,0

* um bebê foi considerado com sexo “não definido”

** inclui leite modificado, leite em pó e leite de caixinha

Após a alta hospitalar, 151 (44,7%) mulheres ainda referiram algum tipo de dificuldade na amamentação, sendo fissura mamilar a dificuldade mais frequentemente citada (64,1%). Dos 341 bebês da amostra, 271 permaneciam em AME no momento da entrevista, representando 79,5% do total. A justificativa mais citada para aqueles que não estavam mais em AME foi a dificuldade que o bebê apresentou na sucção do seio materno (16,4%). Daqueles bebês que receberam outros tipos de líquidos, a mamadeira foi o meio de ofertar mais frequente (91,4%), seguido por copinho (8,6%). A situação da amamentação no momento da entrevista está representada na Figura 1.

Figura 1 – Tipo de alimentação do bebê após a alta hospitalar, HCPA, Porto Alegre (RS), 2016.



Foram cruzadas com a variável desfecho “interrupção do AME” as variáveis sociodemográficas das mulheres (idade materna em anos de vida, escolaridade materna e paterna em anos completos de estudo, cor da pele segundo autodenominação, possuir ou não companheiro, ter uma ocupação remunerada, possuir ou não licença maternidade, ter ou não retornado ao trabalho, renda familiar em número de salários mínimos), os dados obstétricos e da gestação atual (ser primípara ou múltípara, tipo de parto - vaginal ou cesárea, ter realizado ou não episiotomia e tabagismo), a história pregressa sobre aleitamento materno (amamentação dos filhos anteriores), relacionadas ao pré-natal (ter realizado ou não pré-natal, local em que realização do pré-natal - rede pública ou privada, número de consultas pré-natais realizadas, ter recebido orientações sobre aleitamento materno nas consultas, participação em grupos de gestantes, recebeu ou não orientações sobre aleitamento materno nos grupos de gestantes).

Variáveis sobre aleitamento materno atual no centro obstétrico (amamentação no centro obstétrico – inclui Sala de Recuperação Pós-parto e Sala de Parto, amamentação em sala de parto/cesárea e contato pele a pele em sala de parto/cesárea), sobre amamentação no alojamento conjunto (ter ou não amamentado, se a mulher apresentou ou não dificuldade na amamentação, se desejava amamentar em casa e se deixou o hospital em aleitamento materno exclusivo) também foram cruzadas ao desfecho.

Variáveis relacionadas a práticas culturais (se ofertou ou não bico/chupeta ao RN durante a internação e após a alta hospitalar, se o bebê recebeu ou não complemento lácteo no ambiente hospitalar, as formas de administração do complemento lácteo - copinho, mamadeira, seringa, ou de outra forma) também foram cruzadas com o desfecho.

Além disso, cruzou-se ao desfecho “interrupção do AME” variáveis sobre a alimentação pós-alta hospitalar (tipo de aleitamento, ter dificuldades na amamentação estar amamentando em livre demanda, se está ou não recebendo apoio com as dificuldades, se o bebê está ou não em uso de bicos/chupetas) e sobre dados do recém-nascido (dias de vida no momento da entrevista, se foi considerado prematuro ou não e peso ao nascer $<2500\text{g}$ ou $\geq 2500\text{g}$).

Na tabela 4, estão apresentadas somente as variáveis que se associaram ao desfecho “interrupção do AME” na análise bivariada. Essas variáveis atingiram nível de significância $\leq 0,20$ e então foram inseridas na análise multivariada apresentada na Tabela 5.

Tabela 4 – Análise Bivariada dos fatores associados à interrupção do AME em bebês com até 30 dias de vida, HCPA, Porto Alegre (RS), 2016.

Variáveis	n	Interrupção do AME dentro do 1º mês n (%)	p
Faixa de idade do bebê			0,136
4 - 9 dias	31	4 (12,9)	
10 – 20 dias	264	52 (19,7)	
21 - 30 dias	46	14 (30,4)	
Cor da pele da mãe			0,084
Branca	199	34 (17,1)	
Não Branca	142	36 (25,4)	
Mãe já retornou ao trabalho			0,032
Sim	14	6 (42,9)	
Não	171	32 (18,7)	
Dificuldade na amamentação durante a internação			0,000
Sim	180	53 (29,4)	
Não	160	17 (10,6)	
Bebê recebeu bico/chupeta no hospital			0,029
Sim	13	6 (46,2)	
Não	327	63 (19,3)	
Bebê recebeu complemento lácteo no hospital			0,000
Sim	80	34 (42,5)	
Não	261	36 (13,8)	
Dificuldade na amamentação após a alta			0,000
Sim	151	46 (30,5)	
Não	187	21 (11,2)	
Bebê recebeu bico/chupeta após a alta hospitalar			0,001
Sim	178	49 (27,5)	
Não	163	21 (12,9)	

Tabela 5 – Análise Multivariada dos fatores associados à interrupção do AME em bebês com até 30 dias de vida, HCPA, Porto Alegre (RS), 2016.

Variáveis	RP (IC 95%)	p
Faixa de idade do bebê		
≤ 9 dias	1,00	
10 – 20 dias	1,70 (0,51 – 5,69)	0,391
≥ 21 dias	3,97 (1,01 – 15,6)	0,049
Cor da pele materna (não branca)	2,58 (1,18 – 5,62)	0,018
Bebê recebeu complemento lácteo no hospital	2,04 (1,07 – 3,92)	0,031
Dificuldade de amamentação após a alta	2,64 (1,12 – 6,21)	0,026

Após a análise multivariada, constatou-se que mulheres com cor da pele não-branca estão mais predispostas à interrupção do AME (RP: 2,58; IC95% 1,18 a 5,62; p= 0,018). Aquelas que apresentaram alguma dificuldade na amamentação após a alta hospitalar estiveram 2,64 vezes mais predispostas a interromper a amamentação exclusiva dentro do primeiro mês de vida do bebê quando comparadas àquelas mulheres que não enfrentaram dificuldades após a alta hospitalar.

Quando consideradas as variáveis relativas à criança, observou-se que a prevalência de interrupção de AME em bebês com 21 dias ou mais foi cerca de quatro vezes maior do que em bebês com 20 dias ou menos. Os bebês que receberam complemento com fórmula láctea no hospital tiveram a amamentação exclusiva interrompida duas vezes mais do que aqueles que não receberam.

Se inserida no modelo de análise multivariada a história da amamentação de filhos anteriores para as que já tinham outros filhos, esta variável permaneceu estatisticamente associada com a interrupção do AME (p = 0,018). Mães que não amamentaram seus filhos anteriormente apresentaram uma prevalência 7,46 vezes maior de interrupção do AME dentro do 1º mês (RP=7,46; IC 95%: 1,41 – 39,6). Esta variável não foi inserida no modelo final, pois não abrange todas as mulheres do estudo, uma vez que a variável em questão só se aplica às múltiparas, o que pode levar a distorções nos resultados da análise.

6 DISCUSSÃO

Na presente pesquisa, a taxa de aleitamento materno exclusivo de bebês com até 30 dias de vida foi de 79,5% da amostra, o que é considerado “bom” segundo parâmetros definidos para os indicadores de aleitamento materno da OMS (WHO, 2003). Apesar do elevado percentual, estudo nacional realizado em 2008 estimou que o AME não se estende por um período muito mais longo do que o encontrado, apresentando uma duração mediana de 54,11 dias no conjunto das capitais brasileiras e Distrito Federal e uma mediana de 51,84 dias de AME em Porto Alegre, mesma cidade onde este estudo foi realizado (BRASIL, 2009b).

Outras pesquisas encontraram taxas de AME ainda menores no primeiro mês de vida. Em estudo de coorte prospectivo realizado em Pelotas/RS, os autores constataram que 60% dos bebês permaneciam em aleitamento materno exclusivo em seu primeiro mês de vida e cerca de 10% já tinham sido desmamados (KAUFMANN et al., 2012). Este percentual é ainda menor em pesquisa realizada em Porto Alegre, no mesmo hospital em que este estudo foi realizado, que observou uma taxa de AME de 54% no primeiro mês de vida do bebê (ESPÍRITO SANTO; OLIVEIRA; GUIGLIANI, 2007). Brasileiro et al. (2010), evidenciaram que em Piracicaba/SP, apenas 38% em crianças com 15 dias de vida permaneciam em AME, caindo para 17% no segundo mês de vida do bebê.

No entanto, taxa superior de AME à obtida na presente investigação foi encontrada em estudo de coorte baiano, no qual se constatou 89,6% das crianças em AME até o final do primeiro mês. A duração mediana do AME foi de 89 dias (VIEIRA et al., 2014).

Em Porto Alegre, estudo revelou que a probabilidade de a criança estar em AME é de 60,6% nos primeiros 30 dias de vida, com queda elevada nos meses seguintes (46,2%, 32,8%, 21,7% e 8,2%). 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 permanecerem em AME no primeiro mês, com 67,6%, ainda que Cuiabá (39,3%) apresente uma taxa bastante abaixo da média nacional (60,6%) (BRASIL, 2009b).

Na análise, optou-se por estratificar a faixa etária dos bebês para uma melhor visualização, mesmo havendo uma importante amplitude. Constatou-se que o intervalo com maior número de crianças foi entre 10 a 20 dias de vida (77,4%). Contudo, houve maior prevalência de desmame em bebês com 21 dias ou mais. Este grupo estava quatro vezes mais predisposto a ser desmamado até o final do primeiro mês do que os bebês com 20 dias ou menos, condizente com achados de outras pesquisas, em que se observa uma queda acentuada

na probabilidade de as crianças estarem em AME já nos primeiros dias de vida, aumentando a interrupção do AME à medida que o bebê vai se distanciando do nascimento (BRASIL, 2009b; FIGUEIREDO; MATTAR; ABRÃO, 2013).

Para Gusmão et al. (2013), ocorre uma diminuição média de 24% nas taxas de AME a cada mês de vida do bebê de mães adolescentes, percentual similar também encontrado por Pereira et al. (2010), afirmando que a cada mês de vida do bebê, a prevalência de AME sofre queda de 17%.

Ainda que elevada a taxa de AME no presente estudo, este percentual possivelmente sofrerá acentuada queda, em especial a partir dos 30 dias de vida do bebê, pois é quando ocorre a introdução mais marcante de outros líquidos (FIGUEIREDO; MATTAR; ABRÃO, 2013). Estudo revelou que 13,8% dos bebês já haviam recebido água no primeiro mês de vida, 15,3% deles receberam algum tipo de chá e 17,8% dos bebês já consumiam leite não materno (BRASIL, 2009b).

É indiscutível a superioridade do leite materno em relação aos leites de outras fontes, pois o leite materno contém todos os nutrientes essenciais para o crescimento e desenvolvimento da criança. Entretanto, com o objetivo de substituir o leite materno, foram criadas as fórmulas lácteas para aqueles bebês que, por alguma razão, necessitam de complementação ou por não estarem mais mamando. No entanto, é fato reconhecido que sua composição não se iguala às propriedades do leite humano, e a introdução de leites industrializados antes dos seis meses pode estar associada à diarreia, aumento do número de hospitalizações por doença respiratória, diminuição na absorção de minerais e ainda pelo maior risco de desnutrição, seja por hiperdiluição das fórmulas lácteas, como pela oferta inadequada de outros alimentos (BRASIL, 2014).

Nesta pesquisa, durante a permanência no hospital junto com suas mães, 23,5% dos bebês receberam fórmula láctea pelo menos uma vez. Foi possível constatar um aumento de 97,4% no uso de complemento lácteo quando comparado com estudo de coorte realizado no mesmo hospital há 10 anos, quando 11,9% dos RN receberam leite industrializado durante sua permanência no hospital (GIUGLIANI et al., 2008).

A justificativa mais citada pelas mães do estudo foi de que seu “bebê não conseguia sugar o seio materno” (35,0%). Frequentemente os bebês possuem resistência na amamentação e a causa muitas vezes é desconhecida. Está dificuldade pode estar associada ao uso de bicos artificiais ou chupetas, ao posicionamento incorreto do bebê e a problemas relacionados à anatomia mamilar. O manejo vai depender do problema detectado, mas é

importante orientar que a mulher estimule a sua mama regularmente através da ordenha manual ou bomba de sucção, garantindo a produção de leite (BRASIL, 2009a).

O segundo motivo mais citado pelas mulheres foi o bebê estar com hipoglicemia (30,0%). Este problema pode ser consequência da dificuldade de sucção que o bebê apresentou, uma vez que ele não está recebendo leite suficiente para sua demanda metabólica. O manejo preferencial em bebês assintomáticos com glicemia baixa (entre 25 e 45mg/dL) é ofertar leite materno. Por esta razão, não há justificativa para oferecer fórmula láctea a estes bebês, uma vez que o leite pode ser ordenhado e dado à criança (BRASIL, 2012b). Reforça-se que a equipe de saúde deve estar atenta a estas dificuldades para que o bebê não necessite receber complemento lácteo, uma vez que esta atitude mostrou-se como fator preditor da interrupção do AME.

Foi possível ainda verificar que crianças que receberam fórmula láctea enquanto estavam no ambiente hospitalar estiveram duas vezes mais predispostas a interromper a amamentação exclusiva antes do término do primeiro mês de vida quando comparadas àquelas que não receberam. Estudo americano encontrou achado semelhante ao concluir que crianças que receberam o suplemento com fórmula láctea durante a internação hospitalar estiveram duas vezes mais propensas a interromper a amamentação exclusiva entre 30 e 60 dias quando comparadas às que não receberam. O mesmo estudo ainda salienta que receber fórmula láctea no hospital eleva três vezes o risco de cessar a amamentação no 60º dia de vida do bebê (CHANTRY et al., 2014).

Outro estudo, desta vez australiano, constatou que crianças que foram amamentadas por suas mães nas primeiras 24–48 horas após o nascimento, foram mais suscetíveis a continuar a amamentação até os seis meses do que aquelas que receberam fórmula láctea no período pós-parto precoce (FORSTER et al., 2015). Isso reforça a importância de haver indicações precisas para a prescrição de fórmula láctea, ou seja, somente a indicando na total impossibilidade de amamentação naquele momento.

Cabe ressaltar a importância de como este leite será ofertado ao bebê, uma vez que Brasileiro et al. (2010) afirmam que as crianças que recebem fórmula infantil por meio da mamadeira têm 46,5 vezes mais chances de ser desmamadas antes do quarto mês.

Destaca-se que o hospital em questão é “Amigo da Criança”, sendo preconizada a administração de qualquer complemento, quando necessário, por meio de “copinho”, o que evidenciou-se nos achados, evitando-se assim a confusão de bicos, que pode ser gerada pelo uso de mamadeiras. Segundo Neifert, Lawrence e Seacat (1995), confusão de bicos refere-se à dificuldade do bebê em estabelecer a correta configuração oral, a técnica de amamentação e o

padrão de sucção necessários para extrair o leite da mama, após já ter sido exposto a bicos artificiais. Essa dificuldade ocorre antes de se estabelecer uma amamentação de sucesso, e ocorre porque, segundo as autoras, o bebê que ainda não aprendeu a sugar na mãe corretamente provavelmente percebe a mamadeira como uma fonte abundante e instantânea de leite ou outro líquido.

Para Chantry et al. (2014), as probabilidades de interromper o AME entre 30 e 60 dias foram significativamente maiores quando os bebês recebem suplementação com fórmula láctea no hospital via mamadeira em comparação com o uso de métodos alternativos de alimentação. Segundo Neifert, Lawrence e Seacat (1995), o uso da mamadeira pode trazer uma gratificação instantânea, uma vez que o bico da mamadeira libera um grande volume de leite no mesmo momento em que o bebê inicia a sucção, o que não ocorre tão rapidamente na mama, que muitas vezes pode demorar alguns minutos para desencadear o reflexo de descida do leite. Essa facilidade faz com que os bebês preferiram a mamadeira à mama.

Por esta razão, o uso de “copinho” como método de alimentação pode ser uma estratégia eficaz contra a interferência da mamadeira na amamentação. Yilmaz et al. (2014), em ensaio clínico randomizado realizado com bebês classificados como pré-termos tardio, observaram que receber leite usando copinho aumenta significativamente a probabilidade de estarem em aleitamento materno exclusivo na alta, assim como após três e seis meses da alta hospitalar quando comparados ao que recebem pela mamadeira.

É importante salientar que praticamente todos os bebês que receberam complemento lácteo em casa, as mães ofertaram utilizando mamadeira. Isso demonstra que a orientação do uso do copinho não foi absorvida como algo importante para evitar a substituição da mama pela mamadeira ou que esta informação pode não ter sido dada à mulher.

Zimmerman e Thompson (2015), após análise da literatura, apontaram dificuldade em determinar se as crianças estão recusando a mama e preferindo a mamadeira porque já estão tendo problemas na amamentação ou se essas crianças estão apresentando “confusão de bicos”. Entretanto, ainda não existe consenso sobre esta questão na literatura científica, requerendo mais estudos para clarificar estas relações.

Ainda assim, mesmo que os bebês tenham recebido este complemento por copinho e que tenha sido orientado à mãe os motivos para esta administração, passa-se a mensagem de que o leite materno não foi suficiente para impedir essa complementação, o que pode desestimulá-la ou até mesmo mostrar um caminho/solução para essa situação, caso se repita, ao chegar em casa.

Esta introdução tão precoce de outros líquidos pode ser explicada por questões culturais, envolvendo os mitos e crenças que permeiam a amamentação. Expressões como “leite fraco”, “pouco leite” ou “o bebê não quis pegar o peito” relatadas pelas mães, evidenciam a insegurança da mulher frente ao processo de amamentação. Assim, essas expressões muitas vezes justificam a introdução precoce de outros líquidos, bem como a oferta de bico/chupeta e mamadeira.

Acredita-se que as consultas de pré-natal, os grupos puerperais realizados por alguns hospitais ou até mesmo a primeira consulta do RN são momentos oportunos para esclarecer os mitos que cercam o ato de amamentar. Nestes momentos, além de outros assuntos, deve-se abordar a importância do AME para a saúde do bebê, bem como o período em que a criança deve receber somente o leite materno.

Outra prática a ser destacada, reconhecida em vários estudos como fator interferente da amamentação, é a utilização de bico/chupeta. Embora neste estudo não tenha sido um determinante na interrupção do AME até os 30 dias do bebê, são abundantes as pesquisas que apontam seu uso como fator capaz de antecipar o desmame (AUDI; CORRÊA; LATORRE, 2003; NARCHI et al., 2009; VIEIRA et al., 2010; GRANVILLE-GARCIA, 2012; KAUFMANN et al., 2012; SALUSTIANO et al., 2012; DEMITTO; BERCINI; ROSSI, 2013; S. NETO; ZANDONADE; EMMERICH, 2013; DASHTI et al., 2014; RIUS et al., 2014; VIEIRA et al., 2014). Vieira et al. (2010) sugerem que haja um risco 53% maior de interromper o AME no primeiro mês de lactação naqueles bebês que recebem bico/chupeta, quando comparados aos bebês cuja oferta não ocorreu. Esta prática pode ainda estar relacionada à confusão de bicos (ZIMMERMAN; THOMPSON, 2015).

Mesmo com as orientações recebidas pela mulher, ainda enquanto internada em um Hospital Amigo da Criança, não foi possível evitar que 3,8% dos bebês deste estudo recebessem bico/chupeta já durante a internação hospitalar. Embora a introdução desse artefato tenha sido em sua maioria pela iniciativa da própria mãe, sabe-se o apelo cultural para seu uso por familiares e pessoas do convívio social da mulher. Acredita-se que o uso de bico/chupeta provoca uma redução do número de mamadas por dia, uma vez que este objeto é oferecido em substituição ao seio materno nos momentos em que a causa do choro não é fome (CASTILHO; ROCHA, 2009). Sabe-se que o leite materno é produzido, em grande parte, durante a mamada, portanto, quanto mais volume de leite e mais vezes a criança mamar, maior será a produção (BRASIL, 2009a). Com a introdução de bico/chupeta, a produção de leite materno pode diminuir, e com isto, há maior tendência da introdução de outros leites na alimentação do bebê, interrompendo-se o AME. O uso de chupeta relaciona-se de alguma

forma com a falta de manejo adequado das mães frente ao choro do bebê e às suas dificuldades na amamentação.

Pouco mais da metade das mulheres entrevistadas referiu ter enfrentado algum tipo de dificuldade na amamentação durante a internação hospitalar (52,9%), e este percentual, embora com pequena redução após a alta (44,7%) demonstra que aleitar pode ser um processo permeado por inúmeras dificuldades da mãe e/ou do bebê, requerendo bastante apoio e orientações. É durante o período de internação o momento em que os profissionais de saúde têm papel fundamental na prevenção e no manejo de possíveis dificuldades que a mulher possa enfrentar. Se estes problemas não forem identificados e tratados precocemente, podem ser importantes causas de interrupção precoce da amamentação (BRASIL, 2009a).

Enfrentar dificuldades na amamentação após a alta hospitalar se manteve como fator associado à interrupção do AME dentro do primeiro mês dos bebês deste estudo. Resultado similar foi encontrado por Rocci e Fernandes (2014), reforçando que mulheres que apresentaram dificuldades na amamentação tiveram menor tempo de aleitamento exclusivo. O mesmo estudo ressalta que mães com dificuldade em amamentar já na pré-alta hospitalar, apresentaram um percentual de desmame significativamente maior no 60º dia que aquelas que não tiveram dificuldades.

Dentre as dificuldades de amamentação referidas pelas nutrizes deste estudo, a fissura mamilar foi a mais citada (64,1%). Achado importante, visto que problemas com as mamas são o principal motivo de desmame precoce segundo Barbieri et al. (2012), em especial o trauma mamilar, considerado como preditor do desmame precoce (VIEIRA et al., 2010; VIEIRA et al., 2014). Este fato reforça a necessidade dos profissionais estarem atentos às dificuldades e dúvidas que a mulher possa apresentar nos dias em que fica internada. Este cuidado poderia contribuir para uma maior duração do AME e contribuir para uma experiência positiva na amamentação.

Salienta-se que a dificuldade na amamentação ocasionada pela presença de traumas mamilares causa dor e desconforto, podendo levar a mulher a introduzir complemento lácteo ao bebê e conseqüentemente reduzir a produção de leite ou até mesmo “secar o leite” se houver cada vez menos mamadas. Caso o bebê receba este complemento por mamadeira, poderá haver maior redução de mamadas pelo desinteresse do bebê em mamar, gerado pela confusão de bicos. Esta situação remete a um círculo vicioso que culmina com o desmame do bebê. Além disso, a dificuldade na técnica de amamentação, tanto materna quanto do bebê, podem levar à confusão de bicos (NEIFERT; LAWRENCE; SEACAT 1995). Fundamental, então, é o manejo precoce das dificuldades.

Outro fator associado à interrupção do AME aqui constatado refere-se à cor da pele da mãe. Mulheres autodeclaradas não-brancas estão mais predispostas a interromper o AME de seus filhos quando comparadas às mulheres brancas. Este achado é corroborado pelos de Pereira et al (2010), no qual observaram que a mãe de cor branca, aumentou em 20% a prevalência de aleitamento materno exclusivo até os seis meses de vida da criança. Resultado semelhante foi encontrado em estudo realizado em Campinas/SP, entretanto, o foco estava na cor da pele do bebê ao invés da cor da pele materna. Neste estudo, observou-se que os bebês negros/pardos são amamentados por menos tempo que os brancos (BERNARDI; JORDÃO; BARROS FILHO, 2009).

Este fator pode apresentar-se contraditório na literatura da área. Isso porque a variável cor da pele materna permanece como foco em pesquisas para revelar se este é um dos fatores que se associam ao desmame precoce do bebê (ESPÍRITO SANTO; OLIVEIRA; GIUGLIANI, 2007; SILVA et al., 2008; DEMÉTRIO; PINTO; ASSIS, 2012; GUSMÃO et al., 2013; NEVES et al., 2014; VIEIRA et al., 2014). Entretanto, poucas pesquisas conseguem afirmar que este é um fator preditor do desmame precoce. Desta forma, pode-se evidenciar que há discordância sobre a influência da cor da pele materna no processo e duração de amamentação exclusiva e mais estudos serão necessários para elucidar esta questão.

7 CONCLUSÃO

Constatou-se elevada taxa de AME dos bebês deste estudo, entretanto, ainda está aquém do preconizado, uma vez que os bebês eram, em sua maioria, a termo e com peso adequado, sem justificativa para a interrupção do aleitamento materno exclusivo de forma tão precoce.

Destaca-se o aumento em 97,4% nos últimos 10 anos no uso de outros leites logo após o nascimento, ressaltando a necessidade de cautela no momento em que ocorre a indicação deste tipo de leite, uma vez que este foi considerado um fator de interrupção do AME em bebês menores de 30 dias. Quando se introduz fórmula láctea na alimentação do RN, a mãe pode ter o sentimento de incapacidade, reforçando crenças e valores culturais fortemente enraizados e que podem levar ao desmame precoce.

Desta forma, há necessidade da implantação de protocolos institucionais que direcionem a equipe médica para a prescrição de complementos lácteos em casos muito específicos, de maneira que todos os profissionais de saúde que atendem as mães e bebês estejam preparados para lidar com a “pressão” da mãe e de seus familiares diante das dificuldades no manejo do recém-nascido, principalmente do choro.

Mesmo que quase a totalidade das mães dos RN da amostra tenha frequentado o número mínimo de consultas de pré-natal, conforme orientação do Ministério da Saúde e da OMS, há necessidade de melhor avaliação da qualidade das informações que são dadas às gestantes. Nas consultas de pré-natal existe a oportunidade do profissional de saúde esclarecer dúvidas, conversar sobre mitos e experiências prévias das gestantes sobre amamentação, bem como orientá-las, preparando-as para as situações após o nascimento do bebê.

Além disso, no período em que a mulher e seu bebê estão hospitalizados, devem ser propiciados espaços de diálogo sobre o tema aleitamento, enfatizando aspectos como a técnica correta da amamentação, tendo em vista a prevenção de problemas como as fissuras mamilares que podem culminar com o desmame precoce do bebê. Isso porque, segundo o presente estudo, as mulheres que apresentaram dificuldade na amamentação interromperam o AME antes do que aquelas que não enfrentaram algum tipo de problema envolvendo amamentação após a alta hospitalar. Ressalta-se também, que essas dificuldades podem ter contribuído para a oferta de complemento lácteo ao bebê ainda na internação.

Considera-se importante ter um contingente de profissionais de saúde nas unidades de alojamento conjunto que possam dar suporte adequado às necessidades das mulheres e seus RN no início da amamentação, reconhecendo àquelas que precisam de um maior apoio e

incentivo. Além disso, o profissional deve estar atento aos sinais e às solicitações que a mulher apresenta para que, no momento da alta hospitalar, ela sinta-se mais segura e confiante no ato de amamentar. É fundamental que as maternidades ofereçam um espaço para a realização de grupos puerperais, pois nesse momento as mulheres são capazes de dividir suas angústias e trocar experiências, assim como é mais um momento de reforçar orientações sobre aleitamento materno.

Uma possível limitação do estudo foi a análise dos fatores determinantes não ter sido feita por idade do bebê em semanas, tendo em vista que alguns estudos sugerem haver diferença entre os determinantes a depender das semanas de vida do bebê. Ainda assim, observou-se maior interrupção do AME naquele grupo de bebês com idade entre 21 e 30 dias, o que reforça os achados de outras pesquisas que identificaram menor duração do AME à medida que o bebê se distancia do nascimento.

Sabe-se que toda criança deveria sair da maternidade com a primeira consulta já agendada no seu serviço de saúde de referência na rede básica. Esta consulta deve ser, preferencialmente, na primeira semana de vida do bebê, segundo recomendação do Ministério da Saúde. Mesmo que a faixa etária de maior abandono do AME aqui constatada tenha ocorrido após a segunda semana, é importante aproveitar esta primeira consulta para dialogar com as mães sobre possíveis situações que possam culminar com a introdução precoce de outros leites e demais alimentos.

Assim, é imprescindível o apoio dos profissionais de saúde da rede básica de saúde à mulher nos primeiros dias de pós-parto. Eles devem estar aptos a dar continuidade ao suporte recebido no hospital, principalmente porque, ao chegar em casa, a mulher se depara com situações que necessitam de apoio imediato, visando a continuidade da amamentação. Para isto, os profissionais de saúde requerem ter conhecimento e compreensão frente às possíveis dificuldades que a mulher possa apresentar e precisam de empatia e disponibilidade para ajudá-la.

A idade gestacional, assim como o peso do bebê, foram informações referidas pela mãe, o que também pode ser considerada outra limitação do estudo. Muitas mães podem não ter certeza do peso ao nascer dos seus bebês e se foram considerados prematuros, principalmente os tardios, que ficam em alojamento conjunto, não internando na área de neonatologia. Embora não tenham sido variáveis preditoras da interrupção do AME, a literatura da área sugere que o bebê prematuro pode apresentar dificuldades relacionadas à sucção, entre outras e, por conseguinte, pode haver retardo no estabelecimento da amamentação.

No que se refere à cor da pele materna como fator de desmame de bebês menores de um mês, observa-se necessidade de mais estudos sobre este achado, pois ainda não há consenso na literatura. Desta forma, este pode ter sido um fator de associação casual, mas ainda assim não pode ser descartado e deve ser estudado mais profundamente.

O conhecimento dos fatores que podem contribuir para a interrupção do AME antes do bebê completar 30 dias de vida é uma alternativa para o enfrentamento da questão, uma vez que o estudo desses determinantes fornecerá subsídios para a implementação de estratégias mais eficazes voltadas aos profissionais de saúde que atuam na área materna e infantil.

Por fim, apesar de elevada a taxa de aleitamento materno exclusivo nos RN deste estudo, ela ainda permanece inferior às recomendações. Percebe-se a necessidade de se permanecer incentivando e orientando as mulheres e a população sobre os benefícios da amamentação, bem como manter capacitações frequentes da equipe assistencial. No entanto, o caminho para atingir as taxas de aleitamento materno recomendadas parece ainda necessitar de maior investimento, especialmente na atenção básica. O enfermeiro tende a ser o profissional de referência neste contexto, e portanto são necessárias outras ações voltadas à amamentação, com maior inserção do enfermeiro para que se fortaleçam estas orientações e para que o AME perdure pelo período preconizado.

REFERÊNCIAS

AUDI, Celene Aparecida Ferrari; CORRÊA, Ana Maria Segall; LATORRE, Maria do Rosário Dias de Oliveira. 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**, [s.l.], v. 3, n. 1, p.85-93, 2003. FapUNIFESP (SciELO). DOI: 10.1590/s1519-38292003000100011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbsmi/v3n1/a11v03n1.pdf>>. Acesso em: 14 nov. 2015.

BARBIERI, Mayara Caroline et al. Duração do aleitamento materno: caracterização de mulheres atendidas em duas maternidades públicas. **Journal Of Nursing And Health**, Pelotas, v. 2, n. 2, p.475-489, 2012. Disponível em: <<https://periodicos.ufpel.edu.br/ojs2/index.php/enfermagem/article/view/3474/2859>>. Acesso em: 12 fev. 2016.

BERNARDI, Julia Laura Delbue; JORDÃO, Regina Esteves; BARROS FILHO, Antônio de Azevedo. Fatores associados à duração mediana do aleitamento materno em lactentes nascidos em município do estado de São Paulo. **Revista de Nutrição**, [s.l.], v. 22, n. 6, p.867-878, dez. 2009. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s1415-52732009000600008>. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rn/v22n6/v22n6a08.pdf>>. Acesso em: 12 fev. 2015.

BOSI, Maria Lúcia Magalhães; MACHADO, Márcia Tavares. Amamentação: um resgate histórico. **Cadernos Esp**, Escola de Saúde Pública do Ceará, v. 1, n. 1, p.17-25, jul. 2005. Disponível em: <http://www.aleitamento.com.br/upload/arquivos/arquivo1_1688.pdf>. Acesso em: 30 set. 2015.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. **Norma brasileira para comercialização de alimentos para lactentes**. Brasília: Ministério da Saúde; 1993. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/norma_brasileira_alimentos_lactentes_4ed.pdf>. Acesso em: 08 out 2015

_____. Ministério da Saúde. **Promovendo o aleitamento materno**. 2ª edição, revisada / Secretaria de Atenção à Saúde - Brasília, 2007. Disponível em: <<http://www.unicef.org/brazil/pt/aleitamento.pdf>>. Acesso em: 21 set. 2015.

_____. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Banco de leite humano: funcionamento, prevenção e controle de riscos**/ Agência Nacional de Vigilância Sanitária. – Brasília: Anvisa, 2008. Disponível em: <<http://www.redeblh.fiocruz.br/media/blhanv2008.pdf>>. Acesso em: 03 out. 2015

_____. Ministério da Saúde. Saúde da Criança. **Nutrição infantil: aleitamento materno e alimentação complementar** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica, Cadernos de Atenção Básica, n. 23. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2009a. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_crianca_nutricao_aleitamento_alimentacao.pdf>. Acesso em: 23 set. 2015.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **II Pesquisa de Prevalência de Aleitamento Materno nas Capitais Brasileiras e Distrito Federal** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. –Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2009b. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pesquisa_prevalencia_aleitamento_materno.pdf>. Acesso em: 25 set. 2015.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 193, de 23 de fevereiro de 2010. Esta nota técnica tem por objetivo orientar a instalação de salas de apoio à amamentação em empresas públicas ou privadas e a fiscalização desses ambientes pelas vigilâncias sanitárias locais. **Diário Oficial da União** 24 de fevereiro de 2010; Seção 1. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2010/prt0193_23_02_2010.html>. Acesso em: 05 out. 2015.

_____. Ministério da Saúde. **Gestões e gestores de políticas públicas de atenção à saúde da criança: 70 anos de história** / Secretaria de Atenção à Saúde. Área Técnica de Saúde da Criança e Aleitamento Materno. – Brasília: Ministério da Saúde, 2011a. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/70_anos_historia_saude_crianca.pdf>. Acesso em: 11 jun. 2016.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Área Técnica de Saúde da Criança e Aleitamento Materno. **Rede Amamenta Brasil: os primeiros passos (2007–2010)** / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Área Técnica de Saúde da Criança e Aleitamento Materno. – Brasília: Ministério da Saúde, 2011b. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/rede_amamenta_brasil_primeiros_passos.pdf>. Acesso em: 29 set. 2015.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso: Método Canguru** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – 2. ed. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2011c. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/metodo_canguru_manual_tecnico_2ed.pdf>. Acesso em: 30 set. 2015

_____. Ministério da Saúde. Resolução nº 466, de 12 de Dezembro de 2012. Conselho Nacional de Saúde. Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas em seres humanos. Brasília: **Diário Oficial da União**, 2012a. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>>. Acesso em: 18 set. 2015.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Atenção à saúde do recém-nascido: guia para os profissionais de saúde** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – 2. ed. – Brasília : Ministério da Saúde, 2012b.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.920, de 05 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. **Diário Oficial da União**, nº 173, 06 de setembro de 2013 – seção 1. Disponível em:

<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt1920_05_09_2013.html>. Acesso em: 05 out. 2015.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Aleitamento materno, distribuição de leites e fórmulas infantis em estabelecimentos de saúde e a legislação** / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Departamento de Atenção Básica. – 1. ed.; 1. reimpr. – Brasília: Ministério da Saúde, 2014. Disponível em:

<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/aleitamento_materno_distribuicao_leite.pdf>. Acesso em 15 set. 2015.

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

<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/estrategia_nacional_promocao_aleitamento_materno.pdf>. Acesso em 13 jun. 2016.

_____. Casa Civil. Lei nº 13.257, de 8 de março de 2016. Dispõe sobre as políticas públicas para a primeira infância e altera a Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990 (Estatuto da Criança e do Adolescente), o Decreto-Lei nº 3.689, de 3 de outubro de 1941 (Código de Processo Penal), a Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), aprovada pelo Decreto-Lei nº 5.452, de 1º de maio de 1943, a Lei nº 11.770, de 9 de setembro de 2008, e a Lei nº 12.662, de 5 de junho de 2012. Brasília - DF, **Diário Oficial da União nº** - 46, 9 de março de 2016.

Disponível em: <https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2016/lei/113257.htm> Acesso em 0-5 jul. 2016.

BRASILEIRO, Aline Alves et al. Impacto do incentivo ao aleitamento materno entre mulheres trabalhadoras formais. **Cadernos de Saúde Pública**, [s.l.], v. 26, n. 9, p.1705-1713, set. 2010. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s0102-311x2010000900004>. Disponível em: <<http://www.scielo.org/pdf/csp/v26n9/04.pdf>>. Acesso em 10 set. 2015.

CASTILHO, Silvia Diez; ROCHA, Marco Antônio Mendes. Uso de chupeta: história e visão multidisciplinar. **J. Pediatr. (rio J.)**, [s.l.], v. 85, n. 6, p.480-489, dez. 2009. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s0021-75572009000600003>. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/jped/v85n6/v85n6a03.pdf>>. Acesso em: 12 mar. 2016.

CHANTRY, Caroline 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.1339-1365, jun. 2014. Elsevier BV. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jpeds.2013.12.035>. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4120190/pdf/nihms567814.pdf>>. Acesso em: 12 mar. 2016.

DASHTI, Manal et al. Predictors of Breastfeeding Duration among Women in Kuwait: Results of a Prospective Cohort Study. **Nutrients**, [s.l.], v. 6, n. 2, p.711-728, 20 fev. 2014. MDPI AG. <http://dx.doi.org/10.3390/nu6020711>. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3942729/pdf/nutrients-06-00711.pdf>>. Acesso em: 23 set. 2015.

DEMÉTRIO, Franklin; PINTO, Elizabete de Jesus; ASSIS, Ana Marlúcia Oliveira. Fatores associados à interrupção precoce do aleitamento materno: um estudo de coorte de nascimento em dois municípios do Recôncavo da Bahia, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, [s.l.], v. 28, n. 4, p.641-650, abr. 2012. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s0102-311x2012000400004>. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v28n4/04.pdf>>. Acesso em: 12 nov. 2015.

DEMITTO, Marcela de Oliveira; BERCINI, Luciana Olga; ROSSI, Robson Marcelo. Uso de chupeta e aleitamento materno exclusivo. **Esc. Anna Nery**, [s.l.], v. 17, n. 2, p.271-276, jun. 2013. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s1414-81452013000200010>. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ean/v17n2/v17n2a10.pdf>>. Acesso em 23 mar. 2016.

ESPÍRITO SANTO, Lilian Cordova do; OLIVEIRA, Luciana Dias de; GIUGLIANI, Elsa Regina Justo. Factors Associated with Low Incidence of Exclusive Breastfeeding for the First 6 Months. **Birth**, [s.l.], v. 34, n. 3, p.212-219, set. 2007. Wiley-Blackwell. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1523-536x.2007.00173.x>.

FIGUEREDO, Sonia Fontes; MATTAR, Maria Jose Guardia; ABRÃO, Ana Cristina Freitas de Vilhena. Hospital Amigo da Criança: prevalência de aleitamento materno exclusivo aos seis meses e fatores intervenientes. **Revista da Escola de Enfermagem da Usp**, [s.l.], v. 47, n. 6, p.1291-1297, 1 dez. 2013. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s0080-623420130000600006>. Disponível em: <<http://www.revistas.usp.br/reeusp/article/view/78091>>. Acesso em: 22 abr. 2016.

FIOCRUZ (FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ). Portal da Rede Brasileira de Bancos de Leite Humano. Iniciativa e missão. Disponível em: <<http://www.redeblh.fiocruz.br/cgi/cgilua.exe/sys/start.htm?infoid=362&sid=364>>. Acesso em: 07 out. 2015a.

FIOCRUZ (FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ). Portal da Rede Brasileira de Bancos de Leite Humano. Localização e relatórios. Disponível em: <http://producao.redeblh.icict.fiocruz.br/portal_blh/blh_brasil.php>. Acesso em: 07 out. 2015b.

FORSTER, Della A. et al. Feeding infants directly at the breast during the postpartum hospital stay is associated with increased breastfeeding at 6 months postpartum: a prospective cohort study. **Bmj Open**, [s.l.], v. 5, n. 5, p.1-10, 1 maio 2015. BMJ. <http://dx.doi.org/10.1136/bmjopen-2014-007512>. Disponível em: <<http://bmjopen.bmj.com/content/5/5/e007512.full.pdf+html>>. Acesso em: 03 abr. 2016.

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 / Organização Mundial da Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2008. Disponível em: <http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/iniciativa_hospital_amigo_crianca_modulo1.pdf>. Acesso em: 29 set. 2015.

FUNDO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A INFÂNCIA (UNICEF). UNICEF Brasil. Imprensa. **Aleitamento materno na primeira hora depois do parto pode reduzir a**

mortalidade infantil, 2015. Disponível em:

<http://www.unicef.org/brazil/pt/media_9993.htm>. Acesso em: 12 set. 2015

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

<http://dx.doi.org/10.1016/j.earlhumdev.2007.08.001>.

GRANVILLE-GARCIA, Ana Flávia. et al. Factors associated with early weaning at a Child-Friendly Healthcare Initiative Hospital. **Rev. Odonto Ciênc.**, [s.l.], v. 27, n. 3, p.202-207, 2012. <http://dx.doi.org/10.1590/s1980-65232012000300005>. Disponível em:

<<http://www.scielo.br/pdf/roc/v27n3/v27n3a05.pdf>>. Acesso em: 8 out. 2015.

GUSMÃO, Andréa Morais de 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. **Ciênc. Saúde Coletiva**, [s.l.], v. 18, n. 11, p.3357-3368, nov. 2013. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s1413-81232013001100025>. Disponível em:

<<http://www.scielo.br/pdf/csc/v18n11/25.pdf>>. Acesso em: 23 maio 2016.

HAMADE, Haya et al. Determinants of exclusive breastfeeding in an urban population of primiparas in Lebanon: a cross-sectional study. **Bmc Public Health**, [s.l.], v. 13, n. 1, p.702-712, 2013. Springer Science + Business Media. DOI: 10.1186/1471-2458-13-702. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3737045/pdf/1471-2458-13-702.pdf>>. Acesso em: 3 out. 2015.

HORTA, Bernardo. L. et al. Evidence of the long-term effects of breastfeeding: systematic reviews and meta analyses. Geneva: WHO, 2007. Disponível em:

<http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/43623/1/9789241595230_eng.pdf>. Acesso em: 05 jul. 2016.

JONES, Gareth et al. How many child deaths can we prevent this year? **The Lancet**, London, v. 362, p.65-71, 5 jul. 2003. Disponível em:

<http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/pdfs/lancet_child_survival_prevent_deaths.pdf>. Acesso em: 25 set. 2015.

KAUFMANN, Cristina Corrêa et al. Alimentação nos primeiros três meses de vida dos bebês de uma coorte na cidade de Pelotas, Rio Grande do Sul. **Rev. Paul. Pediatr.**, [s.l.], v. 30, n. 2, p.157-165, jun. 2012. Elsevier BV. <http://dx.doi.org/10.1590/s0103-05822012000200002>. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rpp/v30n2/02.pdf>>. Acesso em: 10 out. 2015.

LIU, Jianghong 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, out. 2013. Informa UK Limited. Disponível em:

<<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4247329/pdf/nihms583206.pdf>>. Acesso em: 04 out. 2015.

MACHADO, Mariana Campos Martins et al. Determinants of the exclusive breastfeeding abandonment: psychosocial factors. **Revista de Saúde Pública**, [s.l.], v. 48, n. 6, p.985-994, 2014. FapUNIFESP (SciELO). DOI: 10.1590/s0034-8910.2014048005340. Disponível em:

<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v48n6/pt_0034-8910-rsp-48-6-0985.pdf>. Acesso em: 12 set. 2015.

NARCHI, Nádia Zanon et al. Variáveis que influenciam a manutenção do aleitamento materno exclusivo. **Revista da Escola de Enfermagem da Usp**, [s.l.], v. 43, n. 1, p.87-94, 2009. FapUNIFESP (SciELO). DOI: 10.1590/s0080-62342009000100011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v43n1/11.pdf>>. Acesso em: 24 out. 15.

NEIFERT, Marianne; LAWRENCE, Ruth; SEACAT, Joy. Nipple confusion: Toward a formal definition. **The Journal Of Pediatrics**, [s.l.], v. 126, n. 6, p.125-129, jun. 1995. Elsevier BV. [http://dx.doi.org/10.1016/s0022-3476\(95\)90252-x](http://dx.doi.org/10.1016/s0022-3476(95)90252-x).

NEVES, Alice Cristina Medeiros das et al. Factors associated with exclusive breastfeeding in the Legal Amazon and Northeast regions, Brazil, 2010. **Revista de Nutrição**, [s.l.], v. 27, n. 1, p.81-95, jan. 2014. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/1415-52732014000100008>. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rn/v27n1/1415-5273-rn-27-01-00081.pdf>>. Acesso em: 10 jun. 2016.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Amamentação: uma questão contemporânea em um mundo globalizado**. Semana Mundial de Aleitamento Materno, 1 a 7 de agosto de 2014. Disponível em: <<http://www.paho.org/bra/images/stories/Documentos2/brief%20report%202014%20portugues.pdf>>. Acesso em: 12 set. 2015.

PEREIRA, Rosane Siqueira Vasconcellos et al. Fatores associados ao aleitamento materno exclusivo: o papel do cuidado na atenção básica. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 26, p.2343-2354, dez. 2010. Disponível em: <<http://www.redeblh.fiocruz.br/media/artigocadsp10.pdf>>. Acesso em: 12 fev. 2016

POLIT, Denise. F.; BECK, Cheryl Tatano; HUNGLER, Bernadette P. **Fundamentos da pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação e utilização**. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2004.

RIUS, J. M. et al. Factores asociados al abandono precoz de la lactancia materna en una región del este de España. Espanha, **Anales de Pediatría**, v. 80, n. 1, p. 6- 15, 2014. Disponível em: <<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1695403313002385>>. Acesso em: 23 nov. 2015

ROCCI, Eliana; FERNANDES, Rosa Aurea Quintella. Breastfeeding difficulties and influence in the early weaning. **Revista Brasileira de Enfermagem**, [s.l.], v. 67, n. 1, p.22-27, 2014. GN1 Genesis Network. DOI: 10.5935/0034-7167.20140002. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v67n1/0034-7167-reben-67-01-0022.pdf>>. Acesso em: 4 nov. 15.

S. NETO, Edson Theodoro dos; ZANDONADE, Eliana; EMMERICH, Adauto Oliveira. Analysis models for variables associated with breastfeeding duration. **Rev. Paul. Pediatr.**, [s.l.], v. 31, n. 3, p.306-314, set. 2013. Elsevier BV. <http://dx.doi.org/10.1590/s0103-05822013000300006>. Disponível em:

<<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4182985/pdf/0103-0582-rpp-31-03-00306.pdf>>. Acesso em: 08 out. 2015.

SALUSTIANO, Letícia Pacífico de Queiroz et al. Fatores associados à duração do aleitamento materno em crianças menores de seis meses. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, [s.l.], v. 34, n. 1, p.28-33, jan. 2012. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s0100-72032012000100006>. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbgo/v34n1/a06v34n1.pdf>>. Acesso em: 24 out. 2015.

SANTOS, Juliana Silva; ANDRADE, Marilda; SILVA, Jorge Luiz Lima. Fatores que influenciam no desmame precoce: implicações para o enfermeiro de promoção da saúde na estratégia de saúde da família. Informe-se em promoção da saúde, **Informe-se em promoção da saúde** [S.l.], v.5, n.2, p. 26-29, 2009. Disponível em: <<http://www.uff.br/promocaodasaude/desmame9.pdf>>. Acesso em 09 de out. 2015.

SILVA, Mírian Barcellos da et al. Influência do apoio à amamentação sobre o aleitamento materno exclusivo dos bebês no primeiro mês de vida e nascidos na cidade de Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, [s.l.], v. 8, n. 3, p.275-284, set. 2008. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s1519-38292008000300006>. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbsmi/v8n3/a06v8n3.pdf>>. Acesso em: 13 out. 2015.

SOUZA, Carolina Belomo; ESPÍRITO SANTO, Lilian Córdova; GIUGLIANI, Elsa Regina Justo. **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: 05jul. 2016.

VIEIRA, Graciete O. et al. Fatores preditivos da interrupção do aleitamento materno exclusivo no primeiro mês de lactação. **J. Pediatr. (rio J.)**, [s.l.], v. 86, n. 5, p.441-444, out. 2010. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s0021-75572010000500015>. Disponível em: <<http://www.jped.com.br/conteudo/10-86-05-441/port.pdf>>. Acesso em: 23 out. 2015.

VIEIRA, Tatiana O et al. Duration of exclusive breastfeeding in a Brazilian population: new determinants in a cohort study. **Bmc Pregnancy Childbirth**, [s.l.], v. 14, n. 1, p.175-184, 2014. Springer Nature. <http://dx.doi.org/10.1186/1471-2393-14-175>. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4046501/pdf/1471-2393-14-175.pdf>>. Acesso em: 23 abr. 2016.

WARKENTIN, Sarah et al. Exclusive breastfeeding duration and determinants among Brazilian children under two years of age. **Revista de Nutrição**, [s.l.], v. 26, n. 3, p.259-269, 2013. FapUNIFESP (SciELO). DOI: 10.1590/s1415-52732013000300001. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rn/v26n3/01.pdf>>. Acesso em: 5 set. 2015.

World Health Organization. **Infant and Young Child Feeding: A tool for assessing breastfeeding practices, policies and programs**. Geneva: WHO; 2003. Disponível em: <http://www.who.int/nutrition/publications/inf_assess_nnpp_eng.pdf>. Acesso em 11 jun. 2016

YILMAZ, Gonca et al. Effect of Cup Feeding and Bottle Feeding on Breastfeeding in Late Preterm Infants: A Randomized Controlled Study. **Journal Of Human Lactation**, [s.l.], v. 30, n. 2, p.174-179, 17 jan. 2014. SAGE Publications.
<http://dx.doi.org/10.1177/0890334413517940>.

ZIMMERMAN, Emily; THOMPSON, Kelsey. Clarifying nipple confusion. **J Perinatol**, [s.l.], v. 35, n. 11, p.895-899, 16 jul. 2015. NaturePublishingGroup.
<http://dx.doi.org/10.1038/jp.2015.83>. Disponível em:
<https://www.researchgate.net/publication/280091118_Clarifying_nipple_confusion>. Acesso em: 11 jun. 2016.

APÊNDICE A – INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

Data da coleta de dados: ___/___/___ Hora: ___:___

Nome: _____

Registro hospitalar (mãe): _____

Entrevistadora: _____

CRITÉRIOS DE INCLUSÃO	
1. Você é a mãe do bebê? [1] Sim [2] Não	_
2. O teu bebê ficou todo o tempo junto de ti no alojamento conjunto? [1] Sim (nunca foi ao berçário - NEO) [2] Não (foi ao berçário– NEO pelo menos uma vez)	_
3. O teu bebê recebeu liberação médica para mamar no peito? [1] Sim [2] Não	_
4. Qual a idade do bebê (em dias)? (<i>Máximo 30 dias de idade</i>)	_
5. Entra na amostra? (se questões 1, 2 e 3 forem SIM) [1] Sim [2] Não, por quê? _____	_
DADOS DA PUÉRPERA	
6. Idade (em anos completos)	_
7. Cor da pele (auto-declarada) [1] Branca [2] Preta [3] Parda/morena/mulata [4] Amarelo [5] Indígena [6] Outra, qual? _____	_
8. Escolaridade [0] Sem escolaridade (menos de um ano) [1] Ensino Fundamental incompleto [2] Ensino Fundamental Completo [3] Ensino Médio Incompleto [4] Ensino Médio Completo [5] Ensino Superior Incompleto [6] Ensino Superior Completo [7] Pós Graduação Incompleta ou Completa	_
9. Situação marital [1] Tem companheiro	_

[2] Não tem companheiro	
10. Mora com quem? [1] Sozinha [2] Com os filhos [3] Com companheiro [4] Com companheiro e filhos [5] Com sua mãe e filhos [6] Outras pessoas, quem? _____	_
11. Qual a renda familiar em número de salários mínimos? <i>(pessoas que moram na mesma casa)</i> (um salário mínimo = R\$ 724,00) R\$ _____ [99] Não sabe informar	_
12. Ocupação Atual: _____ [77] Não se aplica (não tem ocupação ou é do lar) <i>(vá para a questão 16)</i>	
13. Ocupação remunerada [1] Sim [2] Não [77] Não se aplica (não tem ocupação ou é do lar)	_
14. Tem licença-maternidade no seu emprego? [1] Sim [2] Não [77] Não se aplica (não tem ocupação ou é do lar)	_
15. No momento, já voltou a trabalhar? [1] Sim [2] Não [77] Não se aplica (não tem ocupação ou é do lar)	_

DADOS PATERNOS

16. Escolaridade do Companheiro [0] Sem escolaridade (menos de um ano) [1] Ensino Fundamental incompleto [2] Ensino Fundamental Completo [3] Ensino Médio Incompleto [4] Ensino Médio Completo [5] Ensino Superior Incompleto [6] Ensino Superior Completo [7] Pós-Graduação Incompleta ou Completa [77] Não se aplica	_
---	---

INFORMAÇÕES OBSTÉTRICAS (Incluir o atual)	
Número de filhos vivos	_
HISTÓRIA PREGRESSA SOBRE ALEITAMENTO MATERNO (Atenção! Esse bloco somente deve ser respondido se a puérpera for múltipara)	
17. Você amamentou seus outros filhos? [1] Sim [2] Não (<i>vá para a questão 19</i>)	_
18. Por quanto tempo os outros filhos foram amamentados? (começar pelo filho mais velho) A _____ meses B _____ meses C _____ meses D _____ meses E _____ meses	
PRÉ-NATAL (GESTAÇÃO ATUAL)	
19. Realização de pré-natal [1] Sim [2] Não (<i>vá para a questão 24</i>)	_
20. Número de consultas de pré-natal (0 = nenhuma consulta)	_
21. Onde realizou pré-natal? [1] Apenas na Rede Pública (SUS) [2] Apenas no Convênio [3] Apenas no Serviço Particular [4] Outro lugar, qual? _____	_
22. Recebeu orientações de aleitamento materno no pré-natal durante as consultas? [1] Sim [2] Não (<i>vá para a questão 23</i>)	_
23. Quais informações você recebeu? Posição e pega correta de amamentar [1] Sim [2] Não Características/composição do leite humano [1] Sim [2] Não Benefícios para a mãe/bebê [1] Sim [2] Não Cuidados com as mamas [1] Sim [2] Não Não uso de bicos e mamadeiras [1] Sim [2] Não	_ _ _ _ _
24. Você participou de curso/grupo de gestante? [1] Sim [2] Não (<i>vá para a questão 27</i>)	_
25. Você recebeu orientações sobre aleitamento durante esse curso/grupo? [1] Sim [2] Não (<i>vá para a questão 26</i>)	_

26. Se sim, quais foram essas informações?		
Posição e pega correta de amamentar	[1] Sim [2] Não	<input type="checkbox"/>
Características/composição do leite humano	[1] Sim [2] Não	<input type="checkbox"/>
Benefícios para a mãe/bebê	[1] Sim [2] Não	<input type="checkbox"/>
Cuidados com as mamas	[1] Sim [2] Não	<input type="checkbox"/>
Não uso de bicos e mamadeiras	[1] Sim [2] Não	<input type="checkbox"/>
GESTAÇÃO/PUERPÉRIO ATUAL		
27. Tabagismo durante a lactação		
[1] Sim		<input type="checkbox"/>
[2] Não		
28. Tipo de parto		
[1] Vaginal		<input type="checkbox"/>
[2] Cesariana		
29. Realização de episiotomia		
[1] Sim		<input type="checkbox"/>
[2] Não		
[99] Não sabe informar		
[77] Não se aplica		
ALEITAMENTO MATERNO EM CENTRO OBSTÉTRICO		
30. Você amamentou enquanto esteve no Centro Obstétrico?		
[1] Sim		<input type="checkbox"/>
[2] Não (<i>vá para a questão 32</i>)		
[99] Não sabe informar		
31. Seu bebê mamou <u>na sala de parto?</u>		
[1] Sim		<input type="checkbox"/>
[2] Não		
[99] Não sabe informar		
[77] Não se aplica		
32. Seu bebê foi colocado em contato com seu corpo na sala de parto? <i>(sem panos/roupas entre vocês)</i>		
[1] Sim		<input type="checkbox"/>
[2] Não		
[99] Não sabe informar		
ALEITAMENTO MATERNO EM ALOJAMENTO CONJUNTO		
33. Seu bebê mamou quando estava no alojamento conjunto?		
[1] Sim		<input type="checkbox"/>
[2] Não		
[99] Não sabe informar		

<p>34. Você teve alguma dificuldade na amamentação durante a internação hospitalar?</p> <p>[1] Sim qual? _____</p> <p>[2] Não</p> <p>[99] Não sabe informar</p>	<p>_____</p>
<p>35. Seu bebê recebeu bico/chupeta no hospital?</p> <p>[1] Sim</p> <p>[2] Não <i>(vá para a questão 38)</i></p>	<p>_____</p>
<p>36. Porque foi dado bico/chupeta ao bebê no hospital? <i>(Não ler as opções)</i></p> <p>[1] bebê chorava muito</p> <p>[2] queria mamar toda hora</p> <p>[3] Outro, qual? _____</p>	<p>_____</p>
<p>37. Quem deu a chupeta ao bebê no hospital?</p> <p>[1] Você</p> <p>[2] Sua mãe</p> <p>[3] Sua sogra</p> <p>[4] Companheiro/pai do bebê</p> <p>[5] Outro, qual? _____</p>	<p>_____</p>
<p>38. Seu bebê recebeu algum tipo de complemento/outra leite no hospital?</p> <p>[1] Sim</p> <p>[2] Não <i>(vá para a questão 41)</i></p> <p>[99] Não sabe informar</p>	<p>_____</p>
<p>39. Se sim, por quê? <i>(Não ler as opções)</i></p> <p>Leite fraco [1] Sim [2] Não</p> <p>Leite não havia descido [1] Sim [2] Não</p> <p>Bebê chorava muito [1] Sim [2] Não</p> <p>Bebê com hipoglicemia [1] Sim [2] Não</p> <p>Bebê não sugava [1] Sim [2] Não</p> <p>Outro, qual? _____</p>	<p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>
<p>40. Como este leite foi dado ao bebê?</p> <p>[1] Copinho</p> <p>[2] Mamadeira</p> <p>[3] Seringa</p> <p>[4] Outra forma, qual? _____</p>	<p>_____</p>
<p>41. Ao sair do hospital, você queria amamentar o bebê em casa?</p> <p>[1] Sim</p> <p>[2] Não</p>	<p>_____</p>
<p>42. Você saiu do hospital amamentando exclusivamente o bebê?</p> <p>[1] Sim</p> <p>[2] Não, por quê? _____</p>	<p>_____</p>

<p>43. Saiu do hospital com orientação de:</p> <p>[1] AME (<i>somente peito</i>)</p> <p>[2] Somente fórmula láctea</p> <p>[3] AM + fórmula láctea</p> <p>Outra qual? _____</p>	<input type="checkbox"/>
HISTÓRIA DE ALEITAMENTO MATERNO ATUAL	
<p>44. Você está amamentando o bebê em casa?</p> <p>[1] Sim</p> <p>[2] Não, por quê? _____</p>	<input type="checkbox"/>
<p>45. Você amamenta em livre demanda? (<i>o bebê tem horários fixos para mamar?</i>)</p> <p>[1] Sim</p> <p>[2] Não, por quê? _____</p>	
<p>46. Está com dificuldades na amamentação após a alta hospitalar?</p> <p>[1] Sim</p> <p>[2] Não (<i>vá para a questão 50</i>)</p>	<input type="checkbox"/>
<p>47. Quais as dificuldades na amamentação?</p> <p>[1] Bebê chora de fome [1] Sim [2] Não</p> <p>[2] Leite fraco [1] Sim [2] Não</p> <p>[3] Leite insuficiente [1] Sim [2] Não</p> <p>[4] Leite empedrado [1] Sim [2] Não</p> <p>[5] fissuras nos mamilos [1] Sim [2] Não</p> <p>[6] Dor ao amamentar [1] Sim [2] Não</p> <p>[7] Bebê não pega o peito [1] Sim [2] Não</p> <p>[8] Outra, qual? _____</p>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<p>48. O que você fez para resolver essas dificuldades?</p> <p>[1] Procurou o posto de saúde</p> <p>[2] Procurou a clínica particular</p> <p>[3] Procurou o hospital</p> <p>[4] Ligou para o disque amamentação</p> <p>[5] Procurou o banco de leite humano</p> <p>[6] Pediu conselhos a amigas e familiares</p> <p>[7] Outra, qual? _____</p>	<input type="checkbox"/>
<p>49. Quem ajudou você a enfrentar essas dificuldades?</p> <p>[1] Companheiro</p> <p>[2] Mãe</p> <p>[3] Amiga</p> <p>[4] Avó</p> <p>[5] Vizinha</p> <p>[6] Profissional de saúde, quem? _____</p> <p>[7] Outra pessoa, quem? _____</p>	<input type="checkbox"/>

<p>53. Tipo de alimentação do bebê em casa(<i>resumo</i>)</p> <p>[1] Aleitamento materno exclusivo (somente peito)</p> <p>[2] Predominante (peito + água, chás e sucos de frutas)</p> <p>[3] Complementado (peito + alimentos semi-sólidos ou sólidos)</p> <p>[4] Misto (peito + outros tipos de leite – NAN, leite de vaca, leite de caixinha etc).</p> <p>[5] Não estou mais amamentando</p>	<input type="checkbox"/>
<p>54. Por qual razão parou de amamentar exclusivamente o bebê (somente peito)?(<i>Não ler as opções</i>)</p> <p>[1] Bebê chorava de fome</p> <p>[2] Leite fraco</p> <p>[3] Leite secou</p> <p>[4] Fissuras nos mamilos</p> <p>[5] Bebê perdeu muito peso</p> <p>[6] Outra, qual? _____</p>	<input type="checkbox"/>
<p>55. Quem indicou a introdução de outros líquidos/alimentos?</p> <p>[1] Pediatra</p> <p>[2] Sua mãe</p> <p>[3] Amiga</p> <p>[4] Vizinha</p> <p>[5] Companheiro</p> <p>[6] Você quis</p> <p>[7] Outro, quem? _____</p>	<input type="checkbox"/>

APOIO NA AMAMENTAÇÃO

APOIO NA AMAMENTAÇÃO	
<p>56. Você está recebendo ou já recebeu incentivo de alguém para continuar amamentando?</p> <p>[1] Sim</p> <p>[2] Não</p> <p>[77] Não se aplica</p> <p>[99] Não sabe informar</p>	<input type="checkbox"/>
<p>57. Se sim, quem?</p> <p>[1] Profissionais de saúde</p> <p>[2] Agente comunitário</p> <p>[3] Amigos/vizinhos</p> <p>[4] Avó materna</p> <p>[5] Avó paterna</p> <p>[6] Sogra</p> <p>[7] Outro familiar, quem? _____</p> <p>[8] Outra pessoa, quem? _____</p>	<p>[1] Sim [2] Não</p> <p>[1] Sim [2] Não</p> <p>[1] Sim [2] Não</p> <p>[1] Sim [2] Não</p> <p>[1] Sim [2] Não</p> <p>[1] Sim [2] Não</p> <p>[1] Sim [2] Não</p> <p>[1] Sim [2] Não</p> <p>[1] Sim [2] Não</p> <p style="text-align: center;"> <input type="checkbox"/> </p>

USO DE CHUPETA / BICO	
58. O seu bebê chupa bico? [1] Sim[2] Não (<i>vá para a questão 63</i>) Motivo da introdução _____	_
59. Se sim, quanto ele chupa? [1] Todo o dia [2] De vez em quando [3] Só para dormir [4] Outro, quanto? _____ [77] Não se aplica	_
60. Quem deu o bico pela primeira vez? [1] Mãe [2] Pai [3] Avós [4] Amigos [5] Outro parente, qual? _____ [6] Profissional de saúde, qual? _____	_
61. Porque foi dado bico/chupeta ao bebê em casa? (<i>Não ler as opções</i>) [1] bebê chorava muito [2] queria mamar toda hora [3] por cólicas [4] outro, qual? _____	_
62. Com quantos dias o bebê começou a usar o bico?	_
DADOS DO RECÉM - NASCIDO	

Nome: _____ Idade (em dias): _____

63. Sexo do recém-nascido:[1] Masculino[2] Feminino [3] Não Definido	_
64. Peso do bebê ao nascer (em gramas)	_ _ _
65. Peso atual do bebê (em gramas) [99] Não sabe informar	_ _ _
66. O seu bebê é prematuro? [1] Sim[2] Não	_
67. Se sim, de quantas semanas ele nasceu? (<i>Se não souber, em meses</i>)	_

APÊNDICE B - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Prezada: _____,

Você está sendo convidada a participar do projeto de pesquisa intitulado “**FATORES ASSOCIADOS À INTERRUPÇÃO DO ALEITAMENTO MATERNO EXCLUSIVO NO PRIMEIRO MÊS DE VIDA DA CRIANÇA**”, de responsabilidade de pesquisadores da Escola de Enfermagem da UFRGS. O estudo pretende verificar quais os fatores que se associam à interrupção do aleitamento exclusivo da criança em seu primeiro mês de vida.

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. Os riscos que você e seu bebê estarão expostos serão mínimos, como possíveis desconfortos em relação ao tempo destinado à entrevista que é de aproximadamente 15 minutos e referente a algumas questões do questionário.

Gostaríamos de pedir seu consentimento para fazer algumas perguntas sobre você, seu bebê e sua experiência desde o pré-natal até o pós-parto. As respostas serão anotadas em um formulário em papel.

Tudo que for dito será confidencial e o seu nome não será divulgado. Os resultados do estudo serão apresentados de forma que não será possível identificar as pessoas que dele participaram e as informações aqui obtidas serão utilizadas apenas para fins desta pesquisa. Você tem o direito de pedir outros esclarecimentos sobre a pesquisa, pode se recusar ou até desistir de participar, se assim desejar, sem qualquer prejuízo da sua relação com este hospital.

É importante lhe informar que não haverá nenhuma forma de reembolso financeiro, já que, com a participação da pesquisa você não terá nenhum gasto. Este documento será feito em duas vias iguais, sendo lhe entregue uma delas, caso você aceite participar da pesquisa.

Assinatura da participante

Assinatura do responsável

Nome da pesquisadora: _____

Assinatura da pesquisadora: _____

Porto Alegre, ____/____/____.

Observação: em caso de dúvidas ou novas perguntas, entrar em contato com a pesquisadora responsável: Prof^a Annelise de Carvalho Gonçalves pelo telefone 3308-5428/3359-7797, email: annelise@enf.ufrgs.br e endereço: Escola de Enfermagem – Rua São Manoel, 963, Bairro Santa Cecília – Porto Alegre. Em caso de dúvidas quanto a questões éticas, entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital de Clínicas de Porto Alegre, de segunda a sexta-feira das 8 às 17h, 2º andar do HCPA, sala 2227 ou pelo telefone: 3359-8304.

ANEXO A – Avaliação da Comissão de Pesquisa da Escola de Enfermagem da UFRGS

Sistema Pesquisa - Pesquisador: Bruna Alibio Moraes				
Dados Gerais:				
Projeto Nº:	28382	Título:	FATORES ASSOCIADOS A INTERRUPÇÃO DO ALEITAMENTO EXCLUSIVO NO PRIMEIRO MES DE VIDA DA CRIANÇA	
Área de conhecimento:	Enfermagem Pediátrica	Início:	01/01/2015	Previsão de conclusão: 31/12/2017
Situação:	Projeto em Andamento			
Origem:	Escola de Enfermagem Departamento de Enfermagem Materno-Infantil	Projeto da linha de pesquisa: Cuidado de enfermagem na saúde da mulher, criança, adolescente e família		
Local de Realização:	não informado			
Não apresenta relação com Patrimônio Genético ou Conhecimento Tradicional Associado.				
Objetivo:				
Trata-se de um estudo transversal que tem por objetivo geral determinar os fatores associados à interrupção do aleitamento materno exclusivo dentro do primeiro mês de vida da criança.				
Palavras Chave:				
ALEITAMENTO MATERNO DESMAME PRECOCE				
Equipe UFRGS:				
Nome: ANNELISE DE CARVALHO GONCALVES Coordenador - Início: 01/01/2015 Previsão de término: 31/12/2017				
Nome: BRUNA ALIBIO MORAES Técnico: Assistente de Pesquisa - Início: 01/01/2015 Previsão de término: 31/12/2017				
Nome: DÁCIO FRANCO WEILER PILOTI Técnico: Outra Função - Início: 01/01/2015 Término: 31/07/2015				
Nome: JÉSSICA PULINO PERALTA Técnico: Assistente de Pesquisa - Início: 01/01/2015 Término: 31/07/2015				
Nome: STEPHANIE MARSON Técnico: Outra Função - Início: 01/01/2015 Término: 31/07/2015				
Equipe Externa:				
Nome: Katia Maria Weiss Instituição: Hospital de Clínicas de Porto Alegre Outra Função de 01/01/2015 até 22/09/2015				

ANEXO B – Aprovação da Comissão Científica e o Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital de Clínicas de Porto Alegre



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

COMISSÃO CIENTÍFICA

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

Projeto: 140641

Data da Versão do Projeto: 23/11/2014

Pesquisadores:

ANNELISE DE GARVALIO GONCALVES

JESSICA PULINO PERALTA

DACIO FRANCO WEILER PILOTI

KATIA MARIA WEISS

STEPHANIE MARSON

Título: FATORES ASSOCIADOS À INTERRUPÇÃO DO ALEITAMENTO MATERNO EXCLUSIVO NO PRIMEIRO MÊS DE VIDA DA CRIANÇA

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)

Porto Alegre, 10 de dezembro de 2014.

Prof. José Roberto Goldim
Coordenador CEF/HCPA