



UNIVERSIDADE
ESTADUAL DE LONDRINA

DÉBORA FERNANDA VICENTINI BAUER

ALEITAMENTO MATERNO EXCLUSIVO:
UM ESTUDO DE COORTE DE NASCIMENTO NO NORTE DO
PARANÁ

DÉBORA FERNANDA VICENTINI BAUER

**ALEITAMENTO MATERNO EXCLUSIVO:
UM ESTUDO DE COORTE DE NASCIMENTOS NO NORTE
DO PARANÁ**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Estadual de Londrina (UEL), como requisito à obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Orientadora: Prof^a Dr^a Rosângela Aparecida Pimenta Ferrari.

Londrina
2017

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor, através do Programa de Geração Automática do Sistema de Bibliotecas da UEL

BAUER, Débora Fernanda Vicentini .

Aleitamento materno exclusivo : um estudo de coorte de nascimento no norte do Paraná / Débora Fernanda Vicentini BAUER. - Londrina, 2017.
75 f. : il.

Orientador: Rosângela Aparecida Pimenta Ferrari.

Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Universidade Estadual de Londrina, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, 2017.

Inclui bibliografia.

1. Aleitamento materno - Tese. 2. Lactação - Tese. 3. Assistência à saúde - Tese. 4. Desmame - Tese. I. Ferrari, Rosângela Aparecida Pimenta. II. Universidade Estadual de Londrina. Centro de Ciências da Saúde. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. III. Título.

DÉBORA FERNANDA VICENTINI BAUER

ALEITAMENTO MATERNO EXCLUSIVO:
UM ESTUDO DE COORTE DE NASCIMENTO NO NORTE DO
PARANÁ

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Estadual de Londrina (UEL), como requisito à obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

BANCA EXAMINADORA

Profa. Dra. Rosângela Aparecida Pimenta
Ferrari
Universidade Estadual de Londrina - UEL

Profa. Dra. Alexandrina Aparecida Maciel
Cardelli
Universidade Estadual de Londrina - UEL

Profa. Dra. Ieda Harumi Higarashi
Universidade Estadual de Maringá - UEM

Londrina, 1 de dezembro de 2017.

A Deus e a todas as mães e seus bebês por transmitirem a mim a pureza da vida e do amor.

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a **Deus** pelo amparo nos momentos difíceis e por me mostrar o caminho certo e as pessoas certas durante minha caminhada.

À minha família, minha mãe **Valdecila**, meu pai **Juveci** e minha irmã **Danusa**. Sou eternamente grata por tudo que sou, por tudo que consegui conquistar. Vocês são minhas raízes. Em especial à minha irmã, que sempre acreditou em mim, me deu todo suporte e estrutura para chegar até aqui.

Ao meu marido **Rafael Bauer** que, mesmo privado da minha companhia e atenção em muitos momentos, sempre me deu o profundo apoio e é minha fonte de amor, conforto, paciência, alegria e cumplicidade.

À orientadora **Prof^a. Dr^a. Rosângela A. Pimenta Ferrari**, pelo acolhimento, oportunidade, direcionamento e aprendizado neste trabalho. Por muitas vezes, deixar de lado seus momentos de descanso para me ajudar e me orientar.

À banca examinadora composta pelas professoras **Dr^a. Alexandrina Aparecida Maciel Cardelli**, **Dr^a Ieda Harumi Higarashi**, **Dr^a. Mauren Teresa Grubisich Mendes Tacla** e **Dr^a. Claudia Silveira Viera**, por aceitarem o convite de formação das bancas examinadoras e por contribuírem para enriquecimento deste trabalho.

Às docentes do Departamento de Enfermagem da Universidade Estadual de Londrina, **Adriana Zani**, **Edilaine Rossetto**, **Gilselena Kerbauy**, **Ligia Fahl**, **Márcia Benevenuto**, **Mara Garanhani**, **Maria do Carmo Haddad**, **Mauren Tacla** e **Sarah Hegeto** que me motivam e me inspiram a ser a enfermeira que eu devo ser.

À **Prof^a. Dr^a. Marcela Birolim** e **Enf^a Esp. Evelin Pinhatti**, pela dedicação e valiosa contribuição a este trabalho e ao meu aprendizado.

Aos meus amigos do mestrado, em especial a **Stela Faccioli**, **Aline Korki**, **Evelin Pinhatti**, **Maynara Barreto** e **Jhonny Melo** por compartilharem importantes conhecimentos comigo, estando ao meu lado, prontos para me ajudar sempre que necessário.

Às minhas queridas amigas **Ana Paula Ueda**, **Gabriela Curan**, **Larissa Grispan** e **Rafaela Powidaiko** com quem divido minhas tristezas, alegrias e conquistas.

À **Coordenação e Secretaria de Pós-Graduação em Enfermagem** por todo apoio e cuidado que têm pelos mestrandos.

Aos **alunos** que tive a oportunidade de ter, que me mostram o quanto a docência é bela e gratificante.

Às **mulheres, bebês e famílias** que gentilmente compartilharam suas experiências e contribuíram com este estudo.

A **todos que buscam e lutam pelo aleitamento materno** por meio de suas pesquisas, publicações, fotos e depoimentos que, ao compartilharem seus conhecimentos, enriquecem meu saber e transformam minha prática.

A todos estes, minha sincera gratidão.

*“Mantenho em calma e sossego a minha
alma tal como uma criança no seio materno”*

SI 130.2

BAUER, Débora Fernanda Vicentini. **Aleitamento materno exclusivo**: um estudo de coorte de nascimento no norte do Paraná. 2017. 76f. Dissertação (Pós-Graduação em Enfermagem) – Universidade Estadual de Londrina, Londrina, 2017.

RESUMO

Objetivo. Analisar os fatores associados e orientações profissionais relacionados ao tempo de aleitamento materno exclusivo durante a assistência gravídico-puerperal em uma coorte de nascimentos em Londrina, Paraná. **Método.** Trata-se de um estudo de coorte de nascimento realizado no município do norte do Paraná, com 300 puérperas e recém-nascidos. O estudo utilizou-se do banco de dados mais abrangente do projeto de pesquisa “Avaliação da atenção à saúde da mulher e criança: da gestação ao primeiro ano pós-parto em Londrina, Paraná”, cuja a coleta de dados ocorreu em quatro etapas, de julho de 2013 a fevereiro de 2015 de uma forma estruturada com perguntas abertas e fechadas sobre condições maternas e infantis. A primeira etapa ocorreu durante a internação das mulheres para o parto em uma maternidade-referência para o risco habitual e intermediário, a segunda no acompanhamento do retorno puerperal em ambulatório desta mesma maternidade. A terceira e quarta etapas ocorreram em visita domiciliar com 42 dias e um ano de pós-parto, respectivamente. Os dados foram processados no *Statistical Package for the Social Sciences*[®], versão 20.0, para a análise bivariada, Teste Qui-quadrado e o Modelo de Regressão de Poisson para análise de associações entre as variáveis, considerado nível de significância de 5% ($p=0,05$). **Resultados.** A prevalência de aleitamento materno exclusivo no sexto mês de vida foi de 22,3%, com duração média de 3,44 meses (DP=2,1). A oferta de água e chá ($p=0,001$) e alimentos ($p=0,001$) antes dos seis meses de vida esteve associada ao tempo de aleitamento materno exclusivo, sendo considerado o consumo de água e chá foi fator de risco para o desmame precoce. A orientação profissional sobre amamentação foi relatada em 52,3% no pré-natal, 65,7% na sala de parto, 83% no alojamento conjunto, 32% no retorno puerperal e 38,6% na consulta de puericultura. Houve efeito protetor contra o desmame precoce a orientação profissional realizada na consulta de puericultura. **Conclusão.** A prevalência do aleitamento materno exclusivo na amostra estudada está distante do recomendado e a orientação profissional nas diversas fases da assistência gravídico-puerperal foi insuficiente para garantir a amamentação exclusiva até os seis meses, o que sugere a necessidade de reconstruir práticas de saúde mais efetivas para toda fase da lactância.

Descritores: Aleitamento materno. Lactação. Assistência à saúde. Desmame. Saúde materno-infantil.

BAUER, Débora Fernanda Vicentini. **Exclusive breastfeeding**: determinants and professional orientation. 2017. 76p. Dissertation (Master's Degree Dissertation in Nursing) – Universidade Estadual de Londrina, Londrina, 2017.

ABSTRACT

Objective: To assess the determinant factors and the professional guidance about exclusive breastfeeding period during pregnant-puerperal care of a birth cohort in Londrina-Paraná. **Method:** This is a birth cohort study conducted in a municipality of North of Paraná, with 300 puerperal women and newborns. The study used the most comprehensive database of the research project "Evaluation of health care of women and children: from gestation to the first year postpartum in Londrina, Paraná", whose data collection took place in four stages, from July 2013 to February 2015 in a structured way with open and closed questions about maternal and child conditions. The first stage occurred during the admission of women to childbirth in a reference maternity for low and intermediate risk; the second one followed the puerperal return in the outpatient clinic of this maternity and in the third and fourth, a home visit was carried out with 42 days and one year postpartum. Data were processed in the Statistical Package for the Social Sciences®, version 20.0, for bivariate analysis, Chi-square test and Poisson Regression model, for analysis of associations between the variables, considered a significance level of 5% ($p = 0.05$). **Results:** Three hundred mother-child binomials were followed, and the prevalence of exclusive breastfeeding at the sixth month of life was 22.3%, with an average of 3,44 months (DP=2,1). Prior to the sixth month of life, the water and tea ($p=0,001$) and food ($p=0,001$) supply was associated to exclusive breastfeeding time, and was a risk factor for early weaning ($p=0,0001$). The professional guidance about breastfeeding was reported in 52.3% in pre-natal care, 65.7% in the delivery room, 83.0% in the hospital wards, 32% at puerperal's return and 38.6% in child care. There was protective effect against early weaning caused by the professional guidance performed in childcare. **Conclusion:** The prevalence of exclusive breastfeeding is largely missing out on the recommendations and the professional guidance in the various stages of pregnancy-puerperal care was insufficient to guarantee exclusive breastfeeding up to six months, suggesting the need to rebuild effective health practices for all stages of breastfeeding.

Keywords: Breastfeeding. Lactation. Health care Weaning. Maternal and child health.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 - Etapas e técnica de coleta de dados para seguimento das puérperas.....	26
Manuscrito 1	
Figura 1 – Frequência de aleitamento materno exclusivo até o sexto mês de idade	38
Manuscrito 2	
Figura 1 – Orientação profissional à amamentação no ciclo gravídico-puerperal (2015; n=300)	56

LISTA DE TABELAS

Manuscrito 1

- Tabela 1** Caracterização do aleitamento materno exclusivo e desmame antes do sexto mês de vida, 2017. n=300.....37
- Tabela 2 –** Caracterização segundo tempo de aleitamento materno exclusivo, no parto e Puerpério Imediato, 2017. n=30039
- Tabela 3 –** Caracterização segundo tempo de aleitamento materno exclusivo, no retorno ambulatorial e visitas domiciliares, 2017. n=30040
- Tabela 4 –** Razão de prevalência (RP) da amamentação exclusiva para crianças menores de 6 meses, 2017. n=30041

Manuscrito 2

- Tabela 1 –** Características sociodemográficas, econômicas e obstétricas das mães (2015; n=300) 55
- Tabela 2 –** Razão de prevalência (RP) da orientação profissional sobre amamentação e aleitamento materno exclusivo até os seis meses de vida da criança, 2017. n=30056

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AC	Alojamento Conjunto
AM	Aleitamento Materno
AME	Aleitamento Materno Exclusivo
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos
CNAM	Comitê Nacional de Aleitamento Materno
EAAB	Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil
ENPACS	Estratégia Nacional para a Alimentação Complementar Saudável
GAISC	Grupo de Atenção Integral à Saúde da Criança, Adolescente e Família
IHAC	Iniciativa Hospital Amigo da Criança
LM	Leite Materno
MMLB	Maternidade Municipal Lucilla Ballalai
MS	Ministério da Saúde
ODS	Objetivos de Desenvolvimento Sustentável
OPAS	Organização Pan-americana de Saúde
PAISM	Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher
PNAISC	Política Nacional de Assistência Integral à Saúde da Criança
PSF	Programa Saúde da Família
RAB	Rede Amamenta Brasil
rBLH	Rede Brasileira de Bancos de Leite Humano
RC	Rede Cegonha
RH	Risco Habitual
RI	Risco Intermediário
RMP	Rede Mãe Paranaense
RN	Recém-nascido
SESA	Secretaria de Estado da Saúde do Paraná
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UBS	Unidade Básica de Saúde
UEL	Universidade Estadual de Londrina
VD	Visita Domiciliar

SUMÁRIO

1	APRESENTAÇÃO	13
2	REVISÃO TEÓRICA	15
2.1	ALEITAMENTO MATERNO NO CONTEXTO HISTÓRICO NACIONAL	17
3	JUSTIFICATIVA	23
4	OBJETIVO	24
5	MÉTODO	25
	REFERÊNCIAS	28
6	RESULTADOS E DISCUSSÃO	32
6.1	MANUSCRITO 1: TEMPO DE ALEITAMENTO MATERNO EXCLUSIVO EM UMA COORTE DE NASCIMENTOS	33
6.2	MANUSCRITO 2: ORIENTAÇÃO PROFISSIONAL E ALEITAMENTO MATERNO EXCLUSIVO: UM ESTUDO DE COORTE	51
7	CONCLUSÕES	65
8	CONSIDERAÇÕES FINAIS	67
	APÊNDICES	68
	APÊNDICE A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	69
	APÊNDICE B - Instrumento coleta de dados - Roteiro para Entrevista	70
	ANEXOS	75
	ANEXO A - Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa	76
	ANEXO B - Autorização da Autarquia Municipal de Saúde.....	77

1 APRESENTAÇÃO

O interesse e as vivências na área pediátrica e educacional acompanharam-me desde a adolescência. Graduada pela Faculdade de Medicina de Marília (FAMEMA) em 2009, busquei a profissionalização na Residência de Enfermagem em Saúde da Criança da Universidade Estadual de Londrina (UEL), a qual deu continuidade ao modelo de assistência integral e reflexivo na qual fui formada. Adquiri capacitação e segurança para me inserir no mercado de trabalho.

Como enfermeira pediátrica, no final de 2010, fui admitida no Hospital do Câncer de Londrina, instituição na qual tive atuação na assistência e gestão dos cuidados à criança, adulto, paciente crítico, cuidados paliativos e no controle de infecção relacionada à assistência em saúde. Muito além do crescimento profissional, tive a oportunidade de experimentar com os pacientes oncológicos, minhas amadas crianças oncológicas e com a gestão de enfermagem, uma gigantesca evolução pessoal.

A cada mudança de unidade ou de função, busquei adaptação e aprendizado. Neste período, também ofertava em paralelo, apoio ao aleitamento materno junto às mães da minha rede social, conforme capacitação que obtive nos cenários do Banco de Leite Humano do Hospital Universitário de Londrina, Centro de Lactação do Hospital das Clínicas da UEL, Unidade de Terapia Intensiva Neonatal e consultas de puericulturas da rede de atenção primária durante a residência. Tais referências me inspiram até os dias de hoje.

Enxergando a minha satisfação na assistência à amamentação, fui motivada principalmente pelo meu marido para esta nova etapa. No final de 2015, reuni a satisfação à minha busca de conhecimento e qualificação profissional com a inscrição no processo seletivo do Mestrado da Universidade Estadual de Londrina de posse de um pré-projeto para compreender as dificuldades vivenciadas durante a amamentação. O mestrado se tornou um grande objetivo a ser alcançado e alcancei.

Minha orientadora ofereceu a oportunidade de manter o tema e investigar o contexto do aleitamento materno no projeto de pesquisa intitulado “Fatores de risco para morbi-mortalidade materna e infantil: da gestação ao primeiro ano pós-parto”. Toda a experiência do Mestrado, sobretudo a experiência de vivenciar as etapas de uma pesquisa científica quantitativa mostrou-se um desafio satisfatório.

Proporcionou-me a oportunidade de ampliar os meus conhecimentos técnico-científicos e de acreditar que participei ativamente de uma parte do diagnóstico municipal necessário para reflexão e mudança de realidade em busca da superação das dificuldades e maior prática do Aleitamento Materno Exclusivo.

Acredito ser o cuidado a minha essência; e a saúde da criança, em especial, a amamentação, o meu maior encantamento.

2 REVISÃO TEÓRICA

O aleitamento materno é incontestavelmente um fator de promoção e proteção da saúde materna-infantil, reconhecido pela Organização Mundial de Saúde (OMS) em consonância com o Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) e Ministério da Saúde (MS), que recomendam que a amamentação seja exclusiva nos primeiros 6 meses de vida e complementada até 2 anos de idade ou mais (BRASIL, 2015; ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2009).

Nas últimas décadas, um crescente número de estudos científicos demonstraram que a amamentação é considerada uma estratégia que promove diversos benefícios fisiológicos e nutricionais para a criança, auxilia no seu desenvolvimento neuropsicomotor, além de contribuir para a saúde da mãe. Tais benefícios iniciam-se imediatamente após o parto e persistem até a vida adulta (BRASIL, 2015).

A amamentação é a medida isolada mais importante para a redução da mortalidade infantil (BRASIL, 2011). Entende-se por Aleitamento Materno (AM), a condição na qual a criança recebe leite materno (LM) e quaisquer outros líquidos ou alimentos. O conceito de Aleitamento Materno Predominante (AMP) é utilizado para descrever uma situação em que a criança recebe, além do leite materno, outros líquidos ou alimentos como frutas e sucos. Já o Aleitamento Materno Exclusivo (AME) refere-se à situação em que a criança recebe somente o leite materno diretamente do seio ou extraído, respeitando-se a exceção da administração de medicamentos (BRASIL, 2015; ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2009).

O LM agrega, além dos benefícios calóricos e proteicos no combate à desnutrição e obesidade, a proteção imunitária necessária nesta fase de vida. Iniciado o AM logo após o parto, a presença de imunoglobulinas e grande quantidade de proteínas e vitamina A no colostro oferece a primeira imunização do neonato. Desta forma, a literatura relata diminuição do risco de morte por diarreias e doenças respiratórias em recém-nascidos (RNs) em AME, assim como aumento dos indicadores gerais de saúde (BEZERRA et al., 2012; ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE, 2014).

Uma revisão sistemática publicada em 2007 evidenciou que prematuros ou crianças de muito baixo peso ao nascer, que receberam fórmula infantil para

nutrição, tiveram aproximadamente 2,5 vezes maior risco de apresentarem enterocolite necrosante quando comparados a um grupo de crianças alimentadas com leite humano (QUIGLEY et al., 2007).

Em especial nesta última década, o LM tem sido indicado como o alimento mais adequado para os prematuros (ROSSETTO, 2011). A viabilidade e importância da prática do AM também são evidenciadas nesta população específica (SASSA et al., 2014).

Victora et al. (2016), nos resultados de uma metanálise, afirmaram que crianças amamentadas exclusivamente têm apenas 12% de risco de morte em comparação com aquelas que não são amamentadas, sendo que, quanto maior o tempo de amamentação, maior é o efeito protetor contra infecções. Além disso, evidenciou-se a redução do risco de diabetes e obesidade na vida adulta.

O desenvolvimento oral e facial infantil é positivamente estimulado pela amamentação, especificamente no que se refere à posição, pega, força de sucção e coordenação entre as funções de sucção, deglutição, respiração e mastigação, e até ao desenvolvimento da linguagem (CARVALHO, GOMES, 2016; SILVEIRA et al., 2013). Adicionalmente, Victora et al. (2016) associaram o AM como fator de proteção à má oclusão da maxila e mandíbula.

O impacto econômico é evidenciado quando os índices de AM estão abaixo do ideal, acarretando mortes e doenças que poderiam ser evitadas, despesa com fórmulas infantis, mamadeiras e bicos e até mesmo pelo menor desenvolvimento cognitivo das crianças. Pesquisa da Universidade Federal de Pelotas realizada com 3,5 mil crianças, mostrou que as amamentadas por maior período, possuíam maior escolaridade e tornaram-se adultos com renda 33% superior a daqueles que não receberam leite materno por mais de um mês (VICTORA et al., 2015).

A saúde da mulher também é beneficiada pelo aleitamento materno. A Organização Pan-americana de Saúde (OPAS) afirma que mulheres que não amamentam têm um risco 27% maior para desenvolver câncer de ovário e 4% maior para desenvolver câncer de mama, assim como é relatado um risco maior de doenças cardiovasculares, hipertensão e acidente vascular cerebral (OPAS, 2014). Estudos também comprovam que a ovulação nos primeiros seis meses após o parto está relacionada com o número de mamadas, demonstrando a amamentação

exclusiva como método anticoncepcional, o que contribui para o maior espaçamento entre gestações (BRASIL, 2015; VICTORA et al., 2016).

O ato de amamentar, em quantidade e qualidade adequadas ao lactente, promove também o desenvolvimento emocional, com a relação mãe-filho. A interação do binômio propicia o desenvolvimento de laços afetivos de segurança e acolhimento, vínculo com aprendizado mútuo e contribui para o desenvolvimento da personalidade, construção da inteligência e, até mesmo para o maior aproveitamento educacional (BEZERRA et al., 2012; BRASIL, 2015).

A criança aprende a se relacionar com o mundo por intermédio de sua mãe, ao mesmo tempo em que a mãe aprende o papel da maternidade por meio do comportamento do seu filho.

Tanto nos países desenvolvidos, como nos subdesenvolvidos, a proteção, promoção e o apoio à amamentação contribuem para redução da morbimortalidade (VICTORA et al., 2016). Essas estratégias caminham em consonância ao alcance das metas dos Objetivos do Desenvolvimento Sustentável (ODS), para promoção social, redução da pobreza e proteção ao meio ambiente a serem alcançadas até 2030 (OPAS, 2016).

Considerando as inúmeras interfaces do aleitamento materno, é necessária uma prática transformadora no exercício da assistência em saúde, um dos desafios do Sistema Único de Saúde (SUS) no país.

2.1 ALEITAMENTO MATERNO NO CONTEXTO HISTÓRICO NACIONAL

Como parte de uma história mundial preocupada com a mortalidade infantil, em 1990, foi realizado um encontro chamado “Aleitamento Materno na Década de 90: Uma Iniciativa Global”, organizada pela OMS e UNICEF, que resultou em um conjunto de metas chamado “Declaração de Innocenti”, adotado por defensores da amamentação, organizações governamentais e não governamentais, de vários países, entre eles o Brasil. Os principais objetivos eram: estabelecer um comitê nacional de amamentação; implementar os "Dez passos para o sucesso da amamentação" em todas as maternidades; implementar o Código Internacional de Comercialização dos Substitutos do Leite e adotar legislação de proteção à mulher

que amamenta no trabalho (REDE BRASILEIRA DE BANCOS DE LEITE HUMANO, 2017).

Para seguir os compromissos assumidos, foi fundada a Aliança Mundial de Ação pró-Amamentação (WABA), em 1991, que criou no ano de 1992 a Semana Mundial de Aleitamento Materno (SMAM). Esta é celebrada oficialmente de 1 a 7 de agosto, em 120 países, por meio da definição, a cada ano, de um tema a ser trabalhado para promoção da amamentação, em 14 idiomas. A SMAM 2017 teve como tema “Proteger a amamentação: construindo alianças sem conflitos de interesse!” (MÜLLER, 2017).

Entre as ações implementadas nas últimas décadas, o Comitê Nacional de Aleitamento Materno (CNAM) foi instituído em 2006 e redefinido em 2012, com o objetivo de assessorar a Área Técnica de Saúde da Criança e Aleitamento Materno, do Departamento de Ações Programáticas Estratégicas, da Secretaria de Atenção à Saúde (DAPES/SAS/MS), em assuntos relativos ao aleitamento materno (BRASIL, 2012). Já, no sentido de aumentar os índices de aleitamento materno no país, desde 2007, foi instituída e implementada ao longo do tempo, a Estratégia Nacional para Promoção do Aleitamento Materno e Alimentação Complementar Saudável no Sistema Único de Saúde (SUS) – Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil (EAAB), fusão da Rede Amamenta Brasil (RAB) e da Estratégia Nacional para Alimentação Complementar Saudável (ENPACS). A EAAB tem a finalidade de promover a reflexão acerca da prática da atenção à saúde de crianças de 0 a 2 anos (BRASIL, 2011).

Destaca-se um grupo de onze profissionais de Londrina, que elaborou a Rede Amamenta Brasil a partir da experiência do município e colaborou para a junção da RAB e da ENPACS no país (VENANCIO et al., 2013).

Assim, é possível verificar que muitas ações vêm sendo desenvolvidas para garantir aos lactentes e crianças, o direito à amamentação, como a normatização do alojamento conjunto, a interrupção e o controle da distribuição de “substitutos” de leite materno nos serviços de saúde. Esta última ação culminou com a aprovação da Norma Brasileira de Comercialização de Alimentos (NBCAL), um conjunto de leis que normatizam a comercialização de fórmulas infantis para lactentes e crianças de primeira infância, bicos, mamadeiras, chupetas e protetores de mamilo (BRASIL, 2011).

Neste contexto histórico, em 1992, o Brasil foi um dos 12 países escolhidos para dar início à Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC), que busca a mobilização da equipe de saúde para mudança de condutas e rotinas, com o objetivo de combater o desmame precoce, por meio dos Dez Passos para o Sucesso do Aleitamento Materno apresentados a seguir:

- 1 – Ter uma norma escrita sobre aleitamento materno, que deve ser rotineiramente transmitida a toda a equipe do serviço.
- 2 – Treinar toda a equipe, capacitando-a para implementar essa norma.
- 3 – Informar todas as gestantes atendidas sobre as vantagens e o manejo da amamentação.
- 4 – Ajudar a mãe a iniciar a amamentação na primeira meia hora após o parto.
- 5 – Mostrar às mães como amamentar e como manter a lactação, mesmo se vierem a ser separadas de seus filhos.
- 6 – Não dar a qualquer recém-nascido outro alimento ou bebida além do leite materno, a não ser que tenha indicação clínica.
- 7 – Praticar o alojamento conjunto – permitir que mãe e RN permaneçam juntos 24 horas por dia.
- 8 – Encorajar a amamentação sob livre demanda.
- 9 – Não dar bicos artificiais ou chupetas a crianças amamentadas.
- 10 – Encorajar o estabelecimento de grupos de apoio à amamentação, para os quais as mães devem ser encaminhadas por ocasião da alta hospitalar (BRASIL, 2010a).

Atualmente, são mais de 320 hospitais credenciados no país (UNICEF, 2016).

A Rede Brasileira de Bancos de Leite Humano (rBLH) é uma política pública de saúde responsável por aumentar a oferta do LM para os RN internados e com necessidade de ingestão de leite humano pasteurizado. Os Bancos de Leite Humano são responsáveis por ações de promoção, proteção e apoio ao AM, além do processamento do leite humano coletado (ANVISA, 2008). Essa rede constitui-se, no cenário mundial, na rede com maior número de unidades e, conseqüentemente,

na que processa a maior quantidade de leite por ano (REDE BRASILEIRA DE BANCOS DE LEITE HUMANO, 2016).

Os direitos da mulher trabalhadora durante o período da gravidez, no pós- parto e durante a amamentação, foram instituídos no país em leis federais desde a Constituição Federal, Consolidação das Leis do Trabalho e regime jurídico dos servidores. Em suma, as mães que trabalham, têm direito à licença maternidade de 120 dias à 180 dias, no caso das servidoras públicas federais, ou de estados, municípios e empresas privadas que aderirem. Além de amamentarem nos primeiros seis meses, têm direito por lei, a duas pausas, de meia hora cada uma, para amamentar, ou sair 1 hora mais cedo do trabalho. Os pais, por sua vez, têm direito à licença paternidade de cinco dias a partir do nascimento do bebê (BRASIL, 2010b; SANTIAGO; RICARDINO; VIEIRA, 2012).

A legislação brasileira também orienta a instalação de salas de apoio à amamentação em empresas públicas ou privadas, com fiscalização das vigilâncias sanitárias locais, para viabilizar a manutenção do aleitamento materno após a licença maternidade, possibilitando a ordenha e estocagem de leite materno durante a jornada de trabalho de forma segura (BRASIL, 2010b).

Esta estratégia não beneficia apenas o binômio mãe-bebê, como também favorece as empresas, pela possibilidade de reduzir o absenteísmo devido a doenças dos filhos, levando conseqüentemente, à maior adesão das colaboradoras e a uma percepção mais positiva da imagem da empresa perante os funcionários e a sociedade.

Considerando a integralidade e os princípios da humanização da assistência em todo ciclo gravídico- puerperal, bem como o direito ao nascimento seguro, ao crescimento e ao desenvolvimento saudáveis, o governo federal instituiu a Rede Cegonha (RC) em 2011, e a Secretaria de Estado da Saúde do Paraná (SESA) implantou a Rede Mãe Paranaense (RMP), em 2012, como rede de assistência materno-infantil (HUÇULAK; PETERLINI; DALCUCHE, 2014).

A RMP, por meio da captação precoce da gestante, estabelece o acompanhamento no pré-natal com o mínimo de sete consultas, sendo seis no pré-natal e uma no puerpério, o que a difere da RC, que estabelece sete consultas no pré-natal, bem como a realização de 17 exames. A RMP também complementou a estratificação de risco das gestantes e crianças, criando o Risco Intermediário (RI),

estipulou a vinculação e garantia de acesso ao atendimento ambulatorial especializado para gestantes e crianças de RI e alto risco (AR) e a garantia da vinculação hospitalar, em conformidade à estratificação de risco gestacional (PARANÁ, 2014). O RI abrange características individuais da gestante (raça, etnia e idade), sociodemográficas (escolaridade) e de história reprodutiva anterior. As gestantes isentas desses riscos e de outras patologias são consideradas de Risco Habitual (RH). Já o AR, abrange gestantes que apresentam fatores de risco como: condições clínicas preexistentes (hipertensão arterial, cardiopatia, dependência de drogas, obesidade mórbida, entre outras) e intercorrências clínicas (placenta prévia, sangramento de origem uterina, trabalho de parto prematuro, entre outras) (PARANÁ, 2014).

Tendo em vista todas as alterações vivenciadas pela mulher durante a gestação, torna-se essencial um acompanhamento de qualidade, para garantir os cuidados do binômio mãe-filho e assegurar a continuidade da assistência após alta hospitalar, contribuindo para a menor incidência de complicações maternas e fetais (VIEIRA et al., 2011; OLIVEIRA; QUIRINO; RODRIGUES, 2012).

Evidências científicas e empíricas, aliadas à diversas estratégias já elaboradas com foco no AM reforçam tal fenômeno como um processo não apenas biológico, mas também social e cultural, assim como a necessidade de se estabelecer uma prática que reconheça a realidade local para promover mudança, objetivando assim aumentar os índices de AM no País, no Estado do Paraná e no município.

Neste contexto, pesquisas nacionais relataram aumento dos indicadores da amamentação, como da duração média de AME e AM, sobretudo nas capitais brasileiras e Distrito Federal. Contudo, devido à heterogeneidade na prática da amamentação, os valores variam muito e estão distantes das metas propostas pela OMS (BRASIL, 2015).

Nas Américas, o percentual de crianças com menos de 6 meses em AME varia de 7,7% a 60,4% e, a duração mediana do AM, de 6,3 a 21,7 meses. No Brasil, estes valores são de, respectivamente, 41% e 11,2 meses (BEZERRA et al., 2012; OPAS, 2014). Em Londrina, no Paraná, relata-se que 72,5% das crianças foram amamentadas na primeira hora de vida e 33,8% das crianças de 0 a 6 meses receberam AME (SOUZA, 2010).

O desmame precoce pode estar associado à idade e escolaridade materna, número de gestações, idade gestacional e licença maternidade. A prática da amamentação é influenciada por crenças culturais, obstáculos sociais como amamentar em público, orientação e apoio limitado na rotina dos hospitais e serviços de saúde, comercialização de fórmulas infantis inadequada por parte de fabricantes e distribuidores, falta de proteção à maternidade (com licença-maternidade e benefícios) e de programas de incentivo ao aleitamento materno no local de trabalho (BEZERRA et al., 2012; SOUZA, 2010; OPAS, 2014).

O tempo de AM também é influenciado por dificuldades maternas como fissura mamária, ingurgitamento, dificuldade na pega e ordenha, uso precoce de fórmulas infantis, que interferem não só na produção e manutenção láctea, como também, nos sentimentos que envolvem a disponibilidade e desejo de amamentar (BRASIL, 2009; GORGULHO; PACHECO, 2008).

O apoio prestado antes do parto e nas primeiras horas de vida do RN aumentam a probabilidade da prática e duração do AME e AM. Desta forma, destaca-se o papel do enfermeiro na promoção ao aleitamento materno e apoio à mulher durante todo o ciclo gravídico-puerperal (BRASIL, 2009; SOUZA, 2010).

O aleitamento materno, porém, constitui-se em um processo complexo marcado por ideologias e valores culturais, apesar da determinação biológica, a qual é intensificada na contemporaneidade (ALMEIDA, NOVAK, 2004).

3 JUSTIFICATIVA

Neste contexto, reconhecendo a relevância do aleitamento materno para a população materno-infantil, assim como os fatores associados e o potencial impacto das atividades de apoio assistencial da enfermagem, despertou-se o interesse em realizar este estudo, como um compromisso com a qualidade de saúde que requer o desenvolvimento de modelos inovadores de cuidados.

Espera-se que o desenvolvimento desta pesquisa e as conclusões obtidas a partir dos resultados, possam servir de subsídios para a equipe multidisciplinar de saúde e gestores dos serviços de saúde, para a atuação profissional voltada às diferentes fases do ciclo gravídico-puerperal, e melhoria dos indicadores referentes ao tempo de aleitamento materno exclusivo neste município.

4 OBJETIVO

O objetivo geral deste estudo foi analisar os fatores determinantes e orientações profissionais ao longo do período de AME, por ocasião da assistência gravídico-puerperal de uma coorte de nascimentos em Londrina-Paraná.

5 MÉTODO

A presente pesquisa constitui-se em um recorte a partir de um banco de dados de uma coorte prospectiva intitulada “Fatores de risco para morbimortalidade materna e infantil: da gestação ao primeiro ano pós-parto”. Foi aprovada pelo Comitê de Ética Envolvendo Seres Humanos da Universidade Estadual de Londrina-CEP/UEL, sob o número: 120.13/UEL, em 16 de julho de 2013, CAAE 19352513.9.0000.5231 (Anexo A) e autorizada pela Autarquia Municipal de Saúde de Londrina (Anexo B). Realizou-se o seguimento da assistência às mulheres do pré-natal até o primeiro ano pós-parto, em quatro etapas.

O local de estudo foi o município de Londrina, Paraná, sede da 17ª Regional de Saúde que possui 553.393 habitantes (IBGE, 2017). No ano de 2014, ocorreram 411.370 nascimentos no Paraná e 8.499 no município de Londrina (BRASIL, 2014a, 2014b).

A população foi composta por mulheres atendidas em uma maternidade pública, pertencente à Autarquia Municipal de Saúde, que atende exclusivamente pelo SUS. Esta é referência para gestação e parto de risco habitual e risco intermediário, ou seja, acima de 37 semanas, sem doenças associadas.

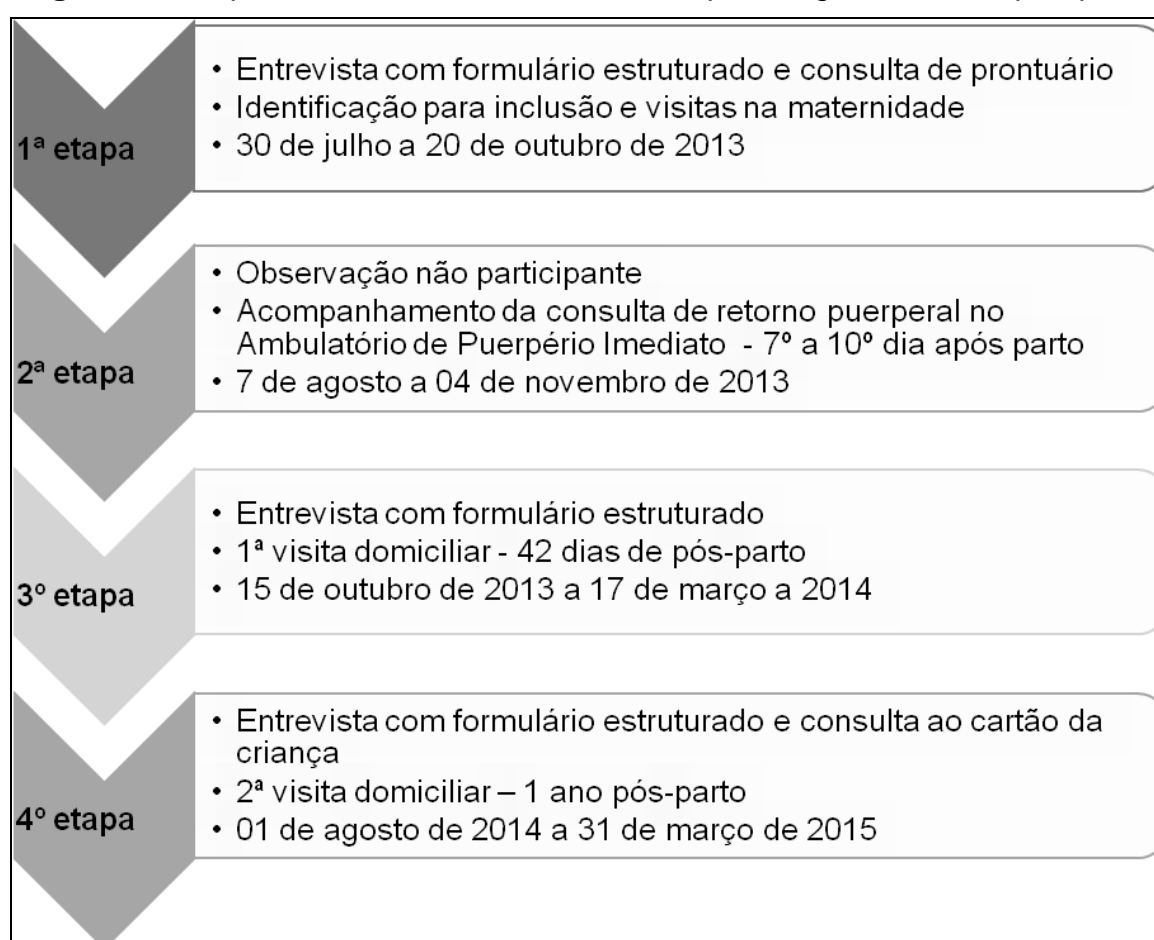
Em média, a maternidade em estudo, atende 80% dos partos realizados pelo SUS na cidade, sendo responsável por cerca de 300 partos mensais. Sua estrutura é de pequeno porte, contando com oito leitos no pré-parto, três salas de parto normal e duas para cesarianas, além de uma unidade de atendimento intermediário ao RN. Na atenção ao puerpério, são ofertados 34 leitos no modelo de Alojamento Conjunto (AC) e o ambulatório de puerpério imediato, onde as mulheres retornam para a revisão puerperal precoce dentro de um período de 10 dias. O serviço de ambulatório atende apenas as mulheres que realizaram o parto na própria maternidade. Ressalta-se que a referida instituição recebeu o título de Hospital Amigo da Criança no ano 2000 e o mantém até a presente data.

A amostra estudada seria constituída por 358 mulheres de acordo com cálculo amostral considerando uma margem de erro de 5%, um nível de confiança de 95% e uma população de 3.415 partos ocorridos na MMLB, em 2012. Posteriormente, foi realizado o recorte desta pesquisa segundo objeto de estudo, totalizando 300 mulheres.

O critério de inclusão no estudo foi residir na zona urbana do município, ter diagnóstico obstétrico de risco habitual ou risco intermediário, aceitar participar das etapas da pesquisa e assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice A).

Os dados foram coletados mediante formulário estruturado (Apêndice B) previamente testado. A coleta dos dados ocorreu em quatro etapas descritas a seguir, na figura 1.

Figura 1 – Etapas e técnica de coleta de dados para seguimento das puérperas.



Fonte: Própria autora.

Para a presente dissertação de mestrado, realizou-se um recorte utilizando-se os dados coletados sobre Aleitamento Materno de todas as etapas, com categorização sistemática de acordo com as perguntas de pesquisa:

- Qual o tempo de aleitamento materno exclusivo?
- Quais fatores associados / determinantes que interferem no tempo de aleitamento materno exclusivo?

- Há orientação profissional sobre amamentação na assistência materno-infantil nos serviços de saúde?

Os dados coletados foram tabulados e processados com o auxílio do programa *Statistical Package for the Social Sciences*[®], versão 20.0, para a análise bivariada, Teste Qui-quadrado e o Modelo de Regressão de Poisson para análise de associações entre as variáveis, conforme recomendado pelo modelo estatístico. Foi considerado como nível de significância, resultados com valor de 5% ($p=0,05$).

Foi aplicado o Odds Ratio (OD) no início das análises e não foi observado ajuste com o modelo, pelo fato da variável dependente ser categórica (de 0 a 6 meses), mesmo quando transformada em dicotômica (desmame antes de 6 meses - sim ou não), nenhum tipo de predição pôde ser observado. Contudo utilizado a fórmula de predição de Razão de Prevalência (RP) para medir a associação das variáveis.

Com relação à interpretação dos dados estatísticos, a RP é interpretada como porcentagem, uma RP de 1,00 não apresenta relação entre as variáveis, e como exemplo, uma RP de 1,25 significa que a variável independente interage com a dependente aumentando a expectativa de contagem em 25%, logo, valores acima de 1 são considerados fatores de risco.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, J. A.; NOVAK, F. R. Breastfeeding: a nature-culture hybrid. **Jornal de Pediatria**, Rio de Janeiro, v. 80, suppl 5, p. S119-25, 2004.

ANVISA. **Banco de leite humano**: funcionamento, prevenção e controle de riscos. Brasília, ANVISA, 2008. Disponível em: <<http://www.redeblh.fiocruz.br/media/blhanv2008.pdf>>. Acesso em: 5 jul. 2017.

BEZERRA, V. L. V. A. et al. Aleitamento materno exclusivo e fatores associados a sua interrupção precoce: estudo comparativo entre 1999 e 2008. **Revista Paulista de Pediatria**, São Paulo, v. 30, n. 2, p. 173-79, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. DATASUS. **Nascidos vivos – Paraná**. Brasília, 2014a. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?sinasc/cnv/nvPR.def>>. Acesso em: 1 jul. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. DATASUS. **Nascidos vivos – Brasil**. Brasília, 2014b. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?sinasc/cnv/nvuf.def>>. Acesso em: 1 jul. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Iniciativa hospital amigo da criança**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 111, de 19 de janeiro de 2012**. Redefine o Comitê Nacional de Aleitamento Materno (CNAM). Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0111_19_01_2012.html>. Acesso em: 5 jul. 2017.

BRASIL. 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). Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Cartilha para a mãe trabalhadora que amamenta**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde da criança**: nutrição infantil: aleitamento materno e alimentação complementar. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

BRASIL. 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. Brasília: Ministério da Saúde, 2015.

BRASIL. **Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012**. Aprova diretrizes e normas regulamentares de pesquisa envolvendo seres humanos. Disponível em: <http://www.sap.sp.gov.br/download_files/pdf_files/comite_de_etica_em_pesquisa_S>

AP/resolucao-466_12-12.pdf>. Acesso em: 5 jul. 2016.

CARVALHO, M. R.; GOMES, C. F. **Amamentação**: bases científicas. 4. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2016.

GORGULHO, F. R.; PACHECO, S. T. A. Amamentação de prematuros em uma unidade neonatal: a vivência materna. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 1, p. 19-24, mar. 2008.

HUÇULAK, M.; PETERLINI, O. L.; DALCUCHE, M. G. **Linha guia**: rede mãe paranaense. Curitiba: Secretaria de Saúde, 2014. Disponível em: <http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/MaeParanaense_2014_LinhaGuia_Ed03_148x210mm__1.pdf>. Acesso em: 30 maio 2017.

IBGE. **Cidades**: Londrina: população. Disponível em: <<https://cidades.ibge.gov.br/v4/brasil/pr/londrina/panorama>>. Acesso em: 5 ago. 2017.

MÜLLER, F. S. Proteger a amamentação: construindo alianças sem conflitos de interesse. In: SEMANA MUNDIAL DE ALEITAMENTO - SEMINÁRIO PREPARATÓRIO, 2017, São Paulo. **Anais...** São Paulo, 2017. Disponível em: <<http://www.ibfan.org.br/site/eventos/seminario-preparatorio-smam-2017-download.html>>. Acesso em: 6 jul. 2017.

VENANCIO, S. I. et al. Análise de implantação da Rede Amamenta Brasil: desafios e perspectivas da promoção do aleitamento materno na atenção básica. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 11, p. 2261-2274, nov. 2013.

OLIVEIRA, J. F. B.; QUIRINO, G. S.; RODRIGUES, D. P. Percepção das puérperas quanto aos cuidados prestados pela equipe de saúde no puerpério. **Revista Rene**, Fortaleza, v. 13, n. 1, p. 74-84. 2012.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE - OMS. Fundo das Nações Unidas para a Infância, Ministério da Saúde. **Iniciativa hospital amigo da criança**: edição revisada, atualizada e ampliada para o cuidado integrado. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. (Módulo 4, Normas e Manuais Técnicos).

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE - OPAS. **Condições de saúde e suas tendências**: prevenção de riscos: lactação materna. Amamentação: uma questão contemporânea em um mundo globalizado. 2014. Disponível em: <<http://www.paho.org/bra/images/stories/Documentos2/brief%20report%202014%20portugues.pdf>>. Acesso em: 30 out. 2016.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE - OPAS. **Amamentação contribui para alcançar metas dos objetivos de desenvolvimento sustentável**. 2016. Disponível em: <http://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5195:amamentacao-contribui-para-alcancar-metas-dos-objetivos-de-desenvolvimento-sustentavel&Itemid=820>. Acesso em: 30 out. 2017.

PARANÁ. Secretaria da Saúde. Superintendência de Atenção à Saúde. **Linha guia**:

rede mãe paranaense, 2014. Disponível em: <http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/MaeParanaense_2014_LinhaGuia_Ed03_148x210mm__1.pdf>. Acesso em: 10 jul. 2016.

QUIGLEY, M. A. et. al. Formula milk versus donor breast milk for feeding preterm or low birth weight infants (review). **The Cochrane Database of Systematic Reviews**, Oxford, v. 17, n. 4, 2007. Disponível em: <<http://www.thecochranelibrary.com>>. Acesso em: 15 jul. 2016.

REDE BRASILEIRA DE BANCOS DE LEITE HUMANO. **Rede BLH**: bancos de leite humano no Brasil. 2016. Disponível em: <<http://www.redeblh.fiocruz.br/cgi/cgilua.exe/sys/start.htm?tpl=home>>. Acesso em: 30 jul. 2016.

REDE BRASILEIRA DE BANCOS DE LEITE HUMANO. **Semana mundial de aleitamento materno**. Disponível em: <<http://www.redeblh.fiocruz.br/cgi/cgilua.exe/sys/start.htm?sid=377>>. Acesso em: 5 jul. 2017.

ROSSETTO, E. G. **O uso da translactação para o aleitamento materno de bebês nascidos muito prematuros**: ensaio clínico randomizado. 2011. Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2011. Disponível em: <<http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/22/22133/tde-16052011-165859/en.php>>. Acesso em: 15 jul. 2016.

SANTIAGO, L. B.; RICARDINO, E.; VIEIRA, G. O. **Direitos da mulher trabalhadora**: na gravidez, no pós-parto e durante o aleitamento materno. 2012. Disponível em: <http://www.sbp.com.br/fileadmin/user_upload/2012/12/Direitos-da-Mulher-Trabalhadora-na-Gravidez-no-Ps-Parto-e-Durante-o-Aleitamento-Materno.pdf>. Acesso em: 6 jul. 2017.

SASSA, A. H. et al. Bebês pré-termo: aleitamento materno e evolução ponderal. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 67, n. 4, p. 594-600, jul./ago. 2014.

SILVEIRA, L. M. et al. Influence of breastfeeding on children's oral skills. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 47, n. 1, p. 37-43, 2013.

SOUZA, S. N. D. H. **O aleitamento materno na perspectiva da vulnerabilidade programática**. 2010. 301 f. Tese. (Doutorado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2010.

UNICEF. **Lista dos hospitais amigos da criança no Brasil**. 2016. Disponível em: <<http://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2016/junho/23/LISTA-DE-HOSPITAIS-HAC-2016.pdf>>. Acesso em: 17 set. 2017.

VICTORA, C. G. et al. Association between breastfeeding and intelligence, educational attainment, and income at 30 Years of age: a prospective birth cohort study from Brazil. **The Lancet**, London, v. 3, n. 4, p. e199–e205, 2015.

VICTORA, C. G. et al. Breastfeeding in the 21st century: epidemiology, mechanisms

and lifelong effect. **The Lancet**, London, v. 387, n. 10017, p. 475-490, 2016.
Disponível em: <<http://www.thelancet.com/series/breastfeeding>>. Acesso em: 30 mar. 2017

VIEIRA, F. et al. Diagnósticos de enfermagem relacionados à amamentação no puerpério imediato. **Revista Rene**, Fortaleza, n. 12, v. 3, p. 462-470, jul./set. 2011.

6 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os Resultados e Discussão desta pesquisa foram apresentados a partir da elaboração de dois manuscritos expostos a seguir. Os manuscritos têm como objetivo a submissão para publicação científica.

O primeiro denomina-se “Tempo de aleitamento materno exclusivo em uma coorte de nascimentos”.

O segundo denomina-se “Orientação profissional e aleitamento materno exclusivo: um estudo de coorte”.

6.1 MANUSCRITO 1

TEMPO DE ALEITAMENTO MATERNO EXCLUSIVO EM UMA COORTE DE NASCIMENTOS**RESUMO**

Objetivo: Analisar os fatores determinantes do tempo de aleitamento materno exclusivo em uma coorte de nascimentos. **Método:** Estudo de coorte prospectivo realizado no município de Londrina-Paraná, de julho de 2013 a fevereiro de 2015. Os dados foram processados e analisados no Statistical Package for the Social Sciences[®], considerando um nível de significância de 5% ($p=0,05$), análise bivariada, teste qui-quadrado e modelo de regressão de Poisson. **Resultados:** Foram acompanhados 300 binômios mãe-filho, a média do tempo de aleitamento materno exclusivo foi de 3,44 meses, e 22,3% foram amamentados até o sexto mês de vida. A oferta de água e chá e alimentos antes dos seis meses de vida esteve associado ao tempo de aleitamento materno exclusivo, sendo o consumo de água e chá o fator de risco para o desmame precoce. **Conclusão:** a prevalência do Aleitamento Materno Exclusivo está distante do recomendado e sugere a necessidade de novos estudos nacionais e locais, para subsidiar estratégias diferenciadas de promoção do aleitamento materno de acordo com os fatores associados.

DESCRITORES: Leite humano; Aleitamento materno; Lactação; Indicadores; Saúde materno-infantil.

ABSTRACT

Objective: To assess the determinant factors of the exclusive breastfeeding in a birth cohort. **Method:** A prospective cohort study conducted in Londrina-Paraná city, from July 2013 to February 2015. Data were processed and analyzed using the Statistical Package for the Social Sciences[®], a level of significance of 5% was considered acceptable ($p=0,05$), bivariate analysis, using the Chi-square test and Poisson regression model. **Results:** 300 mother-child binomials were followed, the mean time of exclusive breastfeeding was 3.44 months, and 22.3% were breastfed until the sixth month of life. Prior to the sixth month of life, the water, tea and food supply was associated to exclusive breastfeeding time, and was a risk factor for early weaning. **Conclusion:** The prevalence of exclusive breastfeeding is largely missing out on the recommendations and suggesting the need for further national and local studies, which promote the exclusive breastfeeding with differentiated strategies according to associated factors.

KEYWORDS: Human milk; Breastfeeding; Lactation; Maternal-infant health.

Introdução

O leite humano é a nutrição ideal para recém-nascido e crianças até 2 anos de idade (BRASIL, 2015). Crianças amamentadas exclusivamente têm apenas 12% de risco de morte em comparação com aquelas que não são amamentadas e, os autores recomendam, o aumento das taxas de aleitamento materno exclusivo (AME) como prioridade para a redução de mortes infantis (UNICEF, 2017; VICTORA et al., 2016).

O último levantamento do Ministério da Saúde, realizado com 34.366 crianças no Brasil, revela que o tempo médio de aleitamento materno (AM) no país aumentou de 296 dias, em 1999, para 342 dias, em 2008, sendo a prevalência do AME de 41%, com a duração mediana de 51,1 dias (1,8 meses) (BRASIL, 2009).

Paralelamente a este cenário, observou-se declínio da taxa de mortalidade infantil, atingindo a meta 4 dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio, que estabeleceu a redução de dois terços no país entre 1990 e 2015. Porém, estes números estão aquém do potencial do país, sendo a mortalidade neonatal seu principal componente e, adiar o início do aleitamento materno, aumenta o risco de morte de recém-nascidos em até 80% (LANSKY et al., 2014). Interessante notar que, quanto mais aumentam as taxas de aleitamento materno, menores os índices de mortalidade infantil (UNICEF, 2017).

Segundo Venancio, Saldiva e Monteiro (2013), embora os índices nacionais de amamentação tenham aumentado nas últimas décadas, o Brasil precisa vencer importantes desafios e alcançar a recomendação da Organização Mundial de Saúde, qual seja, a duração do AM acima de 20 meses e prevalência do AME entre os menores de seis meses, superior a 50%.

A prática da amamentação é influenciada por crenças culturais, obstáculos sociais como amamentar em público, orientação e apoio limitado na rotina dos hospitais e serviços de saúde, comercialização inadequada de fórmulas infantis por parte de fabricantes e distribuidores, falta de proteção à maternidade, como licença-maternidade e outros benefícios, e de programas de incentivo ao AM no local de trabalho (BRASIL, 2015; OPAS, 2014). Outros fatores frequentemente associados incluem o financiamento da atenção primária a saúde, local de residência, idade e escolaridade materna, uso de chupeta e idade da criança (BOCCOLINI;

CARVALHO; OLIVEIRA, 2015). Além disso, as lesões mamilares são apontadas como dificultadoras do AM por ocasionar dor e desconforto (CERVellini, 2014).

Neste contexto, Rodrigues et al. (2014) enfatizam a presença de uma rede social de apoio para o enfrentamento das eventuais dificuldades vivenciadas pela mãe, assim como para a continuidade da amamentação, principalmente após o retorno ao trabalho. Assim, o presente estudo objetivou analisar os fatores determinantes do tempo de aleitamento materno exclusivo em uma coorte de nascimentos.

Método

Trata-se de um estudo de coorte prospectivo, com abordagem quantitativa, que utilizou-se o banco de dados mais abrangente do projeto de pesquisa “Avaliação da atenção à saúde da mulher e criança: da gestação ao primeiro ano pós-parto em Londrina, Paraná”, realizado no período de julho de 2013 a fevereiro de 2015 em município localizado no norte do Estado do Paraná. O local de estudo foi uma maternidade pública, referência para gestação de risco habitual e intermediário, com atendimento exclusivamente pelo Sistema Único de Saúde (SUS).

Realizou-se cálculo amostral a partir dos 3.415 partos ocorridos em 2012, considerando uma margem de erro de 5% e nível de confiança de 95%, resultando em uma amostra de 358 mulheres e respectivos filhos. Os critérios de inclusão foram: permanecer com a guarda da criança, residir na zona urbana, ser gestante de risco habitual e intermediário, ser capaz de compreender e consentir sua participação. O recorte desta pesquisa totalizou 300 participantes que permitiram responder ao objetivo do estudo.

A coleta de dados ocorreu em quatro etapas, por meio de um formulário previamente testado e preenchido pelos pesquisadores. A primeira etapa foi conduzida na maternidade (coleta em prontuários, carteira da gestante e entrevista um dia após o parto). A segunda envolveu a observação no retorno ambulatorial (7 a 10 dias após parto), a terceira e quarta etapa consistiram na realização de visitas domiciliares com 42 dias e 1 ano após o parto.

A variável dependente selecionada foi ‘Até qual idade se manteve o AME’. Adotou-se a escala de medida de tempo em meses. Compuseram as variáveis

independentes deste estudo, as características sociodemográficas, econômicas e obstétricas maternas, além de características do período de AM representadas por 'desejo de amamentar', 'sucção na sala de parto na primeira hora de vida', 'aleitamento materno em livre demanda (AMLD) durante a internação', 'presença de trauma mamilar/fissuras durante a amamentação', 'criança fez uso de chupeta', 'dificuldades na amamentação', 'oferta de água ou chá antes dos 6 meses', 'oferta de alimentos antes dos 6 meses', 'profissional avaliou a mamada', 'experiência pessoal e significado da amamentação' e licença-maternidade.

Para análise estatística foi utilizado o *Software Statistical Package for Social Sciences* versão 20.0. Inicialmente foi realizada frequência absoluta e relativa para a análise descritiva dos dados. As variáveis independentes, que na análise bivariada, mostraram-se associadas ao desfecho com nível de significância associado menor ou igual a 20% ($p \leq 0,20$) no teste de Qui-quadrado, foram selecionadas para a análise múltipla. As razões de prevalência foram obtidas pelo modelo de regressão de Poisson. Os resultados foram apresentados pelas razões de prevalência e respectivos intervalos de confiança de 95%. O valor de probabilidade associada foi ajustado em $p < 0,05$.

O estudo foi autorizado pela Autarquia Municipal de Saúde e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da Universidade Estadual de Londrina (CEP/UEL), nº. 120.13/UEL e CAAE: 19352513.9.0000.5231.

Resultados

Na Tabela 1 (apresentada a seguir) observa-se a caracterização do AME de acordo com as variáveis estudadas. Ressalta-se que o desmame antes do sexto mês de vida foi encontrado em 233 (77,7%) puérperas, principalmente na faixa etária de 20 a 35 anos (70,0%), escolaridade acima de oito anos (76,8%), baixa renda (93,7%) e com companheiro (83,7%).

O desmame também ocorreu mais frequentemente entre as multíparas (57,1%), naquelas que realizaram mais de seis consultas no pré-natal (85,8%), na gestação a termo (97,0%) e parto vaginal (76,4%). O mesmo se fez presente entre puérperas que desejavam amamentar (93,1%) e nas quais o significado da amamentação era positivo (88,8%), de modo semelhante aos resultados das puérperas que mantiveram AME até o sexto mês de vida da criança.

Tabela 1 - Caracterização do aleitamento materno exclusivo e desmame antes do sexto mês de vida, 2017. n=300.

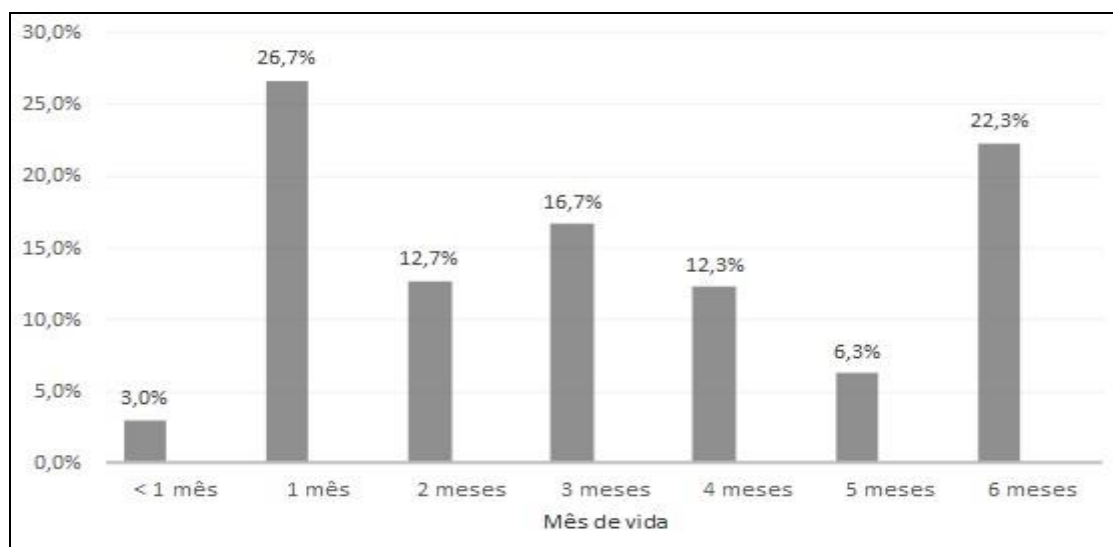
Variáveis	AME		Desmame		
	n	%	n	%	
	67	22,3	233	77,7	
Características socioeconômicas					
<i>Faixa etária materna (em anos)</i>	≤19	7	10,4	53	22,7
	20 a 35	53	79,1	163	70,0
	36 e mais	7	10,4	17	7,3
<i>Escolaridade (em anos)</i>	≤7	20	29,9	54	23,2
	≥8	47	70,1	179	76,8
<i>Classes econômicas*</i>	AB	16	23,9	38	16,3
	CD	51	76,1	195	93,7
<i>Situação conjugal</i>	Com companheiro	62	92,5	195	83,7
	Sem companheiro	5	7,5	38	16,3
Características gestacional e obstétrica					
<i>Nº de filhos</i>	Primípara	19	28,4	100	42,9
	Múltipara	48	71,6	133	57,1
<i>Gravidez atual foi planejada</i>		52	77,6	145	62,2
<i>Nº de consultas no pré-natal</i>	6 ou mais	58	86,6	200	85,8
	< 6	9	13,4	33	14,2
<i>Idade gestacional (em semanas)</i>	Pré-termo (< 37)	1	1,5	7	3,0
	A termo (>37)	66	98,5	226	97,0
<i>Tipo de parto</i>	Vaginal	48	71,6	178	76,4
	Cesárea	19	28,4	55	23,6
Aleitamento Materno					
<i>Desejava amamentar</i>		63	94,0	217	93,1
<i>Sucção na 1ª hora de vida</i>		47	70,1	169	72,5
<i>AMLD no alojamento conjunto</i>		64	95,5	223	95,7
<i>Dificuldades na amamentação</i>		38	56,7	128	54,9
<i>Teve trauma mamilar</i>		31	46,3	107	45,9
<i>Avaliação da mamada</i>		12	17,9	66	28,3
<i>Uso de chupeta</i>		23	34,3	125	53,6
<i>Ofertou água ou chá ≤ 6 meses</i>				225	96,6
<i>Ofertou alimentos ≤ 6 meses</i>				172	73,8
<i>Licença Maternidade</i>	Sim	22	32,8	77	33,0
	Não	5	7,5	17	7,3
	Não remunerada	40	59,7	139	59,7
<i>Significado do AM para mãe</i>	Positivo	58	86,6	207	88,8
	Negativo	9	13,4	26	11,2

*Classificação da Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa (ABEP). Valor Bruto de Renda Média Familiar - Classes AB: R\$: 12.926 - 2.565; Classes CD: R\$: 1.541-714. Ano 2012.

Fonte: Própria autora.

A média do tempo de AME foi de 3,44 meses (DP=2,1). Ao longo dos seis meses, esse tipo de oferta foi de 26,7%, no primeiro mês de vida, 16,7% no terceiro mês, 12,3% aos quatro meses e 22,3% com seis meses (Figura 1).

Figura 1 - Frequência de aleitamento materno exclusivo até o sexto mês de idade.



Fonte: Própria autora

A maior oferta de AME ocorreu no primeiro e sexto mês de idade, segundo frequência simples não cumulativa.

Na tabela 2 pode-se observar a caracterização segundo tempo de AME conforme a primeira etapa do estudo. A maioria das puérperas que mantiveram a oferta de AME eram adultas jovens com idade entre 20 e 35 anos (72%), escolaridade superior a oito anos (75,3%), classe econômica CD (82%), com companheiro (85,7%) e múltiparas (60,3%). A gravidez foi planejada em 65,7% das entrevistadas e 86% realizaram seis ou mais consultas de pré-natal. O tipo de parto predominante foi o vaginal (75,3%) e 97% dos bebês nasceram a termo.

Não foi encontrada diferença estatística significativa entre o tempo de AME no parto e Puerpério Imediato. Observa-se também no intervalo interquartil, a tendência de menor tempo de amamentação exclusiva para as puérperas com 36 anos ou mais $p= 0,114$ (1-4) e sem companheiro $p= 0,138$ (2-4), assim como o não AMLD no alojamento conjunto $p= 0,169$ (0,5-5).

Tabela 2 – Caracterização segundo tempo de aleitamento materno exclusivo, no parto e Puerpério Imediato, 2017. n=300.

Características	n	% (100)	Mediana	Intervalo interquartil	Valor p*
Faixa etária materna (em anos)					
≤19	60	20,0	3	1-6	0,114
20 a 35	216	72,0	3	1-5	
36 e mais	24	8,0	3	1-4	
Escolaridade (em anos)					
≤7	74	24,7	3	1-5	0,149
≥8	226	75,3	3	1-5	
Classes econômicas**					
AB	54	18,0	3	1-5	0,696
CD	246	82,0	3	1-6	
Situação conjugal					
Com companheiro	257	85,7	3	1-5	0,138
Sem companheiro	43	14,3	3	2-4	
Nº de filhos					
Primípara	119	39,7	3	1-5	0,182
Múltipara	181	60,3	3	1-5,5	
Gravidez atual foi planejada					
Sim	197	65,7	3	1-6	0,239
Não	103	34,3	3	1-4	
Nº de consultas no pré-natal					
6 ou mais	258	86,0	3	1-5	0,883
< 6	42	14,0	3	1-5	
Idade gestacional (em semanas)					
Pré-termo (< 37)	8	2,7	3	1-3	0,465
A termo (≥ 37)	292	97,3	3	1-5	
Tipo de parto					
Vaginal	226	75,3	3	1,5-6	0,950
Cesárea	74	24,7	3	1-5	
Sucção na 1ª hora após o parto					
Sim	216	72,0	4	1-6	0,755
Não	84	28,0	3	1-5	
AMLD no alojamento conjunto					
Sim	287	95,7	2	1-6	0,169
Não	13	4,3	3	0,5-5	

* Valor p do teste Qui-quadrado

**Classificação da Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa (ABEP). Valor Bruto de Renda Média Familiar - Classes AB: R\$: 12.926 - 2.565; Classes CD: R\$: 1.541-714. Ano 2012.

Fonte: Própria autora.

A sucção em seio materno na primeira hora após o parto ocorreu para 72% e AME em livre demanda no AC em 95,7%.

A caracterização do seguimento das puérperas e recém-nascidos na segunda, terceira e quarta etapa do estudo, segundo tempo de aleitamento materno exclusivo está apresentada na Tabela 2. No retorno ambulatorial e visitas domiciliares, mais da metade das mães relataram dificuldade na amamentação

(55,3%), principalmente ingurgitamento, fissuras, dor e pega incorreta, com início na primeira semana pós-parto (81,9%).

Tabela 3 – Caracterização segundo tempo de aleitamento materno exclusivo, no retorno ambulatorial e visitas domiciliares, 2017. n=300.

Características	n	%	Mediana	Intervalo interquartil	Valor p*
Desejo de amamentar					
Sim	280	93,3	3	1-5	0,925
Não	20	6,7	2	1-4	
Dificuldades na amamentação					
Sim	166	55,3	3	1-5	0,407
Não	134	44,7	3	1-5	
Trauma mamilar (fissuras)					
Sim	138	46,0	3	1-5	0,432
Não	162	54,0	3	1-5	
Profissional avaliou a mamada					
Sim	78	32,0	3	1-6	0,185
Não	166	68,0	3	1-4	
Criança Uso de chupeta					
Sim	138	47,8	3	1-5	0,524
Não	151	52,2	3	1-5	
Oferta de água ou chá ≤ 6 meses					
Sim	225	75,0	2	1-3	0,001*
Não	75	25,0	6	6-6	
Oferta de alimentos ≤ 6 meses					
Sim	172	57,3	2	1-3	0,001*
Não	128	42,7	2	3-6	
Significado da amamentação					
Positivo	265	88,3	2	1-5	0,450
Negativo	35	11,7	3	1-5	
Licença Maternidade (4/6 meses)					
Sim	99	33,0	3	2-5	0,359
Não	22	7,3	2	1-5	
Atividade não remunerada	179	59,7	3	1-5	

* Valor p do teste Qui-quadrado

Fonte: Própria autora

Quase a metade das mães desenvolveu trauma mamilar (46%) e cerca de dois terços do total (68%) não foram observadas durante uma mamada por um profissional de saúde. O uso da chupeta foi encontrado em 47,8% das crianças. A oferta de água ou chá (75%) e de alimentos (57,3%) ocorreu antes dos seis meses de vida da criança, e apresentaram-se estatisticamente significantes quando relacionadas ao tempo de AME ($p=0,001$). Ainda, o desejo de amamentar e

significado positivo da amamentação estavam presentes na maioria das mães, com percentuais de 93,3% e 88,3% respectivamente.

A tendência de menor tempo de amamentação exclusiva foi encontrada no intervalo interquartil das puérperas que não tiveram a mamada avaliada por algum profissional $p= 0,185$ (1-4).

Nas análises de modelo múltiplo (apresentadas na Tabela 3), a oferta de água ou chá antes dos seis meses de vida da criança (1,954) esteve associada a um fator de risco ao tempo de AME, enquanto as outras variáveis independentes não apresentaram associação.

Tabela 4 - Razão de prevalência (RP) da amamentação exclusiva para crianças menores de 6 meses, 2017. $n=300$.

Características	RP	IC 95%	p-valor
Situação conjugal			
Com companheiro	1,122	0,939 – 1,340	0,204
Sem companheiro	1		
AMLD durante internação			
Sim	1,221	0,919– 1,621	0,169
Não	1		
Uso de chupeta			
Sim	1,109	0,976 – 1,260	0,112
Não	1		
Oferta de água ou chá ≤ 6 meses			
Sim	1,954	1,641 – 2,328	0,0001*
Não	1		
Oferta de alimentos ≤ 6 meses			
Sim	1,130	0,950 – 1,343	0,167
Não			
Nº de filhos			
Primípara	1,040	0,912 – 1,185	0,560
Múltipara			
Ocupação			
Remunerada	1,017	0,895 – 1,156	0,796
Não remunerada			
Teve trauma mamilar (fissuras)			
Sim	0,971	0,856 – 1,101	0,643
Não			

*Resultado estatisticamente significante.

Fonte: Própria autora

Discussão

Com a realização deste estudo verificou-se que, embora não se tenha encontrado associação significativa entre a duração do AME e as características socioeconômicas, demográficas e obstétricas das mães, a literatura científica, nas últimas décadas é abundante no que se refere à qualidade da alimentação infantil nos primeiros seis meses de vida, como resultado da interação conjunta dos fatores sociodemográficos, econômicos, culturais, geográficos, culturais e psicológicos da mãe e bebê.

Em relação à idade materna, a Pesquisa de Prevalência de Aleitamento Materno nas Capitais Brasileiras e Distrito Federal, apontou que a maior prevalência de AME foi entre mulheres de 20 e 35 anos, apesar desta faixa etária ser predominante neste estudo, não houve associação com o tempo de AME. Resultados da auto eficácia na amamentação entre puérperas adultas e adolescentes também não apresentaram diferença estatisticamente significativa (GUIMARÃES et al., 2017). Já Queluz et al. (2012), afirmam em estudo realizado no município de Serrana, São Paulo, que mães adolescentes apresentam mais chance para o desmame precoce.

É expressivo o número de gravidezes planejadas e mães que compareceram a mais de seis consultas de pré-natal. Todavia, esta variável não se mostrou associada ao tempo de AME. O estudo de Carrascoza et al. (2011) corrobora com este resultado ao demonstrar que as características do pré-natal não apresentaram relação com a duração do AME. A classe econômica predominante das participantes, C e D, pode ser considerada baixa e não demonstrou associação com a duração da amamentação. Warkentin et al. (2013) afirmam que ser mãe com idade inferior a 20 anos e pertencer à classe socioeconômica baixa (23%) aumenta o risco de desmame precoce de forma independente. Estudos recentes revelam que nos países de baixa ou média renda, apenas 37% das crianças menores de seis meses são amamentadas exclusivamente, e que a duração do AM é menor em países de alta renda, com poucas exceções (VICTORA et al., 2016). Em estudo realizado na Arábia Saudita, também encontrou-se que a probabilidade de manter o AME é menor em mães empregadas e com alta renda (AMIN; HABLAS; AL QADER, 2011).

Vale ressaltar que o estudo de coorte de Pelotas, que acompanhou 3.493 crianças nascidas em 1982 até os 30 anos de idade, comprovou que, quanto maior o período de AM na infância, maiores os níveis de inteligência, conforme pontuação de QI, e maior a renda média na vida adulta (VICTORA et al., 2015).

Segundo Souza et al. (2012), 72,5% das crianças foram amamentadas na primeira hora em estudo realizado no município de Londrina no ano de 2008, o qual demonstra que o índice de sucção na primeira hora de vida se manteve na última década (72,5%). Ser Hospital Amigo da Criança é considerado importante no AME, porém encontra-se perda do fator protetor ao longo do tempo (FIGUEREDO; MATTAR; ABRÃO, 2013). O que corrobora com os achados de sucção na primeira hora de vida e aleitamento materno livre demanda (AMLD) desta pesquisa.

Apesar de não haver associação estatística com o tempo de AME, a maternidade do estudo possui a certificação de Hospital Amigo da Criança, com predomínio de parto vaginal. Em estudo europeu, apenas 2,2% das crianças foram amamentadas exclusivamente no hospital (ZAKARIJA-GRKOVIĆ et al., 2016). Ressalta-se que o parto cesariano reduz pela metade a prevalência da amamentação na primeira hora de vida do recém-nascido, e que esta prática é, sobretudo, influenciada por práticas inadequadas nas maternidades públicas e privadas, independentemente dos fatores individuais que possam interferir (BOCCOLINI et al., 2011).

Aproximadamente um terço das crianças deste estudo foi amamentada exclusivamente até um mês de vida. Pesquisa realizada no Irã, revela semelhança na amamentação exclusiva (33,1%) no primeiro mês pós-parto (MORTAZAKI et al., 2015). Apenas 22,3% receberam exclusivamente leite materno até seis meses. Outro estudo brasileiro que se aproxima da realidade encontrada, realizado no município de Serrana, estado de São Paulo, observou que a prevalência do AME aos seis meses foi de 29,8% e o tempo médio de AM foi de 60,6 dias (QUELUZ et al., 2012).

No Brasil, o último estudo nacional realizado em 2008 aponta que a prevalência do AME em menores de 6 meses era de 41%, com caráter heterogêneo nas diversas regiões. No Sudeste e Sul, ocorreu interrupção mais precoce do AM e a duração mediana do AME nacional era de 1,8 meses (BRASIL, 2009). A situação

da amostra do estudo retrata um recorte do norte do Paraná, que está aquém da realidade nacional, porém a duração média de AME revelou-se superior (3,4 meses).

Nos Estados Unidos, estudo realizado com crianças nascidas em 2014, encontrou a prevalência do AME de 24,9% (CDC, 2016). No Canadá, uma em cada quatro mulheres (26%) que tiveram filho no período do estudo, amamentou exclusivamente seus filhos durante 6 meses (LAUGEN; ISLAM; JANSSEN, 2016). Já na Arábia Saudita a taxa foi de 12,2% (AMIN; HABLAS; AL QADER, 2011) e na Croácia na Europa de apenas 7% (ZAKARIJA-GRKOVIĆ et al., 2016).

No município de Londrina, nos dados levantados no inquérito "Práticas Alimentares no Primeiro Ano Vida" do ano de 2002, indicaram a prevalência de aleitamento AME de 21%, com a mediana foi 11,9 dias para menores de seis meses, com o uso de chupeta, primiparidade e acompanhamento ambulatorial em serviço público levantados como fatores de risco para interrupção do AME (VANNUCHI et al., 2005). Já em 2008, em pesquisa semelhante realizada durante a campanha de vacinação antipoliomielite, 33,8% das crianças de zero a seis meses estavam em AME, e as mulheres que mais amamentaram tinham idade igual ou superior a 35 anos, escolaridade de terceiro grau, mais de um filho e estavam em licença-maternidade (SOUZA et al., 2012). Diante do exposto, na população deste estudo, é possível perceber o declínio da frequência de AME em comparação aos dados de 2008, mantendo-se semelhante aos dados encontrados em 2002; porém o perfil das mulheres que mais amamentaram exclusivamente foi semelhante ao estudo de Souza et.al (2012).

Entre os fatores avaliados, chama a atenção a incidência de dificuldades na amamentação e presença de trauma mamilar, em quase metade das mães entrevistadas, que apesar de não estar associada estatisticamente com a duração do AME, corrobora com a literatura na área. Figueredo, Mattar e Abrão (2013) afirmam que a dor causada principalmente pelo trauma mamilar esteve presente em 72,3% das mulheres, e que a intercorrência mamária na maternidade ou na consulta de retorno representou risco para o desmame precoce. Também associam o posicionamento e a pega inadequada ao menor tempo de amamentação, já que podem desencadear os traumas mamilares.

No presente estudo, o uso de chupeta esteve presente em quase metade das crianças, sem associação estatística com o tempo de AME. Na pesquisa

nacional, a região Sul apresentou o dobro da prevalência do uso de chupeta (53,7%), quando relacionada a 25,5% das crianças da região Norte (BRASIL, 2009). Vários estudos defende que o hábito é associado negativamente à amamentação continuada (CARRASCOZA et al., 2011; DEMITTO; BERCINI; ROSSI, 2013; SALUSTIANO, 2012; WARKENTIN, 2013; ZAKARIJA-GRKOVIĆ et al., 2016), assim como o uso de mamadeiras e chupetas (RIGOTTI; OLIVEIRA; BOCCOLINI, 2015). Já, em revisão sistemática atual da *Cochrane*, há evidência moderada de que o uso de chupeta em lactentes não reduz a duração da amamentação até quatro meses de idade, e diante dos danos potenciais das chupetas aos lactentes, defende-se a necessidade de mais estudos (JAAFAR et al., 2016). Sobre o tema, considerando a dinâmica e integralidade da saúde materna e infantil envolvida na amamentação, a alta frequência do uso de bicos artificiais deve ser desestimulada.

A oferta de água, chá e de alimentos antes dos seis meses, associou-se ao tempo de AME. Na pesquisa das capitais brasileiras, o consumo precoce de água, chá, mingau/papa esteve presente no primeiro trimestre de vida, sendo este último mais frequente na região nordeste (SALDIVA et al., 2011). Na mesma direção, Schincaglia et al. (2015) revelaram que a manutenção do AM foi influenciada pela introdução de líquidos e outros alimentos, variando conforme a idade, sendo o consumo de chá (32,6%) e água (19,1%) no primeiro mês de vida, e de comida de sal, no quarto mês de vida, além do leite artificial.

Estudos demonstram que um dos fatores que contribui para a interrupção do AME antes do sexto mês de vida do bebê é o retorno ao trabalho e dificuldade em conciliar funções (CARRASCOZA et al., 2011; RODRIGUES et al., 2014). Trabalhar fora de casa contribuí para o desmame precoce segundo pesquisas nacionais e internacionais (FIGUEREDO; MATTAR; ABRÃO, 2013; SALUSTIANO et al., 2012). Porém, este indicador não foi encontrado na população deste estudo, pois a maioria não exercia atividade remunerada. Vale ressaltar que a maioria das trabalhadoras ainda possui 120 dias de licença-maternidade e busca-se o período de 180 dias para todas as mulheres trabalhadoras brasileiras como direito da mulher e da criança que deve ser amamentada exclusivamente até este período.

Na análise múltipla, o fator de risco do tempo de AME identificado foi a oferta de água e chá antes dos seis meses (RP=1,95; IC95% 1,64;2,32). A pesquisa de Saldiva et al. (2011) constatou a introdução de água (13,6%) e chá (15,3%) no

primeiro mês de vida da criança, com percentuais que variam de acordo com diferentes regiões do país, sendo mais frequente o uso de chá nas capitais da região sul. Autores afirmam que o uso de água, chás, sucos e leite artificial são práticas que interferem no AME e é maior a partir de 30 dias de vida (FIGUEREDO; MATTAR; ABRÃO, 2013; SALDIVA et al., 2011). Realidade semelhante foi encontrada na pesquisa realizada no Irã, em que a introdução de líquidos à base de água esteve presente em 58% dos casos no primeiro mês pós-parto (MORTAZAKI et al., 2015).

Na pesquisa de Saldiva et al. (2011), encontrou-se que o uso de chá nesta região pode estar vinculado a hábitos já estabelecidos na cultura sulista do país, assim como a finalidades terapêuticas para alívio de gases e cólicas do bebê neste período. Os autores também afirmam que há um viés cultural na crença das mães de que é necessária a complementação de líquidos ao leite materno (SCHINCAGLIA et al., 2015).

Apesar dos dados encontrados, as mães estudadas desejavam amamentar e o significado da amamentação foi considerado positivo. Autores revelam que o contato do binômio mãe e filho e o início da amamentação logo após o nascimento desencadeiam uma experiência única com sentimentos e significados favoráveis (D'ARTIBALE; BERCINI, 2014). Nesse sentido, Monteiro, Nakano e Gomes (2011) também consideram que os significados atribuídos pelas mulheres em sua experiência do amamentar influenciam o curso da amamentação além do manejo técnico, e sugerem que é necessário maior entendimento sobre a decisão e percepção materna neste período, como contribuição na prevenção do desmame precoce e alimentação inadequada. Contudo, é possível verificar neste estudo a transposição das dificuldades de ordem biológica na prevalência do AME, como também um processo influenciado por valores e aspectos psicológicos e socioculturais.

Conclusão

Entre as variáveis analisadas, do pré-natal ao período pós-parto, o tempo médio de aleitamento materno foi de três meses; os fatores determinantes do tempo de AME no município de Londrina incluíram a oferta de água, chá e alimentos às

crianças acompanhadas do estudo antes dos seis meses de idade. Em especial, a oferta de água e chá foi identificada como fator de risco para o desmame precoce.

A frequência de iniciação ao AM logo após o parto demonstra que a maioria das mães quer amamentar e tenta fazê-lo, porém, grande parte não mantém a prática nos primeiros meses, conforme o recomendado.

Verifica-se a importância da continuidade de estudos de prevalência do AME em nível local, regional e nacional, para a real identificação e aprofundamento dos fatores que interferem na continuidade da amamentação nos primeiros seis meses de vida, de maneira a embasar estratégias diferenciadas para apoio e promoção do AM.

Referências

ABEP - Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa. **Dados com base no levantamento sócio econômico 2010 – IBOP**. 2012. Disponível em: <<http://www.abep.org/criterio-brasil>>. Acesso em: 2 ago. 2017.

AMIN, T.; HABLAS, H.; AL QADER, A. A. Determinants of Initiation and exclusivity of breastfeeding in Al Hassa, Saudi Arabia. **Breastfeeding Medicine**, New Rochelle, v. 6, n. 2, p. 59-68, 2011.

BOCCOLINI, C. S. et al. Fatores associados à amamentação na primeira hora de vida. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 45, n. 1, p. 69-78, 2011.

BOCCOLINI, C. S.; CARVALHO, M. L.; OLIVEIRA, M. I. C. Factors associated with exclusive breastfeeding in the first six months of life in Brazil: a systematic review. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 49, 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102015000100409>. Acesso em: 18 jun. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde (BR). Secretária de Atenção à Saúde. **II pesquisa de prevalência de aleitamento materno nas capitais brasileiras e Distrito Federal**. Brasília: MS, 2009.

BRASIL. 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. Brasília: Ministério da Saúde, 2015.

CARRASCOZA, K. C. et al. Aleitamento materno em crianças até os seis meses de vida: percepção das mães. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 3, p. 1045-1060, 2011.

CDC. **Breastfeeding report card progressing toward national breastfeeding goals**. United States, 2016. Disponível em:

<https://www.cdc.gov/breastfeeding/data/NIS_data/index.htm>. Acesso em: 19 ago. 2017.

CERVELLINI, M. P. et al. Lesões mamilares decorrentes da amamentação: um novo olhar novo para um problema conhecido. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 48, n. 2, p. 346-56, 2014.

D'ARTIBALE, F. F.; BERCINI, L. O. O contato e a amamentação precoces: significados e vivências. **Texto & Contexto em Enfermagem**, Florianópolis, v. 23, n. 1, p. 109-17, jan./mar. 2014.

DEMITTO, M. O.; BERCINI, L. O.; ROSSI, R. M. Uso de chupeta e aleitamento materno exclusivo. **Revista Escola Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 2, p. 271-276, abr./jun. 2013.

FIGUEREDO, S. F.; MATTAR, M. J. G.; ABRÃO, A. C. F. V. Hospital amigo da criança: prevalência de aleitamento materno exclusivo aos seis meses e fatores intervenientes. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 47, n. 6, dez. 2013.

GUIMARÃES, C. M. S. et al. Comparação da autoeficácia na amamentação entre puérperas adolescentes e adultas em uma maternidade de Ribeirão Preto, Brasil. **Texto & Contexto em Enfermagem**, Florianópolis, v. 26, n. 1, p. e4100015, 2017.

JAAFAR, S. H. et al. Effect of restricted pacifier use in breastfeeding term infants for increasing duration of breastfeeding. **Cochrane Database of Systematic Reviews**, v. 8, 2016. Disponível em: <<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD007202.pub4/epdf>>. Acesso em: 20 ago. 2017.

LANSKY, S. et al. Pesquisa nascer no Brasil: perfil da mortalidade neonatal e avaliação da assistência à gestante e ao recém-nascido. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 30, supl. 1, p. S192-S207, 2014.

LAUGEN, C. M.; ISLAM, N.; JANSSEN, P. A. Social support and exclusive breastfeeding among canadian women. **Paediatric and Perinatal Epidemiology**, Oxford, v. 30, n. 5, p. 430-438, 2016.

MONTEIRO, J. C. D.; NAKANO, A. M. S.; GOMES, F. A. O aleitamento materno enquanto uma prática construída: reflexões acerca da evolução histórica da amamentação e desmame precoce no Brasil. **Investigación y Educación en Enfermería**, Medellín, v. 29, n. 2, p. 315-321, 2011.

MORTAZAKI, et al. Breastfeeding practices during the first month postpartum and associated factors: impact on breastfeeding survival. **Iranian Red Crescent Medical Journal**, Iran, v. 17, n. 4, p. e27814, Apr. 2015.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE - OPAS. **Condições de saúde e suas tendências**: prevenção de riscos: lactação materna. Amamentação: uma questão contemporânea em um mundo globalizado. 2014. Disponível em:

<<http://www.paho.org/bra/images/stories/Documentos2/brief%20report%202014%20portugues.pdf>>. Acesso em: 30 out. 2016.

QUELUZ, M. C. et al. Prevalência e determinantes do aleitamento materno exclusivo no município de Serrana, São Paulo, Brasil. **Revista Escolar de Enfermagem USP**, São Paulo, v. 46, n. 3, p. 537-4, 2012.

RIGOTTI, R. R.; OLIVEIRA, M. I. C.; BOCCOLINI, C. S. Associação entre o uso de mamadeira e de chupeta e a ausência de amamentação no segundo semestre de vida. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 4, p. 1235-1244, abr. 2015.

RODRIGUES, B. C. et al. Aleitamento materno e desmame: um olhar sobre as vivências de mães enfermeiras. **Revista Rene**, Fortaleza, v. 15, n. 5, p. 832-41, set./out. 2014.

SALDIVA, S. R. D. M. et al. Influência regional no consumo precoce de alimentos diferentes do leite materno em menores de seis meses residentes nas capitais brasileiras e Distrito Federal. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 11, p. 2253-2262, nov. 2011.

SALUSTIANO, L. P. Q. et al. Fatores associados à duração do aleitamento materno em crianças menores de seis meses. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, Rio de Janeiro, v. 34, n. 1, p. 28-33, 2012.

SCHINCAGLIA, R. M. et al. Práticas alimentares e fatores associados à introdução precoce da alimentação complementar entre crianças menores de seis meses na região noroeste de Goiânia. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, v. 24, n. 3, p. 465-474, set. 2015. Disponível em: <http://scielo.iec.pa.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-49742015000300012&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 20 ago. 2017.

SOUZA, S. N. D. H. et al. Prevalência de aleitamento materno e fatores associados no município de Londrina-PR. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 25, n. 1, 2012.

UNICEF. **Aleitamento materno**. Disponível em: <https://www.unicef.org/brazil/pt/activities_10003.htm>. Acesso em: 20 jul. 2017.

VANNUCHI, M. T. O. et al. Perfil do aleitamento materno em menores de um ano no Município de Londrina, Paraná. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, Recife, v. 5, n. 2, p. 155-162, jun. 2005.

VENANCIO, S. I.; SALDIVA, S. R. D. M.; MONTEIRO, C. A. Tendência secular da amamentação no Brasil. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 47, n. 6, p. 1205-1208, 2013.

VICTORA, C. G. et al. Association between breastfeeding and intelligence, educational attainment, and income at 30 years of age: a prospective birth cohort study from Brazil. **The Lancet**, London, v. 3, p. 199-205, 2015.

VICTORA, C. G. et al. Breastfeeding in the 21st century: epidemiology, mechanisms, and lifelong effect. **The Lancet**, London, v. 387, n. 10017, p. 475-490, 2016.

WARKENTIN, S. et al. Exclusive breastfeeding duration and determinants among Brazilian children under two years of age. **Revista de Nutrição**, Campinas, v. 26, n. 3, p. 259-269, maio/jun. 2013.

ZAKARIJA-GRKOVIĆ, I. et al. Predictors of suboptimal breastfeeding: na opportunity for public health interventions. **European Journal of Public Health**, Oxford, v. 26, n. 2, p. 282–289, Apr 2016. Disponível em: <<https://academic.oup.com/eurpub/article/26/2/282/2570382/Predictors-of-suboptimal-breastfeeding-an>>. Acesso em: 18 ago. 2017.

6.2 MANUSCRITO 2

**ORIENTAÇÃO PROFISSIONAL E ALEITAMENTO MATERNO EXCLUSIVO:
UM ESTUDO DE COORTE****RESUMO**

Introdução: A orientação para amamentação é um componente primordial na assistência materno-infantil a fim de garantir o aleitamento materno exclusivo. **Objetivo:** Analisar a orientação sobre amamentação durante a assistência gravídico-puerperal e o desfecho no aleitamento materno exclusivo. **Métodos:** Estudo de coorte prospectivo, realizado no período de julho de 2013 a fevereiro de 2015, em município do região norte do Paraná com 300 puérperas. Análise dos dados realizada no Statistical Package for the Social Sciences[®], versão 20.0, com um nível de significância de 5% ($p=0,05$). Resultados: A orientação profissional sobre amamentação foi relatada em 52,3% dos pré-natais, 65,7% das salas de parto, 83% dos alojamentos conjuntos, 32% dos retornos puerperais e em 38,6% das puericulturas. Apenas 22,3% das crianças mantiveram aleitamento materno exclusivo e a orientação profissional na puericultura possuiu efeito protetor contra o desmame precoce ($p=0,004$). **Conclusão:** A presença da orientação profissional nas diversas fases da assistência gravídico-puerperal foi insuficiente para garantir a amamentação exclusiva até os seis meses conforme recomendações governamentais, o que sugere a necessidade de reavaliação das práticas de saúde ao longo de toda lactância.

Descritores: Aleitamento materno; Orientação; Assistência à saúde; Desmame; Pessoal de SAÚDE.

ABSTRACT

Introduction: Breastfeeding counseling is a key component in maternal and child care to ensure exclusive breastfeeding. **Objective:** To analyse the counselling on breastfeeding during the pregnant-puerperal care and the outcome on exclusive breastfeeding. **Methods:** It was prospective, longitudinal, with a quantitative approach, performed from July 2013 to February 2015, in Londrina-PR, with 300 women who have recently given birth. Analysis of data performed in the statistical package for the social sciences[®], with a level of significance of 5% ($p=0,05$). Results: Professional guidance on breastfeeding was reported in 52,3% of pre-natal care, 65,7% in the delivery room, 83,0% in the hospital wards, 32% at puerperal's return and 38,6% in child care. Only 22,3% of the children maintained exclusive breastfeeding, and the professional orientation in childcare had a protective effect against early weaning ($p=0,004$). **Conclusion:** The existence of professional guidance in the various phases of pregnant-puerperal care was insufficient to guarantee exclusive breastfeeding up to six months according to recommendations, suggesting the need for a reassessment of health practices throughout nursing.

Keywords: Breastfeeding; Guidance; Health care; Weaning; Health staff.

Introdução

A Organização Mundial da Saúde (OMS) reconhece a importância da amamentação exclusiva nos primeiros meses de vida e orienta que as mães devem ter o incentivo para a amamentação desde o período pré-natal (WHO, 2017). A promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno (AM) se faz importante em países com nível socioeconômico baixo ou alto, e pode contribuir para o alcance dos objetivos de desenvolvimento do país (VICTORA et al., 2016).

No Brasil e no mundo, muitas campanhas e ações têm sido realizadas para reforçar e incentivar a amamentação exclusiva. Para aumentar os índices de aleitamento materno no país, desde 2007, foi instituída e implementada a Estratégia Nacional para Promoção do Aleitamento Materno e Alimentação Complementar Saudável no Sistema Único de Saúde (SUS) – Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil (EAAB), fusão da Rede Amamenta Brasil (RAB) e da Estratégia Nacional para Alimentação Complementar Saudável (ENPACS). A EAAB tem a finalidade de promover a reflexão acerca da prática da atenção à saúde de crianças de 0 a 2 anos (BRASIL, 2011). Nesta perspectiva um grupo de onze profissionais de Londrina, elaborou a Rede Amamenta Brasil a partir da experiência do município e colaborou para a junção da RAB e da ENPACS no país (VENANCIO et al., 2013).

Além destas ações destaca-se a Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC), como uma estratégia efetiva no Brasil e no mundo, a qual busca resgatar o direito do aprendizado e prática dos passos para o sucesso do AM, desde 1991. A última Pesquisa Nacional de Prevalência de Aleitamento Materno em Municípios Brasileiros, realizada em 2008, revelou que a duração média do aleitamento materno exclusivo (AME) em crianças que nasceram em IHAC é maior, se comparado a outros hospitais sem esta certificação (BRASIL, 2009).

Embora existam esforços de programas de incentivo à amamentação em nosso país, a prática do AME ainda está longe de ser exercida plenamente. É comprovado que as mães orientadas da maneira correta nos serviços de saúde pública e nos hospitais, amamentam melhor e por mais tempo (BRASIL, 2015).

Em abril de 2017, o Congresso Nacional alterou a Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990 do Estatuto da Criança e do Adolescente, no qual estão listadas as responsabilidades dos hospitais e maternidades em relação aos direitos do recém-

nascido e da mãe, incluindo a garantia do direito a acompanhamento e orientação à mãe com relação à amamentação, enquanto a mesma permanecer na unidade hospitalar, utilizando o corpo técnico já existente (BRASIL, 2017).

De acordo com Primo et al. (2016), o suporte profissional é capaz de influenciar a mulher na decisão pela amamentação. O aleitamento materno, embora seja um ato natural, tem sua prática permeada por desafios e dificuldades, justificando a necessidade de explorar o apoio técnico e emocional oferecido para o sucesso na amamentação. Nesse sentido, este estudo buscou analisar a orientação profissional sobre amamentação e o desfecho no aleitamento materno exclusivo, em um seguimento de puérperas e recém-nascidos de uma maternidade pública do norte do Paraná.

Método

A pesquisa caracteriza-se por ser um estudo de coorte prospectivo, com abordagem quantitativa, realizado no período de julho de 2013 a fevereiro de 2015.

O acesso às mulheres ocorreu na maternidade pública, referência para gestação de risco habitual ou intermediário, com atendimento exclusivamente pelo SUS, de um município localizado no Norte do Paraná.

Para obter a população de estudo realizou-se cálculo do tamanho da amostra a partir dos 3.415 partos ocorridos em 2012, considerando uma margem de erro de 5% e nível de confiança de 95%, resultando em 358 mulheres e respectivos filhos. Os critérios de inclusão foram: permanecer com a guarda da criança, residir na zona urbana, ser gestante de risco habitual e intermediário, ser capaz de compreender e consentir sua participação no estudo respondendo todos os questionamentos relacionados ao AM, o que levou a configuração de uma amostra de 300 binômios mãe-filho.

A coleta de dados iniciou na maternidade, por meio da investigação em prontuários e nas Carteiras das Gestante, além de entrevistas para captar informações sobre a assistência pré-natal, parto e puerpério; por meio de seguimento no retorno ambulatorial (7 a 10 dias após parto) e visitas domiciliares (VD) com 42 dias e 1 ano após o parto. Foi utilizado um formulário previamente testado e preenchido pelos pesquisadores.

As variáveis de estudo contemplaram a caracterização sociodemográfica, e dados sobre parto, nascimento, tempo de aleitamento materno e orientações sobre amamentação no período pré-natal, parto e puerpério. Os dados foram processados e analisados no Statistical Package for the Social Sciences[®], versão 20.0, apresentados com valores de frequência absoluta, percentual e análise razões de prevalência (RP) com base na regressão de Poisson, com um nível de significância de 5% ($p=0,05$). O estudo foi autorizado pela Autarquia Municipal de Saúde e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da Universidade Estadual de Londrina (CEP/UEL), nº. 120.13/UEL e CAAE: 19352513.9.0000.5231.

Resultados

De acordo com a Tabela 1, verifica-se que o perfil das mulheres pesquisadas caracterizou-se por ser predominantemente jovem, com idade de 20 a 35 anos (72%), com escolaridade superior a 8 anos de estudo (75,3%), classe econômica CD (82%), com companheiro (85,7%). No que se refere às características obstétricas, 60,3% eram multíparas, 86% realizaram seis ou mais consultas de pré-natal e 75,3% tiveram parto por via vaginal.

Tabela 1 - Características sociodemográficas, econômicas e obstétricas das mães (2015; n=300).

Variável	n	%
Faixa etária materna (em anos)		
≤19	60	20
20 a 35	216	72
≥36	24	8
Escolaridade (em anos)		
até 7	74	24,7
mais de 8	226	75,3
Classes econômicas*		
AB	54	18
CD	246	82
Situação conjugal		
Com companheiro	257	85,7
Sem companheiro	43	14,3
Nº de filhos		
Primípara	119	39,7
Múltipara	181	60,3
Nº de consultas no pré-natal		
6 ou mais	258	86
Menos de 6	42	14
Tipo de parto		
Vaginal	226	75,3
Cesárea	74	24,7

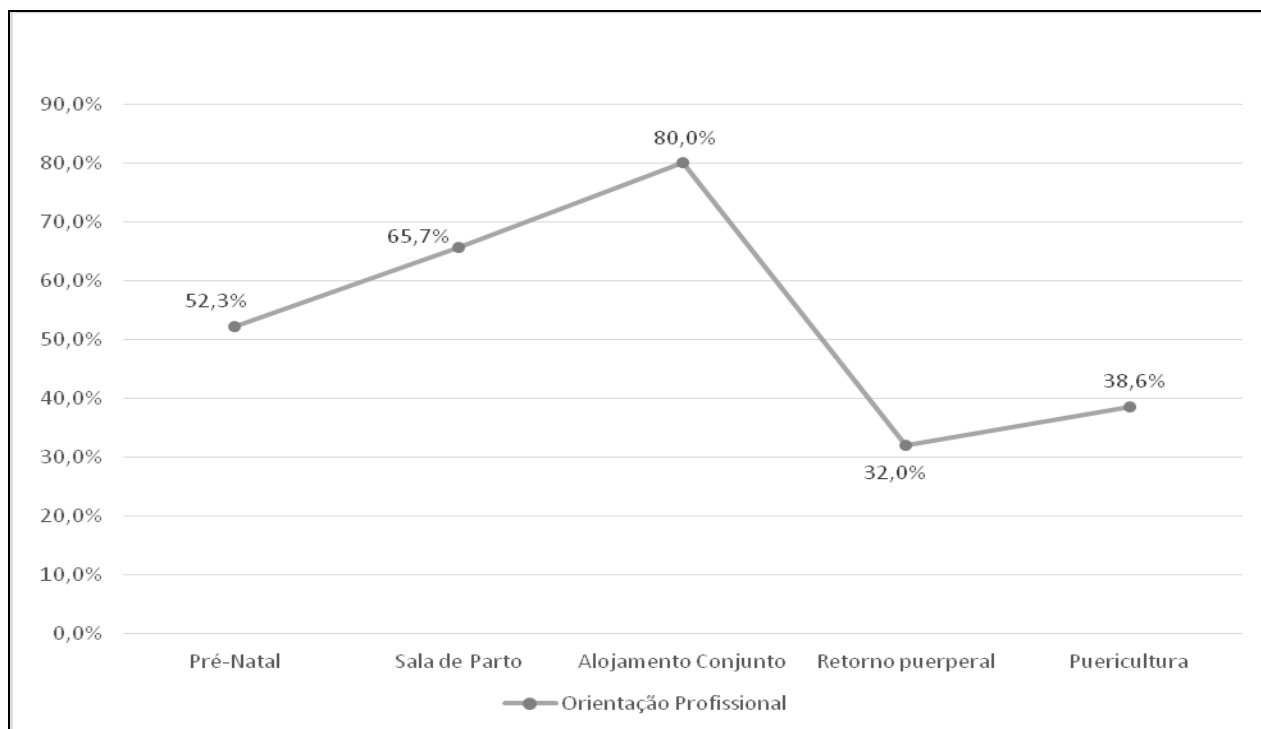
*Classificação da Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa (ABEP). Valor Bruto de Renda Média Familiar - Classes AB: R\$: 12.926 - 2.565; Classes CD: R\$: 1.541-714. Ano 2012.

Fonte: Própria autora.

A média do tempo de AM dos filhos das mulheres do estudo foi de 3,44 meses (DP = 2,1), apenas 22,3% das crianças foram amamentadas até o sexto mês de vida.

Pouco mais da metade (52,3%) das puérperas referiram ter sido orientadas durante o pré-natal sobre o AM. Na sala de parto e no alojamento conjunto, os percentuais foram de 65,7% e 80%, respectivamente. No retorno puerperal, de apenas 32% e, na consulta de puericultura no serviço de atenção primária de saúde o percentual foi de 38,6% (Figura 1).

Figura 1 – Orientação profissional à amamentação no ciclo gravídico-puerperal (2015; n=300).



Fonte: Própria autora.

Observou-se nas análises de modelo múltiplo (Tabela 2) que a orientação de AM nas consultas de puericultura ($p=0,004$) se associou a um fator de proteção ao aleitamento materno exclusivo até os seis meses de vida da criança.

Tabela 2 - Razão de prevalência (RP) da orientação profissional sobre amamentação e aleitamento materno exclusivo até os seis meses de vida da criança (2015; n=300).

Orientação profissional	RP	IC 95%	p-Valor
Acompanhamento pré-natal			
Sim	1,099	0,942 – 1,283	0,230
Não	1		
Sala de parto			
Sim	1,080	0,900 – 1,296	0,409
Não	1		
Alojamento Conjunto			
Sim	1,089	0,878 – 1,351	0,439
Não	1		
Retorno puerperal			
Sim	0,910	0,767 – 1,079	0,278
Não	1		
Atenção Primária de Saúde			
Sim	0,800	0,687 – 0,932	0,004*
Não	1		

Fonte: Própria autora.

Discussão

Sabe-se que as orientações sobre a amamentação em toda sua magnitude biopsicossocial, fortalecem o sucesso do AM (BRASIL, 2015). Entretanto, os achados deste estudo indicam que esta prática entre os profissionais, com apoio técnico e social, foi variável ao longo do período de assistência gravídico-puerperal levando, conseqüentemente, a uma prevalência do AME abaixo do recomendado.

Durante o pré-natal, cerca de metade da população do estudo referiu não ter recebido orientação profissional sobre AM. Como a assistência pré-natal não é um evento pontual, e a maioria das mães deste estudo realizaram mais de seis consultas, esperava-se maior frequência deste indicador. Dados semelhantes aos encontrados por Barbieri et al. (2015), em Maringá-PR, que apontou a importância do grupo de gestantes como uma prática reconhecida para o sucesso da amamentação. Também no Sul do país, estudos mostraram que esta prática durante a gestação é um fator de proteção para o desmame precoce, apesar da baixa prevalência de AME no sexto mês de vida (BASTIAN; TERRAZZAN, 2015).

No âmbito internacional, Wouk et al. (2017) reafirmam a importância da orientação desde o período pré-natal, em clínicas de amamentação ou hospitais para aumentar a prevalência e duração do AME.

Estudos clínicos sobre educação pré-natal e a duração do AM, demonstraram que houve redução significativa da dor e trauma mamilar com a educação sobre amamentação, assim como um aumento significativo do AME aos seis meses em mulheres que receberam material de apoio (livreto e vídeo) com uma consulta de lactação, se comparado com as que receberam apenas o material de apoio. Entretanto, os autores relataram limitações metodológicas e sugeriram a necessidade de conduzir ensaios clínicos randomizados, com poder adequado, para avaliar a eficácia da educação na amamentação (LUMBIGANON et al., 2011).

Revisão realizada por Balogun et al. (2016) encontrou evidências de que o aconselhamento, a educação e intervenções de apoio fornecidos pelos profissionais de saúde ou não-profissionais, resultam em melhorias nas taxas iniciais do AM, particularmente entre mulheres de baixa renda ou minorias étnicas dos EUA, assim como em países de baixa renda. A generalização dos resultados pode ser limitada diante deste perfil, segundo os autores. Referem também que o tipo de intervenção

mais eficaz é a educação e suporte baseado nas necessidades das mães, de forma individualizada, com sessões informais realizados no período pré-natal ou perinatal, por profissional capacitado na área de amamentação.

A orientação profissional sobre aleitamento materno voltada ao binômio e realizada no alojamento conjunto foi a mais frequente em comparação com as de outras etapas do ciclo gravídico-puerperal, considerando que a maternidade do estudo é credenciada junto à IHAC desde o ano 2000. O mesmo ocorreu com a pesquisa canadense, na qual as mães relatam que, neste período, foram orientadas sobre amamentação pelos enfermeiros da unidade (NESBITT et al., 2012).

Ressalta-se que as atividades de orientação e apoio ao AM fazem parte da política de incentivo do programa da IHAC, os quais possuem um papel importante no aleitamento materno exclusivo, o que pode estar associado ao resultado encontrado na pesquisa.

Na pesquisa de Figueiredo, Mattar e Abrão (2013) realizada em uma maternidade da região sudeste da cidade de São Paulo, encontrou-se o não cumprimento do passo 5 da IHAC (atingir 80%), relacionado à manutenção do aleitamento materno, pois apenas alguns itens relacionados à orientação profissional e ajuda para amamentar pela enfermagem foram atendidos. Os autores relatam a falta de orientações sobre produção do leite materno, extração e armazenamento, possivelmente devido ao tempo de internação reduzido.

Deduz-se também neste estudo, que a natureza das orientações neste contexto, na sala de parto e alojamento conjunto, se referem ao manejo inicial, de ordem mais técnica, para posicionamento, pega, apoiadura e correção de eventuais dificuldades.

O desmame precoce, porém, insere-se na continuidade e envolve além do aspecto biológico, elementos do contexto psicossocial e educacional (ALMEIDA; NOVAK, 2004); o que reforça a responsabilidade dos serviços de saúde, em especial os profissionais que atuam na atenção primária à saúde, no acompanhamento desde o pré-natal até a puericultura.

Nota-se que a prevalência de aleitamento materno exclusivo aos seis meses de vida foi inferior ao recomendado e, alcançando aproximadamente a metade das taxas registradas no último estudo nacional. Os dados corroboram com o estudo transversal de Alves, Oliveira e Moraes (2013), que destacaram a redução da

prevalência com o aumento da idade do bebê, em especial, no terceiro bimestre de vida. Da mesma forma, verificou-se a redução da frequência de orientação profissional de AM no período de puericultura. Os autores concluíram sobre a importância da inserção da promoção, proteção e apoio ao AME na atenção primária à saúde.

Estudo realizado no Nordeste do país, evidenciou que a contribuição da assistência de enfermagem não é satisfatória para a prática da amamentação no puerpério imediato, já que mães relataram que não receberam apoio e incentivo nas suas dificuldades e interromperam a amamentação (BATISTA; FARIAS; MELO, 2013). O mesmo ocorreu neste estudo, o qual revela uma queda importante da orientação profissional sobre AM após a alta hospitalar. Vale ressaltar, que é neste período que ocorre a adaptação da mãe e do recém-nascido e a ocorrência da maioria das dificuldades, sendo fundamental o apoio e suporte social capacitado neste processo.

Nas consultas de puericultura o enfermeiro tem a oportunidade de acompanhar a evolução do crescimento e desenvolvimento do bebê, além de prestar orientação acerca da amamentação e introdução alimentar. Frequentemente, nos serviços de atenção primária, os profissionais que realizam o pré-natal acompanham a família durante a puericultura da criança (BRASIL, 2012; FONSECA-MACHADO et al., 2012).

A assistência e orientação no período das consultas de puericultura, são essenciais para transformar e fortalecer a prática da nutriz, fazendo deste elemento um fator protetor ($p=0,004$) ao AME, conforme evidenciado neste estudo.

A Força-Tarefa de Serviços Preventivos dos EUA (USPSTF) também recomenda, no nível de atenção primária à saúde, intervenções de apoio a amamentação, na gravidez e após o parto, englobando suporte familiar, apoio profissional e educação formal (USPSTF et al., 2016).

Estudo constatou que nas Unidades Básicas de Saúde, quando se trata do apoio à amamentação, também podem ocorrer falta ou excesso de informação, autoritarismo ou incertezas na atuação dos profissionais de saúde, o que pode ser interpretado por vezes como impessoalidade ou ausência de atenção à nutriz (OLIVEIRA et al., 2010).

Da mesma forma, a revisão sistemática realizada por Alvarenga et al. (2017), evidenciou o não recebimento de orientação, a falta de apoio profissional e recomendação médica como fatores que interferiram negativamente na amamentação.

Segundo Fonseca-Machado et al. (2012), as mulheres durante o ciclo grávido-puerperal, esperam receber nos contatos com profissionais de enfermagem da Estratégia de Saúde da Família, orientações sobre amamentação. Porém os autores também citam a fraca correlação entre o nível de conhecimento destes profissionais em relação ao tema e a abordagem, evidenciando a importância da educação permanente em AM.

A atuação dos profissionais de saúde, muitas vezes, se limitam em sua maioria a atributos técnicos e funcionais, o que leva as mulheres sentirem dúvida e insegurança entre o que é apresentado na sua realidade e que encontram no apoio profissional para continuarem a amamentação até o período preconizado (MONTEIRO; NAKANO; GOMES, 2011).

Wouk et al. (2017), afirmam que as orientações e intervenções de educação em saúde nos diferentes períodos pré, parto e pós-parto são efetivos para o aumento do início e duração do AME, isolados ou em combinação e, podem, estar associados ao suporte interpessoal e familiar. Todavia, é limitada a capacidade de recomendar qualquer intervenção única como a mais efetiva, devido à falta de avaliação padronizada da intenção de amamentar pelas mulheres pesquisadas.

Segundo Batista, Farias e Melo (2013), é necessário estabelecer uma comunicação eficiente entre o profissional de saúde e a nutriz, para o apoio na decisão do amamentar, o que deve ir além do desenvolvimento de competências e habilidades técnicas. O profissional de saúde, em especial o enfermeiro, deve sistematizar a prática clínica da amamentação, considerando as necessidades das mulheres lactantes e utilizar ferramentas fundamentais como a comunicação, o diagnóstico de enfermagem e intervenções adequadas para incentivar e manter o aleitamento materno, evitando dificuldades, dúvidas e possíveis complicações, como o desmame precoce (PRIMO et al., 2013).

Reichert et al. (2016) revelam que já existe, durante a consulta de enfermagem, a abordagem individualizada e humanizada, com relação pautada na

intersubjetividade e no vínculo como um processo fundamental para o cuidado integral da saúde infantil.

Diante disso, é para incentivar e manter o AME, neste contexto materno-infantil e dos serviços de saúde no âmbito primário ao terciário, é necessário construir o vínculo, valorizar a escuta e a responsabilização na assistência, propiciar materiais e grupos de apoio para troca de experiências, a fim de promover a melhoria do cuidado conforme as reais necessidades e com maior resolutividade, principalmente na duração do AM.

Conclusão

A orientação profissional sobre amamentação esteve presente nas diversas fases da assistência gravídico-puerperal, porém o desmame precoce foi relevante. As frequências encontradas nos diversos cenários da assistência à mulher e criança deveriam ser mais elevadas, posto que todos tratam-se de uma fase fundamental da amamentação, com conscientização e prevenção de dificuldades.

A consulta de puericultura apresentou-se como fator protetor do aleitamento materno exclusivo até o sexto mês de vida da criança, o que sugere a importância do apoio contínuo de uma equipe compromissada com a saúde materno-infantil, principalmente na fase do retorno do binômio ao lar. Neste contexto, salienta-se o papel fundamental do enfermeiro como profissional de saúde, com comunicação simples e objetiva, para o acolhimento, manejo clínico e manutenção do aleitamento materno.

Espera-se que os resultados aqui apresentados permitam uma reflexão sobre as ações de promoção e apoio à amamentação. Que sejam também, uma ferramenta para reforçar, junto aos gestores públicos, a importância do cuidado voltado a promoção do AME de forma individualizada, integral e continuada, durante o período da lactância, por meio de profissionais capacitados.

Referências

- ALVARENGA, S. C. et al. Fatores que influenciam o desmame precoce. **Aquichán**, Bogotá, v. 17, n. 1, p. 93-103, Jan. 2017.
- ALVES, A. L. N.; OLIVEIRA, M. I. C.; MORAES, J. R. Iniciativa unidade básica amiga da amamentação e sua relação com o aleitamento materno exclusivo. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 47, n. 6, p. 1130-1140, dez. 2013.
- ALMEIDA, J. A.; NOVAK, F. R. Breastfeeding: a nature-culture hybrid. **Jornal de Pediatria**, Rio de Janeiro, v. 80, suppl. 5, p. S119-25, 2004.
- BALOGUN, O. O. et al. Interventions for promoting the initiation of breastfeeding. **Cochrane Database Systematic Reviews**, Oxford, 2016. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27827515>>. Acesso em: 28 maio 2017.
- BARBIERI, M. C. et al. Aleitamento materno: orientações recebidas no pré-natal, parto e puerpério. **Semina: Ciências Biológicas e da Saúde**, Londrina, v. 36, n. 1, p. 17-24, ago. 2015.
- BASTIAN, D. P.; TERRAZZAN, A. C. Tempo de aleitamento materno e os fatores de risco para o desmame precoce. **Nutrire**, São Paulo, v. 40, n. 3, p. 278-286, Dec. 2015.
- BATISTA, K. R. A.; FARIAS, M. C. A. D.; MELO, W. S. N. Influência da assistência de enfermagem na prática da amamentação no puerpério imediato. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 37, n. 96, p. 130-8, 2013.
- BRASIL. **Lei nº 13.436, de 12 de abril de 2017**. Altera a Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990 (Estatuto da Criança e do Adolescente), para garantir o direito a acompanhamento e orientação à mãe com relação à amamentação. Disponível em: <<http://www2.camara.leg.br/legin/fed/lei/2017/lei-13436-12-abril-2017-784612-publicacaooriginal-152357-pl.html>>. Acesso em: 5 ago. 2017.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Iniciativa hospital amigo da criança**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.
- BRASIL. 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)**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde da criança : crescimento e desenvolvimento**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.
- BRASIL. 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**. Brasília: Ministério da Saúde, 2015.

FONSECA-MACHADO, M. O. et al. Aleitamento materno: conhecimento e prática. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 46, n. 4, p. 809-815, 2012.

FIGUEREDO, S. F.; MATTAR, M. J. G.; ABRAO, A. C. F. V. Hospital amigo da criança: prevalência de aleitamento materno exclusivo aos seis meses e fatores intervenientes. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 47, n. 6, p. 1291-1297, dec. 2013.

LUMBIGANON, P. et al. Antenatal breastfeeding education for increasing breastfeeding duration. **Cochrane Database of Systematic Reviews**, Oxford, 2011. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22071830>>. Acesso em: 28 maio 2017.

MONTEIRO, J. C. D.; NAKANO, A. M. S.; GOMES, F. A. O aleitamento materno enquanto uma prática construída: reflexões acerca da evolução histórica da amamentação e desmame precoce no Brasil. **Investigación y Educación en Enfermería**, Medellín, v. 29, n. 2, p. 315-321, 2011.

NESBITT, S. A. et al. Canadian adolescent mothers' perceptions of influences on breastfeeding decisions: a qualitative descriptive study. **BMC Pregnancy and Childbirth**, London, v. 12, p. 1-14, 2012.

OLIVEIRA, M. I. C. et al. Avaliação do apoio recebido para amamentar: significados de mulheres usuárias de unidades básicas de saúde do Estado do Rio de Janeiro. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 2, p. 599-608, 2010.

PRIMO, C. C. et al. Diagnósticos de enfermagem relacionados ao fenômeno amamentação exclusiva. **Cogitare Enfermagem**, Curitiba, v. 18, n. 2, p. 215-21, abr./jun. 2013.

PRIMO, C. C. et al. Which factors influence women in the decision to breastfeed? **Investigación y Educación en Enfermería**, Medellín, v. 34, n. 1, p. 198-210, 2016.

REICHERT, A. P. S. et al. Vínculo entre enfermeiros e mães de crianças menores de dois anos: percepção de enfermeiros. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 8, p. 2375-2382, 2016.

USPSTF - US PREVENTIVE SERVICES TASK FORCE et al. Primary care interventions to support breastfeeding: US Preventive Services Task Force Recommendation Statement. **JAMA**, Chicago, v. 316, n. 16, p. 1688-1693, 2016.

VENANCIO, S. I. et al. Análise de implantação da Rede Amamenta Brasil: desafios e perspectivas da promoção do aleitamento materno na atenção básica. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 11, p. 2261-2274, nov. 2013

VICTORA, C. G. et al. Breastfeeding in the 21st century: epidemiology, mechanisms, and lifelong effect. **The Lancet**, London, v. 387, n. 10017, p. 475-490, 2016.

WHO. **Exclusive breastfeeding**. Disponível em: <http://www.who.int/nutrition/topics/exclusive_breastfeeding/en/>. Acesso em: 30 ago. 2017.

WOUK, K. et al. Systematic review of evidence for baby-friendly hospital initiative step 3: prenatal breastfeeding education. **Journal of Human Lactation**, Charlottesville, v. 33, n. 1, p. 50–82, 2017.

7 CONCLUSÕES

As características socioeconômicas, demográficas e obstétricas estudadas não apresentaram associação estatística com o tempo de AME. Destaca-se que a ocupação materna prevalente foi a atividade não remunerada, o que não leva a nutriz à necessidade de separar-se dos filhos por motivo de trabalho fora do domicílio ou estudo, favorecendo assim, a amamentação.

Entretanto, apesar do desejo de amamentar e do significado positivo da amamentação atribuído pela maioria das mães, menos de ¼ da população do estudo permaneceu em AME até os seis meses de vida, conforme o recomendado pelo MS, mesmo com índices favoráveis de sucção em seio materno na primeira hora de vida e AME em livre demanda no alojamento conjunto.

A oferta de água ou chá e alimentos, neste período, estiveram associados ao tempo de aleitamento de aleitamento materno exclusivo, sendo que a oferta de água ou chá foi apontado como fator de risco para o desmame precoce.

Observa-se também a tendência de menor tempo de amamentação exclusiva para as puérperas com 36 anos ou mais, sem companheiro, assim como para ausência de AMLD no alojamento conjunto e da avaliação da mamada por algum profissional, porém novos estudos devem ser realizados.

Ressalta-se que mais da metade das mães não foram observadas durante uma mamada por um profissional de saúde e relataram dificuldade na amamentação, principalmente ingurgitamento, fissuras, dor e pega incorreta, cujo início se deu na primeira semana pós-parto.

Observou-se que as orientações recebidas na consulta de puericultura representaram efeito protetor ao tempo de aleitamento materno exclusivo. Entretanto, estas foram aquém do necessário, evidenciando-se falhas na continuidade e integralidade da assistência e manejo da amamentação do ciclo gravídico-puerperal, em particular nos primeiros seis meses de vida do bebê.

A principal limitação do estudo foi a possibilidade de viés de recordação, uma vez que as mães tiveram que se lembrar, do período em que o bebê recebeu o alimento ou quando pararam de amamentar. Contudo, sugere-se a necessidade de atualização dos recordatórios municipais, regionais e nacionais, assim como

pesquisas com métodos mistos (quanti-qualitativas), a fim de explorar a busca do significado e qualidade de vida das crianças e de suas famílias neste contexto.

8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Verifica-se com este estudo, que o desmame precoce é multifacetado, com diferentes taxas, nas diversas regiões do estado, do país, ou até em países de baixa ou alta renda. As razões pelas quais as mães interrompem ou não amamentam exclusivamente até os seis meses, o primordial ao ser humano no início da vida, variam desde o ponto de vista clínico, cultural, psicológico, entre outros.

Essas questões são essenciais, devem ser investigadas e consideradas para o suporte profissional recomendado pelos diversos programas de incentivo à lactação, por meio de um compromisso genuíno, que vá além da dos interesses comerciais. Ressalta-se a importância do envolvimento científico, associado a autoridades governamentais e a comunidade na educação e acolhimento, de gestantes à puérperas, a fim de criar o cenário onde cada mulher possa viver a amamentação do seu filho com prazer, segurança, e acima de tudo, com o apoio necessário para realizá-la e mantê-la.

Desta forma, a partir dos resultados do presente estudo, pretende-se realizar a divulgação para os profissionais em nível Municipal, do âmbito assistencial e gerencial, como também às redes e grupos de apoio, no intuito de subsidiar na (re)organização de programas educativos para melhorar as atitudes quanto ao manejo daqueles que podem promover o aleitamento materno exclusivo.

APÊNDICES

APÊNDICE A

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Titulo da pesquisa:

“ACOMPANHAMENTO DA REVISÃO PUERPERAL: ACESSO, ADESÃO E ORGANIZAÇÃO DO SERVIÇO DE SAÚDE”

Prezada Senhora:

Gostaríamos de convidá-la a participar da pesquisa **“ACOMPANHAMENTO DA REVISÃO PUERPERAL: ACESSO, ADESÃO E ORGANIZAÇÃO DO SERVIÇO DE SAÚDE”**, realizada em **Londrina**. O objetivo da pesquisa é saber como foi seu pré-natal; como a senhora foi atendida durante sua internação para o nascimento de seu filho, também para acompanhar a primeira consulta depois do parto no ambulatório da maternidade e ir até sua casa para conversar sobre as dificuldades que você possa ter tido após seu parto e os cuidados que você recebeu dos profissionais do posto de saúde. A sua participação é muito importante e ela se daria da seguinte forma: através de informações que vamos copiar de seu prontuário do hospital, de perguntas que vamos fazer agora e no acompanhamento de sua consulta de retorno no ambulatório da maternidade daqui a 10 dias e de uma visita à sua casa depois de 42 dias de sua alta.

Gostaríamos de esclarecer que sua participação é totalmente voluntária, podendo a senhora: recusar-se a participar, ou mesmo desistir a qualquer momento sem que isto acarrete qualquer ônus ou prejuízo à sua pessoa. Informamos ainda que as informações serão utilizadas somente para os fins desta pesquisa e serão tratadas com o mais absoluto sigilo e confidencialidade, de modo a preservar a sua identidade e que não existem riscos específicos para sua saúde decorrentes de sua participação.

Os benefícios que esperamos com esta pesquisa são melhorar a qualidade do cuidado prestado para as mulheres após o parto em Londrina e te ajudar oferecendo orientações sobre suas dúvidas e quando possível, no encaminhamento para os serviços pertinentes, se necessário.

Informamos que a senhora não pagará nem será remunerada por sua participação. Caso você tenha dúvidas ou necessite de maiores esclarecimentos pode nos contactar, Érica Mairene Bocate Teixeira, Av. Robert Koch, 455 fundos, telefone: 30290321 e email: ericamb13@hotmail.com, ou procurar o Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da Universidade Estadual de Londrina, na Rodovia Celso Garcia Cid, Km 380 (PR 445) – Campus Universitário, no telefone 33715455 ou por email: cep268@uel.br. Este termo deverá ser preenchido em duas vias de igual teor, sendo uma delas, devidamente preenchida, assinada e entregue à senhora.

Londrina, ___ de _____ de 2013.

_____, tendo sido devidamente esclarecido sobre os procedimentos da pesquisa, concordo em participar **voluntariamente** da pesquisa descrita acima.

Assinatura (ou impressão dactiloscópica):

_____.

Assinatura do responsável (no caso de paciente menor de idade):

_____.

Data: _____

APÊNDICE B

Instrumento coleta de dados - Roteiro para Entrevista

Data do Parto: ____/____/____. Data da Entrevista: ____/____/____. Registro Hospital: _____.				
Nome da Puérpera _____				
Endereço: _____ Nº.: _____				
Bairro: _____		Zona: _____ Telefone: _____		
Endereço 2: _____ Nº.: _____				
Bairro: _____		Zona: _____ Telefone: _____		
ID Municipal: _____				
Entrevistador: _____				
I. Aspectos Sócio-Demográficos				
1. Idade:	_____ anos.		Entrevista	
2. Situação conjugal:	(1) Com companheiro (2) Sem companheiro		Entrevista	
3. Número de filhos:	(1) Um (2) Dois (3) Mais que três		Entrevista	
4. Escolaridade:	(1) 1 a 3 (3) 8 a 11 (2) 4 a 7 (4) Mais que 11 anos		Entrevista	
5. Condição de Ocupação: Se atividade	(1) Remunerada (2) Não remunerada Qual? _____		Entrevista	
6. Classe social segundo a classificação da ABEP ¹ : (Classificação de classe social segundo posse de bens proposta pela Associação Brasileira de Estudos Populacionais).	(1) Classe A1 (3) Classe B1 (5) Classe C1 (7) Classe D (2) Classe A2 (4) Classe B2 (6) Classe C2 (8) Classe E		Entrevista	
	Posse de itens	Quantidade		Grau de Instrução do Chefe de Família
	1 2 3 4 ou +	0		
	Televisão em cores 3 4	0 1 2	Analfabeto/ Fundamental 1 Incompleto	0 A1 42 - 46 A2 35 - 41
	Rádio 2 3 4	0 1	Fundamental 1 Completo / Fundamental 2 Incompleto	1 B1 29 - 34 B2 23 - 28
	Banheiro 5 6 7	0 4	Fundamental 2 Completo/ Médio Incompleto	2 C1 18 - 22 C2 14 - 17
	Automóvel 7 9 9	0 4	Fundamental 2 Completo/ Médio Incompleto	2 D 8 - 13 E 0 - 7
	Empregada mensalista 4	0 3 4 4	Médio Completo/ Superior Incompleto	4
	Máquina de lavar 2 2	0 2 2	Superior completo	8
	Videocassete e/ou DVD 2 2	0 2 2		
	Geladeira 4 4 4	0 4		
	Freezer 2 2 2	0 2		
	(aparelho independente ou parte da geladeira duplex			
7. Local do parto:	(1) Maternidade Municipal (2) Outro Onde? _____.		Entrevista	
II. Dados Obstétricos*				
8. Nº de gestações:	_____.		Cartão de pré-natal	
9. Nº de partos anteriores:	_____.		Cartão de pré-natal	
10. Nº de cesarianas prévias:	_____.		Cartão de pré-natal	
III. Assistência Pré-Natal				
11. Procedência (UBS em que realizou o pré-natal):	(1) Alvorada (22) Marabá (2) Aquiles (23) M ^o . Cecilia (3) Arm. Guazzi (24) M. Gavetti (4) Bandeirantes (25) M. Thomas (5) Cabo Frio (26) Novo Amparo (6) Cafezal (27) Jamile Dequech (7) Carnascialli (28) Ouro Branco (8) Casoni (29) Panissa (9) Centro (30) Parigot (10) Chefe Newton (31) Pindorama (11) CSU (VI. Portuguesa) (32) Piza (12) Eldorado (33) San Izidro (13) Ernani (34) Santiago (14) Fraternidade (35) Tócio (15) Guanabara (36) União da Vitória (16) Ideal (37) VI. Brasil (17) Itapoã (38) VI. Nova (18) Jd. Do Sol (39) VI. Ricardo (19) João Paz (40) Vivi Xavier (20) Leonor (41) AHC (21) Lindóia		Cartão de pré-natal/ Entrevista	
12. A gravidez foi planejada/desejada?	(1) O casal queria (2) Só a mulher queria (3) Só o homem queria (4) O casal não queria		Entrevista	
13. Estava usando algum método contraceptivo quando engravidou?	(1) Estava usando, mas falhou/esqueceu de usar (2) Não estava usando porque queria engravidar (3) Não estava usando por outro motivo Qual? _____.		Entrevista	
14. Data da última menstruação (DUM): (Se desconhecida 99/99/99)	____/____/____.		Cartão de pré-natal	
15. Ultrassonografia Obstétrica: (1º USG)	Data: ____/____/____.		Cartão de pré-natal	
16. Idade gestacional:	_____ semanas.		Cartão de	

17. Adequação do processo de atendimento do pré-natal:	(1) Adequado (2) Intermediário (3) Inadequado	pré-natal Cartão de pré-natal																						
<p>ADEQUADO (preenche TODOS os critérios): Início do PN anterior a 14 semanas; 6 ou mais consultas; IG, AU, PA e peso materno: 5 ou mais registros; BCF: 4 ou mais registros; apresentação fetal: 2 ou mais registros. Exames laboratoriais básicos (ABO-Rh e Hb/Htc: 1 registro; glicemia, VDRL e urina I: 2 registros).</p> <p>INADEQUADO (ocorrência de, pelo menos, UMA das condições): Início do PN após 27 semanas; 2 ou menos consultas; IG, AU, PA, peso materno, BCFs: 2 ou menos registros ou nenhum registro de apresentação fetal. Nenhuma anotação de exame laboratorial.</p> <p>INTERMEDIÁRIO: é definido pelas demais associações.</p>	<p>Início do PN: () < 14ª sem. () 14ª - 27ª sem. () > 27ª sem.</p> <p>Nº de consultas: () 6 ou mais () 3 a 5 () 0 a 2</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>IG</th> <th>AU</th> <th>PA</th> <th>Peso materno</th> <th>BCF</th> <th>Apresentação fetal</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>() () () ()</td> <td>() () () ()</td> <td>() () () ()</td> <td>() () () ()</td> <td>() () () ()</td> <td>() () () ()</td> </tr> </tbody> </table> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Tipagem ABO</th> <th>Hb/Htc</th> <th>Glicemia</th> <th>VDRL</th> <th>Urina I</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>() () ()</td> <td>() () ()</td> <td>() () ()</td> <td>() () ()</td> <td>() () ()</td> </tr> </tbody> </table>	IG	AU	PA	Peso materno	BCF	Apresentação fetal	() () () ()	() () () ()	() () () ()	() () () ()	() () () ()	() () () ()	Tipagem ABO	Hb/Htc	Glicemia	VDRL	Urina I	() () ()	() () ()	() () ()	() () ()	() () ()	
IG	AU	PA	Peso materno	BCF	Apresentação fetal																			
() () () ()	() () () ()	() () () ()	() () () ()	() () () ()	() () () ()																			
Tipagem ABO	Hb/Htc	Glicemia	VDRL	Urina I																				
() () ()	() () ()	() () ()	() () ()	() () ()																				
18. Preenchimento do gráfico de controle de peso:	(1) Sim (2) Não	Cartão de pré-natal																						
19. Preenchimento de avaliação de edema:	(1) Sim (2) Não	Cartão de pré-natal																						
Procedimentos durante a	consulta relatados pela mulher (questões 20 -23):																							
20. Pressão arterial:	(1) Sim (2) Não	Entrevista																						
21. Altura Uterina:	(1) Sim (2) Não	Entrevista																						
22. BCF:	(1) Sim (2) Não	Entrevista																						
23. Exame das mamas:	(1) Sim (2) Não	Entrevista																						
24. Vacinação anti-tetânica:	(1) Sim (2) Não	Cartão de pré-natal																						
25. Vacinação hepatite B:	(1) Esquema correto (2) esquema incorreto	Cartão de pré-natal																						
26. Problemas detectados durante o pré-natal relatados pela mulher:	(1) Sim (2) Não Qual? _____	Entrevista																						
27. Problemas detectados durante o pré-natal anotados em cartão de pré-natal pelo profissional de saúde:	(1) Sim (2) Não Qual? _____	Cartão de pré-natal																						
28. Patologia prévia à gestação anotada em cartão de pré-natal pelo profissional de saúde:	(1) Sim (2) Não Qual? _____	Cartão de pré-natal																						
29. Qual o intervalo entre a última consulta do pré-natal e parto?	(1) 0-15 dias (3) 31-45 dias (2) 16-30 dias (4) 46-60 dias	Cartão de pré-natal																						
30. Foi informado que hospital procurar em caso de emergência?	(1) Sim (2) Não Qual? _____	Entrevista																						
31. Visitou a maternidade na rotina do pré-natal?	(1) Sim (2) Não	Entrevista																						
IV. Condições da Internação*																								
32. Dilatação cervical:	_____ cm.	Prontuário																						
33. Dinâmica uterina:	(1) Presente (2) Ausente (9) S/ registro	Prontuário																						
34. Estado das membranas:	(1) Integra (2) Rota (9) S/ registro	Prontuário																						
35. Características do líquido amniótico:	(1) Claro (2) Meconial (3) Hemático (9) S/ registro	Prontuário																						
V. Condições Maternas no Parto e no Puerpério																								
38. Qual era sua opção de parto?	(1) Parto normal (2) Cesárea	Entrevista																						
39. Tipo de parto:	(1) Parto normal espontâneo (2) Parto normal instrumental (fórceps ou vácuo extrator) (3) Cesárea	Prontuário																						
40. Conhecimento da mulher sobre o motivo do parto instrumental ou cesariana: (Motivo relatado pela mulher para a realização do parto cesariana ou fórceps).	_____.	Entrevista																						
41. Quem realizou o parto?	(1) Médico (2) Enfermeiro (3) Residente (4) Outro	Prontuário																						
42. Condições do períneo:	(1) Períneo íntegro (2) Laceração de 1º grau (3) Laceração de 3º grau (4) Laceração de 4º grau (5) Episiotomia (6) Laceração de 2º grau	Prontuário																						
43. Indicação de cesárea: (Indicação do tipo de parto anotado pelo obstetra)	(1) Sim (2) Não Por quê? _____.	Prontuário																						
44. Eliminação de fezes no parto:	(1) Sim (2) Não	Prontuário																						
45. Intercorrências intra-parto: (Intercorrências durante o trabalho de parto e anotadas no prontuário pela equipe de atendimento).	(1) Sim (2) Não Qual? _____.	Prontuário																						
46. Intercorrências no quarto período: (Intercorrências durante o quarto período do parto anotadas no prontuário pela equipe de atendimento).	(1) Sim (2) Não Qual? _____.	Prontuário																						
47. Controles do puerpério imediato:	(1) Sim (2) Não	Prontuário																						

(Intercorrências anotadas no prontuário pela equipe de atendimento).	Qual? _____	
48. Sucção na sala de parto:	(1) Na primeira ½ hora pós-parto (2) 30 min. a 1 hora (3) 1 a 2 horas	Entrevista
49. Teve ajuda e orientação para o Aleitamento Materno (AM) na sala de parto:	(1) Sim (2) Não	Entrevista
50. Tempo para encaminhamento ao AC:	(1) Até ½ hora (2) 30 a 60 min. (3) mais de 60 min.	Prontuário
51. Transferência da mulher para instituição de assistência mais complexa: (Motivo da transferência da mulher para instituição de assistência mais complexa, anotada no prontuário pelo médico que prestou assistência).	(1) Sim (2) Não Por _____ _____	Prontuário
52. Tipo de transporte:	(1) Particular (2) Ambulância (3) Não foi transferida	Prontuário
53. Internação em unidade de terapia intensiva:	(1) Sim (2) Não	Prontuário
54. Óbito materno:	(1) Sim (2) Não Causa: _____	Prontuário
VIII. Condições do Recém-Nascido no Momento do Nascimento		
67. Boletim de Apgar - 1º minuto: (Valor 1 a 10)	_____	Prontuário
68. Boletim de Apgar - 5º minuto: (Valor 1 a 10)	_____	Prontuário
69. Peso do RN	_____ gr.	Prontuário
70. Idade gestacional:	_____ semanas.	Prontuário
71. Adequação do peso segundo a idade gestacional:	(1) AIG (2) PIG (3) GIG (99) S/ registro	Prontuário
72. Recém-nascido em condição de alta hospitalar:	(1) Sim (2) Não Por quê? _____	Prontuário
73. Encaminhamento para unidade de internação neonatal:	(1) Sim (2) Não	Prontuário
74. Motivo do encaminhamento para unidade de internação neonatal:	(88) Não foi encaminhado	Prontuário
IX. Puerpério Imediato no Alojamento Conjunto		
75. Amamentação em livre demanda durante a internação:	(1) Sim (2) Não	Entrevista
76. Aspecto das mamas:	(1) Flácidas (2) Túrgidas (3) Inurgitadas	Prontuário
77. Fissura nos mamilos:	(1) Sim (2) Não	Prontuário
78. Houve a necessidade de ordenha:	(1) Sim (2) Não	Prontuário
X. Retorno ao Ambulatório de Puerpério Imediato		
85. A puérpera retornou para a revisão precoce?	(1) Sim (2) Não Se não, qual conduta tomada?	Observação
86. Quem realizou a consulta?	(1) Médico (2) Enfermeira (3) Residente (4) Outro	Observação
87. Alimentação atual do bebê:	(1) Aleitamento materno exclusivo (2) Misto	Observação
88. O profissional observou e avaliou a mamada:	(1) Sim (2) Não	Observação
89. Dificuldades na amamentação:	(1) Sim (2) Não	Observação
90. Possui risco de desmame precoce:	(1) Sim (2) Não	Observação
96. Aspecto das mamas:	Qual? (1) Flácidas (2) Túrgidas (3) Inurgitadas (4) Nódulos de retenção (5) Mastite (6) Se alterações, conduta? _____	Observação
97. Mamilos:	(1) Fissurados (2) Íntegros	Observação
103. Orientou cuidados com o RN:	(1) Chupeta (2) Cólica (3) Flatulência (4) Teste do pezinho, orelhinha, coraçãozinho e olhinho Outras, quais? _____	Observação
104. Orientações:	(1) Banho de sol (2) Puericultura e vacina (3) Prevenção de acidentes (4) Aleitamento materno (5) Planejamento familiar (6) Se complicações no puerpério retornar na MMLB dentro de 30 dias pós-parto Outras, quais? _____	Observação
105. Realizada a contra-referência:	(1) Cuidados RN (2) Cuidados Mulher (3) Cuidados Mulher/RN (4) Não realizada	Observação

Roteiro para visita domiciliar (VD).		
Número do instrumento/ Mulher: _____		
Nome: _____		
Endereço: _____ Nº.: _____		
Bairro: _____ Zona: _____ Telefone: _____		
Endereço 2: _____ Nº.: _____		
Bairro: _____ Zona: _____ Telefone: _____		
XI. 1ª Visita Domiciliar		
108. Número de moradores (todas as pessoas que moram no domicílio)	Número: _____	Entrevista
109. Renda da família (incluir a soma de todas as fontes de renda de todos moradores)	R\$ _____ Obs: _____	Entrevista
110. (a) Sexo desejado do RN: (b) Recebeu orientação para o parto no pré-natal? (c) Em que momento?	a) (1) Sim (2) Não b) (1) Sim (2) Não Qual (is) _____ c) (1) 1º Tri (2) 2º Tri (3) 3º Tri (4) Não Sabe	Entrevista

111. Significado da amamentação:	_____	Entrevista
112. Desejo de amamentar:	(1) Sim (2) Não	Entrevista
113. Mamilos protráteis:	(1) Sim (2) Não	Entrevista
114. Aumento de volume das mamas durante a gestação:	(1) Sim (2) Não	Entrevista
115. Experiência pessoal de AM:	(1) Positiva (2) Negativa	Entrevista
116. Recebeu orientação de AM no pré-natal:	(1) Sim (2) Não Quem?.....	Entrevista
117. Orientação sobre local de referência para problema com AM no momento da alta:	(1) Sim (2) Não Quem?.....	Entrevista
118. Possui conhecimento sobre a ordenha e conservação do LH:	(1) Sim (2) Não	Entrevista
119. Possui conhecimento sobre as vantagens do AM:	(1) Sim (2) Não	Entrevista
120. Problemas com as mamas durante a internação hospitalar:	(1) Fissuras (2) Ingurgitamento (3) Outros _____ (4) Não teve problemas	Entrevista
121. Problemas com as mamas após a alta da maternidade:	(1) Fissuras (4) Outros _____ (2) Ingurgitamento (5) Não teve problemas (3) Mastite	Entrevista
122. Período em que iniciaram os problemas com as mamas após a alta hospitalar:	(1) Na primeira semana pós-parto (2) Após a primeira semana pós-parto (3) Não teve problemas	Entrevista
123. Problemas com a criança que dificultaram o AM durante a internação:	(1) Pega incorreta (2) Dificuldade no ganho peso (3) Doenças (4) Outros _____ (5) Não teve problemas	Entrevista
124. Problemas com a criança que dificultaram o AM após a alta hospitalar:	(1) Pega incorreta (2) Dificuldade no ganho peso (3) Doenças (4) Outros _____ (5) Não teve problemas	Entrevista
132. Teve apoio de profissional de saúde após a alta hospitalar, com exceção do ambulatório da MMLB?	(1) Sim - Quem? _____ (2) Não - Por que e como se sentiu? _____	Entrevista
133. Recebeu visita domiciliar (VD) de um profissional da UBS até o 7º dia após o parto:	(1) Sim. Quem? (1) Médico (5) Téc. de Enfermagem (2) Enfermeiro (6) Pastoral da Saúde (3) Agente comunitário (7) Outro _____ (4) Residente Enfermagem (2) Não - Por que e como se sentiu? _____	Entrevista
134. Avaliaram as mamas:	(1) Sim (2) Não	Entrevista
138. Observaram a mamada:	(1) Sim (2) Não	Entrevista
155. Compareceu a consulta no Ambulatório de Puerpério Imediato da MMLB?	(1) Sim (2) Não Por quê? _____	Entrevista
Obsevações:		
2 Visita Domiciliar – Saúde da Criança		
171. A chupeta acalma o bebe: (identificar se o bebe usa frequentemente ou não a chupeta)	(1) Sim Qual tipo? _____ Com que frequência? _____ Por que e quem indicou? _____ (2) Não	Entrevista
174. Tipo de alimentação do bebe:	(1) Leite materno exclusivo (AME) (2) Leite materno e chá e água (AMP) (3) Leite materno e outro leite animal (AMM) (4) Leite animal (AA) (5) Se resposta 2, 3 e 4, perguntar se coloca açúcar no chá ou leite: (1) Sim (2) Não Por que e quem indicou? _____	Entrevista
175. Facilidades para alimentar/amamentar o bebe:	_____	Entrevista
176. Dificuldades para alimentar/amamentar o bebe:	_____	Entrevista
179. Pesou na alta da maternidade:	(1) Sim – Qual? _____ gramas. (2) Não - Por quê? _____	Entrevista Cartão da Criança
182. Licença à Maternidade (LM):	(1) Tempo: _____ meses. Por quê? _____ Ao término da LM, quem cuidará do bebe? _____	Entrevista
183. Dados da 1ª consulta na UBS no Cartão da Criança:	(1) Idade da 1ª consulta: _____ dias. (2) Peso: _____ gramas. (3) Estatura: _____ cm. (4) Perímetro cefálico: _____ cm. (5) Agendamento das próximas vacinas: (1) Sim (2) Não	Entrevista Cartão da Criança
184. Qual profissional realizou a 1ª consulta do bebe na UBS?	(1) Médico Pediatra (4) Téc. de enfermagem (2) Enfermeiro (5) Agente comunitário (3) Residente Enfermagem (6) Outro _____	Entrevista
185. Você considera que a 1ª consulta do bebe ou atendimento pelo profissional, bem como, as orientações sobre cuidados foram relevantes?	(1) Sim (2) Não Por quê? _____	Entrevista
186. Após a 1ª consulta do bebe foi agendado a próxima com o médico pediatra da UBS?	(1) Sim (2) Não Por quê? _____	
187. Você comparece em todas as consultas de puericultura agendadas para seu filho na UBS:	(1) Sim (2) Não Por quê? _____	Entrevista

ANEXOS

ANEXO A
Aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA ENVOLVENDO SERES HUMANOS
Universidade Estadual de Londrina
Registro CONEP 5231

Parecer CEP/UEL:	120/2013
CAAE:	19352513.9.0000.5231
Data da Relatoria:	27/03/2014
Pesquisador(a):	Alexandrina Aparecida Maciel Cardelli
Unidade/Órgão:	CCS - Departamento de Enfermagem

Prezado(a) Senhor(a):

O "Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da Universidade Estadual de Londrina" (Registro CONEP 5231) – de acordo com as orientações da Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde/MS e Resoluções Complementares, avaliou a solicitação de emenda ao projeto:

"Fatores de risco para morbi-mortalidade materna e infantil: da gestação ao primeiro ano pós-parto."

Emenda:

- ✓ inclusão de 2ª visita domiciliar, completado um ano após o parto para obtenção das seguintes informações: a) condições de saúde e doença materna, vida sexual e reprodutiva e condições sociodemográficas atuais; b) acompanhamento do lactente no serviço de saúde quanto à imunização, dados antropométricos, desenvolvimento neuropsicomotor (DNPM), alimentação no decorrer dos seis meses (duração do AM, intercorrências alimentares e desmame, etc), saúde bucal, agravos de saúde, encaminhamentos, internações e óbito, registro na Carteira da Criança pelos profissionais e orientações; c) percepção materna quanto ao atendimento materno-infantil pelo serviço de saúde.
- ✓ Alteração do título da pesquisa para "Fatores de risco para morbi-mortalidade materna e infantil: da gestação ao primeiro ano pós-parto".
- ✓ Emissão de parecer em nome da pesquisadora responsável por esta etapa: Alexandrina Aparecida Maciel Cardelli.

Situação: **APROVADA**

Informamos que deverá ser comunicada, por escrito, qualquer modificação que ocorra no desenvolvimento da pesquisa, bem como deverá ser encaminhado ao CEP/UEL relatório final da pesquisa, conforme prevê a Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde/MS e Resoluções Complementares.

ANEXO B

Autorização da Autarquia Municipal de Saúde

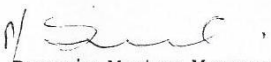
**PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE LONDRINA**AUTARQUIA MUNICIPAL DE SAÚDE
ESTADO DO PARANÁ

AUTORIZAÇÃO DE PESQUISA

C.D.0026/2013/CEEPC/GPOS/AMS/PML.

Informamos para fins de realização da pesquisa: "DIAGNÓSTICO DO ITINERÁRIO PUERPERAL NO MUNICÍPIO DE LONDRINA" na Autarquia Municipal de Saúde da Prefeitura de Londrina pela professora Dra. Alexandrina Aparecida Maciel Cardelli do Departamento de Ciências da saúde da Universidade Estadual de Londrina, e que por tratar-se de pesquisa com seres humanos, deverá seguir as orientações da Resolução CNS 466/dezembro/12. Desta forma, sua execução nesta Autarquia está autorizada considerando o parecer favorável CEP/UEL: 120/2013 do Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da Universidade Estadual de Londrina, registro no CONEP 5231, datado de 16 de julho de 2013, devendo haver planejamento prévio com as Unidades de Serviço envolvidas.

Londrina, 16 de julho de 2013.


Enf^a. Rosaria Mestre Marques Okabayashi
Coord. Estágio/Educação Permanente e Continuada
GPOS/DGTES/AMS/PML

Sueli Inocente
Enfermeira - COREN-PR 14420
Mat. 11383-2 - AMS/PML