

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE MONTES CLAROS – UNIMONTES

Gessandro Elpídio Fernandes Barbosa

FATORES ASSOCIADOS COM AS DIFICULDADES INICIAIS
COM A TÉCNICA DA MAMADA E O SEU IMPACTO NA
DURAÇÃO DO ALEITAMENTO MATERNO EXCLUSIVO

Montes Claros, MG

2016

Gessandro Elpídio Fernandes Barbosa

**FATORES ASSOCIADOS COM AS DIFICULDADES INICIAIS COM A
TÉCNICA DA MAMADA E O SEU IMPACTO NA DURAÇÃO DO
ALEITAMENTO MATERNO EXCLUSIVO**

Dissertação apresentada ao Mestrado Profissional em Cuidado Primário em Saúde da Universidade Estadual de Montes Claros, como pré-requisito para obtenção do título de Mestre em Cuidado Primário em Saúde.

Área de Concentração: Saúde coletiva.
Linha de Pesquisa: Epidemiologia e Vigilância em Saúde.

Orientador: Prof. Dr. Antônio Prates Caldeira
Co-orientadora: Prof^a. Dr^a. Lucinéia de Pinho

Montes Claros, MG

2016

B238f Barbosa, Gessandro Elpídio Fernandes.
Fatores associados com as dificuldades iniciais com a técnica da mamada e o seu impacto na duração do aleitamento materno exclusivo [manuscrito] / Gessandro Elpídio Fernandes Barbosa. – 2016.
103 f. : il.

Inclui Bibliografia.

Dissertação (mestrado) - Universidade Estadual de Montes Claros - Unimontes, Programa de Pós-Graduação em Cuidado Primário em Saúde/PPGCPS, 2016.

Orientador: Prof. Dr. Antônio Prates Caldeira.

Coorientadora: Profa. Dra. Lucinéia de Pinho.

1. Aleitamento materno. 2. Desmame precoce. 3. Saúde materno-infantil. I. Caldeira, Antônio Prates. II. Pinho, Lucinéia de. III. Universidade Estadual de Montes Claros. IV. Título.

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE MONTES CLAROS

Universidade Estadual de Montes Claros

Reitor: João de dos Reis Canela

Vice-reitor: Antônio Alvimar Souza

Pró-reitor de Pesquisa: Rômulo Soares Barbosa

Pró-reitor adjunto de Pesquisa: Virgílio Mesquita Gomes

Coordenadoria de Acompanhamento de Projetos: Karen Torres Correa Lafetá de Almeida

Coordenadoria de Iniciação Científica: Afrânio Farias de Melo Junior

Coordenadoria de Inovação Tecnológica: Dario Alves de Oliveira

Pró-reitor de Pós-graduação: Hercílio Martelli Junior

Coordenadoria de Pós-graduação Stricto-sensu: Ildenilson Meireles Barbosa

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CUIDADO PRIMÁRIO EM SAÚDE

Coordenador: Antônio Prates Caldeira

Coordenadora Adjunta: Máisa Tavares de Souza Leite



CANDIDATO: GESSANDRO ELPÍDIO FERNANDES BARBOSA

TÍTULO DO TRABALHO: "Fatores associados com as dificuldades iniciais com a técnica da mamada e o seu impacto na duração do aleitamento materno exclusivo"

ÁREA DE CONCENTRAÇÃO: Saúde Coletiva

LINHA DE PESQUISA: Epidemiologia em Vigilância em Saúde

BANCA (TITULARES)

PROF. DR ANTÔNIO PRATES CALDEIRA (ORIENTADOR/PRESIDENTE)
PROFª DRª LUCINÉIA DE PINHO (COORIENTADORA)
PROFª DRª MARIA DO CARMO TOLENTINO FIGUEIREDO G. SANTOS
PROFª DRª. MARIA FERNANDA SANTOS FIGUEIREDO BRITO

ASSINATURAS

BANCA (SUPLENTE)

PROFª DRª DANIELA ARAÚJO VELOSO POPOFF
PROF. DR. EDUARDO GONÇALVES

ASSINATURAS

APROVADO

REPROVADO

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus e a Nossa Senhora por toda a proteção e iluminação desde o momento da tomada da decisão em iniciar essa missão. Agradeço aos meus familiares, pela compreensão das ausências e pelo incentivo constante para que eu continuasse. Em especial aos meus filhos Ágatha e Isaac, que mesmo sem entender os motivos, me brindavam com um sorriso revigorante a cada momento em que o computador parecia se fazer mais interessante do que a sua presença.

Agradeço à Sâmia, pelo amor e parceria de sempre.

Meus pais, muito obrigado por proporcionar todas as condições para que esse dia chegasse.

Agradeço aos meus colegas do “monte de mestres”, juntos vencemos!

Agradeço aos alunos de iniciação científica, Victor Bruno, Rosemberg dos Anjos, Janeide e Mariane. Sem vocês não teria conseguido. Muito mais aprendi do que ensinei com nossa convivência. Victor, você está pronto!

Agradeço aos professores, em especial aos meus orientadores Dr. Antônio Caldeira e Dra. Lucineia de Pinho.

Às minhas pacientes, eu dedico mais esta conquista.

RESUMO

O leite materno representa o melhor alimento para a criança nos primeiros meses de vida. Apesar das reconhecidas vantagens do aleitamento materno exclusivo, muitas mães ainda têm dificuldades em sua implementação. Fatores sociais, econômicos, educacionais e culturais podem comprometer a amamentação. Mesmo mães interessadas e aptas para amamentar podem ter dificuldades com a técnica da amamentação, que atualmente é reconhecida como um ato socialmente recriado e que precisa ser ensinado às mães pelos profissionais de saúde. Existem poucos estudos que avaliam a influência da técnica da amamentação, incluindo a pega e a postura adequadas sobre os resultados da amamentação exclusiva. Este estudo objetivou estimar a prevalência de dificuldades iniciais com a técnica do aleitamento materno, os fatores associados a tais dificuldades e o impacto desses fatores sobre a duração do aleitamento materno exclusivo em três hospitais de Montes Claros (MG). Trata-se de um estudo em duas etapas. Numa primeira etapa, de corte transversal, abordou-se uma amostra de puérperas e neonatos, ainda na maternidade, para identificar as dificuldades com a técnica da amamentação. Os binômios foram avaliados em alojamento conjunto, entre 18 e 60 horas após o parto. Parte desse grupo foi acompanhada para avaliar a duração do aleitamento materno ao longo de seis meses, sendo coletadas informações acerca do aleitamento materno por via telefônica, aos 15, 30, 60, 90, 120, 150 e 180 dias após a data do parto, com uma variação de mais ou menos cinco dias, o que representou a etapa longitudinal do estudo. Nas maternidades foram avaliados 276 pares. Do total de participantes apenas os binômios residentes no município da pesquisa (175 díades) foram acompanhados de maneira prospectiva. Foi observada uma elevada prevalência de problemas com a técnica da mamada, tendo destaque os problemas com a mama puerperal. A idade materna ($p < 0,001$; OR=4,58; IC95% 2,14-9,84) e a escolaridade da mãe ($p = 0,014$; OR=1,99; IC95% 1,14-3,48), bem como o fato do recém-nascido ter recebido complemento alimentar ainda em ambiente hospitalar ($p = 0,009$; OR=2,13; IC95% 1,21-3,81) foram associados a maior prevalência de problemas com a mama puerperal, sendo que o relato materno de trabalhar fora de casa ($p < 0,001$; OR=0,29; IC95% 0,15-0,55) atuou como fator de proteção. Os fatores associados com a interrupção precoce do aleitamento materno foram idade materna abaixo de 20 anos ($p = 0,014$; RR=3,67; IC95% 0,98-13,74) e baixo nível de escolaridade materno ($p = 0,017$; RR=2,13; IC95% 1,11-4,08), que contribuíram para a redução dos índices de aleitamento materno predominante e exclusivo, respectivamente. A renda familiar menor ou igual a um salário mínimo atuou como fator protetor para a manutenção da amamentação exclusiva ($p = 0,001$; RR=0,36; IC95% 0,18-0,71) ou predominante ($p = 0,011$; RR=0,59; IC95% 0,39-0,90). A avaliação da técnica da mamada, ainda durante a internação pós-parto, utilizada como um critério de alta hospitalar, poderia ser útil na identificação das díades que apresentam alguma dificuldade técnica reversível e que possa comprometer o êxito do processo de amamentação. Esta ação permitiria a realização oportuna de intervenções pertinentes, no sentido de minimizar a interferência negativa de tais dificuldades na duração do aleitamento materno exclusivo.

Palavras-chave: Aleitamento Materno. Desmame Precoce. Saúde Materno-infantil.

ABSTRACT

Breast milk is the best food for infants during their early months of life. Despite the known advantages of exclusive breastfeeding, many mothers still have difficulties in its implementation. Social, economic, educational and cultural factors may affect breastfeeding. Even mothers interested and able to breastfeed may have difficulties with breastfeeding technique, which is currently recognized as a socially recreated act and needs to be taught to mothers by health professionals. There are few studies that evaluate the influence of breastfeeding technique, including the handle and the appropriate position on the results of exclusive breastfeeding. This study aimed to estimate the prevalence of initial difficulties with the technique of breastfeeding, the factors associated with these difficulties and the impact of these factors on the duration of exclusive breastfeeding at three hospitals in Montes Claros (MG). This is a study in two steps. As a first step, a cross-sectional approach, we had a sample of mothers and newborns in the maternity, to identify the difficulties with breastfeeding technique. The binomials were evaluated in rooming-in between 18 and 60 hours after delivery. Part of this group was followed to assess the duration of breastfeeding over six months, and information about breastfeeding was collected by telephone at 15, 30, 60, 90, 120, 150 and 180 days after the date of confinement, with about a five-day variation, representing the longitudinal phase of the study. A total of 276 pairs were evaluated in maternity wards. From this group, only the binomial participants who lived in the municipality of the survey (175 dyads) were followed by prospective survey. A high prevalence of problems with the technique of breastfeeding was observed, highlighting the problems with the puerperal breast. Maternal age ($p < 0.001$; OR=4.58, 95% CI 2.14 to 9.84) and maternal education ($p = 0.014$; OR=1.99, 95% CI 1.14 to 3.48) as well as the food supplement being given to the newborn still in hospital ($p = 0.009$; OR=2.13, 95% CI 1.21 to 3.81) were associated with higher prevalence of problems with the puerperal breast. Therefore, maternal report to mothers working outside from home ($p < 0.001$; OR=0.29, 95% CI 0.15 to 0.55) acted as a protective factor. Factors associated with weaning were maternal age below 20 years old ($p = 0.014$; RR=3.67, 95% CI 0.98 to 13.74) and low level of maternal education ($p = 0.017$; RR=2.13, 95% CI 1.11 to 4.08), which contributed to the reduction of predominant and exclusive breastfeeding rates, respectively. The family income, lower or equal to a minimum wage, acted as a protective factor for the maintenance of both exclusive breastfeeding ($p = 0.001$; RR=0.36, 95% CI 0.18 to 0.71) and dominant breastfeeding ($p = 0.011$; RR 0.59, 95% CI 0.39 to 0.90). The evaluation of the feeding technique, still during postpartum hospitalization, used as a discharge criterion could be useful in identifying the dyads that have some reversible technical difficulty and that could jeopardize the success of breastfeeding. This will allow the timely implementation of appropriate interventions to minimize the negative interference of such difficulties in the duration of exclusive breastfeeding.

Keywords: Breastfeeding, early weaning, maternal and child health.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AM	Aleitamento Materno
AME	Aleitamento Materno Exclusivo
AMP	Aleitamento Materno Predominante
<i>Et al.</i>	E outros (as)
Cols.	Colaboradores
EUA	Estados Unidos da América
HAC	Hospital Amigo da Criança
IC	Intervalo de Confiança
IHAC	Iniciativa Hospital Amigo da Criança
IL	Illinois
Inc.	<i>Incorporation</i>
ml	Mililitro
MG	Minas Gerais
MS	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial de Saúde
OR	<i>Odds Ratio</i>
P. ou Pg.	Página
PN	Pré-natal
RR	Risco Relativo
SC	Santa Catarina
SM	Salário mínimo
SPSS	<i>Statistical Package for the Social Sciences</i>
SUS	Sistema Único de Saúde
Unicef	<i>United Nations Children's Fund</i>
USA	<i>United States of America</i>
WHO	<i>World Health Organization</i>

LISTA DE TABELAS

ARTIGO 1

	Pg
Tabela 1: Características demográficas e sócio-econômicas das puérperas; Montes Claros (MG), 2015	42
Tabela 2: Características gestacionais e de assistência ao pré-natal das puérperas e características dos recém-nasidos; Montes Claros (MG), 2015	43
Tabela 3: Prevalência de condições indicativas de dificuldades iniciais com a técnica da amamentação entre puérperas; Montes Claros (MG), 2015	45
Tabela 4: Associação entre dificuldades para amamentar e variáveis estudadas (Análise bivariada); Montes Claros (MG), 2015	46

ARTIGO 2

	Pg
Tabela 1: Características demográficas e socioeconômicas das mães acompanhadas; Montes Claros (MG), 2015	65
Tabela 2: Características gestacionais e de assistência ao pré-natal das puérperas e características dos recém-nascidos; Montes Claros (MG), 2015	66
Tabela 3: Análise bivariada para fatores associados ao AME até o sexto mês; Montes Claros (MG); 2015	69
Tabela 4: Análise bivariada para fatores associados ao AMP até o sexto mês; Montes Claros (MG), 2015	71

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

	Pg
Figura 1: Ficha de avaliação da mamada (OMS - Unicef)	41
Gráfico 1: Curvas de sobrevida do Aleitamento Materno em Montes Claros (MG), 2015	68

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO E REVISÃO DE LITERATURA	11
1.1 Aspectos gerais do aleitamento materno	11
1.2 Fatores associados com o sucesso do aleitamento materno	13
1.3 Situação atual do aleitamento materno.....	15
1.4 Dificuldades com a prática do aleitamento materno	16
2 OBJETIVOS	19
2.1 Objetivo geral	19
2.2 Objetivos específicos.....	19
3 METODOLOGIA	20
3.1 Tipo de Estudo.....	20
3.2 Local do estudo e população alvo.....	20
3.3 Amostragem e critérios de inclusão/exclusão	20
3.4 Logística do estudo.....	21
3.5 Análise estatística	22
3.6 Aspectos éticos	22
4 PRODUTOS	23
4.1 Artigo 1.....	24
4.2 Artigo 2.....	50
5 CONCLUSÕES	77
6 REFERÊNCIAS	78
7 ANEXO(S) E APÊNDICE(S)	82
7.1 Anexo 1 - Ficha de avaliação da mamada	
7.2 Anexo 2 - Parecer consubstanciado do CEP	
7.3 Apêndice 1 - Formulário de coleta de dados iniciais	
7.4 Apêndice 2 - Formulário de coleta de dados prospectivos	
7.5 Apêndice 3 - Termo de concordância da instituição	
7.6 Apêndice 4 - Termo de consentimento livre e esclarecido	

1 INTRODUÇÃO E REVISÃO DA LITERATURA

1.1 Aspectos gerais do aleitamento materno

A amamentação é um processo que inclui não apenas a alimentação do lactente, mas também a formação de um vínculo afetivo profundo entre o binômio mãe-lactente, o que determina benefícios irrefutáveis a ambos. Por meio desse processo é possível aumentar o espaçamento de idade entre os filhos, reduzir os gastos financeiros da família e da sociedade em geral, já que a utilização de substitutos do leite materno representa um alto custo, se comparado ao aleitamento natural, bem como reduzir o risco do desenvolvimento de determinados tipos de câncer nas mães, contribuindo para a saúde e o bem-estar materno (AGUIAR; SILVA, 2011; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2003).

Para o recém-nascido, o processo de amamentação, além de ser a principal forma de nutrição, também interfere positivamente no decurso do crescimento e desenvolvimento infantil. A evolução correta das estruturas orofaciais (posição adequada dos dentes incisivos, relação intermaxilar sagital e vertical corretas, ausência de protrusão dos lábios) é um bom exemplo da influência positiva que esse processo oferta às crianças, inclusive podendo limitar o aparecimento de maus hábitos orais (SÁNCHEZ-MOLINS *et al.*, 2010).

Desde o início da gestação as mamas começam a ser preparadas para a produção de leite e para a ocorrência da amamentação. Múltiplas são as alterações que as mesmas sofrem, como aumento de tamanho, hipertrofia das glândulas areolares, aumento da pigmentação, de forma que vários hormônios participam desse processo. Na fase I da lactogênese, durante a gestação, os principais hormônios envolvidos são o estrogênio, responsável pela subdivisão dos ductos lactíferos e a progesterona, que participa na formação dos lóbulos. Após o nascimento da criança, tem início a fase II da lactogênese materna com a liberação da prolactina produzida pela hipófise anterior, bem como da ocitocina, produzida pela região hipofisária posterior como resposta à sucção do lactente, levando a contração de células que envolvem os alvéolos mamários e a expulsão do leite neles contido. Nessa fase, na qual ocorre a "descida do leite", a produção do leite é controlada por hormônios e ocorre mesmo sem o estímulo succional do lactente. Após esse período de cerca de três a quatro dias após o parto, inicia-se a terceira e última fase da lactogênese, também chamada de galactopoiese, a qual se mantém por toda a lactação. A fase III é marcada por intensa

dependência da sucção do bebê e do esvaziamento mamário, de forma que quanto maiores forem esses estímulos, maior será a produção do leite materno (BRASIL, 2009, 2012, 2015).

De modo geral, a maioria das mulheres consegue uma boa produção de leite, suficiente para a nutrição de seu filho. Usualmente a produção de leite pela lactante aumenta bastante nos primeiros dias após o parto, passando de 100 ml/dia para cerca de 600ml/dia já no quarto dia após o parto, de maneira que uma nutriz em aleitamento materno exclusivo (AME) produz cerca de 800ml de leite por dia no sexto mês (BRASIL, 2009, 2012, 2015). Normalmente a mãe apresenta uma produção de leite maior do que a necessária para suprir as necessidades dietéticas do lactente, sendo que o mesmo consome em média apenas 67% do leite disponível em uma mamada (KENT *et al.*, 2006).

Durante muito tempo a prática do aleitamento materno (AM) era natural e dependia a sobrevivência da criança. Inclusive, a adoção de "amas de leite" foi considerado por muito tempo uma alternativa para as mães que não podiam amamentar, ou para as crianças cujas mães morreram no parto. Entretanto, a partir de meados do século XX, a prática do aleitamento materno começou a apresentar índices cada vez piores. Esse processo foi decorrente, especialmente, das melhores práticas de conservação e produção industrial, o que proporcionou o desenvolvimento da mamadeira e de fórmulas alimentares infantis, as quais tinham muita publicidade e eram consideradas uma alternativa segura ao aleitamento materno. Associado a isso, a emancipação feminina e a inserção da mulher no mercado de trabalho também tornaram-se fatores limitantes para a prática do aleitamento materno. Atualmente, vários países têm leis que asseguram o direito de amamentação às lactantes e interferem na comercialização de fórmula infantil, que têm um efeito profundo sobre o número de mães que amamentam, pois estão associadas à diminuição da duração do aleitamento materno, e podem levar a problemas de saúde como obesidade infantil, atopia e diabetes mellitus (CAVALHEIRO *et al.*, 2008; FRANÇA *et al.*, 2007; STEVENS, PATRICK; PICKLER, 2009).

O leite materno é o melhor alimento para as crianças de 0 a 6 meses de idade por contemplar todas as necessidades dietéticas de água, proteínas, lipídeos, carboidratos, vitaminas e sais minerais que a criança carece, provendo, também, elementos que protegem a criança contra infecções, como glóbulos brancos e anticorpos maternos. Além disso, o uso desse alimento, de tão fácil acesso, está associado a melhor desempenho escolar, a aumento da produtividade e a melhora do desenvolvimento intelectual e social (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2003).

O aleitamento materno exclusivo é assim definido quando a criança recebe

apenas leite materno ou leite humano de outra fonte, sem outros alimentos sólidos ou líquidos, com exceção de gotas ou xaropes contendo vitaminas, sais de reidratação oral, suplementos minerais ou medicamentos (BRASIL, 2009). A sua prática tem participação de extrema importância na redução da morbimortalidade infantil, diminuindo as chances de desenvolvimento de várias doenças comuns na infância como diarreias e pneumonias, além de reduzir o tempo de recuperação de possíveis doenças (HANIEH *et al.*, 2015; LAMBERTI *et al.*, 2013; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2003). Dessa forma, é preconizado de maneira conjunta, tanto pela Organização Mundial da Saúde (OMS), como pelo Ministério da Saúde (MS), que até os seis meses de idade o leite materno seja o único alimento ofertado às crianças, devendo o seu uso ser estendido até pelo menos os dois anos de idade como alimento complementar (BRASIL, 2009).

1.2 Fatores associados com o sucesso do aleitamento materno

A técnica de amamentação, apesar de ser um reflexo comum ao binômio mãe-lactente, possui suas particularidades e deve ser aprendida para que haja aproveitamento máximo do processo de amamentação para a díade. Para que exista uma boa técnica é necessário que o bebê abocanhe tanto o mamilo como parte da aréola mamária, isso proporciona a formação de um vácuo, indispensável para que essas estruturas permaneçam dentro da boca do bebê. O processo de sucção do leite é feito pela língua que comprime suavemente o mamilo, enquanto a criança mantém um padrão normal de respiração nasal (BRASIL, 2009). A OMS destaca quatro pontos-chave que caracterizam o posicionamento e a pega adequados (BRASIL, 2012, p.126):

Pontos-chave do posicionamento adequado:

- 1 – Rosto do bebê de frente para a mama, com nariz na altura do mamilo.
- 2 – Corpo do bebê próximo ao da mãe.
- 3 – Bebês com cabeça e tronco alinhados (pescoço não torcido).
- 4 – Bebê bem apoiado.

Pontos-chave da pega adequada:

- 1 – Mais aréola visível acima da boca do bebê que embaixo.
 - 2 – Boca bem aberta.
 - 3 – Lábio inferior virado para fora.
 - 4 – Queixo tocando a mama.
-

O desmame precoce, entendido como a interrupção do aleitamento materno exclusivo antes dos seis meses de idade independentemente da justificativa, é uma realidade não apenas no Brasil, mas também em diversos outros países, como a Malásia e o Vietnã (ALINA; MANAN; ISA, 2013; HANIEH *et al.*, 2013). Vários são os prejuízos da introdução precoce de outros alimentos, que não o leite materno, na dieta do lactente, como maior número de diarreias; maior número de hospitalizações por doença respiratória; risco de desnutrição, caso os alimentos ofertados possuam menor teor nutricional que o leite materno; menor absorção de determinados nutrientes, que têm absorção naturalmente facilitada do leite materno e que são importantes ao processo de crescimento e desenvolvimento; menor duração total do aleitamento materno; menor eficácia anticoncepcional da lactação (BRASIL, 2009). Levando isso em consideração, a prática do aleitamento materno foi uma das principais estratégias assumidas para o desafio de um dos "Objetivos do Desenvolvimento do Milênio", a redução da mortalidade de crianças menores de 5 anos de idade, em dois terços, entre 1990 e 2015 (BRASIL, 2012).

Outra estratégia criada para promover, proteger e apoiar o aleitamento materno no mundo foi a Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC), idealizada no início da década de 1990 pela OMS e pelo *United Nations Children's Fund* (Unicef). Trata-se de uma proposta com objetivo de orientar os profissionais que atuam com gestantes e lactantes sobre práticas que possam reduzir os índices do desmame precoce e já é adotada por mais de cento e cinquenta países, inclusive o Brasil. Ela busca não substituir, mas fortalecer e aprimorar as iniciativas nacionais de incentivo ao aleitamento materno, trazendo os "Dez passos para o sucesso do aleitamento materno", que são considerados os critérios mínimos para atender à posição de Hospital Amigo da Criança (HAC)(WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2008, p.11):

DEZ PASSOS PARA O SUCESSO DO ALEITAMENTO MATERNO

- 1- Ter uma política de aleitamento materno escrita que seja rotineiramente transmitida a toda equipe de cuidados de saúde.
 2. Capacitar toda a equipe de cuidados de saúde nas práticas necessárias para implementar esta política.
 3. Informar todas as gestantes sobre os benefícios e o manejo do aleitamento materno.
 4. Ajudar as mães a iniciar o aleitamento materno na primeira meia hora após o nascimento.
 5. Mostrar às mães como amamentar e como manter a lactação mesmo se vierem a ser separadas dos filhos.
 6. Não oferecer a recém-nascidos bebida ou alimento que não seja o leite materno, a não ser que haja indicação médica.
 7. Praticar o alojamento conjunto – permitir que mães e recém-nascidos permaneçam juntos – 24 horas por dia.
 8. Incentivar o aleitamento materno sob livre demanda.
 9. Não oferecer bicos artificiais ou chupetas a crianças amamentadas.
 10. Promover a formação de grupos de apoio à amamentação e encaminhar as mães a esses grupos na alta da maternidade.
-

Alguns estudos apontam que a Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC) tem favorecido as taxas de iniciação, de exclusividade e de duração da prática do aleitamento materno (MERTEN; DRATVA; ACKERMANN-LIEBRICH, 2005; SAADEH; CASANOVAS, 2009). Merten, Dratva e Ackermann-Liebrich (2005) demonstraram que após a inclusão da IHAC, introduzida em 1993 para promover o aleitamento materno na Suíça, houve aumento geral nas taxas de aleitamento materno no país. Foi demonstrado que em 2003 a duração média do aleitamento materno tinha aumentado cerca de 9 semanas em relação aos dados de 1994, sendo que a duração média do aleitamento materno exclusivo foi de 17 semanas, em comparação com 15 semanas em 1994. Além disso, a proporção de crianças alimentadas exclusivamente com leite materno de 0 a 5 meses de idade aumentou de 34%, entre os recém nascidos em hospitais que não adotaram a IHAC, para 42% entre as crianças nascidas em HAC. Dessa forma, é encontrada uma correlação direta entre os índices de aleitamento materno e o nível de conformidade dos hospitais com as diretrizes da Unicef, sendo que a implementação da IHAC é uma ótima maneira de melhorar a saúde e a sobrevivência infantil (MERTEN; DRATVA; ACKERMANN-LIEBRICH, 2005; SAADEH; CASANOVAS, 2009).

1.3 Situação atual do aleitamento materno

O Brasil possui uma das mais avançadas legislações de proteção ao aleitamento materno do mundo, assegurando às mães licença-maternidade de pelo menos 120 dias consecutivos sem prejuízos na remuneração, direito à garantia de emprego durante toda a gestação e até cinco meses após o parto, pausas para amamentação do lactente, entre outros (BRASIL, 2009, 2012). Mas, apesar dos vários incentivos ao processo de amamentação no Brasil, os indicadores do aleitamento materno exclusivo ainda não atingiram os níveis preconizados pela OMS, mesmo que estejam em ascensão (BRASIL, 2001, 2010; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2003).

Após a realização da segunda pesquisa de prevalência de aleitamento materno nas capitais brasileiras e Distrito Federal (DF) em 2008, observou-se que, segundo os parâmetros da OMS, os índices de aleitamento materno na primeira hora de vida foram considerados

"bons" em todas as capitais brasileiras e no DF (considera-se "bom" indicadores entre 50 e 89%). Entretanto, quando foi interpretado os indicadores do AME em menores de seis meses de idade e a duração média do aleitamento materno, constatou-se que em 23 capitais o AME foi considerado "ruim" (considera-se "ruim" indicadores entre 12 e 49%), enquanto que a duração média do aleitamento materno foi tida como "muito ruim" em 26 capitais (considera-se "muito ruim" a duração entre zero e 17 meses), demonstrando que a situação geral dos índices de amamentação no Brasil ainda encontram-se muito aquém do que é desejado (BRASIL, 2009).

Em estudo realizado por Bosi *et al.* (2015), foi demonstrado que os índices de aleitamento materno nos Estados Membros da Região Europeia e da OMS, entre 1998 e 2013, assim como no Brasil, estão longe de atingirem as metas determinadas pela OMS. Entre os estados pesquisados, e que possuíam dados disponíveis, a Grécia foi a que obteve menor taxa de AME até os seis meses de idade, com apenas 0.7% das mães efetuando tal prática, seguida pelo Reino Unido e pela Finlândia, ambos com 1%. Os índices de aleitamento materno até um ano de idade, como alimentação complementar, foram baixos na maioria dos estados, sendo o Tajiquistão o detentor do pior índice (1.3%), seguido pela Grécia (6.4%) e em terceiro lugar Israel e Luxemburgo, ambos com índices de 11.8%.

1.4 Dificuldades com a prática do aleitamento materno

Ainda pouco discutidas pela literatura da área, as dificuldades com a técnica da mamada podem ser um dos principais facilitadores do desmame precoce (AGUIAR; SILVA, 2011; CARVALHAES; CORRÊA, 2003; THULIER; MERCER, 2009). Um estudo transversal realizado em uma maternidade que atende partos de baixo risco pelo Sistema Único de Saúde (SUS) demonstrou que a posição da mãe e do recém-nascido durante a mamada pode estar associada a uma menor duração do aleitamento materno exclusivo (CARVALHAES; CORRÊA, 2003). O posicionamento correto do binômio mãe-lactente durante a amamentação é um passo fundamental para que ocorra a pega adequada, evitando possíveis traumas mamilares que dificultem a amamentação ou até mesmo a faça cessar de maneira precoce (AGUIAR; SILVA, 2011; WEIGERT *et al.*, 2005). A pega inadequada é a principal causa da presença de dor e fissuras mamilares, podendo ser devido ao ato de esfregar a pele da mama contra a boca do lactente ou a forte pressão sobre o mamilo por conta

de uma sucção incorreta (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2009). Nesse sentido, o Unicef, afim de prover auxílio extra, propôs um protocolo de observação do binômio mãe-lactente durante o processo de amamentação como forma de monitorizar e rastrear as principais dificuldades técnicas da mamada (UNITED NATIONS CHILDREN'S FUND, 1993).

As principais dificuldades que são levadas em consideração para o desmame precoce são: a crença das mães de que seus filhos não aceitam o leite materno ou de que o seu leite é produzido em quantidade inferior a demanda do lactente, não sanando suas necessidades dietéticas; ingurgitamento mamário; dor mamilar; fissuras mamárias; obstáculos do lactente durante a amamentação como dificuldade da sucção ou interrupção precoce durante a amamentação (ALINA; MANAN; ISA, 2013; HANIF; MURTAZA; MEMON, 2011; OLIVEIRA *et al.*, 2010). Outras possíveis causas apontadas para que o desmame precoce sobrevenha são: o status matrimonial, a experiência materna e o apoio familiar, o uso de mamadeira e de chupeta, a idade materna no momento do parto, o nível de escolaridade materno, a paridade, os fatores culturais predominantes na região, o tipo de serviço utilizado (público ou privado), a falta de conhecimento sobre os benefícios do aleitamento materno (CAVALHEIRO *et al.*, 2008; DIOGO; SOUZA; ZOCCHÉ, 2011; FRANÇA *et al.*, 2007; THULIER; MERCER, 2009).

Muitos fatores que são suscitados como causas para o desmame precoce podem ser facilmente prevenidos e solucionados com as orientações e manejo corretos. O ingurgitamento mamário que é apontado como uma das três principais causas que afetam a amamentação (HANIF; MURTAZA; MEMON, 2011), por exemplo, pode ser facilmente prevenido e resolvido com a amamentação frequente do lactente e a ordenha mamária. Geralmente esse problema surge alguns dias após a data do parto, quando o leite "desce" e enche as mamas, ao mesmo tempo em que há um aumento do fluxo sanguíneo mamário, de forma que as razões comuns para a sua ocorrência são o início tardio da amamentação e o aleitamento pouco frequente. A mãe sente um desconforto mamário, vivenciando mamas pesadas, edemaciadas, quentes, vermelhas e duras, além de ocorrerem alterações mamilares que podem dificultar a fluidez do leite. Dessa forma, o processo de amamentar reduz a plenitude mamária prevenindo o acúmulo de leite que causa a congestão e o ingurgitamento, fazendo com que haja uma produção de leite ajustada às necessidades do recém-nascido (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2009).

Outro fator apontado como a principal justificativa para interrupção precoce do aleitamento materno é a percepção materna de baixa produção e secreção de leite, alegando

que o mesmo é insuficiente para prover as necessidades nutricionais do seu filho (HANIF; MURTAZA; MEMON, 2011; OLIVEIRA *et al.*, 2009; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2009). Ocasionalmente o bebê pode ter uma baixa ingestão de leite, seja devido a uma produção materna insuficiente ou, mais frequentemente, devido a dificuldades técnicas com o padrão de amamentação, entretanto, na maior parte das vezes, o lactente recebe a quantidade necessária de leite. Choro frequente da criança, parecendo que a mesma não está satisfeita com o leite, extenso tempo de duração da mamada ou alto número de vezes em que o bebê quer amamentar, bem como não ser capaz de expressar seu próprio leite são algumas das justificativas maternas de que há uma baixa ingestão de leite pelo lactente, entretanto, estes sinais/sintomas podem ocorrer por muitas outras razões, não sendo, portanto, os únicos indicativos do baixo consumo alimentar. É importante demonstrar para as mães que os sinais de confiança que demonstram ingestão insuficiente de leite são um baixo ganho de peso, uma baixa produção de urina e presença de fezes negras e pegajosas (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2009). Nesse sentido, o nível de atenção primária à saúde pode ser uma das principais alternativas para que se possa prover orientações a respeito da prática do aleitamento materno, levando em consideração experiências passadas e angústias que as nutrizes possam apresentar, bem como prover auxílio para o tratamento das possíveis causas de desmame precoce relacionados com a mama. A participação multidisciplinar dos profissionais de saúde é, portanto, de extrema importância para que ocorra a promoção de atividades educativas sobre a prática da amamentação (AGUIAR; SILVA, 2011).

Uma avaliação do papel das dificuldades técnicas com a mamada e sua possível influência no processo de aleitamento materno, sobretudo na duração do aleitamento materno exclusivo, justifica a necessidade de estudos que retratem o tema de forma longitudinal; principalmente em um cenário de escassez de publicações com esta metodologia.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo geral:

- Identificar os fatores associados com as dificuldades iniciais com a técnica da mamada e seu impacto na duração do aleitamento materno exclusivo.

2.2 Objetivos específicos:

- Conhecer a prevalência do aleitamento materno exclusivo no puerpério imediato, em amostra representativa de mães em Montes Claros (MG);
- Entender as principais dificuldades iniciais para amamentar, no que tange à técnica adequada das mamadas e a desenvoltura do binômio mãe-lactente no puerpério imediato;
- Identificar os fatores envolvidos no desmame precoce, com ênfase nos aspectos relacionados à técnica da amamentação;
- Avaliar a duração do aleitamento materno exclusivo e possível associação com dificuldades iniciais com a técnica da mamada.

3 METODOLOGIA

3.1 Tipo de estudo

Trata-se de estudo conduzido em duas etapas, uma transversal e outra prospectiva, ambas de caráter observacional e analítica.

3.2 Local do estudo e população alvo

A cidade de Montes Claros, ao norte de Minas Gerais, onde o estudo foi conduzido, conta com três hospitais com o título de Hospital Amigo da Criança e que oferecem serviços de assistência ao parto, cuja clientela é, na sua maioria, usuária do Sistema Único de Saúde (SUS). O estudo avaliou binômios de mães-lactentes no período puerperal imediato, alocados de maneira aleatória nas unidades hospitalares.

3.3 Amostragem e critérios de inclusão/exclusão

O cálculo amostral foi conduzido para definir o número mínimo de pares de alocados para o estudo transversal e foi realizado com base em uma análise da prevalência de dificuldades iniciais com a técnica da amamentação. Para esse cálculo considerou-se uma população de três mil parturientes ao longo de um período de coleta de seis meses, uma prevalência de problemas iniciais com a mama de 20%, um erro amostral de 5% e um nível de confiança de 95%. Ao número encontrado, foi acrescentado o percentual de 10% para eventuais perdas. Assim, o número mínimo de pares abordados deveria ser de 251.

A quantidade total de binômios incluídos no acompanhamento longitudinal foi restrita às mães que residiam no município de Montes Claros, na área urbana.

Foram incluídos os binômios que utilizaram os serviços assistenciais do parto em

um dos três hospitais com serviço de maternidade do município, que foram atendidos pelo SUS, que permaneceram em alojamento conjunto e que receberam alta hospitalar de maneira conjunta (ou tinham previsão de alta conjunta), em uso exclusivo de leite materno e sem prescrição de alimentação complementar. Foram incluídas apenas parturientes com gestação a termo e que estavam em boas condições de saúde para responder ao inquérito inicial. Foram excluídas as mães que tiveram gestação gemelar. Em relação aos recém-nascidos, foram incluídos os que apresentavam boas condições de saúde no momento da entrevista inicial e os que estavam em aleitamento materno exclusivo no momento da visita.

3.4 Logística do estudo

A avaliação inicial dos binômios para a coleta dos dados e avaliação da mamada foi realizada em ambiente de alojamento conjunto, entre 18 e 60 horas após o parto. As avaliações foram conduzidas, exclusivamente, por duas estudantes de enfermagem, previamente treinadas e calibradas, que foram responsáveis pela avaliação inicial e pelos contatos posteriores com as mães, que ocorreram por via telefônica, aos 15, 30, 60, 90, 120, 150 e 180 dias após a data do parto, com uma variação de mais ou menos 5 dias. Para evitar perdas, durante a entrevista inicial, foram colhidos todos os contatos telefônicos alcançáveis para a mãe, incluindo parentes, vizinhos e amigos.

Os dias e os turnos das entrevistas, bem como os hospitais alvo das entrevistas para determinado dia foram designados de forma aleatória, segundo o número de partos em cada instituição. Eram selecionados, no turno visitado, todos os binômios que se adequassem aos critérios do estudo.

O instrumento para a coleta dos dados incluiu um formulário previamente testado (Apêndices 1 e 2), que contemplava variáveis socioeconômicas e demográficas, antecedentes de saúde materno, paridade, dados da assistência pré-natal, da assistência ao parto, da assistência puerperal e ao recém-nascido, bem como os antecedentes lactacionais. Além disso, para avaliação do comportamento do binômio mãe-lactente durante a mamada, foi utilizado o protocolo difundido pela Unicef: "ficha de avaliação da mamada" (Anexo 1), que inclui diversos dados acerca de comportamentos favoráveis e desfavoráveis ao aleitamento materno como a posição do binômio durante a mamada, o estabelecimento de laços afetivos entre a mãe e o lactente, as características anatômicas das mamas, a eficiência da sucção, as respostas

do binômio ao iniciar a amamentação, assim como a duração e a forma de encerramento da mamada. A "ficha de avaliação da mamada" foi preenchida por meio de observação direta do aleitamento materno.

3.5 Análise estatística

Foram construídas curvas de sobrevivência do aleitamento materno com o apoio de planilhas eletrônicas. As análises estatísticas foram conduzidas utilizando o pacote estatístico SPSS (*Statistical Package for Social Sciences*) versão 18 (SPSS Inc., Chicago, IL, USA). Todas as variáveis foram avaliadas de forma descritiva, com apresentação de frequências absolutas e relativas.

Associações entre as variáveis estudadas e o aleitamento materno exclusivo e predominante aos seis meses foram investigadas por meio de análises bivariadas, com uso do qui-quadrado, seguidas de análise múltipla com regressão logística binária. Para análise múltipla foram consideradas todas as associações bivariadas até o nível de 20% ($p < 0,20$), incluindo-se no modelo final apenas as variáveis com nível de significância de 5% ($p < 0,05$), com seus respectivos *Odds Ratio* (OR) ajustada e intervalos de confiança (IC) de 95%.

3.6 Aspectos éticos

O projeto para o estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da instituição sede do estudo sob o parecer de número 844.557 (Anexo 2) e todas as mães participantes concordaram com a pesquisa e assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido (Apêndice 4).

4 PRODUTOS

Em consonância às recomendações do Programa de Mestrado Profissional em Cuidado Primário em Saúde, os resultados do presente estudo serão apresentados em forma de dois artigos científicos.

O artigo “Dificuldades iniciais com a técnica da amamentação e fatores associados à problemas com a mama em puérperas em alojamento conjunto” está formatado segundo as normas da Revista Paulista de Pediatria.

O artigo “Fatores associados com as dificuldades iniciais com a técnica da mamada e o seu impacto na duração do aleitamento materno exclusivo” está formatado segundo as normas do Jornal de Pediatria, da Sociedade Brasileira de Pediatria.

4.1 Artigo 1

Dificuldades iniciais com a técnica da amamentação e fatores associados à problemas com a mama em puérperas em alojamento conjunto

Autores: Gessandro Elpídio Fernandes Barbosa; Victor Bruno da Silva; Janeide Mendes Pereira; Marianne Silva Soares; Rosemberg dos Anjos Medeiros Filho; Lucinéia de Pinho; Antônio Prates Caldeira.

Resumo

Objetivo: Identificar a prevalência de condições que indicam dificuldades iniciais com a técnica da amamentação e os fatores associados com a presença de problemas com a mama em mães no período puerperal.

Métodos: Trata-se estudo transversal, conduzido com 276 binômios mãe-lactente aleatoriamente selecionados entre os atendimentos realizados em maternidades de três Hospitais Amigos da Criança do norte de Minas Gerais. Um protocolo de avaliação da técnica da mamada foi utilizado como instrumento. A associação entre as variáveis estudadas e problemas com a mama foi identificada por meio o teste qui-quadrado seguida de análise de regressão logística, admitindo-se o nível de significância de até 5% ($p < 0,05$).

Resultados: Os principais fatores indicativos de dificuldades iniciais com a técnica da amamentação foram problemas com a pega inadequada (25,0%), com a resposta do bebê ao contato com a mama (26,1%) e os problemas com a mama (28,3%). A idade materna ($p < 0,001$; OR 4,58; IC95% 2,14-9,84) e a escolaridade da mãe ($p < 0,014$; OR 1,99; IC95% 1,14-3,48), bem como o fato do recém-nascido ter recebido complemento alimentar ainda em ambiente hospitalar ($p < 0,009$; OR 2,13; IC95% 1,21-3,81) foram associados a maior

prevalência de problemas com a mama puerperal, sendo que o relato materno de trabalhar fora de casa ($p < 0,001$; OR 0,29; IC95% 0,15-0,55) atuou como fator de proteção.

Conclusão: Problemas com as mamas representaram a principal dificuldade inicial com a técnica da mamada e os fatores associados incluem variáveis demográficas e sociais ligadas à mãe e variáveis relacionadas às rotinas da maternidade.

Palavras-Chave: Aleitamento materno. Transtornos da lactação. Fatores de risco.

Abstract

Objective: To identify the prevalence of conditions that indicate initial difficulties with breastfeeding technique and the factors associated with the presence of problems with the breast in mothers in the postpartum period.

Methods: This cross-sectional study was conducted with 276 randomly selected binomials mother-infant in three Baby-Friendly Hospitals in northern Minas Gerais. A feeding technique evaluation protocol was used as a tool. The association between the variables studied and problems with breast was identified by the chi-square test followed by logistic regression analysis, assuming a significance level of up to 5% ($p < 0.05$).

Results: The main factors indicative of initial difficulties with breastfeeding technique were problems with incorrect attachment (25.0%), with the baby's response to contact with the breast (26.1%) and problems with the breast (28.3%). Maternal age ($p < 0.001$; OR 4.58, 95% CI 2.14 to 9.84) and maternal education ($p < 0.014$; OR 1.99, 95% CI 1.14 to 3.48) as well as the food supplement being given to the newborn still in hospital ($p < 0.009$; OR 2.13, 95% CI 1.21 to 3.81) were associated with higher prevalence of problems with the puerperal breast. Therefore, maternal reports to mothers working outside from home ($p < 0.001$; OR 0.29, 95% CI 0.15 to 0.55) acted as a protective factor.

Conclusion: The problems with the breast is the major initial difficulty with the technique of breastfeeding and associated factors include demographic and social variables related to the mother and variables related to the maternity routines.

Key-words: Breastfeeding. Lactation disorders. Risk factors.

Introdução

A Organização Mundial da Saúde (OMS) recomenda o aleitamento materno exclusivo (AME) por seis meses e complementado até os dois anos ou mais, considerando os benefícios comprovados da prática para mãe e filho¹. O Ministério da Saúde do Brasil divulga a mesma orientação e o país possui uma das mais avançadas legislações de proteção ao aleitamento materno no mundo, garantindo diversos direitos à mulher e propiciando condições favoráveis à amamentação².

Apesar das recomendações e das medidas adotadas, o desmame precoce, compreendido como a interrupção do aleitamento materno ao peito, antes de o lactente ter completado seis meses, independentemente do motivo, ainda é uma realidade frequente e indesejável^{3,4}.

Um aspecto ainda pouco explorado pela literatura nacional e internacional, como facilitador do desmame precoce é relacionado às dificuldades inerentes à técnica da amamentação. Acredita-se que uma má técnica dificultaria a sucção e o esvaziamento da mama, podendo afetar a dinâmica da produção do leite. Como consequência, a mãe pode introduzir precocemente outros alimentos, acarretando assim o desmame⁵⁻⁷.

Existem alguns aspectos muito relevantes no processo de sucção ao seio que devem ser cuidadosamente avaliados pelos profissionais de saúde nas atividades educativas e de promoção da prática da amamentação. Alguns comportamentos observados durante a amamentação ainda na maternidade são considerados indesejáveis e são tidos como fatores de risco para o desmame^{8,9}.

Presença de dor mamilar, de ingurgitamento mamário, de fissuras, de fadiga e de sensação de cansaço são exemplos de condições indicativas de dificuldades com a técnica da amamentação que comumente são citadas no puerpério imediato. Além dessas, outras circunstâncias também interferem negativamente na duração do aleitamento materno, como a presença de dificuldades na pega e na sucção, bebê agitado e percepção de oferta insuficiente de leite pela mãe⁹⁻¹¹.

A OMS juntamente com o *United Nations Children's Fund* (Unicef) recomendam a utilização de uma “ficha de avaliação da mamada” como estratégia de monitorização e identificação dessas dificuldades iniciais para com a técnica da amamentação¹². Embora seja pouco utilizado, esse instrumento permite avaliar comportamentos favoráveis ou não em relação à amamentação, incluindo a postura da mãe e do recém-nascido, as respostas da dupla ao iniciarem a mamada, o estabelecimento de laços afetivos, as características da sucção, as condições anatômicas da mama e a duração e o encerramento da mamada¹²⁻¹⁴.

No presente estudo, buscou-se identificar a prevalência de condições indicativas de dificuldades iniciais com a técnica da amamentação, a partir da utilização da ficha de avaliação da mamada e fatores associados com a presença de problemas com a mama entre mães em puerpério em maternidades de hospitais amigos da criança em uma cidade do Norte de Minas Gerais.

Métodos

Trata-se de um estudo transversal, observacional e analítico, em que foram avaliados pares de mães-neonatos, em puerpério imediato, selecionados mediante sorteio, entre as primeiras 12 a

48 horas de pós-parto.

O estudo foi conduzido em três hospitais, todos com o título de “Hospital Amigo da Criança” ao norte de Minas Gerais. A cidade sede do estudo tem cerca de 390 mil habitantes e é referência macrorregional para vários setores da economia regional e também na área da saúde. A seleção da amostra para o estudo foi aleatória, restrita aos pares de mães-neonatos atendidos pelo Sistema Único de Saúde (SUS), que após assistência ao parto, permaneceram em alojamento conjunto e que apresentavam condições de receber alta hospitalar conjuntamente.

O cálculo amostral foi conduzido para definir o número mínimo de pares de alocados para o estudo, considerando uma população de três mil parturientes ao longo de um período de coleta de seis meses, uma prevalência de problemas com iniciais com a mama de 20%¹³, um erro amostral de 5% e um nível de confiança de 95%. Ao número encontrado, foi acrescido o percentual de 10% para eventuais perdas. Assim, o número mínimo de pares abordados deveria ser de 251. Os dias de coleta de dados em cada hospital foram definidos também de forma aleatória.

Foram considerados critérios de inclusão: parturientes que receberam assistência ao parto em um dos três hospitais do município, com gestação a termo, que estavam em boas condições de saúde para responder ao inquérito inicial. Em relação aos recém-nascidos, foram assumidos como critérios de inclusão, boas condições de saúde, apto para a alta hospitalar e em aleitamento materno exclusivo no momento da alta (o consumo eventual de complemento alimentar na maternidade não foi considerado como interrupção do aleitamento materno exclusivo). Foram considerados critérios de exclusão: as mães que eventualmente não tenham

recebido assistência imediata ao parto (parto domiciliar), mães com gestação gemelar e mães cujos filhos não tenham ficado no regime de alojamento conjunto. Os pares foram avaliados ainda em ambiente hospitalar, em alojamento conjunto, após terem recebido alta conjuntamente, no período entre 12 a 48 horas após o parto.

A alocação dos pares foi feita mediante sorteio de dias, turnos e hospitais, incluindo todas as mães que se adequassem aos critérios do estudo e aceitassem participar. As entrevistas foram conduzidas por alunas de iniciação científica, do curso de enfermagem, previamente treinadas e calibradas.

O instrumento de coleta de dados continha a ficha de avaliação da mamada¹² que contempla, entre outros elementos, a avaliação das mamas, sendo preenchida por observação direta da amamentação. Outras variáveis também foram analisadas no instrumento de coleta de informações: dados sociais e demográficos (idade, cor auto-referida, escolaridade, atividade remunerada, renda familiar, estado civil, quantidade de membros na residência e presença de licença maternidade), dados do recém-nascido (sexo, peso ao nascer, APGAR no 1º e 5º minuto), além de dados referentes aos aspectos gestacionais, à assistência pré-natal e à assistência ao parto e ao puerpério (paridade, tipo de parto, número de consultas pré-natais, informações sobre cuidados com as mamas, permanência em alojamento conjunto entre outros).

Foi utilizado o pacote estatístico *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS), versão 18 (SPSS Inc., Chicago, IL, USA) para análise dos dados. As variáveis foram avaliadas de forma descritiva, com apresentação de frequências absolutas e relativas. Para a etapa analítica do estudo, os problemas com as mamas (fissuras, mamas endurecidas ou esticadas e problemas

com mamilos) foram avaliados de forma conjunta e definidos com uma única variável desfecho (dependente). As variáveis associadas foram identificadas entre as demais características investigadas (independentes) a partir do teste qui-quadrado. As variáveis que se mostraram associadas até o nível de 20% ($p < 0,2$) foram avaliadas conjuntamente por meio da regressão logística binária. Nessa última etapa foram calculados os *Odds Ratio* (OR), com os respectivos intervalos de confiança de 95% (IC95%), considerando-se para o modelo final apenas as variáveis associadas até o nível de 5% ($p < 0,05$).

O estudo foi realizado dentro dos preceitos éticos, com estrita atenção às normas da Resolução 466/2012. O projeto foi apreciado e aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Estadual de Montes Claros com o número 844.557, e todas as mães participantes assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido.

Resultados

Foram avaliadas 276 duplas ou binômios mães-neonatos. A maioria das mães estava na faixa etária dos 20 aos 29 anos e o percentual de mães adolescentes foi de 11,6%. A cor da pele autorreferida predominante foi a parda. Mais da metade das mães relatou renda familiar de até um salário mínimo. Em relação à escolaridade, a maioria referiu ter concluído a faixa de 5 a 8 anos de estudos. Outros aspectos sócio-demográficos estão apresentados na tabela 1.

Em relação às características gestacionais e de assistência ao pré-natal (tabela 2), a maioria das mães era primigesta e 55,1% dos partos foram naturais. O principal sistema de saúde utilizado foi o público. Receberam orientações em relação à amamentação e cuidados com as mamas durante o pré-natal, 57,6% e 55,5%, respectivamente.

Menos da metade dos recém-nascidos foi amamentada nos primeiros trinta minutos após o parto (43,5%) e o uso de complemento alimentar para a criança ainda na maternidade foi referido por 25,0% das mães (tabela 2).

A observação da mamada permitiu identificar condições indicativas de dificuldades iniciais com a técnica em todos os aspectos avaliados, com destaque para a pega inadequada (25,0%), resposta ao contato com a mama (26,1%) e problemas com a mama (28,3%) (tabela 3).

A tabela 4 registra o resultado das análises bivariadas entre as características maternas e assistenciais e a presença de problemas com a mama. As variáveis desta tabela que se mostraram associadas até o nível de 20% ($p < 0,2$) foram avaliadas de forma conjunta e permaneceram no modelo final como variáveis associadas a problemas com a mama: o fato de ser mãe adolescente (OR=3,35; IC95%=1,51-7,44; $p=0,003$), a escolaridade igual ou inferior a oito anos (OR=2,07; IC95%=1,01-4,23; $p=0,048$), o fato de ter recebido complemento alimentar na maternidade (OR=2,36; IC95%=1,40-4,92; $p=0,003$) e o fato de trabalhar fora de casa, que se mostrou como fator de proteção (OR=0,31; IC95%=0,16-0,61; $p=0,001$) com o modelo final de regressão logística.

Discussão

Os resultados obtidos na pesquisa evidenciam uma elevada prevalência de condições indicativas de dificuldades iniciais com a técnica da amamentação. Embora existam poucos trabalhos descritos na literatura com a mesma abordagem, outros autores revelaram também alta prevalência de dificuldades iniciais, utilizando a ficha de avaliação da mamada da Unicef^{8,13-15}. É possível que esse resultado reflita o caráter holístico do instrumento utilizado,

pois a ficha de avaliação da mamada utilizada inclui diversos aspectos, não se limitando somente àqueles relacionados à sucção. Carvalhaes e cols., em trabalho desenvolvido em uma maternidade que atende à partos de baixo risco pelo SUS, avaliando 50 binômios mãe/recém-nascidos, apontou que 18 a 34% dos binômios avaliados apresentaram alguma dificuldade com o início da amamentação em pelo menos um dos aspectos da mamada observada¹³.

Pereira, em 2008, publicou trabalho em que se encontrou uma prevalência de 50% de dificuldades observadas na amamentação ainda na maternidade, numa amostra de 60 díades mães-recém-nascidos¹⁵. Há que se ressaltar que a metodologia do seu trabalho também utilizava a ficha da Unicef, no entanto, em sua pesquisa, algumas mães recebiam orientações quanto à técnica de amamentação por profissionais de saúde já no terceiro trimestre da gestação e este treinamento prévio pode ter influenciado nos números encontrados.

Mosele e cols., também utilizando o protocolo de avaliação do Unicef, demonstraram, a partir da avaliação de 152 binômios mãe/bebê internados em alojamento conjunto, que 55% das duplas apresentaram pelo menos uma dificuldade no aleitamento materno, sendo as principais dificuldades encontradas: “mãe com ombros tensos e inclinada sobre o bebê”, “bebê não mantém a pega da aréola”, “tecido mamário com escoriações, fissuras ou vermelhidão” e “sucção: a boca quase fechada fazendo um bico para frente, lábio inferior voltado para dentro, não se vê a língua do bebê e bochechas tensas ou encovadas”¹⁴.

Classicamente, os problemas com a mama puerperal mais prevalentes, ou seja, o ingurgitamento mamário e as fissuras mamilares ou areolares, são atribuídos a inadequação da posição para amamentar e/ou da pega do bebê ao seio¹⁰. Em estudo caso-controle realizado com mulheres internadas em um Hospital Universitário do estado de São Paulo observou-se

que binômios cujas crianças com pescoço torcido, queixo longe da mama e lábio inferior virado para dentro tiveram uma chance de 1,9 vezes, 2,9 vezes e 4,2 vezes, respectivamente de apresentar algum trauma mamilar durante o aleitamento se comparado com os binômios que demonstraram ausência dessas características⁸. Esses resultados destacam a relevância da utilização da ficha de avaliação da mamada para auxiliar a identificação de problemas com a técnica da amamentação, principalmente os relacionados à pega inadequada, à resposta do bebê ao contato com a mama e aos problemas com a mama.

Problemas com a mama podem comprometer o sucesso do aleitamento materno. Um estudo nacional chegou a identificar uma taxa de incidência de lesões mamilares na maternidade bastante elevadas, de 43,6%⁷. Em estudo prospectivo realizado na Malásia os autores registraram que dificuldades na amamentação devido a problemas com a mama, como fissuras e dor mamilar, apresentaram-se como um fator preditivo importante para a interrupção do aleitamento materno exclusivo¹⁶.

No presente estudo, a opção dos autores foi de avaliar especificamente os fatores associados à presença de problemas com as mamas entre mães em puerpério imediato, ainda nas maternidades, pelo fato de serem as alterações mais facilmente identificadas, tendo pequenas chances de avaliação subjetiva por parte dos avaliadores. Assim, as variáveis que se mostraram associadas à presença de dificuldades com a mama foram a idade e a escolaridade da mãe, o fato do recém-nascido ter recebido complemento alimentar ainda em ambiente hospitalar e o relato da mãe de que trabalhava fora de casa, sendo esse último, um fator de proteção.

Não foram identificados estudos que associam a idade materna e problemas com a mama em lactação. A literatura registra que mães adolescentes amamentam menos seus filhos em relação às demais e também têm mais dificuldades para iniciarem a prática da amamentação¹⁷⁻¹⁹. Todavia, os estudos não se referem a aspectos da mama em lactação para as adolescentes avaliadas. É possível que fatores anatômicos da mama puerperal de adolescentes possam implicar em maior vulnerabilidade para as dificuldades apresentadas, mas esse aspecto não foi avaliado no presente estudo. Considerando que a idade materna é um fator não-modificável para a amamentação, o resultado observado destaca que a promoção de educação a respeito dos cuidados com a mama lactacional devem ser reforçados, com o objetivo de melhorar as práticas de aleitamento materno entre as mulheres mais jovens.

Também não foram identificados artigos científicos correlacionando uso de complemento alimentar ainda em ambiente hospitalar com problemas com a mama, embora já tenha sido observada sua associação com piores escores em na avaliação com uso da ficha de amamentação¹³. Chantry e cols. demonstraram que o uso de suplemento alimentar ainda no hospital estava relacionado à presença de dor ao amamentar²⁰. Não é possível estabelecer uma relação de causa e efeito entre os dois eventos e a associação observada pode ser decorrente do fenômeno de causalidade reversa, isto é, o fato de apresentar problemas com a mama seria o desencadeador da utilização de complemento alimentar ainda na maternidade. De qualquer forma, o consumo de qualquer outro alimento durante os primeiros meses de amamentação, além de ser um importante fator de risco para o desenvolvimento de doenças comuns na infância como pneumonia e doenças diarreicas, também aumenta as chances de desmame precoce por interferir em alguns aspectos da técnica da mamada^{21,22}. Esse fato, ressalta a necessidade de maior rigor das instituições hospitalares na oferta de complementos alimentares para neonatos.

Sobre a associação entre problemas com a mama e o nível de escolaridade materno, registra-se que outros estudos já apontaram uma relação intrínseca entre a prática da amamentação e a escolaridade^{19,23}. Mulheres com maior grau de escolaridade tendem a ter maior motivação para amamentar por mais tempo, talvez por possuírem maior acesso às informações a respeito dos benefícios e vantagens que o aleitamento materno proporciona ao binômio¹⁹. É possível que mulheres com melhor escolaridade também tenham maior motivação para cuidados com as mamas durante a gestação e, por conseguinte, mulheres com baixa escolaridade apresentariam mais problemas com a mama nos momentos iniciais da amamentação.

No presente estudo, foi observado que o relato materno de trabalhar fora de casa atua como um fator protetor para a ocorrência de problemas com a mama puerperal. Apesar de não terem sido encontrados estudos que abordam este tema, a circunstância observada pode ser explicada pelo fato de que as mães que trabalham fora têm maior oportunidade de acesso à informações positivas sobre os cuidados com a mama fora do ambiente domiciliar. Segundo Roig e cols. a oferta de informações relacionadas aos cuidados com as mamas e à técnica de amamentação, oferecidas pelos profissionais de saúde durante a assistência pré-natal, estão intimamente relacionados ao êxito do aleitamento materno; assim como à presença de experiências positivas de amamentações anteriores²⁴. Entretanto, neste estudo não se registrou associação estatisticamente significativa entre o fato da mãe receber orientações durante o pré-natal sobre a amamentação ou mesmo sobre cuidados com a mama e a prevalência de problemas iniciais com a mama no puerpério imediato. Esse fato pode se justificar pela ausência de parâmetros que caracterizassem uma oferta adequada ou não de informações e comunicação entre o pré-natalista e a gestante. O primeiro pode ter passado as orientações, mas sem destaque significativo ao longo das consultas ou, até mesmo pode ter ocorrido a limitação de memória materna em relação a estas orientações, por parte da gestante.

Os resultados do presente estudo devem ser considerados à luz de algumas limitações, como por exemplo o fato de não ter sido levada em consideração as informações em relação às experiências prévias de lactação. Este fato poderia estar associado a uma menor prevalência de dificuldades iniciais em multíparas, mas esse dado não foi isoladamente mensurado. Outra das limitações é o fato de que foram avaliadas apenas puérperas atendidas no Sistema Único de Saúde (SUS), ainda que várias delas tenham recebido assistência pré-natal no sistema privado ou em ambos. Assim, a prevalência das dificuldades iniciais pode ter sido mensurada apenas para os estratos sociais mais inferiores da população e os resultados deste estudo não podem, portanto, ser extrapolados para binômios assistidos pela rede privada ou conveniada de saúde.

A avaliação das dificuldades técnicas da mamada, ainda dentro do ambiente hospitalar, é uma forma simples, sem custos e que não demanda profissional especializado para sua realização, de maneira que poderia ser incorporada aos critérios de alta hospitalar, a fim de identificar e auxiliar os binômios que apresentarem algum impedimento no exercício do processo de amamentação, provendo as devidas orientações que retifiquem essas dificuldades e que fortaleçam o vínculo entre mãe-lactente.

A determinação do impacto das dificuldades iniciais com a técnica da mamada na duração do aleitamento materno exclusivo deverá, agora, ser avaliada com a observação longitudinal dos binômios mãe-filho, o que talvez pode mostrar quais exatamente são os fatores relacionados à técnica da mamada que podem estar associados ao desmame precoce.

Referências

1. World Health Organization. Indicators for assessing breastfeeding practices. Geneva: WHO 2007.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Atenção à saúde do recém-nascido: guia para os profissionais de saúde. - 2. Ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2012.
3. Warkentin S, Taddei JAAC, Viana KJ, Colugnati FAB. Exclusive breastfeeding duration and determinants among Brazilian children under two years of age. *Rev Nutr.* 2013;26(3):259-269.
4. Vieira GO, Reis MR, Vieira TO, Oliveira NF, Silva LR, Giugliani ERJ. Tendência dos indicadores de aleitamento materno em uma cidade do Nordeste brasileiro. *J Pediatr (Rio J)* 2015; 91(3):270-277.
5. França MCT, Giugliani ERJ, Oliveira LD, et al. Uso de mamadeira no primeiro mês de vida: determinantes e influência da técnica de amamentação. *Rev. Saúde Pública.* 2008; 42(4): 607-614.
6. Mannan I, Rahman SM, Sania A, et al. Can early postpartum home visits by trained community health workers improve breastfeeding of newborns. *Journal of Perinatology.* 2008; 28(9): 632-640.
7. Weigert EML, Giugliani ERJ, França MCT, et al. Influência da técnica de amamentação nas frequências de aleitamento materno exclusivo e lesões mamilares no primeiro mês de lactação. *J Pediatr (Rio J).* 2005; 81(4): 310-316.
8. Coca KP, Gamba MA, Silva RS, Abrão ACFV. A posição de amamentar determina o aparecimento do trauma mamilar?. *Rev. Esc. Enferm. USP.* 2009; 43(2): 446-452.
9. Gerd AT, Bergman S, Dahlgren J, et al. Factors associated with discontinuation of breastfeeding before 1 month of age. *Acta Paediatr.* 2012; 101(1): 55-60.

10. Giugliani ERJ. Problemas comuns na lactação e seu manejo. *J Pediatr (Rio J)*. 2004; 80(5):147-154.
11. Mehrparvar S, Varzandeh M. Investigation of decreasing causes exclusive breastfeeding in children below six months old, in Kerman City during 2008-2009. *Journal of Fasa University of Medical Sciences*. 2011; 1(1):45–51.
12. Unicef. Breastfeeding management and promotion in a babyfriendly hospital: an 18-hour course for maternity staff. New York: Unicef; 1993.
13. Carvalhaes MABL, Corrêa CRH. Identificação de dificuldades no início do aleitamento materno mediante aplicação de protocolo. *J Pediatr*. 2003; 79(1):13-20.
14. Mosele PG, Santos JF, Godói VC, Costa FM, Toni PM, Fujinaga CI. Instrumento de avaliação da sucção do recém-nascido com vistas a alimentação ao seio materno. *Rev. CEFAC*. 2014;16(5): 1548-1557.
15. Pereira MA, Levy L, Matos ME, Calheiros JM. Influência da correção da pega no sucesso do Aleitamento Materno: resultados de um estudo experimental. *Rev. Referência*. 2008; II série (6): 27-38.
16. Alina T, Manan W, Isa M. Factors Predicting Early Discontinuation of Exclusive Breastfeeding among Women in Kelantan, Malaysia. *Health and the Environment Journal*. 2013; 4(1): 42-54.
17. Apostolakis-Kyrus K; Valentine C; DeFranco E. Factors associated with breastfeeding initiation in adolescent mothers. *J Pediatr* 2013; 163(5):1489-1494.
18. Sipsma HL; Jones KL; Cole-Lewis H. Breastfeeding among adolescent mothers: a systematic review of interventions from high-income countries. *J Hum Lact* 2015; 31(2):221-229.
19. Faleiros FTV, Trezza EMC, Carandina L. Aleitamento materno: fatores de influência na sua decisão e duração. *Rev. Nutr*. 2006; 19(5): 623-630.

20. Chantry CJ, Dewey KG, Peerson JM, Wagner EA, Nommsen-Rivers LA. In-Hospital Formula Use Increases Early Breastfeeding Cessation Among First-Time Mothers Intending to Exclusively Breastfeed. *J Pediatr*. 2015; 164(6): 1339–1345.
21. Hanieh S, Ha TT, Simpson JA, et al. Exclusive breast feeding in early infancy reduces the risk of inpatient admission for diarrhea and suspected pneumonia in rural Vietnam: a prospective cohort study. *BMC Public Health*. 2015; 15:1166.
22. Lamberti LM, Zakarija-Grković L, Walker CLF, et al. Breastfeeding for reducing the risk of pneumonia morbidity and mortality in children under two: a systematic literature review and meta-analysis. *BMC Public Health*. 2013; 13(3): S18.
23. França GVA, Brunken GS, Silva SM, Escuder MM, Venancio SI. Determinantes da amamentação no primeiro ano de vida em Cuiabá, Mato Grosso. *Ver Saúde Pública*. 2007; 41(5): 711-18.
24. Roig AO, Martínez MR, García JC, Hoyos SP, Navidad GL, Alvarez JCF, Pujalte MMC, et al. Fatores associados ao abandono do aleitamento materno durante os primeiros seis meses de vida. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2010; 18(3): 79-86.

Figura 1 – Ficha de avaliação da mamada (OMS - Unicef)

Comportamentos favoráveis	Comportamentos indicativos de dificuldades
Posição	
<input type="checkbox"/> Mãe relaxada e confortável <input type="checkbox"/> Corpo e cabeça do bebê tocando o peito <input type="checkbox"/> Queixo do bebê tocando o peito <input type="checkbox"/> Nádegas do bebê apoiadas	<input type="checkbox"/> Mãe com ombros tensos e inclinada sobre o bebê <input type="checkbox"/> Corpo do bebê distante do da mãe <input type="checkbox"/> O bebê está com o pescoço virado <input type="checkbox"/> O queixo do bebê não toca o peito
Respostas	
<input type="checkbox"/> O bebê procura o peito quando sente fome <input type="checkbox"/> O bebê roda e busca o peito <input type="checkbox"/> O bebê explora o peito com a língua <input type="checkbox"/> Bebê calmo e alerta ao peito <input type="checkbox"/> Bebê mantém a pega da aréola <input type="checkbox"/> Sinais de ejeção de leite (vazamento, cólicas uterinas, fisgadas)	<input type="checkbox"/> Nenhuma resposta ao peito <input type="checkbox"/> Nenhuma busca observada <input type="checkbox"/> O bebê não está interessado no peito <input type="checkbox"/> Bebê irrequieto ou chorando <input type="checkbox"/> Bebê não mantém a pega da aréola <input type="checkbox"/> Nenhum sinal de ejeção de leite
Estabelecimento de laços afetivos	
<input type="checkbox"/> Mãe segura o bebê no colo com firmeza <input type="checkbox"/> Mãe e bebê mantém contato visual <input type="checkbox"/> Grande quantidade de toques mãe/filho	<input type="checkbox"/> Mãe segura o bebê nervosamente, sacudindo-o, tremendo ou fracamente <input type="checkbox"/> Nenhum contato ocular mãe/filho
Anatomia	
<input type="checkbox"/> Mamas macias e cheias antes da mamada <input type="checkbox"/> Mamilos projetando-se para fora <input type="checkbox"/> Tecido mamário com aparência saudável <input type="checkbox"/> Mamas com aparência arredondada	<input type="checkbox"/> Mamas ingurgitadas e duras <input type="checkbox"/> Mamilos planos ou invertidos <input type="checkbox"/> Tecido mamário com escoriações, fissuras, vermelhidão <input type="checkbox"/> Mamas esticadas ou caídas
Sucção	
<input type="checkbox"/> Boca bem aberta <input type="checkbox"/> Lábio inferior projeta-se para fora <input type="checkbox"/> Língua do bebê assume a forma de um cálice ao redor do bico do peito <input type="checkbox"/> Bochechas de aparência arredondada <input type="checkbox"/> Sucção lenta e profunda com períodos de atividade e pausa <input type="checkbox"/> É possível ver e/ou ouvir a deglutição	<input type="checkbox"/> Boca quase fechada, fazendo um bico para a frente <input type="checkbox"/> Lábio inferior virado para dentro <input type="checkbox"/> Não se vê a língua do bebê <input type="checkbox"/> Bochechas tensas ou encovadas <input type="checkbox"/> Sucções rápidas com estalidos <input type="checkbox"/> Pode-se ouvir barulhos altos, mas não a deglutição

Tabela 1: Características demográficas e sócioeconômicas das puérperas; Montes Claros (MG), 2015

Variáveis	n	%
Idade Materna		
<20 anos	32	11,6
20-29	170	61,6
30-39	69	25,0
≥ 40	5	1,8
Cor Autorreferida		
Branca	43	15,6
Preta	31	11,2
Amarela	16	5,8
Parda	186	67,4
Mãe Trabalha Fora		
Sim	99	35,9
Não	177	64,1
Renda Familiar (em salários mínimos)*		
≤ 1	144	52,2
1-2	67	24,3
> 2	65	23,6
Estado Civil		
Solteira	88	31,9
Casada	181	65,6
Divorciada	7	2,5
Pai mora Junto		
Sim	209	76,6
Não	64	23,4
Escolaridade da Mãe		
< 4	35	12,7
5-8	124	44,9
≥9	117	42,4

Quantas pessoas moram na Casa

≤ 4	184	66,7
5-7	73	26,4
>7	19	6,9

(*) Salário mínimo vigente = R\$ 788,00.

Tabela 2: Características gestacionais e de assistência ao pré-natal das puérperas e características dos recém-nascidos; Montes Claros (MG), 2015

Variáveis	n	%
Relativas às puérperas		
Número de Gestações		
1	120	43,8
2-3	117	42,7
≥4	37	13,5
Tipo de Parto		
Natural	152	55,1
Cesariana	124	44,9
Número de Consultas (pré-natais)		
<6	30	10,9
6-9	170	61,6
>9	76	27,5
Sistema de Saúde durante o PN		
Público	209	78,6
Privado	22	8,3
Ambos	35	13,2
Orientações sobre amamentação no PN		
Sim	159	57,6
Não	117	42,4
Orientação sobre cuidados da mama no PN		
Sim	152	55,5
Não	122	44,5
Orientações sobre AM na maternidade		
Sim	122	42,4
Não	154	55,8
Relativas aos recém-nascidos		
Sexo da Criança		
Masculino	133	48,2

Feminino	143	51,8
Peso ao nascer (gramas)		
< 2500	9	3,3
2500 – 3500	185	67,0
> 3500	82	29,7
APGAR 1 minuto		
≤ 8	193	70,7
9	78	28,6
10	2	0,7
APGAR 5 minutos		
≤8	40	14,7
9	216	79,1
10	17	6,2
Tempo até a primeira mamada (minutos)		
≤ 30	120	43,5
31-60	44	15,9
> 60 minutos	112	40,6
Uso de complemento na Maternidade		
Sim	69	25,0
Não	207	75,0

Tabela 3: Prevalência de condições indicativas de dificuldades iniciais com a técnica da amamentação entre puérperas; Montes Claros (MG), 2015

Condição observada	(n)	(%)
Posição inadequada	44	15,9
Ombros tensos	11	4,0
Bebê distante	11	4,0
Pescoço virado	21	7,6
Queixo não toca o seio	21	7,6
Só ombro e cabeça apoiados	22	8,0
Resposta ao contato com a mama	72	26,1
Nenhuma resposta ao primeiro contato	8	2,9
Nenhuma busca	5	1,8
Bebê não interessado	11	4,0
Bebê inquieto e chorando	23	8,3
Não mantém a pega	25	9,1
Nenhum sinal de ejeção	50	18,1
Pega inadequada	69	25,0
Boca fechada	26	9,4
Lábio inferior voltado para dentro	38	13,8
Língua não visível	44	15,9
Bochechas encovadas	24	8,7
Sucção rápida	23	8,3
Barulho durante a sucção	17	6,2
Problemas com a mama	78	28,3
Mama endurecida	11	4,0
Mamilo plano	28	10,1
Fissura	55	19,9
Mama esticada	7	2,5
Dificuldades afetivas	36	13,0
Mãe segura de forma nervosa	11	4,0
Nenhum contato ocular	16	5,8

Não se tocam

31

11,2

Tabela 4: Associação entre problemas com as mamas para amamentar e variáveis estudadas (Análise bivariada); Montes Claros (MG), 2015

Variáveis	Problemas com as mamas		p valor	OR (IC95%)	
	Sim	Não			
	n	%	n	%	
Idade materna					<0,001
< 20	19	24,4	13	6,6	4,58 (2,14-9,84)
≥20	59	75,6	185	93,4	
Cor da pele auto-referida					0,915
Preta\parda	61	78,2	156	78,8	0,97 (0,51-1,83)
Branca\amarela	17	21,8	42	21,2	
Trabalha fora					<0,001
Sim	14	17,9	85	42,9	0,29 (0,15-0,55)
Não	64	82,1	113	57,1	
Renda familiar 2					0,091
≤2 sal min	65	83,3	146	73,7	1,78 (0,91-3,50)
>2 sal min	13	16,7	52	26,3	
Estado civil					0,811
Solteiras/separadas	26	33,3	69	34,8	0,94 (0,54-1,63)
Casadas	52	66,7	129	65,2	
Sexo da criança					0,671
Masculino	36	46,2	97	49,0	0,89 (0,53-1,51)
Feminino	42	53,8	101	51,0	
Gestações					0,029
Primíparas	42	53,8	78	39,4	1,79 (1,06-3,05)
Múltiparas	36	46,2	120	60,6	
Tipo de parto					0,991
Cesárea	35	44,9	89	44,9	0,99 (0,59-1,69)
Normal	43	55,1	109	55,1	
Pai mora junto					0,136
Não	23	29,5	41	21,0	1,57 (0,87-2,85)

Sim	55	70,5	154	79,0	
Escolaridade					0,014
≤ 8	54	69,2	105	53,0	1,99 (1,14-3,48)
> 8	24	30,8	93	47,0	
Habitantes por domicílio					0,089
> 4	32	41,0	60	30,3	1,60 (0,93-2,76)
≤ 4	46	59,0	138	69,7	
Número de consultas pré-natais					0,541
< 6	10	12,8	20	10,3	1,29 (0,57-2,89)
≥ 6	68	87,2	175	89,3	
Sistema de Saúde					0,175
SUS	66	84,6	153	77,3	1,62 (0,80-3,26)
Privado/Misto	12	15,4	45	22,7	
Orientações sobre amamentação durante o pré-natal					0,979
Não	33	42,3	83	42,1	1,01(0,59-1,71)
Sim	45	57,7	114	57,9	
Orientações sobre cuidados com a mama durante o pré-natal					0,820
Não	33	42,4	89	44,9	0,94 (0,55-1,60)
Sim	43	56,6	109	55,1	
Tempo 1ª mamada					0,981
> 0,5 hora	44	56,4	112	56,6	0,99 (0,58-1,69)
≤ 0,5 hora	34	43,6	86	43,4	
Orientações sobre amamentação na Maternidade					0,898
Não	44	56,4	110	55,6	1,04 (0,61-1,75)
Sim	34	43,6	88	44,4	
RN recebeu complemento alimentar na Maternidade					0,009
Sim	28	35,9	41	20,7	2,13 (1,21-3,81)
Não	50	64,1	157	79,3	

4.2 Artigo 2

Fatores associados com as dificuldades iniciais com a técnica da mamada e o seu impacto na duração do aleitamento materno exclusivo

Autores: Gessandro Elpídio Fernandes Barbosa; Victor Bruno da Silva; Janeide Mendes Pereira; Marianne Silva Soares; Rosemberg dos Anjos Medeiros Filho; Lucinéia de Pinho; Antônio Prates Caldeira.

Resumo

Objetivo: Avaliar, de maneira longitudinal, a influência das dificuldades técnicas da amamentação e sua associação com a duração do aleitamento materno.

Métodos: Realizou-se estudo prospectivo/longitudinal em hospitais amigos da criança que oferecem serviços de assistência ao parto pelo Sistema Único de Saúde. Foram selecionados, de maneira aleatória e avaliados 175 binômios mães-lactentes no puerpério imediato e aos 15, 30, 60, 90, 120, 150 e 180 dias após a data do parto. A “ficha de avaliação da mamada” foi utilizada como instrumento, sendo computadas, também, outras variáveis como dados sócio-demográficos, da assistência pré-natal, da assistência ao parto, ao puerpério e ao recém-nascido. Utilizou-se modelos de regressão logística na análise estatística.

Resultados: Trabalho materno fora de casa ($p=0,027$; RR 2,13; IC95% 1,04-4,34), baixo nível de escolaridade materno ($p=0,017$; RR 2,13; IC95% 1,11-4,08) e presença de problemas mamários ($p=0,030$; RR 2,42; IC95% 1,02-5,83) foram apontados como fatores que diminuem o aleitamento materno exclusivo, enquanto que mãe adolescente ($p=0,014$; RR 3,67; IC95% 0,98-13,74) e problemas mamários ($p=0,000$; RR 4,35; IC95% 1,86-10,15)

foram os limitantes para o aleitamento predominante. A renda familiar menor ou igual a um salário mínimo atuou como fator protetor para que a amamentação, seja ela exclusiva ($p=0,001$; RR 0,36; IC95% 0,18-0,71) ou predominante ($p=0,011$; RR 0,59; IC95% 0,39-0,90), não cessasse.

Conclusões: Dificuldades com a técnica da mamada, principalmente aquelas relacionadas a problemas com a mama puerperal, são fatores que restringem a duração da amamentação. Orientações acerca dos benefícios do aleitamento materno e os danos ocasionados pela sua interrupção, podem ser maneiras para aumentar sua duração.

Palavras-chave: Aleitamento materno. Transtornos da lactação. Fatores de risco.

Abstract

Objective: To evaluate, in a longitudinal way, the influence of the technical difficulties of breastfeeding and its association with the duration of breastfeeding.

Methods: A prospective / longitudinal study was done in baby-friendly hospitals that provide delivery care services by the Unified Health System. A total of 175 mothers-infant binomials were randomly selected and evaluated in the immediate postpartum period and at 15, 30, 60, 90, 120, 150 and 180 days after the date of delivery. The “evaluation form of feeding” was used as a tool, and other variables such as socio-demographic data, prenatal assistance, childbirth assistance, postpartum and newborn care have also been computed. Logistics regression models were used in statistical analysis.

Results: Maternal work outside the home ($p = 0.027$; RR 2.13, 95% CI 1.04 to 4.34), low maternal education ($p = 0.017$; RR 2.13, 95% CI 1.11 to 4.08) and the presence of breast problems ($p = 0.030$; RR 2.42, 95% CI 1.02 to 5.83) were identified as factors that decrease exclusive breastfeeding, while teenage mother ($p = 0.014$; RR 3.67, 95% CI 0.98 to 13.74) and breast problems ($p = 0.000$; RR 4.35, 95% CI 1.86 to 10.15) were the limiting factors for predominant breastfeeding. The family income below or equal to the minimum wage acted as a protective factor for the maintenance of both exclusive breastfeeding ($p = 0.001$; RR 0.36, 95% CI 0.18-0.71) and dominant breastfeeding ($p = 0.011$; RR 0.59; 95% CI 0.39 to 0.90).

Conclusions: Difficulties with the technique of breastfeeding, especially those related to problems with the puerperal breast, are factors that limit the duration of breastfeeding. Guidelines on the benefits of breastfeeding and the damage caused by the interruption may be ways to increase its duration.

Keywords: Breastfeeding. Lactation disorders. Risk factors.

Introdução

A amamentação é um processo que inclui não apenas a alimentação do lactente, mas também a formação de um vínculo afetivo profundo entre o binômio mãe-lactente, o que determina benefícios irrefutáveis a ambos. Por meio desse processo é possível assegurar melhor saúde e proteção para a criança em relação às doenças infecciosas, aumentar o espaçamento de idade entre os filhos, reduzir o risco do desenvolvimento de determinados tipos de câncer nas mães, bem como reduzir os gastos financeiros da família e da sociedade em geral, contribuindo para a saúde e o bem-estar materno^{1,2}.

O leite materno é o melhor alimento para as crianças de 0 a 6 meses de idade, já que contempla todas as necessidades dietéticas de água, proteínas, lipídeos, carboidratos, vitaminas e sais minerais que a criança carece, provendo também elementos que a protege, como glóbulos brancos e anticorpos maternos. O aleitamento materno exclusivo tem participação de extrema importância na redução da morbimortalidade infantil, diminuindo as chances de desenvolvimento de várias doenças comuns na infância como diarreias e pneumonias^{3,4}. A prática do aleitamento materno é preconizada tanto pela Organização Mundial da Saúde (OMS), como pelo BRASIL de maneira exclusiva até os seis meses de idade, devendo o seu uso ser estendido até pelo menos os dois anos de idade como alimento complementar^{5,6}.

O Brasil possui uma das mais avançadas legislações de proteção ao aleitamento materno do mundo, assegurando às mães licença-maternidade de pelo menos 120 dias consecutivos sem prejuízos na remuneração, direito à garantia de emprego durante toda a gestação e até cinco meses após o parto, pausas para amamentação do lactente, entre outros^{5,7}. Apesar dos vários incentivos ao aleitamento materno no Brasil, os indicadores do aleitamento materno exclusivo ainda estão aquém dos níveis desejados^{7,8}.

Ainda que seja pouco discutido, as dificuldades com a técnica da mamada podem ser um dos principais facilitadores do desmame precoce^{9,10}. Um estudo transversal realizado em uma maternidade que atende partos de baixo risco pelo SUS demonstrou que a posição da mãe e do recém-nascido durante a mamada pode estar associado a uma menor duração do aleitamento materno exclusivo⁹. O posicionamento correto do binômio mãe-lactente durante a amamentação é um passo fundamental para que ocorra a pega adequada, evitando possíveis traumas mamilares que dificultem a amamentação ou até mesmo a faça cessar de maneira precoce¹¹. Nesse sentido, o *United Nations Children's Fund* (Unicef), afim de prover auxílio extra, propôs um protocolo de observação do binômio mãe-lactente durante o processo de amamentação como forma de monitorizar e rastrear as principais dificuldades técnicas da mamada¹².

Embora o instrumento proposto seja bastante útil, não existem muitos registros de sua utilização na literatura. Sem uma avaliação criteriosa da técnica da amamentação, os estudos tendem a subestimar o papel das dificuldades iniciais com a mamada. Assim, a importância de uma pega correta, da postura da mãe e do bebê, das condições da mama e do mamilo, das relações afetivas e da resposta do bebê ao contato com o seio são, muitas vezes, desconsideradas na avaliação dos fatores que contribuem com a interrupção precoce do aleitamento materno.

Objetivando avaliar o papel das dificuldades iniciais com a técnica da mamada, este trabalho conduziu uma avaliação longitudinal da prática do aleitamento materno exclusivo (AME), buscando identificar o impacto das principais dificuldades sobre a duração do AME.

Métodos

Trata-se de estudo prospectivo, observacional e analítico realizado entre janeiro a dezembro de 2015 em município do norte de Minas Gerais. A cidade conta com três hospitais com o título de Hospital Amigo da Criança e que oferecem serviços de assistência ao parto, cuja clientela é, na sua maioria, usuária do Sistema Único de Saúde (SUS). O estudo avaliou binômios de mães-lactentes no período puerperal imediato, alocados de maneira aleatória e, contatados posteriormente, para avaliação do padrão de aleitamento materno nos seis primeiros meses.

Foi estudada uma amostra de 175 binômios mães-lactentes, que utilizaram os serviços assistenciais do parto em um dos três hospitais do município, que foram atendidos pelo SUS, que permaneceram em alojamento conjunto e que receberam alta hospitalar de maneira conjunta (ou tinham previsão de alta conjunta), em uso exclusivo de leite materno e sem prescrição de alimentação complementar. Foram incluídas apenas parturientes com gestação a termo residentes na zona urbana do município e que estavam em boas condições de saúde para responder ao inquérito inicial. Foram excluídas as mães que tiveram gestação gemelar. Em relação aos recém-nascidos, foram incluídos os que apresentavam boas condições de saúde no momento da entrevista inicial e os que estavam em aleitamento materno exclusivo no momento da visita, mesmo que tivessem recebido, previamente, complementação alimentar por orientação médica.

Os dias e os turnos das entrevistas, bem como os hospitais alvo das entrevistas para determinado dia foram designados de forma aleatória, segundo o número de partos em cada instituição. Em cada instituição eram selecionados, no turno visitado, todos os binômios que se adequassem aos critérios do estudo.

O estudo foi dividido em duas fases. Na primeira fase realizou-se uma avaliação inicial dos binômios entre 18 e 60 horas após o parto, ainda em ambiente de alojamento conjunto, com coleta de dados acerca da avaliação da mamada, sobre características sociodemográficas, do pré-natal, do parto, do recém-nascido e do puerpério imediato. Na segunda fase, foram coletadas informações por via telefônica sobre o estado do aleitamento materno, o uso de chupetas ou mamadeiras e também sobre as possíveis intercorrências com a mama e com a saúde do lactente. Essas informações foram coletadas aos 15, 30, 60, 90, 120, 150 e 180 dias após a data do parto, com uma variação de mais ou menos 5 dias.

As avaliações foram conduzidas, exclusivamente, por duas estudantes de enfermagem, previamente treinadas e calibradas, que foram responsáveis pela avaliação inicial e pelos contatos posteriores com as mães. Para evitar perdas, durante a entrevista inicial, foram colhidos todos os contatos telefônicos alcançáveis para a mãe, incluindo parentes, vizinhos e amigos.

O instrumento para a coleta dos dados incluiu um formulário previamente testado, que contemplava variáveis socioeconômicas e demográficas, antecedentes de saúde materno, paridade, dados da assistência pré-natal, da assistência ao parto, da assistência puerperal e ao recém-nascido, bem como os antecedentes lactacionais. Além disso, para avaliação do comportamento do binômio mãe-lactente durante a mamada, foi utilizado o protocolo difundido pela Unicef: "ficha de avaliação da mamada", que inclui diversos dados acerca de comportamentos favoráveis e desfavoráveis ao aleitamento materno como a posição do binômio durante a mamada, o estabelecimento de laços afetivos entre a mãe e o lactente, as características anatômicas das mamas, a eficiência da sucção, as respostas do binômio ao iniciar a amamentação, assim como a duração e a forma de encerramento da mamada. A "ficha de avaliação da mamada" foi preenchida por meio de observação direta do aleitamento materno.

Curvas de sobrevivência do aleitamento materno foram construídas com apoio de planilhas eletrônicas. As análises estatísticas foram conduzidas utilizando o pacote estatístico SPSS (Statistical Package for Social Sciences) versão 18 (SPSS Inc., Chicago, IL, USA). Todas as variáveis foram avaliadas de forma descritiva, com apresentação de frequências absolutas e relativas.

Associações entre as variáveis estudadas e o aleitamento materno exclusivo e predominante aos seis meses foram investigadas por meio de análises bivariadas, com uso do qui-quadrado, seguidas de análise múltipla com regressão logística binária. Para análise múltipla foram consideradas todas as associações bivariadas até o nível de 20% ($p < 0,20$), incluindo-se no modelo final apenas as variáveis com nível de significância de 5% ($p < 0,05$), com seus respectivos *Odds Ratio* (OR) ajustada e intervalos de confiança de 95%

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da instituição sede do estudo e todas as mães participantes concordaram com a pesquisa e assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido.

Resultados

Dos 175 binômios mãe-lactente avaliados, a maioria das mães possuía idade entre vinte e vinte nove anos (66,9%), cor da pele auto-referida parda (69,7%), não trabalhava fora (64,6), referiu renda familiar de até um salário mínimo (54,3%) e possuía escolaridade de até oito anos (57,7%). As principais características demográficas e socioeconômicas das mães acompanhadas estão apresentadas na Tabela 1.

As características gestacionais, de assistência pré-natal e dos recém-nascidos são apresentadas na Tabela 2. O percentual de primíparas foi de 42,9%. Observou-se que a grande

maioria das mães recebeu mais de seis consultas de atendimento pré-natal. A proporção de partos operatórios (cesarianas) foi de 46,3%. A maior parte dos recém-nascido apresentou peso entre 2500 e 3500 gramas (69,1%) e o percentual de neonatos amamentados na primeira hora de vida foi de 53,7%. O uso de complemento alimentar infantil ainda na maternidade foi referido por 24,6% das mães participantes do estudo. As principais dificuldades iniciais com a técnica da mamada foram em relação à resposta inadequada do bebê ao contato com mama (20,0%) e problemas com a mama (26,3%).

O gráfico 1 apresenta as curvas de sobrevida do aleitamento materno total, predominante e exclusivo para os seis primeiros meses de vida do grupo acompanhado. Ao completarem 180 dias de vida, 61,2% das crianças ainda amamentavam, sendo que as prevalências do aleitamento materno predominante e exclusivo foram respectivamente de 39,8% e 24,0%, no mesmo período.

As tabelas 3 e 4 apresentam os resultados das análises bivariadas entre características sócio-demográficas maternas, aspectos da assistência pré-natal e puerperal e aleitamento materno exclusivo e predominante aos seis meses, respectivamente. As variáveis que apresentaram um índice de significância de até 20% ($p < 0,20$) foram submetidas a análise conjunta por meio da regressão logística.

As variáveis que, após análise múltipla, se mostraram associadas a maior chance de interrupção do aleitamento materno exclusivo foram: trabalho fora de casa ($p=0,046$; $OR=2,47$; $IC95\%:1,09-6,40$), problemas com a mama ($p=0,004$; $OR=4,95$; $IC95\%:1,65-14,83$), baixa escolaridade ($p=0,021$; $OR=2,81$; $IC95\%:1,17-6,77$) e renda familiar menor que um salário mínimo se mostrou como fator de proteção ($p=0,048$; $OR=0,42$; $IC95\%:0,17-0,97$). Em relação à interrupção do aleitamento materno predominante, as variáveis associadas foram problemas com as mamas ($p < 0,001$; $OR=6,69$; $IC95\%:2,42-18,52$), idade inferior a 20

anos ($p=0,039$; $OR=5,37$; $IC95\%:1,09-26,51$) e a renda familiar menor que um salário mínimo também se mostrou associada, como um fator de proteção ($p=0,004$; $OR=0,36$; $IC95\%:0,18-0,72$).

Discussão

O presente estudo revelou uma elevada frequência de interrupção do aleitamento materno nos primeiros meses de vida entre os binômios associados. Entre os fatores associados à interrupção precoce do tanto do AME como do aleitamento materno predominante (AMP) destacaram-se os problemas com as mamas, observados no puerpério imediato.

Os problemas com a mama lactacional são fatores importantes para a interrupção do AME¹³. Ingurgitamento mamário, mastite, fissura ou ferida mamilar, bem como dor e formação de abscessos mamários são problemas que a lactante pode enfrentar durante o aleitamento materno^{14,15}. Um estudo realizado no sul do Brasil demonstrou que a incidência de lesões mamilares na maternidade chegou a alcançar uma proporção de 43,6%¹¹. Problemas com a mama, como ingurgitamento e dor, estão entre os principais elementos que, segundo a percepção materna, afetam a continuidade do aleitamento materno^{13,16}.

Algumas condições são apontadas como prováveis contribuintes para a ocorrência de problemas mamários. Coca e cols. em estudo caso-controle realizado em um Hospital Universitário entre 2004 e 2005, demonstrou que a posição do binômio bem como a pega adequada durante a mamada podem contribuir para a ocorrência de lesões mamilares, de forma que as variáveis estatisticamente significantes para isso foram: "criança com pescoço torcido, queixo longe da mama e lábio inferior virado para dentro"¹⁷. Outros fatores como ingurgitamento mamário, primeiro filho, mãe sem companheiro e semiprotusão mamilar e/ou

malformação e despigmentação dos mamilos, estão associados a maior ocorrência de trauma mamilar¹⁸.

Outras dificuldades iniciais com a técnica da mamada, como a posição inadequada do binômio mãe/lactente durante a amamentação, os problemas com a pega, com a interação entre mãe e lactente e com a resposta do recém-nascido ao contato com a mama não mostraram associação significativa com a interrupção do aleitamento materno antes do sexto mês, no presente estudo. Todavia, essas dificuldades são reconhecidas e apontadas em outros estudos como variáveis que podem interferir com a prática adequada do aleitamento materno por outros autores^{9,11}.

A frequência de dificuldades iniciais com a técnica da amamentação neste estudo foi inferior ao que registrou o estudo de Carvalhaes e cols., que também utilizaram a ficha de avaliação da mamada da Unicef para computar a frequência de comportamentos desfavoráveis ao aleitamento materno em mulheres atendidas em uma maternidade que acolhe partos de baixo risco pelo Sistema Único de Saúde⁹. É possível que as frequências mais baixas observadas neste estudo sejam decorrentes do fato de todos os binômios terem sido recrutados em Hospitais Amigos da Criança. Alguns estudos apontam que nessas instituições existe um incremento positivo nas taxas relacionadas à prática do aleitamento, como as de iniciação, de exclusividade e de duração da prática do aleitamento materno. Relacionou-se o fato com a capacitação da equipe de saúde, com o incentivo do aleitamento materno na primeira meia hora de nascimento e depois à livre demanda, também com a prática do alojamento conjunto, entre outros¹⁹⁻²¹.

No presente estudo, outros fatores também se mostraram associados com a interrupção do AME: o trabalho materno fora de casa, o baixo nível de escolaridade materno e a baixa renda familiar, sendo que esta se mostrou como fator de proteção.

O trabalho materno fora de casa é um importante fator limitante do AME. De acordo com o estudo de Demétrio e cols. o trabalho da mãe é um importante fator para a interrupção precoce da amamentação²². Corrêa e cols, em estudo realizado na cidade de Florianópolis (SC), demonstraram que as mães que trabalhavam fora do lar possuíam mais chances de introduzir precocemente alimentos na dieta do recém-nascido²³. Essa associação pode estar associada ao menor tempo que as mães permanecem em contato aos seus filhos, diminuindo as oportunidades da prática do AM.

Outros estudos já apontaram a relação intrínseca existente entre o nível de escolaridade materno e a duração do AME^{16,23,24}. De modo geral, mães com baixa escolaridade tendem a uma interrupção mais precoce do aleitamento materno exclusivo. Provavelmente isso decorre de um menor aporte educacional a cerca dos benefícios da amamentação. Tais mães são, assim, mais vulneráveis a influência de comportamentos culturais e comerciais que comprometem ou dificultam o AME.

Deve-se ressaltar que neste trabalho a renda familiar menor ou igual a um salário mínimo atuou como fator protetor para que o AME não cessasse. É possível que isso seja justificado pelo fato de que o aporte nutricional infantil com outras fontes de leite, que não o materno, demandam maior gasto financeiro para a família, estimulando as mães que pertencem a famílias de baixa renda a amamentarem por mais tempo. Foi estimado que, o gasto médio mensal das famílias brasileiras em 2004 com leites artificiais para bebês com até seis meses de idade variou entre 38% a 133% do salário-mínimo, a depender da marca do alimento, demonstrando os altos custos que a interrupção do AME provoca⁵. Vale destacar que crianças amamentadas com fórmulas artificiais apresentam maiores chances de desenvolver alguns tipos de doenças, principalmente as diarreicas e as pneumonias, que também acarretam gastos³⁻⁵.

No presente estudo, os autores também buscaram os fatores associados com a interrupção do AMP, ou seja com a introdução de outros alimentos. Esse fato fundamentou-se no histórico da região, reconhecidamente de clima quente e seco na maior parte do ano, onde as mães associam uso de água ou chás à prática da amamentação. Quase sempre, essas mães não estão preocupadas com os aspectos nutricionais do aleitamento materno e a associação de água e chás é, praticamente, um evento cultural para a região²⁵. As variáveis associadas com a interrupção do AMP foram: problemas com as mamas, idade inferior a 20 anos e renda familiar menor que um salário mínimo, que também se mostrou como um fator de proteção.

Poucos estudos demonstram quais fatores aumentam as chances de interrupção do AMP^{15,26}. Todavia, Hauck e cols., em estudo transversal realizado na Austrália ocidental, observou que mães mais jovens têm maior predisposição para a interrupção de qualquer tipo de aleitamento materno. Ainda nesse mesmo estudo, dor e desconforto ao amamentar estiveram entre os três principais motivos para que as mães descontinuassem a amamentação²⁶. Outro estudo, realizado na China entre 2010 e 2011, verificou que a idade materna inferior a 25 anos foi fator associado a uma menor duração do AM em geral¹⁵. Não foram encontrados outros trabalhos que abordam de forma negativa ou positiva na duração do AMP. Isso reflete a importância que o AME possui nos seis primeiros meses de vida da criança.

Algumas variáveis, já identificadas em outros estudos como associadas ao desmame precoce, não se mostraram associadas à prática do AM nesta pesquisa. O fato da mãe receber orientações durante o pré-natal a respeito do processo de amamentação ou sobre a importância do aleitamento, por exemplo, não tiveram associação estatisticamente significantes com a duração do AM, exclusivo ou predominante. Outros autores já demonstraram que tais orientações são importantes para as mães decidirem sobre início e a continuidade do aleitamento materno, mas não podem se constituir em atividades isoladas e

pontuais²⁷. Dessa forma, os resultados observados apontam para uma insuficiente ação educativa dos profissionais. De fato, não basta apenas falar às mães para amamentarem seus filhos, destacando benefícios da prática. É preciso antecipar situações difíceis, orientar adequadamente sobre a técnica da mamada e apresentar soluções diante de possíveis problemas²⁷.

Algumas limitações deste estudo devem ser consideradas. Não foram analisadas as possíveis experiências prévias lactacionais pelas quais as mães tenham passado. Alguns estudos apontam que existe uma correlação entre a maneira como transcorreu a amamentação em filhos anteriores e o modo como a amamentação prosseguirá com os filhos subsequentes, de forma que experiências positivas passadas, como ausência de problemas mamários, tendem a aumentar o tempo do decurso do aleitamento materno^{28,29}. Outro fator a ser considerado foi o contato prospectivo com as mães via telefônica, abordagem sujeita a limitação da veracidade dos fatos informados, se comparada a um questionamento pessoal, além de dificultar possíveis intervenções. Por outro lado, este é um dos poucos estudos brasileiros com avaliação longitudinal do impacto dos problemas mamários sobre a duração do aleitamento materno exclusivo.

A partir dos resultados encontrados é possível observar que as dificuldades com a técnica da mamada, principalmente àquelas relacionadas a problemas com a mama puerperal, são fatores significativos para que a amamentação seja cessada. Orientar acerca dos benefícios que o leite materno oferece para a díade mãe-lactente, além dos danos que essa interrupção pode ocasionar, são maneiras de aumentar o tempo do aleitamento materno. Mas é importante também que os profissionais sejam habilitados para orientar adequadamente sobre a técnica da mamada, corrigindo problemas e orientando para a resolução de problemas com as mamas puerperais, tanto nos serviços hospitalares, como no nível da atenção primária.

Este estudo atesta que a aplicação de um instrumento para examinar a técnica da mamada, como a ficha proposta pela Unicef, auxilia o manejo adequado do processo de aleitamento materno. A avaliação da técnica de amamentação utilizada pela díade mãe-lactente ainda em ambiente hospitalar, pode permitir a identificação de dificuldades de maneira precoce, o que facilitaria o estabelecimento de intervenções que possam sanar esses obstáculos e estender o tempo do aleitamento materno exclusivo.

Referências

1. Unicef. Global Strategy for Infant and Young Child Feeding. Geneva: World Health Organization; 2003.
2. Victora CG, Bahl R, Barros AJD, França GVA, Horton S, Krasevec J. et al. Breastfeeding in the 21st century: epidemiology, mechanisms, and lifelong effect. *Lancet*. 2016; 387(10017):475–90.
3. Lamberti LM, Zakarija-Grković L, Walker CLF, et al. Breastfeeding for reducing the risk of pneumonia morbidity and mortality in children under two: a systematic literature review and meta-analysis. *BMC Public Health*. 2013; 13(3): S18.
4. Hanieh S, Ha TT, Simpson JA, et al. Exclusive breast feeding in early infancy reduces the risk of inpatient admission for diarrhea and suspected pneumonia in rural Vietnam: a prospective cohort study. *BMC Public Health*. 2015; 15: S1166.
5. 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. n. 23. 112p. (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

6. Unicef. Infant and Young Child Feeding: A tool for assessing national practices, policies and programmes. Geneva: World Health Organization; 2003.
7. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Pesquisa de Prevalência de Aleitamento Materno em Municípios Brasileiros. Brasília: Ministério da Saúde; 2010. 63p.
8. Venancio SI, Escuder MML, Saldiva SRDM, Giugliani ERJ. A prática do aleitamento materno nas capitais brasileiras e Distrito Federal: situação atual e avanços. *J. Pediatr. (Rio J.)*. 2010;86(4): 317-324.
9. Carvalhaes MABL, Corrêa CRH. Identificação de dificuldades no início do aleitamento materno mediante aplicação de protocolo. *J Pediatr (Rio J)*. 2003; 79(1):13-20.
10. Thulier D, Mercer J. Variables Associated With Breastfeeding Duration. *Obstet Gynecol Neonatal Nurs*. 2009; 38(3): 259-268.
11. Weigert EML, Giugliani ERJ, França MCT, et al. Influência da técnica de amamentação nas frequências de aleitamento materno exclusivo e lesões mamilares no primeiro mês de lactação. *J Pediatr (Rio J)*. 2005; 81(4): 310-316.
12. Unicef. Breastfeeding management and promotion in a babyfriendly hospital: an 18-hour course for maternity staff. New York: Unicef; 1993.
13. Buck ML, Amir LH, Cullinane M, Donath SM. Nipple Pain, Damage, and Vasospasm in the First 8 Weeks Postpartum. *Breastfeeding Medicine*. 2014; 9(2): 56-62.
14. Vieira GO, Martins CC, Vieira TO, de Oliveira NF, Silva LR. Factors predicting early discontinuation of exclusive breastfeeding in the first month of life. *J Pediatr (Rio J)*. 2010;86(5):441-444.

15. Tang L, Lee AH, Binns CW. Factors associated with breastfeeding duration: a prospective cohort study in Sichuan Province, China. *World J Pediatr.* 2015;11(3):232-238.
16. Boccolini CS, Carvalho ML, Oliveira MIC. Factors associated with exclusive breastfeeding in the first six months of life in Brazil: a systematic review. *Rev Saúde Pública.* 2015;49:91.
17. Coca KP, Gamba MA, Silva RS, Abrão ACFV. A posição de amamentar determina o aparecimento do trauma mamilar? *Rev Esc Enferm USP.* 2009;43(2):446-452.
18. Coca KP, Gamba MA, Silva RS, Abrão ACFV. Factors associated with nipple trauma in the maternity unit. *Jornal de Pediatria.* 2009;85(4):341-345.
19. World Health Organization - United Nations Children's Fund (Unicef). *Iniciativa Hospital Amigo da Criança: revista, atualizada e ampliada para o cuidado integrado: módulo 1: histórico e implementação.* Brasília: Ministério da saúde, 2008. 78p. Série A. Normas e Manuais Técnicos.
20. Saadeh R, Casanovas C. Implementing and revitalizing the Baby-Friendly Hospital Initiative. *Food and Nutrition Bulletin.* 2009; 30(2):225-229.
21. Merten S, Dratva J, Ackermann-Liebrich U. Do Baby-Friendly Hospital Influence Breastfeeding Duration on a National Level? *Pediatrics.* 2005; 116(5):702-708.
22. Demétrio F, Pinto EJ, Assis AMO. Fatores associados à interrupção precoce do aleitamento materno: um estudo de coorte de nascimento em dois municípios do Recôncavo da Bahia, Brasil. *Cad. Saúde Pública.* 2012; 28(4):641-654.

23. Corrêa EN, Corso ACT, Moreira EAM, Kazapi IAM. Alimentação complementar e características maternas de crianças menores de dois anos de idade em Florianópolis (SC). *Rev Paul Pediatr.* 2009;27(3):258-64.
24. França GVA, Brunken GS, Silva SM, Escuder MM, Venancio SI. Determinantes da amamentação no primeiro ano de vida em Cuiabá, Mato Grosso. *Rev Saúde Pública.* 2007;41(5):711-718.
25. Caldeira AP, Goulart EMA. A situação do aleitamento materno em Montes Claros, Minas Gerais: estudo de uma amostra representativa. *J. pediatr. (Rio J.).* 2000; 76(1):65-72.
26. Hauck YL, Fenwick J, Dhaliwal SS, Butt J. A Western Australian Survey of Breastfeeding Initiation, Prevalence and Early Cessation Patterns. *Matern Child Health J.* 2011;15(2):260-268.
27. Almeida ISA, Pugliesi Y, Rosado LEP. Estratégias de promoção e manutenção do aleitamento materno baseadas em evidência: revisão sistemática. *Femina.* 2015; 43(3): 97-103.
28. Berra S, Sabulsky J, Rajmil L, Passamonte R, Pronsato J, Butinof M. Correlates of breastfeeding duration in an urban cohort from Argentina. *Acta Paediatr.* 2003;92(8):952-957.
29. Roig AO, Martinez MR, Garcia JC, Hoyos SP, Navidad GL, Álvarez JCF, et al. Fatores associados ao abandono do aleitamento materno durante os primeiros seis meses de vida. *Rev latino-Americana de Enfermagem.* 2010;18(3):79-86.

Tabela 1: Características demográficas e socioeconômicas das mães acompanhadas; Montes Claros (MG), 2015

Variáveis	n	%
Idade Materna		
<20 anos	18	10,3
20-29	117	66,9
30-39	39	22,3
≥ 40	1	0,6
Cor Autorreferida		
Branca	20	11,4
Preta	22	12,6
Amarela	11	6,3
Parda	122	69,7
Mãe Trabalha Fora		
Sim	62	35,4
Não	113	64,6
Renda Familiar (em salários mínimos)*		
≤ 1	95	54,3
1-2	45	25,7
> 2	35	20,0
Estado Civil		
Solteira	58	33,1
Casada	113	64,6
Divorciada	4	2,3
Pai mora Junto		
Sim	131	74,7
Não	44	25,1
Escolaridade da Mãe		
< = 4	23	13,1
5-8	78	44,6
≥9	74	42,3

Quantas pessoas moram na Casa

≤ 4	119	68,0
5-7	45	25,7
>7	11	6,3

(*) Salário mínimo vigente = R\$ 788,00

Tabela 2: Características gestacionais e de assistência ao pré-natal das puérperas e características dos recém-nascidos; Montes Claros (MG), 2015

Variáveis	n	%
Relativas às puérperas		
Número de Gestações		
1	75	42,9
2-3	75	42,9
≥4	25	14,2
Tipo de Parto		
Natural	94	53,7
Cesariana	81	46,3
Número de Consultas (pré-natais)		
<6	20	11,4
6-9	109	62,3
>9	46	26,3
Sistema de Saúde durante o PN		
Público	137	78,3
Privado	16	9,1
Ambos	22	12,6
Orientações sobre amamentação no PN		
Sim	102	58,3
Não	73	41,7
Orientação sobre cuidados da mama no PN		
Sim	93	53,1
Não	82	46,9
Orientações sobre AM na maternidade		
Sim	80	45,7
Não	95	54,3
Relativas aos recém-nascidos		
Sexo da Criança		
Masculino	81	46,3

Feminino	94	53,7
Peso ao nascer (gramas)		
< 2500	5	2,9
2500 - 3500	121	69,1
> 3500	49	28,0
APGAR 1 minuto		
≤ 8	118	67,4
9	55	31,4
10	2	1,1
APGAR 5 minutos		
≤8	27	15,4
9	134	76,6
10	14	8,0
Tempo até a primeira mamada (minutos)		
≤ 30	65	37,1
31-60	29	16,6
> 60 minutos	81	46,3
Uso de complemento na Maternidade		
Sim	43	24,6
Não	132	75,4
Dificuldades iniciais		
Posição inadequada	10	5,7
Resposta ao contato com a mama	35	20,0
Pega inadequada	23	13,1
Problemas com a mama	46	26,3
Dificuldades afetivas	11	6,3

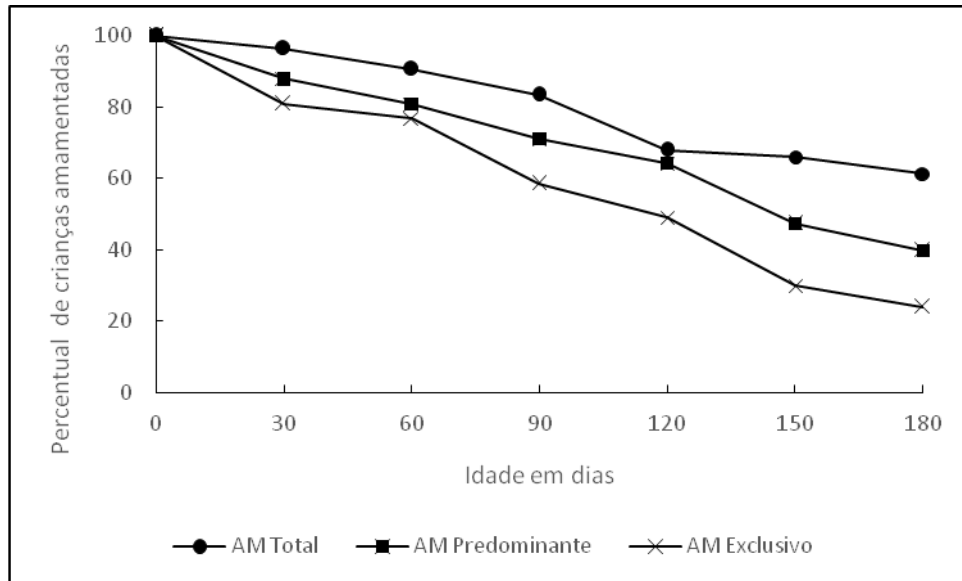


Gráfico 1: Curvas de sobrevivência do Aleitamento Materno em Montes Claros (MG), 2015.

Tabela 3: Análise bivariada para fatores associados ao AME até o sexto mês; Montes Claros (MG); 2015

Variável	AM Exclusivo				p-valor	RR (IC95%)
	Sim		Não			
	(n)	(%)	(n)	(%)		
Idade materna					0,229	
> 20	37	94,9	120	88,2		2,12 (0,56-8,07)
≤ 20	2	5,1	16	11,8		
Trabalha fora					0,027	
Não	31	79,5	82	60,3		2,13 (1,04-4,34)
Sim	8	20,5	54	39,7		
Renda familiar					0,001	
> 1 SM	9	23,1	71	52,2		0,36 (0,18-0,71)
≤ 1 SM	30	76,9	65	47,8		
Tipo de parto					0,702	
Normal	22	56,4	72	52,9		1,11 (0,64-1,95)
Cesárea	17	43,6	64	47,1		
Estado civil					0,945	
Casadas	25	64,1	88	64,7		0,98 (0,55-1,74)
Solteiras	14	35,9	48	35,3		
Escolaridade					0,017	
> 8 anos	29	74,4	72	52,9		2,13 (1,11-4,08)
≤ 8 anos	10	25,6	64	47,1		
Primiparidade					0,529	
Não	24	61,5	76	55,9		1,20 (0,68-2,13)
Sim	15	38,5	60	44,1		
Assistência PN					0,126	
Convênios/Part	5	12,8	33	24,3		0,53 (0,22-1,26)

SUS	34	87,2	103	75,7	
Orientações sobre AM no PN					0,081
Sim	18	46,2	84	61,8	0,61 (0,35-1,07)
Não	21	53,8	52	38,2	
Orientações cuidados com a mama					0,501
Sim	19	48,7	74	54,8	0,83 (0,48-1,44)
Não	20	51,3	61	45,2	
Orientações sobre AM na Maternidade					0,505
Sim	16	41,0	64	47,1	0,83 (0,47-1,45)
Não	23	59,0	72	52,9	
Uso de complemento na maternidade					0,131
Não	33	84,6	99	72,8	1,79 (0,81-3;98)
Sim	6	15,4	37	27,2	
Problemas com a mama					0,030
Não	34	87,2	95	69,9	2,42 (1,02-5,83)
Sim	5	12,8	41	30,1	
Postura para amamentar					0,858
Adequada	37	94,9	128	94,1	1,12 (0,31-3,99)
Inadequada	2	5,1	8	5,9	
Resposta do bebê ao contato com o seio					0,928
Adequada	31	79,5	109	80,1	0,97 (0,49-1,92)
Inadequada	8	20,5	27	19,9	
Pega					0,314
Correta	32	82,1	120	88,2	0,69 (0,35-1,38)
Incorreta	7	17,9	16	11,8	

Tabela 4: Análise bivariada para fatores associados ao AMP até o sexto mês; Montes Claros (MG); 2015

Variável	AM Predominante				p-valor	RR (IC95%)
	Sim		Não			
	(n)	(%)	(n)	(%)		
Idade materna					0,014	
> 20	64	97,0	93	83,3		3,67 (0,98-13,74)
≤ 20	2	3,0	16	14,7		
Trabalha fora					0,901	
Não	43	65,2	70	62,4		1,03 (0,69-1,53)
Sim	23	34,8	39	35,8		
Renda familiar					0,011	
> 1 SM	22	33,3	58	53,2		0,59 (0,39-0,90)
≤ 1 SM	44	66,7	51	46,8		
Tipo de parto					0,864	
Normal	36	54,5	58	53,2		1,03 (0,71-1,52)
Cesárea	30	45,5	51	46,8		
Estado civil					0,598	
Casadas	41	62,1	72	66,1		0,90 (0,61-1,33)
Solteiras	25	37,9	37	33,9		
Escolaridade					0,358	
> 8 anos	41	62,1	60	55,0		1,20 (0,81-1,79)
≤ 8 anos	25	37,9	49	45,0		
Primiparidade					0,685	
Não	39	59,1	51	56,0		1,08 (0,73-1,60)
Sim	27	40,9	48	44,0		
Assistência PN					0,208	
Convênios/Part	11	16,7	27	24,8		0,72 (0,42-1,23)

SUS	55	83,3	82	75,2	
Orientações sobre AM no PN					0,435
Sim	36	54,5	66	60,6	0,86 (0,59-1,26)
Não	30	45,5	43	39,4	
Orientações cuidados com a mama					0,821
Sim	36	54,5	57	52,8	1,04 (0,71-1,53)
Não	30	45,5	51	47,2	
Orientações sobre AM na Maternidade					0,467
Sim	28	42,4	52	47,7	0,87 (0,59-1,29)
Não	38	57,6	57	52,3	
Uso de complemento na maternidade					0,024
Não	56	84,8	76	69,7	1,82 (1,02-3,250)
Sim	10	15,2	33	30,3	
Problemas com a mama					0,000
Não	61	92,4	68	62,4	4,35 (1,86-10,15)
Sim	5	7,6	41	37,6	
Postura para amamentar					0,999
Adequada	62	93,9	103	94,5	0,94 (0,43-2,06)
Inadequada	4	6,1	6	5,5	
Resposta do bebê ao contato com o seio					0,391
Adequada	55	83,3	85	78,0	1,25 (0,74-2,130)
Inadequada	11	16,7	24	22,0	
Pega					0,880
Correta	57	86,4	95	87,2	0,96 (0,55-1,66)
Incorreta	9	13,6	14	12,8	

5 CONCLUSÕES

O aleitamento materno representa um ato de extrema importância para o crescimento e desenvolvimento infantil, principalmente quando se leva em consideração os seis primeiros meses de vida da criança. Vários são os fatores que podem interferir nesse processo, tendo destaque os problemas que envolvem a técnica da mamada, como a posição do binômio mãe-lactente, o estabelecimento de laços afetivos entre ambos, as características da mama puerperal, entre outros.

Por meio deste estudo foi possível concluir que existe uma elevada prevalência de condições indicativas de dificuldades iniciais com a técnica da amamentação. Entre essas condições os problemas com a pega inadequada, com a resposta do recém-nascido ao contato com a mama e os problemas com a mama foram os que apresentaram maior frequência; outrossim a idade e a escolaridade da mãe e o fato do recém-nascido ter recebido complemento alimentar ainda em ambiente hospitalar tiveram associação estatística significativa com a apresentação de problemas mamários. O relato materno de trabalho fora de casa atuou como fator de proteção para o desenvolvimento de problemas com a mama.

Outro resultado importante obtido foi a relação de fatores que interferem na duração do AM. O elemento de maior destaque foram os problemas com a mama puerperal, agindo como fator limitante para a continuação do AM, tanto o exclusivo como o predominante. Outros fatores de restrição da duração do AM também foram apontados, trabalho materno fora de casa e baixo nível de escolaridade da mãe para o AME, e idade materna reduzida para o AMP. A renda familiar menor ou igual a um salário mínimo atuou como fator protetor para que a amamentação exclusiva ou predominante não cessasse.

Diante do exposto, observa-se a necessidade para que exista uma maior atenção por parte dos profissionais de saúde com as mamas das gestantes, de forma a orientá-las durante a gestação e após o parto acerca dos cuidados que devem ter durante a lactação a fim de prevenir o surgimento de problemas. Nesse sentido, a promoção de grupos educacionais entre gestantes e lactantes pode ser um meio de apoio e orientação às mesmas, de forma a estimular a prática do aleitamento materno.

6 REFERÊNCIAS

1. AGUIAR, H; SILVA, A. I. Aleitamento materno a importância de intervir. **Acta Medica Portuguesa**, Portugal, v. 24, p 889-896, 2011.
2. ALINA, T; MANAN, W; ISA, M. Factors Predicting Early Discontinuation of Exclusive Breastfeeding among Women in Kelantan, Malaysia. **Health and the Environment Journal**, Malaysia, v.4, n.1, p 42-54, 2013.
3. BOSI, A. T. B. et al. Breastfeeding practices and policies in WHO European Region Member States. **Public Health Nutrition**, Inglaterra, v.19, n. 4, p 753-764, 2015.
4. BRASIL, Ministério da Saúde. **Pesquisa de prevalência do aleitamento materno nas capitais brasileiras e no Distrito Federal**. Brasília: Ministério da Saúde. 2001. 121p.
5. 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. n. 23. 112p. Série A. Normas e Manuais Técnicos.
6. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **Atenção à saúde do recém-nascido: guia para os profissionais de saúde: cuidados gerais**. Brasília: Ministério da Saúde. 2012. v. 1. 195p. Série A. Normas e Manuais Técnicos.
7. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **II Pesquisa de Prevalência de Aleitamento Materno nas Capitais Brasileiras e Distrito Federal**. Brasília: Ministério da Saúde. 2009. 108p.
8. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **Pesquisa de Prevalência de Aleitamento Materno em Municípios Brasileiros**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. 63p.

9. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde da criança : aleitamento materno e alimentação complementar**. 2. ed. Brasília : Ministério da Saúde, 2015. 184p.
10. CARVALHAES, M. A. B. L; CORRÊA, C. R. H. Identificação de dificuldades no início do aleitamento materno mediante aplicação de protocolo. **Jornal de Pediatria**, Rio de Janeiro, v. 79, n.1, p 13-20, 2003.
11. CAVALHEIRO, M. et al.. Uso de mamadeira no primeiro mês de vida: determinantes e influência na técnica de amamentação. **Revista de Saúde Pública**, Rio Grande do Sul, v.42, n.4, p 607-614, 2008.
12. DIOGO, E. F; SOUZA, T; ZOCHE, D. A. Causas do desmame precoce e suas interfaces com a condição socioeconômica e escolaridade. **Enfermagem em Foco**, Rio Grande do Sul, v. 2, n. 1, p 10-13, 2011.
13. FRANÇA, G. V. A. et al. Determinantes da amamentação no primeiro ano de vida em Cuiabá, Mato Grosso. **Revista de Saúde Pública**, Mato-Grosso, v. 41, n. 5, p 711-718, 2007.
14. HANIEH, S. et al. Exclusive breast feeding in early infancy reduces the risk of inpatient admission for diarrhea and suspected pneumonia in rural Vietnam: a prospective cohort study. **BMC Public Health**, v.15, p 1166, 2015.
15. HANIF, S; MURTAZA, G; MEMON, M. H. Factors Associated with Cessation of Breast Feeding. **Journal of the Dow University of Health Sciences**, Karachi, v. 5, n. 1, p 21-25, 2011.
16. KENT, J. C. et al. Volume and Frequency of Breastfeeding and Fat Content of Breast Milk Throughout the Day. **PEDIATRICS**, v. 117, n. 3, p e387-e395, Março 2006.
17. LAMBERTI, L. M. et al. Breastfeeding for reducing the risk of pneumonia morbidity and mortality in children under two: a systematic literature review and meta-analysis. **BMC Public Health**, v. 13, suppl. 3, S18, 2013.

18. MERTEN, S; DRATVA, J; ACKERMANN-LIEBRICH, U. Do Baby-Friendly Hospital Influence Breastfeeding Duration on a National Level? **PEDIATRICS**, v. 116, n. 5, p 702-708, Nov 2005.
19. OLIVEIRA, J. S. et al. Fatores associados ao desmame precoce entre múltiparas. **Revista Rene**, Fortaleza, v. 11, n. 4, p 95-102, 2010.
20. SAADEH, R; CASANOVAS, C. Implementing and revitalizing the Baby-Friendly Hospital Initiative. **Food and Nutrition Bulletin**, v. 30, n. 2, p 225-229, 2009. Supplement.
21. SÁNCHEZ-MOLINS, M. et al. Comparative study of the craniofacial growth depending on the type of lactation received. **European Journal of Paediatric Dentistry**, Barcelona, v.11, n. 2, p 87-92, 2010.
22. STEVENS, E. E; PATRICK, T. E; PICKLER R. A History of Infant Feeding. **The Journal of Perinatal Education**, v. 18, n. 2, p 32-39, 2009.
23. THULIER, D; MERCER, J. Variables Associated With Breastfeeding Duration. **JOGNN**, USA, v. 38, p 259-268, 2009.
24. UNITED NATIONS CHILDREN'S FUND (Unicef). **Breastfeeding management and promotion in a baby-friendly hospital: an 18-hour course for maternity staff**. Nova York: Unicef, 1993. 70p.
25. WEIGERT, E. M. L. et al. Influência da técnica de amamentação nas frequências de aleitamento materno exclusivo e lesões mamilares no primeiro mês de lactação. **Jornal de Pediatria**, Rio de Janeiro, v. 81, n. 4, p 310-316, 2005.
26. WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Infant and Young Child Feeding: A tool for assessing national practices, policies and programmes**. Geneva: WHO, 2003. 156p.
27. WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Infant and Young child feeding: Model Chapter for textbooks for medical students and allied health professionals**. França: WHO, 2009. 112p.

28. WORLD HEALTH ORGANIZATION; UNITED NATIONS CHILDREN'S FUND (Unicef). **Global Strategy for Infant and Young Child Feeding**. Geneva: WHO, 2003. 37p.

29. WORLD HEALTH ORGANIZATION; UNITED NATIONS CHILDREN'S FUND (Unicef). **Iniciativa Hospital Amigo da Criança**: revista, atualizada e ampliada para o cuidado integrado: módulo 1: histórico e implementação. Brasília: Ministério da saúde, 2008. 78p. Série A. Normas e Manuais Técnicos.

7 ANEXO(S) E APÊNDICE(S)

ANEXO 1 - Ficha de avaliação da mamada

ANEXO 2 - Parecer consubstanciado do CEP

APÊNDICE 1 - Formulário de coleta de dados iniciais

APÊNDICE 2 - Formulário de coleta de dados prospectivos

APÊNDICE 3 - Termo de concordância da Instituição

APÊNDICE 4 - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

7.1 ANEXO 1 - Ficha de avaliação da mamada (OMS - Unicef)

Comportamentos favoráveis	Comportamentos indicativos de dificuldades
Posição	
<input type="checkbox"/> Mãe relaxada e confortável <input type="checkbox"/> Corpo e cabeça do bebê tocando o peito <input type="checkbox"/> Queixo do bebê tocando o peito <input type="checkbox"/> Nádegas do bebê apoiadas	<input type="checkbox"/> Mãe com ombros tensos e inclinada sobre o bebê <input type="checkbox"/> Corpo do bebê distante do da mãe <input type="checkbox"/> O bebê está com o pescoço virado <input type="checkbox"/> O queixo do bebê não toca o peito
Respostas	
<input type="checkbox"/> O bebê procura o peito quando sente fome <input type="checkbox"/> O bebê roda e busca o peito <input type="checkbox"/> O bebê explora o peito com a língua <input type="checkbox"/> Bebê calmo e alerta ao peito <input type="checkbox"/> Bebê mantém a pega da aréola <input type="checkbox"/> Sinais de ejeção de leite (vazamento, cólicas uterinas, físgadas)	<input type="checkbox"/> Nenhuma resposta ao peito <input type="checkbox"/> Nenhuma busca observada <input type="checkbox"/> O bebê não está interessado no peito <input type="checkbox"/> Bebê irrequieto ou chorando <input type="checkbox"/> Bebê não mantém a pega da aréola <input type="checkbox"/> Nenhum sinal de ejeção de leite
Estabelecimento de laços afetivos	
<input type="checkbox"/> Mãe segura o bebê no colo com firmeza <input type="checkbox"/> Mãe e bebê mantém contato visual <input type="checkbox"/> Grande quantidade de toques mãe/filho	<input type="checkbox"/> Mãe segura o bebê nervosamente, sacudindo-o, tremendo ou fracamente <input type="checkbox"/> Nenhum contato ocular mãe/filho
Anatomia	
<input type="checkbox"/> Mamas macias e cheias antes da mamada <input type="checkbox"/> Mamilos projetando-se para fora <input type="checkbox"/> Tecido mamário com aparência saudável <input type="checkbox"/> Mamas com aparência arredondada	<input type="checkbox"/> Mamas ingurgitadas e duras <input type="checkbox"/> Mamilos planos ou invertidos <input type="checkbox"/> Tecido mamário com escoriações, fissuras, vermelhidão <input type="checkbox"/> Mamas esticadas ou caídas
Sucção	
<input type="checkbox"/> Boca bem aberta <input type="checkbox"/> Lábio inferior projeta-se para fora <input type="checkbox"/> Língua do bebê assume a forma de um cálice ao redor do bico do peito <input type="checkbox"/> Bochechas de aparência arredondada <input type="checkbox"/> Sucção lenta e profunda com períodos de atividade e pausa <input type="checkbox"/> É possível ver e/ou ouvir a deglutição	<input type="checkbox"/> Boca quase fechada, fazendo um bico para a frente <input type="checkbox"/> Lábio inferior virado para dentro <input type="checkbox"/> Não se vê a língua do bebê <input type="checkbox"/> Bochechas tensas ou encovadas <input type="checkbox"/> Sucções rápidas com estalidos <input type="checkbox"/> Pode-se ouvir barulho altos, mas não a deglutição

7.2 ANEXO 2 - Parecer consubstanciado do CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Dificuldades iniciais com a técnica da mamada e o seu impacto na duração do aleitamento materno exclusivo: um estudo longitudinal.

Pesquisador: Gessandro Elpidio Fernandes Barbosa

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 36828214.2.0000.5146

Instituição Proponente: Universidade Estadual de Montes Claros - UNIMONTES

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 844.557

Data da Relatoria: 23/10/2014

Apresentação do Projeto:

Apesar das consolidadas recomendações, o desmame precoce, entendido como a interrupção do aleitamento materno ao peito, antes de o lactente ter completado seis meses, independentemente do motivo, é uma realidade indesejável e todos os fatores que possam desencorajar a amamentação devem ser conhecidos e adequadamente enfrentados por uma assistência em saúde holística e eficiente. Apesar das reconhecidas vantagens do aleitamento materno exclusivo, muitas mães ainda têm dificuldades em sua implementação. Fatores sociais, econômicos, educacionais e culturais podem comprometer a amamentação. Mesmo mães interessadas e aptas para amamentar podem ter dificuldades com a técnica da amamentação, que atualmente é reconhecida como um ato socialmente recriado e que precisa ser ensinado às mães pelos profissionais de saúde. Existem poucos estudos que avaliam a influência da pega e da postura adequada sobre os resultados da amamentação exclusiva

Objetivo da Pesquisa:

Avaliar a prevalência de dificuldades iniciais com a técnica do aleitamento materno e o impacto desses fatores sobre a duração do aleitamento materno exclusivo em Montes Claros (MG).

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

A presente pesquisa oferece riscos mínimos ao participante. A quantidade de

contatos/telefonemas a serem respondidos pode ser considerada como um desconforto ou incomodo. Para minimizar esse desconforto os entrevistadores serão devidamente treinados para a abordagem objetiva.

Benefícios:

Considerando a importância do aleitamento materno exclusivo para a saúde materno-infantil esse estudo poderá identificar a força de associação entre as dificuldades iniciais com a técnica de amamentação com a sua duração. Conforme os resultados obtidos com esse estudo poderão sugerir formas de prevenção e sistematização do atendimento ao binômio mãe-lactente.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O estudo se dará nos três hospitais, todos com título de Hospital Amigo da Criança, com amostra aleatória de pares de mães-lactentes, que receberem assistência ao parto, permaneceram em alojamento conjunto e que tenham recebido alta hospitalar conjuntamente. A seleção será feita mediante sorteio, durante as visitas dos entrevistadores (pesquisadores e alunos de iniciação científica previamente treinados), em horários compatíveis com a disponibilidade materna. As mães serão submetidas a uma entrevista através de formulário de coleta de dados previamente testado, estruturado, que atentarão para diversas variáveis relacionadas a dados sociais e demográficos, antecedentes de saúde e comorbidades, paridade, antecedentes lactacionais, dados da assistência pré-natal, da assistência ao parto e ao puerpério, além de investigação sobre o processo de amamentação vigente do binômio mãe-lactente, que será feita através da utilização do protocolo difundido pela Unicef. Os pares serão avaliados ainda em ambiente hospitalar, em regime de alojamento conjunto, após terem recebido alta conjuntamente, no período entre 18 a 30 horas após o parto. Após a alta hospitalar, serão coletadas informações com as mães a respeito da duração da lactação, se ocorre ainda o aleitamento exclusivo, se houve desmame precoce, se houve dificuldades relacionadas ao processo de lactação e quais teriam sido os motivos pelo desmame precoce, quando for o caso. Os dados serão coletados através de contato telefônico ou pessoal, nos dias 15, 30, 60, 120 e 180 após o parto.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Apresenta Folha de Rosto, Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, Termo de Concordância da Instituição para Participação em Pesquisa e Declaração de Recursos Próprios devidamente preenchidos.

Recomendações:

Apresentação do relatório da pesquisa por meio da Plataforma Brasil em “Enviar Notificação”.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

O projeto encontra-se de acordo com as recomendações do CEP/Unimontes

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

MONTES CLAROS, 24 de Outubro de 2014

Assinado por:
Ana Augusta Maciel de Souza
(Coordenador)

7.3 APÊNDICE 1 - Formulário de coleta de dados iniciais

Não faz parte do instrumento de coleta de dados

Questionário número

QUESTION I__I__I__I

Data: ____/____/____

DATA I__I__I I__I__I I__I__I__I

Número de identificação:

Nome da mãe: _____

Endereço (da mãe):

Contatos telefônicos:

Formulário de coleta de dados iniciais

Questionário número: _____	QUESTION I _ I _ I _ I
Data: ____/____/____	DATA I _ I _ II _ I _ II _ I _ I _ I _ I
Quantas horas percorridas pós-parto no momento da entrevista? _____	
Número de identificação: _____	
Qual a sua idade? (idade da mãe) ____ anos.	
<p>Cor auto-referida:</p> <p>() Branca</p> <p>() Preta</p> <p>() Amarela</p> <p>() Parda</p> <p>() Indígena</p>	
Você trabalha fora? (1) Sim (2) Não	
Está sob licença maternidade? (1) Sim (2) Não	
<p>Renda familiar:</p> <p>() Até um salário mínimo</p> <p>() Um salário mínimo</p> <p>() Dois salários mínimos</p> <p>() Três salários mínimos</p> <p>() Quatro salários mínimos</p> <p>() Cinco salários mínimos</p> <p>() Mais de cinco salários mínimos</p>	
<p>Estado Civil:</p> <p>(1) solteiro</p> <p>(2) casada/união estável</p> <p>(3) divorciada</p> <p>(4) viúva</p>	
Nome da criança: (Onde constar “criança” substituir pelo nome) _____	

Sexo: (1) Masculino (2) Feminino
SEXO I__I
Data de nascimento: ____/____/____
DATANASC I__I__I__I__I__I__I
Data da entrevista: ____/____/____
Quantas vezes a senhora ficou grávida? (Se não for a mãe de “criança” não fazer esta pergunta). _____ vezes
Qual o peso de “criança” ao nascimento? Peso: _____ gramas
Qual o tipo de parto da “criança”? (1) Natural (normal) (2) Operatório (cesariano)
O pai da “criança” mora na mesma casa? (1) Sim (2) Não
Até que série a mãe da “criança” estudou? _____ série
Quantas pessoas moram na sua casa? _____
Você fez pré-natal durante a gravidez de “criança”? (1) Sim (2) Não
Quantas consultas? (Em caso de resposta positiva) _____
Qual o sistema de saúde? (Em caso de resposta positiva) () Público () Privado () Ambos
Recebeu alguma informação sobre a importância do leite materno, nas consultas de pré-natal? (1) Sim (2) Não (8) Não fez pré-natal
Recebeu alguma informação sobre o cuidado com as mamas nas consultas de pré-natal? (1) Sim (2) Não (8) Não fez pré-natal
Quais: () exposição ao sol () uso de buchas () não usar cremes () não fazer expressão mamilar () outros: _____

<p>“Criança” foi colocada no peito ainda na sala de parto?</p> <p>(1) Sim (2) Não</p>
<p>Quantas horas se passaram até “criança” mamar pela 1ª vez? _____</p>
<p>Após o nascimento, você e a “criança” ficaram em alojamento conjunto? (Explicar o que significa alojamento conjunto)</p> <p>(1) Sim (2) Não (3) Não nasceu em hospital (9) Sem informações</p>
<p>Recebeu na maternidade alguma informação sobre aleitamento materno?</p> <p>(1) Sim (2) Não (3) Não nasceu em hospital (9) Sem informações</p>
<p>“Criança” recebeu no alojamento conjunto outro tipo de alimento que não fosse o leite materno? (Por exemplo: outro leite que não fosse o da mãe, soro no copinho, chá...).</p> <p>(1) Sim (2) Não (3) Não nasceu em hospital (9) Sem informações</p>
<p>O médico (Pediatra) que examinou “criança” no alojamento conjunto deu alguma orientação sobre a importância do leite materno?</p> <p>(1) Sim (2) Não (3) Não houve exame (9) Sem informações</p>
<p>Qual o índice de APGAR no primeiro minuto? _____</p>
<p>Qual o índice de APGAR no quinto minuto? _____</p>

7.4 APÊNDICE 2 - Formulário de coleta de dados prospectivos

O bebê ainda mama no peito? (1) Sim (2) Não	
Nas últimas 24 horas a “criança” recebeu algum outro alimentos que não fosse o leite materno? (Por exemplo: leite de vaca ou cabra, leite em pó de vaca ou soja, frutas, papinha, etc.) (1) Sim (2) Não	
Se sim, quando começou? ____ meses e ____ dias.	
Se não, a criança mamou no peito até que idade? ____ meses e ____ dias	
A criança começou a receber água, chás ou sucos? (1) Sim (2) Não	
Se sim, em que idade? ____ meses e ____ dias	
A criança esta usando chupeta: (1) Sim (2) Não	_
Se sim, qual a idade da criança quando foi introduzida? _____ dias	_ _
A criança usa mamadeira: (1) Sim (2) Não	_
Se sim, qual a idade da criança quando foi introduzida? _____ dias	_ _
Você teve algumas destas dificuldade(s)? (para os primeiros 30 dias)	
Fissura mamária: (1) Sim (2) Não	
Mamas cheias/ingurgitamento/pedra no seio: (1) Sim (2) Não	_
Mamas doloridas: (1) Sim (2) Não	_
Mastite/abscesso: (1) Sim (2) Não	_
Problemas na “pega”: (1) Sim (2) Não	_

Pouco leite: (1) Sim (2) Não	<input type="checkbox"/>
Outras. _____	
Você recebeu algum tipo de assistência à saúde materno infantil nesse período? (1) consulta puericultura (2) visita domiciliar (3) atendimento de urgência relacionada ao puerpério	
A criança teve algum problema de saúde? Qual? _____	

7.5 APÊNDICE 3 - Termo de concordância da Instituição

TERMO DE CONCORDÂNCIA DA INSTITUIÇÃO PARA PARTICIPAÇÃO EM PESQUISA

Título da pesquisa: Dificuldades iniciais com a técnica da mamada e o seu impacto na duração do aleitamento materno exclusivo: um estudo longitudinal

Instituição onde será realizada a pesquisa: Hospital Universitário Clemente de Faria (HUCF), Montes Claros, MG.

Pesquisador responsável: Prof. Espec. Gessandro Elpídio Fernandes Barbosa

Endereço e telefone: Rua Porto Seguro, nº 1100, Casa 391, Portal das Acácias, Ibituruna, Montes Claros, MG. Telefone: (38) 9103-0001 E-mail: gemasto@hotmail.com

Atenção:

Antes de aceitar participar desta pesquisa, é importante que o responsável pela Instituição leia e compreenda a seguinte explicação sobre os procedimentos propostos. Esta declaração descreve o objetivo, metodologia/ procedimentos, benefícios, riscos, desconfortos e precauções do estudo. Também descreve os procedimentos alternativos que estão disponíveis e o seu direito de interromper o estudo a qualquer momento. Nenhuma garantia ou promessa pode ser feita sobre os resultados do estudo.

1-Objetivo: Avaliar a prevalência de dificuldades iniciais com a técnica do aleitamento materno em um Hospital Amigo da Criança e o impacto desses fatores sobre a duração do aleitamento materno exclusivo.

2- Metodologia/procedimentos: Trata-se de um estudo longitudinal prospectivo, em que serão avaliados pares de mães-lactentes, em puerpério imediato, selecionados mediante sorteio, sendo que as nutrizes serão observadas e entrevistadas ainda em ambiente intra-hospitalar por meio de questionário padronizado. Após a alta, as mães serão novamente entrevistadas sobre a duração do aleitamento materno exclusivo, através de contato telefônico, periodicamente, até os 120 dias de pós-parto

3- Justificativa: Este estudo se justifica por seus resultados poderem contribuir para políticas públicas específicas favoráveis a prevenção de desmame precoce.

4- Benefícios: Considerando a importância do aleitamento materno exclusivo para a saúde materno-infantil esse estudo poderá identificaras a força de associação entre as dificuldades iniciais com a técnica de amamentação com a sua duração. Conforme os resultados obtidos com esse estudo poderão sugerir formas de prevenção e sistematização do atendimento ao binômio mãe-lactente.

5- Desconfortos e riscos: A presente pesquisa oferece riscos mínimos ao participante. A quantidade de contatos/telefonemas a serem respondidos pode ser considerada como um desconforto ou incomodo.

6-Danos: Não há a ocorrência de danos físicos, psíquico, moral, intelectual, social, cultural ou espiritual para os participantes.

7- Metodologia/procedimentos alternativos disponíveis: Não se aplicam.

8- Confidencialidade das informações: Todos os entrevistados terão direito de terem suas identificações e contato telefônicos devidamente preservados.

9- Compensação/indenização: Não se aplicam.

10- Outras informações pertinentes: Não se aplicam.

11- Consentimento:

Li e entendi as informações precedentes. Tive oportunidade de fazer perguntas e todas as minhas dúvidas foram respondidas a contento. Este formulário está sendo assinado voluntariamente por mim, indicando meu consentimento para a participação desta instituição/ empresa, até que eu decida o contrário. Receberei uma cópia assinada deste consentimento. E que o mesmo só poderá ser aprovado nesta instituição após aprovação no Comitê de Ética da Instituição fomentadora da pesquisa.

Nome e cargo do responsável pela instituição

_____ /__/_/____
Assinatura e carimbo do responsável pela instituição Data

Gessandro Elpídio Fernandes Barbosa Nome do pesquisador responsável pela pesquisa

_____ /__/_/____
Assinatura Data

7.5.1 APÊNDICE 3 - Termo de concordância da Instituição

TERMO DE CONCORDÂNCIA DA INSTITUIÇÃO PARA PARTICIPAÇÃO EM PESQUISA

Título da pesquisa: Dificuldades iniciais com a técnica da mamada e o seu impacto na duração do aleitamento materno exclusivo: um estudo longitudinal

Instituição onde será realizada a pesquisa: Hospital Aroldo Tourinho – Fundação Hospitalar de Montes Claros, MG.

Pesquisador responsável: Prof. Espec. Gessandro Elpídio Fernandes Barbosa

Endereço e telefone: Rua Porto Seguro, nº 1100, Casa 391, Portal das Acácias, Ibituruna, Montes Claros, MG. Telefone: (38) 9103-0001 E-mail: gemasto@hotmail.com

Atenção:

Antes de aceitar participar desta pesquisa, é importante que o responsável pela Instituição leia e compreenda a seguinte explicação sobre os procedimentos propostos. Esta declaração descreve o objetivo, metodologia/ procedimentos, benefícios, riscos, desconfortos e precauções do estudo. Também descreve os procedimentos alternativos que estão disponíveis e o seu direito de interromper o estudo a qualquer momento. Nenhuma garantia ou promessa pode ser feita sobre os resultados do estudo.

1-Objetivo: Avaliar a prevalência de dificuldades iniciais com a técnica do aleitamento materno em um Hospital Amigo da Criança e o impacto desses fatores sobre a duração do aleitamento materno exclusivo.

2- Metodologia/procedimentos: Trata-se de um estudo longitudinal prospectivo, em que serão avaliados pares de mães-lactentes, em puerpério imediato, selecionados mediante sorteio, sendo que as nutrizes serão observadas e entrevistadas ainda em ambiente intra-hospitalar por meio de questionário padronizado. Após a alta, as mães serão novamente entrevistadas sobre a duração do aleitamento materno exclusivo, através de contato telefônico, periodicamente, até os 120 dias de pós-parto

3- Justificativa: Este estudo se justifica por seus resultados poderem contribuir para políticas públicas específicas favoráveis a prevenção de desmame precoce.

4- Benefícios: Considerando a importância do aleitamento materno exclusivo para a saúde materno-infantil esse estudo poderá identificaras a força de associação entre as dificuldades iniciais com a técnica de amamentação com a sua duração. Conforme os resultados obtidos com esse estudo poderão sugerir formas de prevenção e sistematização do atendimento ao binômio mãe-lactente.

5- Desconfortos e riscos: A presente pesquisa oferece riscos mínimos ao participante. A quantidade de contatos/telefonemas a serem respondidos pode ser considerada como um desconforto ou incomodo.

6-Danos: Não há a ocorrência de danos físicos, psíquico, moral, intelectual, social, cultural ou espiritual para os participantes.

7- Metodologia/procedimentos alternativos disponíveis: Não se aplicam.

8- Confidencialidade das informações: Todos os entrevistados terão direito de terem suas identificações e contato telefônicos devidamente preservados.

9- Compensação/indenização: Não se aplicam.

10- Outras informações pertinentes: Não se aplicam.

11- Consentimento:

Li e entendi as informações precedentes. Tive oportunidade de fazer perguntas e todas as minhas dúvidas foram respondidas a contento. Este formulário está sendo assinado voluntariamente por mim, indicando meu consentimento para a participação desta instituição/ empresa, até que eu decida o contrário. Receberei uma cópia assinada deste consentimento. E que o mesmo só poderá ser aprovado nesta instituição após aprovação no Comitê de Ética da Instituição fomentadora da pesquisa.

Nome e cargo do responsável pela instituição

_____ /___/___
Assinatura e carimbo do responsável pela instituição Data

Gessandro Elpídio Fernandes Barbosa Nome do pesquisador responsável pela pesquisa

_____ /___/___
Assinatura Data

7.5.2 APÊNDICE 3 - Termo de concordância da Instituição

TERMO DE CONCORDÂNCIA DA INSTITUIÇÃO PARA PARTICIPAÇÃO EM PESQUISA

Título da pesquisa: Dificuldades iniciais com a técnica da mamada e o seu impacto na duração do aleitamento materno exclusivo: um estudo longitudinal

Instituição onde será realizada a pesquisa: Hospital Santa Casa de Montes Claros, MG.

Pesquisador responsável: Prof. Espec. Gessandro Elpídio Fernandes Barbosa

Endereço e telefone: Rua Porto Seguro, nº 1100, Casa 391, Portal das Acácias, Ibituruna, Montes Claros, MG. Telefone: (38) 9103-0001 E-mail: gemasto@hotmail.com

Atenção:

Antes de aceitar participar desta pesquisa, é importante que o responsável pela Instituição leia e compreenda a seguinte explicação sobre os procedimentos propostos. Esta declaração descreve o objetivo, metodologia/ procedimentos, benefícios, riscos, desconfortos e precauções do estudo. Também descreve os procedimentos alternativos que estão disponíveis e o seu direito de interromper o estudo a qualquer momento. Nenhuma garantia ou promessa pode ser feita sobre os resultados do estudo.

1-Objetivo: Avaliar a prevalência de dificuldades iniciais com a técnica do aleitamento materno em um Hospital Amigo da Criança e o impacto desses fatores sobre a duração do aleitamento materno exclusivo.

2- Metodologia/procedimentos: Trata-se de um estudo longitudinal prospectivo, em que serão avaliados pares de mães-lactentes, em puerpério imediato, selecionados mediante sorteio, sendo que as nutrizes serão observadas e entrevistadas ainda em ambiente intra-hospitalar por meio de questionário padronizado. Após a alta, as mães serão novamente entrevistadas sobre a duração do aleitamento materno exclusivo, através de contato telefônico, periodicamente, até os 120 dias de pós-parto

3- Justificativa: Este estudo se justifica por seus resultados poderem contribuir para políticas públicas específicas favoráveis a prevenção de desmame precoce.

4- Benefícios: Considerando a importância do aleitamento materno exclusivo para a saúde materno-infantil esse estudo poderá identificaras a força de associação entre as dificuldades iniciais com a técnica de amamentação com a sua duração. Conforme os resultados obtidos com esse estudo poderão sugerir formas de prevenção e sistematização do atendimento ao binômio mãe-lactente.

5- Desconfortos e riscos: A presente pesquisa oferece riscos mínimos ao participante. A quantidade de contatos/telefonemas a serem respondidos pode ser considerada como um desconforto ou incomodo.

6-Danos: Não há a ocorrência de danos físicos, psíquico, moral, intelectual, social, cultural ou espiritual para os participantes.

7- Metodologia/procedimentos alternativos disponíveis: Não se aplicam.

8- Confidencialidade das informações: Todos os entrevistados terão direito de terem suas identificações e contato telefônicos devidamente preservados.

9- Compensação/indenização: Não se aplicam.

10- Outras informações pertinentes: Não se aplicam.

11- Consentimento:

Li e entendi as informações precedentes. Tive oportunidade de fazer perguntas e todas as minhas dúvidas foram respondidas a contento. Este formulário está sendo assinado voluntariamente por mim, indicando meu consentimento para a participação desta instituição/ empresa, até que eu decida o contrário. Receberei uma cópia assinada deste consentimento. E que o mesmo só poderá ser aprovado nesta instituição após aprovação no Comitê de Ética da Instituição fomentadora da pesquisa.

Nome e cargo do responsável pela instituição

_____ / /
Assinatura e carimbo do responsável pela instituição Data

Gessandro Elpídio Fernandes Barbosa Nome do pesquisador responsável pela pesquisa

_____ / /
Assinatura Data

7.6 APÊNDICE 4 - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Título: Dificuldades iniciais com a técnica da mamada e o seu impacto na duração do aleitamento materno exclusivo: um estudo longitudinal

Instituição promotora: Universidade Estadual de Montes Claros, MG.

Patrocinador: não se aplica

Orientador Responsável: Prof. Dr. Antônio Prates Caldeira

Pesquisador responsável: Prof. Espec. Gessandro Elpídio Fernandes Barbosa

Atenção: Antes de aceitar participar desta pesquisa, é importante que você leia e compreenda a seguinte explicação sobre os procedimentos propostos. Esta declaração descreve o objetivo, metodologia/procedimentos, benefícios, riscos, desconfortos e precauções do estudo, bem como o seu direito de sair do estudo a qualquer momento. Nenhuma garantia ou promessa pode ser feita sobre os resultados do estudo.

1-Objetivo: Avaliar a ocorrência de dificuldades iniciais com a técnica do aleitamento materno em um Hospital Amigo da Criança e o impacto desses fatores sobre a duração do aleitamento materno exclusivo.

2- Metodologia/procedimentos: Trata-se de estudo em que serão avaliados a mãe e o filho no primeiro dia após o parto, durante a amamentação ainda no hospital. Posteriormente por meio de um breve contato telefônico serão feitas perguntas sobre a duração do aleitamento e dificuldades relacionadas nos dias 15, 30, 60, 90 e 120 dias após o parto.

3- Justificativa: Este estudo se justifica por seus resultados poderem contribuir para políticas públicas específicas favoráveis a prevenção de desmame precoce.

4- Benefícios: Considerando a importância do aleitamento materno exclusivo para a saúde materno-infantil esse estudo poderá identificar a força de associação entre as dificuldades iniciais com a técnica de amamentação com a sua duração. Conforme os resultados obtidos com esse estudo poderão sugerir formas de prevenção e sistematização do atendimento ao binômio mãe-lactente.

5- Desconfortos e riscos: A presente pesquisa oferece riscos mínimos ao participante. A quantidade de contatos/telefonemas a serem respondidos pode ser considerada como um desconforto ou incômodo.

6-Danos: Não há a ocorrência de danos físicos, psíquico, moral, intelectual, social, cultural ou espiritual para os participantes.

7- Metodologia/procedimentos alternativos disponíveis: Não se aplicam.

8- Confidencialidade das informações: Todos os entrevistados terão direito de terem suas identificações e contato telefônicos devidamente preservados.

9- Compensação/indenização: Não se aplicam.

10- Outras informações pertinentes: Não se aplicam.

Consentimento:

Li e entendi as informações precedentes. Tive oportunidade de fazer perguntas e todas as minhas dúvidas foram respondidas a contento. Este formulário está sendo assinado voluntariamente por mim, indicando meu consentimento para participar nesta pesquisa, até que eu decida o contrário. Receberei uma cópia assinada deste consentimento.

_____	_____	_____
Nome do participante	Assinatura do participante	Data
_____	_____	_____
Nome da testemunha	Assinatura	Data
Gessandro Elpídio Fernandes Barbosa	_____	_____
Nome do coordenador da pesquisa	Assinatura do coordenador da pesquisa	Data

