



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARA
FACULDADE DE ODONTOLOGIA, FARMÁCIA E ENFERMAGEM
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM**

FRANCISCA NÁDIA FORTE RIOS

**AMAMENTAÇÃO NA PRIMEIRA HORA DE VIDA E SUA MANUTENÇÃO AO
FINAL DO PRIMEIRO MÊS**

**FORTALEZA
2018**

FRANCISCA NÁDIA FORTE RIOS

**AMAMENTAÇÃO NA PRIMEIRA HORA DE VIDA E SUA MANUTENÇÃO AO
FINAL DO PRIMEIRO MÊS**

Monografia apresentada ao Curso de Enfermagem do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal do Ceará, como requisito parcial para obtenção do título de Bacharel em Enfermagem.

Orientadora: Profa. Dra. Ana Kelve de Castro Damasceno

**FORTALEZA
2018**

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação
Universidade Federal do Ceará
Biblioteca Universitária

Gerada automaticamente pelo módulo Catalog, mediante os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

- R453a Rios, Francisca Nádia Forte.
Amamentação na primeira hora de vida e sua manutenção ao final do primeiro mês /
Francisca Nádia Forte Rios. – 2018.
49 f.
- Trabalho de Conclusão de Curso (graduação) – Universidade Federal do Ceará,
Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem, Curso de Enfermagem, Fortaleza,
2018.
Orientação: Profa. Dra. Ana Kelve de Castro Damasceno.
Coorientação: Profa. Ma. Sabrina Magalhães Pedrosa Rocha Pinheiro.
1. Amamentação na primeira hora de vida. 2. Aleitamento materno. 3. Enfermagem. I.
Título.

CDD 610.73

FRANCISCA NÁDIA FORTE RIOS

**AMAMENTAÇÃO NA PRIMEIRA HORA DE VIDA E SUA MANUTENÇÃO AO
FINAL DO PRIMEIRO MÊS**

Monografia apresentada ao Curso de Enfermagem do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal do Ceará, como requisito parcial para obtenção do título de Bacharel em Enfermagem.

Aprovada em: 26/06/2018

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dra. Ana Kelve de Castro Damasceno (Orientador)
Universidade Federal do Ceará (UFC)

Enf. Ma. Sabrina Magalhães Pedrosa Rocha Pinheiro (Co-orientador)
Universidade Federal do Ceará (UFC)

Enf. Laryssa Miranda Vidal Cavalcante Farias
Universidade Federal do Ceará (UFC)

A Deus.

Aos meus pais, Luciano e Olguineide.

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus por todas as oportunidades que me concedeu durante toda a minha vida.

Aos meus pais, Luciano e Olguineide, por sempre estarem ao meu lado e me incentivarem a todo o momento, sem vocês eu nada conseguiria.

Meus agradecimentos sinceros à minha orientadora professora Ana Kelve e minha co-orientadora professora Sabrina por toda a paciência e ensinamentos durante esta empreitada.

Agradeço ao Projeto de Enfermagem na Promoção da Saúde Materna por ter me possibilitado crescimento acadêmico.

Aos meus amigos Conceição, Tennyson e Karine por todo o apoio durante esta jornada.

“A verdadeira viagem de descobrimento não consiste em procurar
novas paisagens, mas em ter novos olhos.”
(Marcel Proust)

RESUMO

O estudo objetivou avaliar a influência da amamentação na primeira hora de vida e a manutenção do aleitamento materno ao final do primeiro mês da criança. Trata-se de um estudo descritivo, longitudinal prospectivo com abordagem quantitativa. Foi desenvolvido no alojamento conjunto de uma maternidade de ensino associada à Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC) e posteriormente através de ligação telefônica. A amostra do estudo foi de 107 binômios mãe-filho. A coleta de dados ocorreu nos meses de abril a junho de 2018, após aprovação do comitê de ética da instituição, com o número do parecer 2.627.891. Os dados foram analisados por meio da estatística descritiva. Foram coletadas informações através de um questionário, ainda na maternidade, acerca dos aspectos sociodemográficos e obstétricos, e após 7 dias e 30 dias de vida da criança através de ligação telefônica sobre problemas mamários, uso de bicos artificiais, visitas domiciliares e a continuidade do aleitamento materno. Os resultados mostraram que a idade das puérperas variou entre 18 e 34 anos (88,8%). A maioria procedente da capital (80,4%). Predominou a escolaridade acima de 9 anos de estudo (68,2%). Prevaleceu as puérperas com renda mensal de até um salário mínimo (61,7%) e sem emprego (68,2%). A maioria referiu ter companheiro (67,3%). 59,8% eram múltiparas e 57% tiveram parto vaginal. Ademais 64 mulheres receberam orientação no pré-natal sobre amamentação ainda na sala de parto. No que concerne aos problemas mamários, a maioria das lactantes apresentaram fissuras mamilares (48,6%) seguido de ingurgitamento mamário (32,7%). Ao que se refere ao uso de bicos artificiais, 42,1% e 33,6% das crianças já estavam fazendo uso de chupeta e mamadeira, respectivamente, ao final do primeiro mês de vida. Apenas 19 puérperas receberam visita do enfermeiro, e 47 receberam do agente comunitário de saúde. Ao término dos primeiros 30 dias após o parto, 97,2% das mulheres ainda estavam amamentando. Concluiu-se que a taxa de mulheres que desmamaram precocemente foi baixa, apesar de que muitas apresentaram fatores dificultadores ao aleitamento materno adequado. É importante ressaltar a relevância da relação mais próxima do enfermeiro com o binômio mãe-filho, através de visitas domiciliares, para que o processo da amamentação seja cumprido como preconizado.

Palavras-Chave: Amamentação na primeira hora de vida, Aleitamento materno, Enfermagem.

ABSTRACT

The objective of this study was to evaluate the influence of the breastfeeding in the first hour of life and the maintaining of breastfeeding in the end of the first month of the child. This is a descriptive, longitudinal prospective and quantitative study. It was developed in joint accommodation belonging to a school maternity associated to Baby-Friendly Hospital Initiative and after through phone call. The study had a sample of 107 mother-child binomial. The data collection took place between the months of April to June 2018, after approval of the ethics committee of the institution, with the number of opinion 2.627.891. Data were analyzed through descriptive statistics. Informations were collected with the use of a questionnaire, still in the maternity, about sociodemographic and obstetrical aspects, and after 7 days and 30 days of child's life through phone call about nipple problems, use of artificial teats, home visits and the breastfeeding continuing. The results showed that the age of the women ranged from 18 and 34 years old (88,8%). The majority came from the capital (80,4%). Predominant schooling was higher than 9 years (68,2%). Prevailed the mothers with monthly income of up to minimum wage (61,7%) and without a job (68,2%). The majority had a partner (67,3%). 59,8% were multiparas and 57% had a vaginal delivery. In addition 64 women received guidance in prenatal about breastfeeding still in the delivery room. About nipple problems, the most of nursing mothers had nipple fissures (48,6%) followed by breast engorgement (32,7%). Regarding artificial teats, 42,1% and 33,6% of children were using pacifiers and bottle feeding, respectively, in the end of first month of life. Only 19 women received nurse's visit, and 47 received community healthy agent's visit. In the end of the first 30 days after delivery, 97,2% of women still were breastfeeding. It was concluded that the rate of women who weaned prematurely was low, although many of them had impediments to the right breastfeeding. It's important to point out the importance of the closer relationship between nurse and mother-child binomial, across home visits, to breastfeeding process be carried out as recommended.

Keywords: Breastfeeding in the first hour of life, Breastfeeding, Nursing.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Distribuição de puérperas segundo suas características sociodemográficas, MEAC, abril a maio de 2018, Fortaleza-CE.....	18
Tabela 2 – Distribuição de puérperas segundo suas características obstétricas, MEAC, abril a maio de 2018, Fortaleza-CE.....	20
Tabela 3 – Distribuição de puérperas segundo orientação quanto a amamentação na primeira hora de vida no pré-natal, MEAC, abril a maio de 2018, Fortaleza-CE.....	22
Tabela 4 – Distribuição de puérperas segundo problemas mamários, maio de 2018, Fortaleza-CE.....	23
Tabela 5 – Distribuição de crianças segundo a utilização de bicos artificiais no período de 7 dias e 30 dias de vida, maio de 2018, Fortaleza-CE.....	24
Tabela 6 – Distribuição de puérperas segundo visitas domiciliares por agentes comunitários de saúde (ACS) e enfermeiros no período de 7 dias e 30 dias de vida da criança, maio de 2018, Fortaleza-CE.....	25
Tabela 7 – Distribuição de crianças segundo a continuidade do aleitamento materno no período de 7 dias e 30 dias de vida, maio de 2018, Fortaleza-CE.....	26

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	01
2. OBJETIVOS.....	05
3. REVISÃO DE LITERATURA.....	06
3.1 Tipos de aleitamento materno.....	06
3.2 O leite materno.....	06
3.2.1 Os benefícios do leite materno.....	06
3.2.2 Composição do leite materno.....	08
3.3 Amamentação na primeira hora de vida.....	09
3.3.1 Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC).....	09
3.4 Fatores impeditivos da amamentação.....	10
3.4.1 Problemas mamários.....	10
3.4.2 Uso de bicos artificiais.....	11
3.5 Acompanhamento da criança no primeiro mês de vida.....	12
4. METODOLOGIA.....	14
4.1 Tipo do estudo.....	14
4.2 Local do estudo.....	14
4.3 População e amostra.....	15
4.4 Critérios de inclusão e exclusão.....	15
4.5 Coleta e análise dos dados.....	16
4.6 Aspectos éticos do estudo.....	17
5. RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	18
6. CONCLUSÃO.....	28
REFERÊNCIAS.....	30
APÊNDICES.....	36

1 INTRODUÇÃO

O aleitamento materno é essencial para a redução da morbimortalidade infantil, além de apresentar benefícios para a mulher que amamenta. A Organização Mundial da Saúde (OMS) juntamente com o Ministério da Saúde (MS) preconiza o aleitamento materno por dois anos ou mais, sendo exclusivo nos primeiros seis meses (BRASIL, 2015).

Nesse sentido, em 1992 a OMS e o Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) apresentaram a Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC) que certifica as instituições de saúde que executam os Dez Passos para o Sucesso do Aleitamento Materno entre outros requisitos (BRASIL, 1992). Os Dez Passos para o Sucesso do Aleitamento Materno garante a educação às gestantes sobre os benefícios da amamentação, o início precoce do aleitamento materno, a forma de amamentar, ordenhar e armazenar o leite da maneira correta, a promoção do aleitamento materno exclusivo e do alojamento conjunto, o encorajamento a amamentação sob livre demanda e a não utilização de bicos artificiais ou chupetas. Assim proporcionando um maior entendimento a essas mães da melhor forma de conduzir o aleitamento materno (UNICEF, 1989).

O 4º passo da IHAC preconiza que os profissionais da saúde devem estimular o aleitamento materno na primeira meia hora de vida e promover o contato pele a pele imediato por pelo menos uma hora (BRASIL, 1992). O aleitamento materno precoce promove um maior vínculo entre mãe e bebê e garante ao último os nutrientes e anticorpos viabilizados pelo colostro e que vai garantir sua proteção imunológica durante essa primeira fase da vida (BANDEIRA DE SÁ et al., 2016). Estudos mostram que o aleitamento materno na primeira hora de vida está significativamente e inversamente correlacionado à mortalidade neonatal, baseado no fato de o aleitamento materno na primeira hora de vida ter sido associado a um número menor de mortalidade neonatal (ODDY, 2013). Mostram ainda que a amamentação precoce favorece o prolongamento do aleitamento materno exclusivo (SILVA et al., 2008).

Dentre as políticas voltadas para a melhoria da qualidade de assistência à saúde materna e neonatal encontra-se a Rede Cegonha é uma estratégia do

Ministério da Saúde que viabiliza financeiramente a assistência de qualidade no âmbito da saúde da mulher e da criança com foco na atenção ao parto e ao nascimento e no desenvolvimento infantil de zero aos 24 meses. Para a melhoria da assistência esta estratégia tem uma matriz diagnóstica que compõe alguns grupos de indicadores entre os quais os indicadores que monitoram e avaliam a assistência ao parto e ao nascimento. Nesse sentido a maternidade que estiver vinculada à Rede Cegonha deve prestar contas com dados verossímeis através desses indicadores (BRASIL, 2011).

O projeto Apice On – Aprimoramento e Inovação no Cuidado e Ensino em Obstetrícia e Neonatologia é uma iniciativa do Ministério da Saúde em parceria com a EBSEH, ABRAHUE, MEC e IFF/FIOCRUZ. O projeto visa o aperfeiçoamento nos campos da obstetrícia e neonatologia através dos hospitais de ensino no âmbito da Rede Cegonha. Com base na melhoria da atenção à saúde um dos objetivos do Apice On é a amamentação na primeira hora de vida garantida (BRASIL, 2017).

Os enfermeiros são envolvidos diretamente na garantia do sucesso da amamentação na primeira hora de vida do neonato, pois parte da iniciativa de incentivar essa puérpera a amamentar oferecendo informações, ajudando, se necessário, a realizar massagens para promover a melhor saída do colostro e proporcionar uma maior duração do contato pele a pele. Assim garantindo a manutenção da amamentação por um maior período de tempo (VIANNA; PEREIRA, 2013). Alguns estudos mostram que o quantitativo insuficiente de profissionais, a burocracia hospitalar, e a divisão do cuidado impossibilitando uma visão holística do binômio mãe-recém-nascido podem ser apresentados como fatores dificultadores da realização da amamentação na primeira hora de vida (ANTUNES et al., 2017).

A última Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher (PNDS-2006) mostrou avanços em relação às pesquisas anteriores referentes ao aleitamento materno na primeira hora de vida, mas os dados ainda se mostram preocupantes com uma média nacional de 42,9% de crianças amamentadas (BRASIL, 2009a). Em contrapartida, a pesquisa de prevalência de aleitamento materno em municípios brasileiros lançada em 2009 mostra um percentual de 67,7% de crianças que receberam o leite materno na primeira hora de vida (BRASIL, 2009b).

Estudos apontam que as principais causas do início tardio da amamentação em hospitais são as cesarianas como principal fator de risco, baixa escolaridade materna, baixa renda familiar, puérperas com idade abaixo de 25 anos, e não realização de pré-natal (ESTEVES et al., 2015).

Segundo parâmetros da OMS em 2008, no Brasil a situação do aleitamento materno é considerada “muito ruim”, ou seja, em 26 capitais do país a duração média do AM é de 0 a 17 meses, sendo que apenas em uma capital a situação é considerada “ruim”, com o AM durando de 18 a 20 meses. Em relação aos primeiros 30 dias de aleitamento materno, a cidade de Fortaleza apresentou o 4º pior índice do Nordeste e o 23º pior índice do Brasil com 88,7% de crianças que estão em aleitamento materno no primeiro mês de vida (BRASIL, 2009b).

A OMS juntamente com a UNICEF empenham-se na diminuição dos casos de crianças que desmamaram precocemente através do Código Internacional do *Marketing* de Substitutos do Leite Materno criado em 1981 na qual preconiza a não existência de qualquer tipo de publicidade ou promoção de substitutos do leite materno citados no código (BRASIL, 2009c). No Brasil em 1992 o Conselho Nacional de Saúde aprova a Norma Brasileira para Comercialização de Alimentos para Lactentes colaborando com a nutrição apropriada para o lactente através da regulação de rótulos e comerciais sobre alimentos inadequados para esta fase da vida (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE/ INAN, 1993).

Através do exposto surgiu o seguinte questionamento: O estímulo à amamentação na primeira hora de vida influencia na manutenção do aleitamento materno ao final do primeiro mês de vida da criança?

O que impulsionou a realização deste trabalho foi entender a interface entre amamentação na primeira hora de vida com o prosseguimento do aleitamento materno ao final dos primeiros trinta dias de vida da criança apresentando resultados e instigar a possíveis mudanças futuras necessárias para a melhoria dos serviços de saúde ao binômio mãe e filho.

O presente projeto tem relevância ao expor a provável conexão entre amamentação na primeira hora de vida e a continuação do aleitamento materno ao final do primeiro mês de vida do lactente. Através dos resultados justificar possíveis

interferências na manutenção do AM. E conduzir a um entendimento sobre o que deve ser melhor abordado para que não ocorra a interrupção do aleitamento materno nos primeiros trinta dias da criança.

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

- Avaliar a influência da amamentação na primeira hora de vida e manutenção do aleitamento materno ao final do primeiro mês da criança.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Verificar a taxa de partos vaginais e cesarianas ocorridos na instituição com relação à amamentação na primeira hora de vida;
- Identificar a continuidade do aleitamento materno após sete dias ao parto e ao final do primeiro mês da criança;
- Relatar possíveis intercorrências da amamentação ocorridas nos primeiros 7 dias de vida da criança;

3 REVISÃO DE LITERATURA

3.1 Tipos de aleitamento materno

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS) o aleitamento materno pode ser dividido em:

- | |
|--|
| <ul style="list-style-type: none">• Aleitamento materno exclusivo: a criança recebe apenas o leite materno, direto da mama ou ordenhado, ou ainda de outra fonte que não o seio da mãe. |
| <ul style="list-style-type: none">• Aleitamento materno predominante: a criança recebe, além do leite materno, água ou bebidas a base de água como chás e suco de frutas. |
| <ul style="list-style-type: none">• Aleitamento materno: a criança recebe o leite materno, sem levar em consideração outros alimentos, líquidos ou sólidos, de que possa estar fazendo uso. |
| <ul style="list-style-type: none">• Aleitamento materno complementado: neste caso a criança recebe o leite materno e já ingere alimentos sólidos ou semissólidos. E ainda nesta categoria a criança, além do leite humano, pode estar recebendo outros tipos de leite. |

(OMS, 2007)

3.2 O leite materno

3.2.1 Os benefícios do leite materno

Muitos estudos científicos comprovam a eficácia do leite materno para o adequado crescimento e desenvolvimento da criança até sua fase adulta, mostram ainda que as lactantes também podem se beneficiar com a amamentação.

O aleitamento materno é a estratégia isolada que mais previne mortes infantis (FERREIRA et al., 2018).

Estudos mostraram que crianças que foram amamentadas exclusivamente até os seis meses de idade e amamentadas até os doze meses apresentaram um número menor de internação por diarreia em hospitais do Sistema Único de Saúde

(SANTOS et al., 2015). Isto se dá devido ao fato de o leite materno ser rico em lactose, que produz ácido láctico e succínico diminuindo assim o pH intestinal e conseqüentemente desfavorecendo o crescimento de alguns microorganismos patogênicos (SILVA; BONA, 2014).

Segundo o epidemiologista Cesar Victora, se metade das crianças que não foram amamentadas até os 11 meses de idade passassem a ser, a mortalidade por pneumonia em menores de 5 anos de idade diminuiria 9,2% (UNICEF, 2006). Estudos apontam que o leite materno é capaz de reduzir a exposição e a absorção intestinal de alergênicos responsáveis por doenças respiratórias. Mostram ainda que o leite materno pode proteger a criança contra alergias, como a asma, por conter altas concentrações da proteína CD14 solúvel que garante uma resposta de linfócitos T auxiliares a antígenos (PASSANHA; CERVATO-MANCUSO; SILVA, 2010).

O leite humano garante benefícios à criança em longo prazo como a redução do risco de colesterol alto, hipertensão e diabetes, sendo que o último assegura proteção também para a lactante, podendo haver uma redução de 15% do risco de desenvolver a diabetes mellitus do tipo 2 para cada ano de lactação (BRASIL, 2009).

O aleitamento materno é descrito na literatura como fator de proteção para o desenvolvimento do sobrepeso e obesidade, visto que o leite humano pode estar relacionado a um processo de “imprinting” metabólico que altera o número e/ou o tamanho dos adipócitos (VALENTIM-SILVA et al., 2014).

Estudos comprovaram que crianças que foram amamentadas exclusivamente até os três meses de idade e de forma não exclusiva até os seis meses obtiveram um aumento no QI verbal de 4,7 pontos e no QI geral de 3,3 pontos em comparação a crianças que não tiveram aleitamento materno exclusivo até os primeiros três meses de vida, apresentando assim um efeito positivo na inteligência da criança (EIDELMAN, 2013). A amamentação também promove o desenvolvimento craniofacial através da intensa atividade muscular proporcionada pelo reflexo de sucção do lactente (MACIEL, 2013).

A lactação também favorece a lactante a curto e longo prazo, pois acelera o processo de involução uterina, previne contra hemorragias pós-parto, promove o

vínculo afetivo entre mãe e filho e pode prevenir contra alguns tipos de cânceres como o de mama. O leite materno ainda pode funcionar como um anticoncepcional, se a amamentação for exclusiva até os seis meses de vida da criança, reduzindo assim os custos da família neste período (MESQUITA; MARCIANO; FILHO, 2016).

Os enfermeiros são de grande importância para que haja o sucesso do aleitamento materno. A lactante deve ser orientada quanto aos seus benefícios em todo o ciclo gravídico-puerperal para que o desfecho da amamentação aconteça de maneira adequada.

3.2.2 Composição do leite materno

O leite materno possui inúmeros fatores imunológicos que protegem a criança contra infecções. Através do leite a mãe passa para a criança anticorpos IgA que garantem à criança proteção contra antígenos contidos no meio em que vive, o leite materno também contém anticorpos IgM e IgG, macrófagos, neutrófilos, linfócitos B e T, lactoferrina, lisozima e fator bífido (BRASIL, 2015a).

O leite humano ainda contém água, que garante hidratação à criança até os seis meses de vida; proteínas, como a caseína; aminoácidos; ácidos graxos importantes para o desenvolvimento cerebral; carboidratos como a lactose que favorece a absorção do cálcio e fornece galactose para a mielinização do sistema nervoso central, além de energia; vitaminas e minerais (PARANÁ, 2018).

O leite materno, nos primeiros dias, é chamado de colostro, este contém mais proteínas e menos gorduras do que o leite maduro (BRASIL, 2015a).

O leite materno muda seu aspecto durante a mamada devido a sua diversidade de componentes. O leite do início da mamada ou leite anterior é compreendido em sua maior parte de água então apresenta um aspecto semelhante à água. O leite do meio da mamada apresenta uma coloração branca opaca devido ao aumento do teor de caseína. O leite do final da mamada ou leite posterior tem aspecto amarelado devido a gordura, esse tipo de leite sacia a criança. Por meio disso ressalta-se a importância de se esvaziar o seio durante a mamada (BRASIL, 2015a).

3.3 Amamentação na primeira hora de vida

Estudos apontam que a amamentação na primeira hora de vida pode reduzir a incidência de mortes neonatais (EDMOND et. al. 2006). Mostram ainda que o contato pele a pele imediato juntamente com a amamentação ainda na sala de parto contribuem para um aumento do vínculo entre mãe e filho por meio de estimulações sensoriais. Através da audição, por exemplo, a criança reconhece a voz da mãe e seus batimentos cardíacos, proporcionando tranquilidade e conforto, o olfato é estimulado pelo cheiro da mãe e do leite materno facilitando a procura do RN pelo seio materno (ARTIBALE; BERCINI, 2014).

3.3.1 Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC)

Com o objetivo de aumentar as taxas de aleitamento materno a Organização Mundial da Saúde (OMS) e o Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) criaram a Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC) em 1990, sendo implantada no Brasil em 1992 (BRASIL, 2017). Para que os hospitais se credenciem a essa iniciativa é necessário o cumprimento dos “Dez Passos para o Sucesso do Aleitamento Materno”, os dez passos são:

1. Ter uma norma escrita sobre aleitamento materno, que deve ser rotineiramente transmitida a toda a equipe do serviço.
2. Treinar toda a equipe, capacitando-a para implementar essa norma.
3. Informar todas as gestantes atendidas sobre as vantagens e o manejo da amamentação.
4. Ajudar a mãe a iniciar a amamentação na primeira meia hora após o parto.
5. Mostrar às mães como amamentar e como manter a lactação, mesmo se vierem a ser separadas de seus filhos.
6. Não dar a recém-nascido nenhum outro alimento ou bebida além do leite materno, a não ser que tenha indicação clínica.

7. Praticar o alojamento conjunto – permitir que mães e bebês permaneçam juntos 24 horas por dia.
8. Encorajar a amamentação sob livre demanda.
9. Não dar bicos artificiais ou chupetas a crianças amamentadas.
10. Encorajar o estabelecimento de grupos de apoio à amamentação, para onde as mães devem ser encaminhadas por ocasião da alta hospitalar.

(UNICEF, 1989)

Dentre os dez passos, para este estudo, será destacado o 4º passo que consiste na amamentação precoce, ainda na sala de parto.

3.4 Fatores dificultadores da amamentação

3.4.1 Problemas mamários

Nas primeiras semanas que sucedem o puerpério é comum aparecer alguns fatores que dificultem a amamentação, principalmente em primíparas, pois desconhecem o contexto desse processo.

Em um estudo realizado no município de Cáceres-MT constatou-se que os principais problemas mamários presentes em puérperas foram fissuras mamilares, ingurgitamento mamário e pouca produção de leite, respectivamente (ASSIS et al., 2014).

As fissuras mamilares são comuns nos primeiros dias, pois a mãe ainda está em fase de aprendizagem ou de rememoração do AM, e geralmente são relacionadas a pega incorreta (PEDROSA et al., 2016).

Para que esse problema não aconteça é necessário que o enfermeiro oriente sobre a pega adequada, cuidados para que os mamilos se mantenham secos através de exposição ao ar livre ou à luz solar, amamentação em livre demanda, introdução do dedo mínimo pela comissura labial e não uso de protetores de mamilo (BRASIL, 2015a).

O ingurgitamento mamário é referente ao esvaziamento incorreto da mama causando obstrução dos ductos mamários pelo o acúmulo de leite. Nesta condição o seio fica edemaciado e dolorido dificultando o processo de amamentar (PEDROSA et al., 2016).

Nesse caso o enfermeiro deve orientar sobre a ordenha manual da aréola, a amamentação em livre demanda, as massagens delicadas das mamas e o uso de sutiãs de sustentação (BRASIL, 2015a).

O ingurgitamento mamário se não tratado pode levar a outra condição que prejudica a continuidade do aleitamento materno, a mastite. A estase láctea pode causar lesão do tecido mamário contribuindo para a entrada de microorganismos patogênicos. Fissuras mamilares também são determinantes nesse processo (PEDROSA et al., 2016).

O profissional deverá investigar a causa da estagnação do leite para poder tratar a mastite, orientar sobre o esvaziamento adequado da mama, o repouso da lactante e dar suporte emocional (BRASIL, 2015a).

3.4.2 Uso de bicos artificiais

Outros fatores que colaboram para o desmame precoce podem estar representados pelo o uso de bicos artificiais como a chupeta e a mamadeira.

Segundo a II Pesquisa de Prevalência de Aleitamento Materno nas Capitais Brasileiras e Distrito Federal em Fortaleza-CE 57,8% e 44,1% de crianças menores de 12 meses fazem uso de mamadeira e chupeta, respectivamente (PNDS-2006).

Os bicos artificiais favorecem o desmame por sua composição ser diferente do mamilo materno, os bicos oferecem uma menor resistência à sucção dos lactentes facilitando o processo, com isso há uma redução no tempo de sucção das mamas e interfere no aleitamento materno por livre demanda, alteram o funcionamento adequado da região bucomaxilar da criança, além de representarem uma fonte de contaminação (PELLEGRINELLI et al., 2015).

3.5 Acompanhamento da criança no primeiro mês de vida

A Estratégia Saúde da Família (ESF) visa à promoção da saúde e a prevenção de agravos com base nos preceitos do Sistema único de Saúde (BRASIL, 2006).

Um dos programas da ESF é a Rede Cegonha que objetiva a implementação de uma rede de cuidados direcionados à saúde da mulher e da criança garantindo um adequado pré-natal, parto, puerpério e o crescimento e desenvolvimento da criança (BRASIL, 2011).

O enfermeiro tem valor considerável na preparação da mulher durante a gestação, a consulta de pré-natal deve ser praticada de forma humanizada e individual, entendendo o contexto social da gestante, suas dúvidas e ansiedades para o que há por vir (ARCHANJO, D. R.; ARCHANJO, L. R.; SILVA L. L., 2013). O último contato com um profissional da saúde antes do parto acontece na Unidade de Atenção Primária à Saúde (UAPS) durante a consulta de pré-natal, assim torna-se relevante, no último trimestre gestacional, a abordagem quanto ao parto e à amamentação na primeira hora de vida garantindo conhecimento e empoderamento à futura parturiente.

É necessário ainda que haja uma referência e contra referência da maternidade com a UAPS para que o acompanhamento desse binômio mãe-filho aconteça de forma integral.

Amamentar é um processo que demanda esforço e persistência para que seja cumprido no tempo apropriado. Este seguimento ainda pode ser interferido por opiniões errôneas de conhecidos da lactante. Daí a necessidade de um acompanhamento mais próximo à puérpera por parte da equipe multiprofissional da atenção primária, orientando à técnica correta de amamentar e incentivando sua continuidade através de visitas domiciliares (ARCHANJO, D. R.; ARCHANJO, L. R.; SILVA L. L., 2013).

O programa de visitas domiciliares tem a finalidade de proporcionar às crianças um ambiente adequado para o seu crescimento e desenvolvimento (BRASIL, 2015b). De acordo com o Protocolo de Atenção Primária à Saúde da

Criança (Portaria SES-DF nº41, de 28 de fevereiro de 2014) a visita puerperal deve ser realizada pelos profissionais da APS após a alta da maternidade em até 10 dias, preferencialmente em 7 dias (DISTRITO FEDERAL, 2017).

Segundo as Diretrizes Clínicas da Prefeitura de Fortaleza a primeira consulta ao neonato deve ser realizada em até 5 dias, em forma de visita domiciliar, após a alta da maternidade. Alguns dos intuitos dessa visita é a identificação de possíveis erros técnicos durante a amamentação, problemas relacionados à mama e a estimulação do aleitamento materno exclusivo até os 6 meses de idade. Ainda diz que a 1º consulta de puericultura deve ser realizada nos primeiros 7 dias na UAPS e a segunda ao final dos 30 dias de vida da criança (FORTALEZA, 2016).

4 METODOLOGIA

4.1 Tipo do estudo

A pesquisa é do tipo descritivo, longitudinal prospectivo com abordagem quantitativa. A pesquisa descritiva visa a descrever as características de determinada população ou o estabelecimento de relações entre variáveis (PRODANOV; FREITAS, 2013). O estudo longitudinal prospectivo é conduzido a partir do momento presente e caminha em direção ao futuro (FONTELLES et al., 2009). A abordagem quantitativa considera que tudo pode ser quantificável, o que significa traduzir em números opiniões e informações para classificá-las e analisá-las (PRODANOV; FREITAS, 2013).

4.2 Local do estudo

Foi realizado em uma Maternidade credenciada à Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC) e pertencente ao Projeto Rede Cegonha do Ministério da Saúde e APICE ON, em Fortaleza-CE. A Maternidade Escola Assis Chateaubriand é pertencente ao Complexo Hospitalar da Universidade Federal do Ceará (UFC), sendo referência para todo o estado em termos de alta complexidade. Atualmente, conta com uma capacidade instalada de 209 leitos, sendo 85 leitos da Clínica Obstétrica, 56 leitos de Clínica Neonatológica, 6 leitos de Clínica Médica, 15 leitos de Clínica Ginecológica e 3 leitos de Clínica Mastológica, perfazendo um total de 165 leitos. Outros 44 leitos estão interditados para reforma. Contêm Unidades de Pronto-Socorro e Pronto-Atendimento; Atenção à Saúde da Mulher, Atenção à Saúde da Criança e do Adolescente, Materno-Infantil, Clínica Médica e Cirurgia Geral, Cirurgia; Recuperação Pós-Anestésica (RPA), Central de Material e Esterilização (CME), Cuidado Intensivo Materno, Cuidados Intensivos e Intermediários Neonatal (onde estão presentes o Alojamento Conjunto, as Unidades de Cuidados Intermediários Convencional, Cuidados Intermediários Canguru e a Unidade de Terapia Intensiva Neonatal), Farmácia Hospitalar, Banco de Leite Humano, Laboratório de Análises Clínicas e Anatomia Patológica, Unidade de Diagnóstico por Imagem e Métodos Gráficos, de Atenção Psicossocial, de Reabilitação, de Nutrição e Unidade Transfusional. Além disso, compõem ainda a maternidade 24 ambulatórios nas especialidades de Obstetrícia, Ginecologia,

Mastologia, Acupuntura, Anestesiologia, Oncologia e Clínica Médica; o Setor de Vigilância em Saúde e Segurança do Paciente (SVIG), o Serviço de Arquivo Médico e Estatística (SAME), o Núcleo Interno de Regulação e o Núcleo de Faturamento das Contas Médicas. A MEAC realiza cerca de 450 partos e 1.000 internações mensais (HIGINO et al., 2009).

4.3 População e amostra

A população constitui-se de puérperas internadas na instituição pesquisada que amamentaram na primeira hora de vida dos seus filhos.

A amostra probabilística é representativa para o local do estudo, a qual foi determinada com base na fórmula a seguir, para cálculo de populações finitas, adotando-se coeficiente de confiança de 95%, prevalência de 50% e erro amostral máximo permitido de 5%:

$$n = \frac{S^2 \cdot p \cdot q \cdot N}{e^2 (N-1) + S^2 \cdot p \cdot q}$$

Onde: n = Tamanho da amostra; S² = Coeficiente de confiança; p = Percentual com o qual o fenômeno se verifica; q = Percentual complementar; N = Tamanho da população e e² = Erro máximo permitido.

A população foi estimada a partir do número de puérperas atendidas rotineiramente com a condição de terem amamentado na primeira hora de vida do neonato, sendo uma média de 450 partos/mês. Dessa forma a amostra foi de 208 binômios mãe-filho.

4.4 Critérios de inclusão e exclusão

Foram incluídas todas as puérperas, maiores de 18 anos, mães de crianças que nasceram entre 37 a 41 semanas e 6 dias, que tenham sido amamentadas na primeira hora de vida, independente do tipo de parto e que permaneçam em alojamento conjunto até a alta hospitalar.

Foram excluídas as mães com alguma incapacidade que impossibilitasse a amamentação como infecção pelo vírus HIV ou que comprometesse a capacidade

de responder ao questionário. Foram excluídos os recém-nascidos que apresentassem condições que comprometessem a prática da sucção, tais como fenda palatina, lábio leporino, anquiloglossia e/ou condição congênita associada a sequelas neurológicas.

4.5 Coleta e análise dos dados

O rastreamento da eficácia do aleitamento materno pode ser feito por meio da obtenção de dados sobre a estimulação da amamentação na primeira hora de vida. Essas informações podem ser colhidas através de entrevista direcionada com as mães. Para a coleta das informações foi solicitado a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE B) pela puérpera.

O período de coleta foi de abril a junho de 2018. Foi realizado no alojamento conjunto da Maternidade Escola Assis Chateaubriand (MEAC).

Foram utilizados três instrumentos para aquisição dos dados. Um formulário para caracterização das mães e crianças, o qual contém variáveis quantitativas categóricas como dados socioeconômicos e demográficos (idade materna [18 anos a 34 anos / superior ou igual a 35 anos], raça/cor [branca / não branca], estado civil [com companheiro / sem companheiro], escolaridade [menor que 9 anos de estudo / acima de 9 anos de estudo], ocupação [não remunerada / remunerada], telefone [até três números funcionantes da puérpera e até três contatos telefônicos de pessoas próximas à puérpera], renda mensal [até 954 reais / acima de 954 reais], procedência [capital / interior]). Variáveis categóricas relacionadas ao recém-nascido (sexo e classificação do RN quanto a idade gestacional). Precedentes obstétricos (número de gestações, partos e abortos, quantos partos cesarianos e vaginais, tipo do último parto). Dados referentes a alguns indicadores da rede cegonha (contato pele a pele imediato e amamentação na primeira hora de vida). Ainda neste primeiro momento será perguntado à puérpera se houve orientação no pré-natal sobre amamentação na primeira hora de vida.

O outro instrumento foi aplicado após sete dias do nascimento da criança através de ligação telefônica, na qual foi investigado se o neonato estava em aleitamento materno, se a puérpera apresentou fissuras, ingurgitamento ou mastite

que estivessem dificultando a amamentação, se houve dificuldade na saída do leite, se a mesma recebeu visita do enfermeiro e/ou do agente comunitário de saúde da UAPS, se acrescentou a chupeta e/ou a mamadeira na rotina da criança.

O último instrumento foi aplicado após trinta dias do nascimento da criança, também através de ligação telefônica, foi apurado se a criança estava em aleitamento materno, se a puérpera estava apresentando dificuldade na saída do leite, se a mãe recebeu visita do enfermeiro da UAPS, se acrescentou chupeta e/ou mamadeira no cotidiano da criança, se houve o acompanhamento com o ACS da sua área de abrangência.

Por se tratar de um estudo longitudinal e os dados serem coletados posteriormente através de ligação telefônica há o risco de haver muitas perdas. Então como estratégia para minimizar perdas foram realizadas ligações por meio da internet através de um aplicativo de mensagens instantâneas. No alojamento conjunto da MEAC foram entrevistadas 123 puérperas, 107 finalizaram o estudo.

Então através de puérperas que amamentaram na primeira hora de vida a pesquisa avaliará a manutenção do aleitamento materno ao final dos primeiros sete dias e ao final dos trinta dias de vida da criança, obtendo como desfecho a adesão ao aleitamento materno.

Os dados foram tabulados e processados pelo software SPSS22®. Foram analisados por estatística descritiva, frequência absoluta, relativa, desvio padrão e média.

Os dados foram apresentados em tabelas e discutidos conforme literatura.

4.6 Aspectos éticos do estudo

O projeto foi submetido à apreciação do Comitê de Ética e Pesquisa, da Maternidade Escola Assis Chateaubriand via Plataforma Brasil. As participantes assinaram um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE B) garantindo o anonimato, cumprindo os preceitos da Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde. O projeto foi aprovado com o número do parecer 2.627.891.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados encontrados são parciais. Foram coletadas informações de 107 binômios mãe e filho no período de abril a junho de 2018. O estudo continua em andamento para sua finalização.

Caracterização sociodemográfica das puérperas presentes no estudo

Tabela 1 – Distribuição de puérperas segundo suas características sociodemográficas, MEAC, abril a maio de 2018, Fortaleza-CE.

Variáveis (n=107)	Fa	%	Média (Desvio padrão)
Idade			
18 anos a 34 anos	95	88,8	26,61 ($\pm 6,384$)
Superior ou igual a 35 anos	12	11,2	Mediana: 26
Procedência			
Capital	86	80,4	-
Interior	21	19,6	
Escolaridade			
Menor que 9 anos de estudo	34	31,8	10,46 ($\pm 2,957$)
Acima de 9 anos de estudo	73	68,2	Mediana: 12
Renda*			
Até 954 reais	66	61,7	1159,02 ($\pm 701,056$)
Acima de 954 reais	41	38,3	Mediana: 954
Ocupação			
Trabalho doméstico / Não remunerado	73	68,2	
Trabalho formal / Remunerado	34	31,8	
Estado civil			
Com companheiro	72	67,3	
Sem companheiro	35	32,7	
Raça			
Branca	18	16,8	
Não branca	89	83,2	

*Salário mínimo durante o estudo foi de R\$ 954,00

A variável idade é categorizada em dois grupos: puérperas que tem entre 18 e 34 anos, apresentando uma menor possibilidade de risco gestacional, e puérperas com idade \geq a 35 anos, caracterizada como de risco gestacional (BRASIL, 2012).

Em um estudo realizado com 144 puérperas que objetivou a comparação entre os traços de personalidade materna com a motivação para o aleitamento materno mostrou que a idade igual ou superior a 35 anos é um fator de proteção

para a motivação e continuidade da amamentação (FERREIRA; NELAS; DUARTE, 2011).

Em relação à procedência houve uma predominância de mulheres da capital atendidas na maternidade (80,4%) no que se refere a mulheres procedentes do interior (19,6%). É um dado interessante é se compararmos a quantidade de mulheres em idade reprodutiva morando em Fortaleza em relação a todos os outros municípios do Ceará. Não obstante, fica a dúvida de como está a prestação da assistência às parturientes no interior do estado, será que as maternidades estão dando conta da demanda de partos?

Os dados sobre a escolaridade mostram que 68,2% das mulheres tem mais de 9 anos de estudo, sendo que 43,9% relataram ter 12 anos de estudo, que é equivalente ao término do ensino médio, e 5,6% com mais de 16 anos de estudo, referente à ensino superior completo. Estudos apontam que um maior grau de escolaridade é relativo a uma maior duração do AM, dado que as lactantes apresentam-se mais motivadas a realizá-lo (FERREIRA; NELAS; DUARTE, 2011).

Apesar dos resultados positivos referentes à escolaridade materna, não se expõe o mesmo em relação à variável renda. A renda familiar de 40,2% das puérperas equivale a um salário mínimo, sendo que 21,5% declara que a renda mensal é menor que um salário. Um estudo observou que as mães com uma faixa de renda baixa oferecem mais prematuramente os bicos artificiais, que são caracterizados como possíveis causadores do desmame precoce (NEU et al., 2014).

Como neste estudo avaliamos a continuidade do aleitamento materno até os primeiros 30 dias de vida da criança, possivelmente a variável ocupação não apresenta relevância isoladamente, mas vale acrescentar que esta variável está intimamente associada ao desmame precoce, devido a possibilidade da adoção do período de licença maternidade de quatro meses prejudicando assim o aleitamento materno exclusivo e colaborando para a adição de fórmulas infantis ao cotidiano da criança.

No que tange ao estado civil 67,3% das puérperas tem um companheiro. O resultado é satisfatório, pois o pai tem destaque no processo da amamentação por

representar um apoio emocional e à autoestima da lactante (SOUSA; FRACOLLI; ZOBOLI, 2013).

Referente a raça, 83,2% das puérperas se autodeclararam como de etnia não branca, este resultado era esperado devido a miscigenação característica do Brasil. Uma revisão sistemática ressaltou que um estudo realizado no estado da Califórnia nos Estados Unidos apontou que gestantes de etnia não afro-americanas possuem uma maior intenção em amamentar (VIEIRA et al., 2016).

História obstétrica das puérperas participantes do estudo

Podemos observar que a maioria das puérperas são multigestas (62,6%) e múltiparas (59,8%) com uma taxa de aborto de 24,3%.

Tabela 2 - Distribuição de puérperas segundo suas características obstétricas, MEAC, abril a maio de 2018, Fortaleza-CE.

Variáveis (n=107)	Fa	%
Número de gestações		
1	40	37,4
2 ou mais	67	62,6
Número de partos		
1	43	40,2
2 ou mais	64	59,8
Número de abortos		
0	81	75,7
1 ou mais	26	24,3
Tipo do último parto		
Vaginal	61	57
Cesariana	46	43

Uma pesquisa aponta que a multiparidade foi um fator de proteção para a amamentação na primeira hora de vida, este fato pode estar relacionado a uma maior preparação desta mulher por já ter vivenciado o processo do parto e da amamentação, já as primíparas podem apresentar insegurança quanto a este primeiro momento (PEREIRA et al., 2013).

Em um outro estudo a multiparidade relacionou-se significativamente com o maior número de mulheres que amamentaram exclusivamente até os 6 meses e com a manutenção do aleitamento até os 2 anos de idade (GASPAR et al., 2015).

Em relação ao tipo do último parto já era esperado uma prevalência de partos vaginais (57%) sobre cesarianas (43%), pois é intensamente evidenciado na literatura a íntima relação entre o parto vaginal, o contato pele a pele imediato e a amamentação ainda na sala de parto.

Uma revisão sistemática que objetivava identificar fatores de risco independentes para a não amamentação na primeira hora de vida revelou que a cesariana foi o fator de risco mais consistentemente associado a não amamentação na primeira hora de vida (ESTEVES et al., 2014). Conforme outra pesquisa os resultados indicaram que a cesariana foi responsável por uma alta ocorrência de início tardio da amamentação (PEREIRA et al. 2013).

A OMS (2009) preconiza que 80% e 50% das mães de partos vaginais e cesarianas, respectivamente, devem ser incentivadas a amamentar ainda na primeira hora após o parto em hospitais pertencentes à Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC).

Apesar do exposto o resultado não apresentou uma discrepância significativa, concluindo que a amamentação na primeira hora de vida está sendo estimulada de forma intensa nas cesarianas da Maternidade Escola Assis Chateaubriand (MEAC).

Relação entre o contato pele a pele e a amamentação na primeira hora de vida

Nesse sentido percebeu-se a correlação entre as variáveis contato pele a pele imediato e amamentação na primeira hora de vida, já que 100% das mulheres que amamentaram ainda na sala de parto também fizeram o contato pele a pele instantâneo com o recém-nato.

O contato pele a pele entre mãe e filho aumenta a duração do aleitamento materno, protege o recém-nascido contra a hipotermia e mantém os níveis de glicemia estáveis (ESTEVES, 2014).

Em contrapartida um estudo realizado em um hospital público de uma cidade no interior da Bahia mostrou que os profissionais da saúde desempenham o 4º passo para o sucesso do aleitamento materno de forma mecânica com o intuito apenas de cumprimento das normas e rotinas institucionais, algumas puérperas

afirmaram ainda que o contato pele a pele ocorre de forma rápida para não atrapalhar o seguimento das tarefas a serem executadas na sala de parto (SANTOS et al., 2014).

Outro estudo também destaca que apesar de boa parte das puérperas ter tido a chance de segurar seus bebês no colo imediatamente após o parto, apenas 9,3% delas pôde manter o contato pele a pele com seus bebês por mais de 30 minutos. Ainda afirma que nas cesarianas o 4º passo da IHAC não é submetido como preconizado (SAMPAIO; BOUSQUAT; BARROS, 2016).

História das participantes do estudo em relação à orientação obtida no pré-natal referente à amamentação na primeira hora de vida

Tabela 3 - Distribuição de puérperas segundo orientação quanto à amamentação na primeira hora de vida no pré-natal, MEAC, abril a maio de 2018, Fortaleza-CE.

Variáveis (n=107)	Fa	%
Orientação quanto à amamentação na primeira hora de vida no pré-natal		
Sim	64	59,8
Não	43	40,2

A assistência pré-natal adequada é determinante nos indicadores de saúde do binômio mãe-filho com a capacidade de diminuir as taxas de mortalidade neonatal e materna. (BRASIL, 2012) O pré-natal constitui-se de em uma ótima oportunidade para o incentivo da amamentação (FREITAS et al., 2011).

A tabela 3 mostra que 59,8% das puérperas receberam algum tipo de orientação sobre amamentação na primeira hora de vida, é um resultado positivo, levando em consideração os critérios de inclusão deste estudo de que 100% das mulheres desta amostra amamentaram na primeira hora após o parto.

Segundo um estudo realizado as mães entrevistadas que fizeram pré-natal foram fortemente protegidas quanto à amamentação na primeira hora de vida de seus filhos. Assim deduz-se que a orientação sobre a amamentação na primeira hora de vida do recém-nascido no pré-natal tem associação com o sucesso do desfecho, garantindo uma maior preparação para o aleitamento materno precoce e continuidade do mesmo (PEREIRA et al., 2013).

Problemas mamários relacionados às puérperas

Tabela 4 - Distribuição de puérperas segundo problemas mamários, maio a junho de 2018, Fortaleza-CE.

Variáveis (n=107)	Fa	%
Dificuldade na saída do leite (7 dias)		
Sim	6	5,6
Não	101	94,4
Dificuldade na saída do leite (30 dias)		
Sim	8	7,5
Não	99	92,5
Fissuras mamilares		
Sim	52	48,6
Não	55	51,4
Ingurgitamento mamário		
Sim	35	32,7
Não	72	67,3
Mastite		
Sim	3	2,8
Não	104	97,2

*Os dias estabelecidos em “Dificuldade na saída do leite” é referente aos dias de vida da criança.

*As variáveis “Fissuras mamilares”, “Ingurgitamento mamário” e “Mastite” foram questionadas apenas aos 7 dias após o parto.

Os problemas mamários mais prevalentes nas participantes da amostra deste estudo foram, respectivamente, fissuras mamilares (48,6%), ingurgitamento mamário (32,7%), dificuldade na saída do leite (7,5%; 5,6%) e mastite (2,8%). Em contrapartida, uma revisão sistemática mostrou que o ingurgitamento foi o problema mamário mais presente com 28,3% dos casos, seguido das fissuras mamilares (7,6%) e mastite (2,8%). E que os possíveis fatores que contribuíram para o desencadeamento das complicações foram o baixo grau de escolaridade, a primiparidade e a ausência de experiências anteriores com amamentação (NEVES et al. 2016).

Muitos estudos estabelecem que a primiparidade está associada com um maior aparecimento de problemas mamários, por estar relacionado à inexperiência da lactante. Isto pode causar uma repercussão negativa sobre o ato de amamentar, significando o rompimento do aleitamento materno (CASTELLI; MAAHS; ALMEIDA, 2014).

A tabela aponta que 6 mulheres apresentaram dificuldade na saída do leite nos primeiros 7 dias de vida do bebê e ao final dos 30 dias 8 mulheres apresentaram

esta mesma dificuldade, este resultado infere ao provável desmame precoce em relação ao filho dessas 8 puérperas. A pega inadequada está relacionada com o erro de posição mãe e bebê, essa falha dificulta o esvaziamento das mamas, o que leva a diminuição da produção do leite (ASSIS et al., 2014).

Através do exposto percebe-se que muitas mulheres apresentaram problemas mamários durante a prática do aleitamento, enfatiza-se assim a importância da presença do profissional da saúde neste momento, através da visita domiciliar ainda no período puerperal, a fim de evitar estas primeiras dificuldades.

O profissional da saúde, principalmente da ESF, deve estar preparado para o adequado manejo desta situação, corrigindo possíveis falhas na pega da mama e na postura da puérpera, além de estar apto a atender a prováveis ansiedades e medos comuns deste processo, com a finalidade de se evitar o possível desmame precoce.

Uso de bicos artificiais

Tabela 5 - Distribuição de crianças segundo a utilização de bicos artificiais no período de 7 dias e 30 dias de vida, maio a junho de 2018, Fortaleza-CE.

Variáveis (n=107)	Fa	%
Chupeta (7 dias)		
Sim	24	22,4
Não	83	77,6
Chupeta (30 dias)		
Sim	45	42,1
Não	62	57,9
Mamadeira (7 dias)		
Sim	11	10,3
Não	96	89,7
Mamadeira (30 dias)		
Sim	36	33,6
Não	71	66,4

Com base nos dados expostos acima verifica-se que em apenas 7 dias 22,4% e 10,3% das crianças já faziam uso da chupeta e da mamadeira, respectivamente. Observa-se ainda que ao final dos 30 dias houve um aumento de 19,7% no uso de chupeta e de 23,3% no uso de mamadeira.

Em um estudo transversal realizado com dados de 34.366 crianças obtidos da II Pesquisa Nacional de Prevalência de Aleitamento Materno indicou que a amamentação na primeira hora de vida mostrou-se como um fator de proteção em relação à utilização dos bicos artificiais, pois há o aumento da prevalência da amamentação e o vínculo entre mãe e filho, diminuindo os fatores que induzem à utilização dos bicos, cabendo aos pais a decisão (BUCCINI; BENÍCIO; VENANCIO, 2014).

Ainda referiu que crianças que nasceram em hospitais sem o credenciamento da IHAC apresentaram uma associação com a maior frequência de uso desses bicos, isto se deve ao fato de que o 9º passo da IHAC preconiza o não uso de bicos artificiais nas maternidades para crianças amamentadas (UNICEF, 1989).

Afora os fatores de proteção evidenciados o número de crianças que usufruem dos bicos artificiais neste estudo é elevado. É importante ressaltar que a participação ativa dos profissionais da saúde nesse seguimento é de grande relevância para orientar esses pais a não utilização desses bicos, é um processo complicado, pois lida diretamente com fatores culturais que envolvem esses objetos, mas sem o empenho da equipe não há mudança.

Visitas domiciliares realizadas pelos profissionais da Estratégia Saúde da Família (ESF)

O estudo mostrou que nos primeiros 7 dias de puerpério 16,8% das mulheres receberam visita do agente comunitário de saúde (ACS) e apenas 5,6% do enfermeiro. Ao final dos 30 dias após o parto essa taxa aumentou 27,1% e 12,2% em relação a visitas dos ACS e enfermeiros, nesta ordem. Como identificado na tabela abaixo:

Tabela 6 - Distribuição de puérperas segundo visitas domiciliares por agentes comunitários de saúde (ACS) e enfermeiros no período de 7 dias e 30 dias de vida da criança, maio a junho de 2018, Fortaleza-CE.

Variáveis (n=107)	Fa	%
Visita do ACS (7 dias)		
Sim	18	16,8
Não	89	83,2

Visita do ACS (30 dias)		
Sim	47	43,9
Não	60	56,1
Visita do enfermeiro (7 dias)		
Sim	6	5,6
Não	101	94,4
Visita do enfermeiro (30 dias)		
Sim	19	17,8
Não	88	82,2

Quando se avalia os resultados percebe-se que a taxa de mulheres que não receberam visita do enfermeiro da ESF é bastante elevada, isto pode estar associado à quantidade de puérperas que apresentaram problemas mamários juntamente com as que iniciaram o uso da chupeta e da mamadeira.

Uma pesquisa realizada em Vitória de Santo Antão com o intuito de averiguar a influência da primeira visita puerperal na manutenção do aleitamento materno exclusivo, concluiu que as crianças que receberam a visita puerperal mostraram mais possibilidades de estarem em AME (CARVALHO et al., 2018).

Os primeiros dias de puerpério são críticos ao que corresponde ao início e manutenção da amamentação, dado que configura um período de fragilidade emocional da mulher (CARVALHO et al., 2018). É no ambiente familiar, em que o processo do aleitamento materno ocorre, esta puérpera receberá orientações, geralmente baseadas em crenças e experiências vivenciadas por outras mulheres que já amamentaram, podendo promover o AM ou desencadear o desmame precoce. Neste contexto os profissionais da ESF devem considerar como uma prática constante a relação com o ambiente familiar da nutriz (DIAS; BOERY; VILELA, 2015).

Manutenção do aleitamento materno ao final dos 7 dias e 30 dias da criança

Tabela 7 - Distribuição de crianças segundo a continuidade do aleitamento materno no período de 7 dias e 30 dias de vida, maio a junho de 2018, Fortaleza-CE.

Variáveis (n=107)	Fa	%
Em aleitamento materno (7 dias)		
Sim	107	100
Não	0	0

Em aleitamento materno (30 dias)			
Sim		104	97,2
Não		3	2,8

Os resultados relacionados à continuidade do aleitamento materno até o final do primeiro mês foram satisfatórios, durante os primeiros 7 dias pós parto 100% dos neonatos estavam em aleitamento materno, já nos 30 dias houve uma redução de 2,8% equivalente a 3 crianças. É uma redução discreta se correlacionarmos a resultados de outras variáveis apresentadas anteriormente. Variáveis em que a literatura expõe como precursoras do desmame precoce.

Levando em consideração o uso da chupeta e da mamadeira, um estudo longitudinal prospectivo que avaliou a prevalência do aleitamento materno logo após o nascimento e aos 3 e 6 meses da criança revelou que o uso de bicos artificiais não interferiu na manutenção do AM aos três e seis meses, corroborando com os resultados desta pesquisa (DURÃO et al., 2013).

Vale lembrar que as variáveis relacionadas aos problemas mamários, demonstrados na tabela 4, foram questionadas apenas nos primeiros sete dias, considerando provável melhora ao final do primeiro mês.

O efeito positivo mostrado na tabela 7 pode estar associado ao fato de as participantes da pesquisa terem recebido orientação no pré-natal sobre aleitamento materno e assistência ao parto em um HAC. O 3º e 5º passo da IHAC explicita a orientação que deve ser dada a mãe sobre as vantagens do aleitamento materno, como funciona o manejo da amamentação e como manter a lactação (UNICEF, 1989). Decorrente disto, todas as puérperas, com exceção de três, mantiveram o aleitamento materno ao final do primeiro mês de vida da criança.

6 CONCLUSÃO

O perfil sociodemográfico das puérperas participantes do presente estudo apontou que a maioria apresentou-se em faixa etária de risco habitual durante a gestação, procedentes da capital, com mais de nove anos de estudo, com renda familiar mensal menor ou igual a 954 reais, a maioria não tem remuneração própria. 72% referem ter um companheiro.

A história obstétrica mostra que a maioria (59,8%) era de multíparas, o que corrobora para o fato de esse perfil ser mais preparado para o aleitamento materno precoce como também sua continuidade.

O contato pele a pele imediato esteve diretamente relacionado com a amamentação na primeira hora de vida.

Quanto aos problemas mamários nos primeiros sete dias após o parto, constatou-se um elevado número de puérperas que o apresentaram, principalmente as fissuras mamilares e o ingurgitamento mamário. Já em relação aos bicos artificiais, ao final do primeiro mês, 42,1% das crianças estavam em uso da chupeta e 33,6% da mamadeira.

A maioria das puérperas (59,8%) recebeu orientação ainda no pré-natal sobre amamentação na primeira hora de vida, o que pode estar relacionado ao êxito do resultado tanto em relação ao aleitamento materno precoce quanto sua manutenção. Já as baixas taxas de visitas domiciliares realizadas por agentes comunitários de saúde e enfermeiros, tanto nos primeiros sete dias como ao final do primeiro mês, pode explicar as altas taxas de fatores impeditivos do AM, a presença desses profissionais é fundamental para a reversão do quadro. Apesar de a taxa de visitas por ACS ter sido mais prevalente (43,9%) se comparado a dos enfermeiros (17,8%), muitas puérperas relataram através da ligação telefônica que o papel dos ACS era meramente informativo quanto a marcação da consulta de puericultura. Assim o acompanhamento do enfermeiro, juntamente com o ACS, configura uma prestação mais direcionada à continuidade do aleitamento materno.

Dentre as limitações encontradas no estudo, tem-se a falta de privacidade em relação a entrevista realizada no alojamento conjunto podendo influenciar na

veracidade das informações coletadas. Por se tratar de uma pesquisa longitudinal torna-se muitas das vezes difícil a comunicação com a puérpera através de ligações telefônicas ou por meio de outras tecnologias.

Mediante a apresentação das variáveis relacionadas ao desmame precoce, ressalta-se a importância do profissional da saúde, principalmente o enfermeiro, na assistência direta a essa puérpera para a diminuição dos problemas referentes à amamentação. Vale destacar que os profissionais devem seguir cumprindo o seu papel com responsabilidade e paixão, não apenas para o cumprimento de normas institucionais, mas para que a mudança no quadro da manutenção da amamentação aconteça.

Foi visto que apesar dos resultados contribuírem para um desmame precoce isto não ocorreu em demasia no primeiro mês, dado que apenas 2,8% das mulheres desmamaram. Isto pode estar relacionado à boa assistência prestada na maternidade referente à manutenção do aleitamento materno.

Enfim, os objetivos foram alcançados com sucesso. O desfecho felizmente foi favorável, dado que a amamentação ainda na sala de parto contribuiu para a manutenção do aleitamento materno, mas se faz necessário salientar a importância dos profissionais responsáveis por todo o ciclo gravídico-puerperal para que criem estratégias que possibilitem a continuidade do aleitamento materno como preconizado.

REFERÊNCIAS

- ANTUNES, M. B. et al. Amamentação na primeira hora de vida: conhecimento e prática da equipe multiprofissional. **Avances en Enfermería**, v. 35, n. 1, 2017.
- ARCHANJO, D. R.; ARCHANJO, L. R.; SILVA L. L. **Saúde da família na atenção primária**. 1. ed. Curitiba: Intersaberes, 2013.
- ARTIBALE, E. F. D.; BERCINI, L. O. O Contato e a amamentação precoces: significados e vivências. **Revista Texto & Contexto Enfermagem**. v. 23, n. 1, p. 109–117, 2014.
- ASSIS, E. L. A.; NODARI, P. R. G.; SILVA, R. B.; ALEIXO, M. L. M. Dificuldades enfrentadas por puérperas primíparas durante o ao aleitamento materno exclusivo. **Revista Eletrônica Gestão & Saúde**. v. 05, n. 03, p.808-19, 2014.
- BANDEIRA DE SÁ, N. N. et al. Fatores ligados aos serviços de saúde determinam o aleitamento materno na primeira hora de vida no Distrito Federal, Brasil, 2011. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 19, n. 3, p. 509–524, 2016.
- BRASIL. CONASS. Visita domiciliar. **Enciclopédia sobre o desenvolvimento na primeira infância**. 2015
- BRASIL. **Estratégia Saúde da Família**. Ministério da Saúde [2006]. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape_esf.php> Acesso em: 20 mai. 2018.
- BRASIL. **II Pesquisa de Prevalência de Aleitamento Materno nas Capitais Brasileiras e Distrito Federal**. [s.l: s.n.].
- BRASIL. **Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC)**. Ministério da Saúde [1992]. Disponível em: <<http://portalms.saude.gov.br/saude-para-voce/saude-da-crianca/pre-natal-e-parto/iniciativa-hospital-amigo-da-crianca-ihac>> Acesso em: 16 nov. 2017.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **A legislação e o marketing de produtos que interferem na amamentação: um guia para o profissional de saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Apice On - Aprimoramento e Inovação no Cuidado e Ensino em Obstetrícia e Neonatologia**. - 1° ed - Brasília: Ministério da Saúde, 2017.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde da Criança: aleitamento materno e alimentação complementar. **Cadernos de Atenção Básica**. - 2° ed - Brasília: Ministério da Saúde, 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde da Criança: nutrição infantil: aleitamento materno e alimentação complementar. **Cadernos de Atenção Básica**. - 1º ed - Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Atenção ao pré-natal de baixo risco. **Cadernos de Atenção Básica**. - 1º ed - Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE/ INAN. Norma Brasileira de Comercialização de alimentos para lactentes. p. 0–27, 1993.

BRASIL. **Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher: PNDS 2006: Dimensões do Processo Reprodutivo e da Saúde da Criança**. [s.l: s.n.].

BRASIL. **PORTARIA Nº 1.459, DE 24 DE JUNHO DE 2011**. Ministério da Saúde [2011]. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459_24_06_2011.html> Acesso em: 17 nov. 2017.

BRASIL. **Rede Cegonha**. Ministério da Saúde [2011]. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape_redecegonha.php> Acesso em: 20 mai. 2018.

BUCCINI, G. D. S.; BENÍCIO, M. H. D. A.; VENANCIO, S. I. Determinants of using pacifier and bottle feeding. **Revista de Saude Publica**, v. 48, n. 4, p. 571–582, 2014.

CARVALHO, M. J. L. N. et al. Primeira visita domiciliar puerperal: uma estratégia protetora do aleitamento materno exclusivo. **Rev. Paul. Pediatr**, v. 36, n. 1, p. 66-73. 2018.

CASTELLI, C. T. R.; MAAHS, M. A. P.; ALMEIDA, S. T. Identificação das dúvidas e dificuldades de gestantes e puérperas em relação ao aleitamento materno. **Revista CEFAC**, v. 16, n. 4, p. 1178–1186, 2014.

DIAS, R. B.; BOERY, R. N. S. O.; VILELA, A. B. A. Conhecimento de enfermeiras e estratégias de incentivo da participação familiar na amamentação. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 21, n. 8, p. 2527–2536, 2016.

DISTRITO FEDERAL. Secretaria de Estado de Saúde. **Protocolo de atenção à saúde da mulher no pré-natal, puerpério e cuidados ao recém-nascido**. p. 1–44, 2017.

DURÃO, F.; ROMÃO, P.; VALENTE, S.; SALDANHA, J. Fatores condicionantes do início e manutenção do aleitamento materno. **Associação pediátrica do Minho**. p. 5–10, 2013.

EDMOND, K. M. Delayed Breastfeeding Initiation Increases Risk of Neonatal Mortality. **Pediatrics**, v. 117, n. 3, p. e380–e386, 2006.

EIDELMAN, A. I. Breastfeeding and cognitive development: is there an association? **Jornal de Pediatria**, v. 89, n. 4, p. 327–329, 2013.

ESTEVES, T. M. B. et al. Factors associated to breastfeeding in the first hour of life: Systematic review. **Revista de Saúde Pública**, v. 48, n. 4, p. 697–708, 2014.

ESTEVES, T. M. B. et al. Factors associated with late initiation of breastfeeding in the Brazilian Unified National Health System in the city of Rio de Janeiro, Brazil, 2009. **Cadernos de Saude Publica**, v. 31, n. 11, p. 2390–2400, 2015.

FERREIRA, H. L. O. C. et al. Fatores associados à adesão ao aleitamento materno exclusivo. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, n. 3, p. 683–690, 2018.

FERREIRA, M.; NELAS, P.; DUARTE, J. Motivação Para O Aleitamento Materno: Variáveis Intervenientes. **Millenium - Revista do Instituto Politécnico de Viseu**, v. 40, p. 23–38, 2011.

FONTELLES, M. J. et al. Metodologia da pesquisa científica: diretrizes para a elaboração de um protocolo de pesquisa. **Revista Paraense de Medicina**, v. 23, n. 2, p. 1-8, 2009

FORTALEZA. Secretaria Municipal da Saúde de Fortaleza. **Diretrizes Clínicas: Atenção à Criança**. 2016.

FREITAS, F.; MARTINS-COSTA, S. H.; RAMOS, J. G. L.; MAGALHÃES, J. A. **Rotinas em obstetrícia**. 6. ed. Porto Alegre: Artmed, 2011.

Fundo das Nações Unidas para a Infância/Organização Mundial de Saúde. **Iniciativa Hospital Amigo da Criança: revista atualizada e ampliada para o cuidado integrado**. Série A, Normas e Manuais Técnicos. Brasília. 2009.

GASPAR, J.; LUZ, A.; GOMES, S.; GONÇALVES, H. Aleitamento Materno – Ainda Longe do Desejável. **Acta Pediátrica Portuguesa**, v. 46, n. 4, p. 318–325, 2015.

HIGINO, C. et al. Carta de serviços ao cidadão. 2009.

MESQUITA, A. L.; MARCIANO, I.; FILHO, D. M. Atribuições de enfermeiros na orientação de lactantes acerca do aleitamento materno. **Revista de Divulgação Científica Sena Aires**, v. 5, n. 2, p. 158–170, 2016.

NEU, A. P.; SILVA, A. M. T.; MEZZOMO, C. L.; BUSANELLO-STELLA, A. R. Aleitamento: relação com hábitos de sucção e aspectos socioeconômicos familiares. **Revista CEFAC**, n. 2, p. 883–891, 2014.

NEVES, B. R. et al. Intercorrências mamárias relacionadas com à amamentação: uma revisão sistemática. **Rev. Epidemiol. Serv. Saúde**. v. 1, n. 2, p. 58–73, 2016.

ODDY, W. H. Breastfeeding in the first hour of life protects against neonatal mortality. **J Pediatr (Rio J)**, v. 89, n. 2, p. 109–111, 2013.

PARANÁ. Caderno de atenção à saúde da criança aleitamento materno. **Caderno Da Criança**, p. 28. Secretaria de Estado da Saúde . Disponível em: <www.saude.pr.gov.br/file>pdf3 > Acesso em: 12 mai. 2018.

PASSANHA, A.; CERVATO-MANCUSO, A. M.; SILVA, M. E. M. P. Elementos protetores do leite materno na prevenção de doenças gastrintestinais e respiratórias. **Rev. Bras. de Crescimento e Desenvolvimento Humano**, v. 20, n. 2, p. 351–360, 2010.

PEDROSA, B. S., SILVA, R. M., MUNIZ-SILVA, C. C. S. Orientações para a amamentação adequada e complicações do aleitamento inadequado- Revisão de Literatura. **Rev. Cient. Sena Aires**, v. 5, n. 1, p. 79–86, 2016.

PELLEGRINELLI, A. L. R. et al. Influência do uso de chupeta e mamadeira no aleitamento materno exclusivo entre mães atendidas em um Banco de Leite Humano. **Revista de Nutrição**, v. 28, n. 6, p. 631–639, 2015.

PEREIRA, C. R. V. R.; FONSECA, V. M.; OLIVEIRA, M. I. C.; SOUZA, I. E. O.; MELLO, R. R. Avaliação de fatores que interferem na amamentação na primeira hora de vida. **Rev Bras Epidemiol**, v. 16, n. 2, p. 525–34, 2013.

PRODANOV, C. C.; FREITAS, E. C. **Metodologia do trabalho científico: métodos e técnicas da pesquisa e do trabalho acadêmico**. 2. Ed. Novo Hamburgo: Feevale, 2013.

SAMPAIO, A. R. R.; BOUSQUAT, A.; BARROS, C. Contato pele a pele ao nascer: um desafio para a promoção do aleitamento materno em maternidade pública no

Nordeste brasileiro com o título de Hospital Amigo da Criança. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 25, n. 2, p. 1–2, 2016.

SANTOS, F. S. et al. Aleitamento materno e proteção contra diarreia: revisão integrativa da literatura. **Einstein (São Paulo)**, v. 13, n. 3, p. 435–440, 2015.

SANTOS, L. M. et al. Experiencing skin to skin contact with the baby during the postpartum period as a mechanical act. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 67, n. 2, p. 202–207, 2014.

SILVA, J. S.; BONA, C. C. Exercício físico aeróbio, resistido e combinado: efeitos na pressão arterial em indivíduos hipertensos. **Cinergis**, v. 14, n. 3, p. 148–152, 2014.

SILVA, M. B. DA et al. Influência do apoio à amamentação sobre o aleitamento materno exclusivo dos bebês no primeiro mês de vida e nascidos na cidade de Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, v. 8, n. 3, p. 275–284, 2008.

SILVEIRA, L. M.; PRADE, L. S.; RUEDELL, A. M.; HAEFFNER, S. B.; WEINMANN, A. R. M. Aleitamento materno e sua influência nas habilidades orais de crianças. **Revista Saúde Pública**, v. 47, n. 1, p. 37–43, 2013.

SOUSA, A.; FRACOLLI, L. A.; ZOBOLI, E. L. C. P. Práticas familiares relacionadas à manutenção da amamentação: revisão da literatura e metassíntese. **Revista Panamericana Salud Publica**, v. 34, n. 2, p. 127–134, 2013.

UNICEF. **Dez Passos para o Sucesso do Aleitamento Materno**. [1989]. Disponível em: <https://www.unicef.org/brazil/pt/activities_9999.htm> Acesso em: 16 nov. 2017.

UNICEF. Situação da infância Brasileira. **Infância ainda vulnerável**. 2006.

VALENTIM-SILVA, J. R. et al. O aleitamento materno como fator protetor da obesidade. **Revista Brasileira de Obesidade, Nutrição e emagrecimento**, v. 8, n. 43, p. 16–23, 2014.

VIANNA, C. R.; PEREIRA, R. Avaliação de fatores que interferem na amamentação na primeira hora de vida Assessment of factors that interfere on breastfeeding within the first hour of life. **Rev Bras Epidemiol**, v. 16, n. 2, p. 525–34, 2013.

VIEIRA, T. O.; MARTINS, C. C.; SANTANA, G. S.; VIEIRA, G. O.; SILVA, L. R. Intenção materna de amamentar: revisão sistemática. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 21, n. 12, p. 3845–3858, 2016.

World Health Organization. Indicators for assessing infant and young child feeding practices. Conclusions of consensus meeting held 6-8 November 2007. Geneva: WHO; 2007.

APÊNDICE A - INSTRUMENTO PARA CARACTERIZAÇÃO DE PUÉRPERAS e RNs

Aspectos Sociodemográficos, Obstétricos e do Recém-nascido

1 Idade: _____ **Data da Coleta:** ____/____/____

2 Procedência: _____

3 Escolaridade (anos de estudo):

4 Renda familiar (valor absoluto): _____

5 Telefone (puérpera):
1. _____ 2. _____
3. _____

6 Telefone (contatos próximos à puérpera):
1. _____ 2. _____
3. _____

7 Ocupação atual: _____

8 Estado civil:
1. () Solteira 2. () Casada 3. () União estável 4. () Viúva 5. () Divorciada

9 Você se considera:
1. () Branca 2. () Negra 3. () Parda/Morena/Mulata 4. () Outra. Qual: _____

10 G: _____ **P:** _____ **A:** _____

11 N° de partos cesáreos: _____

12 N° de partos normal: _____

13 Tipo do ultimo parto: _____

14 Houve contato pele a pele imediato?
1. () Sim 2. () Não

15 Houve amamentação na primeira hora de vida?
1. () Sim 2. () Não

16 Foi orientada quanto a amamentação na primeira hora de vida no pré-natal?
1. () Sim 2. () Não

17 Data de nascimento da criança: ____/____/____

18 Sexo da criança:
F () M ()

29 Classificação do RN quanto a idade gestacional:
Pré-termo () A termo () Pós-termo ()

INSTRUMENTO PARA AVALIAÇÃO DA AMAMENTAÇÃO DO NENONATO APÓS 7 DIAS DE NASCIMENTO

Data da Coleta: ____/____/____

1 A criança está em aleitamento materno?

1.() Sim 2.() Não

2 Você está apresentando dificuldade na saída do leite?

1.() Sim 2.() Não

3 Você apresentou fissuras em seus seios?

1.() Sim 2.() Não

4 Você apresentou ingurgitamento?

1.() Sim 2.() Não

5 Você apresentou mastite?

1.() Sim 2.() Não

6 Você recebeu visita do agente comunitário de saúde da UAPS da qual faz parte?

1.() Sim 2.() Não

7 Você recebeu visita do enfermeiro da UAPS da qual faz parte?

1.() Sim 2.() Não

8 Acrescentou chupeta ao cotidiano da criança?

1.() Sim 2.() Não

9 Acrescentou mamadeira ao cotidiano da criança?

1.() Sim 2.() Não

INSTRUMENTO PARA AVALIAÇÃO DA AMAMENTAÇÃO DA CRIANÇA APÓS 30 DIAS DE NASCIMENTO

Data da Coleta: ____/____/____

1 A criança está em aleitamento materno?

1.() Sim 2.() Não

2 Você está apresentando dificuldade na saída do leite?

1.() Sim 2.() Não

3 Você recebeu visita do enfermeiro da UAPS da qual faz parte?

1.() Sim 2.() Não

4 Você recebeu visita do ACS da sua área de abrangência?

1.() Sim 2.() Não

5 Acrescentou chupeta ao cotidiano da criança?

1.() Sim 2.() Não

6 Acrescentou mamadeira ao cotidiano da criança?

1.() Sim 2.() Não

APÊNDICE B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (PÚBLICO-ALVO)

Prezada senhora,

Estou convidando a senhora a participar de um estudo que está sob minha responsabilidade. Nesse estudo pretendo avaliar a **amamentação na primeira hora de vida e sua manutenção ao final do primeiro mês de vida do lactente** entre usuárias de uma maternidade do município de Fortaleza, Ceará. As participantes serão puérperas que estejam internadas na Maternidade Escola Assis Chateaubriand (MEAC). Pretendemos com esta pesquisa contribuir para a prestação de uma assistência de Enfermagem mais qualificada as puérperas e neonatos.

Caso a senhora concorde em participar do estudo, realizarei uma série de questionamentos com o intuito de avaliar a amamentação na primeira hora de vida em uma maternidade do município de Fortaleza, Ceará. Sua participação neste momento é livre e deve durar em média 15 minutos. Posteriormente serão realizadas duas ligações à senhora, uma com sete dias e outra com 30 dias de vida do lactente, com o intuito de avaliar a continuidade da amamentação.

Dou-lhe a garantia de que as informações obtidas serão utilizadas apenas para a realização deste estudo. A senhora tem o direito de sair do estudo a qualquer momento, se assim desejar, sem que sua desistência possa prejudicar seu atendimento na rede pública ou privada de saúde. Finalmente informo que sua identidade será preservada tanto durante a condução do estudo como quando publicado em periódicos científicos. A participação no estudo não trará nenhum custo à senhora. A senhora poderá fazer qualquer pergunta durante a leitura desse termo.

Este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido será impresso em duas vias, sendo que uma ficará comigo (pesquisador) e a outra, com você (entrevistada).

Em caso de dúvidas e/ou desistência da entrevista, pode-se entrar em contato com o Comitê de Ética da MEAC por meio do telefone (85) 3366-8569. Caso precise entrar em contato comigo, informo-lhe meu nome e endereço:

Ana Kelve de Castro Damasceno
Departamento de Enfermagem da Universidade Federal do Ceará
Rua Alexandre Baraúna, 1115. Fone: (85) 3366-8448
E-mail: anakelve@hotmail.com

CONSENTIMENTO PÓS-ESCLARECIMENTO

Eu, _____ RG nº _____, declaro que tomei conhecimento do estudo citado acima, compreendi seus objetivos e concordo em participar da pesquisa.

Fortaleza, ____ de _____ de 2018.

Assinatura do participante

Assinatura do pesquisador

Testemunha

Assinatura de quem coletou os dados