



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
MATERNIDADE ESCOLA
PROGRAMA DE MESTRADO PROFISSIONALEM SAÚDE
PERINATAL**



SANDRA VALESCA FERREIRA DE SOUSA

**ALEITAMENTO MATERNO EXCLUSIVO: VERIFICAÇÃO DA FREQUÊNCIA DOS
FATORES DE RISCO AO DESMAME PRECOCE APÓS A ALTA DA
MATERNIDADE**

Rio de Janeiro

Março 2019

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
MATERNIDADE ESCOLA
PROGRAMA DE MESTRADO PROFISSIONAL
EM SAÚDE PERINATAL**

SANDRA VALESCA FERREIRA DE SOUSA

**ALEITAMENTO MATERNO EXCLUSIVO: VERIFICAÇÃO DA FREQUÊNCIA DOS
FATORES DE RISCO AO DESMAME PRECOCE APÓS A ALTA DA
MATERNIDADE**

Dissertação desenvolvida para conclusão do Mestrado Profissional em Saúde Perinatal, Maternidade Escola, da Universidade Federal do Rio de Janeiro , como parte dos requisitos de defesa para obtenção do Título de Mestre em Saúde Perinatal.

Orientadora: Prof. Dra. Ana Paula Vieira dos Santos Esteves

Rio de Janeiro

Março 2019

So85 Sousa, Sandra Valesca Ferreira De

Aleitamento materno exclusivo: verificação da frequência dos fatores de risco ao desmame precoce após a alta da maternidade/Sandra Valesca Ferreira De Sousa -- Rio de Janeiro: UFRJ / Maternidade Escola, 2019. 78 f. ; 31 cm.

Orientadora: Profa. Dra. Ana Paula Vieira dos Santos Esteves
Dissertação (Saúde Perinatal) -Universidade Federal do Rio de Janeiro, Maternidade Escola, Programa de Mestrado Profissional em Saúde Perinatal, 2019.

Referências: f. 45

1. Aleitamento Materno Exclusivo. 2. Amamentação. 3. Desmame Precoce. 4. Responsáveis. 5. Saúde Perinatal – Monografia. I. Esteves, Ana Paula Vieira dos Santos.. II. Universidade Federal do Rio de Janeiro, Maternidade Escola, Programa de Mestrado Profissional em Saúde Perinatal. III. Título.

**ALEITAMENTO MATERNO EXCLUSIVO: VERIFICAÇÃO DA FREQUÊNCIA DOS
FATORES DE RISCO AO DESMAME PRECOCE APÓS A ALTA DA
MATERNIDADE**

Autora: Sandra Valesca Ferreira de Sousa

Orientador: Profª Dra. Ana Paula Vieira dos Santos Esteves

Dissertação de Mestrado submetida ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Perinatal, Maternidade Escola da Universidade Federal do Rio de Janeiro – UFRJ, como parte dos requisitos necessários para o título de Mestre em Saúde Perinatal.

Aprovada em ___/___/_____

Presidente Prof. Dra. Ana Paula Vieira dos Santos Esteves

Profª. Dra. Elisa da Conceição Rodrigues

Profª. Dra. Patrícia Lima Pereira Peres

Prof. Dra. Ana Cristina Barros Cunha

Profª. Dra. Angela Maria e Silva

—

*“Aquele que habita no abrigo do Altíssimo e descansa à
sombra do Todo-poderoso pode dizer ao Senhor: "Tu és o meu
refúgio e a minha fortaleza, o meu Deus, em quem confio"
(Salmos 91:1-2)*

Dedico este trabalho aos meus filhos Igor e Ian com muito amor e gratidão

AGRADECIMENTOS

Deus esteve ao meu lado e me deu força, ânimo e crença para não desistir e continuar lutando por este meu sonho e objetivo de vida. A Ele eu devo minha gratidão.

Ao meu filho Ian que esteve ao meu lado incansavelmente durante toda essa trajetória, me apoiando e me dando toda ajuda prática que precisei.

A minha família que sempre esteve ao meu lado apoiando todas as minhas decisões e incentivando o meu crescimento profissional.

A minha orientadora Dra. Ana Paula Vieira dos Santos Esteves pela credibilidade depositada em mim, reconheço o esforço gigante dedicado com muita paciência e sabedoria.

A minha querida Nathalia Fernanda F. Rocha, minha companheira de trabalho e amiga que procurou me apoiar e ajudar de todas as formas e em todos os momentos difíceis que passei.

Aos membros da banca Profa. Dra. Elisa da Conceição Rodrigues, Prof. Dra. Patrícia Lima P. Peres e Prof.^a Dra. Ângela Maria e Silva e Prof.^a Dra. Ana Cunha pela disponibilidade em contribuir para melhoria desta pesquisa com seus conhecimentos.

Não esqueço o papel que a Maternidade Escola da UFRJ teve ao longo de todo meu percurso e por isso agradeço os recursos e o apoio que sempre me ofereceram.

Ao meu querido amigo Rafael Galvão da Silva por todo apoio nesta jornada e pelo desenvolvimento do *website*

RESUMO

SOUSA, Sandra Valesca Ferreira De. **ALEITAMENTO MATERNO EXCLUSIVO:** verificação da frequência dos fatores de risco ao desmame precoce após a alta da maternidade. 2019. 71f. Dissertação (Mestrado em Saúde Perinatal) - Universidade Federal do Rio de Janeiro, Maternidade Escola, Rio de Janeiro, 2019.

Este estudo teve por objetivo - Verificar a frequência dos fatores de risco ao desmame precoce após a alta hospitalar da Maternidade Escola da UFRJ nos primeiros seis meses de vida. Tendo como variável dependente: aleitamento materno exclusivo e variáveis independentes: faixa etária, grau de escolaridade da mãe, trabalho atual da mãe, licença maternidade, paridade, tipo de parto e peso da criança ao nascimento, chupeta, mamadeira e dificuldade na amamentação (complicações das mamas). Método: 46 mães de crianças (0 a 6 meses) que pertencem a área regional 2. A análise estatística envolveu distribuição de frequências e o teste Qui-quadrado de Pearson e Odds Ratio com nível de significância de 5%. Resultados apurados: O percentual de AME foi de (45,7%) e desmame precoce (54,6%). Não houve associação entre o AME e a faixa etária da mãe, o grau de escolaridade, paridade, tipo de parto e peso da criança. Houve associação entre o uso de chupeta ($p < 0,01$), mamadeira ($p < 0,0004$), trabalho atual ($p < 0,04$), licença maternidade ($p < 0,04$) e dificuldade na amamentação ($p < 0,01$). Conclusão do estudo: O percentual de desmame precoce foi elevado, porém o resultado de 45,7% de AME, ficou 5,7% acima do resultado em nível do âmbito Nacional, que foi de 41%, o mesmo ocorreu em relação ao Estado do Rio de Janeiro, que foi de 40,7%, ficando 5%. A sucção de chupeta, mamadeira foram variáveis que apresentaram associações significativas como desmame precoce. Dessa forma, fica evidente a importância das políticas de incentivo ao aleitamento materno, sendo essa prática, na atualidade, associada à queda na taxa de natalidade, de mortalidade infantil e de desnutrição, além dos inúmeros benefícios para a saúde em geral e para a vida emocional da criança.

Palavras-chave: Aleitamento materno exclusivo. Amamentação. Desmame Precoce. Visita domiciliar

ABSTRACT

The objective of this study was to verify the frequency of risk factors for early weaning after hospital discharge from the UFRJ School Maternity in the first six months of life. The dependent variable was: exclusive breastfeeding and independent variables: age, mother's educational level, mother's current job, maternity leave, parity, type of delivery and child's weight at birth, pacifier, bottle and difficulty in breastfeeding (complications of the breasts). Method: 46 mothers of children (0 to 6 months) belonging to regional area 2. Statistical analysis involved frequency distribution and Pearson's Chi-square test and Odds Ratio with significance level of 5%. Results found: The percentage of AME was (45.7%) and early weaning (54.6%). There was no association between SMA and maternal age, educational level, parity, type of delivery and weight of the child. There was an association between pacifier use ($p < 0.01$), bottle feeding ($p < 0.0004$), current work ($p < 0.04$), maternity leave ($p < 0.04$) and difficulty in breastfeeding ($p < 0.01$). The Conclusions: The percentage of early weaning was high, but the result of 45.7% of AME was 5.7% above the result at the National level, which was 41%, the same occurred in relation to the State of Rio de Janeiro, which was 40.7%, with 5%. The pacifier sucking, bottle feeding were variables that presented significant associations as early weaning. Thus, the importance of policies to encourage breastfeeding is evident, and this practice is currently associated with a drop in the birth rate, infant mortality and malnutrition, as well as the innumerable benefits to health in general and to life emotional state of the child.

Keywords: Exclusive breastfeeding. Breast-feeding. Early weaning. Home visit

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Associação do aleitamento materno exclusivo até o 6º mês com variáveis socioeconômicas e demográficas	33
Tabela 2 -Associação do aleitamento materno exclusivo até o 6º mês com variáveis obstétricas e peso e nascimento	34
Tabela 3 -Associação do aleitamento materno exclusivo até o 6º mês com variáveis práticas de cuidado e dificuldades com a amamentação	35
Tabela 4 - Distribuição da frequência de aleitamento materno exclusivo	35

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Cuidado do RN-Mãe após alta da maternidade:	
Acolhimento Mãe-bebê.....	24
Figura 2 - Modelo teórico determinante da situação do AME em	
menores de 6 meses	30

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

AM	Aleitamento Materno
AME	Aleitamento Materno Exclusivo
AMM	Aleitamento Materno Misto
AMP	Aleitamento Materno Predominante
AP	Área Programática
EAB	Estratégia Amamenta Brasil
IG	Idade Gestacional
IHAC	Iniciativa Hospital Amigo da Criança
ME/UFRJ	Maternidade Escola da Universidade Federal do Rio de Janeiro
MS	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial da Saúde
OR	<i>Odds Ratio</i>
UNICEF	Fundo das Nações Unidas para Infância
UFRJ	Universidade Federal do Rio de Janeiro
VD	Visita Domiciliar

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	12
1.1	Hipótese	17
1.2	Objetivos	17
1.2.1	Objetivo Geral	17
1.2.2	Objetivos específicos.....	17
2	FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	18
2.1	Aleitamento Materno	18
2.1.1	Tipos de aleitamento materno	19
2.1.2	Apoio ao aleitamento materno	20
2.1.3	Desmame precoce	21
2.1.4	Visita domiciliar e linha de cuidado da saúde da criança	22
3	METODO E TÉCNICA DE ESTUDO	25
3.1	Investigação Teórica	25
3.1.1	Tipo de Estudo	26
3.2	Local da Pesquisa	26
3.3	Seleção da Amostra	26
3.3.1	Critérios de Inclusão.....	27
3.3.2	Critérios de Exclusão.....	27
3.3.3	Seleção da Amostra	29
3.4	Coleta de Dados	28
3.5	Considerações Ética	28
3.6	Tratamento de Dados	28
3.7	Viabilidade do estudo	31
3.8	Riscos e Benefícios do estudo	31
3.9	Produto Final	32
4	RESULTADOS	33
5	DISCUSSÃO	37
6	CONCLUSÃO	43
	REFERÊNCIAS	45
	ANEXO A - Folha de rosto para pesquisa envolvendo seres humanos .	50
	APÊNDICE A – Formulário de Observação	51
	APÊNDICE B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	52
	APÊNDICE C – Termo de Assentimento	53
	APÊNDICE D – Formulário de Pesquisa	54
	APÊNDICE E – Projeto Aplicativo	55

1 INTRODUÇÃO

O Aleitamento Materno (AM) pode ser compreendido como todas as formas do lactente receber leite humano ou materno, e também o movimento social para a promoção, proteção e apoio à esta cultura (CARVALHO; GOMES, 2017). Desta forma, esta ação é secularmente praticada, assim como programada geneticamente para acontecer na fisiologia de lactação de cada mulher após a concepção de um filho (REGO, 2015).

Logo, o Aleitamento Materno se configura como uma estratégia fundamental para a redução da morbimortalidade infantil e para a melhoria da saúde da criança, devido ao caráter protetor do leite materno identificado através de pesquisas que serão expostas ao longo deste trabalho. A revisão das taxas de mortalidade infantil revelou que, no ano de 2011, o Brasil apresentou uma taxa de 15,3 por mil nascidos vivos, alcançando o quarto Objetivo de Desenvolvimento do Milênio estipulado em 2000 pelas Nações Unidas, que objetivava reduzir, até 2015, dois terços da taxa de mortalidade de crianças menores de cinco anos (LANSKY, 2014). Somando-se a isso, é importante destacar que a prevalência do Aleitamento Materno Exclusivo(AME) em crianças nascidas a termo e pré-termo em nível mundial, ainda se mostra aquém do que é preconizado pela Organização Mundial de Saúde (OMS), cuja recomendação é que 50% das crianças recebam somente leite materno até seis meses de idade e de forma complementar até dois anos ou mais.

Em relação à situação do AME no país como um todo, a II Pesquisa de Prevalência de Aleitamento Materno nas Capitais Brasileiras e Distrito Federal em 2009 revelou que a prevalência do aleitamento materno exclusivo em menores de seis meses no Brasil foi de apenas 41%. A região Norte foi a que apresentou maior prevalência (45,9%), seguida do Centro-Oeste (45,0%), Sul (43,9%), Sudeste 39,4%, e por último, a região Nordeste (37%). Em relação às capitais, Belém se destaca com maior prevalência (56,1%), ao passo que a menor foi em Cuiabá (27,1%). O Estado do Rio de Janeiro apresentou uma prevalência de 40,7%(BRASIL, 2009a).

Esses resultados de baixa prevalência de AME no Brasil apontam a necessidade da criação de novas abordagens, valorizando as ações efetivas na promoção, proteção e apoio não aleitamento materno, mas também considerando o contexto de processo de trabalho em que elas acontecem (PEREIRA, et al., 2010).

Segundo Tavares (2016), a lactação é inerente aos mamíferos e a sucção instintiva da criança, ou seja, um processo natural e fisiológico, porém o processo de amamentar nem sempre é fácil. Alguns escritores comparam este ato da amamentação a uma arte, que muitas das vezes deve ser aprendida e ensinada. E só saberemos se existe essa necessidade de aprendizado para a mãe e a sua criança se observamos ambos durante o manejo do AM.

Para orientar essa prática, a UNICEF e a OMS elaboraram um formulário de observação da mamada, utilizado em cursos de Aconselhamento em Amamentação, com o objetivo de capacitar os profissionais de saúde a desenvolver habilidades clínicas no manejo da lactação e assim promover o sucesso do aleitamento materno (WHO,2005).

Logo, faz-se necessário que a equipe de saúde esteja capacitada para avaliar a técnica de amamentação mediante a observação de uma mamada completa. Faz parte da função do profissional de saúde envolvido na assistência a crianças promover o aleitamento materno na sua forma mais ampla, através de ações que objetivam a sensibilização, promoção, o incentivo e apoio a esta prática (REGO,2015).

Dentro deste contexto, a Maternidade Escola da UFRJ (ME/UFRJ), conta com uma equipe de enfermagem especializada na metodologia do curso da Iniciativa Hospital amigo da Criança (IHAC). Tal iniciativa está inserida na Estratégia Global para Alimentação de Lactentes e Crianças de Primeira Infância criada em 2002 pela OMS/UNICEF, que busca apoio renovado à amamentação exclusiva, do nascimento aos seis meses de vida, e a continuidade da amamentação por dois anos ou mais, com introdução de alimentação complementar adequada e no momento oportuno.

Atualmente, coordeno a equipe de enfermagem especializada em amamentação, intitulada de AMA-ME, que é composta por 3 enfermeiras plantonistas e 1 técnica de enfermagem, e trabalhamos diariamente junto à equipe de saúde multidisciplinar, implementando as ações que visam a promoção, proteção e apoio à amamentação.

Essas ações ocorrem no período da internação das mães e seus filhos no Alojamento Conjunto e nos demais setores como UTI Neonatal, e Centro Obstétrico quando necessário. O acompanhamento ocorre diariamente, com o objetivo de observar e orientar a amamentação diante do que é observado, seguindo o roteiro

do formulário oficial de Observação e Avaliação da Mamada (APENDICE A). Utilizar o aconselhamento em amamentação desenvolvendo confiança e apoio ao manejo clínico quando necessário é de extrema relevância para atingir o sucesso da amamentação.

Praticar aconselhamento não é um caminho para encontrar um diagnóstico e um tratamento. Aconselhamento significa ouvir o outro com atenção, sem interromper seus pensamentos a todo instante, e ter a confiança de deixá-lo parar e refletir sem nos afobar para preencher cada silêncio. Ouvir, ouvir, ouvir, e se você o fizer as pessoas falarão. Por que/ porque há uma grande probabilidade de ninguém jamais as terem ouvido antes. O aconselhamento, portanto, é uma escuta empática (CARVALHO; GOMES, 2017, p.280)

Durante a observação da mamada, as Enfermeiras da equipe de amamentação registram todas as características apresentadas, levando em consideração as mais relevantes que indicam pega e posição inadequada durante a mamada, sendo estes os pontos-chaves utilizados pela OMS para avaliar a qualidade da técnica da amamentação. Dentro desses pontos-chaves, observamos quanto à eficiência da sucção - se é ávida ou débil, coordenada ou não -, se esta criança consegue manter a pega ao seio materno, e se a mãe consegue posicionar e alinhar seu filho de forma que facilite a mamada sustentada. Também é possível avaliar os comportamentos desejáveis das mães e do filho e outros indicativos de problemas, que contém uma série de itens classificados em favoráveis à amamentação ou sugestivos de possíveis dificuldades, conforme o instrumento de observação da mamada (APENDICE A). Ao término das visitas, este instrumento é anexado ao prontuário da criança para visualização de toda a equipe multidisciplinar.

Durante as visitas realizadas nas enfermarias, após a observação das mamadas, quando a equipe identifica dificuldades individuais no manejo do aleitamento materno, são realizadas orientações e estratégias específicas de forma singular para cada mãe e sua criança. Através do aconselhamento, este grupo de Enfermeiras cria um vínculo afetivo e efetivo de confiança, em que o sentimento de apoio para amamentar torna-se pleno e significativo para estas mães, utilizando principalmente as habilidades de acolhimento e comunicação em AM, pois não é aconselhável montar um grupo de normas rígidas e engessadas diante de tantas diferenças individuais. Então, para que alcancemos o sucesso do aleitamento materno, é importante que os cuidados e as intervenções sejam sempre de forma

singular e empática, onde mãe e filho apresentem proficiência adequada e satisfação com o ato de amamentar, evitando assim o desmame precoce.

Nesse sentido, o desmame é definido como a introdução de qualquer tipo de alimento na dieta de uma criança que, até então, se encontrava em regime de aleitamento materno exclusivo. Dessa forma, denomina-se “período de desmame” aquele compreendido entre a introdução desse novo alimento até a supressão completa de aleitamento materno (ABREU,2013). Nesta pesquisa utilizaremos como balizador o que é preconizado pela OMS e a UNICEF, nas quais citam que a amamentação exclusiva é o caminho seguro, saudável e sustentável para alimentar as crianças durante os seis primeiros meses de vida, sendo importante continuar a amamentação após esse período acompanhada de alimentos apropriados até os dois anos de idade ou mais (WHO,2001).

A equipe especializada também faz o acompanhamento de todas as mães e seus filhos na sala de amamentação, localizada no ambulatório da maternidade escola, após a alta hospitalar, afim de reforçar todas as orientações dadas durante a internação e ter uma nova oportunidade de observar as mamadas e registrando em instrumento específico da consulta. Todas as mães são agendadas para a sala, salvos os casos onde há alguma patologia materna ou neonatal que impossibilite o aleitamento materno. Este momento é oportuno também para identificar problemas relacionados à mãe que poderá interferir na amamentação posteriormente.

As mamas ingurgitadas, fissuras mamilares, ductos bloqueados não tratados de forma adequada podem gerar outras complicações mais graves, como por exemplo, mastites e abscessos mamários, entre outros. Assim, na consulta, auxiliamos no manejo clínico e nas práticas de educação em saúde, como por exemplo, as ordenhas mamárias, no caso de mamas ingurgitadas para alívio ou ofertar no ato para a criança através do copinho. Além de todos esses cuidados, também são utilizadas tecnologias não invasivas a fim de auxiliar na resolução das dificuldades enfrentadas, como por exemplo, o uso de “peneirinhas plásticas” para proteção de mamilo. O uso da peneirinha evita o contato da fissura com o tecido do sutiã, permitindo o uso do próprio do leite materno na função de agente cicatrizante de forma mais eficiente.

Nesse sentido, Rego, et al.,(2015, p.35) adverte:

O tratamento da fissura deverá consistir em correção da técnica de amamentação, mudança da posição da mamada, aplicação de leite materno nos mamilos após todas as mamadas, não utilização de protetores e

intermediários (bicos de silicone ou conchas plásticas), evitar o contato dos mamilos com sutiã, podendo fazer uso de peneiras de plásticos.

Assim, o trabalho realizado pela equipe de amamentação da maternidade escola tem por objetivo principal promover o aleitamento materno, bem como proteger e conseqüentemente evitar o desmame precoce.

Alguns fatores têm contribuído negativamente para a manutenção do aleitamento materno. Dentre eles destacam-se os fatores biológicos, culturais socioeconômicos e assistenciais. Este último, fundamentado em relatos maternos, evidencia o descompromisso de muitos profissionais e serviços de saúde na assistência, humanização e promoção do aleitamento (SOUZA; SODRÉ; SILVA, 2015)

Caldeira e Goulart (2000) ressaltam que o desmame precoce sofre influência de variáveis que são divididas em cinco categorias: a) variáveis demográficas: tipo de parto, idade materna, presença paterna na estrutura familiar, números de filhos, experiência com amamentação; b) variáveis socioeconômicas: renda familiar, escolaridade materna e paterna, tipo de trabalho do chefe de família; c) variáveis associadas à assistência pré-natal: orientação sobre amamentação e desejo de amamentar; assistência no parto e contato pele a pele promovido na primeira hora de vida; d) variáveis relacionadas à assistência pós-natal imediata: alojamento conjunto, auxílio de profissionais de saúde, dificuldades iniciais; e) variáveis relacionadas à assistência pós-natal tardia (após a alta hospitalar): estresse e ansiedade materna, o uso de medicamentos pela mãe e pelo bebê, introdução precoce de alimentos.

Deduzimos então, que não seria possível apenas com uma observação de mamada e avaliação pontual (durante a estadia no alojamento conjunto da maternidade e/ou no momento da alta e sala de amamentação), impedir o desmame precoce, ao longo dos próximos seis meses vindouros. Pois como cita Montenegro, Carvalho e Gomes (2017, p. 258):

O ato de amamentar institui uma das primeiras ações fundamentais da linha de cuidado voltada à proteção e prevenção à saúde da criança. Integra a mãe, o recém-nascido, a família e a sociedade, além de ser um exercício de autonomia para a mulher, quando ela aprende a lidar com as intercorrências provenientes deste período e realiza o manejo da amamentação de forma a preservar o ato, prevenir complicações e garantir o alimento do lactente.

Desta forma, a pergunta que ativa o intento e a criação desta pesquisa é a seguinte: como implementar uma estratégia de intervenção que envolva a mãe, a criança e a família após a alta hospitalar da maternidade, a fim de minimizar os riscos de desmame precoce em crianças menores de seis meses?

1.1 Hipótese

Diante destas considerações, para o presente estudo instituiu-se a seguinte hipótese: o acompanhamento da dupla mãe e filho junto a sua família através de visitas domiciliares, contato telefônico e/ou por *WhatsApp* podem contribuir de forma promissora para a duração do aleitamento materno exclusivo até o sexto mês de vida da criança, pois acredita-se que o apoio continuado reduz o risco de desmame precoce por influência de fatores de risco abordados pelo trabalho.

Para atingir a implantação deste segmento terapêutico foram construídos os objetivos citados a seguir.

1.2 Objetivos

1.2.1 Objetivo Geral

- ✓ Verificar a frequência dos fatores de risco ao desmame precoce após a alta hospitalar da Maternidade Escola da UFRJ nos primeiros seis meses de vida.

1.1.2 Objetivo Específico

- ✓ Identificar os fatores de risco ao desmame precoce e a sua frequência através do acompanhamento de mãe e filho durante a visita domiciliar e contato telefônico ou por mensagens instantâneas do aplicativo de *WhatsApp*;
- ✓ Pesquisar a frequência de AME nos primeiros seis meses de vida;
- ✓ Desenvolver um *website* como suporte personalizado de promoção, proteção e apoio para as mulheres que amamentam.

2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

2 O aleitamento materno

O leite materno tem um papel importante, pois contém vitaminas, minerais gorduras, açúcares e proteínas apropriados para o organismo e desenvolvimento da criança (CAMPANA, et al., 2001). O aleitamento materno também cria vínculo, transmite afeto e garante proteção e nutrição para a criança, além de promover um impacto na promoção da saúde integral da mãe e filho (ALMEIDA; NOVAK, 2004). É um processo que envolve interação profunda de mãe e filho, com repercussões importantes no desenvolvimento cognitivo e emocional da criança e na saúde física e psíquica da mãe. Portanto, amamentar se torna muito mais do que apenas nutrir (BRASIL, 2009b).

A OMS preconiza que a criança seja amamentada logo após o nascimento, ainda na primeira hora de vida, ainda na sala de parto. Se isso não for possível, que a criança seja amamentada, nas seis primeiras horas de vida (BRASIL, 2015). Essa iniciativa desenvolvida nos hospitais possibilita a mãe maior incentivo ao aleitamento materno exclusivo. Sob o ponto de vista da mulher que dá à luz, o momento inicial após o parto é considerado precursor do apego, por ser a primeira oportunidade da mãe sensibilizar-se pelo seu bebê e principiar o exercício social da maternagem (WINNICOTT, 1982).

O aleitamento materno tem relevância no combate à fome extrema e desnutrição estabelecida nos dois primeiros anos de vida, sendo ele, em muitos casos, responsáveis pela sobrevivência da criança, principalmente aquelas em condições desfavoráveis. O leite materno é a melhor fonte de nutrição para as crianças nessa fase, favorecem inúmeras vantagens imunológicas e psicológicas, e quando associado aos alimentos complementares de qualidade após o período de seis meses da criança, otimizando o desenvolvimento saudável (BRASIL, 2015).

Nos últimos dez anos, observamos consideráveis avanços em relação ao incentivo e prática da lactação natural, entretanto, apesar dos esforços empregados, a prevalência e incidência de aleitamento materno entre crianças traduzem uma realidade aquém da esperada.

Estudos realizados detectaram que, em 1999, as mães brasileiras amamentavam seus filhos exclusivamente com leite do peito por apenas 33,7 dias, em média (UNICEF, 2004). Associando esse fato às precárias condições de vida da maioria da população, o número de casos referentes à diarreia, desnutrição proteico-calórica e doenças infectocontagiosas podem sofrer considerável aumento, contribuindo para agravar os índices de mortalidade infantil e qualidade de vida (UNICEF, 2004).

Os benefícios do aleitamento materno a curto e médio prazo revelam em estudo prospectivo de coorte, com 3493 participantes, acompanhadas por um período de 30 anos, realizado no Sul do Brasil, concluiu que se o aleitamento fosse prolongado por mais de 12 meses, grande impacto teria no desenvolvimento cognitivo da criança (BRASIL, 2009c). Cabe destaque, pois os ácidos graxos de cadeia longa, presentes no leite materno, são importantes componentes lipídicos para o desenvolvimento das membranas celulares, inclusive do sistema nervoso central, colaborando com o desenvolvimento cerebral, contribuindo para melhor capacidade intelectual na idade adulta, refletindo em maior nível educacional e renda financeira.

A ingestão de leite humano, seja oriundo diretamente do seio ou extraído, é considerada a melhor nutrição a ser oferecida à criança. É por isso que diversos investigadores têm discutido a relação entre o aleitamento materno e a saúde da mãe e da criança. Tais estudos revelam que o exercício do aleitamento materno pode ser benéfico à saúde das mães, devido à redução do risco de câncer ovariano (CHIAFFARINO, et al., 2005; TUNG, et al., 2005).

2.1.1 Tipos de aleitamento materno

Em virtude da crescente conscientização da importância da amamentação exclusiva e da falta de padronização quanto à sua definição, a OMS, em 1991, estabeleceu as primeiras definições de aleitamento materno e propuseram os critérios globais como parâmetros para avaliar o progresso dos programas de promoção do aleitamento materno (CARVALHO; GOMES, 2017), sendo atualizadas em 2007 e reconhecidas no mundo inteiro até hoje. Desta forma, o AM é classificado em: Aleitamento Materno Exclusivo (AME), quando a criança recebe somente leite

materno (LM) permitindo se gotas ou xaropes de vitaminas, suplementos minerais e outros medicamentos; Aleitamento Materno Predominante (AMP), além do LM recebe também água ou bebidas a base de água; Aleitamento Materno Misto ou Parcial (AMM), quando recebe LM e outros tipos de leite; Aleitamento Materno (AM), independente de receber ou não outros alimentos; e Aleitamento Materno Complementado (AMC), além do LM, qualquer alimento sólido ou semi-sólido com a finalidade de complementá-lo (BRASIL, 2009a).

2.1.2 Apoio ao aleitamento materno exclusivo

A importância do aleitamento materno tem sido exaustivamente documentada em diversas publicações. Entre os benefícios desta prática, destaca-se a influência positiva na sobrevivência na saúde e no desenvolvimento das crianças, indistintamente em populações de alta, média e baixa.

No Brasil, pode ser citada a experiência de Pelotas (RS) mostrando como o apoio sistemático às mães que amamentam pode promover a amamentação exclusiva. Tal suporte ampliou a frequência de aleitamento materno exclusivo no primeiro mês de vida de 26% em 1993, para 40% em 1997-1998 e 77% em 2004. Aos três meses 16%, no ano de 1993, 19% em 1997-1998 e 46% em 2004 das crianças recebiam aleitamento materno exclusivo (CARVALHO; GOMES, 2017).

Uma revisão realizada por Albernaz e Victora (2003), avaliou o impacto do aconselhamento face a face no período pós-natal ou no pré e pós-natal sobre a duração do aleitamento materno exclusivo. Dos 19 estudos selecionados e publicados em 1990 e 2001, apenas um teve impacto nulo. Dois deles mostraram efeito dose-resposta, isto é, o impacto foi diretamente proporcional ao número de visitas. Foi observado que o impacto nas taxas de aleitamento materno exclusivo era maior quando a intervenção ocorria tanto no hospital quanto na comunidade.

Em uma outra revisão, o estudo de Kramer, et al., (2003) se destacou pelo número de pares mães/crianças envolvidos (n= mais de 17.000) e pelos resultados: o aconselhamento aumentou em 7 vezes o aleitamento materno exclusivo aos 3 meses, e em 13 vezes aos 6 meses.

Na maternidade Escola da UFRJ, existe o ambulatório de amamentação, onde é agendado o 1º retorno da mãe e filho no ato da alta hospitalar da

Maternidade. Esses agendamentos ocorrem dentro do período de cinco a dez dias após a alta, podendo se estender a três ou mais consultas de amamentação, caso seja identificado algum déficit no aleitamento materno. O ambulatório de amamentação tem contribuído bastante para promoção e proteção do aleitamento, sendo visto como um passo importante e significativo na promoção da manutenção da amamentação exclusiva.

2.1.3 Desmame Precoce: riscos encontrados em outros estudos

O AME até o 6º mês de vida tem sido tema de crescente interesse mundial, uma vez que os benefícios dessa prática à mãe e filho são demonstrados constantemente. Além de ser uma excelente fonte nutricional para o crescimento e desenvolvimento da criança, o leite materno está associado com a redução de risco de diversas enfermidades (AGUIAR; SILVA, 2011). Muitos efeitos positivos do aleitamento, como a proteção contra infecções são mais evidentes se a amamentação for exclusiva nos primeiros meses, pois a ação protetora contra diarreias e doenças respiratórias pode diminuir substancialmente.

O estudo de caso-controle desenvolvido pelo grupo da Epidemiologia de Pelotas vem demonstrando há décadas a importância da amamentação e seu efeito protetor da morbimortalidade neonatal, sendo de vital contribuição às ações de inúmeros profissionais de saúde, com repercussão mundial (ALBERNAZ; VICTORA, 2003).

No Brasil, ainda são poucos os estudos que buscam identificar os determinantes do desmame precoce antes dos seis meses, tendo já sido identificados os seguintes fatores de riscos: uso de chupeta, baixa escolaridade materna, idade materna menor que 25 anos, primiparidade, local de nascimento, bebê de sexo masculino, baixo peso ao nascer (VENANCIO, 2006).

O estudo de Victora, et al., (2015), realizado no município de Pelotas (RS), mostra que o risco de morrerem de diarreia no primeiro ano de vida foi de 14,2 vezes maior em crianças não amamentadas, e 3,6 vezes maior em crianças em aleitamento misto, quando comparadas com crianças que não recebiam nenhum tipo de leite. Outro estudo também realizado em Pelotas mostrou surpreendentemente o impacto da prática do aleitamento materno exclusivo nas taxas de internação por

pneumonia. Em crianças não amamentadas nos primeiros três meses de vida, a chance de hospitalização foi 61 vezes maior do que em crianças amamentadas exclusivamente. Esse risco foi 2,9 vezes maior em crianças amamentadas em regime não exclusivo.

2.1.4 Visita Domiciliar e linha de cuidado da saúde da criança existente na cidade do Rio de Janeiro

O reconhecimento das orientações como fator favorável ao sucesso da amamentação tem sido evidenciado na literatura. Estudos alertam para o fato de que a promoção de orientações acerca dos benefícios e técnicas de amamentação está relacionada a um maior período de adesão ao aleitamento materno exclusivo (SILVA; SEGRE, 2010).

O Ministério da Saúde lista alguns itens essenciais para orientação das mães após o nascimento do bebê. Tais itens incluem orientações sobre o comportamento normal do bebê, o número de mamadas, a duração das mamadas, o aspecto do leite, além da forma correta de realizar a pega da mama e a posição de ambos (BRASIL, 2009b). Porém, vários fatores externos estão relacionados a esta prática, desde número de filhos, idade, escolaridade, renda, estado civil, até uso de bicos artificiais.

Existem evidências na literatura de que alguns componentes da família, em especial o pai e as avós das crianças, exercem um papel importante no estabelecimento e na manutenção do aleitamento materno. Portanto, foi possível constatar através de análise de diversos estudos o impacto de intervenções e programas nas taxas de aleitamento materno exclusivo alguns itens determinantes: o aconselhamento individual em aleitamento materno é a estratégia com mais consistência para aumentar as taxas de aleitamento materno exclusivo, assim como as visitas domiciliares são mais efetivas que as clínicas de lactação.

Um ensaio clínico randomizado realizado no Brasil corroborou com essa recomendação, ao observar uma intervenção com mães adolescentes e avós maternas em coabitação, consistindo em seis sessões de aconselhamento em aleitamento materno, sendo a primeira na maternidade e as demais no domicílio (aos 7, 15, 30, 60 e 120 dias). O resultado mostrou-se positivo ao aumentar em 67

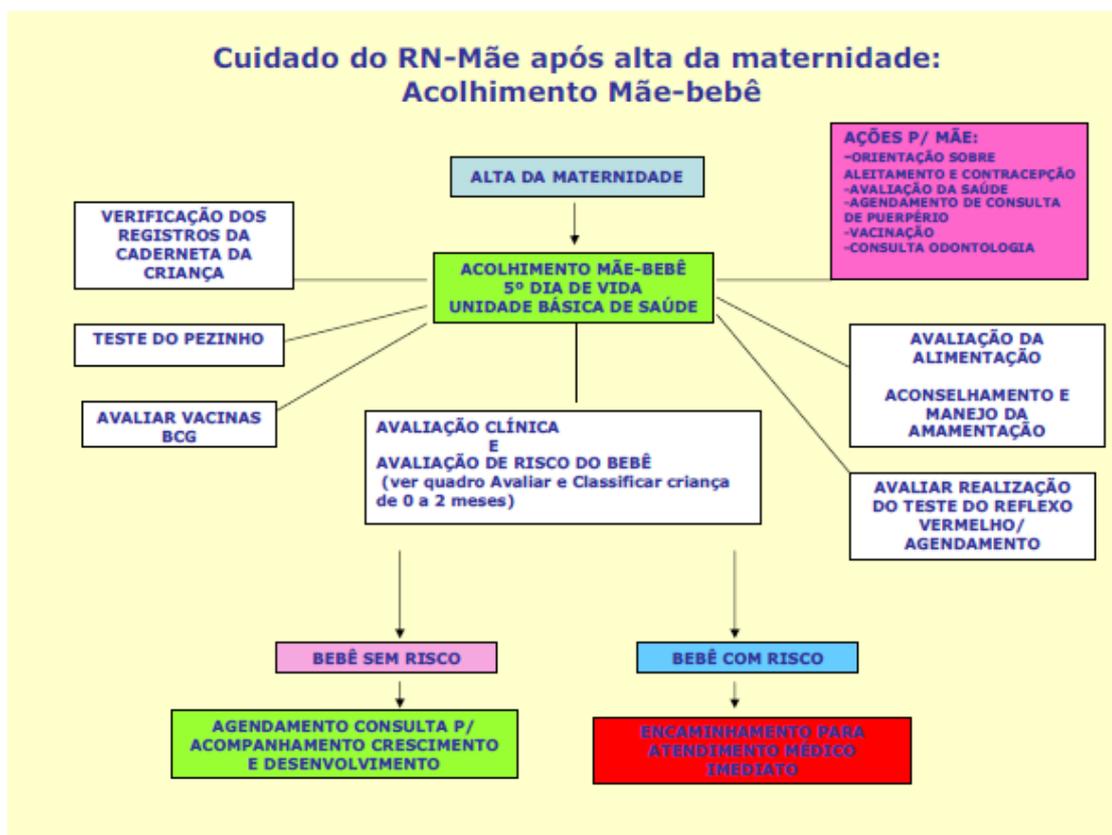
dias a duração do aleitamento materno exclusivo quando a avó era incluída na intervenção (CARVALHO, GOMES, 2017).

A linha de cuidado da saúde da criança na cidade do Rio de Janeiro tem como eixo estruturante o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento e a assistência. Baseia-se na promoção da saúde, prevenção, diagnóstico precoce e recuperação dos agravos à saúde. O instrumento utilizado para esse acompanhamento, desde 2005, é a Caderneta de Saúde da Criança, distribuída universalmente para todos os nascidos vivos das maternidades públicas e privadas.

O Acolhimento Mãe e filhona Unidade Básica de Saúde após alta da Maternidade foi implantado em setembro de 2003, em parceria com o Programa de Saúde da Mulher, alguns dos objetivos são:

1. Estabelecer uma referência para uma recepção humanizada, após alta da maternidade, da mãe e filho na Unidade Básica de Saúde (UBS) mais próxima de sua residência;
2. Realizar as ações preconizadas para a 1ª semana de vida do bebê e, no caso da mulher, as ações referentes à 1ª semana após o parto;
3. Possibilitar o estabelecimento precoce do vínculo da família com essa Unidade de Saúde. -Avaliação do risco da criança no momento do acolhimento (icterícia, secreções, má sucção e outras): consulta imediata e/ou agendamento de consulta para acompanhamento do crescimento e desenvolvimento, dentro da 1ª quinzena de vida.

Figura 1 – Cuidado do RN-Mãe e após alta da maternidade: Acolhimento Mãe-bebê



Fonte: Prefeitura Municipal do Rio de Janeiro - Subsecretaria de Atenção Primária, Vigilância e Promoção da Saúde – 2015.

No caso desta pesquisa, que visa realizar a Visita Domiciliar como forma dar apoio, promoção e proteção ao aleitamento materno, deverão observar na 1ª visita, se os elementos observados na consulta de retorno a sala de amamentação da Maternidade Escola UFRJ, se mantiveram presentes, pioraram ou melhoram, criando assim um *score* a partir desta leitura em instrumento de visita próprio.

O que vem ao encontro com o que é pré-estabelecido nas estratégias de saúde do município do Rio de Janeiro, pautando-se no descrito acima, sobre linhas de cuidado, onde estaremos ampliando a clínica de cuidado da Maternidade escola, indo além dos “muros” da mesma, com a consulta pós-alta em domicílio.

3 MÉTODO E TÉCNICAS DE ESTUDO

Trata-se de um estudo com abordagem quantitativa analítica descritiva, com intervenção na qual foi desenvolvida em três momentos: a investigação teórica, acompanhamento da dupla mãe-filho através de visita domiciliar, e ou contato telefônico e *WhatsApp*. Este último, que tem como definição:

O WhatsApp Messenger é um aplicativo gratuito para a troca de mensagens disponível para Android e outras plataformas, utilizado através de conexão com a Internet Além das mensagens básicas, os usuários do WhatsApp podem criar grupos, enviar mensagens ilimitadas com imagens, vídeos e áudio (WHATSAPP, 2018).

3.1 Investigação teórica

A etapa da investigação teórica foi alicerçada na revisão de literatura, dirigida aos seguintes temas: Promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno exclusivo; visita domiciliar; classificação de risco do manejo clínico do aleitamento materno. O caminho escolhido constou dos seguintes passos:

I) Investigação teórica, alicerçada na revisão de literatura, utilizando as bases LILACS (Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde), SciELO (*Scientific Electronic Library Online*) e PubMed (*U. S. National Library of Medicine*). Os descritores utilizados nas buscas, de acordo com o DeCS (Descritores de Ciências da Saúde) foram: aleitamento materno exclusivo e visita domiciliar.

II) Para complementação do levantamento bibliográfico foram consultados livros e textos na área de Aleitamento Materno/amamentação, e estratégia de visita domiciliar realizada pela Rede básica em suas linhas de cuidado a saúde materno-infantil.

III) A partir da leitura dos manuscritos, não foi possível estabelecer um panorama acerca da questão de como classificar os riscos pertinentes ao desmame precoce utilizando a estratégia de visita domiciliar, sendo assim, tornou-se necessário partir para uma pesquisa de campo, pois as pesquisas encontradas nos levaram até a construção dos protocolos já existentes, como os já supracitados, entretanto nenhum deles abordaria a questão específica do aleitamento materno exclusivo até o sexto mês de vida associada à prevenção do desmame precoce.

3.1.1 Tipo de estudo

A referida investigação teve em sua essência, uma abordagem quantitativa analítica descritiva, com intervenção através da VD realizada pelo enfermeiro. Para melhor compreensão da escolha, defendemos que: métodos analíticos são os modelos de estudo utilizados para verificar uma hipótese. O investigador introduz um fator de exposição ou um novo recurso terapêutico, e avalia-o utilizando ferramentas bioestatísticas. Geralmente, constituem-se na base dos estudos primários. (HADDAD, 2004).

3.2 Local da pesquisa

A investigação ocorreu após a alta hospitalar da Maternidade Escola da UFRJ com as mães sala de amamentação, prosseguindo no domicílio – com a estratégia de intervenção utilizando a VD – na região adscrita de referência da mulher na cidade do Rio de Janeiro, área programática 2.1 e através de contato telefônico e *WhatsApp*.

3.3 Seleção da Amostra

A população foi constituída inicialmente de 48 mães, crianças e família que ficaram internados no alojamento conjunto e após a alta passaram pela sala de amamentação da Maternidade Escola da UFRJ, da área programática 2.1 da cidade do Rio de Janeiro, porém duas destas mulheres foram excluídas do estudo, sendo uma que desistiu de participar após a primeira VD por razões pessoais, que justificou o fato do pai da criança estar em cárcere privado e a outra desistência foi mudança de endereço para outra área regional que não fazia parte da pesquisa. No final a amostra totalizou 46 mulheres maiores de dezoito anos.

3.3.1 Critérios de inclusão

Os participantes da pesquisa foram selecionados por terem uma relação próxima com o objeto em questão. Desta forma, os critérios de inclusão foram: aceitar ser participante da pesquisa, ter parido na Maternidade Escola UFRJ (parto normal ou cesariana) independente da paridade, e pertencer a área programática 2.1 da cidade do Rio de Janeiro.

3.3.2 Critérios de Exclusão

Os critérios de exclusão foram definidos como: o domicílio não se localizar na área programática 2.1 da cidade do Rio de Janeiro, crianças que ficaram internadas na UT Neonatal com período maior que 48 horas, gemelares, peso inferior a 2.000g, crianças nascidas e expostas ao vírus da imunodeficiência adquirida, com malformações congênitas e crianças para adoção. Tais situações foram determinadas, pois levariam ao distanciamento do objeto da pesquisa.

3.3.3 Seleção da Amostra

Ocorreu de março a setembro de 2017, com as mães que tiveram filhos na maternidade e passaram pela sala de amamentação. Após a constatação de que preenchiam os critérios de inclusão, foram incluídas em sorteio simples, através dos nomes e telefones e bairro descrito na agenda da sala de amamentação. Tal procedimento foi realizado até completar o número mínimo de indivíduos participantes, que foram 31, obtidos através do cálculo amostral. Este foi pautado no número de nascimentos médio de crianças que pertenciam a área programática 2.1 do segundo trimestre de 2017 da Maternidade Escola da UFRJ. Ao final da pesquisa, o número de sujeitos da pesquisa ultrapassou 31, totalizando ao final 46.

3.4 Coleta de dados

A coleta de dados aconteceu primeiramente através dos registros arquivados das consultas na sala de amamentação e transcritos para o instrumento criado (APÊNDICED) com os dados relevantes para a pesquisa. Os casos sem informação ou contraditórios foram conferidos nos prontuários e durante a visita domiciliar que ocorreu a partir dos 30 dias de vida da criança. Durante seis meses de vida da criança ou enquanto ela estivesse em aleitamento materno exclusivo, o acompanhamento ocorreu mensalmente através da VD e ou através de contato telefônico e *WhatsApp*.

3.5 Considerações éticas

A pesquisa foi realizada em consonância com o estabelecido na Resolução Nº466/12 e 510/16 do Conselho Nacional de Saúde. O projeto foi apreciado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), da Maternidade Escola da Universidade Federal do Rio de Janeiro, sob o número do parecer 1.903.201 (APÊNDICE B).A participação na pesquisa é voluntária, sem remuneração e manifesta pela assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), como também termo de anuência em casos de mulheres adolescentes.

3.6 Tratamento dos dados

Os dados coletados foram registrados e validados junto aos participantes da pesquisa no ato da entrevista, quando os mesmos forem receber as VD, após contato telefônico e aceite da pesquisa. Durante a estratégia de intervenção VD foi entregue o TCLE e/ou termo de assentimento anexado (APÊNDICE C), para autorização da sua participação na pesquisa.

Os dados produzidos foram digitados em uma planilha do programa Microsoft Excel®, versão 2010 e submetidos à análise de consistência mediante a dupla digitação. Após comparação das duas planilhas digitadas e correção das

divergências, os dados foram exportados para o programa estatístico Epi Info, versão 7.1.5.2.

Os dados relativos ao período de AME foram inseridos na planilha após o término do sexto mês de vida da criança. Completando assim a coleta de todos os dados.

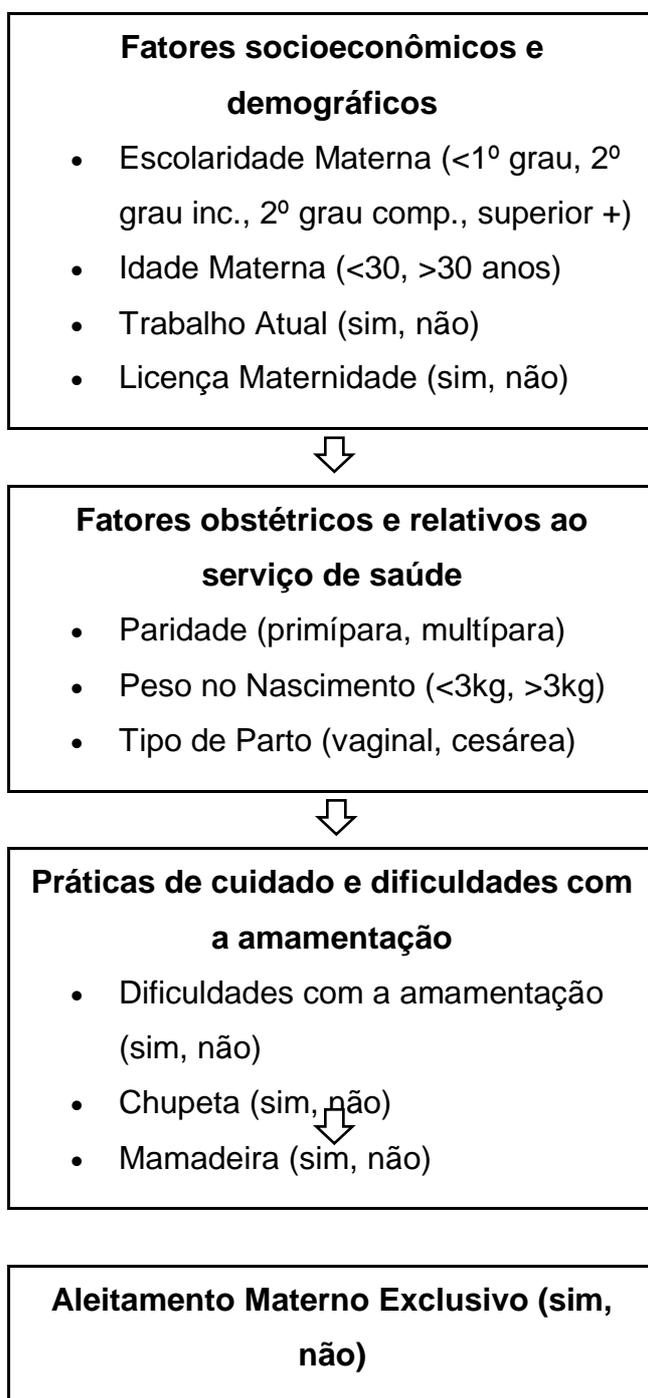
Os fatores de risco associados ao desmame precoce escolhidos para o estudo foram:

a) Variáveis dependentes: A variável dependente estudada é a situação da criança em relação ao AME (sim, não), sendo este definido como consumo exclusivo de leite materno até os seis meses de vida, conforme recomendação da OMS. Para atender ao objetivo geral deste estudo, estas variáveis foram trabalhadas em uma categoria, divididas nos seguintes tópicos:

b) Variáveis independentes: As variáveis pesquisadas por supostamente constituírem fatores capazes de influir na situação da criança (sim, não), em relação ao AME, ou seja, os fatores de risco associados ao desmame precoce, selecionadas com base na literatura pesquisada.

Os fatores foram agrupados em blocos, segundo hipóteses sobre a precedência com que influiriam sobre o aleitamento da criança (Figura 2). Fatores socioeconômicos e demográficos maternos (escolaridade, idade, trabalho, atual, licença-maternidade) foram considerados os determinantes mais distais, podendo afetar todos os demais hierarquicamente abaixo. Variáveis obstétricas e relativas à assistência à saúde (paridade, tipo de parto e peso da criança ao nascimento) foram consideradas fatores intermediários que, por sua vez, podem influenciar práticas de cuidado. O uso de chupeta e mamadeira, e a ocorrência de dificuldades com o início da amamentação, como complicações nas mamas e mamilos (ingurgitamento mamário, fissuras mamilares, mastite), estes últimos determinantes proximais da situação do AME.

Figura 2 - Modelo teórico determinante da situação do AME em menores de 6 meses



Fonte: Elaborado pela autora, 2019

Para desenvolvimento do banco de dados foi analisada a amostra com 46 indivíduos, através do software Epi Info, versão 7.1.5.2. Realizou-se a análise descritiva com cálculos de frequências dos resultados encontrados, e a associação entre as variáveis foi investigada por meio do teste do qui-quadrado, tendo como variável desfecho o AME e adotando um nível de significância menor que 0,05

($p < 0,05$) para todas as análises. Foi adotado como critério para rejeição da hipótese nula de não associação à observação de probabilidade igual ou inferior a 5%, para a ocorrência ao caso da referida relação. A medida (estimador) que expressou o risco, foi a Razão de Chances ou Odds Ratio (OR), a qual avaliou a relação entre a chance de um indivíduo que possuía certa característica ou exposto a um fator (caso) apresentar um desfecho, comparada à chance de um indivíduo que não possui certa característica ou não é exposto a um fator (controle) apresentar tal desfecho. A significância da OR foi avaliada pelo intervalo de confiança da OR ao nível de 95% de confiança que não pode conter o valor 1, que significaria ambos grupos, exposto e não exposto (caso e controle) terem a mesma chance de apresentar o desfecho.

3.7 Viabilidade do Estudo

A viabilidade do estudo foi facilitada primeiro momento ao início da coleta de dados por ter sido realizada na Maternidade Escola da UFRJ junto aos arquivos dos registros das consultas da sala de amamentação. O acompanhamento através de contatos telefônicos, *WhatsApp* e visitas domiciliares transcorreram sem nenhum transtorno.

Porém em relação às VD, houve muitas dificuldades de acesso aos domicílios dos sujeitos da pesquisa devido ao grande número de moradias localizadas em áreas de risco na cidade do Rio de Janeiro.

3.8 Riscos e benefícios do estudo

Riscos e benefícios da pesquisa: toda pesquisa envolvendo seres humanos contém riscos e esta não foge a regra, os riscos pertinentes à mesma envolvem os fenômenos envolvidos com o desmame precoce, o que tentaremos amenizar com ações de promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno, e partilha de saberes sobre o tema. Ao detectar as práticas que poderiam levar ao risco de desmame precoce, foram utilizadas habilidades de aconselhamento e manejo clínico em amamentação.

Os benefícios inerentes ao ganho de ferramentas como o acompanhamento até o sexto mês da criança através das visitas domiciliares, contato telefônico, WhatsApp, foram primordiais para a efetivação da promoção do aleitamento materno exclusivo.

3.9 Produto final

O produto final foi deste estudo foi o desenvolvimento do *website* (APÊNDICE C), atendendo assim o terceiro objetivo específico. Espera-se que a esta ferramenta venha contribuir de forma efetiva para a promoção, proteção e apoio do aleitamento materno através do acompanhamento da mãe e da criança junto a sua família até o sexto mês. Sendo este também um facilitador para agendar a VD sempre que solicitado pelas famílias pertencentes a área programática 2.1,

4 RESULTADOS

Segundo a associação do AME exclusivo até o 6º mês com as variáveis socioeconômicas (Tabela 1), verifica-se que dentre as 46 mulheres, 22 não trabalham, e por sua vez, não usufruem de licença maternidade. Estas apresentam uma frequência de 28,3% (n= 13), tendo uma associação positiva com AME, com valor de $p < 0,04$. Comparando-se a escolaridade materna e o AME, não se constatou relação significativa entre essas variáveis ($p=8,63$). Em relação à idade, também não foi observada significância entre a faixa etária materna e o AME (OR=1,22; $p=0,7$).

Tabela 1: Associação do aleitamento materno exclusivo até o 6º mês com variáveis socioeconômicas e demográficas

Variável	n	AME		O.R.	IC 95%	Valor de p
		Sim	Não			
Escolaridade Materna						
<1º Grau	7	5 (10,9%)	2 (4,3%)			
2º Grau Incompleto	14	3 (6,5%)	11 (23,9%)	--	--	8,63
2º Grau completo	14	9 (19,6%)	5 (10,9%)			
Superior (completo ou incompleto)	11	3 (6,5%)	8 (17,4%)			
Idade Materna						
<30	24	11 (23,9%)	13 (28,3%)	1,22	0,37 a	0,73
>30	22	9 (19,5%)	13 (28,3%)		3,93	
Trabalho Atual						
Sim	24	7 (15,2%)	17 (37%)	0,28	0,08 a	0,04
Não trabalha	22	13 (28,3%)	9 (19,5%)		0,96	
Licença Maternidade						
Sim	24	7 (15,2%)	17 (37%)	3,50	1,03 a	0,04
Não	22	13 (28,3%)	9 (19,5%)		11,92	

Fonte: Elaborada pela autora, 2019

Tabela 2: Associação do aleitamento materno exclusivo até o 6º mês com variáveis obstétricas e peso e nascimento

Variável	n	AME		OR	IC 95%	Valor de p
		Sim	Não			
Paridade						
Primípara	31	14 (30,4%)	17 (37%)	0,80	0,23 a 2,83	0,74
Múltipara	15	6 (13%)	9 (19,6%)			
Peso no nascimento						
<3kg	15	5 (10,9%)	10 (21,7%)	0,53	0,14 a 1,92	0,33
>3kg	31	15 (32,6%)	16 (34,8%)			
Tipo de parto						
Vaginal	25	10 (21,8%)	15 (32,6%)	0,73	0,22 a 2,36	0,60
Cesárea	21	10 (21,7%)	11 (23,9%)			

Fonte: Elaborada pelo autora, 2019

No que concerne as variáveis obstétricas (Tabela 2), quanto à paridade, 31 mulheres eram primíparas, das quais 30,4% (n= 14) mantiveram o leite materno com fonte exclusiva de alimento até o sexto mês. No entanto, não se constatou influência entre o número de filhos e a manutenção do AME (OR=80; p=0,74). Em relação ao tipo de parto, percebeu-se, a partir dos resultados, que a permanência do AME não esteve influenciada pela via de parto (OR=073; p= 0,60). Também não foram constatados resultados significativos entre o peso de nascimento das crianças e o AME (OR=53; p=0,33).

Tabela 3: Associação do aleitamento materno exclusivo até o 6º mês com variáveis práticas de cuidado e dificuldades com a amamentação

Variável	n	AME		OR	IC 95%	Valor de p
		Sim	Não			
Dificuldades com a amamentação						
Sim (problemas nas mamas)	16	3 (6,5%)	13 (28,2%)	0,17	0,04 a 0,75	0,01
Não	30	17 (37%)	13 (28,3%)			
Uso de chupeta						
Sim	19	4 (8,7%)	15 (32,6%)	0,18	0,04 a 0,70	0,01
Não	27	16 (34,8%)	11 (23,9%)			
Uso de Mamadeira						
Sim	15	1 (2,2%)	14 (30,5%)	0,04	0,005 a 0,38	0,0004
Não	31	19 (41,3%)	12 (26%)			

Fonte: Elaborada pela autora, 2018

Em relação à utilização do uso de dispositivos de bicos artificiais de borracha, observa-se, na Tabela 3, que 32,6% (n= 15) e 30,5% (n= 14) das crianças que fazem uso de chupeta e mamadeira, respectivamente, é que estes dispositivos apresentam influência significativa na duração do AME, sendo a chupeta ($p < 0,01$) e a mamadeira ($p < 0,0004$). Evidenciou-se também que as crianças que não utilizam estes dispositivos (chupeta e mamadeira) apresentam a efetivação do AME, em relação as que utilizam, demonstrando associação significativa com o desmame precoce respectivamente ($p < 0,01$) e ($p < 0,0004$). Sobre as mulheres que não tiveram dificuldades na amamentação 37% (n= 17), observou-se uma correlação significativa também para a manutenção do AME ($p < 0,01$).

Tabela 4: Distribuição da frequência de aleitamento materno exclusivo

Aleitamento materno exclusivo até o sexto mês			
AME	Frequência	Porcentagem	Porcentagem Cumulativa
Sim	21	45,7%	45,7%
Não	25	54,3%	100,0%
Total	46	100,0%	

Fonte: Elaborada pela autora, 2018

Em relação a frequência de AME apresentou um resultado de 45,7% e desmame precoce de 54,3%.

5 DISCUSSÃO

O AME continua sendo um desafio, uma vez que os índices nas diferentes regiões brasileiras continuam aquém do estipulado pela OMS e Ministério da Saúde, que é de 100% até o sexto mês. Com os achados do presente estudo, foi possível observar melhora significativa relação ao tempo de AME. A frequência de 45,7% de AME, ficou 5,7% acima do resultado em nível do âmbito Nacional que da última pesquisa, que apresentou um resultado de 41%; o mesmo ocorreu em relação ao Estado do Rio de Janeiro, cuja prevalência de acordo com a II Pesquisa Nacional de Prevalência de Aleitamento Materno nas Capitais Brasileiras e no Distrito Federal, foi de 40,7% (BRASIL,2009a).

A Estratégia Amamenta Brasil (EAB), resultante da integração entre a Rede Amamenta Brasil e a Estratégia Nacional de Promoção da Alimentação Complementar Saudável, possui como objetivos melhorar as práticas de promoção ao aleitamento materno e à alimentação complementar saudável para crianças menores de dois anos de idade, além de refinar as competências e habilidades dos profissionais de saúde das Unidades Básicas de Saúde (UBS) para impulsionar o aleitamento materno e a alimentação complementar adequada, incluindo suas ações como atividades de rotina (BRASIL, 2015). Em acordo com os objetivos da EAB, as estratégias de intervenção deste estudo podem ter contribuído para promover o aumento da frequência do aleitamento materno exclusivo.

Então mediante o exposto, pode-se inferir que a VD bem como a extensão do acompanhamento através de contato telefônico e *WhatsApp*, atuaram como fator protetor na manutenção da prática de amamentação exclusiva, por viabilizar a continuação das atividades assistenciais e de educação em saúde que repercutirão favoravelmente na saúde materna e infantil. O apoio do profissional, por meio da escuta qualificada, da atenção humanizada, do esclarecimento das dúvidas, da orientação da técnica correta de amamentação e do suporte no enfrentamento das possíveis dificuldades no processo, contribui para que a mulher inicie e continue o AME de forma mais efetiva, colaborando para o aumento de seus índices.

No Brasil, a experiência de Pelotas (RS) pode ser citada como exemplo dos benefícios do apoio sistemático às mães que amamentam pode promover a amamentação exclusiva. Albernaz e Victora (2003) avaliou o impacto do aconselhamento face a face no período pós-natal ou no pré e no pós-natal sobre a

duração do aleitamento materno exclusivo. Foi observado que o impacto nas taxas de aleitamento exclusivo era maior quando as intervenções ocorriam tanto no hospital como na comunidade.

Para melhor compreensão de como ocorreram essas intervenções durante a pesquisa, foram realizadas 54 visitas domiciliares com 48 mães e crianças e seus familiares quando presente. Do total de 46 mães apenas 17,4% (n= 8) receberam uma segunda visita, enquanto as demais (n= 38) receberam apenas uma. Um dos motivos foi que 30,4% (n= 14) das mães alegavam que não havia necessidade de uma segunda visita, uma vez que também eram acompanhadas através de contato telefônico e *WhatsApp*. Outro motivo foi devido à dificuldade de acesso do enfermeiro ao domicílio dessas famílias, pois 52,2% (n= 24) das famílias moravam em comunidades, onde no período da pesquisa ocorriam constantes conflitos entre traficantes e a Polícia Militar do Rio de Janeiro. As próprias famílias aconselhavam a não realizar a VD, dando continuidade ao acompanhamento através de contato telefônico ou *WhatsApp*. O acompanhamento à distância (telefone ou online) para essas famílias era um facilitador, pois a qualquer momento do dia elas podiam tirar suas dúvidas em relação a amamentação, assim como em outros assuntos desde os cuidados com a criança até tirar dúvida de como proceder para registrar seu filho quando o pai se encontra em regime penal fechado.

Dentre todas as variáveis testadas, cinco mostraram-se associadas à interrupção do AME antes do sexto mês: uso de chupeta, mamadeira, trabalho fora do domicílio e dificuldade com a amamentação. Dois desses fatores já haviam sido descritos em outros estudos brasileiros: o uso de chupeta e mamadeira, inclusive já existem evidências que apontam como o hábito de usar esses dispositivos artificiais de bicos de borracha, podem influenciar negativamente a amamentação, logo corroboram como um fator que encurtaria a duração do AME, (PELLEGRINELLI, et al., 2012). A mamadeira, além de ser uma importante fonte de contaminação para a criança, pode ter efeito negativo sobre o aleitamento materno.

Tem sido observado que algumas crianças desenvolvem preferência por bicos de mamadeira, apresentando maior dificuldade para alimentar-se ao seio após terem experimentado esses bicos. Alguns autores acreditam que a diferença entre as técnicas de sucção da mama e dos bicos artificiais possa levar à confusão de bicos (DUCCI et al, 2013). Este fenômeno de confusão de bicos, já é aceito como

explicação para a relação negativa entre o uso de mamadeira e chupeta ao desmame precoce.

Em relação ao trabalho fora do domicílio e a licença maternidade, Silva (2005), justifica que a falta de apoio institucional em relação às condições ambientais e de trabalho, como creches locais, respeito à licença maternidade e horário de trabalho, são considerados pelas nutrizes como principais empecilhos para manutenção da amamentação. É bastante comum entre as lactantes trabalhadoras introduzir substitutos de leite materno muito cedo com o objetivo de adaptar a criança (CARVALHO; GOMES, 2017). O desconhecimento da população acerca das técnicas de extração de leite é perceptível, assim como sua conservação e o meio de oferecer o leite extraído para a criança. É fato que o sucesso ou fracasso da amamentação está intimamente ligado às condições de trabalho, pois muitas mulheres desconhecem seus direitos relativos à licença maternidade.

A Constituição Federal de 1988 assegura 120 dias consecutivos de licença maternidade, salvo antecipação durante a gestação por prescrição médica. A Lei Federal de nº 11.770/2008 criou o Programa de Empresa Cidadã, destinando a prorrogação da licença maternidade (LM) mediante a concessão de incentivo fiscal ao empregador. O programa é destinado a prorrogar de 120 dias para 180 dias a licença maternidade (BRASIL, 2007). Mas por ser facultativo, a maioria das empresas não adota o programa, então os 120 dias de LM concedido para as mulheres interferem de forma direta para o desmame precoce antes do sexto mês.

Além disso, é assegurado pelo artigo 396, da Consolidação das Leis do Trabalho que a mãe trabalhadora tem direito a dois intervalos durante a jornada de trabalho, para que esta possa amamentar o seu filho, podendo ser negociável junto ao seu empregador a flexibilidade destes horários para que possa sair mais cedo ou chegar mais tarde ao invés de fazer uso destes dois intervalos, pois muitas não moram perto do trabalho e nem sempre a empresa tem creche para oferecer. É importante ressaltar que, para além da informação acerca dos direitos relativos a manutenção do aleitamento materno exclusivo, outros fatores influenciam a decisão final e a possibilidade de sua efetivação, o que inclui considerar a existência de infraestrutura de apoio como creches, sala de apoio à amamentação para mulher trabalhadora no local de trabalho (BRASIL, 2010).

O trabalho materno fora do lar pode ser um obstáculo à amamentação, porém não a impede. Portanto, o cumprimento das leis trabalhistas, o apoio ao

aleitamento materno no ambiente de trabalho e a maior adesão das empresas ao Programa Empresa Cidadã, configuram-se como medidas de proteção ao AM, pois estariam contribuindo para evitar o desmame precoce em crianças menores de seis meses.

No que tange a dificuldades na amamentação, sendo uma variável focada no ingurgitamento, nas fissuras mamilares e mastite, demonstrou relação significativa a despeito do desmame precoce. Os três problemas nas mamas estão fortemente ligados, pois um pode ser consequência do outro. Pode-se classificar o ingurgitamento em dois tipos, segundo a sua localização: areolar e periférico. No primeiro caso, ocorre dor intensa, dificuldade para mamada e a pega inadequada pela criança, ocasionando o não esvaziamento dos seios lactíferos. A nutriz fica tensa e com muita dor, e são grandes as possibilidades de aparecimento de traumas mamilares, bem como formação de fissuras extensas. A fissura mamilar, além da dor que provoca, poderá ser a porta de entrada de agentes contaminantes, facilitadores de complicações do tipo mastite e abscesso (REGO, 2015).

Para Jaafar (2016), o relato de queixa de dor durante a amamentação representa um grande desafio para o profissional da saúde devido à precocidade de seu aparecimento, nas primeiras duas semanas pós-parto, sendo uma das principais causas de desmame precoce. O impacto da dor mamilar na duração e exclusividade do AME foi analisado por uma revisão sistemática realizada em 2014, que avaliou as intervenções existentes para o manejo da dor mamilar e sua relação com a amamentação. Todos os estudos incluíram orientação educativa quanto à correção de pega e posicionamento da criança na mama e cuidados de rotina (BATISTA; FARIA; MELO, 2013). É indubitável a necessidade de se investir em orientação materna, em treinamento dos profissionais, para que possam intervir durante a observação da mamada, ainda no período intra-hospitalar corrigindo a de pega e posição da criança e prevenir possíveis complicações.

A heterogeneidade em relação aos possíveis fatores de riscos da interrupção do AME até o sexto mês, apontam aspectos biológicos, socioeconômicos, demográficos e culturais como influenciadores desta condição, o que confirma o seu caráter multifatorial (BOCCOLINI et al, 2015). O presente estudo não constatou evidências significativas entre as variáveis maternas como escolaridade e idade, ou seja, não influenciaram no desmame precoce.

Diferentemente dos resultados atuais, os achados, Pereira, et al., (2010), Rodrigues, et al., (2014), demonstraram que as mulheres adolescentes amamentam seus filhos por um período menor de tempo do que as adultas. Segundo os autores, este fato ocorre devido à falta de experiência e conhecimento acerca da prática da amamentação por parte das mulheres deste grupo etário. No entanto, autores divergem de suas opiniões quanto ao grau de escolaridade, enquanto para uns, os anos de estudos tem relação positiva com a duração da amamentação, outros discordam (MARGOTTI; MATTIELLE, 2016; AZEVEDO; CUNHA, 2013).

As variáveis, como paridade, tipo de parto e peso de nascimento da criança, também não apresentou associação com a manutenção do AME, ou seja, o desmame precoce, o que pode ser justificado pelo número de partos cesáreos estarem abaixo apenas 8,7% dos partos vaginais. Alguns estudos, evidenciam o parto vaginal como um facilitador para a iniciação da amamentação, devido a precocidade de contato estabelecido entre mãe e filho, em relação ao parto cirúrgico, onde a possibilidade não ocorre imediatamente (GUSMÃO, 2013). Sobre o peso de nascimento, cabe ressaltar que um estudo realizado no Brasil constatou o risco de 2,6 maior de interrupção do aleitamento materno entre prematuros (FREITAS, et al., 2016).

Para responder ao terceiro objetivo específico do estudo, foi desenvolvido um *website* de apoio ao aleitamento materno (APÊNDICE E), sendo um produto do projeto aplicativo deste estudo, sendo nomeado pelo mesmo nome da equipe de amamentação: “AMA-ME”.

Esta ferramenta foi desenvolvida com a finalidade de apoiar, promover e proteger o aleitamento materno, assim como facilitar o agendamento da VD após a primeira consulta da sala de amamentação. Todas as mães e seus filhos, quando recebem alta hospitalar, já estão agendadas para primeira consulta na sala de amamentação registrado no impresso já existente do serviço, constando a data e horário de atendimento, o nosso contato telefônico e *WhatsApp* e agora o registro do *website* também. A mãe que não comparecer a consulta por alguma razão pessoal, poderá se beneficiar do *website*, pois não precisa ter cadastro, *login* ou senha. Ao entrar em contato conosco através do *website*, basta preencher o formulário com os seus dados que estaremos agendando sua VD caso deseje ou se preferir poderá

conversar através do *chat* se for dia útil, dentro do horário do plantão da equipe de enfermagem de 07h as 19h.

O *website* Ama-me é um site responsivo, que se adapta à tela de todos os dispositivos móveis. Possui uma linguagem simples e de fácil manuseio e sem fins comerciais e lucrativos. Em acordo com os objetivos da EAB, o *website* tem em sua página, acesso direto a materiais educativos como o Manual de orientações da EAB (álbum seriado). O manual possui como objetivos melhorar as práticas de promoção ao aleitamento materno e à alimentação complementar saudável para crianças menores de dois anos de idade, além de refinar as competências e habilidades dos profissionais de saúde.

Nos dias de hoje, desde a gravidez até o nascimento da criança, a mulher brasileira tem acesso a rede informal cada vez mais presente e dinâmica, derivada da popularização das *internet*, dos *websites*, *blogs*, grupos de apoios *on-line* de redes sociais. Por meio de novas mídias e ferramentas, uma afinidade de informações, serviços e consultorias são oferecidas às mulheres com a promessa de apoio e orientações para o exercício da maternidade (MARQUES, 2010).

Estudos têm revelado que o desmame precoce se deve a diversos fatores destacando-se, entre eles, o desconhecimento da mãe acerca dos processos fisiológicos da lactação, crenças e valores sociais sobre o que é amamentar, desvalorização social da prática da amamentação, não reconhecimento do aleitamento materno como estratégia para alcançar a segurança alimentar, atitudes dos profissionais de saúde – que, muitas vezes, apenas citam os benefícios da amamentação, mas não incentivam de forma adequada o ato de amamentar – influências comerciais negativas, ingresso da mulher no mercado de trabalho, falta de reconhecimento do papel da mulher na sociedade, mudança desfavorável da carga de trabalho da mulher e perda das redes sociais de apoio ao aleitamento materno. Idealmente, todas as mães que amamentam deveriam ter acesso a um profissional capacitado, a qualquer hora, em caso de dúvidas e dificuldades relacionadas ao aleitamento materno. Então, o *website* vem a corroborar como uma ferramenta de apoio as mães que amamentam, diminuindo assim o risco de desmame precoce antes do sexto mês de vida.

6 CONCLUSÃO

O presente estudo apresentou uma inovação com a implantação de uma estratégia de intervenção de apoio ao AM através de VD, contato telefônico e *WhatsApp*, dentro do eixo de atenção hospitalar. Considerando os resultados positivos da pesquisa relativos à duração do AME, diminuindo assim o desmame precoce de crianças menores que seis meses. No que concerne as estratégias de intervenções implementadas, acredita-se que os resultados deste estudo foram favoráveis para a frequência do AME. Foi possível observar uma frequência maior em relação à última pesquisa de prevalência de AM em 2009 nas Capitais Brasileiras e Distrito Federal. O Resultado de 45,7% de AME, ficou 5,7% acima do resultado em nível do âmbito Nacional, que foi de 41%, o mesmo ocorreu em relação ao Estado do Rio de Janeiro, que foi de 40,7%, ficando 5% acima. Acredita-se também que colaborou para melhorar os conhecimentos das mães sobre os cuidados com a saúde da criança durante o período pós-natal, favorecendo também a melhora de saúde materno-infantil.

O aleitamento materno embora seja um ato natural, em muitas das vezes é uma prática a ser aprendida, sendo assim é necessária uma ação conjunta dos enfermeiros da equipe de amamentação e os demais profissionais de saúde da ME/UFRJ. Ao realizar a consulta da criança, o enfermeiro reproduz a totalidade da linha de cuidado, focado no AM de forma a unir a consulta ambulatorial especializada em amamentação da Maternidade com a atenção básica.

A Maternidade Escola, dentro do eixo de atenção hospitalar, veio a fortalecer a integralidade do cuidado ao desenvolver as ações com vistas minimizar o desmame precoce, garantindo o acompanhamento até o sexto mês de vida da criança. Esta contribui para os diversos níveis de atenção à saúde, e corrobora para o aumento das taxas de AME.

Os fatores de riscos que foram associados ao desmame precoce na pesquisa, como uso de chupeta, mamadeira a volta ao trabalho, necessitam de maiores ações educativas implementadas desde o início da gestação e pós alta, envolvendo todos os profissionais de saúde nesta dinâmica.

A visualização de futuras pesquisas que tenham como foco a articulação da atenção hospitalar com a rede básica de saúde do município, tendo como eixo os princípios do Sistema Único de Saúde e da Atenção Primária à Saúde, fortalecendo

as estratégias de intervenção com a finalidade de evitar o desmame precoce, consequentemente promovendo o AME até o sexto mês, é uma das contribuições científicas deste estudo com associação positiva para a manutenção do AME, minimizando o risco de desmame precoce.

Espera-se, ainda, que o construto descrito possa fornecer subsídio aos profissionais de saúde, com vistas ao planejamento, implementação de intervenções pró-aleitamento e a promoção da saúde da mulher e da criança, gerando indicadores mais próximos dos preconizados pela OMS.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AGUIAR, H.; SILVA, A. **Aleitamento materno a importância de intervir.** Acta Med Port. v. 24, n.S4, p. 889-896, 2011.

ALMEIDA, JAG de; NOVAK, FR. **Breastfeeding: a nature-culture hybrid.** J. Pediatr. (Rio J.), Porto Alegre, v. 80, n. 5, supl. p. s119-s125, nov. 2004.

ABREU, F. C.; FABBRO, M. R.; WERNET, M. **Fatores que intervêm na amamentação exclusiva: revisão integrativa.** Rev Rene. v. 14, p. 609-610, 2013.

ALBERNAZ, E.; VICTORA, C. G. **Impacto do Aconselhamento face a face sobre a duração do aleitamento exclusivo: um estudo de revisão.** Pam Am J Public Health, 2003.

AZEVEDO, M.; CUNHA, M.L.C. **Fatores associados ao aleitamento materno exclusivo em prematuros no primeiro mês após a alta hospitalar.** Rev HCPA, 2013.

BATISTA, K. R.; FARIAS, M. C.; MELO, W. S. **Influência da assistência de enfermagem na prática da amamentação no puerpério imediato.** Saúde Debate. v.37, p. 130-138, 2013.

BOCCOLINI, C. S. et al. **Fatores associados ao aleitamento exclusivo nos primeiros seis meses de vida no Brasil: revisão sistemática.** Rev Saúde Pública. 2015; 49:9.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher – PNDS 2006.** Brasília: Ministério da Saúde; 2009a. p.195-212.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Aleitamento materno e alimentação complementar: normas e manuais técnicos.** Brasília: Ministério da Saúde, 2009b. (Cadernos de Atenção Básica, 2)

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégias. **II Pesquisa de Prevalência de Aleitamento Materno nas Capitais Brasileiras e Distrito Federal.** Brasília: Ministério da Saúde, 2009c.

BRASIL. Ministério da Saúde. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.920, de 5 de setembro de 2013**. Institui a Estratégia Nacional para Promoção do Aleitamento Materno e Alimentação Complementar Saudável no Sistema Único de Saúde (SUS) – Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil, 2013. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt1920_05_09_2013.html>. Acesso em: 6 nov. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Estratégia nacional para promoção do aleitamento materno e alimentação complementar saudável no sistema único de saúde: manual de implementação**. Brasília: Ministério da Saúde; 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Prevalência de aleitamento materno nas capitais brasileiras e no Distrito Federal**. Brasília: Ministério da Saúde; 2010.

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. Ed.: Ministério da saúde, 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Promovendo o Aleitamento Materno**. Brasília: MS; 2007.

CALDEIRA, A. P.; GOULART, E. M. A. **A situação do aleitamento materno em Montes Claros, Minas Gerais: estudo de uma amostra representativa**. J Pediatría, v.76, n. 1, p. 62-72, 2000.

CARVALHO, M.R.; GOMES C. F. **Amamentação: bases científicas**. 4. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2017.

CAMPANA, A. O. et al. **Investigação científica na área médica**. 1. ed. São Paulo: Manole; 2001.

CHIAFFARINO, F. et al. **Breastfeeding and the risk of epithelial ovarian cancer in an Italian population**. Gynecol. Oncol. v.98, n.2, p.304- 308, 2005.

DUCCI, AL et al. **Aleitamento materno e consumo alimentar de crianças menores de um ano em um município do Sul do Brasil**. Rev. Bras. Pesq. Saúde, Vitória, 15(1): 49-58, jan-mar, 2013.

FREITAS, B.A.C. et al. **Duration of breastfeeding preterm infants followed at a secondary referral service.** RevPaul Pediatr. 2016; Doi: <https://doi.org/10.1016/j.rppede>. Acesso em 20/01/2019.

GUSMÃO, A. M et al. **Prevalência de aleitamento materno exclusivo e fatores associados: estudo transversal com mães adolescentes de 14 a 16 anos em Porto Alegre. RS, Brasil.** Cienc. Saúde Coletiva. v. 18, p. 3357-3368, 2013.

HADDAD, N. **Metodologia de estudos em ciências da saúde.** 1ed. São Paulo: Roca; 2004.

JAAFAR, SH et al. **Effect of restricted pacifier use in breastfeeding term infants for increasing duration of breastfeeding.** In: JAAFAR, Sharifah Halimah (Org.) Cochrane Database of Systematic Reviews. Chichester, UK: John Wiley & sons, ltd., 2016.

KRAMER, M. S. et al. **Infant growth and health outcomes associated with 3 compared with 6 months of exclusive breastfeeding.** *American Journal of Clinical Nutrition.* 2003;78:291-5.

LANSKY, S. **Pesquisa Nascer no Brasil: perfil da mortalidade neonatal e avaliação da assistência à gestante e ao recém-nascido.** Cad. Saúde pública, v. 30, p. 192-207, 2014.

MARGOTTI, E.; MATTIELLO R. **Risck factors for early weaning.** Rev Rene. p. 537-544, 2016.

MARQUES, E. S.,et al. **A influência da rede social da nutriz no aleitamento materno: o papel estratégico dos familiares e dos profissionais de saúde.** Cienc saude coletiva. 2010.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). **Evidências científicas dos dez passos para o sucesso no aleitamento materno.** Brasília (DF); 2001.

PEREIRA, R. S. V. et al. **Fatores associados ao aleitamento materno exclusivo: o papel do cuidado na atenção básica.** Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 26, n. 12, p. 2343-2354, Dec. 2010 .

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.** Rev. Nutr. v.28, n.6, p. 631-639, 2015.

REGO, J.D. **Aleitamento materno**, 3ed, São Paulo: Atheneu, 2015.

RODRIGUES, T. M et al. **Visita domiciliar do enfermeiro à puérpera e ao recém-nascido**. Rev Interdisciplinar NOVAFAPI. 2011

RODRIGUES, A. P. et al. **Fatores pré-natal e puerpério na autoeficácia em amamentação**. Escola Anna Nery Revista de Enfermagem 18(2) Abr/Jun 2014.

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE – RJ. **Guia de saúde da criança na atenção primária**. Caderneta: Vigilância do Desenvolvimento da Criança. SUBPAV. Rio de Janeiro. 2015.

SILVA, I.A. **A vivência de amamentar para trabalhadoras e estudantes de uma universidade pública**. Rev Bras Enferm, v.58, n.6, p.641-646, 2005.

SILVA, S. M. S; SEGRE, C. A. M. Fatores que influenciam o desmame no recém-nascido prematuro. **Rev Bras Crescimento Desenvolvimento Humano**. 103-13. 2010.

SOUZA, M. H, SODRÉ, V. R, SILVA, F. N. **Prevalência e fatores associados à prática da amamentação de crianças que frequentam uma creche comunitária**. Cienc Enferm. 2015.

TAVARES, C.I.M. **Fatores que contribuem para o abandono precoce do aleitamento materno: relatório de estágio**. Escola superior de enfermagem do porto. Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia. PORTO. 2016.

TUNG, K.H. et al. **Effect of anovulation factors on pre and postmenopausal ovarian cancer risk: revisiting the incessant ovulation hypothesis**. Am. J. Epidemiol. v.161, n.4, p.321-329, 2005.

WINNICOTT, D.W. **A criança e o seu mundo**. 6 ed. Rio de Janeiro: Zahar; 1982.

WHATSAAP. Disponível em: https://www.whatsapp.com/download/?l=pt_br.

WHO. **A situação da infância**. Brasília (DF); 2001. Disponível em: <<http://www.unicef.org/brazil/sib2001/cap2.htm>>. Acesso em: 20 dez. 2017.

WHO. **Integrated infant feeding counselling**: a training course. Geneva: WHO; 2005. Disponível em: <http://www.who.int/nutrition/publications/IYCF_directors_guide.pdf.htm>. Acesso em: 22 jan 2017.

UNICEF. **Iniciativa Hospital Amigo Da Criança**. 2004. Disponível em: <http://www.unicef.org/.brazil/pt/activities_994.htm> Acesso em 07 de 07 setembro 2017.

VENANCIO, S. I. **Aleitamento Materno exclusivo**. In: Mariani Neto, Coríntio (Org). Aleitamento Materno. São Paulo: Ponto, n.4, pp27-33, 2006.

VICTORA, C. G. et al. **Association between breastfeeding and intelligence, educational attainment, and income at 30 years of age: A prospective birth cohort study in Brazil**. The Lancet Global Health v. 3 n. 4, p. 199-205, 2015.

.

ANEXO A - Folha de rosto para pesquisa envolvendo seres humanos.



MINISTÉRIO DA SAÚDE - Conselho Nacional de Saúde - Comissão Nacional de Ética em Pesquisa - CONEP

FOLHA DE ROSTO PARA PESQUISA ENVOLVENDO SERES HUMANOS

1. Projeto de Pesquisa: ALEITAMENTO MATERNO EXCLUSIVO: verificação e avaliação da frequência dos fatores de risco ao desmame precoce após a alta da maternidade			
2. Numero de Participantes da Pesquisa: 200			
3. Área Temática:			
4. Área do Conhecimento: Grande Área 4. Ciências da Saúde			
PESQUISADOR RESPONSÁVEL			
5. Nome: SANDRA VALESCA FERREIRA DE SOUSA			
6. CPF: 939.225.827-53	7. Endereço (Rua, n.º): JOSE BONIFACIO AP 806 RIO DE JANEIRO RIO DE JANEIRO 20770240		
8. Nacionalidade: BRASILEIRO	9. Telefone: 21980114025	10. Outro Telefone:	11. Email: sandravalascauparocinha@gmail.com
<p>Termo de Compromisso: Declaro que conheço e cumprirei os requisitos da Resolução CNS 466/12 e suas complementares. Comprometo-me a utilizar os materiais e dados coletados exclusivamente para os fins previstos no protocolo e a publicar os resultados sejam eles favoráveis ou não. Aceito as responsabilidades pela condução científica do projeto acima. Tenho ciência que essa folha será anexada ao projeto devidamente assinada por todos os responsáveis e fará parte integrante da documentação do mesmo.</p> <p>Data: <u>09, 01, 2017</u></p> <p style="text-align: right;"><i>Sandra Valesca Ferreira de Sousa</i> Assinatura</p>			
INSTITUIÇÃO PROPONENTE			
12. Nome: UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE	13. CNPJ: 33.663.683/0052-66	14. Unidade/Órgão: Maternidade Escola da Universidade Federal do Rio de Janeiro	
15. Telefone: (21) 2556-9265	16. Outro Telefone:		
<p>Termo de Compromisso (do responsável pela instituição): Declaro que conheço e cumprirei os requisitos da Resolução CNS 466/12 e suas Complementares e como esta instituição tem condições para o desenvolvimento deste projeto, autorizo sua execução.</p> <p>Responsável: <u>RITA G. BORNIA</u> CPF: <u>275.235.279-49</u></p> <p>Cargo/Função: <u>Diretora Adjunta de Ensino, Pesquisa e Extensão</u></p> <p>Data: <u>09, 01, 2017</u></p> <p style="text-align: right;"><i>Rita Guérios Bornia</i> Diretora Adjunta de Ensino, Pesquisa e Extensão Maternidade Escola da UFRJ Inscrição 5303045 Assinatura</p>			
PATROCINADOR PRINCIPAL			
Não se aplica.			

APÊNDICE A – Formulário De Observação



Programa de Mestrado Profissional em Saúde Perinatal da Maternidade Escola da Universidade Federal do Rio de Janeiro



Formulário de observação e avaliação da mamada proposto pela Organização Mundial de Saúde (OMS) e Fundo das Nações Unidas e Infância (UNICEF)

Formulário de Observação e Avaliação da mamada

Nome da Mãe:

Situação Marital

Número de consultas de Pré Natal:

Data do parto:

Tipo de parto:

Nome do bebê:

Idade gestacional:

Peso ao nascer:

Apgar 1º e 5º min de vida:

Data da observação:

Sinais favoráveis à amamentação Sinais de possível dificuldade

Observação geral da Mãe

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Mãe parece saudável | <input type="checkbox"/> Mãe parece doente ou deprimida |
| <input type="checkbox"/> Mãe relaxada e confortável | <input type="checkbox"/> Mãe parece tensa e desconfortável |
| <input type="checkbox"/> Mamas parecem saudáveis | <input type="checkbox"/> Mamas avermelhadas, inchadas e ou doloridas |
| <input type="checkbox"/> Mama bem apoiada, com dedos fora | <input type="checkbox"/> Mama segurada com dedos na fora da areóla do mamilo |

Posição do bebê

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> A cabeça e o corpo do bebê estão alinhados | <input type="checkbox"/> Pescoço/ cabeça do bebê girados ao mamar |
| <input type="checkbox"/> Bebê seguro próximo ao corpo da mãe | <input type="checkbox"/> Bebê não é seguro próximo ao corpo da mãe |
| <input type="checkbox"/> Bebê de frente para a mama, nariz para o mamilo | <input type="checkbox"/> Queixo e lábio inferior opostos ao mamilo |
| <input type="checkbox"/> Bebê apoiado | <input type="checkbox"/> Bebê sem estar apoiado |

Pega

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Mais aréola é vista acima do lábio superior do | <input type="checkbox"/> Mais aréola é vista abaixo do lábio inferior do |
| | bebê |
| <input type="checkbox"/> A boca do bebê esta bem aberta | <input type="checkbox"/> A boca do bebê não esta bem aberta |
| <input type="checkbox"/> O lábio inferior esta virado para fora | <input type="checkbox"/> Lábios voltados para frente ou virados para dentro |
| <input type="checkbox"/> O queixo do bebê toca a mama | <input type="checkbox"/> O queixo do bebê não toca a mama |

Sucção

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Sucções lentas e profundas com pausas | <input type="checkbox"/> Sucções rápidas e superficiais |
| <input type="checkbox"/> Bebê solta mama quando termina | <input type="checkbox"/> Mãe tira o bebê da mama |
| <input type="checkbox"/> Mãe percebe sinais do reflexo da ocitocina | <input type="checkbox"/> Sinais do reflexo da ocitocina não são percebidos |
| <input type="checkbox"/> Mamas parecem mais leves após a mamada | <input type="checkbox"/> Mamas parecem duras e brilhantes |

APÊNDICE B - Termo De Consentimento Livre E Esclarecido (TCLE)



Programa de Mestrado Profissional em Saúde Perinatal da Maternidade Escola da Universidade Federal do Rio de Janeiro



Termo De Consentimento Livre E Esclarecido (TCLE)

O respeito devido à dignidade humana exige que toda a pesquisa se processe após o consentimento livre e esclarecido dos sujeitos, indivíduos ou grupo que por si e/ou por representantes legais manifestem sua anuência à participação na pesquisa.

O projeto intitulado “Aleitamento materno Exclusivo: verificação e avaliação da frequência dos fatores de risco ao desmame precoce após a alta da maternidade em por objetivo primário: Promover uma estratégia de acompanhamento do binômio mãe-bebê após a alta hospitalar através das visitas domiciliares com vistas a promoção e proteção ao aleitamento materno exclusivo até o sexto mês de vida.. Por tanto, através deste, a convidamos participar desta etapa da pesquisa, com sua participação na consulta de avaliação do manejo clínico para o aleitamento materno com vistas a classificação de risco.

É garantida a liberdade de se recusar a participar ou retirar seu consentimento, em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma e sem prejuízo ao seu cuidado. É garantido o sigilo que assegure a sua privacidade quanto aos dados pessoais confidenciais coletados na ocasião da análise.

Os resultados desta pesquisa serão publicados na forma de artigos científicos em revistas científicas, sem haver a identificação dos voluntários que aceitarem participar, ou seja, as suas informações pessoais serão mantidas em sigilo. A sua participação nesta pesquisa não lhe trará ônus algum.

Em caso de dúvida ou necessidade de mais esclarecimentos, faça contato com Sandra Valesca Ferreira de Sousa, através do telefone (021) 996799134 ou através do email: sandravalesca@hotmail.com, endereço: Rua das Laranjeiras 180, Laranjeiras. Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

Acredito ter sido suficientemente informado a respeito das informações sobre o estudo acima citado que li ou que foram lidas para mim. Eu discuti com a pesquisadora responsável Sandra Valesca Ferreira de Sousa, sobre a minha decisão em participar nesse estudo. Ficaram claros para mim quais são os propósitos do estudo, os procedimentos a serem realizados, seus desconfortos e riscos, as garantias de confidencialidade e de esclarecimentos permanentes. Ficou claro também que minha participação é isenta de despesas. Concordo voluntariamente em participar deste estudo e poderei retirar o meu consentimento a qualquer momento, sem penalidades ou prejuízos ou de qualquer benefício que eu possa ter adquirido. Eu receberei uma cópia desse Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e a outra ficará com o pesquisador responsável por essa pesquisa. Além disso, estou ciente de que eu (ou meu representante legal) e o pesquisador responsável deveremos rubricar todas as folhas desse TCLE e assinar na última folha.

Rio de Janeiro, ____ de _____ de 20_____

Nome do sujeito de pesquisa Nome do pesquisador

Assinatura do sujeito da pesquisa

Assinatura do pesquisador

APÊNDICE C – Termo de Assentimento



**Programa de Mestrado Profissional
em Saúde Perinatal da Maternidade Escola
da Universidade Federal do Rio de Janeiro**



TERMO DE ASSENTIMENTO

(No caso de menor entre 12 a 17 anos)

Eu, _____,
portador do RG nº. _____, atualmente com _____ anos,
residindo na _____,
após leitura minuciosa da carta de informação ao participante da pesquisa,
devidamente explicada pela equipe de pesquisadores _____,
tendo o consentimento do meu responsável já assinado, firmo meu
CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO em participar da pesquisa proposta.
Consinto também como o uso científico e didático dos dados, preservando a minha
identidade. Fui informado sobre, tenho acesso á Resolução CNS 466/2012, do
Conselho Nacional de Saúde e estou ciente de que todo trabalho realizado se torna
informação confidencial guardada por força do sigilo profissional. A qualquer
momento, posso solicitar a minha exclusão da pesquisa. Posso apresentar queixa
de abuso ou uso irregular dos dados ao Comitê de Ética em Pesquisa da
Maternidade Escola da UFRJ, telefone (21) 2556-9747, ensino@me.ufrj.br, e à
Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (Conep) (61) 3315-2150, 3315-2151 e
3315-3566, cns@saude.gov.br. Ciente do conteúdo, assino o presente termo:

Rio de Janeiro, _____ de _____ de 20_____

Nome do participante da pesquisa: _____

Nome do pesquisador responsável: _____

Endereço: _____

Telefone: _____

APÊNDICE D – Formulário de Pesquisa

	Programa de Mestrado Profissional em Saúde Perinatal da Maternidade Escola da Universidade Federal do Rio de Janeiro	
I – Identificação e dados socioeconômicos e demográfico		
Nome da criança _____ DN: ___/___/___ Idade: _____		
Nome da Mãe: _____ DN : ___/___/___ idade: _____		
Profissão- ocupação: _____		
Trabalho atual: sim () () não Licença maternidade: sim () () não		
Obs: _____		
Telefones: _____		
Endereço: _____		
Bairro: _____		
Escolaridade: () 1°. Grau Incompleto () 1°.Grau Completo () 2°.Grau Incompleto () 2°.Grau Completo () 3°.Grau Incompleto () 3°.Grau Completo		
II – História Obstétrica		
Paridade; () primípara () múltipara		
Tipo de Parto: () vaginal () Cesariana		Data da alta:
___/___/___		
Peso de Nascimento: _____		
IV Visita Domiciliar:		
Data: ___/___/___		
Assinatura:		

APÊNDICE E – Projeto Aplicativo

**Programa de Mestrado Profissional
em Saúde Perinatal da Maternidade Escola
da Universidade Federal do Rio de Janeiro**



SANDRA VALESCA FERREIRA DE SOUSA

**LINHA DE CUIDADO EM AMAMENTAÇÃO: A VISITA DOMICILIAR COMO
PRÁTICA EFETIVA DE APOIO A AMAMENTAÇÃO EXCLUSIVA AOS RECÉM-
NASCIDOS DA MATERNIDADE ESCOLA UFRJ**

Projeto Aplicativo desenvolvido no Programa de Mestrado Profissional em Saúde Perinatal da Maternidade Escola da Universidade Federal do Rio de Janeiro, como requisito para obtenção do título de mestre.

Orientadora: Profª Dra. Ana Paula Vieira dos Santos Esteves
Co-orientador: Prof. Dr.

Rio de Janeiro

Março - 2019

RESUMO

Tratar-se de um projeto aplicativo para pesquisa de dissertação para mestrado profissional em saúde perinatal da Maternidade Escola da UFRJ. A iniciativa surgiu através da vivência da prática profissional que atuo como coordenadora de enfermagem da equipe de amamentação, onde se percebeu durante as consultas na sala de amamentação a necessidade de um acompanhamento mais extensivo a mãe, criança e família, com vistas a minimizar o desmame precoce. Sendo assim, o objetivo do projeto foi instituir a VD como prática de apoio ao aleitamento materno exclusivo às mães e crianças seus familiares que pertencem a área regional 2.1 da cidade do Rio de Janeiro, após a alta da Maternidade Escola da UFRJ : Implementar a VD após a alta hospitalar da ME/UFRJ na AP2.1 com a mãe sua criança e família e desenvolver um website como suporte personalizado de promoção, proteção e apoio para as mulheres que amamentam. Como resultado pôde-se inferir que a VD bem como a extensão do acompanhamento através de contato telefônico e *WhatsApp*, atuaram como fator protetor na manutenção da prática de amamentação exclusiva. Com os achados do presente estudo, foi possível observar melhora significativa relação ao tempo de AME. A frequência de 45,7% de AME ficou 5,7% acima do resultado em nível do âmbito Nacional que da última pesquisa que foi de 41%. Foi desenvolvido um *website* de apoio ao aleitamento materno (APÊNDICE B), o qual foi nomeado pelo mesmo nome da equipe de amamentação da ME/UFRJ: "Ama-me". Esta ferramenta foi desenvolvida com a finalidade de apoiar, promover e proteger o aleitamento materno através do *website* e do agendamento da VD após a primeira consulta da sala de amamentação. Estimando tornar a Maternidade Escola da UFRJ um modelo dentro do eixo de atenção hospitalar, e vir a fortalecer a integralidade do cuidado ao desenvolver as ações com vistas minimizar o desmame precoce, garantindo o acompanhamento até o sexto mês de vida da criança. Esta ação de uma maneira não formal, acaba contribuindo com a atenção básica, que tem atendimento nos diversos níveis , logo vem a corroborar para o aumento das taxas de AME.

Palavras-chave: Amamentação. Aleitamento materno exclusivo. Desmame precoce

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	6
1.1 Objetivo da Ação	7
1.1.1 Ações Específicas	7
2 MÉTODO DO PROJETO APLICATIVO	9
2.1 Análise de Problemas	9
2.1.1 Conceito: árvore de problemas	9
2.1.2 Árvore De Problemas	9
2.2 Atores Sociais.....	11
2.3 Plano De Ação.....	12
3 RESULTADOS.....	15
REFERÊNCIAS.....	18
APENDICE A.....	20
APENDICE B	21

1 INTRODUÇÃO

O Aleitamento Materno é vivenciado na minha vida profissional, basicamente a partir da minha entrada na Maternidade Escola da UFRJ (ME/UFRJ) em 2003, no setor de UTI neonatal. Mas a consolidação efetiva se deu através da minha experiência na enfermagem canguru como enfermeira rotina do setor, participando das três etapas do método, e como Tutora do Método Canguru pelo Ministério da Saúde. Atualmente desempenho a função de coordenadora da equipe de amamentação, que foi nomeada por nossa diretora de enfermagem e batizada com o nome de “AMA-ME”. A equipe de amamentação integrou-se à equipe do Banco de leite Humano implementado assim a missão fundamental que é a promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno dentro da nossa instituição. Fazer parte do Comitê de Aleitamento Materno, ser responsáveis por todos os cursos de Capacitação em AM, organização de eventos relacionados a esta temática, acompanhamento de todas as mães e crianças no período de internação e consulta de enfermagem na sala de amamentação após a alta hospitalar, são todas as funções desempenhadas pela AMA-ME dentro da nossa instituição.

O acompanhamento pelo enfermeiro da equipe, ocorre diariamente, com o objetivo de observar e orientar a amamentação diante do que é observado, seguindo o roteiro do formulário oficial de Observação e Avaliação da Mamada (APÊNDICE A). Utilizamos o aconselhamento em amamentação individual com a mãe, desenvolvendo confiança e vínculo com o enfermeiro. Praticar o aconselhamento e dar apoio ao manejo clínico em amamentação, quando necessário é de extrema relevância para atingir o sucesso da amamentação.

Praticar aconselhamento não é um caminho para encontrar um diagnóstico e um tratamento. Aconselhamento significa “ouvir o outro com atenção, sem interromper seus pensamentos a todo instante, e ter a confiança de deixá-lo parar e refletir sem nos afobar para preencher cada silêncio. Ouvir, ouvir, ouvir, e se você o fizer as pessoas falaram. Por que/ porque há uma grande probabilidade de ninguém jamais as terem ouvido antes. O aconselhamento, portanto, é uma escuta empática. (CARVALHO; GOMES, 2017, p. 280)

O aleitamento materno pode ser compreendido como todas as formas do lactente receber leite humano ou materno e também o movimento social para a promoção, proteção e apoio a esta cultura,.

Todas as mães e crianças são agendadas para a consulta de enfermagem após a alta hospital, podendo ocorrer no intervalo de no mínimo de 05 a 15 dias. Sem exceções os agendamentos são realizados, até mesmo para aquelas que afirmam que esta tudo bem em relação a amamentação aquelas que o bairro de moradia de não pertencem a nossa Área Programática (AP) 2.1. A cidade do Rio de Janeiro é dividida em 10 Áreas Programática a ME/UFRJ pertence a AP 2.1 que são os seguintes bairros: Botafogo, Catete, Copacabana, Cosme Velho, Flamengo, Gávea, Glória, Humaitá, Ipanema, Jardim Botânico, Lagoa, Laranjeiras, Leblon, Leme, Rocinha, São Conrado, Urca (SMSDC, 2011)

Logo, o aleitamento materno se configura como uma estratégia fundamental para melhoria da saúde da criança e conseqüentemente para redução da mortalidade Infantil, pois inúmeras pesquisas têm mostrado o efeito protetor do leite materno, assim como sua importância na construção do emocional do ser humano. O ato de amamentar transcende o prisma biológico, da promoção nutricional e de adaptação da criança. O momento da amamentação supre desde o início as necessidades emocionais, o contato pele a pele, olho nos olhos, entre dois seres, tornando a mãe primeira professora de amor e de seus filhos (REGO, 2015).

Nesta pesquisa utilizaremos como balizador o que é preconizado pela OMS e a UNICEF, nas quais citam que a amamentação exclusiva é o caminho seguro, saudável e sustentável para alimentar as crianças durante os 6 primeiros meses de vida, sendo importante continuar a amamentação após esse período acompanhada de alimentos apropriados até os dois anos de idade ou mais (WHO, 2001).

O desmame precoce sofre influência de variáveis que são segundo Favero et al., (2009) divididas em cinco categorias:

- a) variáveis demográficas: tipo de parto, idade materna, presença paterna na estrutura familiar, números de filhos, experiência com amamentação;
- b) variáveis socioeconômicas: renda familiar, escolaridade materna e paterna, tipo de trabalho do chefe de família;
- c) variáveis associadas à assistência pré-natal: orientação sobre amamentação e desejo de amamentar; assistência no parto e contato pele a pele promovido na primeira hora de vida;
- d) variáveis relacionadas à assistência pós-natal imediata: alojamento conjunto, auxílio de profissionais de saúde, dificuldades iniciais;
- e) variáveis relacionadas à assistência pós-natal tardia (após a alta hospitalar): estresse e ansiedade materna, uso de medicamentos pela mãe e pelo bebê, introdução precoce de alimentos (FÁVERO, et al., 2009).

Desta forma, a pergunta que ativa o intento deste projeto de pesquisa é: como implementar uma estratégia de intervenção através de VD às mães e crianças seus familiares que pertencem a área regional 2.1 com vistas ao apoio ao AME minimizando assim o desmame precoce?

1.1 Objetivo da Ação

Instituir a VD como prática de apoio ao aleitamento materno exclusivo às mães e crianças seus familiares que pertencem a área regional 2.1 da cidade do Rio de Janeiro, após a alta da Maternidade Escola da UFRJ

1.1.1 Ações Específicas

- Implementar a VD após a alta hospitalar da ME/UFRJ na AP2.1 com a mãe sua criança e família.
- Desenvolver um *website* como suporte personalizado de promoção, proteção e apoio para as mulheres que amamentam.

2 MÉTODO DO PROJETO APLICATIVO

Para a exploração dos conteúdos do Projeto Aplicativo utiliza-se a metodologia da problematização, inspirada no Arco de Charles Maguerez, adaptado por Bordenave e Pereira (2001). Por meio dessa metodologia, todo o processo de aprendizagem tem início no contato e na leitura da realidade e na leitura, realizados pelos atores sociais em questão. Projetos podem ser divididos em fases ou grupos de processos.

Para Campos, Faria e Santos (2010), um problema pode ser definido como discrepância entre uma situação real e uma situação ideal ou desejada. Entretanto, uma situação só é problematizada quando um ator a define como inaceitável e, ao

mesmo tempo, como passível de ser transformada na direção desejada.

Portanto, um problema pode ser entendido como um obstáculo que impede determinado ator de alcançar seus objetivos. Sendo assim, um problema é autor referido e dependente da perspectiva de quem o identifica. Em determinadas situações, o que é um problema para um ator pode ser oportunidade para outros.

2.1 Análise De Problemas

O objetivo da análise de problemas é o de estabelecer uma visão geral da situação problemática. É importante lembrar que “problemas não existem independentemente das pessoas que os têm – eles existem quando elas os sentem.” Helming e Göbel (1998, p. x). Isso significa que, ao se proceder à análise de problemas, deve ficar claro que atores sociais estão enfocando a realidade. Uma situação pode ser considerada problema para um grupo e solução para outro. Existem diversos instrumentos para se efetuar essa análise. Sua escolha dependerá do método de planejamento que se adote. Trabalharemos a árvore de problemas.

2.1.1 Conceito: árvore de problemas

A árvore de problemas é um instrumento que possibilita uma adequada análise dos problemas existentes, com a compreensão de suas inter-relações causais. Nela são estabelecidas as ligações mais importantes, transformando a realidade, que é complexa, numa concepção simplificada a fim de tornar possível uma ação. A partir do problema priorizado, as equipes devem identificar:

- As manifestações que melhor descrevem e mensuram o problema, expressando-as em forma de descritores;
- As causas que determinam o problema;
- As consequências do problema; e
- A cadeia lógica multicausal entre os descritores, as causas e consequências, ou seja, a árvore explicativa deve ser desenhada de maneira clara, sintética e precisa, a partir e da identificação e relação entre descritores, causas e consequências (Figura 1).

Figura 1 - Cadeia Multicausal



Fonte:

A análise de problemas é, portanto, um conjunto de técnicas para: definir o foco de análise de uma determinada situação; identificar os principais problemas dessa situação; e analisar os problemas estabelecendo suas relações de causalidade.

2.1.2 Árvore De Problemas

A árvore de problemas apresentada abaixo foi construída com o intuito de analisar a condução de projetos desenvolvidos ou executados no itinerário no apoio do AME através da VD

A partir da análise da árvore, conclui-se que a ausência de ferramentas de gestão clínica impacta o processo de trabalho com pacientes de DTG, uma vez que a ausência de protocolo/fluxos assistenciais, comunicação informal dos profissionais e as não conformidades dos procedimentos, resultam na falha assistencial, dúvida dos profissionais e dificuldade de uma qualidade na assistência.

A elaboração do protocolo e a organização do fluxo assistencial (APÊNDICE A) deve ser de extrema importância a partir do aumento da demanda de pacientes atendidas e que a Maternidade Escola é um centro de referência para DTG.

2.2 Atores Sociais

Ator social é definido como um grupo organizado de pessoas, ou até mesmo uma única personalidade, que agindo em determinada realidade, é capaz de transformá-la (MATUS, 1996), para tanto é necessário que esse ator tenha: o controle sobre os recursos relevantes; uma organização minimamente estável; um projeto para intervir nessa realidade.

➤ Coordenadora da equipe de amamentação

Os atores sociais determinam ações, e segundo Silva (2001, p. x) “ao colocar em prática estas ações o ator acumula recursos e fortalece-se para quando começa a encontrar resistências a sua caminhando em busca de seu objetivo”.

2.3 Plano de Ação

O plano de ação é uma ferramenta para acompanhamento de atividades amplamente utilizado no mundo inteiro. Auxilia na coordenação das equipes, pois explicita quem é responsável por cada atividade, as datas de entrega e anotações /comentários sobre o progresso. Com um Plano de Ação em mãos é possível apresentar fácil e rapidamente o andamento de atividades, as táticas utilizadas, quem executou, quando, enfim, todo o histórico das ações executadas ou previstas no âmbito aplicado (RODRIGUES, 2013).

Abaixo apresentamos o quadro demonstrativo do plano de ação. Divididas em quadro 1 e quadro 2 conforme a ação estratégica descrita na metodologia.

**QUADRO 1 – AÇÃO ESTRATÉGICA 1
PLANO DE AÇÃO**

AÇÃO ESTRATÉGICA: Implementar a VD após a alta hospitalar da ME/UFRJ na AP2.1 com a mãe sua criança e família											
OPERAÇÃO	DIFICULDADES	FACILIDADES	RECURSO				CRONOGRAMA	RESPONSÁVEL	AVALIAÇÃO	MONITORAMENTO	
			FINANCEIRO	ORGANIZATIVO	PODER	MATERIAL					
OP1	Identificar as mães/família que pertenciam a AP 2.1	VD de residências da AP2.1 localizadas nas comunidades de difícil acesso	Fácil adesão dos atores ao projeto	Recursos próprios	Mestranda e o orientador	Apoio do programa de mestrado, direção e instituição	Institucional	180 dias	Mestranda e o orientador	$n = \frac{\text{n}^\circ \text{ total de mães}}{\text{n}^\circ \text{ total de VD}} \times 100$	Busca ativa por contato telefônico e WhatsApp
OP2	Pactuação com as mães e famílias o acompanhamento do AM até sexto mês	VD de residências da AP2.1 localizadas nas comunidades de difícil acesso	Receptividade dos atores durante a VD	Recursos próprios	Mestranda e o orientador	Apoio do programa de mestrado, direção e instituição	Institucional	180 dias	Mestranda e o orientador	$n = \frac{\text{n}^\circ \text{ total de mães}}{\text{n}^\circ \text{ total de VD}} \times 100$	Busca ativa por contato telefônico e WhatsApp
OP3	Apuração da Frequência SME das mães/famílias que participaram do projeto	VD de residências da AP2.1 localizadas nas comunidades de difícil acesso	Sistema digital gratuito e acessível no site do MS	Recursos próprios	Mestranda e seus orientadores	Apoio do programa de mestrado, direção e instituição	Institucional	180 dias	Mestranda e o orientador	$n = \frac{\text{n}^\circ \text{ total de mães}}{\text{n}^\circ \text{ total de VD}} \times 100$	Busca ativa por contato telefônico e WhatsApp

Fonte: Elaborado pela autora, 2019.

QUADRO 2 – AÇÃO ESTRATÉGICA 2

PLANO DE AÇÃO											
AÇÃO ESTRATÉGICA: Desenvolver um website como suporte personalizado de promoção, proteção e apoio para as mulheres que amamentam											
OPERAÇÃO	DIFICULDADES	FACILIDADES	RECURSO				CRONOGRAMA	RESPONSÁVEL	AVALIAÇÃO	MONITORAMENTO	
			FINANCEIRO	ORGANIZATIVO	PODER	MATERIAL					
01	Desenvolvimento do Website	Recursos Financeiros	Fácil acesso digital e gratuito no site do MS	Recursos próprios	Mestranda e seu orientador	Direção da instituição	Digital MS	60 dias	Mestranda e seu orientador	Implantação no site da ME/UFRJ	Número de acessos no site
		Alto Custo									

Fonte: Elaborada pela autora,2019

3 RESULTADOS

A Estratégia Amamenta Brasil (EAB), resultante da integração entre a Rede Amamenta Brasil e a Estratégia Nacional de Promoção da Alimentação Complementar Saudável, possui como objetivos melhorar as práticas de promoção ao aleitamento materno e à alimentação complementar saudável para crianças menores de 2 anos de idade, além de refinar as competências e habilidades dos profissionais de saúde das Unidades Básicas de Saúde (UBS) para impulsionar o aleitamento materno e a alimentação complementar adequada, incluindo suas ações como atividades de rotina (BRASIL, 2009). Em acordo com os objetivos da EAB, as estratégias de intervenção deste estudo podem ter contribuído para promover o aumento da frequência do aleitamento materno exclusivo.

Então mediante o exposto, pode-se inferir que a VD bem como a extensão do acompanhamento através de contato telefônico e *WhatsApp*, atuaram como fator protetor na manutenção da prática de amamentação exclusiva. Sendo um momento oportuno para realizar atividades assistenciais e de educação em saúde que repercutirão favoravelmente na saúde materna e infantil. O apoio do profissional, por meio da escuta qualificada, da atenção humanizada, do esclarecimento das dúvidas, da orientação da técnica correta de amamentação e do suporte no enfrentamento das possíveis dificuldades no processo, contribuiu para que a mulher inicie e continue o AME de forma mais efetiva, colaborando para o aumento de seus índices.

Para melhor compreensão de como ocorreram essas intervenções durante a pesquisa, foram realizadas 54 visitas domiciliares com 48 mães e crianças e seus familiares quando presente. Foram excluídas das pesquisas duas 02 mães, 01 foi por mudança de endereço, fora da AP 2.1 e a outra foi por escolha própria por razões pessoais, por seu companheiro está em cárcere privado (Complexo Penitenciário de Gericinó) o mesmo não permitiu que ela continuasse a participar do projeto. Do total restaram 46 mães e crianças e suas famílias. Apenas 17,4% (08) receberam uma segunda visita e 38 apenas uma. Um dos motivos foi que 30,4% (14) mães elas alegavam que não havia necessidade de uma segunda VD, uma vez que também eram acompanhadas através de contatos telefônico e *WhatsApp*. E a outro motivo foi devido à dificuldade de acesso do enfermeiro ao domicílio dessas famílias. Pois 52,2% (24) das famílias moravam em comunidades,

onde no período da pesquisa ocorriam constantes conflitos de traficantes com a PM do Rio de Janeiro. As próprias famílias aconselhavam a não realizar a VD, dando continuidade ao acompanhamento através de contato telefônico ou *WhatsApp*. O acompanhamento através de contato telefônico ou *WhatsApp* para essas famílias era um facilitador, pois a qualquer momento do dia elas podiam tirar suas dúvidas em relação a amamentação, assim como em outros assuntos desde aos cuidados com a criança até tirar dúvida de como proceder para registrar seu filho quando o pai se encontra em regime penal fechado.

O AME continua sendo um desafio, uma vez que os índices nas diferentes regiões brasileiras continuam aquém do estipulado pela OMS e Ministério da Saúde, que é de 100% até o sexto mês. Com os achados do presente estudo, foi possível observar melhora significativa relação ao tempo de AME. A frequência de 45,7% de AME, ficou 5,7% acima do resultado em nível do âmbito Nacional que da última pesquisa que foi de 41%, o mesmo ocorreu em relação ao Estado do Rio de Janeiro que a prevalência de acordo com a II Pesquisa Nacional de Prevalência de Aleitamento Materno nas Capitais Brasileiras e no Distrito Federal, foi de 40,7% (BRASIL, 2009).

Para responder ao objetivo específico do projeto, foi desenvolvido um *website* de apoio ao aleitamento materno (APÊNDICE B), o qual foi nomeado pelo mesmo nome da equipe de amamentação da ME/UFRJ: “Ama-me”

Esta ferramenta foi desenvolvida com a finalidade de apoiar, promover e proteger o aleitamento materno através do *website* e do agendamento da VD após a primeira consulta da sala de amamentação. Todas as mães e seus filhos, quando recebem alta hospitalar já estão agendadas para primeira consulta na sala de amamentação registrado no impresso já existente do serviço, constando a data e horário de atendimento, o nosso contato telefônico e *WhatsApp* e agora o registro do *website* também. A mãe que não comparecer a consulta por alguma razão pessoal, poderá se beneficiar do *website*, pois não precisa ter cadastro, *login* ou senha. Ao entrar em contato conosco através do *website*, basta preencher o formulário com os seus dados que estaremos agendando sua VD caso deseje e ou se preferir poderá conversar através do *chat* se for dia útil dentro do horário do plantão da equipe de enfermagem de 07h as 19h.

O *website* Ama-Me é um site responsivo, que se adapta tela de todos os

dispositivos móveis. Possui uma linguagem simples e de fácil manuseio e sem fins comerciais e lucrativos. Em acordo com os objetivos da EAB, o *website* tem em sua página, acesso direto a materiais educativos como o Manual de orientações da EAB (álbum seriado). O manual possui como objetivos melhorar as práticas de promoção ao aleitamento materno e à alimentação complementar saudável para crianças menores de 2 anos de idade, além de refinar as competências e habilidades dos profissionais de saúde (BRASIL, 2013).

Nos dias de hoje desde a gravidez até o nascimento da criança a mulher brasileira tem acesso a rede informal cada vez mais presente e dinâmica, derivada da popularização das *internets*, dos *websites*, *blogs*, grupos de apoios *on line* de redes sociais. Por meio de novas mídias e ferramentas, uma afinidade de informações e serviço e consultorias são oferecidos à mulheres com a promessa de apoio e orientações para o exercício da maternidade (FILHO et al, 2014).

Estudos têm revelado que o desmame precoce se deve a diversos fatores destacando-se, entre eles, o desconhecimento da mãe acerca dos processos fisiológicos da lactação, crenças e valores sociais sobre o que é amamentar, desvalorização social da prática da amamentação, não reconhecimento do aleitamento materno como estratégia para alcançar a segurança alimentar, atitudes dos profissionais de saúde – que, muitas vezes, apenas citam os benefícios da amamentação, mas não incentivam de forma adequada o ato de amamentar – influências comerciais negativas, ingresso da mulher no mercado de trabalho, falta de reconhecimento do papel da mulher na sociedade, mudança desfavorável da carga de trabalho da mulher e perda das redes sociais de apoio ao aleitamento materno. Idealmente, todas as mães que amamentam deveriam ter acesso a um profissional capacitado, a qualquer hora, em caso de dúvidas e dificuldades relacionadas ao aleitamento materno. Então o website vem a corroborar como uma ferramenta de apoio as mães que amamentam, diminuindo assim o risco de desmame precoce antes do sexto mês de vida.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. **Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher: PNDS 2006**. Brasília: Ministério da Saúde; 2009. p.195-212

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégias. **Pesquisa de Prevalência de Aleitamento Materno nas Capitais Brasileiras e Distrito Federal II**. Brasília: Ministério da Saúde; 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Aleitamento materno e alimentação complementar: normas e manuais técnicos**. Brasília, 2009 (Cadernos de Atenção Básica, n. 2).

BRASIL. Ministério da Saúde. Institui a Estratégia Nacional para Promoção do Aleitamento Materno e Alimentação Complementar Saudável no Sistema Único de Saúde (SUS) -Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil. Portaria n. 1920, de 5 de setembro de 2013. **Diário Oficial [da] União** n. 225, de 19 de novembro de 2008, Seção 1, página 124.

BORDENAVE, T. D; PEREIRA, A. M. **Estratégias de ensino-aprendizagem**. 22. ed. Petrópolis: Vozes, 2001.

CARVALHO, M. R., GOMES C. F. **Amamentação**: bases científicas. 4. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2017.

CAMPOS, F. C. C.; FARIA, H.P.; SANTOS, M. A. **Planejamento e avaliação das ações de saúde**. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2010. 110p. (NESCON/UFMG - Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família).

FAVERO, L. P. et al. **Análise de dados**: modelagem multivariada para tomada de decisões. Rio de Janeiro: Elsevier. 2009.

FILHO et al, 2014).

HELMING, S.; GÖBEL, M. **Planejamento de Projeto Orientado por Objetivos**, Deutsche Gesellschaft für Technische Zusammenarbeit, Eschborn, 1998.

MATUS, C. **Adeus, senhor presidente**: governantes governados. 3. ed. São Paulo: Fundap; 1996.

RODRIGUES, R. **Gerenciamento de Projetos**, 3. ed. rev. Rio de Janeiro: Grupo Ibmecc Educacional, 2013.

REGO, D. R. **Aleitamento materno**, São Paulo: 3 ed. Atheneu, 2015.

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE E DEFESA CIVIL- SMSDC;
SUPERINTENDÊNCIA DE ATENÇÃO PRIMÁRIA. **Guia de Referência Rápida**.
Carteira de Serviços: Relação de serviços prestados na Atenção Primária à Saúde
Rio de Janeiro: SMSDC, 2011. 128p (Série F. Comunicação e Educação em Saúde).

SILVA, S. F. **Municipalização da saúde e poder local**: sujeitos, atores e políticas. São Paulo: Hucitec, 2001.

WHO. **A situação da infância**. Brasília (DF); 2001. Disponível em: URL: <<http://www.unicef.org/brazil/sib2001/cap2.htm>>. Acesso em: 22 nov. 2016.

APÊNDICE A – Formulário De Observação



Programa de Mestrado Profissional em Saúde Perinatal da Maternidade Escola da Universidade Federal do Rio de Janeiro



Formulário de observação e avaliação da mamada proposto pela Organização Mundial de Saúde (OMS) e Fundo das Nações Unidas e Infância (UNICEF)

Formulário de Observação e Avaliação da mamada

Nome da Mãe:

Situação Marital

Número de consultas de Pré Natal:

Data do parto:

Tipo de parto:

Nome do bebê:

Idade gestacional:

Peso ao nascer:

Apgar 1º e 5º min de vida:

Data da observação:

Sinais favoráveis à amamentação Sinais de possível dificuldade

Observação geral da Mãe

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Mãe parece saudável | <input type="checkbox"/> Mãe parece doente ou deprimida |
| <input type="checkbox"/> Mãe relaxada e confortável | <input type="checkbox"/> Mãe parece tensa e desconfortável |
| <input type="checkbox"/> Mamas parecem saudáveis | <input type="checkbox"/> Mamas avermelhadas, inchadas e ou doloridas |
| <input type="checkbox"/> Mama bem apoiada, com dedos fora do mamilo | <input type="checkbox"/> Mama segurada com dedos na fora da areóla do mamilo |

Posição do bebê

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> A cabeça e o corpo do bebê estão alinhados | <input type="checkbox"/> Pescoço/ cabeça do bebê girados ao mamar |
| <input type="checkbox"/> Bebê seguro próximo ao corpo da mãe | <input type="checkbox"/> Bebê não é seguro próximo ao corpo da mãe |
| <input type="checkbox"/> Bebê de frente para a mama, nariz para o mamilo | <input type="checkbox"/> Queixo e lábio inferior opostos ao mamilo |
| <input type="checkbox"/> Bebê apoiado | <input type="checkbox"/> Bebê sem estar apoiado |

Pega

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Mais aréola é vista acima do lábio superior do bebê | <input type="checkbox"/> Mais aréola é vista abaixo do lábio inferior do bebê |
| <input type="checkbox"/> A boca do bebê esta bem aberta | <input type="checkbox"/> A boca do bebê não esta bem aberta |
| <input type="checkbox"/> O lábio inferior esta virado para fora | <input type="checkbox"/> Lábios voltados para frente ou virados para dentro |
| <input type="checkbox"/> O queixo do bebê toca a mama | <input type="checkbox"/> O queixo do bebê não toca a mama |

Sucção

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Sucções lentas e profundas com pausas | <input type="checkbox"/> Sucções rápidas e superficiais |
| <input type="checkbox"/> Bebê solta mama quando termina | <input type="checkbox"/> Mãe tira o bebê da mama |
| <input type="checkbox"/> Mãe percebe sinais do reflexo da ocitocina percebidos | <input type="checkbox"/> Sinais do reflexo da ocitocina não são percebidos |
| <input type="checkbox"/> Mamas parecem mais leves após a mamada | <input type="checkbox"/> Mamas parecem duras e brilhantes |

APÊNDICE B - *Website desenvolvido*

Figura 1- Página inicial (*homepage*)

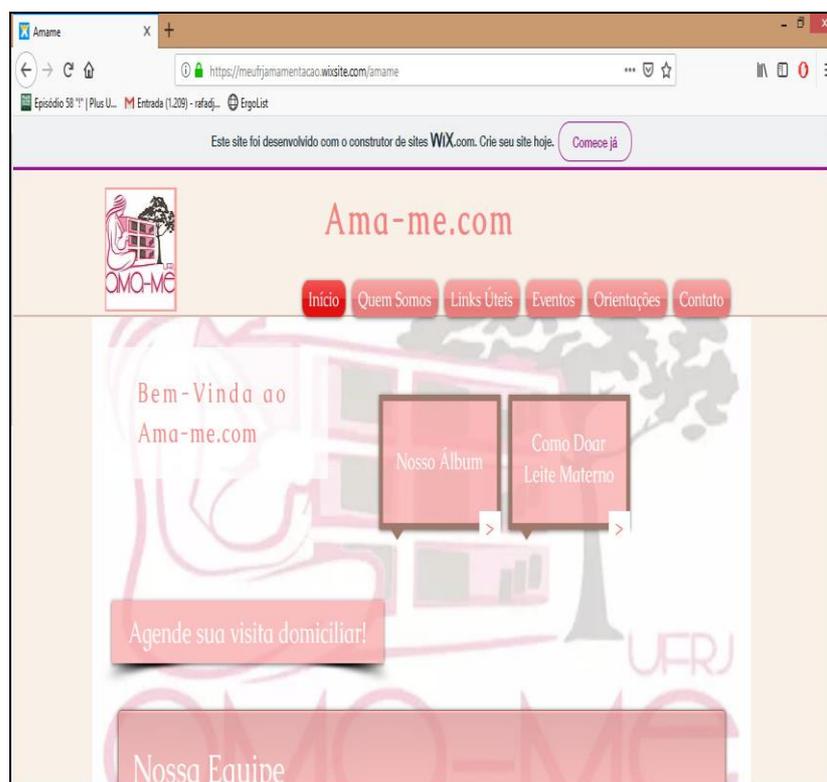


Figura 2 - Equipe da Amamentação: Ama-Me

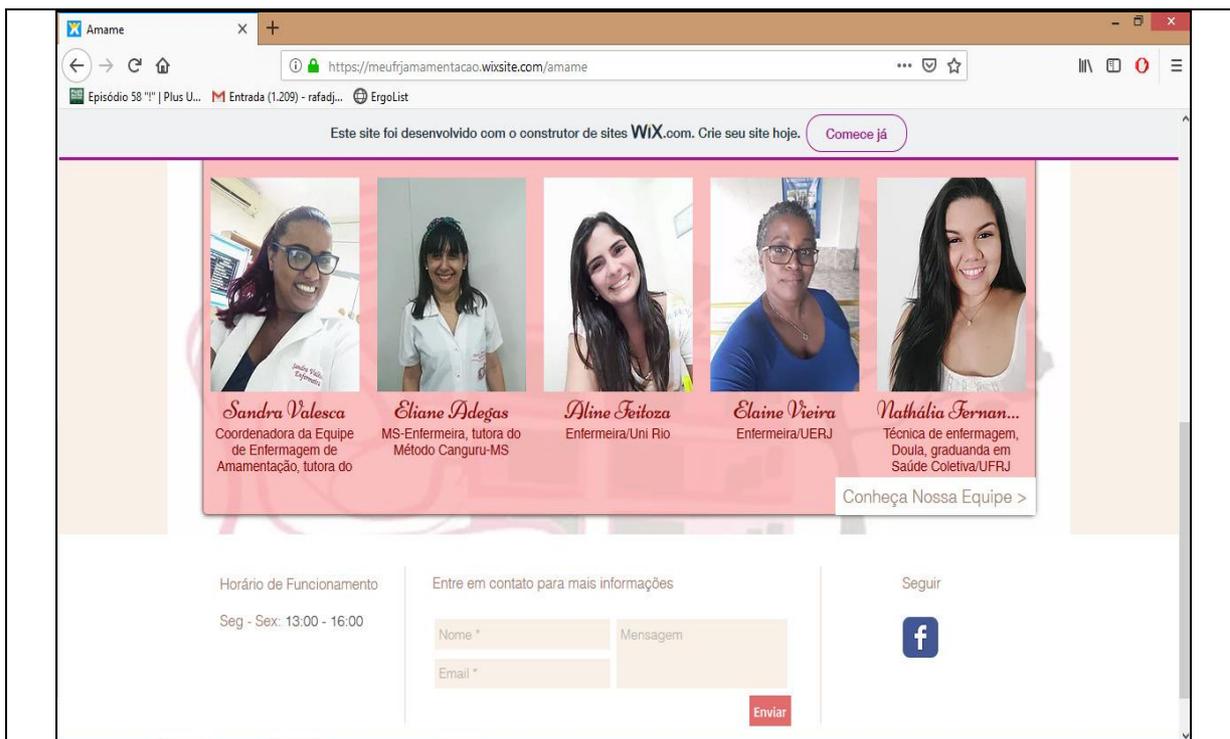


Figura 3 - Quem Somos



Figura 4 - Links Úteis para os usuários

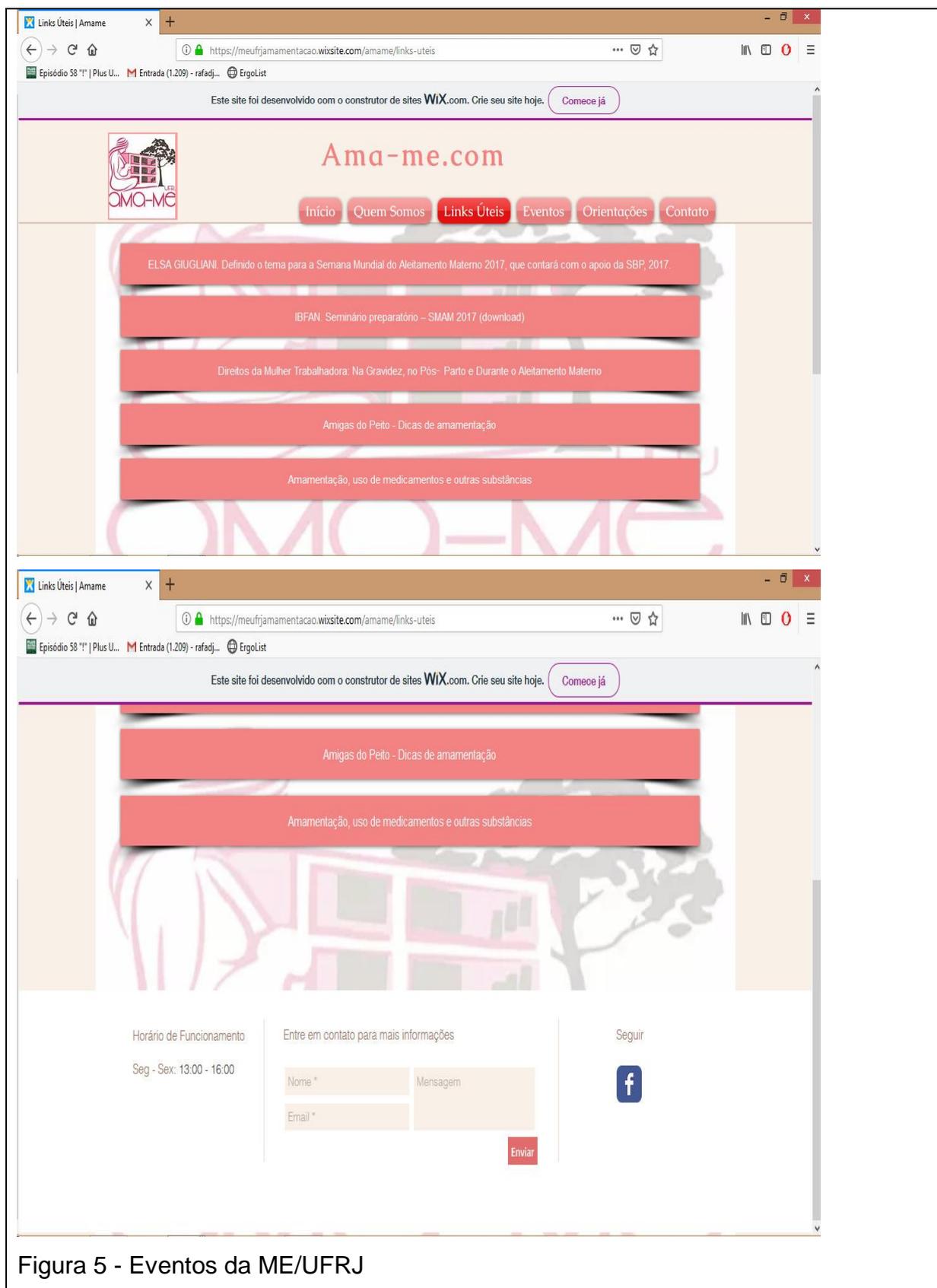


Figura 5 - Eventos da ME/UFRJ

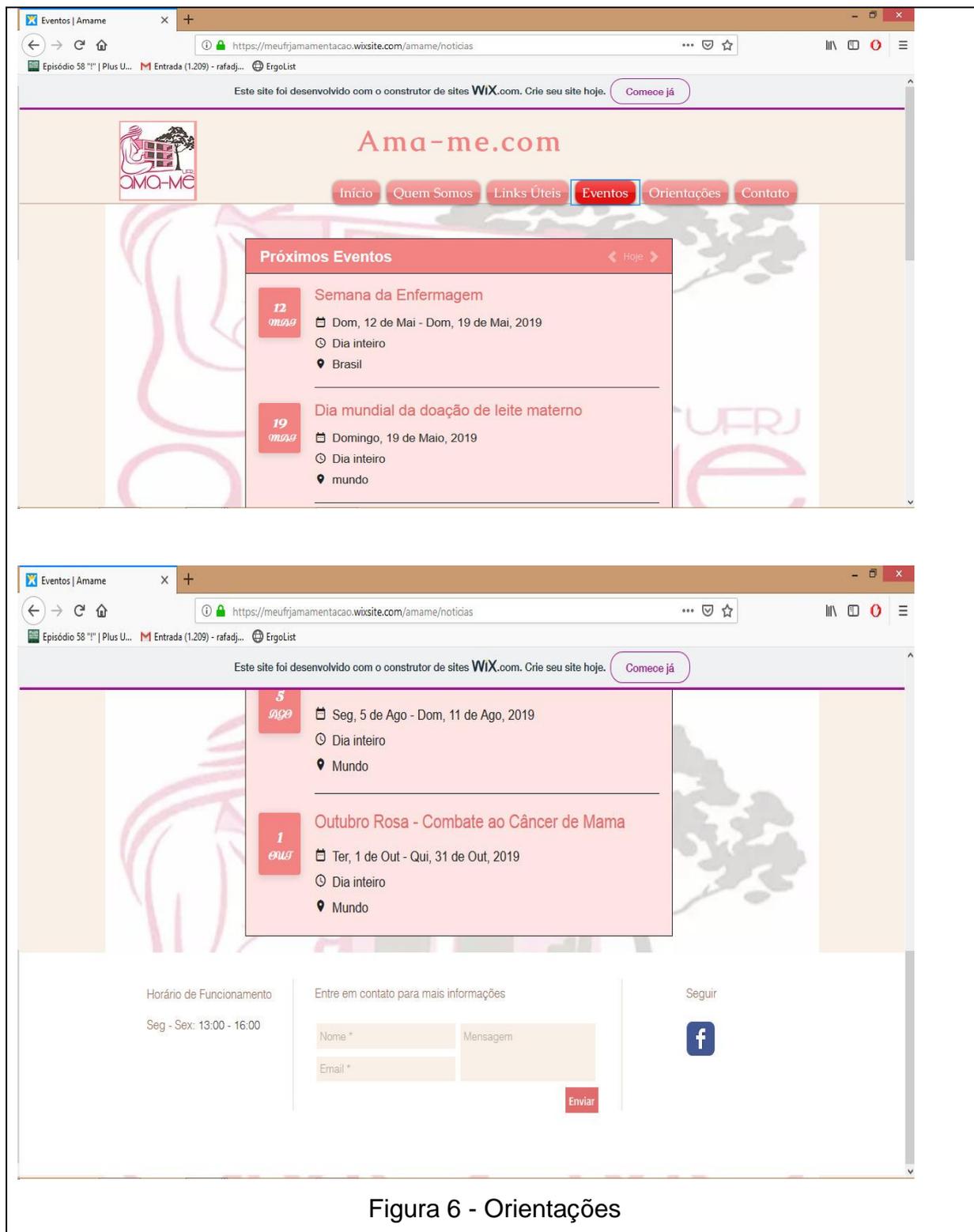


Figura 6 - Orientações

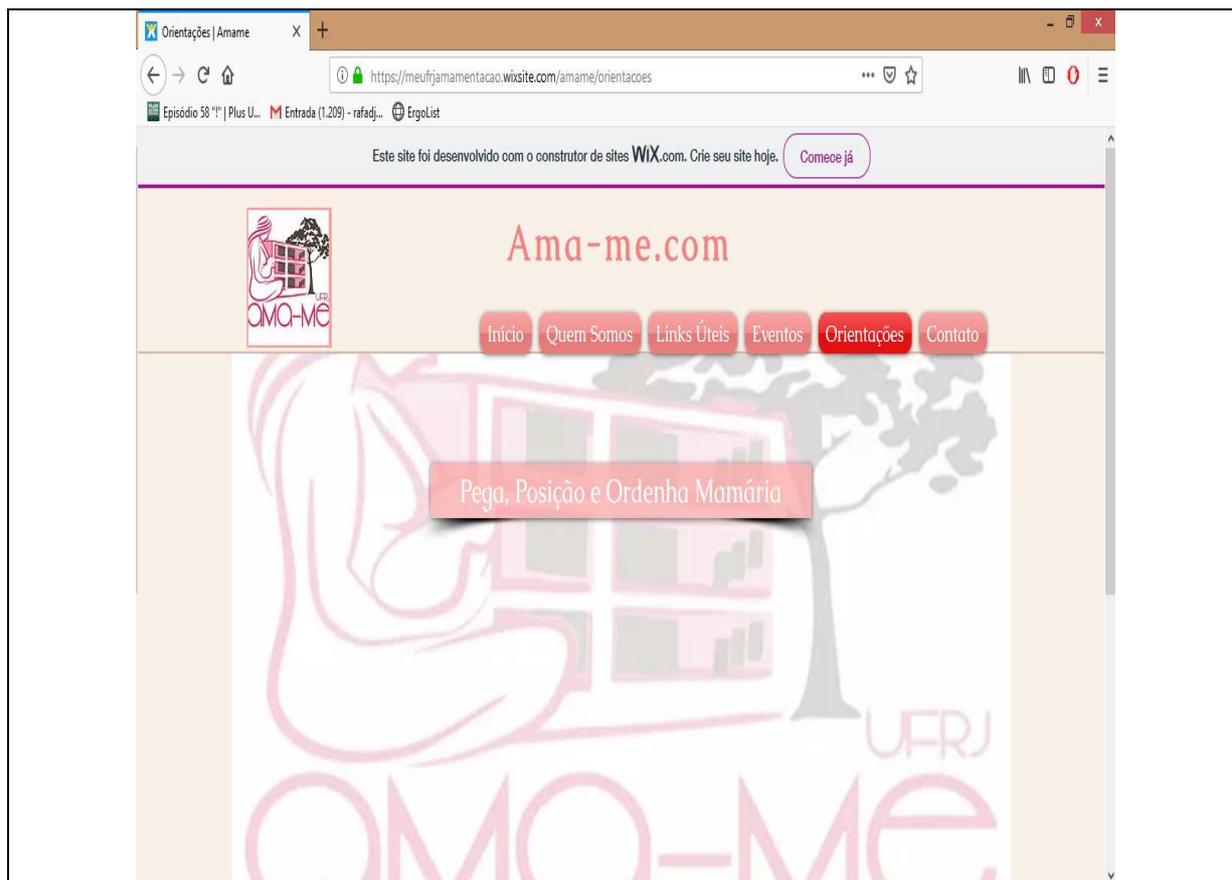


Figura 7 - Manual do Ministério da Saúde



Figura 8 - Formulário de Contato

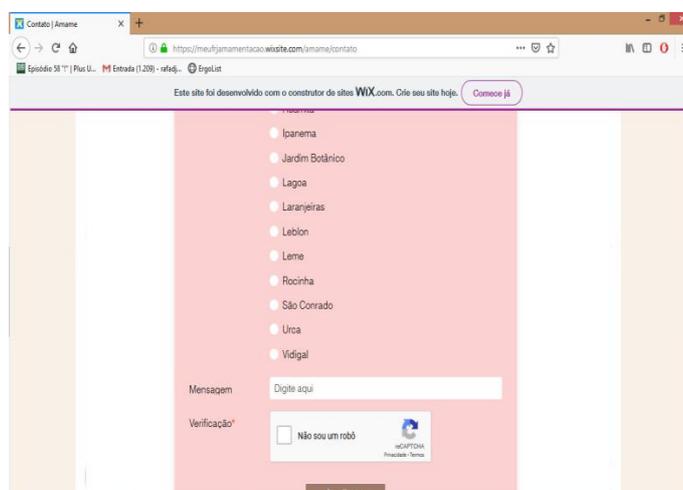
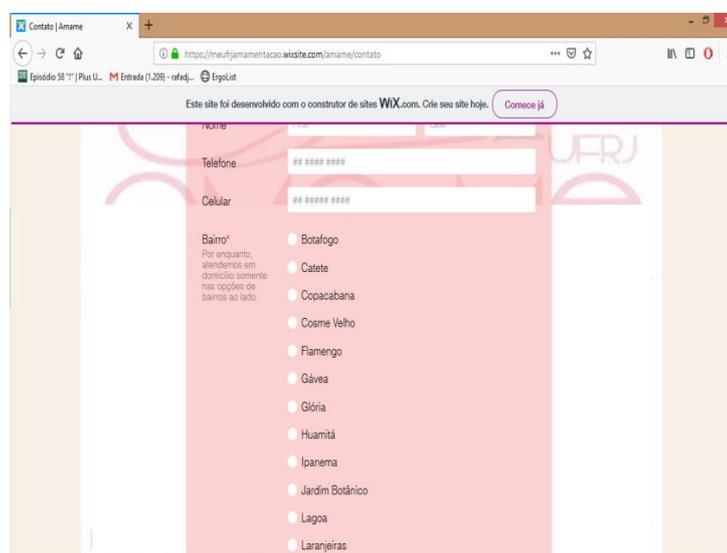


Figura 9 - Endereço – telefone de contato da ME/UFRJ

