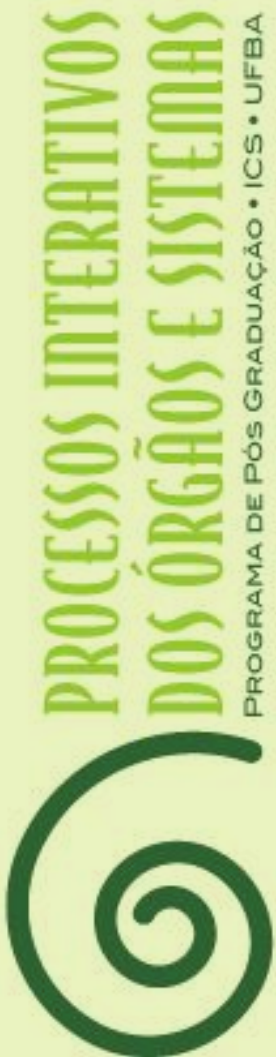


TATIANE FALCÃO DOS SANTOS ALBERGARIA



**ORIENTAÇÕES INDIVIDUAIS
SISTEMATIZADAS PARA ATITUDE DE
AMAMENTAR EM PUERPERAS COM
RECÉM-NASCIDO DE CUIDADO
INTERMEDIÁRIO: ESTUDO DE
INTERVENÇÃO**

Salvador
2016

TATIANE FALCÃO DOS SANTOS ALBERGARIA

**ORIENTAÇÕES INDIVIDUAIS SISTEMATIZADAS PARA ATITUDE DE
AMAMENTAR EM PUÉRPERAS COM RECÉM-NASCIDOS DE
CUIDADO INTERMEDIÁRIO: ESTUDO DE INTERVENÇÃO**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Processos Interativos dos Órgãos e Sistemas, do Instituto de Ciências da Saúde, da Universidade Federal da Bahia, como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre.

Orientadora: Profa. Dra. Luciana Rodrigues Silva Co-orientador: Prof. Dr. Carlos Maurício C. Mendes

Salvador
2016

Albergaria, Tatiane Falcão dos Santos.

Orientações individuais sistematizadas para atitude de amamentar em puérrupras com recém-nascidos de cuidado intermediário: estudo de intervenção. [manuscrito] / Tatiane Falcão dos Santos Albergaria. – Salvador, 2016.

80 f. : il.

Orientadora: Profa. Dra. Luciana Rodrigues Silva.

Co-Orientador: Prof. Dr. Carlos Maurício Cardeal Mendes.

Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal da Bahia. Instituto de Ciência da Saúde. Programa de Pós-Graduação em Processos Interativos dos Órgãos e Sistemas, Salvador, 2016.

1. Atitude. 2. Aleitamento Materno. 3. Orientação. 4. Unidade de Recém-Nascidos. I. Silva, Luciana Rodrigues. II. Mendes, Carlos Maurício Cardeal. III. Universidade Federal da Bahia. Instituto de Ciência da Saúde. Programa de Pós-Graduação em Processos Interativos dos Órgãos e Sistemas. IV. Título

CDD – 649.33 - 23. ed.

UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE



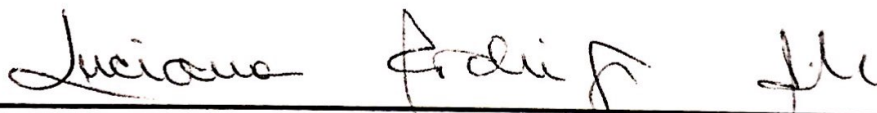
TERMO DE APROVAÇÃO DA DEFESA PÚBLICA DEFESA DE DISSERTAÇÃO

TATIANE FALCÃO DOS SANTOS ALBERGARIA

**ORIENTAÇÕES SISTEMATIZADAS PARA ATITUDE DE AMAMENTAR EM
PUÉRPERAS COM RECÉM-NASCIDOS DE CUIDADO INTERMEDIÁRIO: ESTUDO
DE INTERVENÇÃO**

Salvador, Bahia, 19 de dezembro de 2016

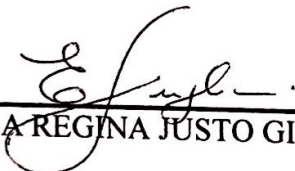
COMISSÃO EXAMINADORA:



PROFA. DRA. LUCIANA RODRIGUES SILVA (Orientador)



PROF. DR. CARLOS MAURÍCIO CARDEAL MENDES (Examinador Interno)



PROFA. DRA. ELSA REGINA JUSTO GIUGLIANI (Examinador Externo)

Dedico este trabalho aos pequenos guerreiros, recém-nascidos, que merecem receber a melhor assistência e assim desfrutar o início da sua caminhada de vida em condições adequadas.

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus, pelo dom da vida e pela presença constante nela.

Às mães e aos recém-nascidos participantes desta pesquisa, por me receberam de braços abertos, estarem sempre disponíveis, aceitando participar da pesquisa.

À Maternidade Professor José Maria de Magalhães Netto (MPJMMN) e toda sua equipe, sem exceção, pela anuência para realização da pesquisa em suas dependências e por toda paciência e convívio harmonioso no período de coleta.

Aos meus orientadores, Luciana Silva e Maurício Cardeal, pelos valiosos ensinamentos transferidos neste período de convivência.

Aos professores que compuseram a banca de qualificação e defesa que gentilmente aceitaram avaliar este trabalho, contribuindo de forma indescritível com a sua qualidade.

À equipe de pesquisa, Gabriela Di Filippo e Tatiana Brito, pelo excelente trabalho realizado em grupo, em especial a Tatiana por ter abraçado a coleta de dados, dividindo comigo esta etapa como tanta dedicação e rigor.

Aos colegas do PpgPIOS/ UFBA, pelo convívio e espírito de grupo durante o curso. Vocês me deram um verdadeiro exemplo de compromisso, companheirismo e respeito.

A todos os familiares e amigos mais próximos por acreditarem no meu potencial e me estimularem, entendendo a ausência necessária, principalmente na reta final do trabalho.

A meus pais e irmã, por estarem perto, sempre, oferecendo o apoio necessário em todas as vezes em que precisei.

E, claro, ao meu marido Alex Bruno, à minha filha Nina e ao tão pequeno Arthur, que muitas vezes foram sacrificados, embora essenciais para me manter forte e seguindo em frente, mesmo com todas as dificuldades.

ALBERGARIA, Tatiane Falcão dos Santos. **Orientações sistematizadas para atitude de amamentar em puérperas com recém-nascidos de cuidado intermediário: estudo de intervenção**. 2016. 80 f. Dissertação (Mestrado em Processos Interativos dos Órgãos e Sistemas) – Universidade Federal da Bahia. Instituto de Ciências da Saúde, Salvador.

RESUMO

INTRODUÇÃO: O aleitamento materno é importante para o crescimento e desenvolvimento infantil. A incidência desta prática entre os recém-nascidos que necessitam de internamento em unidades de cuidados específicos é menor e, na maioria das vezes, estes são incapazes de realizar a sucção em seio materno, devido à imaturidade ou doença, e as puérperas se deparam com obstáculos não experimentados por mães de bebês saudáveis, exigindo assim, cuidados mais direcionados e enfáticos. **OBJETIVO:** Avaliar o impacto de orientações individuais sistematizadas, na atitude de amamentar de puérperas com RNs internados em uma Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal Convencional. **MÉTODO:** Trata-se de um estudo de intervenção, randomizado, paralelo e aberto. As puérperas elegíveis foram abordadas nas primeiras 48hs da admissão. A amostra foi dividida em três grupos, Grupo Controle, Grupo Orientações Individualizadas e Grupo Vídeo. Nos três grupos o recém-nascido foi acompanhado até a alta hospitalar, com coleta de dados em relação ao aleitamento materno, além do registro de visitas à sala de ordenha. Estes dados possibilitaram a mensuração do desfecho principal do estudo e verificar o número de vezes que a puérpera se apresentou para ordenhar o seio materno e amamentar, evidenciando sua atitude em relação ao aleitamento materno. **RESULTADOS:** Um total de 168 puérperas e recém-nascidos foram incluídos na pesquisa, sendo 159 acompanhados até o final do protocolo da pesquisa. Os três grupos demonstraram características semelhantes, as variáveis que apresentaram desbalanceamento, assim como, variáveis consideradas do ponto de vista teórico como possíveis confundidores do efeito foram submetidas a modelagem conforme método estatístico, para verificação de seus valores ajustados. O Número Necessário para Tratar (NNT) do Grupo Orientações para a atitude da puérpera em apresentar-se à sala de ordenha foi de 4,3 puérperas, mostrando a eficácia da Intervenção Orientações individualizadas em relação ao grupo que assistiu ao vídeo (NNT = 19). Em relação à atitude de colocar o recém-nascido em seio materno, a intervenção Orientações Individualizadas proporcionou uma diferença menor em relação ao grupo vídeo, embora com melhores resultados (NNT = 5,5; NNT = 8, respectivamente). **CONCLUSÃO:** Conclui-se que realizar orientações individualizadas e sistematizadas a puérperas com recém-nascidos que necessitaram de internamento em unidade de cuidados intermediários modifica a atitude dela, no que diz respeito a sua ida à unidade de ordenha de leite e a colocação do recém-nascido em seio materno, sendo a primeira variável com efeito mais expressivo.

Palavras-chave: Atitude; Aleitamento Materno; Orientação; Unidade de Recém-nascidos

ALBERGARIA, Tatiane Falcão dos Santos. **Systematized guidelines for breastfeeding attitude of mothers with newborn intermediate care: intervention study**. 2016. 80 s. Dissertation (Masters in Interactive Processes of Organs and Systems) – Federal University of Bahia, Institute of Health Sciences, Salvador.

ABSTRACT

INTRODUCTION: Breastfeeding is important for child growth and development. The incidence of this maternal practice is lower among newborns who require hospitalization in specific care units, since either birth immaturity or illness make babies unable to perform suction in the mother's breast. This situation leads puerpera to encounter obstacles, which have not experienced by mothers of healthy babies; a fact that requires more focused and emphatic care. **OBJECTIVE:** To evaluate the impact of individual systematized guidelines on the breastfeeding attitude in puerperae with neonates who are hospitalized in a Conventional Neonatal Intermediate Care Unit. **METHOD:** This is a randomized, parallel and open intervention study. The eligible puerperae were addressed within the first 48 hours of hospital admission. The sample was divided into three groups: Control, Individualized Guidance and Video. In all three groups, the neonate was followed up until hospital discharge, collecting data related to breastfeeding as well as recording mothers' attendance at the milking parlor. These data made the measurement of the main outcome of the study possible, that is to say, to verify the number of times the puerpera showed up in order to be milked and to breastfeed, evidencing, thus, her attitude towards breastfeeding. **RESULTS:** A total of 168 puerperae and neonates were included in the study, 159 of which were followed until the end of the research protocol. The three groups showed similar characteristics in the variables that presented imbalance, as well as in the variables considered, from the theoretical point of view, possible confounders of the effect. In this case, these variables were submitted to modeling, according to statistical method to verify their adjusted values. The Necessary Number to deal with the Guidance Group, regarding the mother's attitude towards attending the milking parlor, was 4.3 puerperae, showing the efficiency of the individual guideline intervention with regard to the group that watched the video (19). Regarding the attitude towards breastfeeding the newborn / neonate, the individualized guidelines intervention provided a smaller difference compared to the video group, yet with better results (5, 5, 8, respectively). **CONCLUSION:** It is concluded that individualized and systematized guidelines for puerperae with neonates, who need hospitalization in an intermediate care unit, change their attitude towards breastfeeding, represented by their attendance at the milking parlor and the placement of the neonate on the mother's breast, which is the first variable that showed the most expressive effect.

Keywords: Attitude; Breast Feeding; Orientation; Nurseries, Hospital.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

FIGURA 1	Modelo preditivo da pesquisa	24
FIGURA 2	Distribuição dos participantes por grupo e respectivas perdas	28
TABELA 1	Características gerais das puérperas por grupo	30
TABELA 2	Características gerais dos recém-nascidos por grupo	32
FIGURA 3	Distribuição da densidade do número mediano de vezes em que a puérpera compareceu à sala de ordenha de acordo com as intervenções	34
TABELA 3	Riscos relativos, Intervalos de confiança a 95 % e valores de p para a associação bruta entre tipos de abordagens (controle, orientações e vídeo) e o número mediano de dias que a puérpera compareceu à sala de ordenha, obtidos pela Regressão de Poisson para diferentes pontos de corte do número de dias que a puérpera compareceu à sala de ordenha	35
TABELA 4	Riscos relativos, intervalos de confiança a 95 % e valores de p para as associações ajustadas entre tipos de abordagem (controle, orientações e vídeo) e o número mediano de dias em que a puérpera compareceu à sala de ordenha, obtidos pela Regressão de Poisson para ponto de corte 4 do número dias em que a puérpera compareceu à sala de ordenha.	37
TABELA 5	Riscos relativos, intervalos de confiança a 95 % e valores de p para a associação bruta e ajustada pelo baixo peso entre tipos de abordagem (controle, orientações e vídeo) e o número mediano de dias em que a puérpera compareceu à sala de ordenha, obtidos pela Regressão de Poisson para ponto de corte 4 do número dias em que a puérpera compareceu à sala de ordenha	38
TABELA 6	Riscos relativos, intervalos de confiança a 95 % e valores de p para a avaliação de interação entre o baixo peso e os tipos de abordagem (controle, orientações e vídeo) e o número mediano de dias em que a puérpera compareceu à sala de ordenha, obtidos pela Regressão de Poisson para ponto de corte 4 do número dias em que a puérpera compareceu à sala de ordenha	39
TABELA 7	Riscos relativos, intervalos de confiança a 95 %, valores de p e NNT para a associação bruta e ajustada pelo baixo peso entre tipos de abordagem (controle, orientações e vídeo) e o número mediano de dias em que a puérpera compareceu à sala de ordenha, obtidos pela Regressão de Poisson para ponto de corte 4 do número dias em que a puérpera compareceu à sala de ordenha.	39

TABELA 8	Riscos relativos, intervalos de confiança a 95 % e valores de p para a associação bruta entre tipos de abordagens (controle, orientações e vídeo) e o número mediano de vezes que a puérpera amamentou no dia, obtidos pela Regressão de Poisson para diferentes pontos de corte do número de vezes que a puérpera amamentou	40
FIGURA 4	Distribuição da densidade do número mediano de vezes que a puérpera compareceu à sala de ordenha de acordo com as intervenções	41
TABELA 9	Riscos relativos, intervalos de confiança a 95 % e valores de p para as associações ajustadas entre tipos de abordagem (controle, orientações e vídeo) e o número mediano de vezes que a puérpera amamentou por dia, obtidos pela Regressão de Poisson para ponto de corte 3 do número de vezes que a puérpera amamentou no dia.	42
TABELA 10	Riscos relativos, intervalos de confiança a 95 % e valores de p para a associação bruta e ajustada pelo diagnóstico de pequeno para idade gestacional entre tipos de abordagem (controle, orientações e vídeo) e o número mediano de vezes que a puérpera amamentou no dia, obtidos pela Regressão de Poisson para ponto de corte 3 do número mediano de vezes que a puérpera amamentou no dia.	43
TABELA 11	Riscos relativos, intervalos de confiança a 95 % e valores de p para a avaliação de interação entre o diagnóstico de pequeno para idade gestacional e os tipos de abordagem (controle, orientações e vídeo) e o número mediano de vezes que a puérpera amamentou no dia, obtidos pela Regressão de Poisson para ponto de corte 3 do número de vezes que a puérpera amamentou no dia.	45
TABELA 12	Riscos relativos, intervalos de confiança a 95 %, valores de p e NNT para a associação bruta e ajustada pelo diagnóstico de pequeno para idade gestacional entre tipos de abordagem (controle, orientações e vídeo) e o número mediano de vezes que a puérpera amamentou no dia, obtidos pela Regressão de Poisson para ponto de corte 3 do número de vezes que a puérpera amamentou no dia	45
TABELA 13	Riscos relativos, intervalos de confiança a 95 %, valores de p e NNTs para a associação bruta e ajustada pela variável não possuir o diagnóstico de pequeno para idade gestacional entre tipos de abordagem (Controle, Orientações e Vídeo) e o número mediano de vezes que a puérpera amamentou no dia, obtidos pela Regressão de Poisson para ponto de corte 3 do número de vezes que a puérpera amamentou no dia.	46
TABELA 14	Riscos relativos, intervalos de confiança a 95 %, valores de p e NNTs para a associação bruta através da análise de protocolo e análise por Intenção de Tratar entre tipos de abordagem (Controle, Orientações e Vídeo) e o número mediano de vezes que a puérpera amamentou no dia, obtidos pela Regressão de Poisson para ponto de corte 3 do número de vezes que a puérpera amamentou no dia.	46

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	8
2	REFERENCIAL TEÓRICO	11
2.1	INTERNAMENTO HOSPITALAR E INFLUÊNCIA DA ASSISTÊNCIA PRESTADA POR PROFISSIONAIS DE SAÚDE	16
3	OBJETIVOS	18
3.1	OBJETIVO GERAL	18
3.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	18
4	HIPÓTESES	19
5	MÉTODOS	20
5.1	DESENHO DE ESTUDO	20
5.2	LOCAL DO ESTUDO	20
5.3	POPULAÇÃO DO ESTUDO / SUJEITOS	20
5.3.1	CRITÉRIOS DE INCLUSÃO	20
5.3.2	CRITÉRIOS DE NÃO INCLUSÃO	20
5.3.3	CRITÉRIO DE EXCLUSÃO	21
5.4	PROCEDIMENTO E COLETA DE DADOS	21
5.5	VARIÁVEIS DO ESTUDO	23
5.5.1	DEPENDENTE	23
5.5.2	INDEPENDENTE	24
5.6	MODELO PREDITIVO	24
5.7	ANÁLISE ESTATÍSTICA	25
5.7.1	CÁLCULO AMOSTRAL	25
5.7.2	ANÁLISE	25
5.8	CONSIDERAÇÕES ÉTICAS	27
5.8.1	RISCOS	27
5.8.2	BENEFÍCIOS	27
6	RESULTADOS	28
6.1	QUANTIDADE DE DIAS QUE A PUÉRPERA COMPARECEU A SALA DE ORDENHA	29
6.2	QUANTIDADE DE VEZES QUE A PUÉRPERA COLOCOU O RECÉM-NASCIDO EM SEIO MATERNO	40
7	DISCUSSÃO	48
8	CONCLUSÃO	52
	REFERÊNCIAS	53

APÊNDICE A	57
APÊNDICE B	63
APÊNDICE C	67
APÊNDICE D	69
APÊNDICE E	73
APÊNDICE F	75
ANEXO A	77

1 INTRODUÇÃO

O aleitamento materno, baseado no *Estatuto da Criança e do Adolescente*, é considerado um direito à vida e à saúde, sendo o poder público, as instituições e os empregadores os responsáveis em proporcionar as condições adequadas para o seu estabelecimento e manutenção. (BRASIL, 2010). Nesse contexto, é essencial que esse direito seja garantido até mesmo para crianças que necessitem de internamento em unidade de cuidados especializados, uma vez que o leite humano tem elementos essenciais para o seu crescimento e desenvolvimento, sobretudo para as mais vulneráveis. (NATIONAL ASSOCIATION OF NEONATAL NURSES, 2012).

Evidências da qualidade nutricional e os múltiplos efeitos do leite materno, em curto e em longo prazo, têm sido amplamente publicados na literatura científica. Dentre os efeitos de curto prazo é possível destacar redução de infecções do trato gastrointestinal e do trato respiratório; de longo prazo, observam-se benefícios relacionados ao não desenvolvimento de hipertensão, diabetes mellitus, obesidade, entre outros. (EIDELMAN, 2012; HORTA; VICTORA, 2013).

Nos primeiros meses de vida, o leite materno é considerado a forma mais adequada, natural e eficiente para oferecer os nutrientes necessários ao crescimento e desenvolvimento da criança. (MEIER; ENGSTROM; ROSSMAN, 2013). Dessa forma, a partir de 2001, a Organização Mundial de Saúde recomenda que a amamentação seja feita pelo menos até o segundo ano de vida, sendo de modo exclusivo nos primeiros seis meses. (KRAMER; KAKUMA, 2002).

Embora muitos benefícios relacionados à amamentação já tenham sido investigados e estabelecidos, essa prática não é ainda considerada uma norma cumprida de fato em muitos países. Segundo Victora e colaboradores (2016, p. 25):

[...] os determinantes multifatoriais da amamentação necessitam de medidas de suporte em diversos níveis, de legislações e políticas a atitudes e valores sociais, condições de trabalho e emprego para mulheres, e serviços de saúde para possibilitar que as mulheres amamentem.

O investimento nacional em relação ao incentivo para o aleitamento materno é datado de 1981, com a criação do *Programa Nacional de Incentivo ao Aleitamento Materno*, sendo possível registrar aumento positivo nos índices dessa prática no país,

após a referida medida. Os dados mais atuais mostram uma taxa de 67,7% de amamentação na primeira hora de vida e 41% de prevalência do aleitamento materno exclusivo nos primeiros seis meses de vida. (BRASIL, 2009; VENANCIO et al., 2010).

O aleitamento materno do recém-nascido encontra diversas barreiras para seu estabelecimento quando ele necessita de internamento em unidades de cuidados especializados. Como exemplo dessas unidades, encontra-se a Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal Convencional, também conhecida como Unidade Semi-Intensiva, destinada ao atendimento de recém-nascidos considerados de médio risco e que demandam assistência contínua, porém de menor complexidade que a unidade de cuidado intensivo neonatal. (BRASIL, 2012).

Diversos são os motivos que exigem o internamento do recém-nascido nas unidades de cuidados intermediário neonatal convencional, dentre eles a prematuridade e possíveis acometimentos por distúrbios respiratórios e cardíacos. Nessa população, a incidência de aleitamento materno é menor. A maioria desses recém-nascidos é incapaz de realizar a sucção em seio materno, devido à imaturidade ou doença e as puérperas se deparam com obstáculos não experimentados por mães de bebês saudáveis, o que exige cuidados mais direcionados e enfáticos. (ROSSMAN; ENGSTROM; MEIER, 2012).

Em recém-nascidos pré-termo, a produção de leite materno insuficiente é comum entre suas mães e representa um dos principais obstáculos para a amamentação. Ao enfrentar essas dificuldades, mães de prematuros relatam que gostariam de ser apoiadas por profissionais experientes e especializados, admitindo-se que esse apoio representa uma pedra angular para o sucesso da amamentação. (HÉON et al., 2014). Merewood e colaboradores (2006) relatam que puérperas que tiveram seu recém-nascido prematuro internado em uma unidade de tratamento intensivo neonatal e que receberam orientações individuais durante o internamento apresentaram maior duração do aleitamento materno.

Frente ao exposto e devido à necessidade de melhor compreensão de estratégias que favoreçam o estabelecimento do aleitamento materno em recém-nascidos internados em unidades de cuidados especializados, a pergunta de investigação do presente trabalho é:

- Orientações individuais sistematizadas propiciam impacto na atitude de amamentar de puérperas com recém-nascido internado em uma unidade de cuidado intermediário neonatal convencional?

2 REFERENCIAL TEÓRICO

A criança é considerada em aleitamento materno quando está recebendo leite materno (direto da mama ou ordenhado), independente de receber ou não outros alimentos. A partir dessa definição, ainda é possível classificá-lo em aleitamento materno exclusivo, quando a criança recebe somente leite materno, independente se direto da mama ou ordenhado, sem outros líquidos ou sólidos, sendo permitido uso de medicações com prescrição médica, como vitaminas, soro de reidratação oral, suplementos minerais e outros. O aleitamento materno é misto ou parcial, quando a criança recebe leite materno e outros tipos de leite. O aleitamento materno é predominante, quando a criança recebe além do leite materno, água ou bebidas a base de água, sucos de fruta e fluidos rituais, este último com finalidade de cura, considerando o contexto intercultural. E o aleitamento materno é complementado, quando a criança recebe além do leite materno, qualquer alimento sólido ou semissólido com o objetivo de complementação e não de substituição. (BRASIL, 2015).

A recomendação atual da Organização Mundial de Saúde, apoiada pelo Ministério da Saúde e diversas sociedades de classe, nacionais e internacionais, é de que o aleitamento materno exclusivo deve ocorrer nos primeiros seis meses de vida, seguido do aleitamento materno complementado por dois ou mais anos. (EIDELMAN, 2012; HORTA; VICTORA, 2013; KRAMER; KAKUMA, 2002; NATIONAL ASSOCIATION OF NEONATAL NURSES, 2012).

Os benefícios do aleitamento materno relatados na literatura científica são diversos, com seus efeitos maximizados por uma maior duração e exclusividade da amamentação. (VIEIRA et al., 2014). Segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2015), tais benefícios estão relacionados tanto ao recém-nascido, como para os genitores e toda a família, dentre eles sendo possível destacar:

- Diminuição dos índices de mortalidade infantil por causas evitáveis;
- Diminuição de ocorrências de diarreia;
- Diminuição de infecções do trato respiratório;
- Diminuição do risco de hipertensão, colesterol alto, obesidade e diabetes;
- Melhor nutrição;

- Melhor desenvolvimento da cavidade oral;
- Proteção materna contra o câncer de mama, ovário e útero;
- Diminuição do risco de depressão pós-parto na mãe;
- Promoção de vínculo afetivo entre mãe e filho;
- Mais elevados níveis de coeficiente intelectual;
- Favorecimento do desenvolvimento cognitivo;
- Menor custo financeiro;
- Melhor qualidade de vida.

Embora haja evidências mostrando a superioridade da amamentação em relação às mais diversas formas de alimentar o neonato e a criança pequena, os números relacionados a tal prática ainda estão longe de serem considerados ótimos, principalmente em se tratando do aleitamento materno exclusivo. (BRASIL, 2009; VIEIRA et al., 2014).

De acordo com a *II Pesquisa de prevalência de aleitamento materno nas capitais brasileiras e Distrito Federal*, a mais recente pesquisa realizada em menores de um ano, avaliando dados referentes ao aleitamento materno no país, a taxa de aleitamento, na primeira hora, é de 67,7%, sendo que os melhores resultados foram aqueles apresentados pelos estados das regiões Norte, Centro-Oeste e Sul, em contraste com a região Sudeste, que apresentou o menor percentual. Comparando isoladamente os resultados das capitais brasileiras, São Luís/Maranhão apresentou o melhor índice (83,5%) e o pior foi apresentado por Salvador/Bahia (58,5%). (BRASIL, 2009).

Ainda referente à mesma pesquisa, os percentuais relacionados ao aleitamento materno exclusivo, nos primeiros seis meses de vida, são menos empolgantes, totalizando uma taxa de 41% no país, com resultados bastante heterogêneos entre as capitais, destacando-se Belém/Pará com a melhor prevalência (56,1) e Cuiabá/Mato Grosso com a menor prevalência (27,1%). A duração mediana em dias do aleitamento materno exclusivo foi de 54,11 dias. (BRASIL, 2009).

É fundamental investigar fatores que possam interferir ou favorecer o aleitamento materno exclusivo nos primeiros seis meses de vida. Boccolini e colaboradores (2015), em revisão sistemática, identificaram fatores relacionados a essa prática nos primeiros seis meses de vida da criança, no Brasil. Dentre os fatores

citados pelos estudos avaliados, estão: residência, apresentando resultados discordantes, ora o meio urbano, ora o meio rural apresentando associação positiva; a escolaridade materna, sendo o fator mais largamente abordado, demonstrando que a baixa escolaridade está relacionada à interrupção do aleitamento materno exclusivo; a cor branca da mãe mostrou maior prevalência de aleitamento materno exclusivo; paridade foi outro fator estudado que apresentou relação direta com a ocorrência da prática exclusiva; idades maternas intermediárias mostram-se protetoras ao aleitamento materno exclusivo, já que tanto mães adolescentes, como mães acima de 35 anos interrompem mais precocemente o aleitamento materno.

O número de consultas pré-natais também foi investigado, demonstrando como fator de risco para a continuidade da prática exclusiva o baixo número de consultas pré-natais. Dois estudos citados pela revisão sistemática em questão relataram relação do tipo de parto com o aleitamento materno exclusivo, destacando o parto normal como fator positivo. A variável Sexo do Bebê também foi estudada, mostrando uma relação positiva com o sexo feminino. Já o uso de chupeta foi fortemente associado à interrupção do aleitamento materno exclusivo. O trabalho materno também foi correlacionado com um desfecho desfavorável. (BOCCOLINI et al., 2015).

O papel do pai no apoio à mãe que amamenta cada vez mais tem apresentado uma significância relevante. Segundo Hunter e Cattelona (2014, p. 133, tradução nossa) “a participação ativa na decisão de amamentação, associado com uma atitude positiva e conhecimento sobre os benefícios da amamentação, tem demonstrado ter uma forte influência no início e na duração do aleitamento materno”.

Além desses fatores, mais amplamente discutidos na literatura, outros vêm tomando destaque na literatura científica por demonstrar também associação com o resultado positivo do aleitamento materno exclusivo, tais como os abordados por Vieira e colaboradores (2014). Através de uma coorte que envolveu 1.334 pares, mães e filhos, selecionados em uma maternidade, as pesquisadoras identificaram fatores associados à interrupção do aleitamento materno exclusivo, pelas variáveis que tinham sido ainda pouco abordadas em pesquisas anteriores. Dentre essas variáveis, destacam-se o relato materno de limitação de amamentação noturna, associada com um maior risco de interrupção do aleitamento materno exclusivo; o apoio do pai da criança em relação à amamentação, mostrando relação positiva com a manutenção do aleitamento materno exclusivo; rachadura nos mamilos foi um fator que

demonstrou um risco 2,4 vezes maior para interrupção do aleitamento materno exclusivo nos primeiros seis meses de vida; e assistência pré-natal em rede pública que demonstrou um risco 34% maior de abandono à prática exclusiva do aleitamento materno.

Fatores relacionados à necessidade de maior tempo de internação hospitalar, além de variáveis como a assistência à saúde prestada durante o internamento, no que diz respeito a orientações, também foram apontados pelos estudos de Boccolini e colaboradores (2015) e Viera e colaboradores (2014). Associação positiva foi encontrada em relação ao peso adequado ao nascer e o aleitamento materno exclusivo, uma vez que se entende que crianças com baixo peso ao nascer estão mais vulneráveis a ficar mais tempo internadas em unidades neonatais e conseqüentemente mais tempo longe de suas mães. Somado a isso, reconhecendo que a efetividade da sucção aumenta com a idade gestacional e o peso da criança, espera-se que esses recém-nascidos possam apresentar uma considerável dificuldade em iniciar ou manter o aleitamento materno. (BOCCOLINI et al., 2015).

Na literatura científica, é possível identificar fatores que podem atrapalhar o processo de amamentação, diretamente relacionados com a necessidade de hospitalização, dentre eles: gestação de alto risco, necessidade de longa permanência hospitalar, doença materna, recém-nascido pré-termo, doente ou com baixo peso ao nascer, resultando em uma amamentação tardia. Algumas atitudes durante o processo de internamento, como a separação da mãe e sua criança e utilização de outros tipos de leite para alimentação da criança, também contribuem para um processo de amamentação menos frequentes nesse perfil de pacientes. (VICTORA et al. 2016).

Receber orientações sobre aleitamento materno na maternidade também é uma variável relacionada ao internamento hospitalar, que tem sido evidenciado como fator protetor para manutenção do aleitamento exclusivo, diminuindo em 20% as chances de abandono. O apoio ainda na maternidade vai desde a ajuda prática e orientações sobre amamentação, ao apoio psicológico e esclarecimento de informações tradicionais, tabus, que possam atrapalhar a prática exclusiva. (VIEIRA et al., 2014).

Identificar a intenção materna em amamentar é considerado hoje um forte indicador do sucesso da amamentação nos primeiros meses. Segundo Vieira e colaboradores (2016, p. 4) “[...] intenção materna de amamentar é o resultado de um

comportamento construído de modo complexo e progressivo desde o período gestacional, que nem sempre obedece a um total controle voluntário da nutriz, pois inclui a participação da criança e as pressões do ambiente.”

Mulheres que, em entrevista no pré-natal, relataram qualquer intenção de mamadeira nos primeiros quatro meses de vida do recém-nascido, demonstraram estar mais propensas a uma menor duração da amamentação, comparando até mesmo a mulheres que demonstraram incerteza sobre a forma de alimentação da criança. (DONATH; AMIR; ALSPAC STUDY TEAM, 2003).

Em adição, mulheres que já demonstraram interesse em amamentar antes do período gestacional são mais propensas a amamentar por um tempo maior, em comparação com aquelas que passaram a ter o interesse durante a gestação, com uma relação que pode chegar a oito vezes maior chance de amamentar no primeiro caso. (DONATH; AMIR; ALSPAC STUDY TEAM, 2003).

Em revisão sistemática realizada por Vieira e colaboradores (2016), onde foram identificadas 78 variáveis relacionadas a estudos anteriores com a intenção materna de amamentar, foram destacadas, dentre as mais citadas: a maior idade e a escolaridade materna; o número de partos a que mulher já se submeteu, estando a primiparidade associada de forma positiva; a participação materna em programa de apoio à nutrição; a ausência do hábito de fumar; estado civil; renda; e experiência prévia com amamentação.

Estresses sofridos durante o período gestacional, assim como presença de depressão no período, também são citados como fatores que influenciam a intenção materna de amamentar. Em uma coorte prospectiva com 424 participantes, foi observado que as mulheres que apresentavam maiores níveis de estresse referido no início da gestação, assim como aquelas que apresentavam sintomas depressivos, foram menos propensas a intenção de amamentar. (INSAF et al., 2011).

O suporte oferecido pela equipe de saúde durante o período pré e pós-natal é referido como um importante elemento, tanto na intenção materna de amamentar, como no sucesso da amamentação. É fundamental que o suporte de profissionais capacitados seja acessível a todas as mulheres e ao longo de todos os períodos, uma vez que esse fator pode modificar os resultados referentes à amamentação. (KERVIN; KEMP; PULVER, 2010).

2.1 INTERNAMENTO HOSPITALAR E INFLUÊNCIA DA ASSISTÊNCIA PRESTADA POR PROFISSIONAIS DE SAÚDE

Recém-nascidos, por variadas condições clínicas, podem necessitar de internamento hospitalar logo após o parto. Isto pode acontecer tanto em unidades de tratamento intensivo, como em unidades de cuidados intermediários. É sabido que essa condição, por não favorecer o contato entre mãe e filho, dificulta o processo da amamentação, podendo levar a desfechos negativos para esse processo. O apoio e a assistência do profissional de saúde nesse momento se tornam fundamentais, tanto para o fortalecimento de conceitos relacionados ao aleitamento materno, como para auxiliar nas dificuldades encontradas. (HALLOWELL et al., 2014; NEIFERT; BUNIK, 2013).

Orientações prestadas no pré-natal a mães que apresentem riscos de um nascimento que culmine em internamento do recém-nascido representam uma estratégia de controle dos efeitos negativos do internamento hospitalar para o aleitamento materno. Mulheres com histórico de trabalho de parto prematuro ou com este em curso, assim como as mães com diagnóstico de diabetes gestacional ou prévio, devido ao risco de distúrbios metabólicos no recém-nascido, com consequente necessidade de internação, podem, mediante o apoio de profissionais da área de saúde realizar um planejamento de como alcançar sucesso na amamentação. (HOLMES, 2013).

Segundo Meier e colaboradores (2013), o apoio e a assistência à amamentação por parte de mães com seus filhos internados em unidade de cuidados intensivos são atribuídos a todos os profissionais que compõem a equipe de saúde. Estratégias utilizadas pela equipe assistencial são capazes de modificar a intenção da puérpera em amamentar.

Mães de bebês prematuros expressam suas preocupações no que diz respeito à sua capacidade de manter a produção suficiente de leite para satisfazer as crescentes necessidades nutricionais de seus recém-nascidos, sendo o apoio da equipe de saúde fundamental nesse processo. (HÉON et al., 2014). Segundo Briere e colaboradores (2015), ao longo da internação em unidade de tratamento intensivo neonatal, devem ser oferecidos apoio e informações consistentes sobre os desafios já conhecidos em relação ao aleitamento materno. O tratamento padrão para o binômio Mãe-Filho, nessa condição, deve incluir a avaliação permanente das

estratégias de aleitamento materno, bem como proporcionar intervenções direcionadas para apoiar a gestão contínua dos desafios da amamentação à medida que surgem nessa população de alto risco.

Oza-Frank, Bhatia e Smith (2014) afirmam que pessoas na equipe de saúde direcionadas para a realização de acompanhamento individual a puérperas que tiveram o recém-nascido internado em uma unidade de cuidados neonatais, em relação à amamentação, melhoram as taxas relacionadas ao aleitamento materno na unidade, mostrando ser mais eficaz em comparação com a não presença desse tipo de orientação.

3 OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO PRIMÁRIO

Avaliar o impacto de orientações individuais sistematizadas, na atitude de amamentar de puérperas com recém-nascidos internados em uma unidade de cuidado intermediário neonatal convencional.

3.2 OBJETIVOS SECUNDÁRIOS

a) Identificar os potenciais modificadores de efeito ou confundidores do resultado esperado, tais como:

- Relacionados à puerpera: tempo de internação, tipo de parto, idade, estado civil, escolaridade, ocupação, histórico gestacional, número de consultas do pré-natal, orientações sobre amamentação no pré-natal, histórico de amamentação (amamentação prévia, amamentação exclusiva anterior, tempo de amamentação exclusiva anterior), intenção de amamentar, experiência prévia de apoio à amamentação, amamentação em sala de parto.

- Relacionados ao recém-nascido: tempo de internação na Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal Convencional, tempo de internação hospitalar, idade gestacional, peso de nascimento, índice de APGAR, sexo, diagnóstico admissional, necessidade de suporte ventilatório não invasivo.

4 HIPÓTESES

H₀: Orientações individuais sistematizadas não propiciam impacto na atitude de amamentar de puérperas com recém-nascido internado em uma unidade de cuidado intermediário neonatal convencional.

H₁: Orientações individuais sistematizadas propiciam impacto na atitude de amamentar de puérperas com recém-nascido internado em uma unidade de cuidado intermediário neonatal convencional.

5 MÉTODOS

5.1 DESENHO DE ESTUDO

Trata-se de um estudo de intervenção, randomizado, paralelo e aberto.

5.2 LOCAL DO ESTUDO

A pesquisa ocorreu na Maternidade de Referência Professor José Maria de Magalhães Netto, maternidade de referência para parto de risco do estado da Bahia, localizada no bairro do Pau Míúdo na cidade do Salvador, Bahia, Brasil.

5.3 POPULAÇÃO DO ESTUDO / SUJEITOS

5.3.1 Critérios de Inclusão

- Puérperas que aceitaram participar da pesquisa, mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido;
- Puérperas com recém-nascidos que apresentaram necessidade de internamento imediatamente após o parto na unidade de cuidado intermediário neonatal convencional com as seguintes características:
 - Idade gestacional superior a 34 semanas;
 - Peso de nascimento maior que 1500g;
 - Ausência de alterações que impeçam a amamentação;

5.3.2 CRITÉRIOS DE NÃO INCLUSÃO

- Gestação múltipla;
- Recém-nascido com diagnóstico ou suspeita de cardiopatias congênitas, síndromes e/ou malformações congênitas;
- Genitoras com necessidade de internamento em unidade de terapia intensiva.

5.3.3 CRITÉRIO DE EXCLUSÃO

- Complicações maternas e/ou do recém-nascido que impediam a manutenção do aleitamento materno;
- Recém-nascidos com diagnóstico posterior de cardiopatias congênitas, síndromes e/ou malformações congênitas;
- Puérperas que necessitaram de internamento na unidade de terapia intensiva durante o acompanhamento da pesquisa;
- Puérperas que mostraram interesse em desistir da participação na pesquisa.

5.4 PROCEDIMENTO E COLETA DE DADOS

As puérperas elegíveis foram abordadas nas primeiras 48 horas da admissão na unidade de cuidado intermediário neonatal convencional do recém-nascido que atendeu aos critérios de inclusão descritos. Neste momento foi realizado o esclarecimento sobre a pesquisa com o objetivo de recolhimento da assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido (Apêndice A). Após aceitação em participar na pesquisa as puérperas foram alocadas nos grupos conforme uma lista de randomização previamente confeccionada (Apêndice B). Dados secundários também foram coletados em prontuários de acordo com o formulário elaborado pela pesquisadora principal (Apêndice C).

Alterações no binômio mãe-filho que pudessem ter ocorrido ao longo da pesquisa e que não produziram interferência no processo de amamentação, caracterizando como critério de exclusão, a exemplo de infecções em cavidade oral do recém-nascido ou do seio materno, mastites, alterações neurológicas no recém-nascido identificadas através do ultrassom transfontanela, alteração do quadro psicológico da puérpera, entre outras, poderiam ter sido registradas no campo observação do formulário de coleta de dados, para possível necessidade de análise específica, porém nenhuma dessas ocorrências foram identificadas na amostra estudada.

A amostra foi dividida em três grupos:

- Grupo Controle

As puérperas participantes deste grupo receberam as orientações de rotina da instituição, sem interferência da pesquisadora.

Na rotina de admissão do alojamento conjunto das puérperas que apresentam seu recém-nascido internado em unidades de cuidados específicos, consta a abordagem da enfermagem com explicações sobre a localização e as rotinas das unidades, dentre elas a localização da sala de ordenha e da unidade onde o recém-nascido encontra-se internado.

- Grupo Intervenção I (orientações)

As puérperas receberam orientações individuais sobre amamentação, seguindo roteiro previamente elaborado para pesquisa (Apêndice D). As puérperas participantes deste grupo receberam as orientações de rotina da instituição, assim como os demais grupos.

Foi realizada uma abordagem única, até as primeiras 48 horas após o parto.

- Grupo Intervenção II (vídeo)

As puérperas assistiram através de um Ultrabook Samsung (NP530U3C) o vídeo intitulado Aprendendo com as mães, publicado no site da Sociedade Brasileira de Pediatria (www.sbp.com.br), com informações pertinentes ao aleitamento materno, sem nenhuma interferência individual da pesquisadora. As puérperas participantes deste grupo receberam as orientações de rotina da instituição, assim como os demais grupos.

Foi realizada uma abordagem única, até as primeiras 48hs após o parto.

O conteúdo abordado nos dois grupos com intervenção foram os mesmos. O objetivo do Grupo Intervenção II (vídeo) foi avaliar o possível efeito de interferência pessoal da pesquisadora que ofereceu as orientações.

Nos três grupos o recém-nascido foi acompanhado até a alta hospitalar, com coleta de dados em relação ao aleitamento materno nesse período. Os dados coletados constam no formulário de acompanhamento de aleitamento materno (Apêndice E), e compreendem as informações sobre o início da introdução da dieta, primeira via de administração da dieta (seio materno ou dispositivo artificial), tipo de leite da primeira oferta (leite materno ou artificial), ocorrência de administração de leite artificial ou materno diariamente, início e frequência da amamentação. Estes dados possibilitaram a mensuração do desfecho principal do estudo, verificar o número de

vezes que a puérpera amamentou, evidenciando sua atitude em relação ao aleitamento materno.

A puérpera também foi acompanhada através do registro de visitas a sala de ordenha, permitindo mensurar também sua atitude em relação ao aleitamento materno, este relacionado ao período que o recém-nascido esteve internado na unidade de cuidado intermediário neonatal convencional, sendo mais uma variável de avaliação do desfecho principal do estudo.

Após alta do recém-nascido da unidade de cuidado intermediário neonatal convencional para o alojamento conjunto, como nesta unidade não ocorre o registro em prontuário da oferta de leite por horário, foi solicitado à puérpera que preenchesse um diário de amamentação (Apêndice F), onde foi registrado em cada horário a forma como a dieta foi ofertada (seio materno, sonda ou via oral), além do tipo de leite, diminuindo a possibilidade de viés de memória.

Todos os procedimentos de coleta foram realizados por duas pesquisadoras participantes do projeto, dentre elas a pesquisadora principal, ambas com treinamento para manejo à lactação e previamente treinadas quanto ao protocolo da pesquisa, reduzindo o risco de viés de aferição. Um estudo piloto com nove puérperas e recém-nascidos, três para cada grupo, foi realizado com o objetivo de melhor adequação dos procedimentos de coleta, sendo realizados os ajustes necessários para a realização da coleta definitiva.

O protocolo de pesquisa acompanha check list CONSORT e foi devidamente cadastrado na plataforma de Registro Brasileiro de Ensaio Clínicos (<http://www.ensaiosclinicos.gov.br/>). (MOHER et al., 2010).

5.5 VARIÁVEIS DO ESTUDO

5.5.1 Dependente:

Número de dias que a puérpera se apresentou à sala de ordenha para realizar a ordenha do leite, enquanto o recém-nascido esteve internado na unidade de cuidado intermediário neonatal convencional; e o número de vezes que a puérpera posicionou o recém-nascido em seio materno, estes que foram registrados na ficha de controle do recém-nascido quando ainda internado na unidade de cuidado intermediário neonatal convencional e através do diário de amamentação, após alta para o

alojamento conjunto, além da verificação da assinatura da puérpera no livro de visitas da sala de ordenha.

5.5.2 Independente

- Principal: grupos de alocação da puérpera;

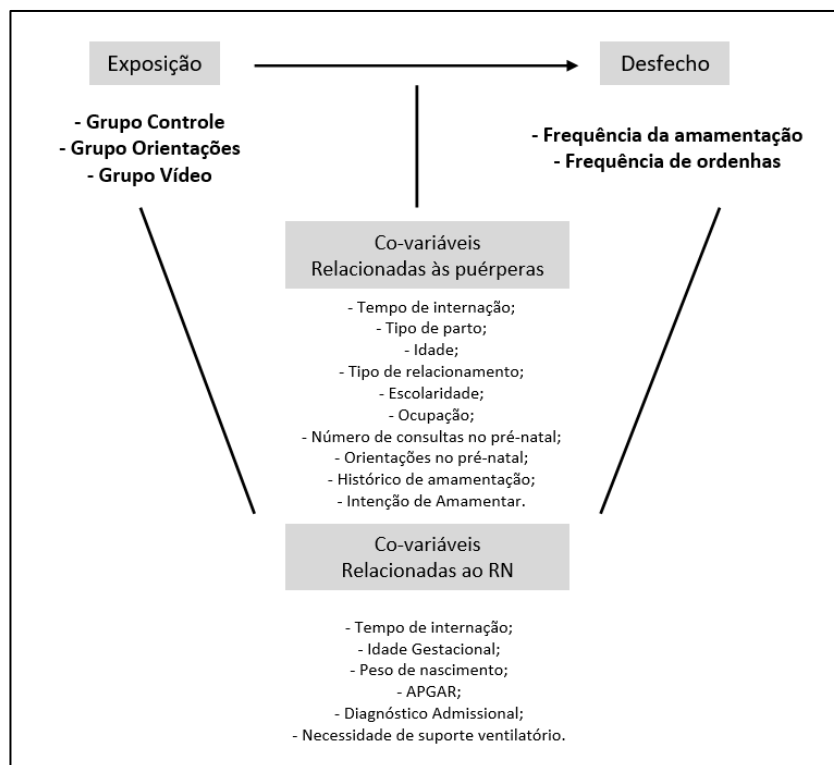
- Covariáveis:

- Relacionados à puérpera: tempo de internação, tipo de parto, idade, tipo de relacionamento, escolaridade, ocupação, número de consultas do pré-natal, orientações sobre amamentação no pré-natal, histórico de amamentação, intenção de amamentar.

- Relacionados ao RN: tempo de internação, idade gestacional, peso de nascimento, índice de APGAR, diagnóstico admissional, necessidade de suporte ventilatório e tempo de suporte ventilatório.

5.6 MODELO PREDITIVO

Figura 1 – MODELO PREDITIVO DA PESQUISA



Fonte: a autora.

5.7 ANÁLISE ESTATÍSTICA

5.7.1 Cálculo amostral

Não foram encontrados estudos semelhantes para verificação do cálculo amostral, desta forma, conforme experiência do pesquisador e esperando uma frequência de 65% de sucesso devido à intervenção e uma diferença de 40% em relação ao grupo controle. Assumindo um nível de significância de 5%, um poder de 80%, tamanhos de amostras iguais e para um teste unicaudal foi calculado, com definição de amostra de 56 pacientes por grupo a partir do modelo binomial.

5.7.2 Análise

Foi criada uma lista de randomização previamente, por algoritmo computacional, para a alocação aleatória dos grupos de intervenção para as puérperas do estudo. Para se avaliar a ocorrência de aleatoriedade sequencial dos elementos da lista gerada empregou-se o teste de Bartels. (BARTELS, 1982).

A realização da análise se deu através de modelagem por regressão simples e múltipla de *Poisson* no intuito de se obter diretamente os riscos relativos brutos e ajustados. (ZOU, 2004). Foram construídos quatro modelos tentativos de regressão simples correspondentes aos quatro pontos de corte estipulados para a variável dependente número dias que a puérpera compareceu à sala de ordenha e número de vezes que a puérpera amamentou, com o objetivo de se identificar a distribuição dos respectivos riscos relativos. Para os modelos ajustados, o modelo inicial foi composto por 13 covariáveis independentes dicotomizadas, propostas pelo modelo preditivo, acrescida da variável independente principal (intervenção) e a variável dependente número de dias que a puérpera compareceu à sala de ordenha e número de vezes que a puérpera amamentou (quantitativa discreta). Estabeleceu-se como critérios de manutenção de variáveis no modelo aquelas que apresentassem valor de p menor

que 0,05, através de processo iterativo de remoção e reposição de variáveis consideradas clinicamente relevantes. Após a escolha do modelo final, avaliou-se a sua bondade de ajuste através da análise dos desvios residuais (deviance residual) e do critério de informação de Akaike (AIC). Erro padrões robustos foram obtidos para a estimativa dos intervalos de confiança e valores de p dos coeficientes dos modelos de regressão, visando o controle de alguma possível violação média ao pressuposto de igualdade entre média e variância da distribuição de Poisson. O método delta foi empregado para a estimativa dos intervalos de confiança dos riscos relativos oriundos dos modelos de regressão. (MCNUTT et al., 2003). O critério para avaliação de confundimento foi fixado arbitrariamente em 20% da mudança do risco relativo bruto para mais ou para menos quando comparado com o risco relativo do modelo ajustado. Para a avaliação de interação foram construídos termos-produto nos modelos saturados de Poisson. A partir do modelo de regressão final calculou-se a diferença absoluta de risco, o número necessário para tratar (NNT) através de regressão aditiva binomial e estimou-se a probabilidade de uma parturiente, em média, comparecer quatro ou mais dias à sala de ordenha. (KOVALCHIK; VARADHAN, 2013). Optou-se pela apresentação das estimativas finais por protocolo e por intenção de tratar, sendo que o critério para este último foi o do pior cenário, atribuindo-se às perdas no grupo controle, comparecimento à sala de ordenha e às perdas no grupo Orientações e no grupo Vídeo, não comparecimento à sala de ordenha.

Os dados foram digitados no Epidata versão 3.1 e a análise foi efetuada no pacote estatístico R (versão 3.2.3) no Linux Ubuntu versão 16.04. (LAURITSEN, 2008; R DEVELOPMENT CORE TEAM, 2016).

5.8 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

O projeto foi submetido à avaliação ética da Maternidade de Referência Professor José Maria de Magalhães Netto, assim como do Comitê de Ética e Pesquisa do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Bahia com aprovação através da Plataforma Brasil em 07 de junho de 2015 através da CAAE nº 43808815.2.0000.5662 (anexo A)

Não há conflitos de interesse por parte do pesquisador.

5.8.1 Riscos

Foi identificado como risco inerente ao projeto apresentado a possibilidade de algum equívoco de interpretação das informações fornecidas pela intervenção ora proposta, além da possibilidade de constrangimento dos participantes, caracterizando a pesquisa como risco mínimo. Como forma de minimizar e controlar os riscos a pesquisadora principal esteve durante todo o período de coleta disponível para esclarecer quaisquer dúvidas que pudessem existir sobre o assunto, e as pesquisadoras garantiram o anonimato dos participantes da pesquisa, assim como a utilização desses dados apenas para fins acadêmicos e científicos conforme a legislação brasileira (Resolução Nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde).

5.8.2 Benefícios

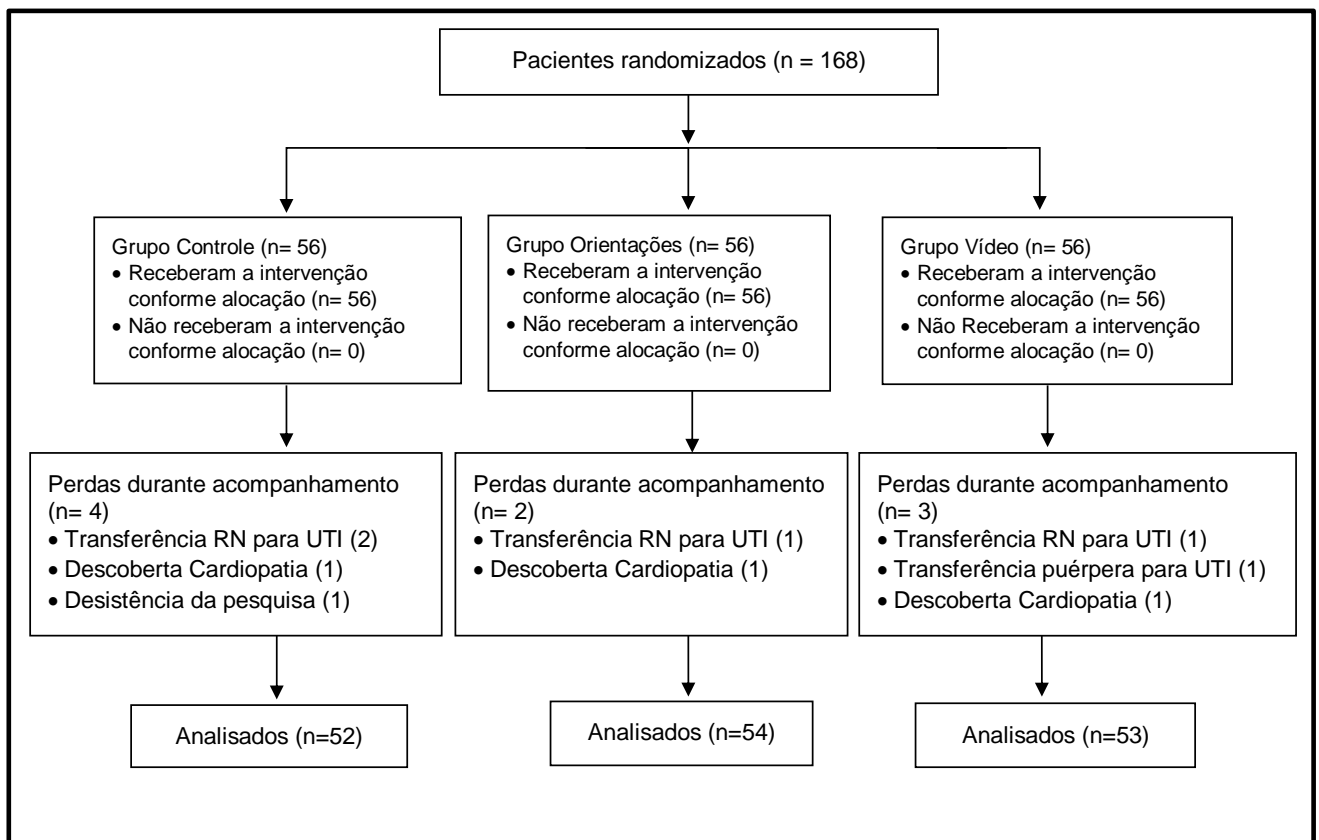
A pesquisa em questão apresenta como benefícios o fornecimento de informações sobre o aleitamento materno às puérperas, assim como os fatores importantes para seu sucesso, trazendo desta forma benefícios também para o recém-nascido frente à possibilidade de incremento no tempo de amamentação, e consequentemente todos os fatores positivos inerentes a esse ato, aumentando também o vínculo mãe-bebê que na população estudada pode estar prejudicada frente ao internamento.

Além disso, contribuiu para solidificar o atendimento clínico prestado na Maternidade em questão, além de favorecer o discurso de boas práticas de assistência preconizado pelo Ministério da Saúde e Organização Mundial da Saúde.

6 RESULTADOS

Um total de 168 puérperas e recém-nascidos foram incluídos na pesquisa, sendo 159 acompanhados até o final do protocolo da pesquisa. A distribuição dos participantes por grupo e suas perdas está apresentada na figura 2.

Figura 2 – DISTRIBUIÇÃO DOS PARTICIPANTES POR GRUPO E SUAS RESPECTIVAS PERDAS



Fonte: a autora.

As Tabelas 1 e 2 representam as características gerais das puérperas e recém-nascidos participantes da pesquisa. Os três grupos demonstraram características semelhantes, exceto para as variáveis tipo de relacionamento, escolaridade, ocupação e orientações sobre amamentação no pré-natal, relacionados à puérpera, e a necessidade de suporte ventilatório não invasivo, relacionados ao recém-nascido. Estas variáveis que apresentaram desbalanceamento, assim como, variáveis

consideradas do ponto de vista teórico como possíveis confundidores do efeito (amamentação prévia, relacionada à puérpera, e relacionado ao RN, diagnóstico na admissão de prematuridade, distúrbio respiratório, distúrbio metabólico, baixo peso, risco infeccioso, pequeno para idade gestacional e sofrimento fetal agudo) foram submetidas a modelagem conforme método estatístico, para verificação dos seus valores ajustados.

Para análise do desfecho final foram utilizadas duas variáveis, quantidade de dias que a puérpera compareceu à sala de ordenha para ordenhar o seio materno e a quantidade de vezes que a puérpera amamentou o recém-nascido, ambas variáveis que permitiram a avaliação da atitude de amamentar da puérpera frente às intervenções propostas.

6.1 QUANTIDADE DE DIAS QUE A PUÉRPERA COMPARECEU A SALA DE ORDENHA

A figura 3 representa a densidade da distribuição do número mediano de dias comparecidos à sala de ordenha pela puérpera, variável que permitiu a análise da atitude de amamentar da puérpera nos primeiros dias de internação do recém-nascido na unidade de cuidado intermediário neonatal convencional. O grupo orientações, representado pela cor verde, demonstra uma tendência diferente dos demais grupos, desviando a curva de densidade mais para a direita, com maior concentração na área que representa um número maior de dias comparecidos para ordenhar.

Tabela 1 – Características gerais das puérperas por grupos
(continua)

Variáveis	Grupo Controle (N = 52)	Grupo Orientações (N = 54)	Grupo Vídeo (N = 53)
	n (%)	[Mínimo – Máximo]; Md (IIQ)	
Idade (anos)	[13 – 44]; 22,5 (10,4)	[14 – 44]; 25,5 (13,8)	[15 – 42]; 27 (11)
Tipo de relacionamento	-	-	-
Relacionamento com união estável	22 (42,3)	29 (53,7)	30 (56,6)
Relacionamento sem união estável	30 (57,7)	25 (46,3)	23 (43,4)
Escolaridade	-	-	-
Nenhuma	0 (0,0)	1 (1,9)	0 (0,0)
Primeiro Grau	26 (50,0)	16 (29,6)	21 (39,6)
Segundo Grau	21 (40,4)	35 (64,8)	26 (49,1)
Terceiro Grau	5 (9,6)	2 (3,7)	6 (11,3)
Ocupação	-	-	-
Não	32 (61,5)	36 (66,7)	27 (50,9)
Sim	20 (38,5)	18 (33,3)	26 (49,1)
Histórico Gestacional	-	-	-
Número de Gestações	[1 – 9]; 1 (2)	[1 – 8]; 1 (1,8)	[1 – 5]; 2 (1)
Número de Partos	[0 – 6]; 0 (1)	[0 - 7]; 0 (1)	[0 - 4]; 0 (1)
Número de Abortos	[0 - 3]; 0 (0)	[0 - 4]; 0 (0)	[0 - 2]; 0 (0)
Número de consultas pré-natal	[0 – 9]; 6 (3)	[0 – 10]; 6 (2,8)	[0 – 10]; 6 (3)
Orientações sobre amamentação no pré-natal	-	-	-
Não	29 (55,8)	36 (66,7)	31 (58,5)
Sim	23 (44,2)	18 (33,3)	22 (41,5)
Amamentação prévia	-	-	-
Não	33 (63,5)	35 (64,8)	28 (52,8)
Sim	19 (36,5)	19 (35,2)	25 (47,2)

Tabela 1 – Características gerais das puérperas por grupos
(conclusão)

Variáveis	Grupo Controle (N = 52)	Grupo Orientações (N = 54)	Grupo Vídeo (N = 53)
	n (%)	[Mínimo – Máximo]; Md (IIQ)	[Mínimo – Máximo]; Md (IIQ)
Tempo de amamentação exclusiva em outra gestação (meses)	[0 – 24]; 6 (2,5)	[1 – 9]; 6 (1)	[1 – 24]; 6 (4,5)
Tipo de parto	-	-	-
Natural	31 (59,6)	30 (55,6)	33 (62,3)
Cesárea	21 (40,4)	24 (44,4)	20 (37,7)
Amamentação em sala de parto	-	-	-
Não	48 (92,3)	49 (90,7)	49 (93,5)
Sim	4 (7,7)	5 (9,3)	4 (7,5)
Tempo de internação	[1 – 11]; 3 (2)	[1 – 19]; 3 (3)	[1 – 13]; 3 (2)
Intenção de amamentar	-	-	-
Não	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)
Sim	52 (100,0)	54 (100,0)	53 (100,0)

N = número de participantes no grupo; Md = mediana; IIQ = intervalo interquartilico

Tabela 2 – Características gerais dos recém-nascidos por grupos

(continua)

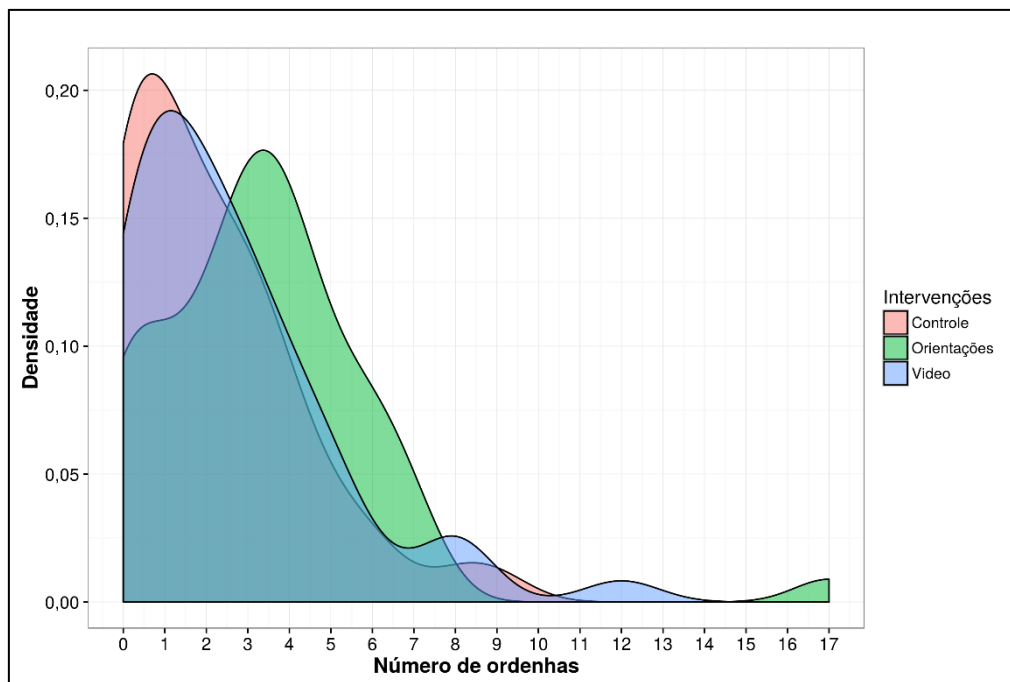
Variáveis	Grupo Controle	Grupo Orientações	Grupo Vídeo
	(N = 52)	(N = 54)	(N = 53)
	n (%)	[Mínimo – Máximo]; Md (IIQ)	
Sexo			
Masculino	32 (61,5)	37 (68,5)	27 (50,9)
Feminino	20 (38,5)	17 (31,5)	26 (49,1)
Idade Gestacional (semanas)	[34 – 40,4]; 36,3 (2,2)*	[34 – 40,4]; 36,4 (2,2)*	[34 – 41,9]; 36,9 (2,4)*
Peso de nascimento (g)	[1530 – 5110]; 2628,3 (803)*	[1580 – 4835]; 2664,9 (803,8)*	[1531 – 4270]; 2637,9 (673,8)*
APGAR	-	-	-
Primeiro minuto	[2 – 9]; 7,5 (1,7)*	[3 – 9]; 7,5 (1,8)*	[2 – 9]; 7,4 (1,8)*
Quinto minuto	[4 – 10]; 8,8 (1,4)*	[5 – 10]; 8,9 (1,1)*	[3 – 10]; 8,7 (1,4)*
Décimo minuto	[8 – 8]; 8 (0)*	[8 – 8]; 8 (0)*	[7 – 8]; 7,8 (0,5)*
Tempo de internação UCI	[1 – 14]; 4 (2,2)	[1 – 18]; 4 (3)	[1 – 22]; 4 (3)
Tempo de internação Hospitalar	[2 – 25]; 10 (6)	[3 – 25]; 9 (7,6)	[2 – 34]; 9 (6)
Quantidade de diagnósticos clínicos	[1 – 6]; 3 (2)	[1 – 6]; 3,5 (3)	[1 – 6]; 3 (2)
Diagnósticos Clínicos	-	-	-
Prematuridade	-	-	-
Não	21 (40,4)	24 (44,4)	21 (39,6)
Sim	31 (59,6)	30 (55,6)	32 (60,4)
Baixo Peso	-	-	-
Não	28 (53,8)	31 (57,4)	27 (50,9)
Sim	24 (46,2)	23 (42,6)	26 (49,1)

Tabela 2 – Características gerais dos recém-nascidos por grupos

Variáveis	(conclusão)		
	Grupo Controle (N = 52)	Grupo Orientações (N = 54)	Grupo Vídeo (N = 53)
	n (%)	[Mínimo – Máximo]; Md (IIQ)	
Pequeno para idade gestacional	-	-	-
Não	41 (78,8)	43 (79,6)	45 (84,9)
Sim	11 (21,2)	11 (20,4)	8 (15,1)
Distúrbio Respiratório	-	-	-
Não	7 (13,5)	6 (11,1)	5 (9,4)
Sim	45 (86,5)	48 (88,9)	48 (90,6)
Distúrbio Metabólico	-	-	-
Não	24 (46,2)	25 (46,3)	34 (64,2)
Sim	28 (53,8)	29 (53,7)	19 (35,8)
Risco infeccioso	-	-	-
Não	23 (44,2)	22 (40,7)	26 (49,1)
Sim	29 (55,8)	32 (59,3)	27 (50,9)
Sufrimento Fetal agudo	-	-	-
Não	50 (96,2)	48 (88,9)	50 (94,3)
Sim	2 (3,8)	6 (11,1)	3 (5,7)
Necessidade de Suporte Ventilatório não invasivo	-	-	-
Não	24 (46,2)	35 (64,8)	30 (56,6)
Sim	28 (53,8)	19 (35,2)	23 (43,4)
Tempo de Suporte Ventilatório não invasivo (h)	[1 – 80]; 8 (18)	[4 – 60]; 14 (20,5)	[2 – 72]; 18 (19)

n = número de participantes no grupo; Md = mediana; IIQ = intervalo interquartilico; * Média (DP)

Figura 3 – distribuição da densidade do número mediano de dias que a puérpera compareceu à sala de ordenha de acordo com as intervenções



Fonte: a autora.

Frente à observação desse padrão de distribuição foi optado por realizar uma análise de quatro modelos tentativos de regressão simples correspondentes a quatro pontos de corte, representados pela quantidade de dias que a puérpera se dirigiu à sala de ordenha, em um, dois, três e quatro dias, para verificar qual o comportamento das estimativas do risco relativo à medida que variasse o ponto de corte. A opção pelo ponto de corte até quatro vezes ocorreu devido à observação de um decréscimo nos riscos relativos a partir desse ponto com uma menor precisão da análise estatística, além disso, quatro dias diz respeito à mediana de dias de internamento do recém-nascido na unidade de cuidado intermediário neonatal convencional, uma vez que a ida da puérpera à sala de ordenha demonstra a atitude em amamentar, que só era possível enquanto houvesse o internamento nesta unidade (Tabela 3).

Tabela 3 – Riscos relativos, Intervalos de confiança a 95 % e valores de p para a associação bruta entre tipos de abordagens (Controle, Orientações e Vídeo) e o número mediano de dias que a puérpera compareceu à sala de ordenha, obtidos pela Regressão de Poisson para diferentes pontos de corte do número de dias que a puérpera compareceu a sala de ordenha.

Variáveis	RR	IC 95%	Valor de p
Número de dias comparecidos à ordenha – ponto de corte em 1*			
Intervenção	-	-	-
Controle	1	-	-
Orientações	1,17	[0,96-1,42]	0,1309
Vídeo	1,11	[0,89-1,37]	0,3289
Número de dias comparecidos à ordenha – ponto de corte em 2**			
Intervenção	-	-	-
Controle	1	-	-
Orientações	1,5	[1,08-1,98]	0,0135
Vídeo	1,1	[0,80-1,60]	0,5001
Número de dias comparecidos à ordenha – ponto de corte em 3***			
Intervenção	-	-	-
Controle	1	-	-
Orientações	1,8	[1,18-2,67]	0,0059
Vídeo	1,1	[0,70-1,84]	0,6025
Número de dias comparecidos à ordenha – ponto de corte em 4****			
Intervenção	-	-	-
Controle	1	-	-
Orientações	2,1	[1,15-3,84]	0,0159
Vídeo	1,2	[0,63-2,49]	0,5286

* Deviance residual: 56,571 em 156 graus de liberdade ($p = 1$); AIC: 316,57

** Deviance residual: 91,227 em 156 graus de liberdade ($p = 0,99999$); AIC: 295,23

*** Deviance residual: 107,3 em 156 graus de liberdade ($p = 0,99894$); AIC: 265,3

**** Deviance residual: 110,37 em 156 graus de liberdade ($p = 0,99782$); AIC: 214,37

Embora a precisão da medida se mostrasse adequada desde a análise com o ponto de corte considerando a atitude em amamentar da puérpera ir um dia à sala de ordenha, representada por um intervalo de confiança pequeno, o risco relativo até o ponto de corte em três dias apresentou pouca diferença entre os grupos, além do valor de p nesses pontos de corte demonstrarem pouca significância, com uma probabilidade grande de que a diferença encontrada entre os grupos tenha sido produzida devido à randomização, a exemplo do ponto de corte em um dia, com valor de p de 0,1309, demonstrando uma probabilidade grande, de 13%, de que a diferença encontrada entre os grupos Intervenção em relação ao Controle tenha ocorrido devido

à randomização. Esse padrão não é observado na medida em que o ponto de corte é considerado aumentando o número de dias de ida à sala de ordenha pelo grupo que recebeu orientações individualizadas. Considerando como ponto de corte ela ir quatro dias à sala de ordenha, ocorre um aumento do risco dela comparecer à sala de ordenha, em relação ao Grupo Controle, em até 2,1 vezes, com um valor de p de 0,0159, diferentemente do que é observado com o Grupo Vídeo, este com aumento menos expressivo, além de um valor de p que demonstra uma probabilidade grande do resultado ter sido produzido pela randomização com $p = 0,5286$.

Uma vez considerando o modelo com ponto de corte em 4 dias com melhor predição, já que apresenta a melhor estimativa, em um gradiente crescente, além de melhor ajuste, representado por um menor valor Deviance residual e AIC, realizou-se a modelagem para ajustes dos riscos relativos em relação às variáveis desbalanceadas e clinicamente relevantes. A Tabela 4 demonstra os valores dos riscos relativos ajustados com seus respectivos valores de p, evidenciando a variável baixo peso como possível confundidor, uma vez que esta apresenta maior risco relativo em comparação às demais variáveis, $RR_{Aj} = 2,07$ e um valor de p estatisticamente significativo.

Embora a variável baixo peso tenha se mostrado um potencial confundidor, a Tabela 5 demonstra que a diferença entre os valores do risco relativo bruto ($RR_B = 2,10$) e ajustado ($RR_A = 2,16$) é muito pequena, menor que 20%, sendo desta forma aceito após a análise de confundimento, o modelo bruto. Já a análise de interação desta mesma variável é apresentada através da Tabela 6, onde o baixo peso não se mostrou como potencial modificador do efeito e desta forma também aceitando-se o modelo bruto.

Tabela 4 – Riscos relativos, intervalos de confiança a 95 % e valores de p para as associações ajustadas entre os tipos de abordagem (Controle, Orientações e Vídeo) e o número mediano de dias que a puérpera compareceu à sala de ordenha, obtidos pela Regressão de Poisson para ponto de corte 4 do número dias que a puérpera compareceu à sala de ordenha.

Variáveis	RR _{Aj} **	IC 95%	Valor de p
(continua)			
Número de dias comparecidos à ordenha			
Intervenção			
Controle	1	-	-
Orientações	2,07	[1,16-3,67]	0,0133
Vídeo	1,16	[0,63-2,13]	0,6381
Tipo de relacionamento			
Relacionamento sem união estável	1	-	-
Relacionamento com união estável	1,34	[0,85-2,11]	0,2110
Escolaridade			
Nenhuma	1	-	-
Segundo grau	1,43	[0,87-2,33]	0,1552
Terceiro grau	1,18	[0,42-3,30]	0,7452
Ocupação			
Não	1	-	-
Sim	1,16	[0,69-1,95]	0,5831
Orientações sobre amamentação no pré-natal			
Não	1	-	-
Sim	0,69	[0,43-1,10]	0,1221
Amamentação prévia			
Não	1	-	-
Sim	0,78	[0,49-1,23]	0,2906
Prematuridade			
Não	0,86	[0,41-1,79]	0,6830
Sim	1	-	-
Baixo Peso			
Não	1	-	-
Sim	2,07	[1,11-3,89]	0,0227
Pequeno para idade gestacional			
Não	0,91	[0,53-1,56]	0,7350
Sim	1	-	-
Distúrbio Respiratório			
Não	0,34	[0,01-1,20]	0,0938
Sim	1	-	-

Tabela 4 – Riscos relativos, intervalos de confiança a 95 % e valores de p para as associações ajustadas entre os tipos de abordagem (Controle, Orientações e Vídeo) e o número mediano de dias que a puérpera compareceu à sala de ordenha, obtidos pela Regressão de Poisson para ponto de corte 4 do número dias que a puérpera compareceu à sala de ordenha

Variáveis	RR _{Aj} **	IC 95%	Valor de p
(conclusão)			
Distúrbio Metabólico			
Não	1,05	[0,62-1,80]	0,8491
Sim	1	-	-
Risco infeccioso			
Não	0,89	[0,52-1,51]	0,6666
Sim	1	-	-
Sofrimento Fetal agudo			
Não	0,64	[0,36-1,15]	0,1350
Sim	1	-	-
Necessidade de Suporte Ventilatório não invasivo			
Não	0,61	[0,36-1,04]	0,0699
Sim	1	-	-

** Modelo ajustado: deviance residual: 103,93 em 156 graus de liberdade (p = 0,9994); AIC: 209,93

Tabela 5 – Riscos relativos, intervalos de confiança a 95 % e valores de p para a associação bruta e ajustada pelo baixo peso entre tipos de abordagem (Controle, Orientações e Vídeo) e o número mediano de dias que a puérpera compareceu à sala de ordenha, obtidos pela Regressão de Poisson para ponto de corte 4 do número dias que a puérpera compareceu à sala de ordenha.

Variáveis	RR _B *	IC 95%	Valor de p	RR _{Aj} **	IC 95%	Valor de p
Número de dias comparecidos à ordenha						
Intervenção						
Controle	1	-	-	1	-	-
Orientações	2,10	[1,15-3,84]	0,0159	2,16	[1,19-3,90]	0,0110
Vídeo	1,25	[0,63-2,49]	0,5286	1,22	[0,63-2,38]	0,5547
Baixo Peso						
Não	-	-	-	1	-	-
Sim	-	-	-	2,09	[1,30-3,36]	0,0023

* Modelo bruto: deviance residual: 110,37 em 156 graus de liberdade (p = 0,9978); AIC: 214,37

** Modelo ajustado: deviance residual: 103,9 em 155 graus de liberdade (p = 0,9994); AIC: 209,93

Tabela 6 – Riscos relativos, intervalos de confiança a 95 % e valores de p para a avaliação de interação entre o baixo peso e os tipos de abordagem (Controle, Orientações e Vídeo) e o número mediano de dias que a puérpera compareceu a sala de ordenha, obtidos pela Regressão de Poisson para ponto de corte 4 do número dias que a puérpera compareceu à sala de ordenha.

Variáveis	RR _i *	IC 95%	Valor de p
Número de dias comparecidos à ordenha			
Intervenção			
Orientações*Com Baixo Peso	0,78	[0,22-2,73]	0,6974
Vídeo*Com Baixo Peso	1,86	[0,38-9,21]	0,4444

* Modelo com termo de interação: deviance residual: 102,55 em 153 graus de liberdade (p = 0,9994); AIC: 212,55

A Tabela 7 demonstra os dados clinimétricos dos modelos tanto bruto como ajustado para o baixo peso e uma vez sendo adotado o modelo bruto considera-se que o Número Necessário para Tratar (NNT) é de 4,3 puérperas, mostrando a eficácia da intervenção orientações em relação ao vídeo.

Tabela 7 – Riscos relativos, intervalos de confiança a 95 %, valores de p e NNTs para a associação bruta e ajustada pelo baixo peso entre tipos de abordagem (Controle, Orientações e Vídeo) e o número mediano de dias que a puérpera compareceu à sala de ordenha, obtidos pela Regressão de Poisson para ponto de corte 4 do número dias que a puérpera compareceu à sala de ordenha.

Variáveis	RR _B *	IC 95%	Valor de p	NNT***	RR _{Aj} **	IC 95%	Valor de p	NNT***
Número de dias comparecidos à ordenha								
Intervenção								
Controle	1	-	-	-	1	-	-	-
Orientações	2,10	[1,15-3,84]	0,0159	4,3	2,16	[1,19-3,90]	0,0110	4,4
Vídeo	1,25	[0,63-2,49]	0,5286	19	1,22	[0,63-2,38]	0,5547	113
Baixo Peso								
Não	-	-	-	-	1	-	-	-
Sim	-	-	-	-	2,09	[1,30-3,36]	0,0023	4,4

* Modelo bruto: deviance residual: 110,37 em 156 graus de liberdade (p = 0,9978); AIC: 214,37

** Modelo ajustado: deviance residual: 103,9 em 155 graus de liberdade (p = 0,9994); AIC: 209,93

*** Número Necessário para Tratar obtido através de modelo de regressão binomial aditiva

Analisando a probabilidade de a puérpera comparecer à sala de ordenha de acordo com cada intervenção, verificou-se uma probabilidade de 17,5% para o grupo controle, 20,9% para o grupo que assistiu ao vídeo e 30,8% para o grupo que recebeu orientações individualizadas.

Tabela 8 – Riscos relativos, intervalos de confiança a 95 %, valores de p e NNTs para a associação bruta através da análise de protocolo e análise por Intenção de Tratar entre tipos de abordagem (Controle, Orientações e Vídeo) e o número mediano de dias que a puérpera compareceu à sala de ordenha, obtidos pela Regressão de Poisson para ponto de corte 4 do número dias que a puérpera compareceu à sala de ordenha.

Variáveis	Análise por protocolo				Análise por Intenção de Tratar			
	RR _B *	IC 95%	Valor de p	NNT***	RR _{ITT} **	IC 95%	Valor de p	NNT***
Número de dias comparecidos à ordenha								
Intervenção								
Controle	1	-	-	-	1	-	-	-
Orientações	2,10	[1,15-3,84]	0,0159	4,3	1,60	[0,94-2,71]	0,0811	6,3
Vídeo	1,25	[0,63-2,49]	0,5286	19	0,93	[0,49-1,74]	0,8292	56,0

* Modelo bruto: deviance residual: 110,37 em 156 graus de liberdade (p = 0,9978); AIC: 214,37

* Modelo por intenção de tratar: deviance residual: 119,01 em 165 graus de liberdade (p = 0,9973); AIC: 231,01

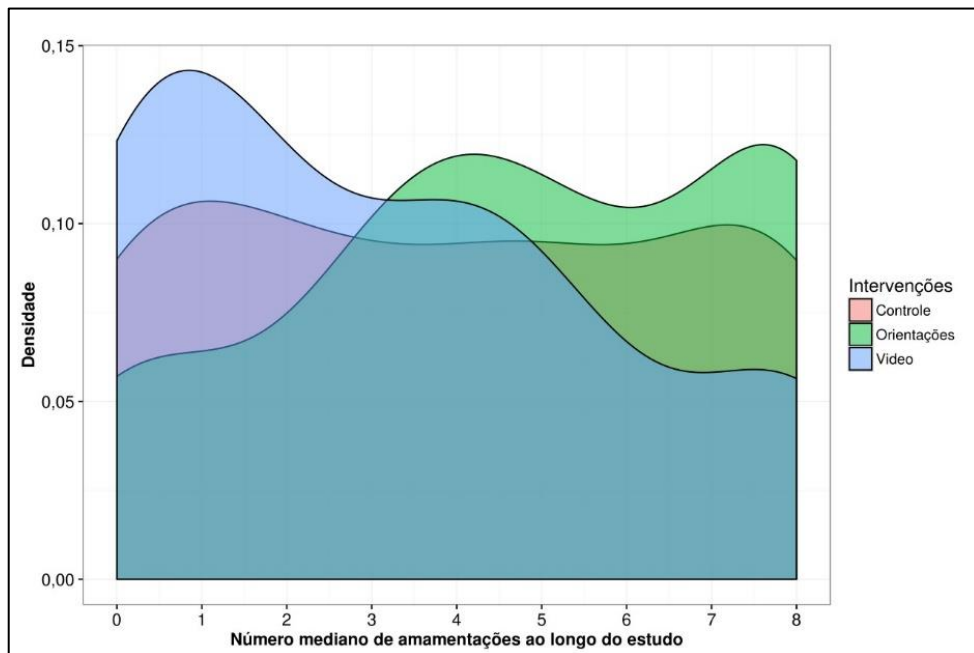
*** Número Necessário para Tratar obtido através de modelo de regressão binomial aditiva

A Tabela 8 demonstra os valores clinimétrico da variável em questão, comparando os resultados pela análise de protocolo e pela análise por intenção de tratar. A probabilidade de a puérpera comparecer a sala de ordenha, através da análise por intenção de tratar demonstra para os grupos controle, vídeo e orientações, respectivamente, os valores de 21,1%, 20,0% e 30%.

6.2 QUANTIDADE DE VEZES QUE A PUÉRPERA COLOCOU O RECÉM-NASCIDO EM SEIO MATERNO

A Figura 4 representa a densidade da distribuição do número mediano de vezes que a puérpera amamentou o recém-nascido, segunda variável que permitiu a análise da atitude de amamentar da puérpera desde os primeiros dias de internação do recém-nascido na unidade de cuidado intermediário neonatal convencional até o a alta hospitalar. O grupo orientações, assim como observado na variável número de dias comparecidos à sala de ordenha, apresenta um padrão de distribuição maior nos pontos de corte considerados maior número de vezes colocado em seio materno.

Figura 4 – distribuição da densidade do número mediano de vezes que a puérpera amamentou o recém-nascido de acordo com as intervenções



Fonte: a autora.

Realizando a análise dos modelos tentativos de regressão simples (tabela 9) foi observado o ponto de corte em três, do número mediado de vezes que a puérpera colocou em seio materno, como o modelo de melhor predição, sendo realizada a modelagem para ajustes dos riscos relativos em relação às variáveis desbalanceadas e clinicamente relevantes com este ponto de corte.

Tabela 9 – Riscos relativos, Intervalos de confiança a 95 % e valores de p para as associações bruta entre tipos de abordagens (Controle, Orientações e Vídeo) e o número mediano de vezes que a puérpera amamentou no dia, obtidos pela Regressão de Poisson para diferentes pontos de corte do número de vezes que a puérpera amamentou.

Variáveis	RR	IC 95%	Valor de p
Número de vezes amamentado por dia – ponto de corte em 1*			
Intervenção	-	-	-
Controle	1	-	-
Orientações	1,08	[0,91-1,27]	0,3829
Vídeo	0,96	[0,79-1,17]	0,6677
Número de vezes amamentado por dia – ponto de corte em 2**			
Intervenção	-	-	-
Controle	1	-	-
Orientações	1,14	[0,93-1,40]	0,2061
Vídeo	0,83	[0,63-1,09]	0,1712
Número de vezes amamentado por dia – ponto de corte em 3***			
Intervenção	-	-	-
Controle	1	-	-
Orientações	1,29	[1,00-1,67]	0,0465
Vídeo	0,80	[0,56-1,13]	0,2023
Número de vezes amamentado por dia – ponto de corte em 4****			
Intervenção	-	-	-
Controle	1	-	-
Orientações	1,25	[0,90-1,73]	0,1839
Vídeo	0,83	[0,56-1,25]	0,3837

* Deviance residual: 54,042 em 156 graus de liberdade ($p = 1$); AIC: 318,04

** Deviance residual: 72,538 em 156 graus de liberdade ($p = 1$); AIC: 308,54

*** Deviance residual: 87,696 em 156 graus de liberdade ($p = 1$); AIC: 295,7

**** Deviance residual: 104,15 em 156 graus de liberdade ($p = 0,9995$); AIC: 280,15

A Tabela 10 demonstra os valores dos riscos relativos ajustados com seus respectivos valores de p, para as variáveis analisadas, verificando-se que apenas a variável pequeno para idade gestacional se apresentou como possível confundidor.

Tabela 10 – Riscos relativos, intervalos de confiança a 95 % e valores de p para as associações ajustadas entre tipos de abordagem (Controle, Orientações e Vídeo) e o número mediano de vezes que a puérpera amamentou por dia, obtidos pela Regressão de Poisson para ponto de corte 3 do número de vezes que a puérpera amamentou no dia.

Variáveis	RR _{Aj} **	IC 95%	Valor de p
(continua)			
Número de vezes amamentado por dia – ponto de corte em 3			
Intervenção			
Controle	1	-	-
Orientações	1,32	[1,01-1,71]	0,039
Vídeo	0,82	[0,58-1,14]	0,236
Tipo de relacionamento			
Relacionamento sem união estável	1	-	-
Relacionamento com união estável	0,87	[0,69-1,11]	0,267
Escolaridade			
Nenhuma	1	-	-
Segundo grau	0,97	[0,74-1,29]	0,845
Terceiro grau	0,73	[0,41-1,32]	0,297
Ocupação			
Não	1	-	-
Sim	1,02	[0,79-1,33]	0,846
Orientações sobre amamentação no pré-natal			
Não	1	-	-
Sim	1,11	[0,89-1,39]	0,361
Amamentação prévia			
Não	1	-	-
Sim	1,16	[0,91-1,48]	0,239
Prematuridade			
Não	0,95	[0,69-1,29]	0,736
Sim	1	-	-
Baixo Peso			
Não	1	-	-
Sim	0,86	[0,62-1,18]	0,558
Pequeno para idade gestacional			
Não	0,78	[0,58-1,05]	0,1032
Sim	1	-	-
Distúrbio Respiratório			
Não	1,09	[0,82-1,44]	0,558
Sim	1	-	-

Tabela 10 – Riscos relativos, intervalos de confiança a 95 % e valores de p para as associações ajustadas entre tipos de abordagem (Controle, Orientações e Vídeo) e o número mediano de vezes que a puérpera amamentou por dia, obtidos pela Regressão de Poisson para ponto de corte 3 do número de vezes que a puérpera amamentou no dia.

Variáveis	RR _{Aj} **	IC 95%	(conclusão)
			Valor de p
Distúrbio Metabólico			
Não	0,99	[0,77-1,27]	0,940
Sim	1	-	-
Risco infeccioso			
Não	0,97	[0,74-1,27]	0,826
Sim	1	-	-
Sofrimento Fetal agudo			
Não	1,89	[0,94-3,81]	0,0724
Sim	1	-	-
Necessidade de Suporte Ventilatório não invasivo			
Não	1,26	[0,98-1,61]	0,696
Sim	1	-	-

** Modelo ajustado: deviance residual: 81,271 em 156 graus de liberdade (p = 0,9999); AIC: 315,27

Analisando a diferença entre os riscos relativos brutos e ajustados na presença da variável não possuir diagnóstico de pequeno para idade gestacional (Tabela 11), nota-se uma diferença menor que 10%, descartando-se desta forma a possibilidade de confundimento desta variável. Em relação à análise de interação (Tabela 12), a variável não possuir diagnóstico de recém-nascido pequeno para idade gestacional não se mostrou como potencial modificador do efeito, sendo mantidos os resultados do modelo bruto.

Tabela 11 – Riscos relativos, intervalos de confiança a 95 % e valores de p para a associação bruta e ajustada pela variável não possuir o diagnóstico de pequeno para idade gestacional entre tipos de abordagem (Controle, Orientações e Vídeo) e o número mediano de vezes que a puérpera amamentou no dia, obtidos pela Regressão de Poisson para ponto de corte 3 do número mediano de vezes que a puérpera amamentou no dia.

Variáveis	RR _B *	IC 95%	Valor de p	RR _{Aj} **	IC 95%	Valor de p
Número mediano de vezes amamentado por dia – ponto de corte em 3						
Intervenção						
Controle	1	-	-	1	-	-
Orientações	1,29	[1,00-1,67]	0,0465	1,30	[1,00-1,67]	0,0432
Vídeo	0,80	[0,56-1,13]	0,2023	0,81	[0,57-1,14]	0,2340
Não possui diagnóstico de Pequeno para idade gestacional						
Não	-	-	-	1	-	-
Sim	-	-	-	0,76	[0,61-0,96]	0,0194

* Modelo bruto: deviance residual: 87,696 em 156 graus de liberdade (p = 1); AIC: 295,7

** Modelo ajustado: deviance residual: 86,444 em 156 graus de liberdade (p = 1); AIC: 296,44

Tabela 12 – Riscos relativos, intervalos de confiança a 95 % e valores de p para a avaliação de interação entre variável não possuir o diagnóstico de pequeno para idade gestacional e os tipos de abordagem (Controle, Orientações e Vídeo) e o número mediano de vezes que a puérpera amamentou no dia, obtidos pela Regressão de Poisson para ponto de corte 3 do número de vezes que a puérpera amamentou no dia.

Variáveis	RR _I *	IC 95%	Valor de p
Número mediano de vezes amamentado por dia – ponto de corte em 3			
Intervenção			
Orientações* Sem diagnóstico de pequeno para idade gestacional	1,05	[0,63-1,74]	0,8543
Vídeo* Sem diagnóstico de pequeno para idade gestacional	0,74	[0,37-1,45]	0,3783

* Modelo com termo de interação: deviance residual: 86,065 em 153 graus de liberdade (p = 1); AIC: 300,07

A Tabela 13 demonstra os dados clinimétricos dos modelos tanto bruto como ajustado para a ausência de diagnóstico de pequeno para idade gestacional, considerando o modelo bruto destaca-se que o número necessário para tratar é de 5,5 puérperas para o Grupo Orientações e 8,0 para o Vídeo.

Tabela 13 – Riscos relativos, intervalos de confiança a 95 %, valores de p e NNTs para a associação bruta e ajustada pela variável não possuir o diagnóstico de pequeno para idade gestacional entre tipos de abordagem (Controle, Orientações e Vídeo) e o número mediano de vezes que a puérpera amamentou no dia, obtidos pela Regressão de Poisson para ponto de corte 3 do número de vezes que a puérpera amamentou no dia.

Variáveis	RR _B *	IC 95%	Valor de p	NNT***	RR _{Aj} **	IC 95%	Valor de p	NNT***
Número mediano de vezes amamentado por dia – ponto de corte em 3								
Intervenção								
Controle	1	-	-	-	1	-	-	-
Orientações	1,29	[1,00-1,67]	0,0465	5,5	1,30	[1,00-1,67]	0,0432	5,5
Vídeo	0,80	[0,56-1,13]	0,2023	8,0	0,81	[0,57-1,14]	0,2340	8,3
Baixo Peso								
Não	-	-	-	-	1	-	-	-
Sim	-	-	-	-	0,76	[0,61-0,96]	0,0194	5,1

* Modelo bruto: deviance residual: 87,696 em 156 graus de liberdade (p = 1); AIC: 295,7

** Modelo ajustado: deviance residual: 86,444 em 156 graus de liberdade (p = 1); AIC: 296,44

*** Número Necessário para Tratar obtido através de modelo de regressão binomial aditiva

A probabilidade encontrada, em relação aos três grupos, da puérpera amamentar o recém-nascido é de 32,9% para o Grupo Controle, 38,1% para o grupo que assistiu ao vídeo e 44,3% para o grupo que recebeu orientações individualizadas.

Tabela 14 – Riscos relativos, intervalos de confiança a 95 %, valores de p e NNTs para a associação bruta através da análise de protocolo e análise por Intenção de Tratar entre tipos de abordagem (Controle, Orientações e Vídeo) e o número mediano de vezes que a puérpera amamentou no dia, obtidos pela Regressão de Poisson para ponto de corte 3 do número de vezes que a puérpera amamentou no dia.

Variáveis	Análise por protocolo				Análise por Intenção de Tratar			
	RR _B *	IC 95%	Valor de p	NNT***	RR _{ITT} **	IC 95%	Valor de p	NNT***
Número mediano de vezes amamentado por dia – ponto de corte em 3								
Intervenção								
Controle	1	-	-	-	1	-	-	-
Orientações	1,29	[1,00-1,67]	0,0465	5,5	1,19	[0,93-1,52]	0,1511	8,0
Vídeo	0,80	[0,56-1,13]	0,2023	8,0	0,72	[0,51-1,02]	0,0625	5,6

* Modelo bruto: deviance residual: 87,696 em 156 graus de liberdade (p = 1); AIC: 295,7

** Modelo por intenção de tratar: deviance residual: 94,426 em 165 graus de liberdade (p = 1); AIC: 310,43

*** Número Necessário para Tratar obtido através de modelo de regressão binomial aditiva

A Tabela 14 demonstra os valores clinimétrico da variável em questão, comparando os resultados pela análise de protocolo e pela análise por intenção de tratar. A probabilidade de a puérpera comparecer a sala de ordenha, através da

análise por intenção de tratar demonstra para os grupos controle, vídeo e orientações, respectivamente, os valores de 39,1%, 31,7% e 43,4%.

Analisando-se a associação entre a atitude da puérpera ir a sala de ordenha, considerando que esta atitude está mais relacionada aos primeiros dias de internamento do recém-nascido na unidade de cuidado intermediário neonatal convencional, e o ato dela amamentar seu recém-nascido, observou-se uma associação fraca ($V_{Cramer} = 0,25823$).

7 DISCUSSÃO

No presente estudo as orientações sistematizadas individuais a puérperas com recém-nascidos que necessitaram de internamento em unidade de cuidado intermediário neonatal convencional, produziram efeito na atitude delas em comparecer à sala de ordenha e colocar o recém-nascido em seio materno. Considerando as duas variáveis analisadas, embora ambas tenham demonstrado diferença entre o grupo que foi submetido a orientações individuais e os demais grupos, a atitude da puérpera em comparecer à sala de ordenha demonstrou um resultado mais expressivo, com maior diferença entre os grupos, do que a atitude dela em colocar o recém-nascido em seio materno.

Todas as mães do presente estudo relataram de forma positiva sua intenção de amamentar, porém, reconhecer a importância do aleitamento materno e demonstrar ações positivas quanto a ele, são fundamentais para a consolidação dessa intenção através de atitudes consistentes para a amamentação. (VIEIRA et al., no prelo). Além disso, quando questionadas sobre tempo de amamentação exclusiva em experiências anteriores de aleitamento materno, a mediana nos três grupos foi de seis meses, fugindo dos valores de referência nacional, 54,11 dias. (BRASIL, 2009).

É possível observar que os valores máximos encontrados dessa variável chegaram até 24 meses, ponderando que esta foi uma variável referida pelas participantes da pesquisa, e desta forma, podem ter trazido confundimento devido a presença do viés de memória, ainda assim estes podem representar a amostra estudada, mesmo que diferentes da recomendação atual de aleitamento materno exclusivo. Os participantes da pesquisa tratam-se de uma amostra de renda baixa e que se beneficiaria com a redução dos custos mantendo o aleitamento materno exclusivo por um período maior, mesmo que além da recomendação atual.

O apoio da equipe de saúde já é descrito na literatura como sendo um dos fatores que aumentam o sucesso do estabelecimento e manutenção da amamentação, porém nenhum estudo até o momento havia avaliado o impacto de uma intervenção individualizada, demonstrando maior atenção à puérpera, em comparação com um grupo que recebeu as mesmas informações através de um vídeo. No presente estudo, embora este último grupo também tenha apresentado resposta à intervenção ($RR_B = 1,25$; IC 95% = [0,63-2,49]), esta não apresentou nível de significância em relação ao Grupo Controle ($p = 0,5286$), diferentemente do Grupo Orientações que apresentou

um risco de comparecer à sala de ordenha 2,1 vezes maior que o grupo controle com um valor de $p = 0,0159$. Segundo Odom e colaboradores (2014) atitudes tanto negativas como neutras da rede social, e essa inclui o profissional de saúde, em relação à amamentação pode ser uma barreira para o início da amamentação.

A diferença entre os dois grupos, Vídeo e Orientações, pode ser explicado pela importância do contato direto e pessoal do profissional de saúde e/ou conselheiro e a puérpera, uma vez que esta encontra-se em um momento de dúvidas e incertezas. O apoio, o esclarecimento de dúvidas frequentes e o sentimento de estar sendo assistida pessoalmente e de forma individualizada tornam-se um agente proporcionador de maior incentivo e confiança. (DEMÉTRIO; PINTO; ASSIS, 2012; MEEDYA; FAHY; KABLE, 2010; MEIER; ENGSTROM; ROSSMAN, 2013; OZA-FRANK; BHATIA; SMITH, 2014).

Sisk e colaboradores (2006) levantando-se a hipótese de maior nível de ansiedade em puérperas submetidas a um programa de orientações para incentivo ao aleitamento materno realizou um estudo de intervenção com 196 puérperas, demonstrando que o aconselhamento não aumenta o nível de ansiedade da puérpera, independente do plano inicial dela em relação à amamentação, obtendo um efeito positivo nos índices de ordenha de leite materno e amamentação durante o internamento hospitalar de crianças com baixo peso internadas em uma unidade de cuidados intermediários.

Estratégias relacionadas ao aleitamento materno em unidades de cuidados específicos, no que diz respeito às informações dos benefícios desta prática, assim como acesso a mãe a pessoal qualificado, influencia a disposição para a amamentação. Equipe de saúde mais qualificada está associada com uma maior percentagem de crianças recebendo apoio à amamentação em unidades de tratamento intensivos neonatais. (HALLOWELL et al., 2014).

Os resultados encontrados por Santoro Júnior e Martinez (2007), são semelhantes aos resultado da presente pesquisa, uma vez que tais autores encontraram uma taxa de desmame ou de não acesso à amamentação entre recém-nascidos que participaram do grupo que receberam as orientações de rotina do serviço de 61,1%, enquanto que o grupo intervenção obteve uma taxa de 19,5%, sendo a primeira significativamente superior. No protocolo de pesquisa, semelhante a pesquisa atual, tais autores randomizaram os recém-nascidos em dois grupos sendo o grupo controle submetido as orientações de rotina do local do estudo e no grupo intervenção, o

pesquisador de forma individual, reforçou as orientações quanto às técnicas de ordenha, esgotamento mamário, aumento da oferta hídrica materna, além de incentivo a aproximação e maior vínculo entre o binômio mãe-filho. Diferentemente do protocolo da pesquisa atual, as orientações individualizadas fornecidas pelo protocolo de pesquisa de Santoro Júnior e Martinez (2007) não eram sistematizadas e os mesmos não utilizaram o recurso audiovisual de vídeo para avaliar a resposta quanto ao aleitamento materno.

Em um ensaio clínico realizado por Merewood e colaboradores (2006), onde foi utilizado conselheiros em uma abordagem também individualizada, com o objetivo de se verificar o efeito em relação ao tempo de aleitamento materno, o grupo que sofreu a intervenção apresentou um aumento na duração do aleitamento materno. Na referida pesquisa, os conselheiros de amamentação eram pessoas da comunidade com experiência em amamentação e devidamente treinadas, com população alvo apenas de prematuros que necessitaram de internamento em unidade de tratamento intensivo neonatal. Segundo os autores, embora um programa de aconselhamento individualizado seja considerado um desafio, ele é completamente gerenciável em um ambiente hospitalar.

Nesse sentido, conforme foi identificado na presente pesquisa, realizar orientações individualizadas é mais eficaz em produzir modificação na atitude da puérpera, em relação ao comparecimento à sala de ordenha, uma vez que, a NNT foi de 4,3 em comparação com o grupo vídeo que apresentou NNT de 19, ou seja, enquanto o grupo que recebeu orientações individualizadas se faz necessário uma abordagem a 4,3 puérperas para conseguir que uma compareça a sala de ordenha, no grupo que assistiu vídeo essa abordagem deve ocorrer em 19 mulheres. Quando analisado a atitude da mesma em colocar em seio materno, observa-se uma diferença menos expressiva entre os grupos, mas assim com uma maior eficiência, apresentando uma NNT de 5,5 puérperas no grupo orientações individuais e 8,0 no grupo orientações com vídeo.

Considerando o presente trabalho um estudo de intervenção com planejamento amostral e randomização, objetivando evitar viés de seleção, a análise por intenção de tratar também foi apresentada, uma vez que houve perdas ao longo do seguimento do estudo. Ainda assim, atribuindo as perdas ao pior cenário existente, ou seja, atribuindo-se às perdas no grupo controle, comparecimento à sala de ordenha e às perdas no grupo Orientações e no grupo Vídeo, não comparecimento à sala de

ordenha, foi possível observar um risco maior da puérpera tanto comparecer a sala de ordenha, como posicionar seu recém-nascido em seio materno, no grupo que recebeu as orientações individualizadas, embora com valor de p não significativo. Esse resultado demonstra a força em se dedicar um tempo de orientação individual, com o objetivo de empoderar e motivá-la quanto a amamentação, modificando a atitude inicial da mesma em comparecer a sala de ordenha e realizar o posicionamento em seio materno.

Vale ressaltar que a resposta observada à intervenção proposta não garante que esta puérpera irá amamentar seu recém-nascido. Comparecer à sala de ordenha e posicionar seu recém-nascido em seio materno é o primeiro passo para o sucesso desse processo, mas não garantirá que a puérpera amamente, uma vez que essa ação está integrada a vários fatores inerentes ao contexto dessa família.

No presente estudo a associação entre a puérpera ir a sala de ordenha e ela posicionar seu recém-nascido em seio materno já se mostrou fraca ($V_{Cramer} = 0,25823$), ou seja, ir a sala de ordenha enquanto o recém-nascido estiver internado na unidade de cuidados intermediários neonatal convencional, não está associado com o ato da puérpera, em seguimento, colocar esse recém-nascido em seio materno, nesse sentido, garantir que a mesma continue esse processo, através da amamentação, dependerá de ações que deem subsídios para essa prática.

A assistência de saúde, além de garantir um suporte inicial a essa puérpera, através de orientações individuais e de forma pessoal, demonstrando a preocupação com as suas demandas e assim as motivando; dê seguimento a estratégias que irão favorecer efetivamente o ato de amamentar, dentre elas estratégias de reforço das informações quanto à importância e benefícios do leite materno nos primeiros anos de vida do recém-nascido, durante as consultas de revisão e acompanhamento, promovidas pela equipe multidisciplinar; outra estratégia que pode ser utilizada são unidades de suporte após alta hospitalar para gerenciamento da amamentação, principalmente nos primeiros dois meses de vida do recém-nascido, quando ainda ocorrem dificuldades que podem promover a interrupção da amamentação, dentre elas os ingurgitamentos mamários, mastites, ganho ponderal do recém-nascido, dentre outros.

É fundamental que, uma vez observando que orientar individualmente a puérpera muda a atitude dela inicial em ir à sala de ordenha e colocar seu recém-nascido em seio materno, outros estudos avaliem estratégias que viabilizem e deem suporte a

essa puérpera para amamentar, atingindo assim as metas atuais de aleitamento materno exclusiva até os seis meses de vida do recém-nascido e complementado até os dois anos.

Dentre as limitações do atual trabalho é possível destacar o fato de que o local do estudo, embora não tenha certificação de Hospital Amigo da Criança, segue estes conceitos, favorecendo assim a prática relacionada ao aleitamento materno, embora todos os grupos, Controle, Orientações e Vídeo, tenham sido expostos ao mesmo ambiente. Além disso, não foi possível no desenho deste estudo a realização de cegamento em quaisquer das esferas.

8 CONCLUSÃO

Conclui-se que realizar orientações individualizadas e sistematizadas a puerperas com recém-nascidos que necessitaram de internamento em unidade de cuidado intermediário neonatal convencional modifica a atitude dessa puérpera em amamentar no que diz respeito a mediana de dias que a mesma comparece a sala de ordenha e a mediana de vezes que a mesma realiza amamentação.

No presente estudo as variáveis identificadas no modelo preditivo como potenciais modificadores de efeito e/ou confundidores do resultado esperado, não se apresentaram como tais.

REFERÊNCIAS

- BOCCOLINI, C. S. et al. Factors associated with exclusive breastfeeding in the first six months of life in Brazil: a systematic review. **Revista de Saúde Pública**, v. 49, 2015.
- BRASIL. **Estatuto da Criança e do Adolescente: lei n. 8.609, de 13 de julho de 1990** Câmara dos Deputados, Edições Câmara, , 2010. Disponível em: <http://www.crianca.mppr.mp.br/arquivos/File/publi/camara/estatuto_crianca_adolescente_9ed.pdf>. Acesso em: 20 jan. 2015
- BRASIL, M. DA S. **II Pesquisa de Prevalência de Aleitamento Materno nas Capitais Brasileiras e Distrito Federal** Editora do Ministério da Saúde, , 2009. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pesquisa_prevalencia_aleitamento_materno.pdf>. Acesso em: 4 dez. 2016
- BRASIL, M. DA S. 930. Portaria Nº 930, de 10 de maio de 2012. . 10 maio 2012.
- BRASIL, M. DA S. **Saúde da criança: aleitamento materno e alimentação complementar** Editora do Ministério da Saúde, , 2015. Disponível em: <http://www.sbp.com.br/pdfs/Aleitamento_Complementar_MS.pdf>. Acesso em: 29 nov. 2015
- BRIERE, C.-E. et al. Establishing breastfeeding with the late preterm infant in the NICU. **Journal of obstetric, gynecologic, and neonatal nursing: JOGNN / NAACOG**, v. 44, n. 1, p. 102-113–2, fev. 2015.
- DEMÉTRIO, F.; PINTO, E. DE J.; ASSIS, A. M. O. Factors associated with early breastfeeding cessation: a birth cohort study in two municipalities in the Recôncavo region, Bahia State, Brazil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 28, n. 4, p. 641–650, abr. 2012.
- DONATH, S. M.; AMIR, L. H.; ALSPAC STUDY TEAM. Relationship between prenatal infant feeding intention and initiation and duration of breastfeeding: a cohort study. **Acta Paediatrica (Oslo, Norway: 1992)**, v. 92, n. 3, p. 352–356, 2003.
- EIDELMAN, A. I. Breastfeeding and the use of human milk: an analysis of the American Academy of Pediatrics 2012 Breastfeeding Policy Statement. **Breastfeeding Medicine: The Official Journal of the Academy of Breastfeeding Medicine**, v. 7, n. 5, p. 323–324, out. 2012.
- HALLOWELL, S. G. et al. Characteristics of the NICU work environment associated with breastfeeding support. **Advances in Neonatal Care: Official Journal of the National Association of Neonatal Nurses**, v. 14, n. 4, p. 290–300, ago. 2014.
- HÉON, M. et al. Acceptability and feasibility of a breast milk expression education and support intervention in mothers of preterm infants. **Advances in Neonatal Care:**

Official Journal of the National Association of Neonatal Nurses, v. 14, n. 4, p. E9–E19, ago. 2014.

HOLMES, A. V. Establishing successful breastfeeding in the newborn period. **Pediatric Clinics of North America**, v. 60, n. 1, p. 147–168, fev. 2013.

HORTA, B.; VICTORA, C. **Long-term effects of breastfeeding: A Sytematic Review** World Health Organization, , 2013. Disponível em: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/79198/1/9789241505307_eng.pdf>. Acesso em: 15 set. 2015

INSAF, T. Z. et al. Prenatal stress, anxiety, and depressive symptoms as predictors of intention to breastfeed among Hispanic women. **Journal of Women's Health (2002)**, v. 20, n. 8, p. 1183–1192, ago. 2011.

KERVIN, B. E.; KEMP, L.; PULVER, L. J. Types and timing of breastfeeding support and its impact on mothers' behaviours. **Journal of Paediatrics and Child Health**, v. 46, n. 3, p. 85–91, mar. 2010.

KRAMER, M. S.; KAKUMA, R. Optimal duration of exclusive breastfeeding. **The Cochrane Database of Systematic Reviews**, n. 1, p. CD003517, 2002.

MEEDYA, S.; FAHY, K.; KABLE, A. Factors that positively influence breastfeeding duration to 6 months: a literature review. **Women and Birth: Journal of the Australian College of Midwives**, v. 23, n. 4, p. 135–145, dez. 2010.

MEIER, P. P. et al. Supporting breastfeeding in the neonatal intensive care unit: Rush Mother's Milk Club as a case study of evidence-based care. **Pediatric Clinics of North America**, v. 60, n. 1, p. 209–226, fev. 2013.

MEIER, P. P.; ENGSTROM, J. L.; ROSSMAN, B. Breastfeeding peer counselors as direct lactation care providers in the neonatal intensive care unit. **Journal of Human Lactation: Official Journal of International Lactation Consultant Association**, v. 29, n. 3, p. 313–322, ago. 2013.

MEREWOOD, A. et al. The effect of peer counselors on breastfeeding rates in the neonatal intensive care unit: results of a randomized controlled trial. **Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine**, v. 160, n. 7, p. 681–685, jul. 2006.

MOHER, D. et al. CONSORT 2010 Explanation and Elaboration: updated guidelines for reporting parallel group randomised trials. **BMJ**, v. 23, p. 1-28, mar. 2010.

NATIONAL ASSOCIATION OF NEONATAL NURSES. The use of human milk and breastfeeding in the neonatal intensive care unit: NANN position statement #3052. **Advances in Neonatal Care: Official Journal of the National Association of Neonatal Nurses**, v. 12, n. 1, p. 56–60, fev. 2012.

NEIFERT, M.; BUNIK, M. Overcoming clinical barriers to exclusive breastfeeding. **Pediatric Clinics of North America**, v. 60, n. 1, p. 115–145, fev. 2013.

- ODOM, E. C. et al. Association of family and health care provider opinion on infant feeding with mother's breastfeeding decision. **Journal of the Academy of Nutrition and Dietetics**, v. 114, n. 8, p. 1203–1207, ago. 2014.
- OZA-FRANK, R.; BHATIA, A.; SMITH, C. Impact of peer counselors on breastfeeding outcomes in a nondelivery NICU setting. **Advances in Neonatal Care: Official Journal of the National Association of Neonatal Nurses**, v. 14, n. 4, p. E1-8, ago. 2014.
- ROSSMAN, B.; ENGSTROM, J. L.; MEIER, P. P. Healthcare providers' perceptions of breastfeeding peer counselors in the neonatal intensive care unit. **Research in Nursing & Health**, v. 35, n. 5, p. 460–474, out. 2012.
- SANTORO JÚNIOR, W.; MARTINEZ, F. E. Effect of intervention on the rates of breastfeeding of very low birth weight newborns. **Jornal de Pediatria**, v. 83, n. 6, p. 541–546, dez. 2007.
- SISK, P. M. et al. Lactation Counseling for Mothers of Very Low Birth Weight Infants: Effect on Maternal Anxiety and Infant Intake of Human Milk. **Pediatrics**, v. 117, n. 1, p. e67–e75, 1 jan. 2006.
- VENANCIO, S. I. et al. Breastfeeding practice in the Brazilian capital cities and the Federal District: current status and advances. **Jornal de Pediatria**, v. 86, n. 4, p. 317–324, ago. 2010.
- VIEIRA, T. et al. Intenção materna de amamentar: revisão sistemática. **Revista Ciência e Saúde Coletiva**, v. No prelo, [s.d.].
- VIEIRA, T. O. et al. Duration of exclusive breastfeeding in a Brazilian population: new determinants in a cohort study. **BMC pregnancy and childbirth**, v. 14, p. 175, 2014.

APÊNDICE A

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE), TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE NO CASO DE MENOR, TERMO DE ASSENTIMENTO LIVRE

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

A Sra. está sendo convidada como voluntária a participar da pesquisa IMPACTO DE ORIENTAÇÕES SISTEMATIZADAS NA ATITUDE DE AMAMENTAR DE PUERPERAS COM RECÉM-NASCIDOS INTERNADOS EM UMA UNIDADE DE CUIDADOS INTERMEDIÁRIOS: ESTUDO DE INTERVENÇÃO. Nesta pesquisa pretendemos avaliar o impacto de orientações sistematizadas sobre amamentação, em mães com seu recém-nascido internado em uma unidade de cuidados intermediários. O motivo que nos leva a estudar é que entendendo o grande papel da amamentação, principalmente nos primeiros meses de vida da criança, precisamos entender como favorecer essa ação em recém-nascidos que precisem por motivos diversos ficar internados em uma unidade de cuidados médicos intermediários. Para esta pesquisa adotaremos os seguintes procedimentos: coleta de alguns dados nos prontuários tanto da mãe como do recém-nascido, realizar entrevista com a mãe, assim como oferecer informações sobre a amamentação tanto de forma explicativa e ilustrativa e por fim realizar nova entrevista na oportunidade da alta hospitalar, esta será gravada para posterior transcrição pela pesquisadora das respostas. Esta gravação acontecerá através de um gravador, instrumento específico para esse fim, que não permite o extravio da gravação. A pesquisa possibilitará como benefícios o fornecimento de informações sobre o aleitamento materno, assim como os fatores importantes para seu sucesso, trazendo desta forma benefícios também para o menor frente à possibilidade de incremento no tempo de amamentação, e conseqüentemente todos os fatores positivos inerentes a esse ato, aumentando também o vínculo mãe-bebê. A concretização desse projeto em questão contribuirá para solidificar também o atendimento clínico prestado na Maternidade de Referência Professor José Maria de Magalhães Netto, além de favorecer o discurso de boas práticas de assistência preconizado pelo Ministério da Saúde. Esta pesquisa não propõe em nenhum momento intervenções invasivas na referida mãe, desta forma oferecendo **“RISCO MÍNIMO”**. É possível ocorrer algum equívoco de interpretação das informações fornecidas, estando à pesquisadora principal à disposição para esclarecer quaisquer dúvidas que possam existir sobre o assunto, há qualquer momento da pesquisa. Para participar deste estudo a Sra. não terá nenhum custo, nem receberá qualquer vantagem financeira. Terá o esclarecimento sobre o estudo em qualquer aspecto que desejar e estará livre para participar ou recusar-se

a participar. Poderá retirar seu consentimento ou interromper a participação a qualquer momento. A sua participação é voluntária e a recusa em participar não acarretará qualquer penalidade ou modificação na forma em que é atendido na Maternidade de Referência Professor José Maria de Magalhães Netto. O pesquisador irá tratar a sua identidade com padrões profissionais de sigilo. Os resultados da pesquisa estarão à sua disposição quando finalizada. Seu nome ou o material que indique sua participação não será liberado sem a sua permissão. A Sra. não será identificada em nenhuma publicação que possa resultar. Este termo de consentimento encontra-se impresso em duas vias originais, sendo que uma será arquivada pelo pesquisador responsável e a outra será fornecida a senhora. Os dados e instrumentos utilizados na pesquisa ficarão arquivados com o pesquisador responsável por um período de 5 (cinco) anos, e após esse tempo serão destruídos. Os pesquisadores tratarão a sua identidade com padrões profissionais de sigilo, atendendo a legislação brasileira (Resolução Nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde), utilizando as informações somente para os fins acadêmicos e científicos.

Eu, _____, portador do documento de Identidade _____ fui informado (a) dos objetivos da pesquisa IMPACTO DE ORIENTAÇÕES SISTEMATIZADAS NA ATITUDE DE AMAMENTAR DE PUERPERAS COM RECÉM-NASCIDOS INTERNADOS EM UMA UNIDADE DE CUIDADOS INTERMEDIÁRIOS: ESTUDO DE INTERVENÇÃO, de maneira clara e detalhada e esclareci minhas dúvidas. Sei que a qualquer momento poderei solicitar novas informações e modificar minha decisão de participar se assim o desejar. Declaro que concordo em participar. Recebi uma cópia deste termo de consentimento livre e esclarecido e me foi dada à oportunidade de ler e esclarecer as minhas dúvidas.



Espaço para digital substitui assinatura.

Salvador, ___ de _____ de 20__.

1. Nome	Assinatura do responsável	Data
2. Tatiane Falcão dos S. Albergaria	Assinatura pesquisador	Data
3. Nome	Assinatura testemunha	Data

Em caso de minha desistência em permanecer na pesquisa, autorizo que os meus dados já coletados referentes a resultados de exames, questionários respondidos, etc, ainda sejam utilizados na pesquisa, com os mesmos propósitos já apresentados neste TCLE.

Nome	Assinatura participante	Data
------	-------------------------	------

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

(No caso do responsável pelo menor)

O menor _____, sob sua responsabilidade, está sendo convidado (a) como voluntário (a) a participar da pesquisa IMPACTO DE ORIENTAÇÕES SISTEMATIZADAS NA ATITUDE DE AMAMENTAR DE PUERPERAS COM RECÉM-NASCIDOS INTERNADOS EM UMA UNIDADE DE CUIDADOS INTERMEDIÁRIOS: ESTUDO DE INTERVENÇÃO. Nesta pesquisa, pretendemos avaliar o impacto de orientações sistematizadas sobre amamentação, em mães com seu recém-nascido internado em uma unidade de cuidados intermediários. O motivo que nos leva a pesquisar esse assunto é que entendendo o grande papel da amamentação, principalmente nos primeiros meses de vida da criança, precisamos entender como favorecer essa ação em recém-nascidos que precisem por motivos diversos ficar internados em uma unidade de cuidados médicos intermediários. Para esta pesquisa adotaremos os seguintes procedimentos: coleta de alguns dados nos prontuários tanto da puerpera como do recém-nascido, realizar entrevista com a puerpera, assim como oferecer informações sobre a amamentação tanto de forma explicativa e ilustrativa e por fim realizar nova entrevista na oportunidade da alta hospitalar, esta será gravada para posterior transcrição pela pesquisadora das respostas. Esta gravação acontecerá através de um gravador, instrumento específico para esse fim, que não permite o extravio da gravação. A pesquisa possibilitará como benefícios o fornecimento de informações sobre o aleitamento materno, assim como os fatores importantes para seu sucesso, trazendo desta forma benefícios também para o menor frente à possibilidade de incremento no tempo de amamentação, e conseqüentemente todos os fatores positivos inerentes a esse ato, aumentando também o vínculo mãe-bebê. A concretização desse projeto em questão contribuirá para solidificar também o atendimento clínico prestado na Maternidade de Referência Professor José Maria de Magalhães Netto, além de favorecer o discurso de boas práticas de assistência preconizado pelo Ministério da Saúde. Para participar desta pesquisa, o menor sob sua responsabilidade não terá nenhum custo, nem receberá qualquer vantagem financeira. Ele será esclarecido (a) em qualquer aspecto que desejar e estará livre para participar ou recusar-se a participar. Você, como responsável pelo menor, poderá retirar seu consentimento ou interromper a participação dele a qualquer momento. A participação dele é voluntária e a recusa em participar não acarretará qualquer penalidade ou modificação na forma em que é atendido na Maternidade de Referência Professor José Maria de Magalhães Netto. O pesquisador irá tratar a identidade do menor com padrões profissionais de sigilo. O menor não será identificado em nenhuma publicação. Esta pesquisa não propõe em nenhum momento intervenções invasivas tanto no recém-nascido como na referida mãe, desta forma oferecendo “**RISCO MÍNIMO**”. É possível

ocorrer algum equívoco de interpretação das informações fornecidas, estando a pesquisadora principal à disposição para esclarecer quaisquer dúvidas que possam existir sobre o assunto, há qualquer momento da pesquisa. Os resultados estarão à sua disposição quando finalizada. O nome ou o material que indique a participação do menor não será liberado sem a sua permissão. Os dados e instrumentos utilizados na pesquisa ficarão arquivados com o pesquisador responsável, por um período de 5(cinco) anos, e após esse tempo serão destruídos. Este termo de consentimento encontra-se impresso em duas vias originais, sendo que uma será arquivada pelo pesquisador responsável, na Maternidade de Referência Professor José Maria de Magalhães Netto e a outra será fornecida ao senhor.

Eu, _____, portador (a) do documento de Identidade _____, responsável pelo menor _____, fui informado (a) dos objetivos do presente estudo de maneira clara e detalhada e esclareci minhas dúvidas. Sei que a qualquer momento poderei solicitar novas informações e modificar a decisão do menor sob minha responsabilidade de participar, se assim o desejar. Recebi uma cópia deste termo de consentimento livre e esclarecido e me foi dada a oportunidade de ler e esclarecer as minhas dúvidas.



Espaço para digital substitui assinatura.

Salvador, ___ de _____ de 20__.

1. Nome	Assinatura do responsável	Data
2. Tatiane Falcão dos S. Albergaria	Assinatura pesquisador	Data
3. Nome	Assinatura testemunha	Data

Em caso de minha desistência em permanecer na pesquisa, autorizo que os meus dados já coletados referentes a resultados de exames, questionários respondidos, etc, ainda sejam utilizados na pesquisa, com os mesmos propósitos já apresentados neste TCLE.

Nome	Assinatura participante
Data	

TERMO DE ASSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidada como voluntária a participar da pesquisa IMPACTO DE ORIENTAÇÕES SISTEMATIZADAS NA ATITUDE DE AMAMENTAR DE PUERPERAS COM RECÉM-NASCIDOS INTERNADOS EM UMA UNIDADE DE CUIDADOS INTERMEDIÁRIOS: ESTUDO DE INTERVENÇÃO. Seus responsáveis permitiram que você participe. Nesta pesquisa pretendemos avaliar o impacto de um programa de orientações individuais sobre amamentação, em mães que tiveram seu recém-nascido internado em uma unidade de cuidados intermediários. O motivo que nos leva a estudar é que entendendo o grande papel da amamentação, principalmente nos primeiros meses de vida da criança, precisamos entender como favorecer essa ação em recém-nascidos que precisem por motivos diversos ficar internados em uma unidade de cuidados médicos intermediários. Para esta pesquisa adotaremos os seguintes procedimentos: coleta de alguns dados nos prontuários tanto seu como do seu recém-nascido, realizar uma entrevista com você, assim como oferecer informações sobre a amamentação tanto de forma explicativa e ilustrativa e por fim realizar nova entrevista na oportunidade da alta hospitalar, esta será gravada para posterior transcrição pela pesquisadora das respostas. Esta gravação acontecerá através de um gravador, instrumento específico para esse fim, que não permite o extravio da gravação. A pesquisa possibilitará como benefícios o fornecimento de informações sobre o aleitamento materno, assim como os fatores importantes para seu sucesso, trazendo desta forma benefícios também para o menor frente à possibilidade de incremento no tempo de amamentação, e conseqüentemente todos os fatores positivos inerentes a esse ato, aumentando também o vínculo mãe-bebê. A concretização desse projeto em questão contribuirá para solidificar também o atendimento clínico prestado na Maternidade de Referência Professor José Maria de Magalhães Netto, além de favorecer o discurso de boas práticas de assistência preconizado pelo Ministério da Saúde. Esta pesquisa não propõe em nenhum momento intervenções invasivas, tanto em você como no recém-nascido, desta forma oferece “**RISCO MÍNIMO**”. É possível ocorrer algum equívoco de interpretação das informações fornecidas, estando à pesquisadora principal à disposição para esclarecer quaisquer dúvidas que possam existir sobre o assunto, há qualquer momento da pesquisa. Para participar deste estudo você não terá nenhum custo, nem receberá qualquer vantagem financeira. Terá o esclarecimento sobre o estudo em qualquer aspecto que desejar e estará livre para participar ou recusar-se a participar. Poderá retirar seu assentimento ou interromper a participação a qualquer momento, você não precisa participar da pesquisa se não quiser, é um direito seu, não terá nenhum problema se desistir. A sua participação é voluntária e a recusa em participar não acarretará qualquer penalidade ou modificação na forma em que é atendido na Maternidade de Referência Professor José Maria de Magalhães Netto. O pesquisador irá tratar a sua identidade com padrões profissionais de sigilo. Os resultados da pesquisa estarão à sua disposição quando finalizada. Seu nome ou o material que indique sua participação não será liberado sem a sua permissão. Você não será identificada em nenhuma publicação que possa resultar. Este termo de assentimento

encontra-se impresso em duas vias originais, sendo que uma será arquivada pelo pesquisador responsável e a outra será fornecida a você. Os dados e instrumentos utilizados na pesquisa ficarão arquivados com o pesquisador responsável por um período de 5 (cinco) anos, e após esse tempo serão destruídos. Os pesquisadores tratarão a sua identidade com padrões profissionais de sigilo, atendendo a legislação brasileira (Resolução Nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde), utilizando as informações somente para os fins acadêmicos e científicos.

Eu, _____, portador do documento de Identidade _____ fui informada dos objetivos da pesquisa IMPACTO DE ORIENTAÇÕES SISTEMATIZADAS NA ATITUDE DE AMAMENTAR DE PUERPERAS COM RECÉM-NASCIDOS INTERNADOS EM UMA UNIDADE DE CUIDADOS INTERMEDIÁRIOS: ESTUDO DE INTERVENÇÃO, de maneira clara e detalhada e esclareci minhas dúvidas. Sei que a qualquer momento poderei solicitar novas informações e modificar minha decisão de participar se assim o desejar. Declaro que concordo em participar. Recebi uma cópia deste termo de consentimento livre e esclarecido e me foi dada à oportunidade de ler e esclarecer as minhas dúvidas.



Espaço para digital substitui assinatura.

Salvador, ___ de _____ de 20__.

1. Nome	Assinatura do menor	Data
2. Tatiane Falcão dos S. Albergaria	Assinatura pesquisador	Data
3. Nome	Assinatura testemunha	Data

Em caso de minha desistência em permanecer na pesquisa, autorizo que os meus dados já coletados referentes a resultados de exames, questionários respondidos, etc, ainda sejam utilizados na pesquisa, com os mesmos propósitos já apresentados neste termo de assentimento.

Nome	Assinatura participante	Data
------	-------------------------	------

APÊNDICE B

LISTA DE RANDOMIZAÇÃO

Lista de randomização

	Grupo
1	B
2	A
3	A
4	B
5	B
6	C
7	A
8	A
9	C
10	C
11	C
12	B
13	B
14	C
15	A
16	B
17	A
18	C
19	C
20	A
21	A
22	B
23	C
24	B
25	B
26	A
27	C
28	C
29	A
30	B
31	A
32	C
33	A
34	B
35	C
36	B
37	A
38	C
39	A
40	A
41	B
42	A
43	C
44	B
45	C
46	C
47	B
48	B
49	C
50	A
51	A
52	B
53	B
54	C
55	A
56	B
57	C
58	C

59	B
60	C
61	A
62	A
63	B
64	A
65	C
66	B
67	A
68	B
69	C
70	A
71	A
72	C
73	B
74	A
75	C
76	B
77	C
78	B
79	C
80	B
81	A
82	C
83	A
84	B
85	B
86	C
87	B
88	B
89	A
90	C
91	A
92	C
93	A
94	A
95	B
96	A
97	C
98	C
99	C
100	A
101	C
102	B
103	A
104	B
105	B
106	A
107	B
108	B
109	C
110	C
111	B
112	A
113	A
114	B
115	C
116	A
117	C
118	B
119	A
120	C
121	C
122	A
123	B
124	B
125	A

```

126      C
127      A
128      C
129      B
130      A
131      C
132      B
133      C
134      A
135      A
136      C
137      B
138      B
139      A
140      A
141      A
142      B
143      B
144      B
145      B
146      C
147      A
148      C
149      C
150      C
151      A
152      C
153      B
154      A
155      C
156      B
157      C
158      B
159      B
160      A
161      C
162      A
163      C
164      A
165      B
166      B
167      C
168      A

```

```

>
> tab(ms$treatment)
  freq.abs freq.rel
A      56   33,3
B      56   33,3
C      56   33,3
Total: 168

```

```
> bartels.test(as.factor(ms$treatment))
```

Bartels Test - Two sided

```
data: as.factor(ms$treatment)
Standardized Bartels Statistic = 2,72, RVN Ratio = 2,42, p-value = 0,0065
```

A hipótese nula é de que há correlação entre os indivíduos adjacentes. O valor de p rejeita essa hipótese que há tendência na série, portanto, a lista de randomização foi aleatória.

Bartels, R. (1982) _The Rank Version of von Neumann's Ratio Test for Randomness_, Journal of the American Statistical Association, 77, 40-46.

(R Development Core Team, 2015)

R DEVELOPMENT CORE TEAM. **R: A language and environment for statistical computing**. Vienna, Austria: R Foundation for Statistical Computing, 2015.

APÊNDICE C
FORMULÁRIO DE COLETA DE DADOS

FICHA DE COLETA DE DADOS											
Pesquisa: IMPACTO DE ORIENTAÇÕES SISTEMATIZADAS NA ATITUDE DE AMAMENTAR DE PUERPERAS COM RECÉM-NASCIDOS INTERNADOS EM UMA UNIDADE DE CUIDADOS INTERMEDIÁRIOS: ESTUDO DE INTERVENÇÃO											
IDENTIFICAÇÃO:											
Endereço:											
Cidade:		CEP:		Tel.:							
DADOS MATERNO S											
DATA PARTO:		HORA:		DATA ALTA:							
TIPO DE PARTO:	<input type="checkbox"/> natural <input type="checkbox"/> fórceps <input type="checkbox"/> cesárea										
IDADE:											
ESTADO CIVIL/UNIÃO:	<input type="checkbox"/> casada <input type="checkbox"/> solteiras/ união estável <input type="checkbox"/> solteira c/ união estável <input type="checkbox"/> outra _____										
ESCOLARIDADE:	<input type="checkbox"/> nenhuma <input type="checkbox"/> 1º grau <input type="checkbox"/> 2º grau <input type="checkbox"/> superior										
O CUPAÇÃO:				RENDA FIXA?							
RENDA FAMILIAR:				RENDA PESSOAL:							
HISTÓRICO GESTACIONAL:	G: _____	P: _____	A: _____	Nº DE CONSULTAS PRÉ-NATAL:							
Recebeu orientação no pré-natal sobre amamentação?											
AMAMENTAÇÃO PRÉVIA?	<input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não			AMAMENTO U EXCLUSIVAMENTE ALGUM FILHO?	<input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não						
INTENÇÃO DE AMAMENTAR?	<input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não			PORQUE?				TEMPO (meses):			
TEM EXPERIENCIA NA FAMILIA DE AMAMENTAÇÃO? QUEM?											
QUEM É O MEMBRO FAMILIAR IMPORTANTE COMO APOIO A AMAMENTAÇÃO?											
DADOS RECÉM-NAS CIDO											
DATA INTERNAÇÃO:		DATA ALTA UCI:		DATA ALTA HOSPITALAR:							
IDADE GESTACIONAL:		PESO DE NASCIMENTO:		APGAR:	1' _____	5' _____	10' _____				
SEXO:	<input type="checkbox"/> feminina <input type="checkbox"/> masculino <input type="checkbox"/> indeterminado										
DIAGNÓSTICO ADMISSIONAL:											
UTILIZAÇÃO DE SUPORTE VENTILATÓRIO DURANTE INTERNAÇÃO UCI:				<input type="checkbox"/> não utilizou							
				<input type="checkbox"/> VMI	Tempo (horas):						
				<input type="checkbox"/> NIPPV	Tempo (horas):						
				<input type="checkbox"/> CPAP	Tempo (horas):						
DATA QUE RECEBEU ORIENTAÇÃO (até 48hs pós parto):				____/____/____		DATA FORMULÁRIO PRÉ ALTA:				____/____/____	

OBSERVAÇÕES:

APÊNDICE D
ROTEIRO DE ORIENTAÇÕES SISTEMATIZADAS PARA O GRUPO
ORIENTAÇÕES

ALEITAMENTO MATERNO

Tatiana M. da

O que é?

O aleitamento materno é a mais sã e inteligente natural de vínculo, zelo, proteção e nutrição para a criança e com muitos benefícios, e confiáveis e eficaz intervenção para redução da mortalidade infantil.

Diagnóstico e tratamento 2008



Vantagens para o bebê

- Melhor Nutrição;
- Proteção contra doenças:
 - evita diarreias;
 - evita infecções respiratórias;
 - evita otites de ouvido;
 - evita infecções de pele, alergia e colúmbula;
 - evita câncer de bexiga.
- Sempre pronto para usar e não precisa ser comprado;
- Sensação de segurança e carinho;
- Estimula o desenvolvimento intelectual;
- Melhora o desenvolvimento da saúde dentição.



Vantagens para a mãe, o pai e a família

- Aumenta os laços da família;
- Amamentar logo após o parto diminui o sangramento da mãe;
- Evita novas gestações;
- Proteção contra o câncer de mama e ovários;
- Auxilia na perda de peso;
- Menor custo financeiro;
- Melhor qualidade de vida.

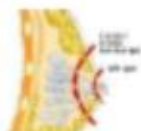


Como é a mama

Pode ser comparado a um conjunto de 18 a 20 cachinhos de tua pequena

ALVÉOLOS

Produção de leite



DUCTOS

Canal fino que leva o leite para o bico

A “descida do leite”



Mamífera

- Protetiva. Estimula a produção de leite
- Defensiva. Estimula a descida do leite

A “descida do leite”



- A “descida do leite”, que costuma ocorrer até o terceiro ou quarto dia pós-parto;
- O COLÓSTRO é o leite que as crianças precisam nos primeiros dias;
- O leite materno é de digestão fácil, por isso, algumas crianças querem mamar mais vezes;
- Atenção para os sinais de ingurgitamento.

A “descida do leite”

NÃO EXISTA LEITE FRACO!!!



- O leite do início da mamada defende o bebê contra infecções e mata a sede.
- O leite do final da mamada engorda o bebê.

QUANTO MAIS O BEBÊ SUGA, MAIS LEITE A MAMÃE SUJA

Como saber se a pega está adequada?



Tipos de mamilo

Qual o seu?

Como amamentar

à toda mãe a palpá para dor de mamar



Como terminar a mamada?



Por quanto tempo o bebê deve mamar?



- **LEITAMATERNOCOMPLETO NOS PRIMEIROS 6 MESES;**
- Ele não precisa de água, chá ou outro leite;
- Após seis meses ele irá dar outros alimentos orientados pelo Pediatra, mas o ideal é que continue sua amamentação até que a criança tenha dois anos ou mais.

Por quanto tempo o bebê deve mamar?



- É importante acompanhar o ganho de peso da criança;
- É normal nos primeiros dias de vida o bebê perder peso.

O BEBÊ DEVE MAMAR EM LIVRE DEMANDA!!!

Saiba como lidar

- "O leite está secando"
- Fissuras (rachaduras);
- Leite empedrado, Mastite e abscesso;
 - Manter o correto posicionamento da criança no seio materno, principalmente nos locais com o leite mais empurrado;
 - Usar giro e proteção de leite;
 - Reduzir o tempo de aleitamento materno;
 - Usar o leite empedrado para alimentar o bebê;
 - Usar o leite empedrado para alimentar o bebê;
 - Usar o leite empedrado para alimentar o bebê;
 - Usar o leite empedrado para alimentar o bebê;
 - Usar o leite empedrado para alimentar o bebê;
 - Usar o leite empedrado para alimentar o bebê;
 - Usar o leite empedrado para alimentar o bebê;



Retirando leite das mamas Ordenha



PERMITE O ALEITAMENTO MATERNO MESMO QUANDO O BEBÊ ESTIVER INTERNO

MITOS

DIAS DE MAMA E PAZ OS PEITOS COM A MAMÁ MULHER
 NÃO É VERDADE. O leite ao longo do tempo se adapta ao tamanho do bebê, logo, quanto mais tempo o bebê estiver no peito, mais leite ele produz.

MELHOR É MAMAR
 NÃO É VERDADE. Não há melhor ou pior.

AS COLICASSÃO CAUSADAS PELA SUÇÃO NO PEITO
 NÃO É VERDADE. Não há colicadas causadas pela sucção no peito, pois as crianças não têm o mesmo tipo de sucção que os bebês. O que acontece é uma irritação da pele do bebê, por isso é importante usar protetores de pele no peito.

CRIANÇA QUE NASCEU PREMATURA OU COM BAIXO PESO NÃO DEVE MAMAR NO PEITO
 NÃO É VERDADE. Essas crianças podem se alimentar ao seio no início, mas isso não é uma recomendação para todas as crianças.

APÊNDICE E
ACOMPANHAMENTO DE ALEITAMENTO MATERNO

FICHA DE COLETA - ACOMPANHAMENTO ALEITAMENTO MATERNO

IDENTIFICAÇÃO: _____

TIPO	DIA INTERNAÇÃO					
	1	2	3	4	5	6
ZERO	0 3 6 9 12 15 18 21	0 3 6 9 12 15 18 21	0 3 6 9 12 15 18 21	0 3 6 9 12 15 18 21	0 3 6 9 12 15 18 21	0 3 6 9 12 15 18 21
SM	0 3 6 9 12 15 18 21	0 3 6 9 12 15 18 21	0 3 6 9 12 15 18 21	0 3 6 9 12 15 18 21	0 3 6 9 12 15 18 21	0 3 6 9 12 15 18 21
LM	0 3 6 9 12 15 18 21	0 3 6 9 12 15 18 21	0 3 6 9 12 15 18 21	0 3 6 9 12 15 18 21	0 3 6 9 12 15 18 21	0 3 6 9 12 15 18 21
LA	0 3 6 9 12 15 18 21	0 3 6 9 12 15 18 21	0 3 6 9 12 15 18 21	0 3 6 9 12 15 18 21	0 3 6 9 12 15 18 21	0 3 6 9 12 15 18 21
LOCAL						
ORDENHA						

TIPO	DIA INTERNAÇÃO					
	7	8	9	10	11	12
ZERO	0 3 6 9 12 15 18 21	0 3 6 9 12 15 18 21	0 3 6 9 12 15 18 21	0 3 6 9 12 15 18 21	0 3 6 9 12 15 18 21	0 3 6 9 12 15 18 21
SM	0 3 6 9 12 15 18 21	0 3 6 9 12 15 18 21	0 3 6 9 12 15 18 21	0 3 6 9 12 15 18 21	0 3 6 9 12 15 18 21	0 3 6 9 12 15 18 21
LM	0 3 6 9 12 15 18 21	0 3 6 9 12 15 18 21	0 3 6 9 12 15 18 21	0 3 6 9 12 15 18 21	0 3 6 9 12 15 18 21	0 3 6 9 12 15 18 21
LA	0 3 6 9 12 15 18 21	0 3 6 9 12 15 18 21	0 3 6 9 12 15 18 21	0 3 6 9 12 15 18 21	0 3 6 9 12 15 18 21	0 3 6 9 12 15 18 21
LOCAL						
ORDENHA						

LEGENDA:

Zero: dieta zero; SM: seio materno; LM: leite materno; LA: leite artificial

Local: unidade onde foi administrado a dieta - UCI ou AC (Alojamento Conjunto)

Ordenha: comparecimento ao setor de ordenha

○ Via sonda gástrica

X Via oral

Resquisa: IMPACTO DE ORIENTAÇÕES SISTEMATIZADAS NA ATITUDE DE ALIMENTAR DE PUERPERAS COM RECÉM-NASCIDOS INTERNADOS EM UMA UNIDADE DE DE CUIDADOS INTERMEDIÁRIOS: ESTUDO DE INTERVENÇÃO

DIÁRIO DE AMAMENTAÇÃO

Identificação: _____

Data: ____/____/____

Hórnio: _____

Como foi:

<input type="checkbox"/> Seio Materno	
<input type="checkbox"/> Pe la Sonda	
<input type="checkbox"/> Leite Materno	<input type="checkbox"/> Leite Artificial
<input type="checkbox"/> Pe la Boca	
<input type="checkbox"/> Leite Materno	<input type="checkbox"/> Leite Artificial

Hórnio: _____

Como foi:

<input type="checkbox"/> Seio Materno	
<input type="checkbox"/> Pe la Sonda	
<input type="checkbox"/> Leite Materno	<input type="checkbox"/> Leite Artificial
<input type="checkbox"/> Pe la Boca	
<input type="checkbox"/> Leite Materno	<input type="checkbox"/> Leite Artificial

Hórnio: _____

Como foi:

<input type="checkbox"/> Seio Materno	
<input type="checkbox"/> Pe la Sonda	
<input type="checkbox"/> Leite Materno	<input type="checkbox"/> Leite Artificial
<input type="checkbox"/> Pe la Boca	
<input type="checkbox"/> Leite Materno	<input type="checkbox"/> Leite Artificial

Hórnio: _____

Como foi:

<input type="checkbox"/> Seio Materno	
<input type="checkbox"/> Pe la Sonda	
<input type="checkbox"/> Leite Materno	<input type="checkbox"/> Leite Artificial
<input type="checkbox"/> Pe la Boca	
<input type="checkbox"/> Leite Materno	<input type="checkbox"/> Leite Artificial

Hórnio: _____

Como foi:

<input type="checkbox"/> Seio Materno	
<input type="checkbox"/> Pe la Sonda	
<input type="checkbox"/> Leite Materno	<input type="checkbox"/> Leite Artificial
<input type="checkbox"/> Pe la Boca	
<input type="checkbox"/> Leite Materno	<input type="checkbox"/> Leite Artificial

Hórnio: _____

Como foi:

<input type="checkbox"/> Seio Materno	
<input type="checkbox"/> Pe la Sonda	
<input type="checkbox"/> Leite Materno	<input type="checkbox"/> Leite Artificial
<input type="checkbox"/> Pe la Boca	
<input type="checkbox"/> Leite Materno	<input type="checkbox"/> Leite Artificial

Hórnio: _____

Como foi:

<input type="checkbox"/> Seio Materno	
<input type="checkbox"/> Pe la Sonda	
<input type="checkbox"/> Leite Materno	<input type="checkbox"/> Leite Artificial
<input type="checkbox"/> Pe la Boca	
<input type="checkbox"/> Leite Materno	<input type="checkbox"/> Leite Artificial

Hórnio: _____

Como foi:

<input type="checkbox"/> Seio Materno	
<input type="checkbox"/> Pe la Sonda	
<input type="checkbox"/> Leite Materno	<input type="checkbox"/> Leite Artificial
<input type="checkbox"/> Pe la Boca	
<input type="checkbox"/> Leite Materno	<input type="checkbox"/> Leite Artificial

Hórnio: _____

Como foi:

<input type="checkbox"/> Seio Materno	
<input type="checkbox"/> Pe la Sonda	
<input type="checkbox"/> Leite Materno	<input type="checkbox"/> Leite Artificial
<input type="checkbox"/> Pe la Boca	
<input type="checkbox"/> Leite Materno	<input type="checkbox"/> Leite Artificial

Hórnio: _____

Como foi:

<input type="checkbox"/> Seio Materno	
<input type="checkbox"/> Pe la Sonda	
<input type="checkbox"/> Leite Materno	<input type="checkbox"/> Leite Artificial
<input type="checkbox"/> Pe la Boca	
<input type="checkbox"/> Leite Materno	<input type="checkbox"/> Leite Artificial



ANEXO A
DECLARAÇÃO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA – APROVAÇÃO



INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA
SAÚDE - UFBA



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: ALEITAMENTO MATERNO: IMPACTO DE UM PROGRAMA DE ORIENTAÇÕES INDIVIDUAIS NA ATITUDE DE AMAMENTAR DE PUERPERAS COM RECÊM-NASCIDOS INTERNADOS EM UMA UNIDADE DE CUIDADOS INTERMEDIÁRIOS

Pesquisador: TATIANE FALCÃO

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 43808815.2.0000.5662

Instituição Proponente: Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Bahia

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.095.320

Data da Relatoria: 28/05/2015

Apresentação do Projeto:

Evidências das qualidades nutricionais e imunológicas do leite materno e da importância da amamentação para o fortalecimento do vínculo afetivo entre mãe e filho têm sido amplamente documentadas na literatura. Considerado o grande papel do aleitamento materno, principalmente nos primeiros meses de vida e a escassez de dados sobre o impacto de um programa de orientações individuais sobre amamentação, na atitude de amamentar de puérperas com RN internado em uma UCI, se faz necessário a realização desta pesquisa. Desta forma, o objetivo principal deste estudo é avaliar o impacto de um programa de orientações individuais sobre amamentação, na atitude de amamentar de puérperas com RN internado em uma UCI.

Objetivo da Pesquisa:

Avaliar o impacto de um programa de orientações individuais sobre amamentação, na atitude de amamentar de puérperas com RN internado em uma UCI.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Após as alterações sugeridas no parecer anterior, a pesquisadora realizará todos os ajustes necessários levando em consideração os riscos inerentes da aplicação de questionários, bem

Endereço: Miguel Calmon
Bairro: Vale do Canal
UF: BA Município: SALVADOR
Telefone: (71) 3232-3251

CNPJ: 46.110-902

E-mail: cep_ics@uol.com.br



INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA
SAÚDE - UFBA



Continuação do Parecer: 1025920

como, e levar os benefícios para o lactante, para a mãe e para a instituição.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A pesquisadora realizou ajustes tanto no projeto completo quanto na versão da plataforma Brasil estando apto após finalização dos trâmites do CEP a iniciar a coleta.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Apresentou todos os termos necessários para uma pesquisa em seres humanos, assim como fez os ajustes no TCLE listados no parecer prévio.

Recomendações:

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

A pesquisadora atende a todas as solicitações de ajuste emitidas pelo CEP.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

O sujeito da pesquisa tem a liberdade de recusar-se a participar ou de retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma e sem prejuízo ao seu sigilo (Res. CNS 466/12 em substituição à Res. CNS 196/96 - Item IV.1.f) e deve receber uma cópia do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, na íntegra, por ele assinado (Item IV.2.d). O pesquisador deve descontinuar a pesquisa conforme delineada no protocolo aprovado e descontinuar o estudo somente após análise das razões da descontinuidade pelo CEP que o aprovou (Res. CNS Item III.3.z), aguardando seu parecer, exceto quando perceber risco ou dano não previsto ao sujeito participante ou quando constatar a superioridade de regime oferecido a um dos grupos da pesquisa (Item V.3) que requeram ação imediata. O CEP deve ser informado de todos os efeitos adversos ou fatos relevantes que afetem o curso normal do estudo (Res. CNS Item V.6). É papel do pesquisador assegurar medidas imediatas adequadas frente a evento adverso grave ocorrido (mesmo que tenha sido em outro centro) e enviar notificação ao CEP e à Agência Nacional de Vigilância Sanitária ANVISA junto com seu posicionamento. Eventuais modificações ou emendas ao protocolo devem ser apresentadas ao CEP de forma clara e sucinta, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas. Relatórios parciais e finais devem ser apresentados ao CEP, inicialmente em 07/12/2015 e ao término do estudo. Diante do exposto, o Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Ciências da Saúde/UFBA, de acordo com as atribuições de suas

Endereço: Miguel Calmon

Bairro: Vale do Camaleão

UF: BA Município: SALVADOR

Telefone: (71) 3232-3251

CEP: 40.110-202

E-mail: org.ics@outlook.com



INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA
SAÚDE - UFBA



Continuação de Pesquisa: 1025920

de acordo com a Res. CNS 456/12, mas necessita-se pela aprovação do projeto de pesquisa proposto.

SALVADOR, 07 de Junho de 2015

Assinado por:
ANA PAULA CORONA
(Coordenador)

Endereço: Miguel Calmon
Bairro: Vale do Camela
UF: BA Município: SALVADOR
Telefone: (71) 3232-3251

CNPJ: 40.110-902

E-mail: ics@ufba.br



Instituto de Ciências da Saúde
Programa de Pós Graduação
Processos Interativos dos Órgãos e Sistemas
Avenida Reitor Miguel Calmon s/n - Vale do Canela. CEP: 40110-100
Salvador, Bahia, Brasil

<http://www.ppgorgsistem.ics.ufba.br>