**UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO**

MARIA JÚLIA DE OLIVEIRA PRADO

**PREVALÊNCIA DA AMAMENTAÇÃO SEGUNDO AS CONDIÇÕES DE
NASCIMENTO E INTERNAÇÃO DE RECÉM-NASCIDOS A TERMO**

**RIBEIRÃO PRETO
2017**

MARIA JÚLIA DE OLIVEIRA PRADO

**PREVALÊNCIA DA AMAMENTAÇÃO SEGUNDO AS CONDIÇÕES DE
NASCIMENTO E INTERNAÇÃO DE RECÉM-NASCIDOS A TERMO**

Dissertação apresentada a Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Mestre em Ciências, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem em Saúde Pública.

Linha de Pesquisa: Assistência à Criança e ao Adolescente.

Orientadora: Prof.^aDr.^a Adriana Moraes Leite

RIBEIRÃO PRETO

2017

AUTORIZO A REPRODUÇÃO E DIVULGAÇÃO TOTAL OU PARCIAL DESTE TRABALHO, POR QUALQUER MEIO CONVENCIONAL OU ELETRÔNICO, PARA FINS DE ESTUDO E PESQUISA, DESDE QUE CITADA A FONTE.

FICHA CATALOGRÁFICA

Prado, Maria Júlia de Oliveira

PREVALÊNCIA DA AMAMENTAÇÃO SEGUNDO AS CONDIÇÕES DE NASCIMENTO E INTERNAÇÃO DE RECÉM-NASCIDOS A TERMO. Ribeirão Preto, 2017.

Dissertação de mestrado, apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/ USP – Área de concentração: Enfermagem em Saúde Pública

Orientadora: Leite, Adriana Moraes

1. Aleitamento materno 2. Recém-nascido 3. Analgesia 4. Parto 5. Hospitalização

FOLHA DE APROVAÇÃO

Maria Júlia de Oliveira Prado

PREVALÊNCIA DA AMAMENTAÇÃO MATERNA SEGUNDO AS
CONDIÇÕES DE NASCIMENTO E INTERNAÇÃO DE RECÉM-NASCIDOS A
TERMO.

Dissertação apresentada à Escola de
Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade
de São Paulo para obtenção do título de Mestre
em Ciências, Programa de Pós-Graduação em
Enfermagem em Saúde Pública.

Aprovado em: ____/____/____

Banca Examinadora

Prof. Dr.: _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr.: _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr.: _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho

Aos meus pais e a toda minha família, os quais me apoiaram e não mediram esforços para que eu chegasse até esta etapa da minha vida e alcançasse meus objetivos.

Aos amigos e colegas, pelo incentivo e pelo apoio constantes durante todo o processo.

AGRADECIMENTOS

À Prof^aDr^a Adriana Moraes Leite, por sempre me apoiar, pela paciência, por não me deixar desistir durante as fases difíceis, sempre me ajudar da melhor maneira possível e me inserir no universo da pesquisa desde a graduação. Sem você nada disso seria possível.

À minha família pelo carinho, apoio e por acreditarem sempre em mim.

À minha mãe que sempre esteve do meu lado durante toda essa jornada, não medindo esforços para me auxiliar a alcançar meus objetivos.

Ao meu pai (*in memorian*), que infelizmente não está mais presente de corpo, porém sei que o mesmo se orgulharia do caminho trilhado por mim.

Aos meus amigos que me apoiam em todas as circunstâncias.

À Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, pela minha formação, e por me proporcionar o meu crescimento profissional.

À Prof^aDr^a Flávia Azevedo Spanholz-Gomes e Prof^aDr^a Luciana Mara

Monti Fonseca pela contribuição no Exame de Qualificação através de suas competências e conhecimentos.

Aos enfermeiros, auxiliares, técnicos, médicos e funcionários do Centro de Referência da Saúde da Mulher de Ribeirão Preto - Mater, pela colaboração, compreensão e apoio para a conclusão dessa pesquisa.

Às puérperas participantes deste estudo, sem as quais nada seria possível.

À Prof^aDr^a Ana Márcia Spanó Nakano (*in memoriam*), pela oportunidade de me inserir ainda mais no universo da pesquisa e da amamentação.

Aos funcionários da Escola, Jonas Bodini Alonso e Miyeko Hayashida, pela colaboração estatística.

Às contribuições para a finalização do trabalho e apoio de Eliane Fernandes, Vinicius Anelli, Pedro Palma, Guilherme Mazzei, Julia Audrey, Sofia Gentil, Livia Calixto, Leticia Yamawaka, Isabela Masucci, Helena Ciavatta, Rafael Rozeta, Camila Guedes e Bianca Tonelli.

Aos que auxiliaram de forma indireta ou direta, na conclusão deste trabalho, o meu agradecimento.

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

RESUMO

PRADO, M. J. O. Prevalência da amamentação segundo as condições de nascimento e internação de recém-nascidos a termo. 2017. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2017.

O Aleitamento Materno é um inigualável meio de se prover alimentação ideal para um adequado crescimento e desenvolvimento infantil, é recomendado por dois anos ou mais, sendo exclusivo nos primeiros seis meses. O sucesso dessa prática depende de inúmeros fatores, que podem influenciar positiva ou negativamente. Alguns fatores que envolvem as condições de nascimento e internação, como: tipo de parto, analgesia de parto, contato pele a pele ao nascimento, aleitamento na primeira hora de vida, tempo de início da mamada, tempo de internação, podem influenciar na amamentação. O objetivo do estudo foi verificar a prevalência da amamentação em recém-nascidos a termo durante a internação e verificar as variáveis de nascimento e internação associadas à amamentação nessa ocasião. Após aprovação do Comitê de Ética, realizou-se um levantamento de prontuários maternos e dos recém-nascidos (RN) para coleta e registro dos dados sócio-demográficos, do parto e nascimento e contexto de internação maternos e neonatais de uma maternidade Amiga da Criança de Ribeirão Preto – SP. Participaram 120 mães, com idade média de 26 anos, 62,5% submetidas ao parto normal, sendo destas 33% receberam analgesia de trabalho de parto e 37,5% submetidas ao parto cesariana. Houve contato pele a pele em 59,2% dos binômios, desses, 83,3% nascidos de parto normal. 25,8% dos bebês foram amamentados na primeira hora de vida, sendo que 90,3% desses, nascidos de parto normal. Tempo médio para início da primeira mamada após parto normal de 1,6 horas e parto cesárea de 3,5 horas. Tempo médio de internação de 2,4 dias. 100% dos bebês sugaram seio materno. 14,2% utilizaram copo, sendo 6% com leite cru ordenhado e 94% com fórmula infantil; 0,8% foram submetidos à técnica de translactação e 13,3% à técnica de relactação. 96,6% saíram em amamentação exclusiva e sendo que todos que saíram em amamentação não exclusiva (3,4%), haviam nascido de parto cesárea. Houve associação entre amamentação precoce e o tipo de parto. O tipo de parto se mostrou associado ao tempo para iniciar a primeira mamada. Houve significância estatística entre o tipo de parto e tempo de internação do recém-nascido. A regressão logística revelou que conjuntamente as variáveis: Tipo de parto (Normal/Cesárea), Contato pele a pele (Sim/Não), Amamentação na primeira hora de vida (Sim/Não), Tempo de internação (dias) e Tempo para início da primeira mamada (horas), não apresentaram significância estatística com relação a Amamentação exclusiva durante a internação. Constatou-se que o parto cesárea dificulta o contato pele a pele ao nascimento e amamentação na primeira hora de vida, aumentando a média de tempo para início da primeira mamada e tempo de internação. Não houve associação entre analgesia de parto e amamentação na primeira hora de vida e tempo para início da primeira mamada. Considerando-se a prevalência da amamentação, o estudo revela que, por ser um Hospital Amigo da Criança, a instituição responde positivamente ao objetivo, porém algumas questões que envolvem rotinas como o contato pele a pele, a amamentação precoce ao nascer e a ordenha mamária durante a internação, ainda devem ser trabalhados para cumprir os atributos desse título.

Descritores: Aleitamento materno, Recém-nascido, Analgesia, Parto Obstétrico, Hospitalização.

ABSTRACT

PRADO, M. J. O. Prevalence of breastfeeding according to the conditions of birth and hospitalization of term newborns. 2017. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2017.

Breastfeeding is an unparalleled means of providing optimal nutrition for adequate infant growth and development. It is recommended for two years or more, being exclusive in the first six months. The success of this practice depends on numerous factors, which can influence positively or negatively. Factor that affect birth and hospitalization conditions - such as type of delivery, labor analgesia, skin-to-skin contact at birth, breastfeeding within the first hour of life, time to start the first feeding, length of hospitalization - influence breastfeeding. The main goal of the study was to verify the prevalence of breastfeeding in term in newborns during hospitalization and to verify the variables of birth and hospitalization associated with breastfeeding at that time. After approval by the Ethics Committee, a survey of maternal and newborn records was carried out to collect and record sociodemographic, labor and birth data, and the context of maternal and neonatal hospitalization of a Baby-friendly Hospital in Ribeirão Preto, Brazil. Sample comprises information for 120 mothers, with a mean age of 26 years, 62.5% submitted to vaginal birth, 33% of whom received labor analgesia and 37.5% were submitted to cesarean delivery. There was skin-to-skin contact in 59.2% of the binomials: of these, 83.3% born of normal delivery. 25.8% of the infants were breastfed in the first hour of life, 90.3% of whom were born normal. Average time to start the first feeding after normal delivery was of 1.6 hours and cesarean delivery of 3.5 hours. Average length of stay was of 2.4 days. All babies sampled in this study suckled breast. 14.2% used cup, 6% with raw milk and 94% with infant formula; 0.8% were submitted to the technique of translactation and 13.3% to the technique of relactation. 96.6% of them went on exclusive breastfeeding and all those who went on non-exclusive breastfeeding (3.4%) were born from cesarean section. There was an association between early breastfeeding and the type of delivery. The type of delivery was associated with the time to start the first feeding. There was statistical significance between the type of delivery and the time of hospitalization of the newborn. The logistic regression revealed that the following variables: Type of delivery (Vaginal / Cesarean), Skin-to-skin Contact (Yes / No), Breastfeeding in the first hour of life (Yes / No), Length of hospitalization (days) and Time to start the first feeding (hours), did not present statistical significance regarding exclusive breastfeeding during hospitalization. It was found that cesarean delivery makes it difficult to skin-to-skin contact at birth and breastfeeding in the first hour of life, increasing the mean time for the first breastfeeding to start and length of hospitalization. There was no association between labor analgesia and breastfeeding in the first hour of life and time to start the first feeding. Considering the prevalence of breastfeeding, the study reveals that, because it is a Baby-friendly Hospital, the institution responds positively to the goal, but some issues that involve routines such as skin-to-skin contact, early breastfeeding and mammary milking during hospitalization, must still be improved to fulfill the attributes of this title.

Descriptors: Infantnewborn, Analgesia, Obstetric delivery, Hospitalization.

RESUMEN

PRADO, M. J. O. Prevalencia de la lactancia materna según las condiciones de nacimiento e internación de recién nacidos a término. 2017. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2017.

La lactancia materna es un inigualable medio de proveer la alimentación ideal para un adecuado crecimiento y desarrollo infantil. Es recomendada por dos años o más, siendo exclusiva en los primeros seis meses. El éxito de esta práctica depende de innumerables factores, que pueden influir positivamente o negativamente. Algunos factores que involucran las condiciones de nacimiento e internación, tales como, tipo de parto, analgesia de parto, contacto piel a piel al nacer, lactancia a la primera hora de vida, tiempo para el inicio de la primera toma, tiempo de internación, pueden influir en la lactancia. El estudio tiene por objetivo verificar la prevalencia de la lactancia materna en los recién nacidos a término durante la internación y las variables de nacimiento e internación asociadas a la lactancia en esa ocasión. Después de la aprobación del Comité de Ética, se recogieron las informaciones de los prontuarios maternos y de los recién nacidos con el fin de reunir e registrar los datos sociodemográficos, del parto y nacimiento y contexto de internación materna y neonatal de una maternidad Amiga del Niño de Ribeirão Preto - SP. Participaron 120 madres, con un promedio de edad de 26 años, el 62,5% fueron sometidas al parto normal, siendo que el 33% de ellas recibieron analgesia de trabajo de parto y el 37,5% fueron sometidas al parto por cesárea. Se observó contacto piel a piel en el 59,2% de los binomios, de los cuales el 83,3% nacieron de parto normal. El 25,8% de los bebés fueron amamantados en la primera hora de vida, siendo que el 90,3% de ellos nacieron de parto normal. Tiempo promedio para el inicio de la primera toma del parto normal de 1,6 hora y parto por cesárea de 3,5 horas. Tiempo promedio de internación de 2,4 días. El 100% de los bebés succionaron seno materno. El 14,2% utilizaron el vaso, siendo el 6% con leche cruda ordeñada y el 94% con fórmula infantil. El 0,8% fue sometido a la técnica de traslación y el 13,3% a la técnica de relactación. El 96,6% salieron en lactancia exclusiva, siendo que todos los que salieron en lactancia no exclusiva (3,4%) habían nacido de parto por cesárea. Hubo asociación entre lactancia precoz y el tipo de parto. El tipo de parto se mostró asociado al tiempo para iniciar la primera toma. Hubo significancia estadística entre el tipo de parto y el tiempo de internación del recién nacido. La regresión logística reveló que conjuntamente las variables Tipo de parto (Normal / Cesárea), Contacto piel a la piel (Sí / No), Lactancia en la primera hora de vida (Sí / No), Tiempo de internación (días) y Tiempo para inicio de la primera toma (horas) no presentaron significancia estadística con relación a la lactancia exclusiva durante la internación. Se constató que el parto por cesárea dificulta el contacto piel a la piel al nacimiento y el amamantamiento en la primera hora de vida, aumentando el promedio de tiempo para el inicio de la primera toma y el tiempo de internación. No hubo asociación entre analgesia de parto y lactancia en la primera hora de vida y tiempo para el inicio de la primera toma. Considerando la prevalencia de la lactancia, el estudio revela que, por ser un Hospital Amigo del Niño, la institución responde positivamente al objetivo, pero algunas cuestiones que involucran rutinas, como el contacto piel a piel, la lactancia precoz al nacer y el ordeño mamario durante la internación, todavía deben ser mejoradas para atender a los atributos de ese título.

Descritores: Lactancia, Recién nacido, Analgesia, Parto obstétrico, Hospitalización.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Distribuição das mães quanto às variáveis: idade, estado civil, escolaridade, ocupação e procedência. Ribeirão Preto, 2017.....	48
Tabela 2 - Distribuição das mães quanto às variáveis: pré-natal, número de consultas, idade gestacional, gestações, partos, abortos e cesarianas anteriores, e intercorrências na gestação. Ribeirão Preto, 2017.....	51
Tabela 3 - Distribuição dos neonatos quanto às variáveis: sexo, apgar, peso ao nascer, estatura, aspecto do líquido amniótico e aspiração de vias aéreas em sala de parto. Ribeirão Preto, 2017.....	54
Tabela 4 - Distribuição das variáveis: tipo de parto, analgesia de parto, acompanhante de parto, contato pele a pele ao nascer e amamentação na primeira hora de vida. Ribeirão Preto, 2017.....	56
Tabela 5 - Distribuição dos neonatos quanto à variável: patologias e intercorrências durante a internação. Ribeirão Preto, 2017.....	58
Tabela 6 – Distribuição dos neonatos quanto ao tipo de aleitamento e técnica de alimentação durante a internação. Ribeirão Preto, 2017.....	59
Tabela 7 – Associação entre as variáveis contato pele a pele ao nascimento e analgesia de trabalho de parto. Ribeirão Preto, 2017.....	61
Tabela 8 – Associação entre as variáveis contato pele a pele ao nascimento e tipo de parto. Ribeirão Preto, 2017.....	62
Tabela 9 – Associação entre as variáveis amamentação na primeira hora de vida e analgesia de trabalho de parto. Ribeirão Preto, 2017.....	63

Tabela 10 – Associação entre as variáveis amamentação na primeira hora de vida e tipo de parto. Ribeirão Preto,	63
Tabela 11 – Comparação do tempo para início da primeira mamada entre tipos de parto. Ribeirão Preto, 2017.....	64
Tabela 12 – Comparação do tempo para início da primeira mamada entre ocorrência ou não de analgesia de trabalho parto. Ribeirão Preto, 2017.....	65
Tabela 13 – Comparação do tempo de internação entre os tipos de parto. Ribeirão Preto, 2017.....	65
Tabela 14 – Associação entre Amamentação exclusiva (AE) e Amamentação não exclusiva (não AE) com as variáveis: Tipo de parto (Normal/Cesárea), Contato pele a pele (Sim/Não), Amamentação na primeira hora de vida (Sim/Não), Tempo de internação (dias) e Tempo para início da primeira mamada (horas). Ribeirão Preto, 2017.	66

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

A	- Aborto
AA	- Aleitamento artificial/não aleitamento materno
AC	- Alojamento conjunto
AE	- Amamentação exclusiva
AM	- Aleitamento Materno/ Amamentação
AME	- Aleitamento materno exclusivo
AMP	- Aleitamento materno predominante
AVAS	- Aspiração de vias aéreas superiores
C	- Cesárea
CEP	- Comitê de Ética em Pesquisa
CPP	- Contato pele a pele
EERP	- Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto
G	- Gesta
GPECCA	- Grupo de Pesquisa em Enfermagem no Cuidado à Criança e ao Adolescente
IG	- Idade gestacional
IHAC	- Iniciativa Hospital Amigo da Criança
Não AE	- Amamentação não exclusiva
OMS	- Organização Mundial da Saúde
P	- Parto
PAE	- Programa de Aperfeiçoamento de Ensino
RN	- Recém-nascidos
SIICUSP	- Simpósio Internacional de Iniciação Científica e Tecnológica da USP
SUS	- Sistema único de Saúde
UBS	- Unidades Básicas de Saúde
UCIN	- Unidade de Cuidados Intermediários Neonatal
UNICEF	- Fundo das Nações Unidas para a Infância
USF	- Unidade de Saúde da Família
USP	- Universidade de São Paulo
WHO	- Word Health Organization

SUMÁRIO

1	Introdução	22
2	Objetivo	33
2.1	Objetivos Gerais	33
2.2	Objetivos Específicos.....	33
3	Material e Método	35
3.1	Tipo de Estudo.....	36
3.2	Local do Estudo	36
3.3	Sujeitos do Estudo	37
3.4	Variáveis do Estudo	38
3.4.1	Tipo de parto.....	38
3.4.2	Uso de analgesia de trabalho de parto	39
3.4.3	Contato pele a pele ao nascimento.....	39
3.4.4	Amamentação na primeira hora de vida	40
3.4.5	Tempo para início da primeira mamada.....	40
3.4.6	Tipo de aleitamento durante a internação.....	40
3.5	Definição de termos: Aleitamento materno/Amamentação	41
3.6	Procedimento de coleta de dados.....	42
3.7	Análise dos Dados	43
3.8	Aspectos Éticos	44
4	Resultados	46
4.1	Caracterizações sócio-demográficas e gestacionais das mães do estudo.....	47
4.2	Caracterização do trabalho de parto, parto e nascimento dos recém-nascidos.....	53
4.3	Aleitamento dos recém-nascidos durante internação	58
4.4	Associações entre a Amamentação exclusiva (AME) e Amamentação não exclusiva (não AME) durante a internação dos recém-nascidos e variáveis selecionadas.....	66

5	Discussão.....	67
6	Conclusão	80
7	Considerações finais.....	83
8	Referências	87
9	Apêndices	100
	Apêndice A.....	101
	Apêndice B.....	103
10	Anexos.....	105
	Anexo 1	106
	Anexo 2.....	107

Apresentação

APRESENTAÇÃO

Iniciei o curso de graduação em Enfermagem na Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (EERP-USP) no ano de 2010, onde aprendi sobre as diversas áreas de atuação do enfermeiro e me encantei com cada uma, podendo me ver atuando em quaisquer uma delas.

Desde meu primeiro ano fiz parte da Liga de Saúde da Criança e Adolescente, sendo que no meu penúltimo ano, participei da liga como vice-presidente, tornando-me presidente no meu último ano. Foi uma experiência excepcional, onde pude administrar aulas sobre assuntos como crescimento e desenvolvimento da criança e do adolescente, vacinação, entre outros. Também participei como comissão organizadora de três Cirandas do Conhecimento promovidas pela Liga.

No meu terceiro ano, tive meu primeiro contato concreto com saúde da mulher e da criança, quando pude vivenciar um trabalho de parto e a recepção neonatal, fazendo com que me encantasse com esta área e comecei a me propor a entender e pesquisar mais a respeito. Ainda neste ano comecei um projeto de pesquisa com a Prof^aDr^a Adriana Moraes Leite sobre sentimentos maternos relacionados à mães que tinham seus bebês internados em UTI Neonatal, o qual apresentei como meu Trabalho de Conclusão de Curso e também no SIICUSP (Simpósio Internacional de Iniciação Científica e Tecnológica da USP).

No meu último ano, no primeiro semestre, fiz estágio supervisionado de Atenção Básica na Unidade de Saúde da Família (USF) Maria Casagrande, onde havia um trabalho excepcional com puérperas, havia posto de coleta de leite materno, onde era realizada doação por partes das mães do local. Realizava-se consulta de puericultura com os RN pela Enfermeira, semanalmente até os mesmos dobrarem de peso e acompanhamento da amamentação durante a consulta. O local me fez gostar ainda mais da área e da proposta de promoção do aleitamento materno.

No segundo semestre, pude realizar meu estágio supervisionado na MATER-Centro de Referência de Saúde da Mulher de Ribeirão Preto, onde aprendi ainda mais sobre todo o ciclo gravídico-puerperal, tendo experiência no pré-natal, pré-parto, centro obstétrico, Unidade de Cuidados Intermediários Neonatal (UCIN) e alojamento conjunto (AC), e desde este estágio pude

perceber algumas dificuldades do sistema quanto à promoção da amamentação e também alguns fatores de risco que culminavam no cessar da prática.

Durante a graduação pude participar de reuniões do Grupo de Pesquisa em Enfermagem no Cuidado à Criança e ao Adolescente (GPECCA), me aproximando da área, da pesquisa e da docência.

Em 2014, logo após formada, participei de uma coleta de dados de um doutorado, durante cerca de seis meses, orientado pela Prof^aDr^a Ana Márcia Spanó Nakano, na qual foi avaliada a relação entre a amamentação e violência domiciliar sofrida pela puérpera, me inserindo mais uma vez na temática.

Ainda neste ano, decidi prestar o mestrado com a Prof^aDr^a Adriana Moraes Leite, que se prontificou a me acolher nessa nova jornada. Juntas decidimos o tema, de comum acordo, que me agradou completamente. Em dezembro deste ano de 2014 fui amplamente contemplada com a aprovação no mestrado e com uma contratação em um Hospital particular em Ribeirão Preto, e desde então levei esta dupla jornada de estudos e trabalho.

Neste hospital onde trabalhei por um ano e sete meses, realizava-se partos, e pude implementar algumas práticas relativas à amamentação adquiridas ao longo de minha jornada de formação na área. Investi na realização de indicadores de aleitamento materno na primeira hora de vida, vacinação de hepatite B e vitamina K com o recém-nascido (RN) sendo amamentado para diminuição da dor durante estes procedimentos invasivos, e no monitoramento do aleitamento materno na alta, após 7 dias, 1 mês, 2 meses, 4 meses e 6 meses de nascimento. Pelo tempo que estive realizando estes indicadores, cerca de seis meses, nasceram cerca de 10 bebês, e em 100% foram realizados os procedimentos e condutas acima citados e todos estavam em aleitamento materno exclusivo quando contatados.

Assim que iniciei as atividades do mestrado, cursei disciplinas que me motivaram e foram essenciais para minha formação na área: ERM5717 – Assistência Integral à Criança: Conceituação Teórica, Ações e Produção do Conhecimento; ERM5718 – Evolução Histórica da Assistência à Saúde da Criança; nestas pude estudar mais sobre a área de pesquisa escolhida e ERM5780 – Docência no Ensino em Saúde: Saberes e Práticas, a qual me inseri no universo da docência e das diversas maneiras de repassar o conhecimento além do tradicional.

Porém o que mais me encantou durante minha trajetória no mestrado, foi a participação no PAE (Programa de Aperfeiçoamento de Ensino), acompanhando os alunos do terceiro ano do Curso de Bacharelado em Enfermagem na disciplina Cuidado Integral à Criança e ao Adolescente, junto à Prof^aDr^a Adriana Moraes Leite, durante as aulas práticas na Mater, e em provas e aulas, tive a oportunidade de contribuir com o processo ensino-aprendizagem com a associação da teoria e prática, orientando-os e conduzindo os alunos durante procedimentos técnicos, esclarecendo dúvidas, inserindo-me assim no mundo da docência.

Tive oportunidade de participar de 3 edições da Semana da Amamentação promovido pela Prefeitura de Ribeirão Preto, que foram excelentes e importantes como inspiração para o seguimento do meu projeto de mestrado.

Desde meu último ano de graduação, durante meu estágio supervisionado na Mater, comecei a questionar-me sobre a promoção e atenção à amamentação que era dado aquelas puérperas, também se alguns procedimentos ou aspectos do parto poderiam interferir no processo da amamentação durante a internação. Com isso, propusemos entender o que poderia interferir na dinâmica e manutenção da amamentação durante o nascimento e internação do RN.

Com relação à pesquisa aqui apresentada, tendo em vista a importância do trabalho do enfermeiro na promoção e na manutenção do aleitamento materno, compreendemos ser um estudo de relevância, uma vez que o enfermeiro está presente desde o pré-natal, onde há necessidade de orientações quanto ao trabalho de parto e parto, preparando as gestantes para as possibilidades de condução do parto e seus direitos; pré-parto, onde pode auxiliar no andamento do parto a fim de auxiliá-la a condução do parto normal, onde sabemos que pode ajudar na promoção da amamentação; durante o parto no centro obstétrico, promovendo contato pele a pele imediato ao nascimento e o aleitamento materno na primeira hora de vida; e no alojamento conjunto, auxiliando estas mães durante a amamentação e evitando complementações desnecessárias com fórmulas infantis, e utilizando métodos como relactação ou translactação quando há necessidade.

Para melhor contextualizar o tema em questão, iniciamos o presente estudo trazendo o aleitamento materno como prioridade na alimentação das crianças e a problemática do desmame e os fatores que os influenciam, desde o

trabalho de parto e nascimento até a alta do binômio na maternidade. São apresentadas as situações que podem auxiliar a promover ou interromper o aleitamento materno, tais quais, o Parto normal, Parto cesárea, Analgesia de trabalho de parto, Contato pele a pele ao Nascimento, Amamentação na primeira hora de vida, Tempo para início da primeira mamada, Tipo de aleitamento durante a internação, Tempo de internação.

No percurso metodológico descrevemos o tipo, o local e as participantes do estudo, bem como os procedimentos e o método utilizados para a coleta e análise dos dados e o atendimento aos preceitos éticos.

Os resultados apresentam as características sócio-demográficas das mães, dados do parto e nascimento do RN e aleitamento materno durante a internação e na alta.

Na discussão mostramos o que a literatura tem nos trazido como evidência em relação aos achados do estudo, comparando-os com nossos resultados.

Nas considerações finais apontamos as contribuições e limitações do estudo e implicações para o futuro.

Compreendendo que o processo de investigação é coletivo e a comunicação científica deve ocorrer de maneira formal e impessoal, enfatizando os fatos e os fenômenos estudados, a partir deste momento, utilizo na redação da presente tese a primeira pessoa do plural para a conjugação verbal.

Introdução

1 INTRODUÇÃO

O Aleitamento Materno é um inigualável meio de se prover alimentação ideal para um adequado crescimento e desenvolvimento infantil. Recomenda-se pela Organização Mundial da Saúde (OMS) e o Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF), o aleitamento materno por dois anos ou mais, para otimizar o crescimento e desenvolvimento, sendo exclusivo nos primeiros seis meses, mostrando-se a mais sábia estratégia natural de vínculo, afeto, proteção e nutrição para a criança e constitui a mais sensível, econômica e eficaz intervenção para redução da morbimortalidade infantil (BRASIL, 2015; BEAKE et al., 2016).

A promoção e o apoio da amamentação têm benefícios globais para a saúde materna e infantil, particularmente em países de baixa e média renda onde sua relevância para a sobrevivência infantil é incontestável (INAL; AYDIN; CANBULAT, 2016).

Nas últimas três décadas, a evidência por trás das recomendações de aleitamento materno têm evoluído acentuadamente. O leite materno é o alimento mais completo para o recém-nascido. Além de seus nutrientes, protege a criança fornecendo anticorpos contra diversas doenças. Vários estudos têm demonstrado o efeito protetor associado a doenças como o sarampo, alergias, otite média, diarreia, meningite, doenças cardiovasculares, diabetes e osteoporose na idade adulta (BENITES et al., 2014; VICTORA et al., 2016; HOBBS et al., 2016). Os benefícios para a mulher incluem taxas mais baixas de câncer de ovário, câncer de mama e diabetes tipo 2 (BEAKE et al., 2016; HOBBS et al., 2016).

Sabe-se que o aleitamento materno estimula o crescimento das estruturas e desenvolvimento das funções do sistema estomatognático e o crescimento facial harmônico, o qual ocorre por meio de movimentos realizados pelo bebê na ordenha, momento em que os maxilares são estimulados a crescer de forma bem direcionada. Além disso, esta prática proporciona amadurecimento oral, estimulando a tonicidade muscular e o desenvolvimento da articulação temporomandibular, promovendo espaço suficiente para a erupção dentária (GOMES et al., 2006).

O Brasil é referência mundial em aleitamento materno, investindo nesta prática desde 1981, com suas políticas e programas de promoção, proteção e apoio à amamentação, como o Programa Nacional de Incentivo ao Aleitamento Materno, a Rede de Bancos de Leite Humano, a Iniciativa Hospital Amigo da Criança, a licença maternidade remunerada e o envolvimento da mídia e da sociedade civil, sendo considerado modelo pela diversidade de ações. É possível constatar que o Brasil vem apresentando taxas de aleitamento materno maiores do que muitos países, como Estados Unidos, China e Reino Unido (VENANCIO et al., 2010; ROLLINS et al., 2016).

O sucesso dessa prática depende de inúmeros fatores, que podem influenciar positiva ou negativamente. Alguns relacionados aos fatores maternos, como fatores sociodemográfico da mulher, idade, etnia, rede de apoio, as características de sua personalidade e da sua atitude frente ao amamentar, tipo de parto e intervenções no mesmo. Alguns se relacionam aos recém-nascidos, como a idade gestacional, peso, estabilidade fisiológica e clínica, tônus muscular, experiência de sucção prévia, facilitação da organização comportamental do bebê, estado de consciência, controle do ambiente e das condições de nascimento. (FALEIROS; TREZZA; CARANDINO, 2006; FUJINAGA et al., 2013; BEAKE et al., 2016).

O momento de transição do meio intra para o extra-uterino é delicado e marcado por várias mudanças para o recém-nascido. No útero o feto tem um ambiente aconchegante, com temperatura e luminosidade constante, os ruídos são ouvidos de forma suave. Com o nascimento o recém-nascido tem que se adaptar gradualmente ao meio extra-uterino superando as dificuldades necessárias para o seu desenvolvimento (CRUZ; SUMAN; SPÍNDOLA, 2007).

Intraútero, o feto tem um ambiente apropriado, com temperatura e luminosidade constantes, os ruídos são ouvidos de forma suave. Com o nascimento, o recém-nascido tem que se adaptar gradualmente ao meio extrauterino superando as dificuldades necessárias para o seu desenvolvimento, o mesmo se depara com alguns procedimentos estressantes e dolorosos, advindos dos avanços tecnológicos da assistência. Alguns destes procedimentos podem produzir desorganização fisiológica e comportamental nos neonatos, refletindo-se negativamente aos mesmos

(VIVANCOS et al, 2010; TORNESE et al, 2012; CRESCÊNCIO; ZANELATO; LEVENTHAL, 2009).

Sabe-se que existem fatores que podem interferir no sucesso do aleitamento materno durante a internação na maternidade. O reconhecimento dos benefícios do aleitamento materno tem levado à busca das causas de seu insucesso frequente e interrupção precoce. Esse risco tem sido associado, dentre outros fatores, com o tipo de parto, particularmente com cesarianas. Conforme observado em estudos anteriores, as mães submetidas a cesarianas eletivas apresentaram maior risco de interrupção da lactação nos primeiros trinta dias após o parto. Os autores sugerem entre as possíveis explicações, a influência do tempo de hospitalização e o padrão de atendimento pós-operatório, dificultando o alojamento conjunto e o aleitamento à livre demanda, ou ainda, permitindo a introdução precoce de outros alimentos na dieta infantil (FIGUEIREDO et al., 2004).

Durante o trabalho de parto, há uma preocupação antiga a respeito do impacto negativo dos agentes analgésicos no sucesso da amamentação, podendo causar a inibição da sucção, demora no estabelecimento da amamentação, diminuição no estado de alerta neonatal, e redução das funções neurocomportamentais. Estudos relatam que os tipos e a quantidade da analgesia peridural podem afetar o sucesso da amamentação e que os neonatos que não foram submetidos a analgésicos exibiram um importante comportamento pré-amamentação (movimento espontâneo em direção ao peito e de massagear o mamilo da mãe), o qual se acredita contribuir para o aleitamento (MERCER et al., 2010).

Recém-nascidos expostos tanto à meperidina intravenosa, analgesia peridural com anestesia local, quanto a uma combinação de ambos, choraram mais e tiveram um retardo no desenvolvimento do comportamento de mamar nos primeiros 120 minutos após o nascimento. Mulheres que receberam analgesia peridural com alta dosagem de fentanil tiveram maior dificuldade em amamentar nas primeiras 24 horas (MERCER et al., 2010).

O Contato pele a pele (CPP) entre mãe e bebê logo após o nascimento favorece a colonização da pele do recém-nascido através da microbiota da mãe, facilita a regulação da temperatura corporal, mantém os níveis de glicemia estáveis, contribui

para a estabilidade cardiorrespiratória, estimula o desenvolvimento neurológico e organização do cérebro do bebê, além de diminuir a dor durante o reparo da episiotomia nas mães (ESTEVES, 2014; SHARMA, 2016; KOOPMAN et al, 2016; MCCALLIE et al., 2017).

O contato imediato após o nascimento, em substituição à separação imediata e intervencionista, é umas das preconizações das políticas de humanização na assistência ao nascimento e favorece o início precoce do vínculo afetivo mãe-filho, melhores condições adaptativas à vida extrauterina, início precoce e promoção do aleitamento materno, desmame tardio, prevenção de hemorragias puerperais e a redução da hospitalização por hiperbilirrubinemia neonatal (BRASIL, 2011). Foram comprovados os benefícios desta prática para a diminuição do tempo de choro durante procedimentos dolorosos em bebês com alguns dias de vida (VIVANCOS et al., 2010).

O CPP imediatamente após o nascimento permite o desenvolvimento de uma conexão entre a mãe e seu recém-nascido e promove o apego entre o binômio. Após a cesariana, tradicionalmente separa-se a mãe e o recém-nascido para a realizações dos cuidados ao bebê. No entanto, o CPP entre mãe e recém-nascido por pelo menos uma hora após o nascimento agora é reconhecida como o melhor cuidado pós-parto para partos vaginais e cesáreos (BOYD, 2017).

Visa-se com a implementação dessa prática, a fim de promover auxiliar o desenvolvimento psicomotor do RN, a modulação do comportamento do RN, ao melhor controle da homeostase e temperatura corporal, além de promover o aleitamento materno (BOCCOLINI, 2008).

Nas primeiras horas de vida, o RN tende a apresentar-se mais sonolento a depender da dosagem de drogas recebidas pela mãe na analgesia. Altos níveis plasmáticos dos analgésicos maternos têm como efeito colateral a depressão do sistema nervoso e por consequência o estado deprimido do RN, com repercussões negativas nas primeiras horas de vida para a amamentação (RADZYMINSKI, 2013).

A maneira como o parto decorre também tem sido mostrada como um fator que pode influenciar nos desfechos para o aleitamento materno. O período expulsivo é caracterizado pelo aumento da duração e frequência das contrações uterinas, inicia-

se a com a dilatação máxima e termina com a expulsão do feto; nessa fase ocorrem os puxos (AMORIM; PORTO; SOUZA, 2010).

Calegari et al. (2016) obteve dados significativos entre este período e o estado de sono e vigília durante a primeira mamada do RN em Alojamento conjunto e o tempo do parto, ou seja, quanto maior o tempo do período expulsivo, mais sonolentos os RN apresentaram-se nesse momento.

A amamentação na primeira hora de vida também é recomendada pela Organização Mundial da Saúde e corresponde ao Passo 4 da Iniciativa Hospital Amigo da Criança. Essa é uma das estratégias prioritárias para a promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno no país e baseia-se na capacidade de interação dos recém-nascidos com suas mães nos primeiros minutos de vida (BOCCOLINI, 2011).

Recomenda-se auxiliar as mães a iniciar o aleitamento na primeira hora após o nascimento, e o contato pele-a-pele precoce e prolongado no período pós-parto imediato, que se recomenda durar até a primeira mamada ou pelo tempo que a mãe desejar (BRASIL, 2011; BANDEIRA DE SA et al., 2016).

O aleitamento precoce depende também do estado de sono e vigília do RN, podendo interferir diretamente na manutenção do ritmo, duração e força de sucção na mamada, podendo variar de sono profundo a choro. Na primeira hora de vida o RN encontra-se em estado alerta, o qual é o ideal para o início da amamentação, uma vez que nele o mesmo está atento aos estímulos externos, apresentando maior consciência e prontidão para a amamentação. Caso seja postergada, todo o processo de amamentação e todos os benefícios que dele derivam podem ser prejudicados (PRADE et al., 2014).

Fujinaga et al. (2013) delimitam o estado de consciência do RN, como sono profundo, sono leve, sonolento, alerta quieto, alerta ativo e choro. No estado alerta quieto o RN pode responder bem aos estímulos visuais e auditivos, ou elicitación dos reflexos orais e interação social. Já o estado de alerta (acordado ou ativo) é considerado o mais adequado para o RN se alimentar de forma eficiente e sem riscos, pois neste estado ele potencializa sua capacidade de aprendizagem cognitiva, social e emocional. O estado de consciência também pode estar relacionado à presença ou ausência do reflexo oral e assim ao nível de fome. A presença do reflexo de procura

demonstrará se ele está receptivo para se alimentar, comportamento que está relacionado ao estado de consciência (geralmente alerta) e à presença de fome. Além de que a presença de reflexos de procura e de sucção poderá trazer indícios da prontidão do RN para início da amamentação.

Desde o nascimento, o choro é um sinal de comunicação entre o neonato e o ambiente, denotando necessidades emocionais e fisiológicas. Também pode ser indicativo de dor e de outros tipos de desconforto, tais como uma reação do neonato a certas práticas de assistência. Após o parto o RN tende a cessar o choro quando colocado em contato íntimo com sua mãe, sendo que o tempo de choro é maior quando o neonato é colocado diretamente em berço aquecido (BRANCO et al., 2006).

Algumas maternidades adiam o contato pele a pele e a amamentação precoce, pela priorização dada aos cuidados de rotina e o parto por cesariana, podendo interferir negativamente nestes momentos. Faz-se necessário orientar a família quanto a essa prática ainda na gestação para facilitar a adesão no momento do parto (D'ARTIBALE; BERCINI, 2013).

De acordo com Bocollini et al. (2011), a prevalência do aleitamento materno na primeira hora de vida foi reduzida pela metade entre as mães submetidas ao parto cesariano, podendo estar relacionado à anestesia e aos procedimentos cirúrgicos ocorridos no pós-parto. Estudos revelam maior facilitação para o estabelecimento da lactação mais precoce e efetiva no parto vaginal, uma vez que não há o fator dor incisional ou o efeito pós-anestésico da cesárea, podendo dificultar as primeiras mamadas. O primeiro contato mãe-filho ocorre mais precocemente no parto normal, enquanto na cesárea, há maior incidência de separação da criança e da mãe nas primeiras seis horas pós-parto, propiciando a introdução de fórmula láctea ou glicose para o recém-nascido já na unidade neonatal (FALEIROS; TREZZA; CARANDINO, 2006).

De acordo com Regan, Thompson e De Franco (2013), pacientes que se submetem a uma cesariana eletiva são menos propensas a iniciar a amamentação. Mulheres que tentam e têm sucesso na obtenção de parto vaginal após uma cesariana anterior são mais propensas a amamentar do que as mulheres que têm opção por parto cesáreo novamente. Além disso, aquelas mulheres que após um início de

trabalho de parto evoluem para o parto cesárea, também foram mais propensas a amamentar do que as mulheres que realizaram cesariana eletiva. Isto sugere que há influências sobre a escolha da paciente para o parto, que também podem influenciar a decisão da puérpera de amamentar.

A cesariana eletiva, sem trabalho de parto, não desencadeia a lactogênese II de imediato, por atraso das alterações hormonais, retardando o início da produção láctea e, frequentemente, há a necessidade de oferta de substitutos do leite materno, que interferem na amamentação (MEZZACAPPA; FERREIRA, 2016).

O início da amamentação na primeira hora de vida está diretamente ligado à maior duração do aleitamento materno na vida da criança, e conseqüentemente à redução da mortalidade infantil. Dentre as ações de apoio ao aleitamento materno recomendadas, é de fundamental importância a observação de cada dupla mãe/neonato durante uma mamada (ESTEVES et al., 2014).

A avaliação da mamada deve ser realizada o mais precocemente possível, preferencialmente na primeira mamada, onde a prontidão do recém-nascido para sugar a mama materna pode ser influenciada pelas condições do parto e nascimento. A qualidade da sucção é fundamental nos primeiros dias de vida para o prognóstico da amamentação, uma vez que pode causar problemas como lesão mamilar e pouca ingestão do colostro materno em situações de não eficácia da mesma (CALEGARI et al., 2016).

Outro fator identificado de modo a interferir negativamente no sucesso do aleitamento materno é a administração de complementos alimentares nas primeiras horas de vida. Segundo Meirelles et al. (2008), administrar substitutos do leite materno ao recém-nascido pode encorajar a mãe a fazer o mesmo ao retornar para casa, acreditando ser incapaz de produzir leite suficiente. Além disso, o uso do complemento diminui a frequência e a efetividade da sucção, reduzindo a quantidade de leite retirado das mamas e, conseqüentemente, retardando a produção ou diminuindo o volume de leite. Conseqüentemente, pode desestimular a manutenção do aleitamento materno exclusivo. Embora considerando essa interferência, em alguns casos o complemento pode ser necessário, ou podem advir circunstâncias que estimulem a sua prescrição.

Embora um dos passos para o sucesso do aleitamento materno da Iniciativa Hospital Amigo da Criança seja “não oferecer nenhum tipo de alimento ao recém-nascido sem que haja uma razão médica aceitável”, tem-se observado o oferecimento de complemento lácteo aos recém-nascidos internados em muitas maternidades que têm esse título. Esta conduta visa estimular a amamentação, a fim de não diminuir a frequência que o bebê é colocado em seio materno. A ingestão do complemento pelo bebê, seja lá por qual via for, substitui a necessidade da mamada pelo bebê, e em última instância, a manutenção da lactação na mama materna. O abandono do aleitamento materno exclusivo, segundo referência das mães, foi influenciado em 11,7% das vezes pelo pediatra que indicou a complementação do leite materno com fórmulas industrializadas. Estes profissionais podem influenciar no desmame precoce, por falta de atitude e práticas negativas, assim como por falta de capacitação no manejo adequado do aleitamento. Os médicos que acompanham as mães após a alta, em geral, não estão envolvidos nos preceitos da Iniciativa Hospital Amigo da Criança e recomendam indiscriminadamente a complementação, induzindo desta forma o desmame precoce (ROCCI; FERNANDES, 2014).

Durante a sucção do neonato, são esperados comportamentos miofuncionais orais, sendo eles, lábios vedados, compressão labial e formação de leve sulco nas comissuras labiais, movimentação dos músculos masseteres e movimentos mandibulares e ântero-posteriores da língua, a fim da obtenção do sucesso na prática do aleitamento materno. Embora a sucção seja um comportamento reflexo, ela pode ser intensificada ou modificada de acordo com as experiências obtidas. Alterações antes, durante e/ou após o nascimento, podem comprometer a alimentação e o desenvolvimento neuropsicomotor do bebê (MEDEIROS; BERNARDI, 2011).

Algumas estratégias foram lançadas visando ao estímulo e proteção ao aleitamento materno, em caso de dificuldades nos primeiros dias de vida do RN, em situações em que o mesmo ainda esteja com dificuldades de sugar a mama materna por prematuridade, dificuldade em coordenar sucção, deglutição e respiração, ou mesmo por causas maternas, como retardo da apojadura. Tais estratégias são: o uso do copo, técnica de translactação e relactação (BRASIL, 2011).

O uso do copo é recomendado pela OMS nos casos de recém-nascidos que sabidamente serão amamentados ou na possibilidade de esterilização precária da mamadeira. Questiona-se ainda se este método é eficaz para desenvolver o movimento de língua e mandíbula, necessário para o aleitamento materno. O método requer que o bebê apenas “sorva” o leite e então coordene a deglutição e a respiração, além disso, se o uso do copo ficar muito prolongado, sem que o bebê tenha a oportunidade de sugar em sua mãe, ele pode ficar acostumado com o copo e rejeitar o peito quando for oferecido, uma vez que os mecanismos são absolutamente diferentes (DOWLING et al., 2002; PEDRAS; PINTO; MEZZACAPPA, 2008; BRASIL, 2011).

A translactação consiste no estímulo precoce à sucção com a suplementação da alimentação do recém-nascido por meio de uma seringa preenchida de leite materno, acoplada a um tubo plástico inserido na boca do bebê. Coloca-se a bebê no peito abocanhando a aréola e a sonda, e à medida que ele sugar o peito, o leite da seringa fluirá pela gravidade através da sonda para dentro de sua boca. É definida com o uso da técnica para estimular recém-nascidos com dificuldade de sucção (BRASIL, 2011).

A relactação, por meio da translactação é definida como o estímulo das mamas para estabelecer ou restabelecer a produção láctea pela sucção das mamas utilizando a técnica de suplementação com leite artificial como gratificação para o recém-nascido (LIMA, 2006; BRASIL, 2011).

Qualquer técnica alternativa de oferta de dieta para o recém-nascido deve objetivar o treino de habilidades para a aceitação da amamentação natural, a qual estimula a neuromusculatura facial da criança, o que induz ao crescimento harmônico de todas as estruturas craniofaciais (MEDEIROS; BERNARDI, 2011).

Embora o uso dessas estratégias tenha a intenção de facilitar o aleitamento materno, tais intervenções acabam por causar nas mães, falta de confiança para amamentar, pois ao notarem a necessidade da complementação alimentar de seu filho, passam a acreditar que não terão possibilidade de seguir o aleitamento materno exclusivo ao irem de alta, uma vez que os maiores problemas durante a amamentação ocorrem nas primeiras semanas de vida do recém-nascido (MONTEIRO, 2008).

De acordo com o que foi apresentado tem-se como questionamento para a presente pesquisa: As condições de parto e todo o processo de nascimento envolvendo a internação do recém-nascido a termo em alojamento conjunto, interferem no desfecho da amamentação do mesmo conjunto durante a internação até a sua alta?

Objetivos

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVOS GERAIS

- Verificar a prevalência da amamentação em recém-nascidos a termo durante a internação;
- Verificar as variáveis de nascimento e de internação associadas à amamentação nessa ocasião.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Caracterizar as mães segundo as variáveis sociodemográficas;
- Caracterizar os recém-nascidos segundo as variáveis de parto e nascimento;
- Verificar o tipo de aleitamento dos recém-nascidos durante a internação;
- Associar as variáveis: tipo de parto, analgesia de trabalho de parto, contato pele a pele ao nascimento, amamentação na primeira hora de vida, tipo de aleitamento durante a internação e tempo de internação com a amamentação exclusiva durante a internação.

Material e Método

3 MATERIAL E MÉTODO

3.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de um estudo observacional, transversal, descritivo exploratório. Os estudos observacionais se caracterizam pela não intervenção do pesquisador na realidade, apenas observa e registra as informações de seu interesse para análise posterior. Os estudos transversais são utilizados quando se deseja estimar a frequência com que um determinado evento se manifesta em uma população específica, além dos fatores associados com o mesmo. Já os estudos descritivos são utilizados para analisar a distribuição de um evento, na população em termos quantitativos (POLIT; BECK; HUNGLER, 2004).

3.2 LOCAL DO ESTUDO

A pesquisa foi realizada no Centro de Referência à Saúde da Mulher de Ribeirão Preto- MATER, uma maternidade do interior do estado de São Paulo, campo de ensino, pesquisa e extensão da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo.

A instituição é destinada para a assistência da população feminina usuária do Sistema único de Saúde (SUS) de Ribeirão Preto e 26 municípios da região integrantes da DRS XIII, a mesma está inserida no sistema de referência para partos de baixo e médio risco, atendendo uma média de população de 1.300.000 de habitantes.

As clientes são encaminhadas para o serviço com 36 semanas de gestação pelo Projeto Nascer, realizam as consultas do pré-natal no serviço semanalmente até o nascimento do bebê. Após o nascimento as clientes são contra referenciadas às Unidades Básica de Saúde (UBS) para acompanhamento do puerpério e puericultura.

A Mater tem parceria com a Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto e Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, o que repercutiu na qualidade da assistência prestada e possibilitou a projeção nacional

desta maternidade como um centro de formação de profissionais nas áreas de medicina e enfermagem, com programas de extensão de elevada qualidade.

Intitulada Hospital Amigo da Criança é reconhecida pelo incentivo ao parto normal, ao aleitamento materno, ao alojamento conjunto e por prover atividades assistenciais e educativas junto às gestantes, parturientes e puérperas da comunidade visando uma assistência mais humanizada durante todo o ciclo grávido-puerperal.

A média de partos na maternidade no ano de 2016, foi de 241 ao mês, com um total de 2890 partos, tendo uma taxa de 25,2% de cesarianas e 74,8% de partos normais.

Quanto à sua estrutura, a unidade contém: Pronto atendimento, com 3 consultórios e 4 leitos de observação; Alojamento conjunto, com 40 leitos sendo, 32 leitos para assistência Obstétrica, 2 leitos para Clínica Médica, 4 para Clínica Cirúrgica Ginecológica, 2 para Cirurgia Ginecológica regime de Hospital Dia; Pré-parto, com 7 leitos; Centro Cirúrgico e Obstétrico, com 5 salas cirúrgicas e 2 leitos de Recuperação; Unidade de Cuidados Intermediários Neonatal (UCIN), com 5 leitos. Conta ainda com sala de ultrassonografia, cardiotocografia, sala para cursos e aulas, consultórios.

No momento em que se deu a coleta de dados do presente estudo, a instituição estava passando por reformas na estrutura física para sua ampliação, porém sem alteração na demanda atendida e serviços oferecidos durante esse período.

3.3 SUJEITOS DO ESTUDO

A população alvo foi constituída por RN a termo e suas mães que atendessem aos critérios de inclusão. A amostra foi constituída pelos binômios, cujo nascimento ocorreu no período entre 06/03/2017 e 01/08/2017, período este que se deu a coleta de dados da pesquisa.

Os critérios de inclusão na amostra foram: binômios internados em alojamento conjunto, com amamentação em livre demanda, RN de idade gestacional entre 37 e 41 semanas e 6 dias, Apgar ≥ 7 no 5º minuto, filhos de mães que possuíssem mamilos protrusos ou semi-protrusos.

Como critérios de exclusão, foram excluídos RN acometidos por algum processo patológico ou de má adaptação à vida extra-uterina, com doença congênita do sistema nervoso, malformação ou prejuízos neurológicos, com disfunção do sistema estomatognático que interferissem na mecânica de sucção, filhos de mães soropositivas para o vírus HIV, drogaditas, diabéticas e que possuísem algum trauma mamilar. Tais informações foram obtidas por meio da consulta de prontuários e do exame físico da mama materna.

3.4 VARIÁVEIS DO ESTUDO

Passamos, a seguir a mencionar as variáveis do estudo, baseando-nos em que nos traz a literatura para justificar o porquê da escolha pelas mesmas para a inclusão nessa pesquisa.

3.4.1 Tipo de parto

A lactogênese mostrou-se significativamente menor nos primeiros 5 dias pós-parto em mulheres que realizaram cesariana em comparação com mulheres com parto vaginal, sendo uma barreira potencial para a iniciação da amamentação, a qual pode ser causada pelo início retardado da produção de leite (WALLENBORN; GRAVES; MASHO, 2017).

Além dos efeitos fisiológicos, estudos anteriores têm a hipótese de que a dor após a cesariana pode provocar a falta de contato entre o peito e o bebê, o que está associado à possibilidade de menor duração da amamentação (WALLENBORN; GRAVES; MASHO, 2017).

De acordo com o estudo de HAKALA et al. (2017), o início da amamentação foi bem-sucedida dentro de uma hora após um parto, quando o mesmo foi realizado por via vaginal, enquanto houve alguns problemas após uma cesariana.

A taxa de cesariana no ano de 2016 na maternidade estudada foi de 25,2%, acima do recomendado pela OMS, que preconiza o percentual de 10-15% de partos

cesárea em hospitais que atendem gestante com baixo e médio risco, como é a instituição em questão (OMS, 2015; RIBEIRÃO PRETO, 2017).

3.4.2 Uso de analgesia de trabalho de parto

O uso de analgésicos tornou-se cada vez mais popular como método de alívio da dor durante o trabalho de parto, no entanto, seus efeitos sobre a amamentação permanecem obscuros. Muitos estudos relataram que os opióides, particularmente quando utilizados epiduralmente, atravessam a placenta e influenciam negativamente o neurocomportamento do recém-nascido. Outros relataram que os efeitos farmacológicos destes agentes são responsáveis por problemas durante o início do aleitamento materno (YOUSEFSHAHI et al., 2016).

Considerando a humanização do parto, no local de pesquisa a prática de opção pela analgesia tem se dado desde que foi fundada a maternidade.

3.4.3 Contato pele a pele ao nascimento

O contato pele a pele é o posicionamento do recém-nascido nu no peito nu da mãe, coberto com um manto quente, na primeira hora após o nascimento. Após o nascimento por cesariana nos centros obstétricos, a equipe de saúde tradicionalmente separa a mãe do recém-nascido. No entanto, o CPP entre mãe e recém-nascido durante pelo menos uma hora após o parto é agora reconhecido como o melhor atendimento pós-parto para partos vaginais e cesáreas (BOYD, 2017).

O contato pele a pele (CPP) imediatamente após o nascimento permite o desenvolvimento de uma conexão entre a mãe e seu recém-nascido, encorajando uma interação positiva entre o binômio. Este apego é necessário para a sobrevivência do recém-nascido e a natureza forneceu ativadores bioquímicos que estimulam os circuitos de recompensa do cérebro para aumentar os comportamentos de cuidados maternos (BOYD, 2017; HAKALA et al., 2017).

Por ser um Hospital Amigo da criança, a prática do contato pele a pele deve ser realizada, já que é o Passo 4 entre os Dez Passos para o Sucesso do Aleitamento Materno dessa iniciativa.

3.4.4 Amamentação na primeira hora de vida

A primeira hora após o nascimento é ideal para iniciar o aleitamento materno. Os recém-nascidos estão alertas, responsivos e totalmente ativos para seguir seus instintos naturais para encontrar e sugar os seios de suas mães. Durante a estimulação precoce do mamilo, a liberação rápida de prolactina e oxitocina ajuda no início da produção de leite e contração uterina (LAU et al., 2017).

Assim como o Contato pele a pele, a amamentação deve ser estimulada na primeira hora de vida do nascimento, conforme preconizado na Iniciativa Hospital Amigo da Criança.

3.4.5 Tempo para início da primeira mamada

A iniciação precoce do aleitamento materno ajuda os bebês a lembrar-se do gosto, do cheiro e da sensação associada à amamentação. Entender os fatores que possivelmente influenciam o início precoce da amamentação é significativo para o oferecimento de estratégias mais efetivas, pois a iniciação precoce da amamentação é um preditor consistentemente significativo para a duração mais longa da amamentação exclusiva (LAU et al., 2017).

Uma vez que a amamentação deve ser estimulada e o RN colocado para sugar o seio materno na primeira hora de vida, quanto mais precoce esta estimulação, mais chances do sucesso e manutenção do aleitamento materno. Por isso é recomendado a amamentação ainda na sala de parto, logo após o nascimento.

3.4.6 Tipo de aleitamento durante a internação.

Através da literatura observamos que alguns fatores podem levar à cessação da amamentação e à introdução da fórmula alimentar. Estudos anteriores demonstraram que alguns fatores relacionados ao trabalho de parto, como tipo de parto e sua condução e analgesia peridural, podem afetar a amamentação (MORILLO et al., 2017).

A instituição estudada, tem como opção para os bebês com dificuldades na amamentação: a relactação, translactação, uso do copo com fórmula infantil ou leite cru ordenhado.

3.5 DEFINIÇÃO DE TERMOS: ALEITAMENTO MATERNO/ AMAMENTAÇÃO

Tomamos como base, para a elaboração e interpretação dos dados referentes ao aleitamento do recém-nascido no presente estudo, as definições consideradas pela Word Health Organization (2007 e 2010):

- Aleitamento materno exclusivo (AME): Recebe apenas o leite materno como única fonte de nutrição;
- Aleitamento materno predominante (AMP): O leite materno é a fonte predominante de nutrição da criança, porém a criança também pode receber água, bebidas à base de água (água açucarada e com sabores, infusões, chá), suco de frutas, solução de sais de hidratação oral, etc.
- Aleitamento materno (AM): Recebe o leite materno além de fórmulas e/ou substituto do leite como fonte de nutrição.
- Aleitamento artificial/não aleitamento materno (AA): Recebe apenas fórmula e/ou qualquer substituto do leite como única fonte de nutrição.

- Amamentação exclusiva (AE) e Amamentação não exclusiva (Não AE): Para a presente pesquisa, ao invés do termo aleitamento materno exclusivo, consideramos, a definição de “amamentação exclusiva”, ou seja, o bebê sugar diretamente e exclusivamente na mama, uma vez que acreditamos que esta técnica de alimentação desde o nascimento é fundamental para a manutenção do aleitamento materno.

Como a definição de aleitamento materno exclusivo não assegura que o bebê esteja de fato mamando diretamente na mama materna, e sim esteja recebendo o leite materno, seja lá por qual via for, acreditamos que o termo amamentação, contempla mais o nosso objetivo para a presente pesquisa. Dessa forma, ao invés do termo “aleitamento materno”, utilizaremos o termo “amamentação” a partir de agora para a interpretação dos dados desse estudo.

3.6 PROCEDIMENTO DE COLETA DE DADOS

Inicialmente, foi realizado o esclarecimento da pesquisa para a mãe com o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice A). Após esta etapa, iniciou-se a coleta dos dados referentes à caracterização dos sujeitos, ao parto e nascimento, dados de internação e alimentação do recém-nascido. Visando contemplar os dados que porventura não estivessem anotados no prontuário, por exemplo: o contato pele a pele e amamentação na primeira hora de vida foi realizada uma entrevista com as mães. Para essas duas etapas, foi utilizado um instrumento de coleta de dados (Apêndice B).

De maneira geral os dados coletados envolveram as seguintes informações: dados maternos (data de nascimento, estado civil, escolaridade, procedência, ocupação, realização do pré-natal, o número de consulta do mesmo, intercorrências na gestação), dados do parto (início do trabalho de parto, realização de analgesia,

ocorrência de analgesia de repetição, data e hora do nascimento, presença do acompanhante durante o parto, tipo de parto); do nascimento (data, sexo, Apgar, peso, estatura, o aspecto do líquido amniótico, aspiração das vias aéreas em sala de parto, contato pele a pele e amamentação na primeira hora de vida); dados da internação do RN (tempo de internação, tempo para início da mamada, alimentação durante a internação).

3.7 ANÁLISE DOS DADOS

Os dados foram digitados em planilhas formatadas do programa Excel, com dupla digitação para verificar a consistência dos dados e transportados para análise estatística para o programa IBM SPSS Statistics versão 24 (2016).

Quanto à análise da caracterizações dos 120 binômios estudados, foram realizadas as frequências absolutas e relativas para as variáveis nominais e categóricas; para as variáveis numéricas, os intervalos obtidos (valor mínimo e máximo), mediana, média e desvio padrão.

Na complementação da análise, de acordo com o estudo, a análise foi fundamentada na estatística descritiva e na realização de testes estatísticos para análise comparativa entre as variáveis.

Para as variáveis nominais e categóricas (Estado civil, Escolaridade, Procedência, Ocupação, Realização e número de consultas de pré-natal, Tipo de parto, Uso de analgesia, Acompanhante no parto, Sexo do RN, Aspecto do líquido amniótico, Aspiração de vias aéreas superiores, Contato pele a pele ao nascimento, Amamentação na primeira hora de Vida, Tempo de internação, Uso de complemento, Aleitamento na alta), foram apresentadas as frequências absolutas e relativas; para as variáveis numéricas (Idade, Estatura e Peso do RN, Idade gestacional, Tempo para início da primeira mamada), foram apresentados os intervalos obtidos (valor mínimo e máximo), mediana, média e desvio padrão.

Para realização de associação entre as variáveis: Tipo de parto x (Amamentação na primeira hora de vida, Tempo para início da primeira mamada e Tempo de internação); Analgesia de parto x (Amamentação na primeira hora de vida

e Tempo para início da primeira mamada), foi realizada a análise bivariada, a partir das tabelas de contingência e aplicado o teste Qui-quadrado de Pearson ou o teste exato de Fisher, e também o cálculo da razão de chances (OR) considerando-se o nível de significância de $\alpha=0,05$.

As variáveis dependentes do estudo foram: Amamentação exclusiva e Amamentação não exclusiva, para a qual foi ajustado um modelo de regressão logística. Essas variáveis foram criadas a partir das variáveis: Uso de Copo (Sim/Não) e Uso de Relactação (Sim/Não). Resposta positiva em qualquer uma delas implica em uso de complemento, ou seja, Amamentação não exclusiva.

As variáveis independentes do estudo utilizadas foram: Tipo de parto (Normal/Cesárea), Contato pele a pele (Sim/Não), Amamentação na primeira hora de vida (Sim/Não), Tempo de internação (dias) e Tempo de início para primeira mamada (horas). O nível de significância utilizado nas análises foi de 5% ($\alpha = 0.05$). O programa utilizado nas análises foi o R versão 3.4.1.

3.8 ASPECTOS ÉTICOS

Após avaliação e autorização da Comissão de Pesquisa do Centro de Referência da Saúde da Mulher de Ribeirão Preto – Mater (Anexo 1), o projeto foi encaminhado para o Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (EERP-USP). Assim que o projeto foi aprovado pelo CEP da EERP-USP (CAAE: 62277936.3.0000.5393) - (Anexo 2), iniciou-se a coleta de dados. Os binômios foram incluídos no estudo somente após autorização da mãe, com assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido (Apêndice A). Dessa forma, foram tomados os cuidados explicitados nas Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisas envolvendo seres humanos, aprovadas pela Resolução (BRASIL, 2012).

Resultados

4 RESULTADOS

Os resultados estão organizados em quatro seções: 4.1 Caracterizações sóciodemográficas e gestacionais das mães do estudo; 4.2 Caracterização do trabalho de parto, parto e nascimento dos recém-nascidos; 4.3 Alimentação dos recém-nascidos durante internação; 4.4 Associações entre a Amamentação exclusiva (AE) e Amamentação não exclusiva (não AE) durante a internação dos recém-nascidos e variáveis selecionadas.

4.1 Caracterizações sóciodemográficas e gestacionais das mães do estudo

A idade materna variou entre 18 e 41 anos, sendo a média de 26 anos, desvio padrão de 6,12. Faixa etária 15 a 19 anos: 19 (15,8%); 20 a 24 anos: 40 (33,3%); 25 a 29 anos: 19 (15,8%); 30 a 34 anos: 31 (25,8%); 35 a 39 anos: 8 (6,7%); 40 a 45 anos: 3 (2,6). Observou-se que a maioria das puérperas era casada ou amasiada, 73 (60,8%).

Referente à escolaridade, 10 (16,7%) não haviam completado o ensino fundamental, 35 (29,2%) tinham o ensino fundamental completo, 58 (48,3%) haviam cursado o ensino médio completo, 4 (3,3%) não haviam completado o ensino superior e 3 (2,5%) possuíam ensino superior completo.

Quanto à procedência, 63 (52,5%) eram residentes de Ribeirão Preto, e as demais 57 (47,5%) eram procedentes das demais regiões da DRS XIII: Serra Azul, Serrana, Batatais, Brodowsky, Altinópolis, Cravinhos, Jardinópolis, Guataporã, Santa Rosa do Viterbo, Luiz Antônio, Dumont, São Simão, Cássia dos Coqueiros, Pitangueiras e Barrinha.

Em relação à ocupação, a maioria, 60 (50%) não realizavam atividade remunerada e consideraram-se do lar e 12 (10%) autônomas, as demais, 48 (40%) exerciam algum tipo de atividade remunerada, como: atendente, secretária,

receptionista, auxiliar de produção, telemarketing, auxiliar de serviços gerais, doméstica, balconista, encarregada, vendedora, operadora de caixa, e limpeza.

A Tabela 1 distribui esses dados na íntegra.

Tabela 1 - Distribuição das mães quanto às variáveis: idade, estado civil, escolaridade, ocupação e procedência. Ribeirão Preto, 2017.

Variáveis Maternas		
Idade materna em anos		
Média	25,99	
Mediana	25,00	
Desvio padrão	6,120	
Mínimo	18	
Máximo	41	
Idade materna em anos: faixa etária (n=120)	Frequência	%
15 - 19 anos	19	15,8
20 - 24 anos	40	33,3
25 - 29 anos	19	15,8
30 - 34 anos	31	25,8
35 - 39 anos	8	6,7
40 - 45 anos	3	2,6
Estado civil (n=120)		
Solteiro	45	37,5
Casado/amasiado	73	60,8
Separado	2	1,7
Escolaridade (n=120)		
Fundamental incompleto	20	16,7

Fundamental completo	35	29,2
Ensino médio completo	58	48,3
Superior incompleto	4	3,3
Superior completo	3	2,5
Total	120	100,0

Ocupação (n=120)

Do lar	60	50,0
Autônoma	12	10,0
Atendente	4	3,3
Secretária	3	2,5
Recepcionista	3	2,5
Auxiliar de produção	3	2,5
Telemarketing	4	3,3
Auxiliar de escritório	1	,8
Auxiliar serviços gerais	2	1,7
Doméstica	3	2,5
Porteira	1	,8
Protética dentária	1	,8
Logística	1	,8
Balconista	7	5,8
Auxiliar de costura	1	,8
Estudante	1	,8
Encarregada	2	1,7
Vendedora	3	2,5
Cabeleireira	1	,8
Operadora de Caixa	2	1,7
Barbeira	1	,8
Lavadeira	1	,8
Vigilante	1	,8

Limpeza	2	1,7
---------	---	-----

Procedência (n=120)

Ribeirão Preto	63	52,5
Serra Azul	3	2,5
Serrana	15	12,5
Batatais	2	1,7
Brodowsky	3	2,5
Altinópolis	4	3,3
Cravinhos	6	5,0
Jardinópolis	9	7,5
Guatapar	2	1,7
Santa Rosa do Viterbo	2	1,7
Luiz Antnio	4	3,3
Dumont	2	1,7
São Simão	1	,8
Cassia dos Coqueiros	1	,8
Pitangueiras	1	,8
Barrinha	2	1,7

Fonte: Prontuários maternos.

A maioria das mães, realizou o pré-natal 119 (99,2%), apenas uma relatou que não realizou nenhuma consulta de pré-natal (0,8%). O mínimo de consultas realizadas foi 0 e o máximo 18, tendo a mdia de 9,3 consultas, desvio padrão de 2,77.

Idade gestacional variou entre 37 e 42 semanas, média de 39 semanas, desvio padrão de 1,219. A paridade variou entre 1 (primigesta) a 8 gestações, com média de 2 gestações, desvio padrão de 1,467; o máximo de abortos entre as mães foram 2, média de 0,2 abortos, desvio padrão de 0,44. Quanto ao tipo de parto na ocasião da coleta, houve a ocorrência no mínimo 0 e máximo de 4 cesárias, com média de 0,63 e desvio padrão de 0,86.

Referente às intercorrências durante a gestação, 66 (55%) negaram qualquer tipo de intercorrência e 54 (45%) relataram ter ocorrido algum problema durante a gestação, sendo que 43 (79,6%) relataram terem sido acometidas por Infecção do Trato Urinário (ITU), e o restante 11 (20,4%) relataram outras intercorrências, como: Sífilis, Sangramento Vaginal, Descolamento de Placenta Prévio (DPP), Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), Depressão, Anemia, Hipotireoidismo, Candidíase e Paralisia Facial. Esses dados são apresentados na tabela a seguir.

Tabela 2 –Distribuição das mães quanto às variáveis: pré-natal, número de consultas, idade gestacional, gestações, partos, abortos e cesarianas anteriores, e intercorrências na gestação. Ribeirão Preto, 2017.

Variáveis gestacionais e obstétricas		
Realização do pré-natal (n=120)	Frequência	%
Sim	119	99,2
Não	1	,8
Intercorrências na gestação (n=120)		
Sim	54	45
Não	66	55
Tipos de Intercorrências (n=54)		
ITU	43	79,6
DPP	1	1,9
Sífilis	2	3,7
Sangramento	2	3,7
HAS	1	1,9
Depressão	1	1,9
Anemia	1	1,9
Hipotireoidismo	1	1,9

Candidíase	1	1,9
Paralisia facial	1	1,9

Idade gestacional em semanas

Média	39,40
Mediana	39,00
Desvio padrão	1,219
Mínimo	37
Máximo	42

Número de gestações

Média	2,24
Mediana	2,00
Desvio padrão	1,467
Mínimo	1
Máximo	8

Número de partos

Média	2,03
Mediana	2,00
Desvio padrão	1,338
Mínimo	1
Máximo	7

Número de abortos

Média	,20
Mediana	,00
Desvio padrão	,442
Mínimo	0
Máximo	2

Número de cesarianas

Média	,63
Mediana	,00
Desvio padrão	,869
Mínimo	0
Máximo	4

Número de consulta pré-natal

Média	9,30
Mediana	10,00
Desvio padrão	2,776
Mínimo	0
Máximo	18

Fonte: Prontuários maternos.

4.2 Caracterização do trabalho de parto, parto e nascimento dos recém-nascidos

A Tabela 3 apresenta a distribuição do recém-nascido quanto às variáveis: sexo, apgar, peso ao nascer, estatura e aspecto do líquido amniótico e aspiração de vias aéreas superiores em sala de parto.

Referente ao sexo dos bebês, 65 (54,2%) eram do sexo masculino e 55 (45,8%) eram do sexo feminino, o apgar no primeiro minuto variou entre 7 e 10, média de 8,3, desvio padrão de 0,752, e o apgar no quinto minuto variou entre 8 e 10, média de 9,3, desvio padrão de 0,626. O peso dos RN variou entre 2.150g e 4.695g, média de 3,299g, desvio padrão de 0,471; estatura variou entre 44cm a 54,5cm, média de 49,3, desvio padrão de 2,1. O aspecto do líquido amniótico foi constatado em sua maioria líquido claro 51 (42,5%), líquido claro com grumos 38 (31,7%), mecônio 31 (25,8%), foi realizada aspiração de vias aéreas superiores (AVAS) em 57 (47,5%), sendo destes, 25 (43,8%) nascidos de parto normal e 32 (56,2%) nascidos de parto cesárea.

Estes dados são mostrados na tabela a seguir.

Tabela 3 - Distribuição dos neonatos quanto às variáveis: sexo, Apgar, peso ao nascer, estatura, aspecto do líquido amniótico e aspiração de vias aéreas em sala de parto. Ribeirão Preto, 2017.

Variáveis de nascimento		
Variáveis categóricas		
Sexo (n=120)	Frequência	%
Feminino	65	54,2
Masculino	55	45,8
Aspiração de vias aéreas AVAS (n=120)		
Sim	57	47,5
Não	63	52,5
AVAS x Tipo de Parto (n=57)		
Parto normal	25	43,8
Parto cesáreo	33	56,2
Aspecto do líquido amniótico (n=120)		
Claro	51	42,5
Claro com grumos	38	31,7
Mecônio	31	25,8
Variáveis contínuas		
Peso		
Média	3,29900	
Mediana	3,26000	
Desvio padrão	,471823	
Mínimo	2,150	
Máximo	4,695	

Estatura

Média	49,363
Mediana	49,000
Desvio padrão	2,1410
Mínimo	44,0
Máximo	54,5

Apgar no primeiro minuto

Média	8,35
Mediana	8,00
Desvio padrão	,752
Mínimo	7
Máximo	10

Apgar no quinto minuto

Média	9,33
Mediana	9,00
Desvio padrão	,626
Mínimo	8
Máximo	10

Fonte: Prontuários dos neonatos.

Quanto ao tipo de parto, 75 (62,5%) dos recém-nascidos, nasceram de parto normal, sendo que 33 (44%) mães foram submetidas à analgesia de parto, destas, 9 (12%) foram submetidas pela segunda vez (repique). 45 (37,5%) dos recém-nascidos, nasceram de parto cesárea. A maioria das mães, ou seja, 115 (95,8%), relatou ter acompanhante durante o parto e 5 (4,2%) estavam sem acompanhante durante o parto.

Houve contato pele a pele ao nascer, referido pela mãe, entre 71 binômios (59,2%), sendo em 62 (87,3%) nascidos de parto normal e 9 (12,7%) nascidos de

parto cesárea; 31 (25,8%) dos bebês mamaram ao nascer, sendo em 28 (90,3%) nascidos de parto normal e 3 (9,7%) nascidos de parto cesárea.

A Tabela 4 descreve esses achados na íntegra.

Tabela 4 - Distribuição das variáveis: tipo de parto, analgesia de parto, acompanhante de parto, contato pele a pele ao nascer e amamentação na primeira hora de vida. Ribeirão Preto, 2017.

Variáveis de parto e nascimento		
Tipo de parto (n=120)	Frequência	%
Normal	75	62,5
Cesárea	45	37,5
Analgesia de parto (n=75)		
Sim	33	44,0
Não	42	56,0
Segunda analgesia (n=33)		
Sim	9	27,3
Não	24	72,7
Acompanhante no parto (n=120)		
Sim	115	95,8
Não	5	4,2
Contato pele a pele ao nascimento (n=120)		
Sim	71	59,2
Não	49	40,8

Contato pele a pele x tipo de parto (n=71)

Parto normal	62	87,3
Parto cesárea	9	12,7

AM na primeira hora de vida (n=120)

Sim	31	25,8
Não	89	74,2

AM na primeira hora x tipo de parto

Parto normal	28	90,3
Parto cesárea	3	9,7

Fonte: Prontuários maternos, dos neonatos e entrevista com as mães.

A Tabela 5 distribui os resultados referentes ao: tempo de internação, patologias e intercorrências durante a internação.

Quanto ao tempo de internação dos recém-nascidos, o mesmo variou entre 1 e 12 dias, tendo a média de 2,4 dias, desvio padrão de 1,55.

No que tange às patologias e intercorrências durante a internação, 112 (93,3%) dos recém-nascidos não apresentaram, sendo que dos 8 (6,7%) que apresentaram alguma intercorrência, 4 (50%) sofreram desconforto respiratório do RN, e os demais foram submetidos ou apresentaram: fototerapia, septicemia bacteriana, distócia de ombro ao nascimento e sífilis congênita. Tais dados são apresentados na Tabela 5.

Tabela 5 - Distribuição dos neonatos quanto à variável: patologias e intercorrências durante a internação. Ribeirão Preto, 2017.

Variáveis de internação		
Patologias/intercorrências internação (n=120)	Frequência	%
Sim	8	96,7
Não	112	93,3
Tipo patologia/intercorrência (n=8)		
Fototerapia	1	12,5
Distócia de ombro	1	12,5
Septicemia bacteriana	1	12,5
Desconforto Respiratório	4	50,0
Sífilis Congênita	1	12,5

Fonte: Prontuários dos neonatos.

4.3 Aleitamento dos recém-nascidos durante internação

Todos os recém-nascidos, 120 (100%) sugaram seio materno em algum momento durante a internação. Utilizaram o copo 17 (14,2%), sendo 1 (6%) com leite cru ordenhado e 16 (94%) com fórmula infantil; apenas 1 (0,8%) bebê foi submetido à técnica de translactação, e em 16 (13,3%) foi realizada a relactação. Quanto à alta, 116 (96,7%) saíram em amamentação exclusiva e 4 (3,3%), em amamentação não exclusiva, destes que saíram com complementação, todos os bebês 4 (100%), nasceram de parto cesárea.

Tais dados são apresentados na tabela a seguir.

Tabela 6 – Distribuição dos neonatos quanto ao tipo de aleitamento e técnica de alimentação durante a internação. Ribeirão Preto, 2017.

Tipo e técnica de aleitamento durante a internação		
Variáveis categóricas		
Colocado para sugar seio materno (n=120)	Frequência	%
Sim	120	100
Não	0	,0
Uso do copo (n=120)		
Sim	17	14,2
Não	103	85,8
Copo - Leite cru ordenhado (n=17)		
Sim	1	5,8
Não	16	94,2
Copo - Fórmula infantil (n=17)		
Sim	17	100,0
Não	0	,0
Translactação (n=120)		
Sim	1	,8
Não	119	99,2
Relactação (n=120)		
Sim	16	13,3
Não	104	86,7

Tipo de aleitamento na alta (n=120)

Amamentação exclusiva (AE)	116	96,7
Amamentação não exclusiva (não AE)	4	3,3

Tipo de parto x não AE (n=4)

Parto normal	0	,0
Parto cesárea	4	100,0

Variáveis contínuas**Copo - Fórmula infantil (número de vezes)**

Média	4,53
Mediana	3,00
Desvio padrão	3,502
Mínimo	1
Máximo	12
Máximo	1

Copo - Leite cru ordenhado (número de vezes)

Média	1,00
Mediana	1,00
Desvio padrão	
Mínimo	1
Máximo	1

Translactação (número de vezes)

Média	2,00
Mediana	2,00
Desvio padrão	
Mínimo	2
Máximo	2

Relactação (número de vezes)

Média	6,38
Mediana	5,50
Desvio padrão	4,530
Mínimo	2
Máximo	21

Tempo de internação em dias

Média	2,44
Mediana	2,00
Desvio padrão	1,555
Mínimo	1
Máximo	12

Fonte: Prontuários dos neonatos.

A Analgesia de trabalho de parto, de acordo com a análise, não mostrou associação com o Contato pele a pele. Segue os achados na tabela 7 abaixo.

Tabela 7 – Associação entre as variáveis contato pele a pele ao nascimento e analgesia de trabalho de parto. Ribeirão Preto, 2017.

Associação entre contato pele a pele e analgesia de trabalho de parto		
Analgesia	Contato pele a pele	
	Sim	Não
Sim	26 (41,9%)	7 (53,8%)
Não	36 (58,1%)	6 (46,2%)
Teste exato de Fisher	*p-valor	0,5427

Fonte: A autora.

* Teste exato de Fisher.

De acordo com a análise, foi demonstrado associação entre contato pele a pele ao nascimento e o tipo de parto ($p < 0,0001$). A seguir a tabela com estes achados.

Tabela 8 – Associação entre as variáveis contato pele a pele ao nascimento e tipo de parto. Ribeirão Preto, 2017.

Associação entre contato pele a pele ao nascimento e tipo de parto		
	Contato pele a pele	
Tipo de parto	Sim	Não
Parto normal	32 (87,3%)	13 (26,5%)
Parto cesárea	9 (12,7%)	36 (73,5%)
Teste exato de Fisher	*p-valor	<0,0001

Fonte: A autora.

* Teste exato de Fisher.

Pela razão de chances tem-se que os bebês nascidos de parto normal têm 18,4 vezes mais chances de serem colocadas em contato pele a pele ao nascimento com suas mães, do que bebês nascidos de parto cesárea.

Da análise de associações realizada entre as variáveis amamentação ao nascimento e analgesia, nota-se que não houve associação entre amamentação precoce com analgesia de parto. A tabela a seguir mostra esse achado.

Tabela 9 – Associação entre as variáveis amamentação na primeira hora de vida e analgesia de trabalho de parto. Ribeirão Preto, 2017.

Associação entre amamentação e analgesia de trabalho de parto		
Analgesia	Amamentação na primeira hora de vida	
	Sim	Não
Sim	13 (46,4%)	20 (42,6%)
Não	15 (53,6%)	27 (57,4%)
Teste exato de Fisher	*p-valor	0,8122

Fonte: A autora.

* Teste exato de Fisher.

Houve porém, associação entre amamentação precoce e o tipo de parto ($p=0,002$), conforme mostra a Tabela 10.

Tabela 10 – Associação entre as variáveis amamentação na primeira hora de vida e tipo de parto. Ribeirão Preto, 2017.

Associação entre amamentação na primeira hora e tipo de parto		
Tipo de parto	Amamentação na primeira hora de vida	
	Sim	Não
Parto normal	28 (90,3%)	47 (52,8%)
Parto cesárea	3 (9,7%)	42 (47,2%)
Teste exato de Fisher	*p-valor	0,0002

Fonte: A autora.

* Teste exato de Fisher.

Pela razão de chances tem-se que os bebês nascidos de parto normal têm 8,2 vezes mais chances de mamar ao nascimento do que bebês nascidos de parto cesárea.

A Tabela 11, mostra que houve diferença estatística entre o tipo de parto e o tempo para iniciar a primeira mamada, ($p < 0,0001$), ou seja, mulheres que tiveram parto normal, tiveram uma média menor de tempo para iniciar a primeira mamada, quando comparadas a mulheres submetidas a cesariana.

Tabela 11 – Comparação do tempo para início da primeira mamada entre tipos de parto. Ribeirão Preto, 2017.

Comparação do tempo para início da primeira mamada entre tipos de parto					
Início 1ª mamada	Mínimo	Mediana	Média	Máximo	Desvio padrão
Parto normal (75)	0,1167	1,2667	1,6018	4,9833	1,0470
Parto cesárea (45)	0,8667	2,4167	3,4541	12,3833	2,7268
*p-valor	<0,0001				

Fonte: A autora.

* Teste exato de Fisher

Diferentemente do que foi exposto acima, a Tabela 12 revela que não houve diferença significativa entre a ocorrência ou não de analgesia de trabalho de parto e do tempo para iniciar a primeira mamada.

Tabela 12– Comparação do tempo para início da primeira mamada entre ocorrência ou não de analgesia de trabalho parto. Ribeirão Preto, 2017.

Comparação do tempo para início da primeira mamada entre ocorrência ou não de analgesia de trabalho parto					
Início 1ª mamada	Mínimo	Mediana	Média	Máximo	Desvio padrão
Com analgesia (33)	0,1500	1,3833	1,6465	4,9833	1,2020
Sem analgesia (42)	0,1167	1,2583	1,5667	4,7167	0,9208
*p-valor	0,8185				

Fonte: A autora.

* Teste exato de Fisher

De acordo com a Tabela 13, pode-se notar que houve significância estatística entre o tipo de parto e tempo de internação do recém-nascido($p=0,0003$), ou seja, o recém-nascido em média permanece mais tempo internado quando nascido de cesariana.

Tabela 13 – Comparação do tempo de internação entre os tipos de parto. Ribeirão Preto, 2017.

Comparação do tempo de internação entre os tipos de parto					
Tempo internação	Mínimo	Mediana	Média	Máximo	Desvio padrão
Parto normal (75)	1,0000	2,0000	2,2400	12,0000	1,6833
Parto cesárea (45)	2,0000	2,0000	2,7778	7,0000	1,2593
*p-valor	0,0003				

Fonte: A autora.

* Teste exato de Fisher

4.4 Associações entre a Amamentação exclusiva (AE) e Amamentação não exclusiva (não AE) durante a internação dos recém-nascidos e variáveis selecionadas

Com a regressão logística (Tabela 14), nota-se que conjuntamente as variáveis: Tipo de parto (Normal/Cesárea), Contato pele a pele (Sim/Não), Amamentação na primeira hora de vida (Sim/Não), Tempo de internação (dias) e Tempo para início da primeira mamada (horas), não apresentaram significância estatística com relação a Amamentação exclusiva durante a internação.

Tabela 14 – Associação entre Amamentação exclusiva (AE) e Amamentação não exclusiva (não AE) com as variáveis: Tipo de parto (Normal/Cesárea), Contato pele a pele (Sim/Não), Amamentação na primeira hora de vida (Sim/Não), Tempo de internação (dias) e Tempo para início da primeira mamada (horas). Ribeirão Preto, 2017.

Associação entre AE e não AE e as variáveis				
Parâmetros	Estimativas	Erro Padrão	Valor z	p-valor
(Intercept)	-3,7904	0,9136	-4,1490	0,0000
Tipo de Parto (Parto Cesárea)	1,1250	0,6874	1,6370	0,1017
CPP (Não)	0,7724	0,6740	1,1460	0,2518
Amamentação 1ª hora (Não)	0,5315	0,8856	0,6000	0,5484
Tempo internação	0,2542	0,1439	1,7670	0,0772
Tempo início 1ª mamada	0,0878	0,1205	0,7290	0,4659

Fonte: A autora.

* Teste exato de Fisher

Discussão

5 DISCUSSÃO

A idade materna que prevaleceu no estudo esteve na faixa etária entre 20 e 24 anos (33,3%), o que está em concordância com a porcentagem nacional de taxa de fecundidade no Brasil, que mostra a maioria (27%) nesta faixa etária (IBGE – Censo demográfico - 2010). E está de acordo com a faixa etária da Mater no ano de 2016, de 20 a 24 anos (31,1%) (RIBEIRÃO PRETO, 2017).

Relataram término do ensino médio 48,3% das mães, o que está em consonância com os dados da maternidade estudada em 2016, onde a maioria (75,8%) estudaram de 8 e 11 anos (RIBEIRÃO PRETO, 2017).

A maioria das mães referiu estar casada ou amasiada 73 (60,8%), de acordo com Dodt et al. (2013), mulheres casadas ou amasiadas tendem a sentir-se mais confiantes em relação à amamentação, podendo ter o companheiro como rede de apoio para a prática, auxiliando tanto no início quanto manutenção da amamentação.

A maioria das mães era residente de Ribeirão Preto (52,5%) o que está de acordo com a procedência das gestantes da Mater no ano de 2016 (58,1%) (RIBEIRÃO PRETO, 2017).

Apenas uma mãe (0,8%) não realizou o pré-natal. Das 119 (99,2%) que realizaram, houve uma média de 9,3 consultas, o que está de acordo com o recomendado pelo Ministério da Saúde de no mínimo 6 consultas pré-natal (BRASIL, 2005), e está de acordo com a média de consultas pré-natal realizada na Mater no ano de 2016, que foi de mais de 7 consultas (81,3%) (RIBEIRÃO PRETO, 2017).

Em relação às variáveis maternas, Uema et al. (2015) identificou, a partir dos artigos científicos analisados numa revisão sistemática, 14 variáveis associadas ao AM: idade, escolaridade, trabalho, licença maternidade, primiparidade, tipo de parto, realização de pré-natal, número de consultas realizadas durante o pré-natal, classe econômica/renda, local de residência, dificuldade inicial para o AM, influência familiar, orientações recebidas e acesso ao serviço de saúde, AME em menores de quatro e seis meses e AM em menores de 12 meses. Destas, as variáveis mais frequentes foram: idade, escolaridade, trabalho, paridade, tipo de parto, número de consultas no

pré-natal e licença maternidade. Os mesmos autores afirmam que nem toda a literatura analisada encontrou associação significativa entre a variável e o aumento da prevalência do AM.

No que se referente ao sexo dos recém-nascidos, foi constatado que 65 (54,2%) eram do sexo feminino e 55 (45,8%) eram do sexo masculino, condizente ao número de nascidos vivos do sexo masculino na Mater e em Ribeirão Preto no ano de 2016, que foi cerca de 7% e 2% maior que o sexo feminino respectivamente (RIBEIRÃO PRETO, 2017).

Quanto ao peso ao nascer, o estudo mostrou uma média de 3,299g, o qual está de acordo com os dados referentes aos nascidos no ano de 2016, os quais tiveram a média de peso entre 3.000g e 3900g, em Ribeirão Preto e na maternidade onde foi realizado o estudo, com percentuais de 63% e 68%, respectivamente (RIBEIRÃO PRETO, 2017).

A aspiração de vias aéreas superiores foi realizada em 57 (47,5%) dos bebês ao nascimento, sendo destes, 25 (43,8%) nascidos de parto normal e 32 (56,2%), nascidos de parto cesárea, que está de acordo com o estudo de Moreira et al., 2014, onde a maioria das aspirações de vias aéreas superiores ocorreu após o parto cesárea.

Quanto aos achados de prevalência da amamentação, apenas 4 (3,3%) dos RN tiveram alta hospitalar em amamentação não exclusiva, os demais 116 (96,7%), deixaram o hospital em amamentação exclusiva.

Na regressão logística realizada neste estudo, nota-se que conjuntamente as variáveis: Tipo de parto (Normal/Cesárea), Contato pele a pele (Sim/Não), Amamentação na primeira hora de vida (Sim/Não), Tempo de internação (dias) e Tempo para início da primeira mamada (horas), não apresentaram significância estatística com relação a Amamentação exclusiva durante a internação.

De acordo com estudos de Vivancos et al. (2008), bebês que foram colocados em contato pele a pele ao nascimento e que mamaram precocemente ao nascimento foram associados à amamentação exclusivas, quando comparados aqueles que não foram submetidos a essas práticas.

Alzhaheb (2017) indicou através de regressões logísticas que a amamentação exclusiva aos 6 meses foi menos propensada a ser praticada por mães que trabalhavam e por bebês nascidos via cesariana ou com baixo peso.

Estudos de Pérez-Ríos, Ramos-Valencia e Ortiz (2008) concluíram que o parto cesárea contribui negativamente para o início e manutenção da amamentação exclusiva.

De acordo com Jiang et al. (2016) cessar a amamentação está associado à cesariana e ao início tardio da amamentação.

Embora os achados da regressão não tenham mostrado associações entre essas variáveis e a amamentação materna, consideramos importante, nesse momento, discorrer sobre alguns achados do estudo referentes às variáveis de parto e nascimento dos recém-nascidos.

Quanto ao tipo de parto, no estudo obteve-se o número de 75 (62,5%) partos normais e 45 (37,5%) partos cesáreas, apresentando uma diferença percentual de 12,2% comparado ao percentual de partos normais (74,5%) e partos cesárea (25,3%) que foi realizado na instituição estudada no ano de 2016, e diferentemente do registro de dados referente aos partos realizados nos hospitais em Ribeirão Preto, cujo registro mostra um percentual de 53,6% de partos cesáreas e 46,4% de partos normais em 2016 (RIBEIRÃO PRETO, 2017). Porém nestes dados estão inseridos também os hospitais e maternidades de alto risco, sendo um do SUS e os demais particulares, o que pode explicar o maior número de partos cesáreas, uma vez que este procedimento é mais realizado nos partos de alto risco e em hospitais particulares e que não fazem parte do IHAC.

Entretanto a porcentagem de partos cesáreas constatada no estudo (37,5%) não está de acordo com o recomendado pela OMS, a qual estabelece a taxa ideal de 10 a 15% de cesarianas em maternidades que atendem gestantes de baixo risco, como a instituição onde foi realizado o estudo (OMS, 2015).

É importantes ressaltar que todos os RN que tiveram alta hospitalar em amamentação não exclusiva no presente estudo, nasceram de parto cesárea. A literatura indica que mulheres que realizaram uma cesariana planejada ou de urgência, amamentam significativamente menos quando comparadas a mulheres

submetidas ao parto normal, sendo que estas apresentam menor risco de cessar totalmente a amamentação no primeiro mês (BENITES et al., 2014).

As cesarianas estão associadas a desfechos de saúde materno-infantil ruins, como maior incidência de infecção materna e hemorragia uterina, e dificuldade respiratória infantil e hipoglicemia, o que pode afetar negativamente o sucesso da amamentação (HOBBS et al., 2016).

São conhecidas por causar problemas como dor, estresse, fadiga e mobilização tardia em mães. As mães estão concentradas em seu próprio processo de recuperação, o que pode afetar o início e a continuação da amamentação, necessitando de maior apoio da equipe a estas puérperas, para sucesso da mesma (TOKAT et al., 2015).

No presente estudo não foi constatado significância estatística que aponte a analgesia como um precursor para complementação com fórmula infantil durante a internação, ou de demora para início da amamentação.

O uso de analgésicos tornou-se cada vez mais popular para a analgesia no trabalho de parto, no entanto, seus efeitos sobre a amamentação permanecem obscuros. Muitos estudos relataram que os opióides, particularmente quando utilizados epiduralmente, atravessam a placenta e influenciam negativamente o neurocomportamento do recém-nascido. Outros relataram que os efeitos farmacológicos desses agentes são responsáveis pelo problema da amamentação relatada nesses indivíduos. Porém, há no entanto, relatos contraditórios sobre o impacto do consumo desses opióides na amamentação (YOUSSEF SHAHI et al., 2016).

Vários estudos apontaram a influência negativa da analgesia peridural na duração da amamentação, enfatizando que o consumo de doses mais elevadas de fentanil, que atravessa facilmente a placenta, pode levar à depressão neonatal e afetar negativamente a amamentação. Estudos relataram que as mulheres que eram submetidas a analgesias epidurais eram menos propensas a amamentar totalmente seu bebê nos poucos dias após o nascimento e são mais propensas a parar de amamentar nas primeiras 24 semanas (YOUSSEF SHAHI et al., 2016).

Estudo de Lind; Perrine; Li (2014) constatou maior probabilidade de não ocorrer a amamentação materna precoce em mulheres que receberam medicação para dor

no trabalho de parto quando comparadas a mulheres que não receberam tais medicações, indica-se que isso ocorre devido ao aumento do tempo de lactogênese, definido como o tempo entre o parto e o aumento da produção do leite. É considerado como maior risco a associação entre o uso destas analgesias e o parto cesareo, acarretando no início tardio da lactação. Porém, de acordo com estudos de Yousefshahi et al. (2016), o uso da morfina espinhal não tem impacto na amamentação.

O contato pele a pele (CPP) precoce, que consiste em colocar o recém-nascido nu no peito nu da mãe, logo após o nascimento, foi recomendado como um componente importante dos cuidados imediatamente após o nascimento e está incluído como requisito da Organização Mundial de Saúde Iniciativa do Hospital Amigo da Criança e do Fundo das Nações Unidas para Crianças (OMS / UNICEF) (SHARMA, 2016).

Como resultado da associação entre Contato pele a pele e tipo de parto, constatou-se que o mesmo foi realizado em 59,2% dos nascimentos, sendo 62 (87,3%) nascidos de parto normal e 9 (12,7%) nascidos de parto cesárea. Pela razão de chances tem-se que os bebês nascidos de parto normal têm 18,4 vezes mais chances de serem colocados em contato pele a pele do que bebês nascidos de parto cesárea, sugerindo que o parto normal facilita o contato pele a pele, o qual facilita o início precoce do aleitamento materno. Observa-se que a prática do 4º passo do IHAC está sendo bem implementada na maternidade nas situações de partos normais, porém os dados mostraram haver dificuldade dessa prática nos partos cesáreos. Tal dificuldade não impede essa prática nessas situações, se a equipe estiver informada e treinada para trabalhar a favor desse propósito.

O CPP cria um ambiente ótimo para adaptação de recém-nascidos à vida extrauterina, quando se estabelece o mesmo precocemente e por no mínimo uma hora, auxilia o desencadeamento de ações comportamentais de pré-amamentação no RN, descritos como um breve descanso em estado alerta para se adaptar ao novo ambiente; levar as mãos à boca, realizando tentativas de sugar, sons e tocar o mamilo com a mão; focar a área escura da mama; movimentar-se em direção à mama e

procurá-la, e encontrar a área do mamilo e pegar a mama com a boca aberta (D'ARTIBALE; BERCINI, 2014; SHARMA, 2016).

Esta prática promove o vínculo mãe-bebê, através da estimulação verbal e tátil, gerando confiança da mãe na sua capacidade de amamentar, estimulando a manutenção do aleitamento materno a longo prazo (SAMPAIO; BOUSQUAT; BARROS, 2016; TOKAT et al., 2015).

As rotinas, cuidados e práticas realizadas ao nascimento, determinadas pela instituição e equipe assistencial, podem minimizar o contato entre mãe-bebê, podendo reduzir a prevalência da amamentação materna precoce (BOCCOLINI et al., 2011).

Estudos revelam que quando as mães são submetidas ao parto cesárea, tanto o contato pele a pele quanto o tempo de permanência do bebê com a mãe logo após o nascimento podem ser prejudicados e diminuídos, sendo o parto normal associado ao contato pele a pele precoce e ao aleitamento na primeira hora de vida dos bebês (SAMPAIO; BOUSQUATA; BARROS, 2016).

Atualmente, é uma prática de rotina para as mães e os bebês serem separados por várias horas após uma cesariana, isso reduz suas oportunidades para contato inicial de pele a pele e para iniciar a amamentação, por este retardo significativo no início da amamentação, são menos propensas a amamentar, sendo a amamentação na primeira hora uma medida crucial para manutenção da mesma, podendo acarretar na redução da frequência e duração da amamentação e consequentemente no aumento da utilização de bicos artificiais, e oferecimento de chupetas (ALBOKHARY; JAMES, 2014; BUCCINI; BENICIO; VENANCIO, 2014; CHAPLIN; KELLY; KILDEA, 2016; HOBBS et al., 2016).

A amamentação precoce pode ser retardada devido alguns efeitos da cesariana, como a perturbação na interação mãe-bebê pela separação dos mesmos, sendo a primeira hora crucial para estabelecer essa relação. Os cuidados pós-operatórios podem retardar ou interromper o contato entre a puérpera e o RN no período pós-parto e também a associação entre a sonolência do bebê e a anestesia utilizada no parto (ESTEVES, 2014; PRIOR et al., 2014; TOKAT et al., 2015; CHAPLIN; KELLY; KILDEA, 2016; ZHANG et al., 2016).

A amamentação é um alimento ideal para o crescimento saudável e desenvolvimento de lactentes. A OMS recomenda que a amamentação seja iniciada dentro de meia hora de nascimento, seguida de amamentação exclusiva por 6 meses (RAGHAVAN et al., 2013; BRASIL, 2012).

Constatou-se que há dificuldade em colocar RN para sugar a mama materna ainda em sala de parto ou na primeira hora de nascimento, uma vez que apenas 31 bebês (25,8%) mamaram neste período. Os achados mostraram que há 8,2 vezes mais chances do bebê ser colocado para sugar quando nascidos de partos normais, sendo 28 (90,3%) destes casos, e apenas em 3 (9,7%) dos bebês nascidos de parto cesárea foram colocados para sugar ainda na primeira hora de vida.

O início da amamentação o mais rápido possível auxilia no melhor desempenho do aleitamento materno, devido ao estado de sono e vigília do RN, que está mais ativo para início da mamada (CALEGARI et al., 2016). No presente estudo, constatou-se uma média de 1,6 horas para início da mamada em alojamento conjunto ao binômio submetido ao parto normal e 3,5 horas ao binômio submetido ao parto cesárea. Sendo assim, bebês nascidos de parto cesariana demoram mais serem colocados para sugar o seio materno, podendo contribuir com o uso de complementos e diminuição da frequência e manutenção da amamentação exclusiva.

As primeiras 2 horas após o nascimento, quando as crianças são mais sensíveis às pistas táteis, térmicas e de odor de suas mães, é definida como o momento ótimo para iniciar o comportamento de amamentação, este pode ser prejudicado quando há a separação materno-infantil, mesmo que por um breve momento, podendo diminuir a habilidade do recém-nascido de sugar a mama e reduzir a confiabilidade materna. Por este motivo o contato pele a pele imediato após o nascimento entre mãe e bebê é uma prática eficaz para o início e manutenção da amamentação (SHARMA, 2016; SAMPAIO; BOUSQUAT; BARROS, 2016).

É amplamente entendido que a amamentação tem numerosos benefícios para a saúde do recém-nascido e mãe, é um fator crítico para a saúde e a sobrevivência dos bebês, o leite materno fornece nutrientes específicos e com melhor equilíbrio nutricional para eles. Foi demonstrado que a mesma melhora o estado nutricional das crianças, reduz a morbidade e a mortalidade, e quando iniciada precocemente, pode

reduzir a mortalidade neonatal em 25% (INAL; AYDIN; CANBULAT, 2016; SHARMA, 2016; BANDEIRA DE SA et al., 2016).

A sucção contínua de recém-nascidos é o maior estímulo para promover a produção de leite, estimulando a secreção de prolactina. A sucção precoce e o correto posicionamento foram recomendados como medidas significativas para promover o início da lactação e estabelecer a amamentação (ZHANG et al., 2016).

O recém-nascido está mais apto para estabelecer a amamentação no período pós-parto imediato, uma vez que sua habilidade para rastejar em direção à região mamilo-areolar e sugar espontaneamente na primeira hora de vida. Após esse período, há possibilidade de prejudicar a amamentação, pois muitos recém-nascidos entram na fase do sono, com isso, aumentando o risco da prescrição de complementos (ESTEVES, 2014).

A evidência atual indica que o "início precoce da amamentação" aumenta o tempo de aleitamento materno exclusivo. Esta prática garante que o lactente receba um colostro rico em imunoglobulina e outra molécula bioativa, incluindo factores de crescimento que são importantes para a nutrição, crescimento e desenvolvimento de recém-nascidos e também para imunidade passiva (PATEL; BUCHER; PUSDEKAR, 2015; BERDE; YALCIN, 2016; INAL; AYDIN; CANBULAT, 2016; BANDEIRA DE SA et al., 2016).

Ajudar as mães a iniciar o aleitamento materno logo após o parto é um dos Dez Passos da Iniciativa do Hospital Amigo da Criança UNICEF / OMS para apoiar a amamentação bem-sucedida para todas as mulheres em todas as configurações (INAL; AYDIN; CANBULAT, 2016).

No que se refere às diferentes técnicas para o oferecimento de complemento lácteo durante a internação dos recém-nascidos estudados, foi constatado o uso do copo com fórmula infantil em 17 (14,2%) dos recém-nascidos, e a relactação 16 (13,3%), em maior número quando comparado à translactação, 1 (0,8%), e ao uso de copo com leite cru ordenhado, 1 (0,8%).

O aleitamento pelo copo vem sendo utilizado em países desenvolvidos e em desenvolvimento por várias décadas com bebês prematuros até os mesmos estarem maduros para sugarem o seio materno. Os benefícios da alimentação por copos

incluem evitar qualquer confusão entre o peito e a mamadeira, aumentando a capacidade do recém-nascido desenvolver a amamentação, porém alguns estudos revelam que o uso do copo pode prolongar a internação do bebê (YILMAZ et al.,2014).

A Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC) recomenda de acordo com a literatura e guidelines, o uso de copo para bebês que ainda não conseguem mamar, a fim de evitar o uso de bicos artificiais e mamadeiras (YILMAZ et al.,2014).

Porém o uso deste mecanismo deve ser utilizado cuidadosa e temporariamente uma vez que durante o aleitamento do bebê pelo copo, o mesmo necessita abaixar o lábio superior até a borda do copo, fazendo com que haja a oclusão labial e o fechamento da boca realizando pouca pressão, como o bebê não precisa sugar o leite, nesta técnica há pouco gasto de energia (RAPOSO, 2012; FRANÇA, 2013).

Durante a amamentação o RN deve realizar uma excursão máxima da mandíbula alternando a sucção com uma expressão e pressão positiva e negativa, afim de extrair o leite da mama, com isso o uso desnecessário e prolongado do copo pode causar um mal hábito, promovendo a recuso do seio materno (RAPOSO, 2012).

A técnica utilizada durante o oferecimento do copo é muito importante, uma vez que devido às rotinas da unidade, os profissionais podem oferecer o leite por esta via de forma rápida e técnica inadequada, não deixando que o RN “sorva” o leite do recipiente, mas sim despejando o alimento na boca dos mesmos, ocorrendo o risco de microaspiração. Esta técnica incorreta, pode contribuir com a sucção inadequada da mama, fazendo com que durante a mamada o bebê apresente uma pega inadequada, deixando a boca aberta e língua posteriorizada, o qual o mesmo apresenta durante o uso do copo na tentativa de evitar a aspiração do leite (LEITE, 2014).

Esta técnica é útil quando a mãe está ausente temporariamente ou está incapacitada para amamentar (BRASIL, 2011), porém, há que se considerar que a translactação, quase inexistentes nesse estudo, seria ainda o melhor método a ser utilizado na complementação alimentar desses bebês.

Quanto à técnica de relactação utiliza-se para esta técnica uma sonda gástrica acoplada a uma seringa sem êmbolo, fixando a sonda à mama da mãe, perto do mamilo, onde o bebê abocanha o seio e a sonda juntos, realizando a sucção do leite

materno e do leite na seringa, o qual é pasteurizado ou artificial. A translactação consiste na mesma técnica da relactação, porém é realizada com a seringa com leite materno anteriormente ordenhado (PESSOA-SANTANA et al., 2013).

O uso destas técnicas de complementação não se deu em muitos dos bebês, o que é justificado pelo fato da Mater ser um Hospital Amigo da Criança, e o estímulo à amamentação ser uma rotina. Observa-se o uso do copo e da relactação praticamente com a mesma quantidade de bebês, porém a relactação foi mais utilizada (mínimo de 2, máximo de 21 e média de 6 vezes), quando comparada ao uso do copo, (mínimo de 1, máximo de 12, média de 4 vezes), o que comprova novamente o comprometimento da instituição com a amamentação e o ato de sugar a mama materna.

Sabemos que em caso de instituições que têm como apoio o Banco de Leite Humano, há maior estímulo por parte de equipe quanto à ordenha mamária materna (BRASIL, 2008).

Entretanto o uso mais frequente da relactação ao invés da translactação e o uso mais frequente do copo com fórmula infantil e não do leite cru ordenhado, revela que a ordenha da mama para realizar as duas técnicas citadas anteriormente está sendo pouco utilizada na maternidade, o que pode ser explicado devido à média de dias que as mães permanecem internadas (2,4 dias), onde as puérperas estão iniciando o processo de lactação, sem ter tido a franca apoijadura, o que dificulta a ordenha mamária.

A falta de uma sala de coleta de leite com um funcionário específico para a ordenha, a grande demanda na maternidade e o reduzido número de funcionários, podem ter sido outros fatores que dificultaram a realização da técnica de ordenha mamária para oferecimento do leite cru ordenhado ao RN, por meio do copo ou translactação em casos onde ainda não havia sido estabelecida a amamentação.

Há evidências que evitar o uso de complementação durante a internação está ligada ao sucesso da amamentação (KALMAKOFFA; GRAYB; BADDOCK, 2017).

De acordo com Zang et al. (2016), a percepção da mãe quanto à sucção do RN na mama durante a primeira semana pode ter uma influência em sua confiança e no sucesso e manutenção da amamentação, deve-se estimular ao máximo a

sustentação da amamentação pela mãe, encorajando-a, estimulando a sucção quanto a força e duração da mesma. Com isso, o uso destas técnicas de complementação pode gerar insegurança e falta de confiança da mãe para amamentar, fazendo com que a mesma acredite que não tem capacidade de alimentar seu bebê ou que não tenha quantidade suficiente de leite.

O estímulo da produção da prolactina é aumentado à medida que o bebê é colocado para sugar o seio materno, por isso a importância da amamentação precoce após o nascimento (ESTEVES et al., 2015). A força, duração e frequência da sucção do bebê no peito da mãe é o principal estímulo para manter a secreção da prolactina após o nascimento. A pressão de sucção, gerada com a posteriorização da língua que move-se para baixo durante a amamentação, foi observado ser o principal componente que realiza a ejeção do leite do peito (ZANG et al., 2016).

Em relação à amamentação na primeira hora de vida, o estudo não mostrou significância quando esta variável foi comparada ao uso de analgesia de parto, porém quando associada ao tipo de parto, mostrou associação, sendo que os bebês nascidos por parto normal 28 (90,3%), tiveram maior prevalência de amamentação na primeira hora quando comparados com bebês nascidos por parto cesárea 3 (9,7%).

De acordo com o estudo não foi evidenciado relação entre o tempo para iniciar a primeira mamada com o uso de analgesia de parto, porém foi constatado a associação deste com o tipo de parto, tendo o parto normal uma média de 1,6 horas para início da primeira mamada, e no parto cesárea, uma média de 3,5 horas para início da mesma, ou seja, levando mais que o dobro do tempo para iniciar a mamada após um parto cesárea quando comparado ao parto normal.

Kiani et al. (2017), detectou em seus estudos que houve uma diminuição de 20% no início da amamentação nas cesarianas em comparação com partos vaginais.

É recomendado o início precoce da amamentação após o nascimento, o estudo de Kalmakoffa, Grayb e Baddock (2017), mostrou que há um atraso significativo para o início da mamada após partos cesáreas, chegando à postergar o começo da amamentação em uma hora.

Quanto ao tempo de internação, foi constatado um período médio de internação maior dos partos cesáreas (2,7 dias) quando comparado ao parto normal (2,4 dias).

Estudos avaliaram o tempo de internação dos bebês, e relacionaram o parto cesárea como um fator de prolongamento da internação, devido aos cuidados pós-cirúrgicos e a chance de maior dificuldade no início de manutenção da amamentação (CARDOSO; ALBERTI; PETROIANU, 2010).

Conclusão

6 CONCLUSÃO

A metodologia adotada no presente estudo permitiu contemplar os objetivos propostos. Embora a amostra não tenha sido grande, foi representativa, para nos mostrar os achados referentes à prevalência do aleitamento materno durante a internação dos recém-nascidos em alojamento conjunto, bem como as diferentes situações associadas a esse contexto.

Constatou-se que 116 (96,7%) dos recém-nascidos saíram de alta sugando a mama materna, apenas 4 (3,3%) saíram com a complementação com fórmula infantil.

A regressão logística revelou que conjuntamente as variáveis: Tipo de parto (Normal/Cesárea), Contato pele a pele (Sim/Não), Amamentação na primeira hora de vida (Sim/Não), Tempo de internação (dias) e Tempo para início da primeira mamada (horas), não estiveram associadas à Amamentação exclusiva durante a internação.

Todos os RN que tiveram alta hospitalar em amamentação não exclusiva no presente estudo, nasceram de parto cesárea.

O contato pele a pele foi realizado na maioria das vezes, em partos normais, sendo pouco realizado após o parto cesárea. Os bebês nascidos de parto normal têm 18,4 vezes mais chances de serem colocados em contato pele à pele com suas mães ao nascer do que bebês nascidos de parto cesárea.

A amamentação na primeira hora de vida é pouco realizada, sendo em sua grande maioria, realizada após partos normais. O início da primeira mamada é mais demorado após o parto cesárea, quando comparado ao parto normal.

Houve associação entre amamentação precoce ao nascer e o tipo de parto, sendo que os bebês nascidos de parto normal têm 8,2 vezes mais chances de mamar ao nascimento do que bebês nascidos de parto cesárea.

A analgesia de trabalho de parto não esteve associada ao contato pele a pele ao nascer e amamentação na primeira hora de vida.

O uso do copo com fórmula infantil e da relactação foi mais frequente quando comparado à translactação e ao uso de copo com leite cru ordenhado.

De maneira geral, os dados do estudo revelam que, por ser um Hospital Amigo da Criança, a instituição estudada se mostra cumprindo em parte os atributos desse

título, pois, embora os índices de amamentação estejam condizentes com o que é esperado, algumas questões que envolvem as rotinas como o contato pele a pele, a amamentação precoce ao nascer e a ordenha mamária durante a internação, ainda devem ser trabalhadas para contemplar de forma total os 10 passos para o sucesso da amamentação.

Considerações Finais

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Há décadas, a Organização Mundial de Saúde, em associação com a UNICEF, tem realizado um esforço mundial a fim de proteger, promover e apoiar a amamentação, devido os diversos benefícios da amamentação para o crescimento e desenvolvimento da criança e dos benefícios para a mãe.

Com isso, deve-se incentivar o estabelecimento da amamentação o mais precoce possível e a manutenção da mesma através de políticas de saúde efetivas, ampliando os Hospitais Amigo da Criança, a fim do maior seguimento dos passos do IHAC e aumento das fiscalizações nos hospitais que já fazem parte da iniciativa a fim de extinguir práticas que não condizem com os dez passos.

É importante o estímulo e incentivo ao parto normal, pois mulheres submetidas a este tipo de parto estão menos propensas a cessar precocemente a amamentação, com isso é essencial a implementação de políticas de incentivo ao parto normal nas mais diversas instituições do Brasil, e que essas mulheres sejam encorajadas por seus médicos e pela equipe de saúde a evitar a opção pela cesariana eletiva, a fim de se promover e manter a amamentação.

O favorecimento do contato pele a pele e amamentação na primeira hora de vida é necessário não apenas ao parto normal, mas também após parto cesárea, sendo que neste, ainda é pouco praticado nas instituições.

A exploração das variáveis de nascimento: aspiração de vias aéreas, tipo de parto, analgesia de trabalho de parto, contato pele a pele ao nascimento, amamentação na primeira hora de vida, tempo para início da primeira mamada e tempo de internação, foi um diferencial que mostrou destaque neste estudo, pois as pesquisas sob essa temática não têm explorado essas situações. Até onde se sabe, as pesquisas anteriores têm relacionado, de maneira geral, fatores maternos como idade, estado civil, escolaridade, ocupação, consultas pré-natal e/ou neonatais, como: sexo, apgar, idade gestacional, peso ao nascer, estatura, à prevalência da amamentação dos recém-nascidos.

O estudo mostrou que ainda há pouca prática da ordenha e oferecimento do leite materno cru ordenhado por meio da translactação ou do copo, necessitando de

estratégias referentes ao apoio às orientações da OMS, a qual recomenda que todas as mães saiam da maternidade sabendo realizar a ordenha mamária para alívio ou oferecimento ao RN devido dificuldade de sucção do mesmo, reforçando o autocuidado com as mamas, bem como a autoeficácia e autoestima frente à amamentação, auxiliando em bons resultados referentes à amamentação para ela e para o bebê.

Sabe-se que há na maternidade estudada, um projeto referente à implantação de uma sala de coleta de leite materno, o que provavelmente poderá facilitar a prática da ordenha durante a internação do binômio, bem como garantir o autocuidado com a mama materna no preparo para a alta, com vistas ao apoio à amamentação no domicílio.

Assim como em outras instituições amigas da criança, na maternidade ora estudada, apesar das inúmeras evidências disponíveis na literatura nacional e internacional, ainda existe uma lacuna entre a teoria e algumas práticas como o contato pele a pele, a amamentação precoce ao nascer e a ordenha mamária durante a internação.

Considerando esse aspecto, sugere-se uma mudança de ações e condutas, que deverá ser movida e estimulada a partir de oficinas de sensibilização e capacitações profissionais fundamentadas na transferência de conhecimento, tornando-os sujeitos ativos na criação e implantação de treinamentos, documentações e políticas internas referentes a essas rotinas de humanização do nascimento.

Diante dos achados do presente estudo e das limitações metodológicas, recomendamos que para as futuras pesquisas, novos recortes metodológicos com amostra mais representativa, investigando outras situações possam ser exploradas.

Situações como as intervenções sofridas pelos recém-nascidos durante a internação que possam interferir no processo da amamentação, como o excesso de coleta de exames, oferecimento de sacarose aos RN, etc, devem ser investigadas.

Estudos que investiguem a prevalência da amamentação após a alta dos recém-nascidos, fazem-se também primordiais para que sejam identificados outros fatores que envolvam os cuidados dos mesmos no domicílio e que podem influenciar nesse contexto.

A busca de dados qualitativos vindos das mães cujos bebês saem de alta com complementação láctea com o propósito de investigar a confiança das mesmas em relação à amamentação, e o quanto esses dados se conjugam com a prevalência dessa prática nos seguimento do recém-nascido, faz-se necessária. As dimensões subjetivas que envolvem a amamentação se mostram essenciais ainda para que os profissionais possam conhecer todas as questões que envolvem esse contexto, no sentido de trabalhar no real apoio ao aleitamento materno.

Referências

7 REFERÊNCIAS

ALBOKHARY, A. A.; JAMES, J. P. Does cesarean section have an impact on the successful initiation of breastfeeding in Saudi Arabia?. **Saudi Med J.** 35(11): 1400–1403, 2014.

ALZAHEB, R. A. Factors Influencing Exclusive Breastfeeding in Tabuk, Saudi Arabia. **Clin Med Insights Pediatr.** 2017.

AMORIM, M. M. R.; PORT, A. M. F.; SOUZA, A. S. R. Assistência ao segundo e terceiro períodos do trabalho de parto baseada em evidências. **FEMINA**, vol 38, nº 11, Novembro 2010.

BANDEIRA DE SA, N. N. et al. Fatores ligados aos serviços de saúde determinam o aleitamento materno na primeira hora de vida no Distrito Federal, Brasil, 2011. **Rev. bras. epidemiol.**, São Paulo , v. 19, n. 3, p. 509-524, set. 2016.

BEAKE, S. et al. Interventions for women who have a caesarean birth to increase uptake and duration of breastfeeding: a systematic review. **Matern Child Nutr**; 1–13; 2016.

BENITES, D. et al. The influence of the type of birth and the mother's diet on the breastfeeding period. **J Oral Res**; 3(3): 150-155; 2014.

BERDE, A. S.; YALCIN S. S. Determinants of early initiation of breastfeeding in Nigeria: a population-based study using the 2013 demographic and health survey data. **BMC Pregnancy Childbirth**, 16:32, 2016.

BOCCOLINI, C. S. et al. Fatores que interferem no tempo entre o nascimento e a primeira mamada. **Cad. Saúde Pública**, v. 24, n. 11, p. 2681-2694, 2008.

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

BRANCO, A. et al. Valor e variações da frequência fundamental no choro de dor de recém-nascidos. **Rev. CEFAC**, São Paulo, v. 8, n. 4, p. 529-535, out./dez. 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Mulher. **Pré-natal e puerpério: atenção qualificada e humanizada – manual técnico – Brasília, DF, 2005.**

_____. Área Técnica de Saúde da Criança e Aleitamento Materno. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Secretaria de Atenção à Saúde. **Iniciativa Hospital Amigo da Criança**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 18 p, 2010.

_____. **Gestões e gestores de políticas públicas de atenção à saúde da criança: 70 anos de história**. Brasília: Ministério da Saúde; 2011.

_____. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso: método canguru**. Manual técnico. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2011.

_____. Resolução 466, de 12 de dezembro de 2012. Dispõe sobre as diretrizes e normas regulamentadoras sobre pesquisa envolvendo seres humanos. **Diário Oficial da União**. Conselho Nacional de Saúde. Brasília, 2012.

_____. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas

Estratégias. Atenção à saúde do recém-nascido: guia para os profissionais de saúde – 2. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

_____. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento DE Atenção Básica. **Saúde da Criança: Aleitamento Materno e Alimentação Complementar.** Cadernos de Atenção Básica. Brasília, DF. Ministério da Saúde, 2015.

_____. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Banco de leite humano: funcionamento, prevenção e controle de riscos/**Agência Nacional de Vigilância Sanitária. – Brasília : Anvisa, 160 p. 2008.

BOYD, M. M. Implementing Skin-to-Skin Contact for Cesarean Birth. **AORN Journal**, Vol. 105, No. 6, 2017.

BUCCINI, G. S.; BENICIO, M. H. D.; VENANCIO, S. I. Determinants of using pacifier and bottle feeding. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 48, n. 4, p. 571-582, ago. 2014.

CALEGARI, F. L. et al. Prontidão do recém-nascido a termo durante a primeira mamada em alojamento conjunto. **Rev Rene**, v. 17, n. 4, p. 444-50, 2016.

CARDOSO, P. O.; ALBERTI, L. R.; PETROIANU, A. Morbidade neonatal e maternas relacionada ao tipo de parto. **Ciência & Saúde Coletiva**, 15(2):427-435, 2010.

CENTRO DE REFERÊNCIA DE SAÚDE DA MULHER – CRSM – MATER.

CHAPLIN, J.; KELLY, J.; KILDEA, S. Maternal perceptions of breastfeeding difficulty after caesarean section with regional anaesthesia: A qualitative study. **Women and Birth**, 29 144–152, 2016.

CRESCÊNCIO, E. P.; ZANELATO, S.; LEVENTHAL, L. C. Avaliação e alívio da dor no recém-nascido. **Rev. Eletr. Enf.**, v. 11, n. 1, p. 64-69, 2009.

CRUZ, D. C. S.; SUMAN, N. S.; SPÍNDOLA, T. Os cuidados imediatos prestados ao recém-nascido e a promoção do vínculo mãe-bebê. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v. 41, n. 4, p. 690-697dez. 2007.

D'ARTIBALE, E. F.; BERCINI, L. O. A prática do quarto passo da iniciativa hospital amigo da criança. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 2, p. 356-364, June 2014.

D'ARTIBALE, E. F.; BERCINI, L. O. Early contact and breastfeeding in a baby friendly hospital. **Jnurs**, v. 12, Suppl: 587-90, oct, 2013.

DODT, R. C. M. et al. Influência de estratégia de educação em saúde mediada por álbum seriado sobre a autoeficácia materna para amamentar. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis , v. 22, n. 3, p. 610-618, Sept. 2013

DOWLING, D. A. et al. Cup-feeding for preterm infants: mechanics and safety. **J. Hum. Lact.**, v.18, n.1, p.13-20, 2002.

ESTEVES, T. M. B et al. Fatores associados à amamentação na primeira hora de vida: revisão sistemática. **Rev Saúde Pública**, 48(4):697-703, 2014.

ESTEVES, T. M. B et al. Fatores associados ao início tardio da amamentação em hospitais do Sistema Único de Saúde no Município do Rio de Janeiro, Brasil, 2009. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 31, n. 11, p. 2390-2400, 2015.

FALEIROS, F. T. V.; TREZZA, E. M. C., CARANDINA, L. Aleitamento materno: fatores de influência na sua decisão e duração. **Rev. Nutr.**, vol.19, n.5, 2006.

FIGUEIREDO, M. G. et al. Inquérito de avaliação rápida das práticas de alimentação infantil em São José do Rio Preto, São Paulo, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 1, Feb. 2004.

FRANÇA, E. C. L. **Análise eletromiográfica do músculo masseter em recém-nascidos a termo durante sucção no seio materno, mamadeira e copo.** Dissertação de mestrado. Universidade Federal de Goiás. Goiânia 2013.

FUJINAGA, C. I. et al. Clinical validation of the Preterm Oral Feeding Readiness Assessment Scale. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 21, n. especial, p. 140-5, 2013.

GOMES, C. F. et al. Avaliação eletromiográfica com eletrodos de captação de superfície dos músculos masseter, temporal e bucinador de lactentes em situação de aleitamento natural e artificial. **J. Pediatr.** (Rio J.), Porto Alegre, v. 82, n. 2, p. 103-109, Apr. 2006.

HAKALA, M. et al. The realization of BFHI Step 4 in Finland – Initialbreastfeedingandskin-to-skincontactaccordingtomothersandmidwives. **Midwifery**. 50, 27–35, 2017.

HOBBS, A. J. et al. The impact of caesarean section on breastfeeding initiation, duration and difficulties in the first four months postpartum. **BMC Pregnancy Childbirth**. 16: 90; 2016.

IBGE – Instituto de Brasileiro de Geografia e Estatística. CensoDemográfico 2010. Rio de Janeiro, 2012.

INAL, S.; AYDIN, Y.; CANBULAT, N. Factors Associated with Breastfeeding Initiation Time in a Baby-Friendly Hospital in Istanbul, **Applied Nursing Research**, 2016.

JIANG, S. et al. Prevalence of and risk factors for delayed on set of lactation in Chinese lactating women in 2013. **ZhonghuaYuFang Yi XueZaZhi**. 2016.

KALMAKOFFA, S.; GRAYB, A., BADDOCK, S. Predictors of supplementation for breastfed babies in a Baby-Friendly hospital. **WomenandBirth**. 2017.

KIANI, S. N. et al. Delivery mode and breastfeeding outcomes among new mothers in Nicaragua. **Matern Child Nutr.**, e12474, 2017.

KOOPMAN, I. et al. Early skin-to-skin contact for healthy full-term infants after vaginal and caesarean delivery: a qualitative study on clinician perspectives. **Journal of Clinical Nursing**, 25, 1367–1376, 2016.

LAU, Y. et al. Analysis of the effects of intrapartum factors, neonatal characteristics, and skin-to-skin contact on early breastfeeding initiation. **MaternChildNutr**; e12492, 2017.

LEITE, A.M. **Prevalência de aleitamento materno em prematuros em Hospitais Amigos da Criança das cinco regiões do Brasil**. 2014. 154f. Tese (Livre Docência) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2014.

LIMA, G. M. S. Métodos especiais de alimentação: copinho, relactação e translactação. In: REGO, J.D. Aleitamento materno. 2 ed. São Paulo: **Editora Atheneu**. Cap. 19, p. 319-328, 2006.

LIND, J. N.; PERRINE, C. G.; LI, R. Relationship between Use of Labor Pain Medications and Delayed Onset of Lactation. **Journal of human lactation : official journal of International Lactation Consultant Association**; 30(2):167-173, 2014.

MCCALLIE, K. R. et al. Skin-to-skin contact after birth and the natural course of neurosteroid levels in healthy term newborns. **J Perinatol**, 37(5): 591–595, may, 2017.

MEDEIROS, A. M. C.; BERNARDI, A. T. Alimentação do recém-nascido pré-termo: aleitamento materno, copo e mamadeira. **Rev. soc. bras. fonoaudiol.** [online]., vol.16, n.1, 2011.

MEIRELLES, C. A. B. et al. Justificativas para uso de suplemento em recém-nascidos de baixo risco de um Hospital Amigo da Criança. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro; 24(9):2001-2, 2008.

MERCER, J. S. et al. Práticas baseadas em evidências para a transição de feto a recém-nascido. Orientações para a prática nos serviços. **Rev Tempus Actas Saúde Col**, 2010.

MEZZACAPPA, M. A.; FERREIRA, B. G. Perda de peso excessiva em recém-nascidos a termo amamentados exclusivamente ao seio materno em um Hospital Amigo da Criança. **Revista Paulista de Pediatria**, 2016.

MONTEIRO, J. C. S. **Análise da percepção da nutriz sobre o leite produzido e a satisfação da criança durante o aleitamento materno exclusivo**. 2008. 120 f. Tese (Doutorado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2008.

MOREIRA, M. E. L. et al. Práticas de atenção hospitalar ao recém-nascido saudável no Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 30 Sup:S128-S139, 2014.

MORILLO, A. F. C. et al. A Comparison of Factors Associated with Cessation of Exclusive Breastfeeding at 3 and 6 Months. **BREASTFEEDING MEDICINE**. Volume 12, Number 7, 2017.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Declaração da OMS sobre taxas de cesáreas**. Genebra, 2015.

PATEL, A.; BUCHER, S.; PUSDEKAR, Y. Rates and determinants of early initiation of breastfeeding and exclusive breast feeding at 42 days postnatal in six low and middle-income countries: A prospective cohort study. **Reproductive Health**, 12 (Suppl 2):S10, 2015.

PEDRAS, C. T. P. A.; PINTO, E. A. L. C.; MEZZACAPPA, M. A. Uso do copo e da mamadeira e o aleitamento materno em recém-nascidos prematuros e a termo: uma revisão sistemática. **Rev. Bras. Saúde Mater. Infant.**, Recife, v. 8, n. 2, Mar. 2008.

Pérez-Ríos, N.; Ramos-Valencia, G.; Ortiz, A. P. Cesarean delivery as a barrier for breastfeeding initiation: The Puerto Rican experience. **Journal of Human Lactation**, 24(3), 293–302. 2008.

PESSOA-SANTANA, M. C. C. et al. Métodos Alternativos de Alimentação do Recém-Nascido Prematuro: Considerações e Relato de Experiência. **Revista Brasileira de Ciências da Saúde**. 17(1):55-64, 2013.

POLIT, D. F.; BECK, C. T.; HUNGLER, B. P. Fundamentos de pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação e utilização. 5.ed. **Artmed**. Porto Alegre, 2004.

PRADE, L. S.; BOLZAN, G. P.; WEINMANN, A. R. M. Influência do estado comportamental nos padrões de sucção de recém-nascidos pré-termo. **Audiol Commun Res.**; 19(3):230-35, 2014.

PRIOR, E. et al. Breastfeeding after cesarean delivery: a systematic review and meta-analysis of world literature. **Am J Clin Nutr**; 95:1113–35. 2012.

RADZYMINSKI, S. The effect of ultra low dose epidural analgesia on newborn breastfeeding behaviors. **J Obstet Gynecol Neonatal Nurs**, 32(3):322–31, 2013.

RAGHAVAN, V. et al. First Hour Initiation of Breastfeeding and Exclusive Breastfeeding at Six Weeks: Prevalence and Predictors in a Tertiary Care Setting. **Indian J Pediatr**. October, 2013.

RAPOSO, R. B. **Atividade dos músculos masseter e supra-hioideos em recém-nascidos pré-termo durante o uso do copinho, da translactação e na amamentação.** Tese de doutorado – Universidade Federal de Pernambuco. Recife, 2012.

REGAN, J.; THOMPSON, A.; DEFRANCO, E. The influence of mode of delivery on breastfeeding initiation in women with a prior cesarean delivery: a population-based study. **Breastfeeding Medicine**, v. 8, n. 2, p. 181-186, 2013.

RIBEIRÃO PRETO. **Número de nascidos vivos.** Secretaria da Saúde de Ribeirão Preto, 2017.

ROCCI, E.; FERNANDES, R. A. Q. Dificuldades no aleitamento materno e influência no desmame precoce. **Rev Bras Enferm.**; 67(1): 22-7, jan-fev, 2014.

ROLLINS, N. C. et al. Why invest, and what it will take to improve breastfeeding practices? **The Lancet**, v. 387, n. 10017, p. 491-504, 2016.

SAMPAIO, A. R. R; BOUSQUAT, A; BARROS, C. Contato pele a pele ao nascer: um desafio para a promoção do aleitamento materno em maternidade pública no Nordeste brasileiro com o título de Hospital Amigo da Criança. **Epidemiol. Serv.Saúde**, Brasília, v. 25, n. 2, p. 281-290, jun. 2016.

SHARMA, A. Efficacy of early skin-to-skin contact on the rate of exclusive breastfeeding in term neonates: a randomized controlled trial. **Afr Health Sci.**16(3): 790–797. Sep 2016.

TOKAT, M. A. et al. Early Postpartum Breast-Feeding Outcomes and Breast-Feeding Self-Efficacy in Turkish Mothers Undergoing Vaginal Birth or Cesarean Birth With Different Types of Anesthesia. **International Journal of Nursing Knowledge**, Volume 26, No. 2, April 2015.

TORNESE, G. et al. Does the LATCH Score Assessed in the First 24 Hours After Delivery Predict Non-Exclusive Breastfeeding at Hospital Discharge? **Breastfeeding Med.**;7(6):423-30, 2012.

UEMA, R. T. B.; SOUZA, S. N. D. H.; MELLO, D. F.; CAPELLINI, V. K. Prevalência e fatores associados ao aleitamento materno no Brasil entre os anos de 1998 e 2013: revisão sistemática. **Semina: Ciências Biológica e da Saúde**, Londrina, v. 36, n. 1, supl., p. 349-362, ago., 2015.

VENANCIO, S. I. et al . A prática do aleitamento materno nas capitais brasileiras e Distrito Federal: situação atual e avanços. **J. Pediatr. (Rio J.)**, Porto Alegre, v. 86, n. 4, p. 317-324, Aug. 2010.

VICTORA, C. G. et al. Breastfeeding in the 21st century: epidemiology, mechanisms, and lifelong effect. **Lancet Breastfeeding Series Group**. Volume 387, No. 10017, p475-490, January 2016.

VIVANCOS R. B. Z. et al. Alimentação do recém-nascido após alta hospitalar de uma Instituição Amiga da Criança. **Acta Paul Enferm**; 21(3):439-43, 2008.

VIVANCOS, R. B. Z. et al. The skin to skin contact at birth and newborn crying during vaccination against Hepatitis B. **Acta Paul Enferm**; 23(4):461-5, 2010.

WALLENBORN, J. T.; GRAVES, W. C.; MASHO, S. W. Breastfeeding Initiation in Mothers with Repeat Cesarean Section: The Impact of Marital Status. **BREASTFEEDING MEDICINE**. Volume 12, Number 4, 2017.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Guidelines on HIV and infant feeding**. 2010. Principles and recommendations for infant feeding in the context of HIV and a summary of evidence. Washington D.C.: World Health Organization, 2010.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Indicators for assessing infant and young child feeding practices**: conclusions of a consensus meeting held 6–8. Washington D.C.: World Health Organization, November 2007.

YILMAZ, G. et al. Effect of Cup Feeding and Bottle Feeding on Breastfeeding in Late Preterm Infants: A Randomized Controlled Study. **Journal of Human Lactation**, Vol. 30(2) 174–17, 2014.

YOUSEF SHAHI, F. et al. Effects of Intrathecal Opioids Use in Cesarean Section on Breastfeeding and Newborns' Weight. **J Fam Reprod Health**. 10 (4): 176-183, 2016.

ZANG, F et al. Are Prolactin Levels Linked to Suction Pressure?. **BREASTFEEDING MEDICINE** Volume 11, Number 9, 2016.

ZHANG, F. et al. Intraoral Vacuum of Breast-Feeding Newborns Within the First 24 Hr: Cesarean Section Versus Vaginal Delivery. **Biol Res Nurs.**;18(4):445-53; Jul 2016.

8 APÊNDICES

APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu, Maria Júlia Prado, mestranda da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, sob a orientação da Profa. Dra. Adriana Moraes Leite, convido a Sra. e o seu bebê a participarem da pesquisa cujo título é **“Prevalência da amamentação segundo as condições de nascimento e internação de recém-nascidos a termo”** que será realizada no Centro de Referência da Saúde da mulher de Ribeirão Preto-MATER. O objetivo deste estudo é verificar quantos bebês permanecem na internação e deixam a maternidade sendo amamentados apenas com o leite materno, e quais fatores do parto e da internação interferem para este resultado.

Serão feitas algumas perguntas a você que não demorarão mais que 10 minutos sobre como se sentiu e o que fizeram com você o bebê logo após o parto. Além dessas observações serão coletados dados sobre o nascimento e internação do seu bebê no prontuário.

Os riscos referentes à participação na pesquisa podem se relacionar a possíveis desconfortos que você possa ter respondendo às perguntas. Caso isso aconteça, pararemos imediatamente o que estivermos fazendo e faremos o possível para auxiliá-la no que for necessário, ou a encaminharemos para outro profissional caso não seja possível solucionar o seu problema. Sua participação será completamente voluntária, não havendo custo para você e nem pagamento pela sua participação. Você tem a liberdade de desistir a qualquer momento desta participação. Caso em algum momento, você se sinta lesada por algo que possa acontecer nesta pesquisa, você terá o direito de recorrer à indenização segundo as leis do país.

Você terá a garantia de receber respostas a qualquer pergunta sobre este trabalho, em qualquer momento. Quando terminarmos esta pesquisa, os resultados finais serão divulgados em revistas científicas e apresentados em eventos científicos, mas sua identidade não será revelada em momento algum. Os resultados deste estudo contribuirão para melhores condições de saúde dos recém-nascidos relacionadas à amamentação exclusiva e para melhorar o trabalho dos profissionais para a prática da amamentação exclusiva.

Esta pesquisa foi analisada e aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da EERP/USP, que tem a finalidade de proteger eticamente o participante da pesquisa para a sua realização.

Após todos os esclarecimentos, caso você concorde em participar, por favor, assine duas vias do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Uma via ficará com você e a outra com a pesquisadora. Se tiver alguma dúvida, poderá entrar em contato com o CEP-EERP/USP, na Avenida Bandeirantes 3900, Bairro Monte Alegre - Campus Universitário, Ribeirão Preto – SP, CEP 14040-902, telefone (16) 33159197, em dias úteis e horário comercial.

Atenciosamente,

Maria Júlia de Oliveira Prado

Pesquisadora Coordenadora da pesquisa – (16) 981770070.

E-mail: maria.julia.prado@usp.br

Eu, _____, tendo recebido as informações acima e ciente do exposto, aceito participar da pesquisa de forma livre e esclarecida, assinando este documento com a garantia de que meu nome será preservado.

Ribeirão Preto, ____ de _____ de ____.

Assinatura da participante

APÊNDICE B - CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA

Data: ____/____/____ nº _____ Leito: _____

Registro Hospitalar do RN: _____

Iniciais do nome da mãe: _____

Mamilos protrusos ou semiprotrusos () Sim

1. DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS

Idade da Mãe: _____ Estado civil: _____

Escolaridade: _____ Procedência: _____

Ocupação: _____.

2. DADOS RELACIONADOS AO TRABALHO DE PARTO/PARTO:

Pré-Natal : Sim () Não () nº de consultas: _____ Ig: _____.

Intercorrências na gestação? Sim() Não()

Qual? _____

Paridade: G__P__A__C__ Tipo de parto _____

Em caso de Parto normal:

Analgesia: Sim () Não () Repique (2ª analgesia): Sim() Não ()

Presença de acompanhante: Sim () Não ()

3. DADOS DO RECÉM-NASCIDO:

Data do nascimento: ____/____/____ Hora: ____:____

Sexo: M () F () Apgar: ____/____ Peso: _____ Estatura: _____

Aspecto do Líquido Amniótico: Claro () Claro c/ grumos () Mecônio ()

Aspiração de VAS: Sim () Não () Contato pele a pele: Sim () Não ()

Aleitamento precoce em sala de parto: Sim () Não ()

Início da mamada em alojamento conjunto- Horário: ____:____

Tempo de internação: _____ dias.

Patologias ou intercorrências durante a internação: _____

4. QUESTIONÁRIO MATERNO

- 1) CONTATO PELE A PELE - Assim que o bebê nasceu, colocaram ele (a) em contato pele a pele em você? Sim (☐) Não (☐)
- 2) ALEITAMENTO PRECOCE EM SALA DE PARTO - Ele (a) mamou em você assim que nasceu? Sim (☐) Não (☐)

Sugou seio materno? (☐) Sim (☐) Não

Copo (☐) Sim (☐) Não

Se sim: (☐) Fórmula _____vez(es) (☐) Leitecru ordenhado _____vez(es)

Translactação: (Leite cru ordenhado) (☐) Sim (☐) Não _____vez(es)

Relactação: (Fórmula) (☐) Sim (☐) Não _____vez(es)

Aleitamento na alta hospitalar: (☐) Amamentação exclusiva – AE

(☐) Amamentação não exclusiva – Não AE

9 ANEXOS

Anexo 1 – Aprovação da Comissão de Pesquisa do Centro de Referência da Saúde da Mulher de Ribeirão Preto - Mater

COMISSÃO DE PESQUISA DO CENTRO DE REFERÊNCIA DA SAÚDE DA MULHER DE RIBEIRÃO PRETO - MATER

Ref.: Projeto de Pesquisa: Condições do nascimento e internação: repercussões no aleitamento materno do recém-nascido.

Nº 010/2016

Maria Júlia de Oliveira Prado

Prezado Pesquisador (a)

Informamos que o seu projeto foi avaliado pela Comissão de Pesquisa Clínica do CRSM-Mater no dia 01/09/2016 e considerado **aprovado** para realização nessa instituição.

Lembramos que essa aprovação pressupõe o cumprimento das seguintes necessidades:

- 1- Apresentação do parecer do CEP antes do início da abordagem de potenciais sujeitos para o estudo
- 2- Apresentação de relatórios parciais (Anexo 3), semestralmente, indicando o andamento da pesquisa.
- 3- Apresentação de relatório final de pesquisa (Anexo 3) que deverá ser acompanhado de um resumo estruturado da mesma (uma lauda, contendo introdução, métodos, resultados e conclusões) para a documentação do projeto de pesquisa junto ao CRSM-Mater
- 4- Todos os procedimentos relacionados ao projeto de pesquisa que não estejam dentro da rotina do serviço deverão ser realizados pela equipe do projeto, não se utilizando de funcionários da instituição.

Atenciosamente,

PROFª. DRª FLÁVIA AZEVEDO GOMES-SPONHOLZ

Presidente da Comissão de Pesquisa do Centro de Referência da Saúde da Mulher

Anexo 2 – Aprovação da Comissão de Ética e Pesquisa (CEP) da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – USP.

Centro Colaborador da OPAS/OMS para o
Desenvolvimento da Pesquisa em Enfermagem

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO

Avenida Bandeirantes, 3900 - Ribeirão Preto - São Paulo - Brasil - CEP 14040-902
Fone: 55 16 3315.3382 - 55 16 3315.3381 - Fax: 55 16 3315.0518
www.eerp.usp.br - eerp@usp.br

Ofício CEP-EERP/USP nº 009/2017, de 03.02.2017

Prezada Senhora,

Comunicamos que o projeto de pesquisa abaixo especificado foi analisado e considerado **aprovado** pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (CEP-EERP/USP) em sua 222ª Reunião Ordinária, realizada em 1º de fevereiro de 2017.

Protocolo CAAE: 62277916.3.0000.5393

Projeto: PREVALÊNCIA DO ALEITAMENTO MATERNO NA ALTA SEGUNDO AS CONDIÇÕES DO PARTO E INTERNAÇÃO DE RECÉM-NASCIDOS

Pesquisadores: Maria Júlia de Oliveira Prado
Adriana Moraes Leite (orientadora)

Em atendimento à Resolução 466/12, deverá ser encaminhado ao CEP o relatório final da pesquisa e a publicação de seus resultados, para acompanhamento, bem como comunicada qualquer intercorrência ou a sua interrupção.

Atenciosamente,

Prof.ª Dra. Angelita Maria Stabile
Coordenadora do CEP-EERP/USP

Ilma. Sra.

Prof.ª Dra. Adriana Moraes Leite

Departamento de Enfermagem Materno-Infantil e Saúde Pública
Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - USP