



UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM ANNA NERY
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO STRICTO SENSU
CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM



MICHELE CURCINO CAVALCANTI

EFETIVIDADE DO ACONSELHAMENTO INDIVIDUALIZADO NA DURAÇÃO DO
ALEITAMENTO MATERNO EXCLUSIVO: estudo piloto de ensaio clínico randomizado

RIO DE JANEIRO

2023

Michele Curcino Cavalcanti

EFETIVIDADE DO ACONSELHAMENTO INDIVIDUALIZADO NA DURAÇÃO DO
ALEITAMENTO MATERNO EXCLUSIVO: estudo piloto de ensaio clínico randomizado

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, da Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro, como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre.

Linha de pesquisa: Polo 3: A saúde dos grupos humanos. Turma 2021-2

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Elisa da Conceição Rodrigues.

Rio de Janeiro

2023

CIP - Catalogação na Publicação

C376e Cavalcanti, Michele Curcino
Efetividade do aconselhamento individualizado na
duração do aleitamento materno exclusivo: estudo
piloto de ensaio clínico randomizado / Michele
Curcino Cavalcanti. -- Rio de Janeiro, 2023.
130 f.

Orientadora: Elisa da Conceição Rodrigues.
Dissertação (mestrado) - Universidade Federal do
Rio de Janeiro, Escola de Enfermagem Anna Nery,
Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, 2023.

1. Aconselhamento. 2. Aleitamento Materno . 3.
Alojamento Conjunto. I. Rodrigues, Elisa da
Conceição, orient. II. Título.

Michele Curcino Cavalcanti

EFETIVIDADE DO ACONSELHAMENTO INDIVIDUALIZADO NA DURAÇÃO DO
ALEITAMENTO MATERNO EXCLUSIVO: estudo piloto de ensaio clínico randomizado

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, da Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro, como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre.

Aprovado em: 19 de dezembro de 2023.

Prof.^a Dr.^a Elisa da Conceição Rodrigues
Orientadora

Prof.^a Dr.^a Mariana Torreglosa Ruiz
1^a examinadora

Prof.^a Dr.^a Marialda Moreira Christoffel
2^a Examinadora

Prof.^a Dr.^a Maria Helena do Nascimento de Souza
1^a suplente

Prof.^a Dr.^a Monika Wernet
2^a Suplente

AGRADECIMENTOS

O mestrado sempre foi um sonho. A realização deste sonho contou com muito apoio e incentivos sem os quais esse sonho não teria se tornado realidade e, pelos quais serei sempre grata.

Por este motivo, expresso aqui a minha gratidão primeiramente a Deus por ter me sustentado nesta trajetória com saúde e forças para chegar até o final, pois em Ele, essa jornada não seria cumprida.

A minha orientadora Professora Elisa da Conceição Rodrigues por ter me apresentado esse lindo projeto, um ser humano generoso, que sempre acreditou em meu potencial, apoiou, incentivou e me proporcionou grandes oportunidades através desta dissertação. Além de me conduzir, acolher e aconselhar em todo caminho percorrido até aqui. Obrigado por me manter motivada durante todo o processo.

A todos os professores do curso de Enfermagem da Escola de Enfermagem Anna Nery da Universidade federal do Rio de Janeiro pelas contribuições e dedicação em aulas dinâmicas com muita troca e aprendizado.

A Professora Mariana Torreglosa Ruiz pelos seus inestimáveis conselhos, apoio contínuo e paciência durante o curso. Seu conhecimento e experiência abundante me encorajaram em todo o tempo da minha pesquisa acadêmica. Obrigada pela escuta, acolhimento, palavras de encorajamento e sabedoria em tantas provações durante esse percurso, as quais foram fundamentais para que eu continuasse com a certeza de que Deus escolhe as pessoas certas para colocar em nosso caminho.

Agradeço a Luciana Alexandre, minha amiga, minha dupla, minha companheira do curso, com quem compartilhei tantas aflições, dúvidas, dores, conhecimentos e alegrias. Gratidão ao universo por nos apresentar e possibilitar essa conexão. Sempre gentil, generosa e acolhedora, obrigada por tanto companheirismo, cumplicidade, paciência e principalmente pela sua amizade e por segurar a minha mão durante esses dois anos.

A amiga Cynthia Resende, minha companheira de projeto, que tive a honra de conhecer de forma presencial no curso de aconselhamento realizado no RJ e que apesar de apenas um encontro presencial, isso não foi impedimento para que nossa amizade crescesse de forma tão genuína. Com você pude dividir, compartilhar e aprender muito. Vivenciamos juntas todo o processo deste projeto incrível, da construção a coleta de dados, além de nossas resenhas diárias dividindo todos os desafios e nos fortalecendo como mestrandas. Seu companheirismo foi imprescindível para concretização dessa dissertação.

A minha amiga Bianca Carvalho agradeço o apoio, compartilhamento de ideias e encorajamento diário. Lembro-me do dia que juntas planejamos essa especialização, alçamos esse voo desafiador e conseguimos avançar e ultrapassar todos os obstáculos. Vencemos minha amiga querida, nos especializamos para seguir juntas e alcançar nossas metas profissionais.

A todos os meus amigos do curso da pós-graduação e do “Grupo de Pesquisa de Enfermagem em Saúde do Recém-nascido e Sua Família” em especial a amiga Jannyne Zuzarte, que me acolheu e compartilhou dos inúmeros desafios que enfrentei, sempre com o espírito colaborativo.

Em especial, o meu agradecimento para meu amado marido Wagner Costa pelo seu apoio incondicional, por me acalmar quando tudo parecia mais difícil, por diversas vezes me priorizar, por renunciar de seus afazeres para que eu tivesse mais tempo para me dedicar ao meu estudo. Por aquela abençoada carona de motocicleta que facilitava muito meu acesso as aulas, seminários, coleta de dados e cursos neste período. Por fim, sem a sua tremenda compreensão e encorajamento nesses últimos anos, seria impossível para mim concluir este curso.

E por derradeiro gostaria de expressar a minha gratidão aos meus pais, pelo apoio, presença e amor incondicional na minha vida sempre. Esta dissertação é a prova de que os esforços deles pela minha educação não foram em vão e valeram a pena. E aos meus meninos Lucas e meu pequeno Bruno por compreenderem minha ausência nesse período.

A força mais potente do universo é a fé.

(Madre Teresa de Calcutá)

RESUMO

CAVALCANTI, Michele Curcino. **Efetividade do aconselhamento individualizado na duração do aleitamento materno exclusivo**: estudo piloto de ensaio clínico randomizado. Projeto de pesquisa de Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2023.

Mundialmente, 80% dos recém-nascidos recebem o leite materno em algum momento da vida, no entanto a prevalência de aleitamento materno exclusivo no momento da alta hospitalar é de 43% e até os seis meses de vida da criança de 41%. No Brasil, a prevalência de aleitamento exclusivo até os seis meses é de 45,7%. O aconselhamento em amamentação consiste em uma abordagem horizontal, centrada na pessoa, que vai além do manejo clínico e orientações; dessa forma, busca capacitar e empoderar esta mulher para a amamentação, respeitando sua realidade e desejos pessoais. Objetivos: Verificar a viabilidade de um estudo piloto de ensaio clínico randômico sobre aconselhamento individualizado no alojamento conjunto e estimar índices de aleitamento materno exclusivo no momento da alta e no seguimento da díade na primeira e segunda semana e no primeiro, quarto e sexto mês de vida do lactente. Método: Estudo piloto de um ensaio clínico multicêntrico, randômico, paralelo e aberto, que foi realizado nos municípios de Uberaba e Rio de Janeiro. A amostra foi constituída por 40 puérperas, 20 de cada centro, randomizadas em dois grupos. O grupo controle recebeu o cuidado institucional habitual, e o grupo intervenção recebeu até quatro sessões de aconselhamento para o aleitamento materno no Alojamento Conjunto, segundo o protocolo validado de aconselhamento em aleitamento materno. Após a alta hospitalar, o acompanhamento para inferência dos desfechos aconteceu por meio de contato telefônico com as puérperas na primeira e segunda semana de vida; com um, quatro e seis meses de vida do lactente. Resultados: Este estudo alcançou seu objetivo de viabilidade com total de retenção da amostra de 79,5%. As estatísticas descritivas sugerem que o aconselhamento interferiu positivamente na amamentação, visto que houve declínio do AME no grupo controle de modo acentuado e no grupo intervenção observa-se uma maior retenção do AME no decorrer do estudo piloto. Conclusão: O aconselhamento em amamentação é uma intervenção viável, forneceu uma estimativa da taxa de recrutamento, identificou algumas áreas de fragilidade no protocolo e sugere que o aconselhamento tem o potencial de aumentar as taxas de amamentação exclusiva durante os seis primeiros meses de vida do lactente.

Palavras-chave: aconselhamento; aleitamento materno; alojamento conjunto.

ABSTRACT

CAVALCANTI, Michele Curcino. **Effectiveness of individualized counseling on the duration of exclusive breastfeeding**: pilot study of a randomized clinical trial. Dissertation research project (Masters in Nursing) – Anna Nery School of Nursing at the Federal University of Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2023.

Worldwide, 80% of newborns receive breast milk at some point in their lives, however the prevalence of exclusive breastfeeding at the time of hospital discharge is 43% and up to six months of the child's life, 41%. In Brazil, the prevalence of exclusive breastfeeding up to six months is 45.7%. Breastfeeding counseling consists of a horizontal, person-centered approach, which goes beyond clinical management and guidelines, thus seeking to train and empower this woman to breastfeed, respecting her personal reality and desires. Objective: To verify the feasibility of a pilot study of a randomized clinical trial on individualized counseling in rooming-in; evaluate the rates of breastfeeding at discharge, in the first week, in the second week, in the first, fourth and sixth months. Method: Pilot study of a multicenter, randomized, parallel and open clinical trial, which was carried out in the cities of Uberaba and Rio de Janeiro. The sample consisted of 40 postpartum women, 20 from each center, randomized into two groups. The control group received usual institutional care and the intervention group received up to four breastfeeding counseling sessions in rooming-in, according to the validated breastfeeding counseling protocol. After hospital discharge, follow-up to infer outcomes took place through telephone contact with postpartum women in the first and second week of life; at one, four and six months of the infant's life. Results: This study achieved its feasibility objective with total sample retention of 79.5%. Descriptive statistics suggest that counseling had a positive impact on breastfeeding, as there was a marked decline in EBF in the control group and in the intervention group there was a greater retention of EBF during the pilot study. Conclusion: Breastfeeding counseling is a viable intervention, provided an estimate of the recruitment rate, identified some areas of weakness in the protocol, and suggests that counseling has the potential to increase exclusive breastfeeding rates during the first six months of an infant's life.

Keywords: counseling; breastfeeding; rooming-in.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Fluxograma de seleção, procedimento de coleta de dados e randomização	46
Figura 2 – Fluxograma para inclusão de participantes no estudo.....	46
Figura 3 – Fluxograma de seguimento após a alta hospitalar.....	47
Figura 4 – Diagrama de fluxo dos participantes de acordo com os Padrões Consolidados de Relatórios (CONSORT).....	53
Figura 5 – Estatísticas Descritivas do Ensaio Clínico Piloto de Efetividade do Aconselhamento na Duração da Amamentação nos Primeiros Seis Meses de Vida no Grupo Controle (Parte 1). Uberaba–MG, Rio de Janeiro–RJ, fevereiro a setembro de 2023	61
Figura 6 – Estatísticas Descritivas do Ensaio Clínico Piloto de Efetividade do Aconselhamento na Duração da Amamentação nos Primeiros Seis Meses de Vida no Grupo Controle (Parte 2). Uberaba–MG, Rio de Janeiro–RJ, 2023	62
Figura 7 – Estatísticas Descritivas do Ensaio Clínico Piloto de Efetividade do Aconselhamento na Duração da Amamentação nos Primeiros Seis Meses de Vida no Grupo de Intervenção (Parte 1). Uberaba–MG, Rio de Janeiro–RJ, fevereiro a setembro de 2023	63
Figura 8 – Estatísticas Descritivas do Ensaio Clínico Piloto de Efetividade do Aconselhamento na Duração da Amamentação nos Primeiros Seis Meses de Vida no Grupo de Intervenção (Parte 2). Uberaba–MG, Rio de Janeiro–RJ, fevereiro a setembro de 2023	64
Tabela 1 – Distribuição dos dados segundo características sociodemográficas das Primíparas participantes do estudo piloto. Uberaba-MG, Rio de Janeiro-RJ, 2023	54
Tabela 2 – Distribuição dos dados segundo problemas de saúde e uso de medicamentos das Primíparas participantes de estudo piloto. Uberaba-MG, Rio de Janeiro-RJ, 2023	55
Tabela 3 – Distribuição dos dados obstétricos e acompanhamento pré-natal das primíparas participantes do estudo piloto. Uberaba-MG, Rio de Janeiro-RJ, 2023	56
Tabela 4 – Distribuição dos dados obstétricos segundo tipo de parto e apoio dos acompanhantes das primíparas participantes do estudo piloto. Uberaba–MG, Rio de Janeiro–RJ, 2023	57
Tabela 5 – Distribuição dos dados dos recém-nascidos segundo peso e idade gestacional, Uberaba–MG, Rio de Janeiro–RJ, 2023	58

Tabela 6 – Distribuição dos dados segundo o tipo de aleitamento na alta hospitalar, na primeira e segunda semana, e nos primeiro, quarto e sexto meses. Uberaba–MG, Rio de Janeiro–RJ, 2023	60
---	----

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Distribuição dos dados segundo características sociodemográficas das Primíparas participantes do estudo piloto. Uberaba-MG, Rio de Janeiro-RJ, 2023	54
Tabela 2 – Distribuição dos dados segundo problemas de saúde e uso de medicamentos das Primíparas participantes de estudo piloto. Uberaba-MG, Rio de Janeiro-RJ, 2023	55
Tabela 3 – Distribuição dos dados obstétricos e acompanhamento pré-natal das primíparas participantes do estudo piloto. Uberaba-MG, Rio de Janeiro-RJ, 2023	56
Tabela 4 – Distribuição dos dados obstétricos segundo tipo de parto e apoio dos acompanhantes das primíparas participantes do estudo piloto. Uberaba–MG, Rio de Janeiro–RJ, 2023	57
Tabela 5 – Distribuição dos dados dos recém-nascidos segundo peso e idade gestacional, Uberaba–MG, Rio de Janeiro–RJ, 2023	58
Tabela 6 – Distribuição dos dados segundo o tipo de aleitamento na alta hospitalar, na primeira e segunda semana, e nos primeiro, quarto e sexto meses. Uberaba–MG, Rio de Janeiro–RJ, 2023	60

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AAM	Aconselhamento em Aleitamento Materno
ABM	<i>Academy of Breastfeeding Medicine</i>
AC	Alojamento Conjunto
ACP	Abordagem Centrada na Pessoa
AM	Aleitamento Materno
AME	Aleitamento Materno Exclusivo
BLH	Banco de Leite Humano
BTAT	<i>Bristol Tongue Assessment Tool</i>
CNPQ	Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico
<i>CONSORT</i>	<i>Consolidated Standards of Reporting Trials</i>
CR	Central de Randomização
DMG	Diabetes Mellitus Gestacional
DP	Desvio Padrão
EBSERH	Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares
ECR	Ensaio Clínico Randômico
ENAM	Encontro Nacional de Aleitamento Materno
ENANI	Estudo Nacional de Alimentação e Nutrição Infantil
ESF	Estratégia de Saúde da Família
EUA	Estados Unidos da América
GC	Grupo Controle
GEP	Gestão de Pesquisa do Hospital
GI	Grupo Intervenção
HC- UFTM	Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Triângulo Mineiro
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana
HMMABH	Hospital Maternidade Maria Amélia Buarque de Hollanda
HTLV	Vírus linfotrópico de células T humanas
IHAC	Iniciativa Hospital Amigo da Criança
IVC	Índice de Validade de Conteúdo
LATCH	Mnemônica para avaliação da pega, deglutição, tipo de mamilo, conforto e posicionamento
LIBRAS	Linguagem Brasileira de Sinais
MC	Método Canguru

MG	Minas Gerais
MI	Momento de Intervenção
MS	Ministério da Saúde
NBCAL	Norma Brasileira Comercialização de Alimentos para Lactentes
ODS	Objetivos de Desenvolvimento Sustentável
OMS	Organização Mundial de Saúde
PA	Pesquisador Assistente
PCLH	Postos de Coleta de Leite Humano
PNDS	Pesquisas Nacionais de Demografia e Saúde
PNSMI	Pesquisa Nacional sobre Saúde Materno-Infantil e Planejamento Familiar
PP	Pesquisador Principal
rBLH-BR	Rede Brasileira de Bancos de Leite Humano
ReBEC	Registro Brasileiro de Ensaios Clínicos
RJ	Rio de Janeiro
RN	Recém-nascido
SPSS	<i>Social Package for the Social Sciences</i>
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UFRJ	Universidade Federal do Rio de Janeiro
UNICEF	Fundo das Nações Unidas para a Infância
WHO	<i>World Health Organization</i>

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	17
1.1	APROXIMAÇÃO TEMÁTICA	17
1.2	PROBLEMÁTICA DO ESTUDO	18
2	OBJETIVOS.....	20
3	BASES CONCEITUAIS.....	21
3.1	ASPECTOS CONCEITUAIS E EPIDEMIOLÓGICOS DO ALEITAMENTO MATERNO	21
3.2	ESTRATÉGIAS DE PROMOÇÃO, PROTEÇÃO E APOIO AO ALEITAMENTO MATERNO NO BRASIL	22
3.2.1	Estratégias de promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno no Brasil no contexto hospitalar.....	22
3.3	ATRIBUIÇÕES DO ENFERMEIRO NO ALOJAMENTO CONJUNTO	25
3.4	DELIMITAÇÃO HISTÓRICA E CONCEITUAL DO ACONSELHAMENTO	26
3.5	ACONSELHAMENTO EM AMAMENTAÇÃO	27
3.5.1	A origem do aconselhamento em amamentação	28
3.5.2	Habilidades de aconselhamento.....	29
3.5.2.1	Habilidades de ouvir e aprender	30
3.5.2.2	Habilidades de desenvolver a confiança e dar apoio	31
4	JUSTIFICATIVA E RELEVÂNCIA.....	33
5	MÉTODO	35
5.1	TIPO DE ESTUDO	35
5.2	LOCAL DO ESTUDO	35
5.2.1	Uberaba- MG – Centro coordenador	36
5.2.1.1	Rotina assistencial do Centro Coordenador- MG	36
5.2.2	Rio de Janeiro- RJ - Centro Coparticipante	36
5.2.2.1	Rotina Assistencial do Centro Co participante- RJ	37
5.3	POPULAÇÃO E AMOSTRA	38
5.4	CRITÉRIOS DE INCLUSÃO	38
5.4.1	Critérios de não inclusão.....	39
5.4.2	Critérios de exclusão.....	39
5.5	RANDOMIZAÇÃO	39
5.6	FORMAÇÃO DOS GRUPOS E VALIDAÇÃO DO PROTOCOLO	40
5.6.1	Da qualificação dos profissionais para intervenção	40
5.6.2	Construção dos instrumentos para coleta de dados	40
5.6.3	Validação do protocolo de aconselhamento	41
5.7	FORMAÇÃO DOS GRUPOS	41
5.7.1	Procedimentos de coleta no grupo intervenção.....	41
5.7.2	Grupo controle	43
5.8	VARIÁVEIS DO ESTUDO.....	43
5.8.1	Variáveis sociodemográficas/caracterização.....	43
5.8.2	Variáveis de desfecho	44

5.9	COLETA DE DADOS DO GRUPO INTERVENÇÃO E CONTROLE	44
5.10	DESAFIOS DA COLETA E SEGUIMENTO.....	47
5.11	ANÁLISE DOS DADOS	50
5.12	ASPECTOS ÉTICOS.....	51
5.13	RISCOS E BENEFÍCIOS	51
6	RESULTADOS	52
6.1	VIABILIDADE DO PILOTO E CÁLCULO AMOSTRAL	53
6.2	CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES DO ESTUDO	54
6.2.1	Perfil sociodemográfico	54
6.2.2	Problemas de saúde e uso de medicamentos	55
6.2.3	Pré-natal	56
6.2.4	Parto e nascimento.....	57
6.2.5	Dados do recém-nascido.....	58
6.2.6	Amamentação.....	58
7	DISCUSSÃO.....	65
7.1	VIABILIDADE DO ENSAIO CLÍNICO RANDOMIZADO PILOTO.....	65
7.2	APLICAÇÃO DO INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS E ESTIMATIVAS PARA O CÁLCULO AMOSTRAL DO ECR.....	66
7.3	PERCENTUAL DE ALEITAMENTO MATERNO NA ALTA, NA PRIMEIRA SEMANA, NA SEGUNDA SEMANA, NO PRIMEIRO, QUARTO E SEXTO MÊS .	67
7.4	LIMITAÇÕES DO ESTUDO	73
8	CONSIDERAÇÕES FINAIS	74
	REFERÊNCIAS	75
	APÊNDICES	83
	APÊNDICE A – ACONSELHAMENTO EM AMAMENTAÇÃO NO ALOJAMENTO CONJUNTO INSTRUMENTO PARA O GRUPO INTERVENÇÃO	84
	APÊNDICE B – INSTRUMENTO PARA O GRUPO CONTROLE.....	90
	APÊNDICE C – PROTOCOLO DA INTERVENÇÃO*.....	100
	APÊNDICE D – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	109
	APÊNDICE E – RELATÓRIO DIÁRIO DO NÚMERO DE PRIMÍPARAS PARTICIPANTES OU NÃO DA PESQUISA	113
	APÊNDICE F – ORDEM DE PARTICIPAÇÃO DAS PRIMÍPARAS INCLUÍDAS NA PESQUISA CONFORME GRUPO DE ALOCAÇÃO	114

APÊNDICE G – ACOMPANHAMENTO DOS PARTICIPANTES NA PESQUISA*	115
APÊNDICE H – CRONOGRAMA.....	116
ANEXOS	118
ANEXO A - ESCALA ADAPTADA DO FORMULÁRIO DE OBSERVAÇÃO E AVALIAÇÃO PARA O ALOJAMENTO CONJUNTO - ESCALA FANTINELLI	119
ANEXO B - ESCALA LATCH	122
ANEXO C - ESCALA DE EDIMBURGO	123
ANEXO D – PARECER CONSUBSTANCIADO DO COMITÊ DE ÉTICA E PESQUISA	124
ANEXO E – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA MATERNIDADE ESCOLA DA UFRJ DE PESQUISA.....	126

1 INTRODUÇÃO

1.1 APROXIMAÇÃO TEMÁTICA

O presente estudo constitui-se de um estudo piloto do ensaio clínico "Efetividade do aconselhamento individualizado na duração do aleitamento materno exclusivo: ensaio clínico multicêntrico, randômico, paralelo e aberto", contemplado no Edital Universal do CNPq MCTI/FNDCT n.º 18/2021, sob coordenação da Profa. Dra. Mariana Torreglosa Ruiz, do Centro Coordenador da Universidade Federal do Triângulo Mineiro.

O interesse pela temática da saúde materno-infantil emergiu durante a graduação no Curso de Enfermagem, especificamente no estágio realizado em uma maternidade no Bairro de Xerém, local onde eram exercidas atividades educativas junto às gestantes e às puérperas. Em 2011, ao concluir a graduação, ingressou-se na residência em Enfermagem Obstétrica, fato que se mostrou fundamental para a ampliação do conhecimento científico e o aprimoramento prático na assistência à mulher no pré-natal, parto e puerpério. Desde então, a trajetória profissional e o direcionamento da qualificação profissional têm estado intimamente ligados à saúde materno-infantil.

Em 2013, após concluir a residência, iniciou-se a atuação em sala de parto como enfermeira obstétrica em algumas maternidades do município do Rio de Janeiro, no acolhimento e módulo transporte do programa assistencial Cegonha Carioca. Posteriormente, em 2015, como enfermeira da Estratégia de Saúde da Família (ESF), houve um contato mais próximo com as famílias, em especial com as gestantes, durante as consultas de pré-natal, que englobavam questões gerais sobre a maternidade, entre elas, o aleitamento materno (AM).

Atualmente, a atuação prática ocorre no alojamento conjunto de uma maternidade localizada no município de Itaguaí. No decorrer da prática profissional, percebeu-se que as preocupações da maioria das mulheres relacionavam-se à gravidez e ao parto. A partir dessa observação, questiona-se se a questão do aleitamento materno, frequentemente, não representa uma lacuna no processo de cuidado nesses momentos da vida da mulher.

Assim, considerando a atuação profissional como enfermeira obstetra e consultora em lactação, na qual toda a prática é voltada para a assistência à mulher no período gestacional, puerperal e no processo do AM, e por apoiar e empoderar as mulheres nesse processo, despertou-se o interesse em estudar a abordagem do aconselhamento em amamentação no contexto do alojamento conjunto, como uma tecnologia leve que pode contribuir para o aumento das taxas de aleitamento materno exclusivo (AME).

1.2 PROBLEMÁTICA DO ESTUDO

O leite humano é reconhecido como o alimento apropriado para o recém-nascido e criança, satisfazendo completamente as necessidades nutricionais até o sexto mês de vida (LYONS *et al.*, 2020) e possui componentes imunológicos exclusivos (NOLAN; PARKS; GOOD, 2019). Nesse sentido, a Organização Mundial de Saúde (OMS), o Ministério da Saúde (MS) e o Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) reconhecem o aleitamento materno como promotor e protetor do desenvolvimento infantil, com recomendação para sua prática na forma exclusiva até o sexto mês de vida da criança e, complementada até dois anos ou mais (VICTORA *et al.*, 2016).

O ato de amamentar faz parte de um processo de conexão profunda entre mãe e filho, com repercussões a curto, médio e longo prazo que impactam diretamente na saúde física, cognitiva, fisiológica e emocional da criança e da mãe (BRASIL, 2015).

Mundialmente, 80% dos RNs recebem o leite materno em algum momento da vida, mas a prevalência de aleitamento materno exclusivo no momento da alta hospitalar é de 43% e, até os seis meses de vida da criança, de 41% (WHO, 2019). No Brasil, a prevalência de aleitamento exclusivo até os seis meses é de 45,7% (UFRJ, 2021).

Verifica-se, desta forma, altos índices de desmame mundial e nas crianças brasileiras. São descritos como fatores associados ao desmame: a primiparidade; baixo peso ao nascer; uso de chupeta; traumas ou lesões mamilares; dificuldade materna para amamentar após o parto; início tardio do aleitamento materno; não iniciar o aleitamento materno exclusivo no alojamento conjunto; crença de que o tempo ideal para o aleitamento deve ser inferior a seis meses; desconhecimento das vantagens da amamentação para a mulher e para a criança; falta de apoio paterno e social; condições desfavoráveis de trabalho materno para a manutenção do aleitamento; uso de drogas lícitas; adolescência ou mães jovens e baixa escolaridade materna (BENTLEY *et al.*, 2017; PEREIRA-SANTOS *et al.*, 2017; MUELBERT; GIUGLIANI, 2018; SANTANA *et al.*, 2018).

Considerando que o alojamento conjunto (AC) é um sistema hospitalar em que o recém-nascido sadio permanece ao lado de sua mãe após o nascimento, durante o período de internação até a alta, valida-se como um modelo de atendimento fundamental e estratégico por favorecer o aleitamento materno (AM), permitindo intervenções oportunas, respeitando as necessidades e características individuais do binômio (BRASIL, 2016).

Pesquisa realizada nos Estados Unidos elencou algumas condições como: a separação ou distanciamento do binômio durante a internação, a alta hospitalar precoce e inferior a 48

horas e a redução do suporte por profissionais no AC influenciaram negativa e substancialmente as taxas de aleitamento materno (PERRINE *et al.*, 2020).

Semelhantemente, estudo apontou que neonatos não amamentados diretamente ao seio, ou que não ficaram em sistema de alojamento conjunto, tiveram uma probabilidade significativamente menor de serem amamentados exclusivamente nos primeiros três meses. Quase 60% das mães que experimentaram a separação com RN após o parto relataram angústia e 29% das que tentaram amamentar após essa separação não conseguiram. Assim, é notável tanto os danos quanto as medidas preventivas para a manutenção do aleitamento materno e a crucialidade da internação para sua continuidade (BARTICK *et al.*, 2021).

Desta forma, destaca-se a importância do alojamento conjunto (AC) para o binômio e família. Nesse cenário, não se pode deixar de citar a assistência prestada pelo enfermeiro no alojamento conjunto, pela singularidade de ser parte da equipe multiprofissional que permanece 24 horas ao lado da mulher, e por prestar a assistência de modo a auxiliar a mãe, o recém-nascido (RN) e a família a se adaptarem a esta nova fase, bem como por ser um momento delicado e mais suscetível a complicações como hemorragias, infecções, intercorrências lactacionais e depressão pós-parto (MESQUITA *et al.*, 2019; BRASIL, 2015).

É necessário enfatizar o papel do enfermeiro no apoio, promoção e proteção ao aleitamento materno (AM), no estabelecimento do vínculo afetivo entre pai, mãe e filho e no fortalecimento das práticas de autocuidado e dos cuidados com o recém-nascido a partir de atividades de educação em saúde (BRASIL, 2016). Neste sentido, o aconselhamento em AM, tem na internação do binômio, momento oportuno para sua realização. O aconselhamento em amamentação é definido pela Organização Mundial da Saúde (OMS) como um processo de interação entre conselheiros e mulheres que amamentam ou pretendem amamentar. Portanto, trata-se de uma abordagem horizontal e centrada na pessoa, visando capacitar a mulher para a amamentação, respeitando sua realidade e desejos pessoais (OMS, 2018).

Um ensaio clínico randomizado (ECR), que avaliou a eficácia do aconselhamento individualizado, evidenciou maior frequência na oferta de colostro e menos exposição dos RNs ao uso de fórmulas durante as primeiras setenta e duas horas de vida. Além de um aumento nas taxas de crianças amamentadas exclusivamente nos primeiros seis meses de vida (NIKEMA *et al.*, 2017).

2 OBJETIVOS

- Verificar a viabilidade de um estudo piloto de ensaio clínico randomizado sobre aconselhamento individualizado no alojamento conjunto;
- Estimar índices de aleitamento materno exclusivo no momento da alta e no seguimento da díade na primeira e segunda semana e no primeiro, quarto e sexto mês de vida do lactente.

3 BASES CONCEITUAIS

3.1 ASPECTOS CONCEITUAIS E EPIDEMIOLÓGICOS DO ALEITAMENTO MATERNO

Em 1991, a *World Health Organization* (WHO), devido à falta de padronização quanto à definição de critérios sobre a amamentação exclusiva, propôs a adoção de indicadores e parâmetros globais para avaliar o progresso dos programas de promoção do AM e definições para classificação do AM (WHO, 2008).

Considera-se AME quando a criança recebe somente leite materno, direto da mama ou ordenhado, ou leite humano de outra fonte, sem outros líquidos ou sólidos, exceto gotas ou xaropes contendo vitaminas, sais de reidratação oral, suplementos minerais ou medicamentos, quando necessários. Entende-se como AM quando a criança recebe leite humano (direto da mama ou ordenhado), independentemente de receber ou não outros alimentos, AM misto quando a criança que recebe leite humano e outros tipos de leite, predominante quando a criança recebe, além do leite materno, água ou bebidas à base de água, sucos de frutas e fluidos rituais (WHO, 2008) e complementado, quando a criança recebe, além do leite materno, qualquer alimento sólido ou semissólido para complementá-lo, e não de substituí-lo (WHO, 2008). Conceitua-se como desmame, a interrupção ou cessação permanente de qualquer aleitamento materno (BRASIL, 2015).

A amamentação beneficia tanto as crianças quanto as mulheres, e as intervenções para melhorar as taxas de AM têm o maior potencial para reduzir a mortalidade infantil. Níveis ótimos de amamentação poderiam prevenir a morte de mais de 820.000 crianças menores de 5 anos em todo o mundo e evitar a morte de 20.000 mulheres por câncer de mama (VICTORA, 2016).

Estudos de metanálise recentes confirmam o papel protetor da amamentação contra doenças infecciosas e crônicas e estão relacionados a um melhor desempenho em testes de inteligência (VICTORA, 2016). O aumento da prevalência e duração do aleitamento materno observado no Brasil desde a década de 1970 tem contribuído significativamente para a melhoria dos indicadores de saúde infantil, reduzindo as internações hospitalares por diarreia e infecções respiratórias em crianças menores de um ano no Brasil (UFRJ, 2021).

Segundo dados do Estudo Nacional de Alimentação e Nutrição Infantil (ENANI, 2019), a prevalência de AME entre crianças menores de quatro meses foi de 59,7% no Brasil. A região Centro-Oeste apresentou a maior prevalência (64,1%), seguida das regiões Sudeste

(61,3%) e Sul (60,3%). As regiões Norte (55,8%) e Nordeste (57,3%) apresentaram as menores prevalências. No entanto, no Brasil, observa-se uma menor prevalência de AME (45,8%) em menores de seis meses, sendo a maior prevalência na região Sul (54,3%), seguida das regiões Sudeste (49,1%) e Centro-Oeste (46,5%) (UFRJ, 2021).

3.2 ESTRATÉGIAS DE PROMOÇÃO, PROTEÇÃO E APOIO AO ALEITAMENTO MATERNO NO BRASIL

Ao longo dos anos, estratégias têm contribuído significativamente para aumentar a prevalência do AM e AME no Brasil, tais como: desde 1988, a licença-maternidade de 120 dias, assegurada pelo artigo 7º da Constituição Federal Brasileira, e a prorrogação por mais 60 dias no caso de enquadramento no programa Empresas Cidadãs; a Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC), implementada pelo Ministério da Saúde em 1992; a implantação do sistema de alojamento conjunto a partir de 1993; o desenvolvimento da Rede Brasileira de Bancos de Leite Humano, estabelecida em 1998; a inclusão e instalação de salas de apoio à amamentação nas empresas, em 2000; a Norma de Atenção Humanizada ao Recém-Nascido de Baixo Peso - Método Canguru, em 2006; a Norma Brasileira de Comercialização de Alimentos para Lactentes (NBCAL), dentre outros, aumentaram a prevalência do AME no Brasil (ORTELAN; BENICIO, 2018; BRASIL, 2021).

3.2.1 Estratégias de promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno no Brasil no contexto hospitalar

A Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC), criada em 1991 pela OMS e UNICEF, pretende potencializar as políticas públicas de saúde em atenção à mulher e à criança e mobilizar gestores e funcionários da rede hospitalar para desenvolverem rotinas voltadas à prática do aleitamento materno. Atualmente, a IHAC conta com mais de 20 mil hospitais em mais de 150 países pelo mundo, e no Brasil possui cerca de 340 hospitais certificados (LAMOUNIER *et al.*, 2019; UNICEF, 2008).

Para atender à condição de Hospital Amigo da Criança, é necessário cumprir critérios globais mínimos por meio de um conjunto de orientações denominado "dez passos para o sucesso do aleitamento materno", conforme descrito por (UNICEF, 2008, p. 11).

1. Ter uma política de aleitamento materno escrita que seja rotineiramente transmitida a toda equipe de cuidados de saúde;
2. Capacitar toda a equipe de cuidados de saúde

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

Estudos destacam a importância da IHAC e alguns fatores que contribuem para a promoção do AM. Leruth *et al.* (2017) revelam o ambiente hospitalar como um facilitador, por fornecer espaço apropriado com requisitos de suporte à amamentação. Outro aspecto mencionado foi a educação continuada realizada para profissionais de saúde nos hospitais com IHAC. Patel e Patel (2018) também destacam o aumento das taxas de iniciação do aleitamento materno nos hospitais certificados pela IHAC.

Segundo o Ministério da Saúde (MS), a Portaria n.º 2.068, de 21 de outubro de 2016, conceitua o Alojamento Conjunto como um modelo assistencial de saúde oferecido ao binômio mãe e bebê, de forma integral, no qual, após o parto, ambos saudáveis, permanecem juntos até o momento da alta hospitalar. É nesse local que acontece o fortalecimento do vínculo mãe, RN e família, que se estabelece o incentivo e apoio à amamentação, e se proporcionam à mulher e sua rede de apoio orientações sobre o autocuidado e os cuidados com o RN, pela equipe multidisciplinar (BRASIL, 2016).

Outrossim, a portaria do MS n.º 2.068, de 21 de outubro de 2016, que institui diretrizes para a organização da atenção integral e humanizada à mulher e ao recém-nascido no Alojamento Conjunto, substitui a anterior de 1993, ampliando a complexidade desse modelo de assistência.

Após a implementação da portaria atual, os cuidados de saúde destinam-se tanto à puérpera quanto ao RN, com foco no AM e configuram-se condições para permanência neste espaço: puérperas e RNs clinicamente estáveis; RN com idade gestacional maior ou igual a 34 semanas e clinicamente estáveis, peso maior ou igual a 1800 gramas, boa vitalidade, capacidade de sucção e controle térmico; e RNs com acometimentos sem gravidade, como, por exemplo, em tratamento para sífilis ou sepse (BRASIL, 2016).

Dentre as estratégias de promoção e apoio ao AM, destaca-se a Rede Brasileira de Bancos de Leite Humano (rBLH-BR) estabelecida em 1998, por iniciativa do Ministério da Saúde e da Fundação Oswaldo Cruz, com a finalidade de promover, proteger e apoiar o aleitamento materno, coletar e distribuir leite humano com qualidade certificada e contribuir

para a diminuição da mortalidade infantil. Foi reconhecida pela OMS em 2001, como uma das ações que mais contribuíram para a redução da mortalidade infantil no mundo, na década de 1990 (FIOCRUZ, 2023).

A rBLH-BR é composta atualmente por 228 Bancos de Leite Humano (BLH) e 240 Postos de Coleta de Leite Humano (PCLH), que prestam assistência gratuita à população, coletando, estocando e distribuindo leite humano. É importante destacar os atendimentos realizados por essa política pública de saúde, voltada para o incentivo à amamentação, totalizando no ano de 2022 o número de 1.522.895 atendimentos individuais no BLH e 554.628 nos PCLH, nos processos de coleta e distribuição operando em todo o território nacional (FIOCRUZ, 2023).

Dentre as estratégias que contribuem para a promoção do AM, a Atenção Humanizada ao Recém-nascido resalta-se pelo Método Canguru (MC). Implementado no ano de 2000, o MC é um modelo de atenção perinatal que contribui para o cuidado do recém-nascido e à sua família. Este método possibilita a participação dos pais e da família nos cuidados neonatais (BRASIL, 2017). A Norma do Ministério propõe a aplicação do método em três etapas, iniciando no pré-natal da gestação que necessita cuidados especializados, durante o parto/nascimento, seguido nas unidades, passando às unidades canguru (ou alojamento conjunto canguru) e, após a alta hospitalar, nos ambulatórios de seguimento (canguru domiciliar). A primeira etapa contempla o acesso livre e precoce, e a permanência dos pais na unidade neonatal, estímulo à amamentação e participação da mãe nos cuidados do bebê, bem como início do contato pele a pele, respeitando as condições clínicas do recém-nascido (BRASIL, 2017; CARVALHO *et al.*, 2021).

Na segunda etapa, mãe e bebê permanecem em enfermaria conjunta, e a posição canguru deve ser realizada pelo maior tempo possível, com especial atenção ao aleitamento materno. A terceira etapa abrange a alta hospitalar com compromisso para a realização do método o maior tempo possível; garantia de retorno à unidade de saúde de maneira frequente; peso mínimo de 1.600 g; criança com sucção exclusiva ao seio ou complementação em casos especiais e condição de recorrer à unidade hospitalar de origem a qualquer momento e acompanhamento até a alta, que se encerra ao bebê atingir o peso de 2.500 g (VENÂNCIO; ALMEIDA, 2004; BRASIL, 2017; CARVALHO *et al.*, 2021).

Os benefícios do MC estendem-se não somente para o RN, mas também para a família, por propiciarem a segurança e autonomia dos pais no cuidado aos neonatos e o vínculo entre pais e filhos. A prática do MC tem relação direta com o incentivo ao aleitamento materno, sendo

que um estudo aponta que o aleitamento materno exclusivo é mais presente em RNs que estão em MC, em relação àqueles que não estão em MC (CARVALHO *et al.*, 2021).

3.3 ATRIBUIÇÕES DO ENFERMEIRO NO ALOJAMENTO CONJUNTO

Promover e proteger o aleitamento materno (AM) ao longo do pré-natal, pós-parto e puerpério é uma das principais estratégias para prevenir agravos a saúde da criança e da mulher e o Enfermeiro, desponta-se como profissional estratégico em função das competências para efetivar, especialmente no pós-parto, a criação de vínculo por meio de um suporte técnico de orientação, uma escuta sensível para o novo ciclo que se inicia, mediante o uso das habilidades para aumentar a confiança da mulher e sua rede de apoio, garantindo assim o cuidado integral e reduzindo complicações (STREFLING *et al.*, 2017; ARAÚJO *et al.*, 2020; CAVALCANTI; SILVA; NASCIMENTO, 2021).

Outrossim, cabe ao enfermeiro, durante a assistência no AC, estreitar o vínculo afetivo, estimular a amamentação e envolver os pais nos cuidados com o recém-nascido. Esses são alguns dos benefícios do cuidado compartilhado – modelo de atendimento preconizado pela Organização Mundial da Saúde (OMS) e pelo Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF), justificando ser um profissional que se destaca na promoção do aleitamento (BRASIL, 2015).

No contexto de maternidades com certificação da IHAC, o enfermeiro ganha destaque por fortalecer alguns dos dez passos necessários para o sucesso do aleitamento materno (BRASIL, 2008). Destacam-se os passos três, quatro, cinco, oito e dez, com ênfase especial nos passos três e quatro, que ressaltam as atividades exercidas pelo enfermeiro: promover a hora de ouro e orientar gestantes e puérperas sobre o AME. O enfermeiro atua diretamente em todo o ciclo gravídico-puerperal e, no Alojamento Conjunto, presta assistência direta à díade da admissão até a alta hospitalar (BRASIL, 2018).

Devido à complexidade assistencial do sistema de Alojamento Conjunto, um estudo realizado na cidade de Porto Alegre desenvolveu um instrumento específico para avaliar cuidados assistenciais dos binômios assistidos no AC. Esse instrumento, nomeado Escala de Fantinelli, teve como referência o formulário de observação e avaliação da mamada da UNICEF, abrangendo treze indicadores, dos quais quatro referem-se exclusivamente ao monitoramento do aleitamento materno (FANTINELLI *et al.*, 2020).

Desta forma, compreende-se a importância do enfermeiro, um dos principais profissionais envolvidos na assistência ao binômio no AC, visto que acompanha a díade imediatamente após o

parto, desde os primeiros momentos até a alta. Cabe ainda ao enfermeiro o manejo da lactação, que envolve um conjunto de habilidades de aconselhamento, conhecimento da fisiologia e anatomia das mamas, além de destreza para avaliação e conduta, englobando as tecnologias de cuidado (PATEL; PATEL, 2016).

Nesse sentido, torna-se relevante o suporte ofertado no Alojamento Conjunto pela assistência contínua desses profissionais e também por ser um período no qual as influências familiares, culturais, mitos e conhecimentos empíricos não predominam, evitando interferência no processo do AME (NARAYAN; NATARAJAN; BAWA, 2005; PATEL; PATEL, 2016).

3.4 DELIMITAÇÃO HISTÓRICA E CONCEITUAL DO ACONSELHAMENTO

O aconselhamento tem sua origem histórica descrita nas obras de Frank Parsons e Carl Ransom Rogers. Contudo, Rogers se destaca na literatura nacional e internacional, devido à sua obra mais ilustre, nomeada Abordagem Centrada na Pessoa (ACP) (MOREIRA; LANDIM; ROMCY, 2014; PERILO, 2019).

O aconselhamento, por muitos anos, foi utilizado e associado a práticas vocacionais. Atualmente, o termo vem sendo amplamente difundido e utilizado em diversas temáticas na área da saúde (PERILO, 2019).

Frank Parsons, considerado na literatura internacional como o pai da orientação vocacional, profissional e de carreira, nasceu em 14 de novembro de 1854, na cidade de Mount Holly, em New Jersey (EUA). Graduou-se em direito em 1881, atuou como professor universitário de direito e fundou, em 1908, o Vocation Bureau para auxiliar jovens e adultos na escolha de suas carreiras. Faleceu neste mesmo ano (PATTERSON; EISENBERG, 1988; RIBEIRO; UVALDO, 2007).

Na concepção de Parsons, o aconselhamento visa proporcionar ao orientando um mergulho profundo em busca de autoconhecimento, direcionando-o à conclusão de um problema por si mesmo. Paralelamente, buscava orientar e instruir os jovens para ocupações consideradas adequadas aos seus perfis profissionais (RIBEIRO; UVALDO, 2007; PUPO; AYRES, 2013).

Carl Ransom Rogers nasceu em 8 de janeiro de 1902, em Oak Park, Chicago, e faleceu na Califórnia em 4 de fevereiro de 1987, aos 85 anos. Coursou agronomia, história e, posteriormente, graduou-se em psicologia clínica e pedagogia no *Teachers College* da Universidade de Columbia. Em 1926, atuou no Instituto de Aconselhamento Infantil.

Posteriormente, em 1928, foi convidado pela Universidade de Ohio para o posto de Professor Catedrático, e esteve à frente da unidade de Técnicas de Psicoterapia e Aconselhamento.

No início da década de 40, Carl Rogers desenvolveu sua teoria de Aconselhamento Centrado na Pessoa (ACP), formalizada somente em 1977, período em que algumas mudanças ocorreram nas titulações de suas obras. A primeira obra foi intitulada "aconselhamento psicológico", seguida por "terapia não diretiva" e, por último, "terapia centrada na pessoa", esta última tornou-se sua obra mais conhecida e difundida. Rogers afirmava que as modificações nas terminologias atestam a ampliação do campo de aplicação (PUPO; AYRES, 2013; MOREIRA; LANDIM; ROMCY, 2014; RIBEIRO *et al.*, 2020).

Assim, o aconselhamento centrado no cliente baseia-se na capacidade do indivíduo e inclui elementos que o conduzem no processo de autoconhecimento, aceitação e percepção do self, direcionando-o a traçar caminhos, fazer escolhas maduras e responsáveis. O conselheiro torna-se o facilitador desse processo para o crescimento pessoal do cliente (ROGERS, 1992).

Rogers preconizava que o modelo de ajuda deveria ser aplicado progressivamente em três fases: a descoberta inicial, a exploração em profundidade e o planejamento para a ação. Essas fases são interdependentes, pois a primeira enfatiza a relação de confiança e, após estabelecida essa relação, o conselheiro auxilia o cliente a compreender mais profundamente suas motivações. Na terceira fase, busca-se alcançar os objetivos, o que se torna possível após o seguimento das fases anteriores (ROGERS, 1992).

A Abordagem Centrada na Pessoa (ACP) contou com vários colaboradores, como, por exemplo, Maureen Miller O'Hara e Maria Bowen, tendo um destaque importante a colaboração de John Keith Wood. Em 1977, integrantes da equipe de Rogers, do Instituto La Jolla, visitaram o Brasil, através do empenho de Eduardo Bandeira, e empreenderam seus primeiros trabalhos com grupos vivenciais, com a realização dos Ciclos de Estudo da Pessoa, em Recife, Rio de Janeiro e São Paulo, tendo como objetivo difundir e desenvolver a empregabilidade da ACP. Wood, além de amigo, participou efetivamente da construção dessa corrente teórica e também promoveu oficinas em países da América do Norte, América do Sul e Europa, difundindo a ACP (MOREIRA; LANDIM; ROMCY, 2014).

3.5 ACONSELHAMENTO EM AMAMENTAÇÃO

A partir da perspectiva de Rogers, o aconselhamento é o processo de escuta ativa, individualizado e centrado na pessoa, que concebe uma relação de confiança entre o profissional e o cliente, objetivando autoconhecimento e transformação (BASSICHETTO, 2006).

A Organização Mundial da Saúde define o aconselhamento em amamentação como uma abordagem horizontal e centrada na pessoa, com o objetivo de capacitar a mulher para a amamentação, respeitando sua realidade e desejos pessoais (WHO, 2018).

Aconselhar é uma prática antiga, na qual são dadas sugestões de atitudes e tomada de decisões, considerando as experiências pessoais prévias da pessoa que aconselha, com base no senso comum. Sendo assim, embora haja semelhança entre os termos, é preciso estabelecer a diferença entre dar conselhos ou aconselhar e o aconselhamento (BUENO; TERUYA, 2004).

O conselheiro busca acolher, ouvir e compreender a mãe e, através de seus conhecimentos, oferece ajuda para proporcionar que a mãe planeje, tome decisões e se empodere para lidar com pressões e adversidades, aumentando sua confiança e autoestima (BRASIL, 2015).

Entre as estratégias para melhorar as taxas de aleitamento materno exclusivo, o aconselhamento pelos profissionais de saúde tem se mostrado muito bem-sucedido, principalmente na redução do uso de fórmulas, no aumento do número de mulheres que iniciaram a amamentação e na menor introdução de alimentos complementares em lactentes antes dos seis meses (PATEL; PATEL, 2016; ONGUN; DEMIR, 2021).

Ensaio clínico randômico que avaliou a eficácia do aconselhamento individualizado evidenciou maior frequência na oferta de colostro e menos exposição dos RNs ao uso de fórmulas durante as primeiras setenta e duas horas de vida. Além disso, observou-se um aumento nas taxas de crianças amamentadas exclusivamente nos primeiros seis meses (NIKEMA *et al.*, 2017).

Nesse sentido, a abordagem do aconselhamento centrada na pessoa tem sido utilizada em cursos para o aprimoramento de profissionais que trabalham com pessoas em inúmeras áreas. Não se exige, para sua aplicação, conhecimentos avançados de psicologia, e sim o desenvolvimento de habilidades como empatia, compreensão, escuta sensível, direcionamento, orientação, encorajamento e olhar positivo (BASSICHETTO, 2006).

3.5.1 A origem do aconselhamento em amamentação

O aconselhamento em amamentação teve sua origem no início da década de 90, em Genebra, com a Doutora Marina Rea, que atuava na divisão de controle de doenças diarreicas da OMS, onde também se concentravam as ações de promoção ao aleitamento materno. Dentre os muitos profissionais ilustres que colaboraram para a construção deste curso, destaca-se a

pediatra Felicity Savage King, contratada por este órgão para elaborar o curso de aconselhamento, que posteriormente foi revisado por Rea (CARVALHO; GOMES, 2019).

O primeiro teste do curso de aconselhamento foi realizado em 1991, nas Filipinas. Em 1992, Jamaica e Tanzânia receberam o treinamento durante cerca de 18 meses, e o teste final aconteceu em Bangladesh em 1993. Em seguida, o curso foi redigido por Marina e King, e sua metodologia foi revisada pelo Centro de Controles de Doenças – Atlanta, Estados Unidos (BASSICHETTO; RÉA, 2008).

O lançamento oficial do curso ocorreu em 1994, em inglês, com uma carga horária total de 80h, sendo 40 horas para formar treinadores e as outras 40 horas para que os treinadores formassem os participantes. Ambos os módulos incluíam dois a três dias de prática em maternidades. No Brasil, o lançamento do curso de aconselhamento, traduzido pela Dra. Marina Rea, ocorreu em 1996 e contou com a presença de alguns colegas da Dra. Marina, dentre eles a brasileira Dra. Keiko Teruya e a Dra. Vilneide Braga Serva, que posteriormente multiplicaram o curso no país (BASSICHETTO; RÉA, 2008; WHO, 2018; CARVALHO; GOMES, 2019).

Em seguida, a OMS financiou um projeto para avaliar o curso no Brasil e, em 1997, enviou a Dra. Savage King para uma avaliação in loco, que iniciou em Londrina, no V Encontro Nacional de Aleitamento Materno (ENAM), onde foram entrevistados diversos facilitadores que tinham implementado o curso nas cidades de Fortaleza, Recife, Brasília e São Paulo. Com o resultado considerado positivo pela OMS, a organização decidiu traduzir o curso para diversos idiomas (CARVALHO; GOMES, 2019).

Com o êxito do curso de "aconselhamento em amamentação", a OMS/UNICEF lançou outros cursos denominados "Aconselhamento em HIV e alimentação infantil" e "Aconselhamento em alimentação complementar". Em 2006, a OMS lançou o "*Infant Young Child Feeding Counselling: An Integrated Course*" - Aconselhamento em Alimentação Infantil: um Curso Integrado, resumindo o conteúdo dos três cursos em um único, visando facilitar sua aplicação (BASSICHETTO; RÉA, 2008).

3.5.2 Habilidades de aconselhamento

As "Habilidades de Aconselhamento", ou de Comunicação em Aleitamento Materno, foram apresentadas aos profissionais de saúde pela primeira vez no Curso de Aconselhamento em Amamentação da OMS/UNICEF, em 1993 (CARVALHO; GOMES, 2019).

Consistem em dois conjuntos de técnicas de comunicação: "Ouvir e aprender" e "Desenvolver a confiança e dar apoio" (OMS/UNICEF, 1993; BUENO; TERUYA, 2004).

3.5.2.1 Habilidades de ouvir e aprender

As habilidades de ouvir e aprender incluem:

- Utilizar comunicação não verbal eficaz, consistindo em manter a cabeça no mesmo nível do interlocutor, demonstrar atenção, remover barreiras físicas, dedicar tempo adequado e tocar de maneira apropriada;
- Formular perguntas abertas;
- Usar respostas e gestos que demonstrem interesse;
- Devolver o que mãe fala com suas palavras;
- Empatia;
- Evitar palavras que repercutam como julgamento.

Destacam-se aqui as habilidades de ouvir e aprender. Como primeiro aspecto dessa habilidade, aborda-se a comunicação não verbal, uma forma de comunicação que prescinde de palavras. Esta comunicação manifesta-se por meio das nossas ações e comportamentos diante da mulher, incluindo aspectos como aparência, tipo de vestuário, uso de maquiagem e expressões faciais, que podem indicar julgamentos sobre as falas e atitudes da puérpera com o RN (BRASIL, 2015; PERILO, 2019).

A postura diante dessa mãe pode conduzir a dois desfechos distintos: o afastamento da mulher em relação ao profissional ou, preferencialmente, a formação de um vínculo, ainda que breve, para estabelecer uma relação de confiança e proximidade, permitindo orientações de maneira horizontal e apoio ao aleitamento materno conforme as necessidades maternas (PERILO, 2019).

Sobre a comunicação não verbal, o contato visual e a remoção de barreiras são técnicas fundamentais para acolher a puérpera. O contato olho no olho e a escuta atenta, evitando barreiras como papéis, blocos, tablets e celulares, demonstram interesse pelo relato da mulher, sem pressa ou distrações (CARVALHO; GOMES, 2019).

Adicionalmente, o toque, possivelmente o mais significativo transmissor de segurança e apoio, intensifica o vínculo com a mulher. Este toque, realizado de forma respeitosa e cordial, deve transmitir a segurança necessária em um contexto de incertezas relativas a ela e ao neonato (BRASIL, 2015).

Para o desenvolvimento das habilidades de formular perguntas abertas, empregar respostas e gestos que demonstrem interesse e refletir o discurso da mãe, o conselheiro adotará determinadas estratégias (WHO, 2018).

No que diz respeito às perguntas abertas, é crucial o uso de expressões como “Como está a amamentação hoje?” ou “Por que você acha que seu peito não está alimentando o bebê?”. Esse tipo de pergunta aberta promove respostas mais detalhadas da mãe, contribuindo para uma anamnese mais rica em informações e, assim, evitando respostas limitadas a sim ou não (OMS/UNICEF, 1993).

Ao utilizar respostas e gestos que demonstrem interesse e ao refletir o que a mãe expressa com suas próprias palavras, é essencial que o conselheiro mostre interesse por meio de sua postura e repita as informações dadas pela mãe, utilizando suas próprias palavras. Isso transmitirá acolhimento e segurança à mulher (CARVALHO; GOMES, 2019).

A empatia constitui uma habilidade crucial no processo de aconselhamento, especialmente no alojamento conjunto. Serve como alicerce do Aconselhamento em Aleitamento Materno (AAM) e é por meio da empatia que o profissional compreende melhor o comportamento da puérpera, procurando entender como ela se sente e a maneira como toma suas decisões. Com uma atitude empática, o conselheiro identifica a situação vivenciada, compreende e demonstra ter entendido suas dificuldades e emoções, mantendo o foco na mulher e em seus sentimentos. Na formação dessa conexão, é crucial manter o bom senso, evitar julgamentos e oferecer elogios por meio de palavras positivas sobre suas atitudes (BUENO; TERUYA, 2004).

3.5.2.2 Habilidades de desenvolver a confiança e dar apoio

Conforme a OMS/UNICEF (1993), o grupo de habilidades para desenvolver a confiança e dar apoio inclui:

- Aceitar o que a mãe pensa e sente;
- Reconhecer e elogiar o que a mãe e o bebê estão fazendo certo;
- Dar ajuda prática;
- Dar pouca e relevante informação;
- Usar linguagem simples;
- Dar uma ou duas sugestões, não ordens.

Neste conjunto de habilidades, o profissional desempenha um papel significativo. Além de fornecer apoio, é responsável por promover a confiança da puérpera no cuidado com seu filho, prevenindo-a contra os mitos culturais que favorecem o desmame.

Ao aceitar o que a mãe pensa, o conselheiro deve manter-se neutro, equilibrando-se entre concordar com atitudes ou falas inadequadas da mãe e discordar dela, transformando as informações recebidas em respostas livres de julgamentos (CARVALHO; GOMES, 2019).

Ao reconhecer e elogiar as mães por comportamentos adequados, validam-se suas atitudes em meio à insegurança gerada por um período de fragilidades e dúvidas, incentivando, assim, o fortalecimento de sua autoconfiança ao confirmar que estão no caminho certo (BRASIL, 2015).

Para executar a habilidade de oferecer ajuda prática, adota-se uma perspectiva holística, com atitudes alinhadas às necessidades imediatas, como auxiliar a mulher a encontrar uma posição mais confortável para amamentar, oferecer um copo d'água ou até segurar o bebê para que ela possa ir ao banheiro (OMS/UNICEF, 1993).

Dentre as três habilidades restantes, destaca-se que fornecer pouca informação, usar linguagem simples e dar sugestões são práticas complementares. Primeiramente, é preciso compreender qual informação está sendo fornecida a esta mulher, assegurando-se de que seja transmitida de forma adequada, com falas simples e de fácil compreensão, evitando termos técnicos específicos da área da saúde. Deve-se atentar ao modo como as orientações são realizadas, preferencialmente de forma sugestiva (BRASIL, 2015).

Nesse sentido, respeitando primeiramente a forma de comunicar-se com esta mulher e realizando-a de maneira adequada, a próxima etapa envolve a técnica de fornecer poucas informações, porém precisas. Essas orientações devem ser pontuais e de curto prazo, ou seja, informações necessárias apenas para aquele momento ou dia, evitando-se uma lista extensa de orientações, que provavelmente não serão retidas. Assim, com orientações concisas e o monitoramento dessa díade, essas orientações podem ser ofertadas gradualmente e conforme a necessidade, tornando-se mais eficazes (PERILO, 2019).

4 JUSTIFICATIVA E RELEVÂNCIA

Em virtude da evolução do processo de aleitamento materno no Brasil nas últimas décadas, é importante destacar os dados da Pesquisa Nacional sobre Saúde Materno-Infantil e Planejamento Familiar (PNSMI) de 1986 e das Pesquisas Nacionais de Demografia e Saúde (PNDS) de 1996 e 2006: a prevalência de AME aos seis meses, que era de 4,7% em 1986, aumentou para 37,1% em 2006, tendo praticamente se estabilizado em 2013, quando alcançou 36,6% (SILVA, 2021; UFRJ, 2021).

O Estudo Nacional de Alimentação e Nutrição Infantil (ENANI, 2019), que analisou 14.558 crianças menores de cinco anos de março de 2019 a março de 2020, com base nos indicadores propostos pela OMS e Ministério da Saúde do Brasil, apontou uma prevalência de AME aos quatro meses de 59,7% e aos seis meses de 45,8%. É necessário enfatizar que, dentre as regiões brasileiras, o Nordeste apresentou as piores taxas de AME aos seis meses.

Observa-se ainda um aumento de 8,7% na prevalência do AME aos seis meses quando comparado ao PNDS de 2006 e revela-se uma queda de 13,9% na prevalência de AME entre quatro a seis meses, que pode estar relacionada ao momento do retorno ao trabalho pelas mães (UFRJ, 2021).

Portanto, a partir do relatório do ENANI-2019, obtêm-se estimativas nacionais e atualizadas sobre diversos indicadores de alimentação e nutrição infantil, que serão essenciais para reorientar as políticas públicas de apoio ao aleitamento materno, à alimentação e nutrição infantil, bem como à saúde infantil e materna.

Dentre as metas estabelecidas nos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) até 2030, pactuou-se a redução em 40% da mortalidade neonatal por 1.000 nascidos vivos, acabar com a fome e garantir o acesso de todas as pessoas, em particular as pobres e em situações de vulnerabilidade, incluindo crianças e neonatos, bem como a garantia de acesso a alimentos seguros, nutritivos e suficientes durante todo o ano. Até 2025, objetiva-se acabar com todas as formas de desnutrição crônica e aguda em crianças menores de cinco anos e atender às necessidades nutricionais de meninas adolescentes, mulheres grávidas e lactantes, e pessoas idosas (WHO, 2018; OPAS, 2018).

Outro aspecto a ser ressaltado é que, após a alta da maternidade, a primeira consulta do pós-parto geralmente ocorre entre o 30º e o 42º dia após o parto. Esse período é suficiente para o surgimento de várias dificuldades e problemas com a lactação, tais como dor, introdução de bicos artificiais e lesões nos mamilos, o que pode levar ao desmame precoce. Assim, o período de permanência da mãe e do recém-nascido no alojamento conjunto é estratégico na

atenção perinatal e permite uma intervenção oportuna para a promoção e proteção do aleitamento materno (BRASIL, 2004; COCA *et al.*, 2009; BRASIL, 2016).

Uma revisão sistemática com metanálise identificou que o aconselhamento em amamentação é uma intervenção eficaz em Saúde Pública para aumentar as taxas de aleitamento, tanto geral quanto exclusivo (MCFADDEN *et al.*, 2017).

Este estudo destaca a importância de adotar modelos horizontais de educação e apoio à amamentação, como o aconselhamento. Modelos que consideram as necessidades das mães podem ser mais benéficos em comparação com práticas que impõem orientações de forma autoritária, nas quais os profissionais de saúde ditam às mães “o que elas devem fazer”, gerando sentimento de insegurança e incapacidade.

Assim, justifica-se esta pesquisa diante dos altos índices de desmame entre crianças brasileiras e no mundo, e estudos anteriores apontam para a relevância do período de internação em Alojamento Conjunto para o apoio e sucesso do aleitamento. O aconselhamento mostra-se como uma intervenção eficaz de Saúde Pública para aumentar as taxas de aleitamento materno, incluindo a amamentação exclusiva, em diferentes contextos e circunstâncias.

Sob esse aspecto, torna-se importante que a puérpera receba aconselhamento sobre seu processo de lactação na maternidade, antes e após a alta hospitalar, com o propósito de prepará-la para a trajetória que irá percorrer.

5 MÉTODO

5.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de um estudo piloto, destinado a um ensaio clínico multicêntrico, randômico, paralelo e aberto, foi registrado na Plataforma do Registro Brasileiro de Ensaios Clínicos (ReBEC) sob o número RBR-4w9v5rq (UTN: U1111-1284-3559). Realizou-se a alocação de puérperas entre janeiro e março de 2023, com acompanhamento até setembro de 2023, quando ocorreu sua conclusão nos municípios de Uberaba–MG e Rio de Janeiro–RJ.

O ensaio clínico randômico é considerado o padrão-ouro para avaliar intervenções em saúde, analisando a efetividade e a segurança de uma intervenção (ECOSTEGUY, 2009).

Este é um estudo paralelo, pois cada grupo de participantes foi exposto a apenas uma das intervenções estudadas (intervenção ou controle). É randômico, uma vez que a alocação dos participantes entre os grupos foi aleatória, e cada indivíduo teve a mesma probabilidade de ser selecionado para um grupo ou outro. É aberto, pois não houve mascaramento da intervenção, e todos os envolvidos no estudo clínico (participantes, pesquisadores e equipe) estavam cientes da intervenção aplicada (ROSARIO-FILHO, 2020).

Identifica-se em comum que todos os centros possuem características similares: são instituições hospitalares vinculadas a universidades, com uma população estimada semelhante. A intervenção utilizada foi o aconselhamento em amamentação para puérperas no alojamento conjunto.

Com o objetivo de alcançar rigor metodológico e produzir evidências de qualidade, com redução de vieses, o estudo seguiu as recomendações internacionais do *Consolidated Standards of Reporting Trials*. O protocolo do ECR foi publicado por Ruiz *et al.* (2023).

5.2 LOCAL DO ESTUDO

O estudo foi desenvolvido nas enfermarias de alojamento conjunto do Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Triângulo Mineiro (HC-UFTM) e na Maternidade Escola da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), no Rio de Janeiro (RJ).

5.2.1 Uberaba- MG – Centro coordenador

Em Uberaba, o estudo ocorreu no Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Triângulo Mineiro (HC-UFTM). De acordo com estatísticas institucionais de 2020, foram registrados, nesse ano, 1.259 partos, dos quais 719 (57,1%) foram partos vaginais e 540 (42,9%) cesáreos. O HC-UFTM é referência para gestações de alto risco, moléstias infecciosas no ciclo gravídico-puerperal, para pacientes assistidas no pré-natal patológico dos municípios do Triângulo Sul de Minas Gerais (27 cidades), para gestações normais com pré-natal realizado no Ambulatório Maria da Glória e no Distrito I de Uberaba (cerca de 150.000 habitantes), e para todos os municípios do Triângulo Sul de Minas Gerais que não possuem hospital.

5.2.1.1 Rotina assistencial do Centro Coordenador- MG

Trata-se de um hospital público, que realiza 100% dos seus atendimentos vinculados ao Sistema Único de Saúde (SUS), dispondo de 12 leitos de Alojamento Conjunto. Não possui o título de Hospital Amigo da Criança e não dispõe de leitos de PPP (pré-parto, parto e puerpério), mas ambos estão entre as metas da unidade para os próximos anos. A equipe assistencial é formada por: um enfermeiro responsável técnico pelo setor; um a dois enfermeiros assistenciais por turno de trabalho (manhã, tarde e noite); e dois a três técnicos de enfermagem, conforme a escala. A unidade conta, ainda, com uma fonoaudióloga que aplica o protocolo Bristol para identificação de casos de anquiloglossia (língua presa) em todos os RNs, a partir de oito a, no máximo, dez horas de vida. A instituição possui um protocolo operacional padrão para a assistência à amamentação, que, no entanto, contempla apenas ações de manejo clínico do aleitamento (EBSERH, 2021). Adicionalmente, destaca-se que as enfermarias na instituição são individuais e acomodam puérpera, RN e seu acompanhante durante toda a internação.

5.2.2 Rio de Janeiro- RJ - Centro Coparticipante

A coleta de dados neste centro foi realizada no AC da Maternidade Escola da Universidade Federal do Rio de Janeiro, uma unidade especializada que oferece assistência ambulatorial e hospitalar multiprofissional, com linhas de cuidado específicas para a saúde de gestantes e recém-nascidos de alto risco. Dispõe de ambulatórios especializados em assistência pré-natal (hipertensão arterial, diabete, gestação gemelar, patologias fetais e adolescentes),

programa de rastreio de risco para gestantes no primeiro trimestre, planejamento familiar para mulheres de risco, genética pré-natal e medicina fetal.

Localizado no 3º andar do prédio principal, o alojamento conjunto conta com nove enfermarias, totalizando 45 leitos, incluindo uma enfermaria exclusiva para pacientes em isolamento. Também são internadas gestantes que necessitam de tratamento para doenças intercorrentes ou próprias da gravidez.

A equipe do setor é composta por médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, nutricionistas, assistentes sociais, psicólogas, fonoaudiólogas e acadêmicos de diversas áreas da saúde, além dos profissionais da residência médica e multiprofissional. Conforme estatísticas institucionais de 2020, foram registrados 1.607 partos. A equipe de enfermagem do Alojamento Conjunto é formada por: um enfermeiro coordenador, um enfermeiro de rotina e seis equipes plantonistas com dois enfermeiros e cinco técnicos de enfermagem cada.

A instituição foi reconhecida como Hospital Amigo da Criança em dezembro de 2020. O alojamento conjunto, com seus 45 leitos, desenvolve uma assistência perinatal de qualidade e utiliza a CIPE® no Processo de Enfermagem.

5.2.2.1 Rotina Assistencial do Centro Co participante- RJ

Para elucidar a assistência de enfermagem e o cuidado habitual prestado no AC desta instituição, apresenta-se a seguir uma descrição detalhada, baseada no Protocolo assistencial da instituição e na observação da rotina durante o período de coleta de dados.

Ao receber a puérpera no AC, seja no pós-parto vaginal ou pós-cesárea, o enfermeiro realiza o exame físico céfalo-caudal, além do exame físico padrão, exame detalhado das mamas e mamilos, inspeciona e avalia a integridade das mamas e região mamilo-areolar e avalia se há presença de colostro, fornecendo, nesse momento, orientações sobre o aleitamento materno.

O enfermeiro aproveita esse momento para promover vínculo com esta mulher e estimular o vínculo da puérpera com o recém-nascido, avaliar seu estado emocional e otimizar medidas para reduzir sua ansiedade e medo, bem como promover medidas de conforto e a terapêutica adequada para alívio da dor. Auxilia e orienta nos cuidados com o recém-nascido, além de orientar a puérpera sobre as rotinas do setor, como, por exemplo, os horários de visitas, alimentação, e as rotinas do acompanhante, e, por último, sobre o atendimento da equipe de amamentação.

A equipe de amamentação, composta exclusivamente por enfermeiros e residentes de enfermagem, faz visita ao binômio diariamente, visando proteger, incentivar e auxiliar na

prática do aleitamento materno. Realizam o protocolo Bristol em todos os RNs com no mínimo 24h de vida e, em caso de mulheres com dificuldades no processo de amamentação, são acompanhadas com maior frequência e realizam o seguimento de forma ambulatorial após a alta, com retorno em até 15 dias, a depender da demanda.

De acordo com a rotina desta instituição, na alta hospitalar, essas puérperas são orientadas sobre os cuidados com a ferida operatória ou episiorrafia em casa, quando houver, também são instruídas a retornar à instituição para retirada dos pontos cirúrgicos, no caso de puérperas acompanhadas que realizaram o pré-natal na instituição, além de orientações quanto à importância da consulta de revisão e acompanhamento do recém-nascido na unidade de saúde básica mais próxima do domicílio (UFRJ, 2015).

5.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA

O estudo-piloto foi realizado com o recrutamento de 40 participantes, sendo 20 alocadas para o grupo de intervenção e 20 para o grupo controle, com distribuição igual nos dois centros. Foi considerado um nível de significância de 5% e poder estatístico de 95%, com o cálculo amostral realizado após a análise do estudo-piloto. As puérperas foram recrutadas pela equipe de pesquisa, pesquisadores devidamente capacitados e calibrados para esta ação, e alocadas por meio de randomização.

5.4 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Puérperas:

- Com idade a partir de 18 anos, primíparas, com gestação de feto único, idade gestacional de 37 a 42 semanas, independente da via de parto, que tivessem a intenção de amamentar, que se encontrassem hemodinamicamente estáveis, conscientes e orientadas e internadas acompanhando seu filho no alojamento conjunto dos centros participantes, no momento da alocação para o estudo.

Recém-nascidos:

- RN a termo (de 37 semanas a 41 semanas e seis dias de gestação) e com peso mínimo de 2.500g.

5.4.1 Critérios de não inclusão

Puérperas:

- Com contraindicação para o aleitamento, como ser HIV positivo, HTLV 1 e 2 positivo, e estar em tratamento neoplásico com quimioterápicos;
- Com intercorrências materno-neonatais em que, imediatamente após o parto, mãe e/ou RN foram separados e transferidos para Unidades Críticas;
- Transferidas de outras instituições ou reinternações;
- Usuárias de drogas ilícitas ou com deficiências intelectual e/ou sensoriais comprovadas por diagnóstico médico.

Recém-nascidos:

- Com disfunção do sistema estomatognático que possa interferir na mecânica de sucção ou com malformações que impeçam ou dificultem o aleitamento.

5.4.2 Critérios de exclusão

Puérperas:

- Que não foram acompanhadas por contato telefônico nos primeiros quinze dias, ou seja, após três tentativas de ligação sem êxito, ou tentativa de contato com familiar, detectando-se alterações no vínculo mãe-filho no momento da alocação ou fatores de não inclusão após o recrutamento.

Recém-nascido:

- Com malformações ou anormalidades na mecânica do aleitamento detectadas à alocação.

5.5 RANDOMIZAÇÃO

As puérperas foram recrutadas pela equipe de pesquisa e alocadas por meio de randomização por blocos compostos por oito participantes, em dois grupos: intervenção e controle. Foram considerados níveis de significância de 5% e poder estatístico de 95%.

As listas de randomização de cada centro de pesquisa foram elaboradas no programa *Statistical Package for the Social Sciences (SPSS)* versão 23.0 e organizadas pela Central de Randomização (CR), que geriu os grupos de alocação. Após obtenção do consentimento, os pesquisadores contatavam a CR para consultar a ordem de inclusão das puérperas na pesquisa

e seu grupo de alocação. Os membros da CR, responsáveis pela ocultação da alocação, não fizeram parte da equipe de pesquisa. A CR possuía seis membros que se comunicavam com os pesquisadores por meio de um grupo no WhatsApp®.

5.6 FORMAÇÃO DOS GRUPOS E VALIDAÇÃO DO PROTOCOLO

5.6.1 Da qualificação dos profissionais para intervenção

Inicialmente, destaca-se que as pesquisadoras são enfermeiras com vasta experiência na área materno-infantil e no manejo clínico do aleitamento materno, atuando como consultoras em lactação. Além da experiência profissional, os pesquisadores foram capacitados para a intervenção com um curso de Manejo Clínico do Aleitamento Materno (60 horas) e uma Oficina de Aconselhamento (16 horas), incluindo atividades práticas, totalizando 76 horas de capacitação.

Salienta-se, ainda, que a oficina de aconselhamento incluiu um curso de capacitação em aconselhamento em aleitamento materno, promovido pela Escola de Enfermagem Anna Nery da UFRJ em parceria com a Secretaria Estadual de Saúde do Rio de Janeiro.

O curso de aconselhamento em amamentação, baseado no curso da OMS, foi realizado nos dias 8 e 9 de junho de 2022, na modalidade presencial no Hospital Maternidade Maria Amélia Buarque de Hollanda (HMMABH), situado na região central do Rio de Janeiro, totalizando 16 horas de carga horária. Este curso incluiu aulas teóricas e práticas, distribuídas em dois blocos. O primeiro bloco, ocorrido em 8 de junho de 2022, dedicou-se às aulas teóricas. O segundo bloco, em 9 de junho de 2022, focou em casos clínicos e simulação de aconselhamento entre os participantes de casos fictícios, sob supervisão dos facilitadores. A etapa prática ocorreu no alojamento conjunto da HMMABH, permitindo que cada participante executasse o aconselhamento com as puérperas. Posteriormente, discutiu-se com os facilitadores o aconselhamento realizado em cada caso, visando ao aprimoramento do grupo. O curso resultou na certificação da equipe de pesquisadores.

5.6.2 Construção dos instrumentos para coleta de dados

O instrumento de coleta de dados foi desenvolvido especificamente para este estudo, por meio da elaboração do protocolo de Aconselhamento em Aleitamento Materno para o grupo de intervenção, utilizando como referencial teórico o manual de Aconselhamento em

Amamentação da OMS (1996), as diretrizes da Organização Mundial da Saúde sobre aconselhamento em aleitamento materno (WHO, 2018; WHO, 2021) e as evidências resultantes de duas scoping reviews sobre a aplicação do aconselhamento em aleitamento materno no Alojamento Conjunto. A escassez de estudos identificada e o delineamento de protocolos motivaram a realização da segunda revisão sobre protocolos de aconselhamento em aleitamento materno.

5.6.3 Validação do protocolo de aconselhamento

O protocolo de aconselhamento em aleitamento materno (intervenção) foi submetido à validação de conteúdo por oito especialistas doutores com experiência relevante em aconselhamento em aleitamento materno, ensino e pesquisa baseada em evidências. Calculou-se o Índice de Validade de Conteúdo (IVC), considerando válidos os itens com concordância superior a 80%.

O protocolo foi aprovado em sua primeira versão, descrevendo detalhadamente as ações esperadas, inesperadas e as intervenções com a abordagem de aconselhamento nas dificuldades iniciais apresentadas durante a internação do binômio no Alojamento Conjunto (APÊNDICE B).

5.7 FORMAÇÃO DOS GRUPOS

5.7.1 Procedimentos de coleta no grupo intervenção

No Grupo Intervenção (GI), a intervenção foi realizada por uma equipe de enfermeiras qualificadas (equipe de pesquisa) em aconselhamento e no manejo clínico do aleitamento materno. A intervenção de aconselhamento em aleitamento materno ocorreu durante a internação no Alojamento Conjunto e foi aplicada pelos pesquisadores.

Após a leitura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e seu aceite (APÊNDICE C), as puérperas alocadas nesse grupo foram abordadas pelos pesquisadores, que já empregavam as habilidades do aconselhamento. Nesse momento, o pesquisador posicionou-se ao lado da puérpera, sem portar pranchetas, canetas, papéis, relógios e celulares, e aplicou a abordagem do aconselhamento com perguntas abertas, como, por exemplo: "Como a senhora está amamentando?" e "Como a senhora está se sentindo amamentando?". Em seguida, colheu a história da amamentação e realizou a observação da mamada para preenchimento da escala

LATCH (APÊNDICE B), na qual são avaliados a pega, a deglutição, o tipo de mamilo, o conforto e o posicionamento. Caso detectasse possíveis disfunções mecânicas para a sucção, ofereceu auxílio no manejo clínico ou ainda ajuda prática para auxiliar a mulher e o bebê durante a amamentação, se necessário. Além da escala LATCH, preencheu-se a escala de dor, com a classificação da característica da dor, e o formulário de avaliação mamilo-areolar, que contempla lesões na região. Após encerrar a primeira sessão de aconselhamento e baseando-se em dados de prontuário, o pesquisador realizou o preenchimento da escala de Fantinelli, que mensura a complexidade assistencial do binômio.

Destaca-se que a escala LATCH, traduzida e validada, foi gentilmente cedida pelas autoras do estudo, assim como a escala de Fantinelli, também validada e cedida para uso pela autora, para avaliação da complexidade assistencial do binômio. O checklist das habilidades de aconselhamento, extraído do material para a Oficina de Aconselhamento em Amamentação, foi igualmente utilizado (WHO, 1996; FANTINELLI *et al.*, 2020; GRIFFIN *et al.*, 2022).

A segunda etapa deste grupo incluiu novos momentos de intervenção, nos quais os pesquisadores abordaram a puérpera utilizando o aconselhamento. O suporte de aconselhamento foi ofertado duas vezes ao dia, até a alta hospitalar, nos períodos matutino e vespertino, totalizando até quatro encontros para intervenção. Foram registrados os horários de início e término de cada intervenção, para determinar sua duração.

Prosseguindo com as etapas seguintes, ao final, foi conduzida uma entrevista com a puérpera para o preenchimento dos dados sociodemográficos, clínicos e obstétricos, completando o formulário com informações não encontradas no prontuário.

No término da intervenção, as mulheres foram convidadas a assistir a um *videoscribe* intitulado "Amamentar é melhor", produzido pelo grupo de estudo. O vídeo aborda as vantagens do aleitamento materno para mãe e neonato e orienta a busca por ajuda em caso de dificuldades. Existem três versões do vídeo, todas com o mesmo conteúdo, mas cada uma narrada pela pesquisadora responsável por cada centro; por exemplo, a versão do centro RJ utiliza a voz dessa pesquisadora. Uma das versões foi traduzida para a Linguagem Brasileira de Sinais (LIBRAS).

Após a alta hospitalar, foram feitos contatos telefônicos por meio de número fornecido pela participante para coleta dos desfechos. Para assegurar que não houvesse perda de contato, o pesquisador, no momento da alocação, solicitou o contato da puérpera e de um familiar. O seguimento foi realizado pelo pesquisador que coletou os dados com as puérperas incluídas, com o objetivo de manter o vínculo com as puérperas e reduzir perdas amostrais. Para o

seguimento, foram feitos contatos: na primeira semana de vida; com duas semanas de vida; com um mês, quatro e aos seis meses de vida da criança para coleta dos desfechos.

5.7.2 Grupo controle

No grupo controle (GC), foi ofertado o cuidado institucional padrão, pelo enfermeiro do AC da própria instituição, neste grupo, sem intervenção dos pesquisadores.

O pesquisador responsável realizou a entrevista e observação não participante de ao menos uma mamada, sem aplicar nenhuma intervenção.

No que se refere aos instrumentos e escalas, aplicaram os mesmos utilizados na avaliação do grupo intervenção. Ao final da entrevista, as participantes também foram convidadas a assistir o videoscríbido produzido para o estudo. Após a alta hospitalar, assim como no grupo intervenção, os contatos via telefone aconteceram na primeira e segunda semana de vida, com um mês, quatro e aos seis meses de vida da criança para coleta dos desfechos.

5.8 VARIÁVEIS DO ESTUDO

5.8.1 Variáveis sociodemográficas/caracterização

Variáveis Maternas:

- Idade, raça, estado civil, escolaridade, vínculo empregatício, ocupação, renda, composição da rede de apoio, presença do acompanhante no momento da intervenção, tabagismo.

Variáveis Obstétricas:

- Idade gestacional avaliadas por ultrassonografia e, quando necessária, confirmada pelo método de Capurro na primeira avaliação após o nascimento, patologias ou intercorrências na gestação, realização de pré-natal e número de consultas, se recebeu orientações sobre amamentação no pré-natal, data e tipo de parto, presença do acompanhante no momento do parto, amamentação na primeira hora de vida e contato precoce.

Variáveis do RN:

- Peso ao nascer, estatura, amamentação na primeira hora de vida, tipo de aleitamento no momento da alta.

Variáveis do aconselhamento:

- As habilidades do AAM de ouvir e aprender abrangerão os seguintes aspectos:
 - Usar comunicação não verbal útil, manter a cabeça no mesmo nível, prestar atenção, remover barreiras, dedicar tempo, tocar de maneira apropriada, fazer perguntas abertas.

O conjunto de habilidades de desenvolver a confiança e dar apoio incluirá:

- Aceitar o que a mãe pensa e sente, reconhecer e elogiar o que a mãe e o bebê estão fazendo certo, dar ajuda prática, dar pouca e relevante informação, usar linguagem simples, dar uma ou duas sugestões, não ordens.

5.8.2 Variáveis de desfecho

O desfecho primário dessa dissertação foi a manutenção do aleitamento materno exclusivo no sexto mês de vida do lactente.

Como desfechos secundários, foram considerados o percentual de aleitamento exclusivo no momento da alta hospitalar; o percentual de aleitamento exclusivo no primeiro mês; o percentual de qualquer tipo de aleitamento (exclusivo, misto e artificial) aos 7 e 14 dias, com 1 mês, 4 meses e aos 6 meses; e a escala de Edimburgo aos 1 mês, 4 meses e aos 6 meses.

5.9 COLETA DE DADOS DO GRUPO INTERVENÇÃO E CONTROLE

O recrutamento ocorreu nas enfermarias de Alojamento Conjunto dos hospitais dos centros de pesquisa.

Durante o período da coleta, os pesquisadores dirigiam-se ao posto de enfermagem e às enfermeiras plantonistas para verificar o quadro com o censo de puérperas internadas e confirmavam, por meio dos prontuários, quais eram elegíveis segundo critérios pré-estabelecidos conforme o fluxograma de seleção.

Uma vez atendidos os critérios, o pesquisador dirigia-se às enfermarias, explicava os objetivos do estudo e realizava a leitura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Após o aceite e assinatura do termo em duas vias, a puérpera recebia uma cópia, e a outra ficava sob a guarda dos pesquisadores.

Em seguida, era realizado o contato com a central de randomização e aguardada a resposta para alocação da puérpera no grupo controle ou intervenção.

Para as mulheres alocadas no grupo intervenção, a pesquisadora realizava o aconselhamento. Para as mulheres alocadas no grupo controle, estas recebiam o cuidado

habitual da instituição, sem profissional específico para este fim. Em seguida, para as mulheres de ambos os grupos, era realizada a observação da mamada para o preenchimento das escalas LATCH, avaliação da região mamilo-areolar, a avaliação da presença de dor mamária e/ou mamilar a partir da aplicação da Escala Visual Analógica da dor e a caracterização desta, além do preenchimento dos formulários com dados sociodemográficos, clínicos e obstétricos não encontrados no prontuário, no decorrer das sessões e, por fim, o preenchimento da escala de Fantinelli. Ao concluir as etapas anteriores e encerrar a entrevista, as participantes eram convidadas a assistir o videoscríbido produzido.

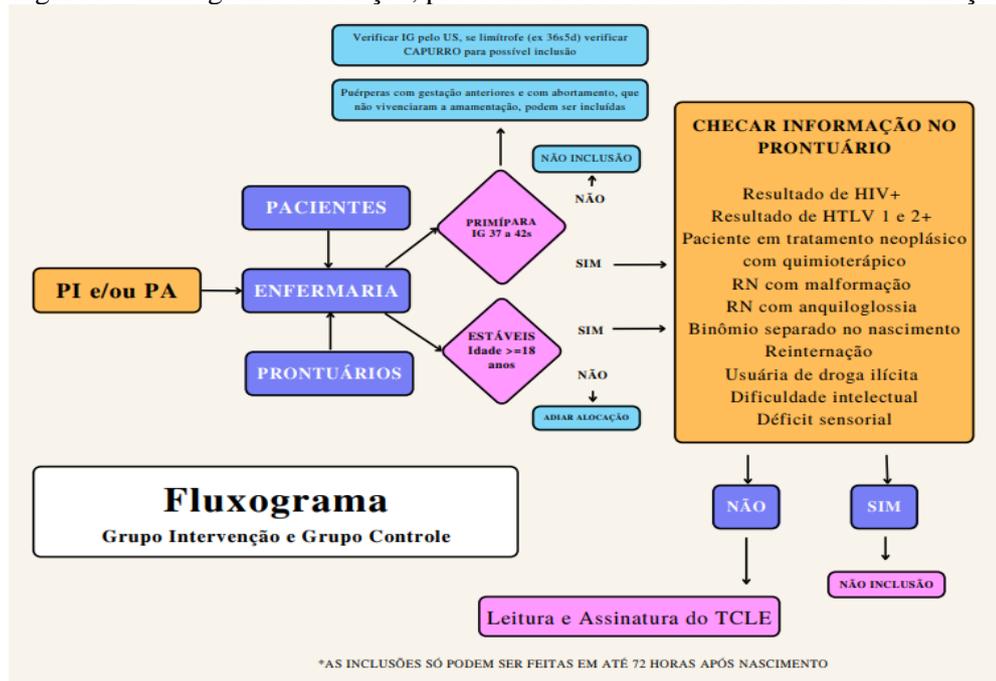
Os contatos telefônicos ocorriam na primeira e segunda semanas de vida do neonato, assim como no primeiro, quarto e sexto mês, a partir do número fornecido no contato inicial, em horários distintos, e ao menos uma tentativa de contato com familiar, também fornecido no momento da entrevista.

No formulário de seguimento das primeiras e segundas semanas, foram coletados dados sobre o tipo de aleitamento no momento, introdução de complementos lácteos, lesões e/ou dor mamilo-areolares, ingurgitamento mamário, uso de bicos artificiais, suporte de profissionais para auxílio com o aleitamento, desmame, acompanhamento de puericultura e intercorrências neonatais.

A partir do primeiro mês de vida, manteve-se a coleta de informações sobre o tipo de aleitamento no momento, uso de bicos, suporte de profissionais para auxílio com o aleitamento, desmame, acompanhamento de puericultura, intercorrências neonatais, adicionando-se o questionário da Escala de Depressão Pós-Parto de Edimburgo. Esse mesmo questionário foi utilizado nos meses subsequentes até a finalização do protocolo no sexto mês.

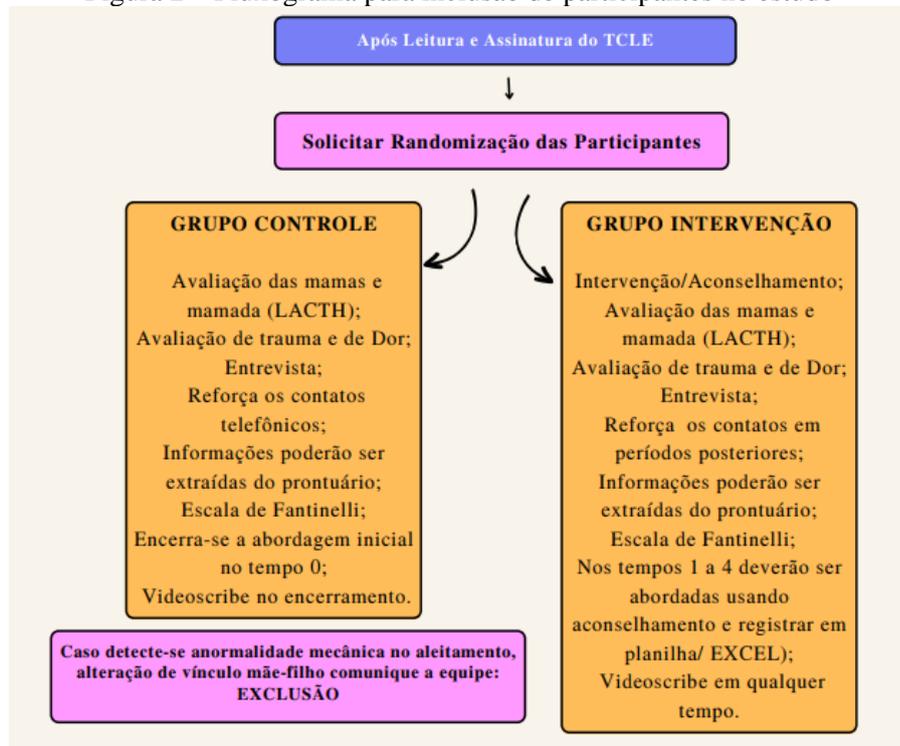
Destaca-se a elaboração de um fluxograma para a inclusão das participantes da pesquisa (Figura 1), a randomização, o procedimento de coleta de dados e as etapas de dados (Figura 2), bem como os protocolos de intervenção e de controle e o seguimento após a alta hospitalar (Figura 3).

Figura 1 – Fluxograma de seleção, procedimento de coleta de dados e randomização



Fonte: Elaborado pela equipe de pesquisa.

Figura 2 – Fluxograma para inclusão de participantes no estudo



Fonte: Elaborado pela equipe de pesquisa.

Figura 3 – Fluxograma de seguimento após a alta hospitalar



Fonte: Elaborado pela equipe de pesquisa.

5.10 DESAFIOS DA COLETA E SEGUIMENTO

Ao iniciar a coleta de dados no projeto piloto, enfrentaram-se inúmeros desafios e dificuldades, que foram sendo superados em reuniões com a equipe do ECR e mediante extensas trocas e discussões em cada etapa entre as pesquisadoras principais de cada centro. Ressalta-se que essa aliança entre as pesquisadoras foi crucial para a coleta de dados, tendo sido inúmeros os desafios encontrados durante a coleta e o seguimento ao longo de aproximadamente 33 semanas.

A primeira fase da coleta de dados ocorreu no Alojamento Conjunto, e a abordagem à puérpera era realizada ainda com poucas horas após o parto. Geralmente, a internação do binômio dura, em média, 48 horas, e é justamente nesse período valoroso de encontro e conhecimento entre mãe, bebê e família, permeado pela rotina hospitalar, incluindo a assistência da equipe multiprofissional e funcionários do setor.

No primeiro dia, antes de iniciar o recrutamento, foi necessária uma pausa para observar a intensa rotina do alojamento conjunto, unidade que precisava ser profundamente compreendida. Neste intervalo, percebeu-se como é intensa a rotina do centro de coleta no Rio de Janeiro, principalmente por se tratar de uma maternidade escola vinculada a uma renomada instituição de ensino.

Primeiramente, constatou-se o grande número de abordagens que a puérpera recebe pela equipe multiprofissional de assistência à saúde e por outros funcionários da unidade. Reconheceu-se também que todas as abordagens eram necessárias, como, por exemplo, da funcionária administrativa que abordava a família para confecção da Declaração de Nascido Vivo (DNV), da assistente social orientando sobre licença maternidade e projetos sociais de distribuição de renda, das copeiras, dos estagiários do curso técnico em enfermagem, acadêmicos e residentes de diversas áreas, da equipe plantonista de médicos, enfermeiros, psicologia e nutrição, além de testes, exames e procedimentos pertinentes à rotina do nascimento para os RNs. Importa salientar quão complexa é a assistência nesse setor, pela quantidade de profissionais envolvidos, cada um com sua atribuição, no atendimento à díade.

Considera-se que as primeiras 24 horas após o parto representam um momento intenso para o binômio, incluindo a dor do pós-parto, a cólica, lóquios, a insegurança da produção de leite, a diferença entre o bebê imaginado e o bebê real, a adaptação e continuidade da relação agora de forma extrauterina, que se dá através da observação, da interpretação do choro e das expressões faciais, suas necessidades, demandas emocionais, dos desafios e preocupações, afinal, a chegada de um bebê gera muitos sentimentos e frequentemente observa-se uma puérpera insegura diante de tantas demandas para conduzir. Neste momento, ela necessita de aconselhamento para se empoderar, direcionar e capacitá-la a tomar a melhor decisão para aquele momento.

Em uma primeira análise, propõe-se uma reflexão acerca do pós-parto por ser um período muito exaustivo no qual essa puérpera necessita de intervalos de sono e repouso que muitas vezes são interrompidos pela rotina hospitalar, pela equipe multiprofissional, por exames para a puérpera e RN. Devido a essas interrupções, surgiu a inquietação de iniciar o recrutamento e essa pausa foi essencial para refletir sobre a intervenção proposta desta dissertação, que é o aconselhamento. Nesta reflexão, questionou-se sobre como aplicar o aconselhamento, permeado de técnicas e habilidades, sem ser interrompida; como criar um ambiente acolhedor e tranquilo que favoreça o vínculo; como se aproximar dessa mulher cansada após tantas outras abordagens. Esses questionamentos e a apreciação da rotina do setor foram imprescindíveis para decidir que o melhor momento para abordar essa díade durante a internação era no final da manhã, durante a tarde e início da noite, o melhor horário para evitar interrupções, principalmente se essa puérpera fosse alocada para a intervenção do aconselhamento, o que demandava tempo considerável.

Definidas as estratégias para o início do recrutamento, deu-se início à seleção das puérperas elegíveis. O primeiro desafio foi o acesso aos prontuários para o preenchimento do

checklist dos critérios de inclusão, visto que, no período da manhã, os prontuários permaneciam com a equipe médica e de residentes, para a atualização das condutas.

O desafio subsequente era obter o consentimento da puérpera, que frequentemente estava sob abordagem de outro profissional, acompanhando o RN em exames ou descansando, tornando necessário retornar algum tempo depois. Independentemente de ser alocada no grupo controle ou no grupo de intervenção, as estratégias de horários eram implementadas para facilitar uma melhor conexão entre o binômio e a pesquisadora.

Quando alocadas no grupo de intervenção e iniciado o aconselhamento, era comum receber questionamentos, principalmente pela rede de apoio, sobre mitos do leite fraco, do leite que não sustenta, da transferência da experiência familiar no insucesso na amamentação, e da solicitação constante por complemento. Todos esses questionamentos foram elucidados com base nas habilidades do aconselhamento em oferecer respostas curtas e relevantes para aquele momento.

Outro obstáculo na coleta era a coincidência da observação da mamada com o momento da coleta de dados, pois, frequentemente, era necessário aguardar a próxima mamada, o que poderia levar de minutos a horas, exigindo considerável disponibilidade de tempo da pesquisadora.

Adicionalmente, destaca-se a dificuldade relacionada ao trajeto da residência da pesquisadora até a maternidade escola, aproximadamente 60 quilômetros utilizando transporte público. No entanto, o maior desafio não era o percurso em si, mas chegar ao cenário do estudo e, muitas vezes, não conseguir recrutar nenhuma puérpera, aguardando por um dia inteiro sem nenhuma alocação. Apesar da frustração nesses dias, o retorno na manhã seguinte era feito com esperança de novas participantes e pela crença no impacto positivo do projeto para as famílias.

Novos dias traziam novos recrutamentos e o retorno no dia seguinte para dar continuidade às sessões iniciadas e realizar novos recrutamentos. Esse era o cotidiano durante o período da coleta, independentemente de feriados ou fins de semana, até que cada centro concluísse a meta de 20 puérperas. É relevante salientar que as pesquisadoras dos centros RJ e Uberaba foram muito bem recebidas e acolhidas pela equipe de enfermagem das unidades hospitalares.

Ao finalizar a coleta, procedeu-se com as ligações para o seguimento. Importante destacar que essa foi a etapa mais desafiadora. As ligações, demandando em média 10 a 15 minutos, eram diretas e objetivas; o grande desafio era conseguir contato com as puérperas. Como as ligações iniciavam na primeira semana de vida (com sete dias), percebeu-se que ainda era um momento muito delicado para a mulher. Frequentemente, elas não atendiam as ligações

ou, quando atendiam, solicitavam um retorno em outro momento por estarem ocupadas com consultas de puericultura ou repouso.

A mesma situação ocorreu aos 15 dias de vida, permanecendo a dificuldade em conseguir falar com a puérpera. Quando atendiam as ligações, na maioria das vezes, reportavam queixas de lesões mamilares e insegurança sobre se o leite materno era suficiente para alimentar o bebê.

Ao prosseguir com o seguimento um mês após o parto, notou-se uma maior facilidade em comunicar-se com as mulheres, observando-se que a fase aguda da exaustão do pós-parto estava se encaminhando para o término, tornando-se um pouco mais estável. Um aspecto importante a destacar é a criação do vínculo. Observou-se que as mulheres que atenderam às ligações desde o início continuaram o seguimento até a conclusão no sexto mês.

Nas ligações subsequentes aos quatro e seis meses, a dificuldade em atender as ligações persistiu, mas notou-se ainda mais a solidez do vínculo criado com a maioria das puérperas. Quando a ligação não era atendida no momento, muitas vezes, elas retornavam quando possível ou enviavam mensagem via WhatsApp® informando sobre sua disponibilidade para atender, permitindo a continuidade do seguimento.

Ao finalizar o seguimento, com seis meses, surgiram gratas surpresas. Ao anunciar o término das ligações, algumas mulheres solicitaram a continuidade do contato, expressando o quanto era importante para elas saber que alguém que as atendeu no pós-parto ainda se preocupava com seu bem-estar, o tipo de alimentação e o peso dos bebês, além de direcioná-las nas dúvidas. Mencionaram que sentiriam falta das ligações e houve até solicitações para que o contato continuasse. Essas declarações ressaltam a importância do vínculo criado ainda no Alojamento Conjunto, num momento de descobertas e confusões, e o quanto essas mulheres se sentiram acolhidas por uma abordagem diferenciada e pelo aconselhamento.

Conclui-se com uma sensação de gratidão por fazer parte de um projeto significativo e pela diferença que ele fez na vida de algumas famílias. Destaca-se a necessidade de implementar o aconselhamento nas unidades hospitalares para atender às individualidades e como estratégia para aumentar as taxas de aleitamento materno exclusivo.

5.11 ANÁLISE DOS DADOS

Os dados foram coletados por meio de um link do Google Formulários®, importados para uma planilha do Excel e, posteriormente, para o programa estatístico *Social Package for*

the Social Sciences (SPSS) versão 22.0, onde foram analisados, assim como no OpenEpi versão 3.01.

Na caracterização dos grupos de alocação na pesquisa, medidas de frequências absolutas e relativas foram utilizadas para as variáveis categóricas. As variáveis numéricas foram resumidas por meio de medidas de tendência central (média ou mediana) e dispersão (desvio padrão, mínimo e máximo), considerando um nível de significância de 5%, riscos relativos e seus intervalos de confiança de 95%.

5.12 ASPECTOS ÉTICOS

O projeto foi submetido à apreciação e anuência da Unidade de Saúde da Mulher do Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Triângulo Mineiro e da diretoria clínica da Maternidade Escola da Universidade Federal do Rio de Janeiro.

Após a obtenção das anuências nos centros de estudo, procedeu-se ao cadastramento na Unidade de Gestão de Pesquisa do Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Triângulo Mineiro (GEP-HC-UFTM) e no Sistema Rede Pesquisa (de hospitais universitários).

Posteriormente, o projeto foi cadastrado na Plataforma Brasil CAAE 61321122.3.1001.8667, com registro de todas as instituições coparticipantes e centros.

A aprovação foi concedida pelo Comitê de Ética do Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Triângulo Mineiro, parecer n.º 5.627.159 de 06 de setembro de 2022, e pelo Comitê de Ética da Maternidade Escola da Universidade Federal do Rio de Janeiro, parecer n.º 5.656.072 de 21 de setembro de 2022.

Esta pesquisa foi registrada na Plataforma do Registro Brasileiro de Ensaios Clínicos (ReBEC) sob o número RBR-4w9v5rq (UTN: U1111-1284-3559).

5.13 RISCOS E BENEFÍCIOS

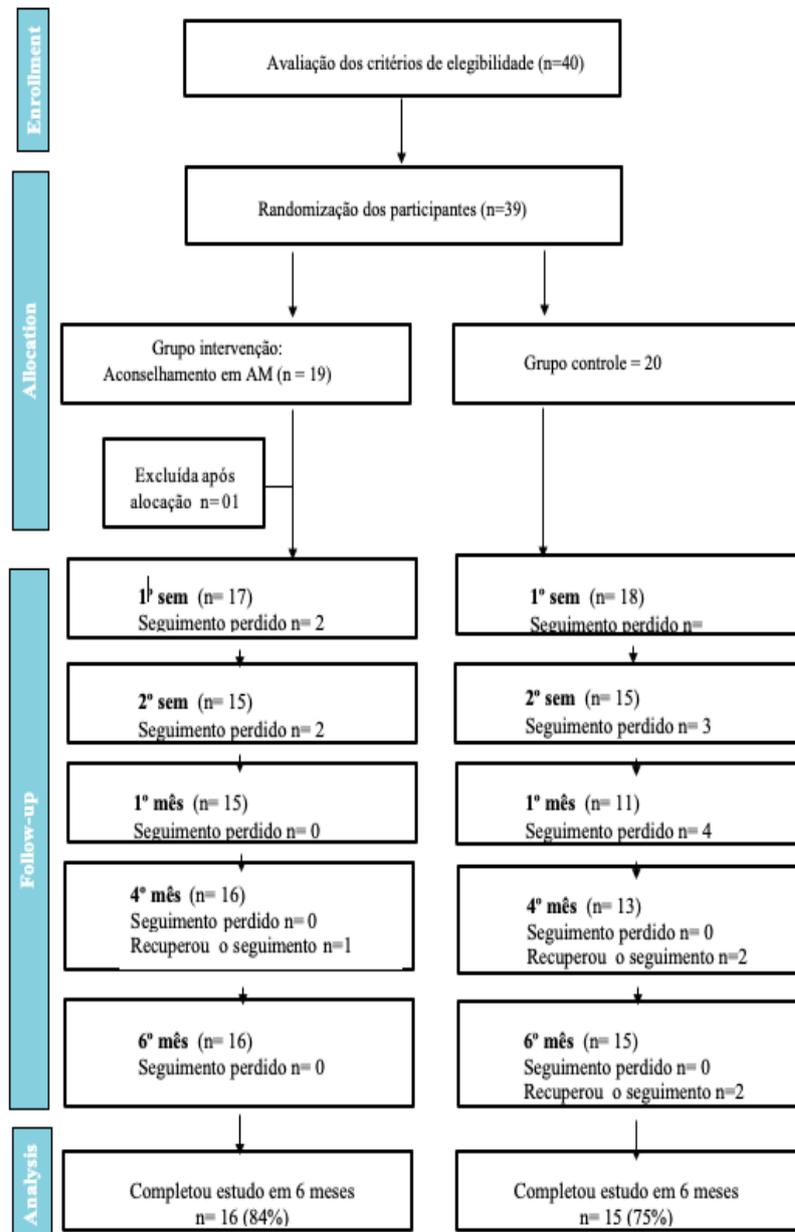
Em relação aos riscos, a pesquisa poderia ocasionar desconforto mínimo, como incômodo com alguma pergunta durante a entrevista. Não acarretou custos ou prejuízos econômicos, sociais, psicológicos ou morais às participantes. Quanto aos benefícios, proporcionou apoio e empoderamento às mulheres no processo de aleitamento materno por meio do aconselhamento, além de informações sobre como buscar ajuda por intermédio do videoscribe para ambos os grupos. Portanto, acredita-se que os benefícios superaram os riscos.

6 RESULTADOS

Os resultados aqui relatados referem-se à coleta de dados nos centros Uberaba–MG – Centro coordenador e Rio de Janeiro – centro coparticipante. A alocação das participantes ocorreu de 2 de fevereiro a 15 de março no Centro Uberaba e de 6 de fevereiro a 17 de março de 2023 no Rio de Janeiro.

Foram incluídas 40 díades no total, nos dois centros, sendo no centro Uberaba alocadas para o Grupo Controle e Grupo de Intervenção dez díades em cada grupo, e no Rio de Janeiro, nove díades foram alocadas no Grupo Controle e dez no Grupo de Intervenção, totalizando 19 díades. Destaca-se que no centro Rio de Janeiro ocorreu uma exclusão durante o processo de coleta de dados. O seguimento foi encerrado em 16 de setembro, 226 dias após o início da coleta de dados, perfazendo uma média de 32/33 semanas. A perda de acompanhamento deveu-se à dificuldade em manter contato telefônico com as puérperas ou sua rede de apoio. O diagrama de fluxo dos participantes, conforme os Padrões Consolidados de Relatórios (CONSORT), está representado na Figura 4.

Figura 4 – Diagrama de fluxo dos participantes de acordo com os Padrões Consolidados de Relatórios (CONSORT)



Fonte: elaborado pela própria autora.

6.1 VIABILIDADE DO PILOTO E CÁLCULO AMOSTRAL

A viabilidade do estudo piloto baseou-se no percentual de retenção da amostra, sendo que, no Grupo de Intervenção (GI), 16 mulheres completaram o seguimento (84%) e, no Grupo Controle (GC), 15 (75%), com um total de retenção de 79,5% (n=31), considerando-se, portanto, o Estudo Clínico Randomizado (ECR) viável.

Para o cálculo amostral, realizado pelo Programa Open Epi® e confirmado pelo PASS a partir dos resultados obtidos no estudo piloto, considerando-se um nível de significância de

5% e um poder estatístico de 80%, prevê-se a inclusão de 51 puérperas em cada grupo, totalizando uma amostra de 102 mulheres para este estudo.

6.2 CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES DO ESTUDO

6.2.1 Perfil sociodemográfico

A caracterização das primíparas está representada na Tabela 1. A idade média foi de 24,84 anos (DP=6,01). Quanto à faixa etária, 74,3% tinham entre 18 e 26 anos e 25,6% entre 26 e 41 anos. Em relação à raça, 48,7% se autodeclararam pardas, 25,6% negras e 25,6% brancas. Em termos de escolaridade, 56,4% possuíam ensino médio completo. Quanto ao estado civil, 61,5% eram solteiras, porém 76,9% declararam viver com os companheiros.

Em relação à ocupação, 16 mulheres (41,0%) relataram trabalho formal e seis (15,3%) possuíam ocupação informal. Sobre a licença maternidade de 120 dias, apenas 13 (33,3%) gozarão da licença maternidade prevista pela Constituição Federal de 1988 e três (7,7%) terão uma licença maternidade inferior a 90 dias. Quanto à renda, 53,8% relataram renda familiar entre dois a três salários-mínimos e 41,0% com renda familiar de um salário-mínimo.

Tabela 1 – Distribuição dos dados segundo características sociodemográficas das Primíparas participantes do estudo piloto. Uberaba-MG, Rio de Janeiro-RJ, 2023

Variáveis	Grupo Controle n (%)	Grupo Intervenção n (%)	Média	Desvio-padrão	Mínimo-Máximo
Idade Materna					
Grupo Controle	19	-	24,7	5,4	18-38
Grupo Intervenção	-	20	24,8	6,0	19-41
Escolaridade Materna					
Ensino Fundamental Incompleto	-	1(5)	-	-	-
Ensino Fundamental Completo	-	3 (15)	-	-	-
Ensino Médio Incompleto	5 (26,3)	3 (15)	-	-	-
Ensino Médio Completo	10 (52,6)	12 (60)	-	-	-
Ensino Superior Incompleto	2 (10,5)	1 (5)	-	-	-
Ensino Superior Completo	2 (10,5)	-	-	-	-
Estado Civil					
Casada/União Consensual	7(36,8)	8(40)	-	-	-
Solteira	12(63,2)	12(60)	-	-	-
Raça					

Branca	7(36,8)	3(15)	-	-	-
Negra	3(15,8)	7(35)	-	-	-
Parda	9(47,4)	10(50)	-	-	-
Ocupação					
Formal	8(72,7)	8(72,7)	-	-	-
Informal	3(27,3)	3(27,3)	-	-	-
Renda					
Um salário-Mínimo	5(26,3)	11(55)	-	-	-
Dois ou três salários-Mínimos	13(68,4)	8(45)	-	-	-

Fonte: coleta de dados.

6.2.2 Problemas de saúde e uso de medicamentos

Tabela 2 – Distribuição dos dados segundo problemas de saúde e uso de medicamentos das Primíparas participantes de estudo piloto. Uberaba-MG, Rio de Janeiro-RJ, 2023

Variáveis	Grupo Controle n (%)	Grupo Intervenção n (%)
Problemas de Saúde		
Sim	7(36,8)	5(25)
Não	12(63,2)	15(75)
Doenças		
Asma	1(5,3)	
Diabetes Mellitus Gestacional	1(5,3)	1(5)
Epilepsia	1(5,3)	
Hipertensão	1(5,3)	
Hipotireoidismo	1(5,3)	1(5)
Sinusite/Hipertensão Gestacional	1(5,3)	
Trombofilia	1(5,3)	
Anemia Falciforme	-	1(5)
Asma/Transtorno Depressivo/ Ansiedade	-	1(5)
Hipertensão Gestacional	-	1(5)
Medicamento		
Sim	8(42,1)	4(20)
Não	11(57,9)	16(80)

Fonte: coleta de dados.

Outro aspecto relevante diz respeito às comorbidades, presentes em 36,8% das mulheres do GC e em 25% do GI. Quanto às doenças, houve semelhança entre os grupos, incluindo diabetes gestacional, hipertensão gestacional e hipotireoidismo. Em relação ao uso regular de medicamentos, 42,1% das puérperas do GC e 20% do GI referiram fazer uso, sendo

a levotiroxina, metildopa e insulina os medicamentos mais citados. Destaca-se que na amostra não houve citação de medicamentos contraindicados durante a amamentação.

6.2.3 Pré-natal

No que concerne ao acompanhamento pré-natal, 100% das mães participantes do estudo realizaram pré-natal. Verificou-se que 56,4% tiveram sete ou mais consultas pré-natais, indicando que a maioria teve um acompanhamento pré-natal adequado quanto ao número de consultas. O Grupo Controle (GC) apresentou uma média de 8,9 consultas (DP=3,15), enquanto no Grupo de Intervenção (GI) a média foi de 7,63 consultas (DP=2,08).

Em relação às orientações sobre amamentação recebidas no pré-natal, 47,4% das puérperas do GC e 50% do GI foram orientadas especificamente sobre o tema. No entanto, é importante ressaltar que 51,2% dessas mulheres não receberam nenhum tipo de orientação sobre amamentação.

Quando questionadas sobre qual profissional e em que momento receberam orientações, o enfermeiro destacou-se em ambos os grupos, sendo mencionado pela maioria como o principal profissional de saúde responsável por prover orientações nessa área, com 21,1% no Grupo Controle e 30,0% no Grupo de Intervenção. Foram seguidos por profissionais como assistente social, médico, dentista e agente comunitário de saúde. Neste contexto, surgiu uma nova categoria, visto que, durante a gestação, muitas buscaram informações em grupos de apoio de outras mães e na internet. Quanto às fontes de orientações acerca do processo de amamentação, a internet foi a mais citada no Grupo Controle, com 31,6%, enquanto as orientações durante as consultas de pré-natal foram as mais mencionadas no Grupo de Intervenção, com 20,0%, seguidas por cursos para gestantes e materiais educativos. Ressalta-se, novamente, a proporção de 41% de mães que não receberam nenhum tipo de orientação sobre a amamentação. Os dados referentes ao período gestacional são apresentados na tabela 3.

Tabela 3 – Distribuição dos dados obstétricos e acompanhamento pré-natal das primíparas participantes do estudo piloto. Uberaba-MG, Rio de Janeiro-RJ, 2023

Variáveis	Grupo Controle n (%)	Grupo Intervenção n (%)	Média	Desvio-padrão	Mínimo-Máximo
Número de Consultas					
Grupo Controle	19	-	8,9	3,1	2 - 13
Grupo Intervenção	-	20	7,63	2,1	4-10

Orientação sobre amamentação no pré-natal					
Sim	9 (47,4)	10 (50)			
Não	10 (52,6)	10 (50)			
Fonte das orientações					
Curso de gestante + consulta de pré-natal	2 (10,5)	-			
Curso de gestante	-	1(5)			
Consulta de pré-natal	2 (10,5)	4 (20)			
Internet	6 (31,6)	3 (15)			
Materiais didáticos	-	1 (5)			
Outros	1 (5,3)	-			
Qual profissional orientou					
Enfermeiro	4 (21,1)	6 (30)	-	-	-
Enfermeiro + Assistente Social	-	1 (5)	-	-	-
Médico	-	1(5)			
Dentista	-	1 (5)	-	-	-
Vídeos da Internet	-	1(5)	-	-	-
Experiências de outras mães	-	1 (5)	-	-	-
Enfermeiros + Agentes Comunitários de Saúde	1 (5,3)				
Redes Sociais	1 (5,3)		-	-	-

Fonte: coleta de dados.

6.2.4 Parto e nascimento

Neste estudo, a prevalência de parto normal foi maior em comparação à cesariana, representando 68,4% no GC e 75% no GI.

Quanto à presença de acompanhante no momento do parto, 100% do GC teve a companhia de um acompanhante de sua escolha durante o trabalho de parto e parto, enquanto no GI, isso ocorreu em 95% dos casos. Em relação ao contato pele a pele imediato após o nascimento, 94,7% do GC e 85% do GI relataram a prática desse contato.

Tabela 4 – Distribuição dos dados obstétricos segundo tipo de parto e apoio dos acompanhantes das primíparas participantes do estudo piloto. Uberaba–MG, Rio de Janeiro–RJ, 2023

Variáveis	Grupo Controle n (%)	Grupo Intervenção n (%)
Tipo de Parto		
Parto Normal	13 (68,4)	15(75)
Cesárea	5 (26,3)	5(25)

Cesária de Urgência	1 (5,3)	-
Acompanhante no Trabalho de Parto/Parto		
Sim	19 (100)	19 (95)
Não	-	1(5)
Contato pele a pele		
Sim	18 (94,7)	17 (85)
Não	1 (5,3)	3 (15)

Fonte: coleta de dados.

6.2.5 Dados do recém-nascido

Tabela 5 – Distribuição dos dados dos recém-nascidos segundo peso e idade gestacional, Uberaba–MG, Rio de Janeiro–RJ, 2023

Variáveis	Média	Desvio-padrão	Mínimo-Máximo
Peso			
Grupo Controle	3,109	0,306	2,600 – 3,546
Grupo Intervenção	3,206	0,479	2,510 – 4,140
Idade Gestacional			
Grupo Controle	39	1,2	37-41
Grupo Intervenção	39	1,4	37 - 41

Fonte: coleta de dados.

A Tabela 5 detalha os dados dos recém-nascidos (RNs) em relação ao peso e idade gestacional, critérios esses de inclusão no estudo. No Grupo Controle (GC), a média de peso foi de 3.109 gramas (DP=306,478) e no Grupo de Intervenção (GI), a média foi de 3.206 gramas (DP=479,062). A idade gestacional média foi de 39 semanas (DP=1,177) no GC e 39,5 semanas (DP=1,395) no GI.

6.2.6 Amamentação

Avaliou-se a prática do quarto passo da Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC) quanto à amamentação na primeira hora de vida, constatando-se que menos da metade dos RNs, totalizando 48,7%, beneficiaram-se dessa prática. Por grupos, 45% no GC e 52% no GI dos RNs foram amamentados na primeira hora de vida.

Em relação ao aleitamento materno na alta hospitalar, 94,4% dos RNs do GC receberam alta em aleitamento materno exclusivo (AME), e 5,6% em aleitamento misto. No GI, 88,2% receberam alta em AME e 11,8% em aleitamento misto.

O acompanhamento dos binômios após a alta hospitalar foi realizado por telefone, com contatos na primeira e segunda semana de vida e nos primeiro, quarto e sexto meses, para coletar informações para o instrumento de coleta de dados e dar continuidade ao acompanhamento.

Sobre o aleitamento na primeira semana de vida, no GC as taxas mantiveram-se idênticas às do momento da alta hospitalar. No GI, houve uma redução no AME para 82,4%, sendo que 5,9% estavam em aleitamento artificial nesse período.

Na segunda semana de vida, o GC apresentou uma maior taxa de AME, 80%, enquanto no GI foi de 73,3%. Ambos os grupos tiveram 20% dos RNs em aleitamento misto, destacando-se o aleitamento artificial com 6,7% dos RNs no GI utilizando fórmulas infantis.

No primeiro mês, a maioria dos lactentes continuou em aleitamento materno. Observou-se uma diminuição na taxa de AME no GC, que se manteve maior até a segunda semana. O GC apresentou 63,6% em AME e 27,3% em aleitamento misto. No GI, 66,7% dos RNs estavam em AME e 33,3% em aleitamento misto.

Comparando o aleitamento materno da segunda semana com o primeiro mês, observou-se uma redução nas taxas de AME. No GC, a taxa de AME era de 80% na segunda semana e caiu para 63,3% em um mês, representando uma queda de 16,7% em apenas 15 dias. No GI, a taxa de AME na segunda semana foi de 73,3%, reduzindo para 66,7% no primeiro mês, indicando uma diminuição de 6,6% e demonstrando uma maior retenção do AME nessa fase.

Ao analisar o seguimento nos quarto e sexto meses, observou-se que o Grupo de Intervenção (GI) apresentou as maiores taxas de Aleitamento Materno Exclusivo (AME), 62,5% e 75%, respectivamente, quando comparadas ao Grupo Controle (GC), que apresentou 61,5% e 46,7%. Verificou-se que, no GC, as taxas de AME declinaram em todas as fases do seguimento. No que se refere ao aleitamento misto, as taxas aumentaram em todas as fases no GC, enquanto no GI, as maiores taxas de aleitamento misto ocorreram no primeiro mês, com uma redução nos meses subsequentes.

Ao comparar os grupos no sexto mês, as taxas de AME foram de 46,7% no GC e 75,0% no GI, evidenciando uma diferença de 28,3% entre os grupos. Não se observaram diferenças estatísticas significativas entre os centros do estudo. Os achados relacionados aos desfechos primário e secundários são apresentados na Tabela 6.

Tabela 6 – Distribuição dos dados segundo o tipo de aleitamento na alta hospitalar, na primeira e segunda semana, e nos primeiro, quarto e sexto meses. Uberaba–MG, Rio de Janeiro–RJ, 2023

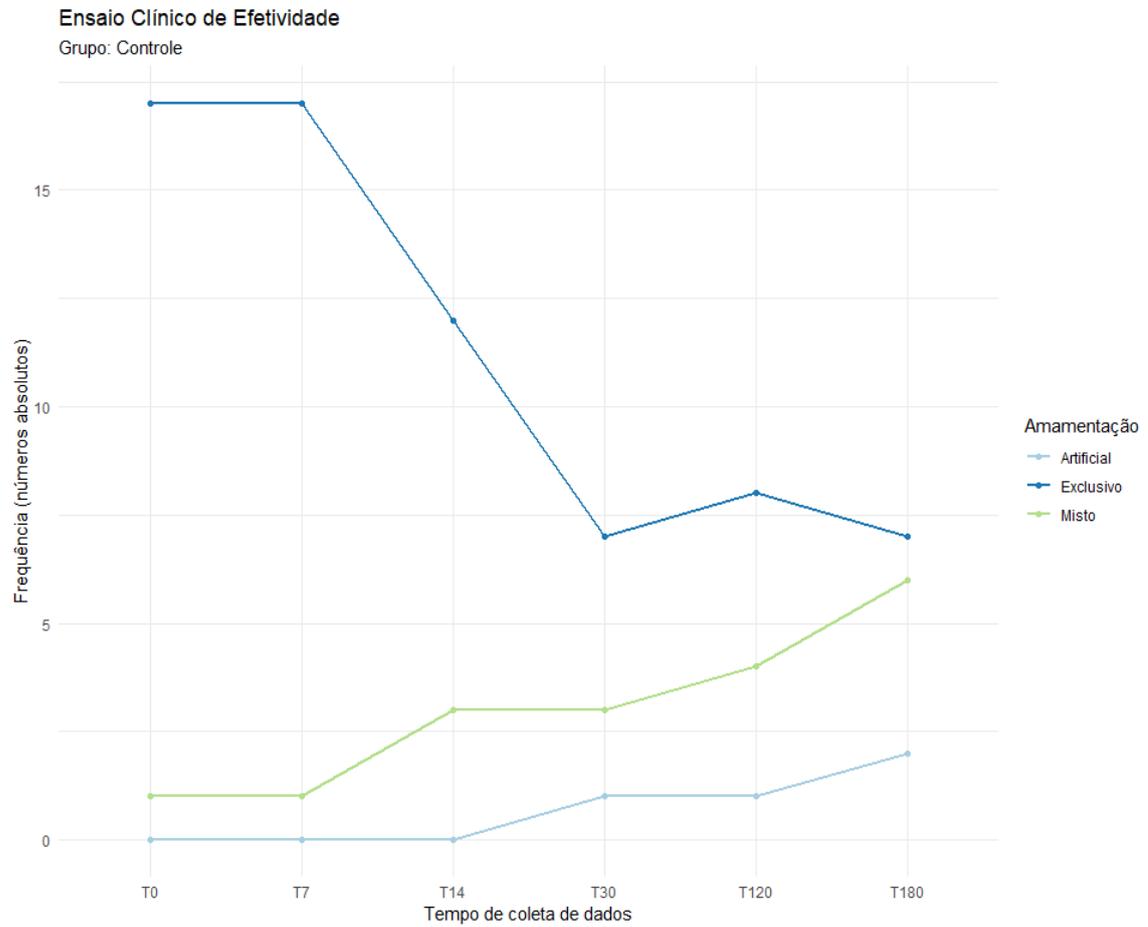
	Controle (n)	%	Intervenção (n)	%	Total	%
Aleitamento na primeira hora de vida (n= 39)						
Sim	09	45	10	52,6	19	48,7
Não	11	55	09	47,4	20	51,3
Aleitamento materno na alta hospitalar (n = 35)						
Exclusivo	17	94,4	15	88,2	32	91,4
Misto	01	5,6	02	11,8	03	8,6
Aleitamento materno na primeira semana de vida (n = 35)						
Exclusivo	17	94,4	14	82,4	31	88,6
Misto	01	5,6	02	11,8	03	8,6
Artificial	-	-	01	5,9	01	2,8
Aleitamento materno na segunda semana de vida (n = 30)						
Exclusivo	12	80,0	11	73,3	23	76,7
Misto	03	20,0	03	20,0	06	20,0
Artificial	-	-	01	6,7	01	3,3
Aleitamento materno no primeiro mês de vida (n = 27)						
Exclusivo	07	63,6	10	66,7	17	62,9
Misto	03	27,3	05	33,3	08	29,7
Artificial	01	9,1	-	-	01	7,4
Aleitamento materno no quarto mês de vida (n = 29)						
Exclusivo	08	61,5	10	62,5	18	62,1
Misto	04	30,8	04	25,0	08	27,6
Artificial	01	7,7	02	12,5	03	10,3
Aleitamento materno no sexto mês de vida (n = 31)						
Exclusivo	07	46,7	12	75,0	19	61,3
Misto	06	40,0	02	12,5	08	25,8
Artificial	02	13,3	02	12,5	04	12,9

Fonte: coleta de dados.

As participantes foram avaliadas no Alojamento Conjunto (T0) e, posteriormente, em cinco momentos: aos sete dias (T7), quatorze dias (T14), um mês (T30), quatro meses (T120) e seis meses (T180) após o parto.

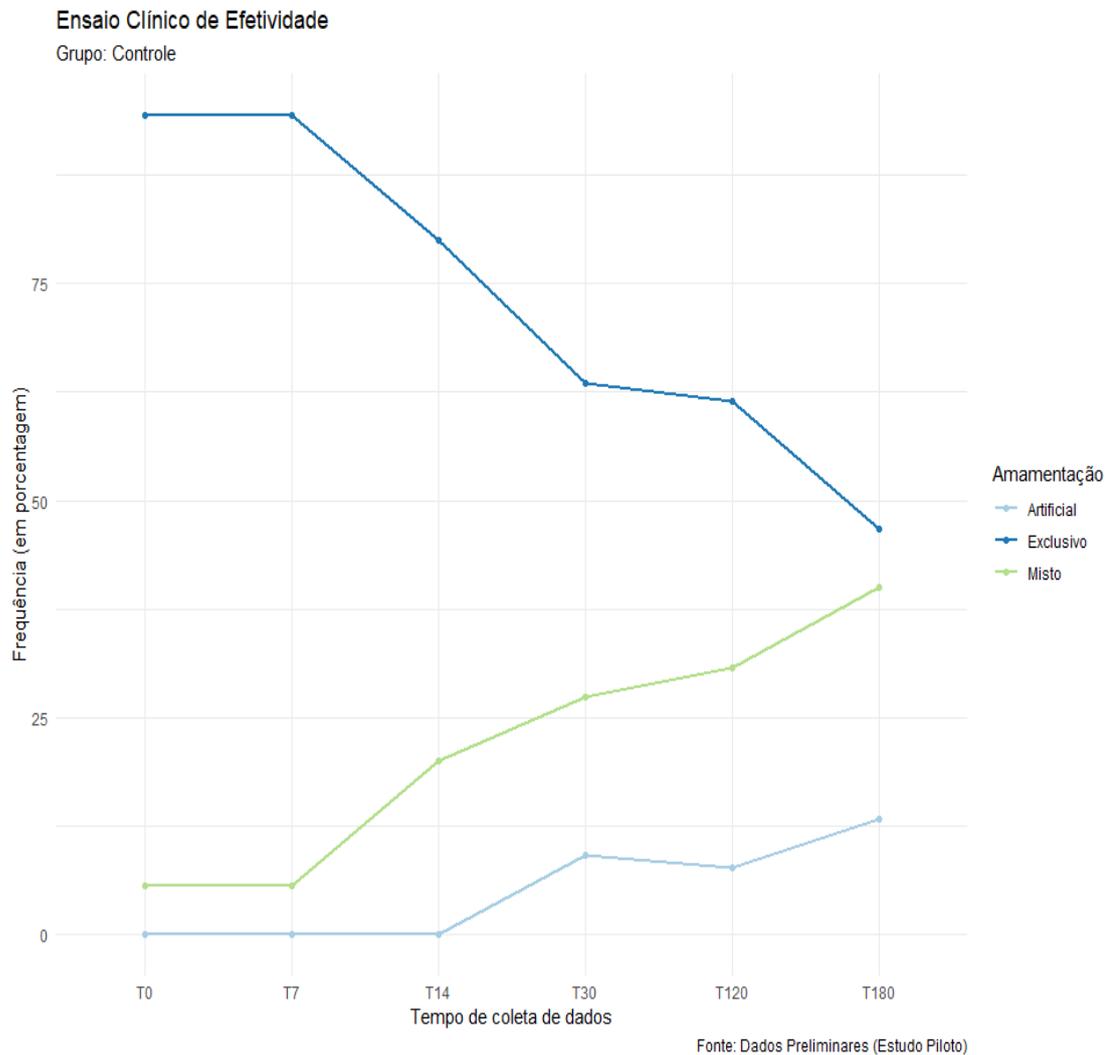
Os resultados revelaram três aspectos principais: o aumento da utilização do aleitamento artificial ao final do estudo piloto, tanto no GC (13,3%) quanto no GI (12,5%), o aumento nas taxas de aleitamento misto no GC (40,0%), a perda de participantes tanto no GC (redução de cinco participantes) quanto no GI (redução de três participantes) e o aumento do aleitamento exclusivo no GI de T120 para T180.

Figura 5 – Estatísticas Descritivas do Ensaio Clínico Piloto de Efetividade do Aconselhamento na Duração da Amamentação nos Primeiros Seis Meses de Vida no Grupo Controle (Parte 1). Uberaba–MG, Rio de Janeiro–RJ, fevereiro a setembro de 2023



Fonte: coleta de dados.

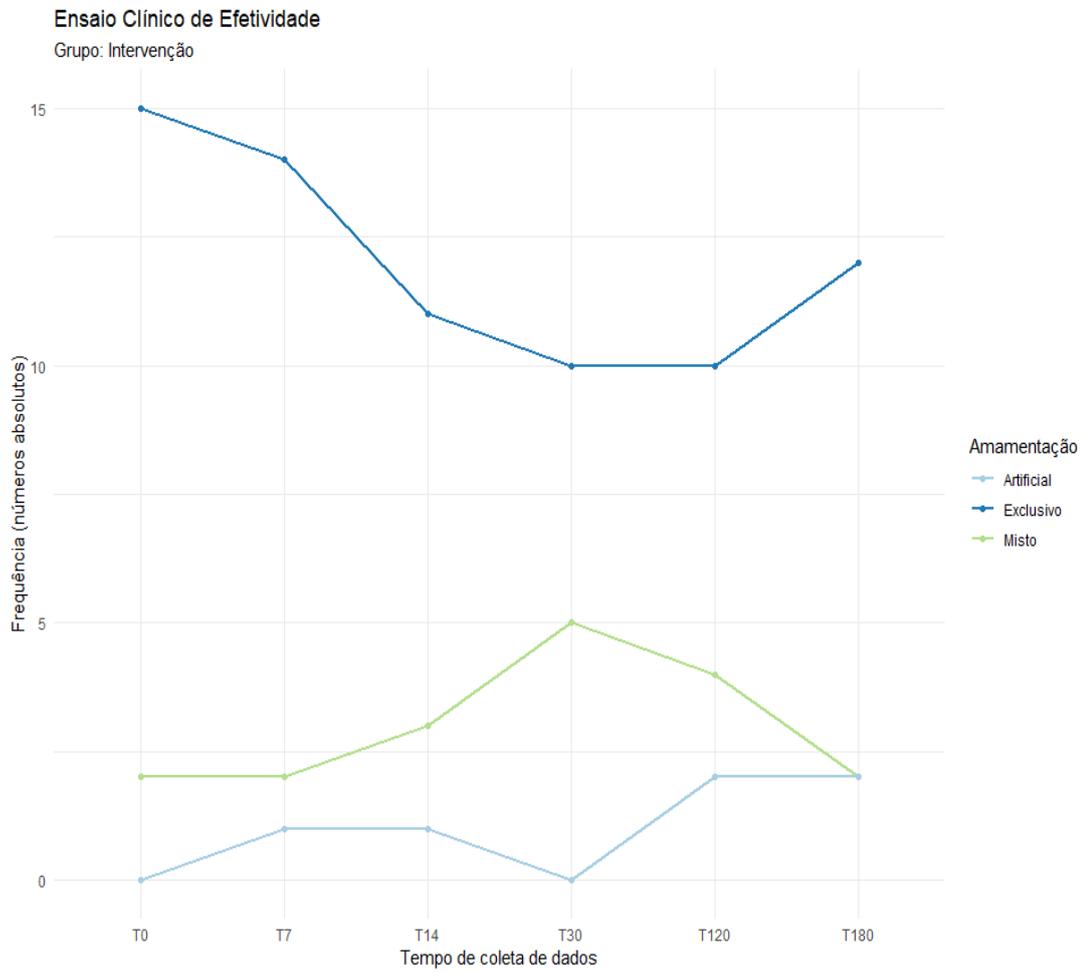
Figura 6 – Estatísticas Descritivas do Ensaio Clínico Piloto de Efetividade do Aconselhamento na Duração da Amamentação nos Primeiros Seis Meses de Vida no Grupo Controle (Parte 2). Uberaba–MG, Rio de Janeiro–RJ, 2023



Fonte: coleta de dados.

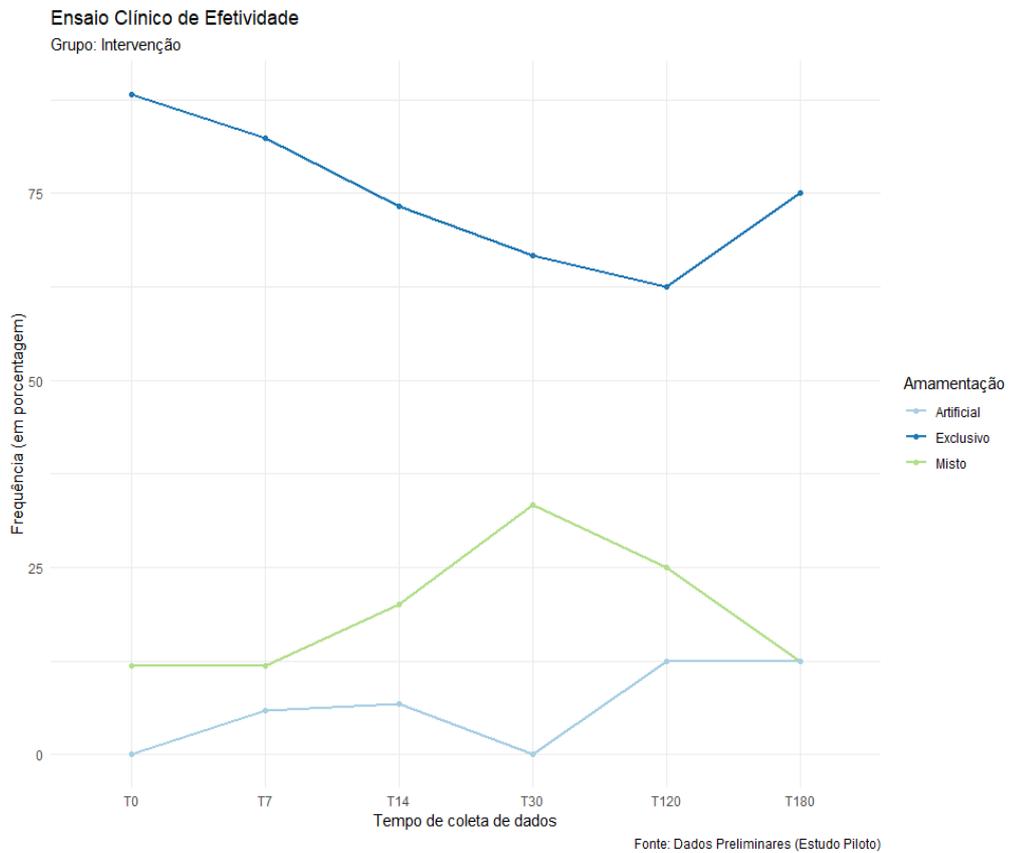
Observou-se que o aleitamento artificial no grupo controle começou a ser registrado no trigésimo dia e, ao final do estudo, essa taxa aumentou em ambos os grupos. No grupo de intervenção, apesar da introdução precoce do uso de fórmulas no T14, houve uma regressão no T30; contudo, ao final do período de acompanhamento (T180), o uso de fórmulas aumentou para dois participantes (12,5%), igualando-se ao grupo controle.

Figura 7 – Estatísticas Descritivas do Ensaio Clínico Piloto de Efetividade do Aconselhamento na Duração da Amamentação nos Primeiros Seis Meses de Vida no Grupo de Intervenção (Parte 1).
Uberaba–MG, Rio de Janeiro–RJ, fevereiro a setembro de 2023



Fonte: coleta de dados.

Figura 8 – Estatísticas Descritivas do Ensaio Clínico Piloto de Efetividade do Aconselhamento na Duração da Amamentação nos Primeiros Seis Meses de Vida no Grupo de Intervenção (Parte 2). Uberaba–MG, Rio de Janeiro–RJ, fevereiro a setembro de 2023



Fonte: coleta de dados.

Observa-se um declínio acentuado do Aleitamento Materno Exclusivo (AME) no Grupo Controle ao longo dos meses. Paralelamente, no que diz respeito ao AME, verifica-se no Grupo de Intervenção uma maior retenção deste tipo de aleitamento durante o estudo piloto, quando comparado ao Grupo Controle.

7 DISCUSSÃO

O presente estudo piloto faz parte de um Ensaio Clínico Randomizado (ECR) intitulado “Efetividade do Aconselhamento Individualizado na Duração do Aleitamento Materno Exclusivo: um ensaio clínico multicêntrico, randômico, paralelo e aberto”. O objetivo foi verificar a viabilidade de um estudo piloto de ensaio clínico randômico sobre aconselhamento individualizado no alojamento conjunto e estimar índices de aleitamento materno exclusivo no momento da alta e no seguimento da díade na primeira e segunda semana e no primeiro, quarto e sexto mês de vida do lactente.

7.1 VIABILIDADE DO ENSAIO CLÍNICO RANDOMIZADO PILOTO

Este ECR piloto alcançou seu objetivo de avaliar a viabilidade da intervenção proposta, baseando-se nas medidas de resultado para identificar a efetividade do aconselhamento individualizado na duração do aleitamento materno exclusivo.

O estudo piloto é fundamental no desenvolvimento ou aprimoramento de intervenções, permitindo avaliar a viabilidade de recrutamento, randomização, retenção, procedimentos de avaliação e implementação da nova intervenção. Revela-se uma ferramenta valiosa ao identificar modificações necessárias no desenho de um estudo mais amplo e é elucidativo, direcionando correções no planejamento. Além disso, oferece ao pesquisador experiência prévia para realizar escolhas metodológicas mais precisas (LEON; DAVIS; KRAEMER, 2011).

Portanto, a aplicabilidade do método alcançou resultados significativos em relação à retenção da amostra. A viabilidade foi baseada no percentual de retenção da amostra, indicando quantas puérperas concluíram o estudo. Neste estudo, no grupo de intervenção, 16 puérperas completaram o seguimento (84%) e, no grupo controle, 15 (75%), com uma retenção total de 79,5% (n=31), considerando-se o estudo piloto viável.

Semelhante ao nosso estudo, outro estudo piloto concebido para avaliar a viabilidade de implementação de um aplicativo de smartphone com pais no pós-parto e avaliar as taxas de acompanhamento, obteve uma taxa de retenção de 90% da amostra, com 75% de retenção no grupo intervenção, o que tornou o piloto viável e concluiu a pesquisa com aprovação do aplicativo pelos pais e ainda demonstrou que o aplicativo aumentou a autoeficácia na amamentação entre mulheres pós-parto nas primeiras 6 semanas após o nascimento que tiveram pontuações de autoeficácia na amamentação significativamente mais altas (BAZA *et al.*, 2023).

Em paralelo, outros estudos demonstraram a viabilidade com taxas de retenção mais baixas. Um estudo misto que explorou a viabilidade de um aplicativo de celular no apoio à amamentação alcançou uma taxa de retenção em 59%. O estudo examinou também o impacto e a aceitabilidade do aplicativo segundo a escolaridade durante a gestação até doze semanas no pós-parto e atingiu impacto positivo na conscientização, conhecimento e intenções sobre amamentação (LAWS *et al.*, 2023).

Um estudo piloto de ECR que objetivou determinar a viabilidade de um programa de apoio à amamentação com visitas domiciliares de pares entre mulheres chinesas no pós-parto durante um período de seis meses em Hong Kong, mostrou-se viável com uma taxa de retenção de 50%, o que mostrou que metade das mulheres elegíveis beneficiou-se e concordou com a intervenção, e a metade restante das participantes pode ter tido problemas culturais com visitas domiciliares (LOK *et al.*, 2021).

Não foi encontrado um consenso entre taxas para viabilidade, como mencionado, para avaliação de viabilidade de uma pesquisa, determinados critérios são utilizados para confirmar se um estudo é exequível. A aplicação desses critérios através de um piloto e a partir dos seus achados que se definem sobre viabilidade da intervenção e dos procedimentos do estudo.

7.2 APLICAÇÃO DO INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS E ESTIMATIVAS PARA O CÁLCULO AMOSTRAL DO ECR

No que se refere ao instrumento de coleta de dados, foram utilizados seis formulários. Um formulário foi usado somente na coleta de dados intra-hospitalar e os outros formulários foram utilizados somente para o seguimento, cada um com características pertinentes a fase de tempo da coleta. Estes formulários se mostraram valiosos nessa fase do piloto, no entanto, levaram à reflexão sobre algumas perguntas do tipo abertas existentes no formulário e no seu tamanho, de modo que se possa considerar possíveis reformulações para o ECR.

O preenchimento e avaliação de formulários ou questionários de coleta de dados em pilotos é particularmente importante, pois garantirá a testagem dos instrumentos e se as perguntas estão apropriadas para que no ensaio maior estejam claramente refinadas e apresentadas de maneira consistente (CARFOOT; DICKSON; WILLIAMSON, 2002; LANCASTER; DODD; WILLIAMSON, 2004).

No que tange ao cálculo amostral, as taxas de recrutamento e retenção originaram o cálculo para estimar o tamanho da amostra para o ECR. O cálculo amostral foi realizado pelo Programa Open Epi® e confirmado pelo PASS, a partir dos resultados obtidos nesse estudo

piloto, considerando nível de significância de 5% e poder estatístico de 80%, prevê a inclusão de 51 puérperas em cada grupo, totalizando amostra de 102 mulheres para este estudo. Cabe ressaltar que esse ensaio piloto não foi concebido para testar formalmente a efetividade da intervenção e, portanto, o tamanho da amostra do estudo foi limitado a apenas dois centros.

O número de participantes necessários para um estudo piloto ou qualquer estudo clínico dependerá dos parâmetros específicos que se pretende estimar. Diferentes parâmetros podem requerer tamanhos amostrais variados. Uma regra geral é levar 30 pacientes ou mais para estimar um parâmetro (LANCASTER; DODD; WILLIAMSON, 2004).

Em um estudo piloto que randomizou vinte e oito binômios com a finalidade testar o procedimento de identificação de mulheres elegíveis para participar da pesquisa, o procedimento de randomização, informar cálculos de tamanho amostral e testar a coleta de dados atingiu resultados interessantes, visto que o piloto demonstrou a viabilidade de um grande ECR e identificou algumas fragilidades no protocolo principal do ensaio além de testar ferramentas de avaliação da amamentação e os formulários de coleta de dados e identificou ainda questões processuais que poderiam ter sido dispendiosas se não tivessem sido alteradas antes do início do ensaio principal (CARFOOT; DICKSON; WILLIAMSON, 2002).

As estimativas derivadas deste estudo piloto fornecerão informações aprimoradas, incluindo o nível de significância e poder, para realizar cálculos de tamanho de amostra para o ECR maior e estudos subsequentes.

7.3 PERCENTUAL DE ALEITAMENTO MATERNO NA ALTA, NA PRIMEIRA SEMANA, NA SEGUNDA SEMANA, NO PRIMEIRO, QUARTO E SEXTO MÊS

Em relação às características das primíparas, a maioria das primíparas deste estudo possui idade entre 18 e 25 anos, pardas, solteiras, com ensino médio completo e desempregadas.

Corroborando com os achados, um estudo de revisão sistemática e metanálise sobre os fatores de risco associados à interrupção precoce do aleitamento materno no Brasil no período de janeiro 2000 a dezembro de 2015, identificou que as variáveis maternas como a idade inferior a vinte anos, baixa escolaridade, primiparidade, trabalho materno no puerpério e baixa renda familiar contribuíram para a interrupção precoce do aleitamento materno exclusivo (PEREIRA-SANTOS *et al.*, 2017).

No que se refere à escolaridade, a maioria das mulheres possuía ensino médio completo, uma revisão evidenciou que as mães com menor nível de escolaridade são também as que mais beneficiam do apoio à amamentação, no entanto, são as que têm menos

probabilidades de acessar o aconselhamento profissional de saúde (SEGURA-PEREZ *et al.*, 2021).

Outro estudo realizado na Etiópia para avaliar os fatores associados à prática de AME entre mães, usando dados de um inquérito de uma pesquisa nacional destinada a fornecer indicadores demográficos e de saúde, analisou 1066 mães, verificou que mães e pais com grau de escolaridade baixo eram menos propensos a amamentar exclusivamente seus bebês e que a introdução alimentar complementar ocorria de forma mais precoce (MULUNEH, 2023).

De modo contrário aos resultados encontrados neste estudo acerca do estado civil, o inquérito nacional da Etiópia também evidenciou que as mães casadas eram mais propensas a praticar o AME em comparação com as mães solteiras, por receberem apoio de seus parceiros e outros membros da família, além da renda aparecer com associação significativa com o AME, atribuindo a renda, uma maior compreensão das informações relacionadas à amamentação e habilidades aprimoradas na negociação de horários de trabalho flexíveis, incluindo a capacidade de ficar em casa e amamentar exclusivamente (MULUNEH, 2023).

Ao analisar as comorbidades nas primíparas, observou-se que nos dois grupos a maioria não apresentava nenhuma comorbidade (69%). Nas análises individuais dos grupos, as comorbidades mais presentes são o diabetes gestacional e a hipertensão arterial, com uma gestante em cada grupo apresentando essas condições.

No que se refere ao acompanhamento pré-natal, neste estudo, todas as mães realizaram pré-natal, e a maioria tinha sete ou mais consultas pré-natais. A OMS recomenda um mínimo de oito consultas: a primeira até 12 semanas gestacional, a segunda e terceira com 20 e 26 semanas, respectivamente, ainda no segundo trimestre, e no terceiro trimestre, mais quatro consultas com 30, 34, 36, 38 e 40 semanas de gestação. A OMS também aconselha que este modelo seja adaptado ao contexto de cada país. O Ministério da Saúde do Brasil preconiza a realização de, no mínimo, seis consultas de pré-natal, sendo preferencialmente uma no primeiro trimestre, duas no segundo trimestre e três no terceiro trimestre da gestação (BRASIL, 2012; WHO, 2018).

Uma pesquisa realizada em Florianópolis, sul do Brasil, destaca que a assistência e os cuidados realizados pelas enfermeiras durante o pré-natal estão associados a uma maior adesão e satisfação das gestantes devido à competência do profissional, à humanização, à escuta, à consideração da subjetividade, à paciência e à dedicação destes profissionais, concluindo que as enfermeiras da atenção primária são fortes aliadas quando ações e esforços precisam ser implementados para romper com um modelo tradicional de atenção biomédica focado em exames e medicamentos, tornando a mulher conhecedora de seus direitos e fazendo-a

compreender o que pode acontecer com ela durante a gestação e no parto, o que a tornará capaz de tomar decisões a partir da escolha informada e pautada nos princípios da autonomia e do empoderamento materno (AMORIM *et al.*, 2022).

Estudo desenvolvido em seis unidades de atenção primária de Londres evidenciou que a ampliação das funções do enfermeiro da atenção primária contribuiu para a qualidade da assistência, como a ampliação do acesso e do tempo da consulta de Enfermagem, resultando na ampliação do reconhecimento profissional, maior autonomia profissional, em maior adesão terapêutica e menor custo para o sistema de saúde (TOSO; FILIPPON; GIONANELLA, 2016).

Em se tratando das orientações sobre a amamentação recebidas durante o pré-natal, neste estudo, a maioria das primíparas revelou não ter recebido nenhuma orientação sobre a amamentação. Em consonância com este estudo, uma pesquisa que buscou investigar o conhecimento de puérperas acerca da prática do aleitamento materno exclusivo realizada no Maranhão evidenciou um número significativo de mulheres que não recebe orientações sobre o aleitamento no pré-natal, e que essas são orientadas predominantemente na maternidade, no pós-parto. Acrescenta que, apesar de algumas mães receberem informações sobre o AM no pré-natal, estas informações são insuficientes e não abordam temas como pega correta, posição para amamentar, dificuldades da amamentação e riscos da interrupção precoce do AME (RIBEIRO *et al.*, 2022).

Pesquisa conduzida para investigar os fatores associados à adesão ao aleitamento materno, na cidade de Fortaleza-Ceará, Brasil, que contou com uma amostra de 363 puérperas, demonstrou que mais da metade da amostra não recebeu orientações acerca da amamentação durante o pré-natal. No entanto, as mulheres amamentaram, o que pode estar relacionado à existência de fontes de informação extra-área da saúde que influenciam o ato de amamentar, como, por exemplo, a rede de apoio social da mulher, as fontes de pesquisa da internet ou as redes sociais (FERREIRA *et al.*, 2018).

Em uma revisão sistemática que analisou seis ECR, os autores sugerem que as orientações sejam realizadas por profissionais de saúde em vários setores da assistência perinatal, ou seja, que as mulheres que receberam assistência no âmbito do pré-natal, na maternidade e no período pós-parto obtiveram um impacto positivo nos resultados do AM (SEGURA-PEREZ *et al.*, 2021).

Com relação às fontes de orientações neste estudo, emergiu o profissional enfermeiro e a internet como a origem das informações consumidas pelas primíparas. No tocante a receber orientações sobre aleitamento de uma enfermeira, os resultados deste estudo mostram semelhanças com nossa pesquisa, na qual um estudo randomizado controlado quase

experimental com pré-teste e pós-teste, incluiu 76 mulheres com 38 em cada grupo analisado, avaliou o efeito da educação pós-natal sobre amamentação e constatou que 18,4% das mulheres do grupo de intervenção receberam educação pré-natal sobre amamentação, e todas as que receberam educação sobre amamentação a receberam de uma enfermeira (AKTÜRK *et al.*, 2023).

Verificou-se neste piloto a importância do profissional enfermeiro e seu papel crucial na promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno. Em concordância com os resultados encontrados, Ferreira *et al.* (2018) destacam em seus estudos que o enfermeiro precisa possuir, além do conhecimento sobre a fisiologia e habilidades técnicas relacionadas à lactação, um olhar atento e abrangente que considere os aspectos emocionais, a cultura familiar e a rede social de apoio à mulher. As ações dos enfermeiros devem contemplar a implementação de intervenções educativas e o acompanhamento dos resultados esperados em sua clientela, encontrando viabilidade em cenários como os ambulatórios especializados.

Quanto ao uso da internet como meio de informação sobre a temática, um estudo irlandês verificou que mães que acessaram a mídia tiveram mais chances de amamentar seus filhos exclusivamente em comparação com aquelas que não tiveram acesso à mídia (MULUNEH, 2023). Outro estudo australiano que examinou o impacto preliminar de uma intervenção por meio de aplicativos durante o período perinatal para apoiar mulheres durante a amamentação também concluiu que o acesso imediato a suporte confiável e baseado em evidências durante a gravidez e início do pós-parto pode ajudar a reduzir a alimentação com fórmula (LAWS *et al.*, 2023).

Em relação ao contato pele a pele (CPP) e amamentação na primeira hora de vida, foram observados resultados similares aos encontrados neste estudo, como em um estudo observacional conduzido na Austrália sobre amamentação na primeira hora de vida com RNs a termo, que analisou 78 nascimentos e verificou que aproximadamente 68% dos RNs começaram a sugar na primeira hora após o nascimento (CANTRILL *et al.*, 2014).

Um estudo observacional e transversal, realizado no centro obstétrico de um hospital universitário público do sul do Brasil, sobre o CPP com amostra de 111 e população similar à utilizada neste estudo, concluiu que a prevalência de CPP foi de 81%. O parto normal apresentou associação estatisticamente significativa com o CPP durante a primeira hora de vida dos RNs, proporcionando maior oportunidade para a amamentação mediante o adequado posicionamento do RN, facilitando a pega e a sucção. Desses 81% que realizaram o CPP, 52% dos RNs iniciaram a amamentação. A atuação do enfermeiro na sala de parto é um fator de proteção para a amamentação precoce, sendo eles os principais responsáveis por viabilizar a

concretização do quarto passo da IHAC naqueles bebês que tiveram essa oportunidade (ABDALA *et al.*, 2018; SANTOS *et al.*, 2021).

A Organização Pan-Americana da Saúde/Organização Mundial da Saúde (OPAS/OMS) recomenda o início da amamentação nos primeiros 60 minutos de vida, bem como a manutenção do aleitamento materno de forma exclusiva até os seis meses e de maneira complementar até os dois anos (OPAS, 2018).

No estudo em questão, notou-se que a frequência do aleitamento materno exclusivo (AME) foi elevada na alta hospitalar e manteve-se assim na primeira semana. Entretanto, houve uma queda significativa na segunda semana e durante o primeiro mês de vida. Além da redução do AME, observou-se aumento no aleitamento misto, no uso de fórmulas e de chupetas.

Quanto ao tipo de aleitamento aos 15 dias de vida, maiores taxas de AME foram identificadas nas mulheres que decidiram amamentar antes do nascimento em comparação com aquelas que não tomaram tal decisão. A realização do aleitamento de forma precoce na sala de parto e o contato pele a pele (CPP) também mostraram diferenças estatisticamente significativas (MAZO-TOMÉ; SUAREZ-RODRIGUEZ, 2023).

Um resultado semelhante foi observado em um estudo com lactentes de Fortaleza, que demonstrou maior frequência de AME nos primeiros meses de vida, com uma redução de 39,2% no primeiro mês e decréscimos nos meses subsequentes (FERREIRA *et al.*, 2018). Outra pesquisa, quantitativa, correlacional e multicêntrica, realizada em São Paulo e Portugal, incluindo 255 puérperas, caracterizou a amamentação no 7º e no 30º dia de vida do RN, concluindo que os índices de AME começam altos e diminuem nos primeiros 30 dias, à medida que problemas como ingurgitamento mamário, posicionamento, pega e mastite surgem, os quais podem ser superados com aconselhamento, assistência e suporte de profissionais de saúde e da família (NELAS *et al.*, 2017).

No estudo atual, a introdução de bicos artificiais mostrou que a chupeta (33%) foi a mais utilizada. Um estudo realizado em Barreiras, na Bahia, com 133 mães, encontrou um resultado semelhante quanto ao uso de chupetas (ANDRADE *et al.*, 2021).

Uma revisão integrativa, realizada em 2016, indicou que o uso de bicos artificiais está relacionado a alterações no processo natural de estabelecimento do aleitamento materno, implicando em dificuldades diretas para a continuidade do ato de amamentar. Este achado reforça que o uso desses bicos durante o período de aleitamento materno exclusivo é um risco para a duração ideal da amamentação, acarretando prejuízos para a saúde da criança, da mãe e da coletividade (BATISTA; RIBEIRO; NASCIMENTO, 2017).

Observou-se, em relação ao aleitamento materno exclusivo (AME), que no grupo de intervenção (GI), a partir da primeira semana, verificou-se um incremento na retenção desse tipo de aleitamento no decorrer do estudo piloto. As estatísticas descritivas iniciais sugerem que o aconselhamento teve impacto positivo na amamentação, visto que no GI houve uma taxa de evasão inferior à do grupo controle, e ao final do estudo, a intervenção possibilitou o retorno de uma mulher ao AME e a diminuição dos lactentes em aleitamento misto. Situação oposta foi observada no grupo controle.

Esses achados estão alinhados com outros estudos que investigaram intervenções educativas em aleitamento materno por seis meses pós-parto. A intervenção deste estudo consistiu em educação individualizada sobre aconselhamento, ministrada por profissionais certificados. Porém, em um ensaio clínico randomizado similar ao presente, com 106 puérperas, no qual o grupo de intervenção teve acesso a um sistema interativo online de monitoramento e acompanhamento pós-alta, com avaliações no primeiro, segundo e terceiro mês, além da avaliação da depressão pós-parto, observou-se que o grupo de intervenção apresentou maiores taxas de AME no primeiro, segundo e terceiro mês, comparado ao grupo controle. Cerca de 84% dos participantes ainda amamentavam aos três meses no grupo de intervenção, em comparação a 66,7% no grupo controle (AHMED; OUZZANI, 2012).

Um outro ECR, que avaliou o efeito do aconselhamento online sobre a amamentação em mulheres submetidas a cesariana nos primeiros seis meses, com 150 mulheres recebendo treinamento nas primeiras 24 horas pós-parto e acompanhamento no primeiro e sexto mês, e um ano após o nascimento, evidenciou que a educação em amamentação fornecida às mães primíparas no puerpério precoce impacta positivamente a amamentação (KARAAHMET; BILGIC, 2022).

Em consonância com os estudos mencionados, um ensaio clínico randomizado avaliou se a introdução de um programa educacional de apoio à amamentação aumentaria a proporção de mulheres amamentando exclusivamente até os seis meses e o nível de conhecimento sobre amamentação. Realizado com 90 mulheres primíparas que deram à luz um bebê único, saudável, a termo, em dois hospitais na região sul da Jordânia, onde a intervenção consistia em uma sessão educacional pós-natal individual e acompanhamento aos dois e quatro meses por meio de chamadas telefônicas. Ao final do quarto mês, o programa educacional e de apoio pós-natal melhorou significativamente o conhecimento sobre amamentação, medido pelas diferenças entre as pontuações médias pré e pós-teste, o que foi estatisticamente significativo para o grupo de intervenção ($p < 0,001$). No entanto, a proporção de mulheres amamentando

exclusivamente seus bebês aos seis meses não mostrou diferença estatística significativa entre os grupos (KHRESHEH *et al.*, 2011).

Uma meta-análise que teve como objetivo examinar os efeitos de diferentes abordagens para intervenções educativas e de apoio à amamentação e suas principais características em termos de tempo, formato, modo, componentes principais e número de sessões, inferiu que qualquer tipo de intervenção educativa e de apoio foi considerado eficaz no aumento da taxa de amamentação exclusiva entre 2 e 6 meses, na taxa de amamentação parcial, bem como no aumento da autoeficácia na amamentação até 2 meses após o parto. Os autores concluíram ainda que a intervenção multicomponente, que inclui atividades educativas no pré-natal em grupo, capacitação individual pós-parto sobre amamentação e acompanhamento por telefone com no mínimo três sessões realizadas, pode ser eficaz para melhorar a amamentação exclusiva durante os primeiros seis meses e a amamentação parcial (WONG; MOU; CHIEN, 2021).

Conforme os achados na literatura e os resultados deste estudo, é possível afirmar que o aconselhamento em amamentação ofertado às mães primíparas no alojamento conjunto afeta positivamente a amamentação.

7.4 LIMITAÇÕES DO ESTUDO

Como limitação do presente estudo, podem-se citar a natureza da intervenção e a mensuração dos resultados. Mesmo diante dos resultados positivos da intervenção, compreende-se que esta ocorre em um curto período e simultaneamente a intensas transformações físicas e emocionais da puérpera. Considerando a complexidade multifatorial e multinível do aleitamento materno, a intervenção pontual pode não apresentar efeitos a longo prazo diante de outros fatores influenciadores.

Outra limitação refere-se à coleta de seguimento por meio de contato telefônico. Notou-se grande dificuldade de contato nos primeiros quinze dias. Contudo, frequentemente, entre aquelas com as quais não foi possível estabelecer contato, havia alguma intercorrência com a própria puérpera, com seu neonato ou com o processo de aleitamento. Assim, apesar de ser um limitador, a persistência nas chamadas possibilitou a identificação de problemas e o direcionamento para sanar essas dificuldades. Portanto, as limitações do estudo consistem, simultaneamente, em possibilidades para novos estudos que contemplem a complexidade do puerpério e do processo de aleitamento materno.

8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Conclui-se, a partir deste estudo-piloto, que o ECR é viável, dadas as altas taxas de retenção do seguimento da amostra. Além disso, possibilitou a realização da estimativa para cálculo amostral para o ensaio. Os resultados indicaram maiores índices de aleitamento materno exclusivo no sexto mês de vida do lactente entre as puérperas que receberam o aconselhamento em aleitamento materno, quando comparadas ao grupo controle, que recebeu cuidados institucionais. No entanto, faz-se necessário um estudo maior, com o mesmo rigor científico, incluindo cálculo amostral, para determinar se o aconselhamento em amamentação impacta significativamente as taxas de amamentação ao longo do tempo.

Por fim, conclui-se que estudos-piloto devem ser recomendados como prática de rotina dentro do protocolo de condução de qualquer ECR, dada sua relevância para o aprimoramento futuro do estudo.

REFERÊNCIAS

- ABDALA, L. G. *et al.* Contato pele a pele entre mãe e recém-nascido e amamentação na primeira hora de vida. **Revista Clínica Biomedic Research**, v. 38, n. 4, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.4322/2357-9730.82178>. Acesso em: 06 mai. 2023.
- AHMED, A. H.; OUZZANI, M. Interactive web-based breastfeeding monitoring: feasibility, usability, and acceptability. **Journal of Human Lactation**, v. 28, n. 4, p. 468-475, 2012.
- AKTÜRK, N. B. K.; KOLCU, M. The effect of postnatal breastfeeding education given to women on breastfeeding self-efficacy and breastfeeding success. **Revista da Associação Médica Brasileira**, v. 69, n. 8, p. e20230217, 2023.
- AMORIM, T. S. *et al.* Gestão do cuidado de Enfermagem para a qualidade da assistência pré-natal na Atenção Primária à Saúde. **Escola Anna Nery**, v. 26, p. e20210300, 2022.
- ANDRADE, L. D. *et al.* Prevalência e fatores associados ao aleitamento materno em crianças menores de 2 anos de idade. **Revista de Ciências Médicas e Biológicas**, v. 20, n. 4, p. 610-618, 2021. Disponível em: <https://periodicos.ufba.br/index.php/cmbio/article/view/42450/26021>. Acesso em: 07 maio 2023.
- ARAÚJO, G. B. *et al.* Contribuições do enfermeiro para a promoção do aleitamento materno. **Brazilian Journal of Health Review**, v. 3, n. 3, p. 4841-4863, 2020. Disponível em: <https://ojs.brazilianjournals.com.br/ojs/index.php/BJHR/article/view/10394>. Acesso em: 22 nov. 2023.
- BARTICK, M. C. *et al.* Maternal and Infant Outcomes Associated with Maternity Practices Related to COVID-19: The COVID Mothers Study. **Breastfeed Medicine**, v. 16, n. 3, p. 189-199, 2021.
- BASSICHETTO, K. C. **Aconselhamento em alimentação infantil: avaliação de uma proposta da Organização Mundial da Saúde para capacitação de profissionais de Saúde da cidade de São Paulo**. 2006. 165 f. Tese (Doutorado em Ciências) – Programa de Pós-Graduação em Ciências, Coordenadoria de Controle de Doenças da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, São Paulo, 2006. Disponível em: <http://pesquisa.bvs.br/brasil/resource/pt/ses-6268>. Acesso em: 12 mar. 2022.
- BASSICHETTO, K. C.; RÉA, M. F. Aconselhamento em alimentação infantil: um estudo de intervenção. **Jornal de Pediatria**, Rio de Janeiro, v. 84, n. 1, p. 75-82, 2008. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0021-75572008000100013>. Acesso em: 20 mar. 2022
- BATISTA, C. L. C; RIBEIRO, V. S.; NASCIMENTO, M. D. S. B. Influência do uso de chupetas e mamadeiras na prática do aleitamento materno. **Journal of Health & Biological Sciences**, v. 5, n. 2, p. 184-191, 2017. Disponível em: <https://periodicos.unichristus.edu.br/jhbs/article/view/1153/429>. Acesso em: 07 maio 2023.
- BAZA, A. S. *et al.* Uma abordagem tecnológica para melhorar as taxas de amamentação e autoeficácia: um estudo piloto randomizado e controlado. **Jornal de Lactação Humana**, v. 39, n. 4, p. 679-687, 2023. Disponível em: [10.1177/08903344231190625](https://doi.org/10.1177/08903344231190625). Acesso em: 12 ago. 2023.

BENTLEY, J. P. *et al.* Formula supplementation in hospital and subsequent feeding at discharge among women who intended to exclusively breastfeed: an administrative data retrospective cohort study. **Birth**, v. 44, n. 4, p. 352-62, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/birt.12300>. Acesso em: 20 mar. 2022.

BRASIL. **Decreto nº 10.854, de 10 de novembro de 2021**. Regulamenta disposições relativas à legislação trabalhista e institui o Programa Permanente de Consolidação, Simplificação e Desburocratização de Normas Trabalhistas Infralegais e o Prêmio Nacional Trabalhista, e altera o Decreto nº 9.580, de 22 de novembro de 2018. 2021. Disponível em: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/decreto-n-10.854-de-10-de-novembro-de-2021-359085615>. Acesso em: 12 dez. 2021.

BRASIL. Decreto Nº 9.579, de 22 de novembro de 2018. Consolida atos normativos editados pelo Poder Executivo federal que dispõem sobre a temática do lactente, da criança e do adolescente e do aprendiz, e sobre o Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente, o Fundo Nacional para a Criança e o Adolescente e os programas federais da criança e do adolescente, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**. Brasília, 22 nov. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Agenda de compromissos para a saúde integral da criança e redução da mortalidade infantil**. Normas e Manuais técnicos. 2ª reimpressão. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

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

BRASIL. Ministério da Saúde. **Atenção humanizada ao recém-nascido: método Canguru**. Manual técnico. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. 3. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2017. 340 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2068 de 21 de outubro de 2016**. Institui diretrizes para a organização da atenção integral e humanizada à mulher e ao recém-nascido no Alojamento Conjunto. 2016. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2016/prt2068_21_10_2016.html. Acesso em: 01 set. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde da criança: aleitamento materno e alimentação complementar**. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2015. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_crianca_aleitamento_materno_cab23.pdf. Acesso em: 01 ago. 2021.

BUENO, L. G. S.; TERUYA, K. M. Aconselhamento em amamentação e sua prática. **Jornal de Pediatria**, Rio de Janeiro, v. 80, suppl. 5, p. s126-s130, 2004. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0021-75572004000700003>. Acesso em: 01 set. 2021.

CANTRILL, R. M. *et al.* Sucção efetiva em relação ao contato corporal nu materno-bebê na primeira hora de vida: um estudo observacional. **BMC Gravidez Parto**, v. 14, n. 20, 2014. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/1471-2393-14-20>. Acesso em: 12 ago. 2023.

CARFOOT, S.; DICKSON, R.; WILLIAMSON, P. R. Amamentação: os efeitos do ensaio pele a pele (BEST), estudo piloto. *In: CELEBRATING HEALTH RESEARCH: THE ANNUAL R&D CONFERENCE*, 2002.

CARVALHO, M. R.; GOMES, C. F. **Amamentação: bases**. 4. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2019.

CARVALHO, S. K. P. *et al.* Benefícios do método canguru em recém-nascidos prematuros e de baixo peso: revisão de literatura. **Brasilian Journal of Surgery and Clinical Research**, v. 34, n. 2, p. 67-73, 2021. Disponível em: https://www.mastereditora.com.br/periodico/20210408_085852.pdf. Acesso em: 12 no. 2023.

CAVALCANTI, N. B.; SILVA, A. C. M.; NASCIMENTO, J. W. A. Fatores associados ao desmame precoce no Brasil: uma revisão integrativa. **Research, Society and Development**, v. 10, n. 1, e58010111630, 2021. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v10i1.11630>. Acesso em: 01 set. 2021.

COCA, K. P. *et al.* Fatores associados ao trauma mamilar na maternidade. **Jornal de Pediatria**, Rio de Janeiro, v. 85, n. 4, p. 341-345, 2009.

EBSERH. Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Triângulo Mineiro. Núcleo de Protocolos Multiprofissional. **Protocolo assistencial multiprofissional. Recepção e atendimento ao recém nascido com boa vitalidade**. 2021. 36p. Disponível em https://www.gov.br/ebserh/pt-br/hospitais-universitarios/regiao-sudeste/hc-uftm/documentos/protocolos-assistenciais/Primeiros_cuidados_no_RNfinal.pdf

ECOSTEGUY, C. C. Estudos de intervenção. *In: MEDRONHO, R. A. et al. Epidemiologia*. 2. ed. São Paulo: Atheneu, 2009, p. 251-263.

FANTINELLI, A. A. *et al.* Desenvolvimento e validação do instrumento específico para complexidade assistencial de puérperas e recém-nascidos: Escala Fantinelli. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, v. 20, n. 2, p. 441-450, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbsmi/a/tbnwVJS8rFrBwRq6ZfwKn4R/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 09 jun. 2021.

FERREIRA, H. L. O. C. *et al.* Fatores Associados à Adesão ao Aleitamento Materno Exclusivo. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, n. 3, p. 683-690, mar. 2018.

FIOCRUZ. Fundação Oswaldo Cruz. **Rede Global de Bancos de Leite Humano**. 2023. Disponível em: https://producao.redeblh.icict.fiocruz.br/portal_blh/blh_brasil.php. Acesso em: 18 nov. 2023.

GRIFFIN, L. B. *et al.* Pilot RCT of the Feasibility and Effectiveness of Antepartum Video Breastfeeding Education on Breastfeeding Rates. **Jornal Americano de Obstetrícia e Ginecologia**, v. 226, n. 1, p. s610, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2021.11.1004>. Acesso em: 23 jun. 2023.

JIANG, L. *et al.* Estimating the population impact of hypothetical breastfeeding interventions in a low-income population in Los Angeles County: an agente-based model. **Plos One**, v. 15, n. 4, p. e0231134, 2020. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7145098/>. Acesso em: 12 jun. 2021.

KARAAHMET, A. Y.; BILGIÇ, F. Ş. Breastfeeding success in the first 6 months of online breastfeeding counseling after cesarean delivery and its effect on anthropometric measurements of the baby: a randomized controlled study. **Revista da Associação Médica Brasileira**, v. 68, n. 10, p. 1434-0, 1992.

KHRESHEH, R. *et al.* The effect of a postnatal education and support program on breastfeeding among primiparous women: A randomized controlled trial. **International Journal of Nursing Studies**, v. 48, n. 9, p. 1058-65, 2011.

LAMOUNIER, J. A. *et al.* Baby friendly hospital initiative: 25 years of experience in Brazil. **Revista Paulista de Pediatria**, v. 37, n. 4, p. 486-493, 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rpp/a/7vLNHNbWNPQrBy5BfVBfgnh/?lang=en#ModalTutors>. Acesso 13 Jun 2023.

LANCASTER, G. A.; DODD, S. E.; WILLIAMSON, P. R. Design e análise de estudos piloto: recomendações para boas práticas. **Jornal de Avaliação na Prática Clínica**, v. 10, p. 307-312, 2004. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/j..2002.384.doc.x>. Acesso em: 12 jun. 2023.

LAWS, R. A. *et al.* Apoio perinatal à amamentação usando mHealth: Um estudo de viabilidade de métodos mistos do aplicativo My Baby Now. **Nutrição Materna e Infantil**, v. 19, p. e13482, 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/mcn.13482>. Acesso em: 23 jun. 2023.

LEON, A. D.; DAVIS L. L.; KRAEMER, H. The Role and Interpretation of Pilot Studies in Clinical Research. **Journal of Psychiatric Reserarch**, v. 45, n. 5, p. 626-9, 2011. Disponível em: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S002239561000292X>. Acesso 10 out. 2023.

LERUTH, C. *et al.* A multilevel approach to breastfeeding promotion: using healthy start to deliver individual support and drive collective impact. **Maternal and Child Health Journal**, v. 21, n. S1, p. 4-10, 2017.

LOK, K. Y. W. *et al.* Viabilidade, aceitabilidade e eficácia potencial de um programa inovador de apoio à amamentação domiciliar pós-natal em Hong Kong: uma viabilidade e um ensaio piloto randomizado controlado. **International Breastfeeding Journal**, v. 16, n. 34, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s13006-021-00381-5>. Acesso em: 12 jun. 2023.

LYONS, K. E. *et al.* Breast milk, a source of beneficial microbes and associated benefits for infant health. **Nutrients**, v. 12, n. 4, p. 1039, 2020. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7231147/>. Acesso em: 12 jul. 2021.

MAZO-TOME, P. L.; SUAREZ-RODRIGUEZ, M. Prevalencia de la alimentación exclusiva con lactancia materna en recién nacidos sanos. **Boletín Médico del Hospital Infantil de México**, México, v. 75, n. 1, p. 49-56, feb. 2018. Disponível em: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665-11462018000100049&lng=es&nrm=iso. Acesso em: 01 nov. 2023.

MCFADDEN, A. *et al.* Support for healthy breastfeeding mothers with healthy term babies. **Cochrane Database of Systematic Reviews**, v. 2, n. 2, p. CD001141, 2017. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28244064/>. Acesso em: 14 out. 2021.

MESQUITA, N. S. *et al.* Percepções dos cuidados de enfermagem recebidos no pós-amamentação imediato. **Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental (Online)**, v. 11, n. 1, p. 160-166, 2019. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/gim/resource/zh/biblio-968595>. Acesso em: 10 jun. 2023.

MOHER, D. *et al.* “CONSORT 2010 Explanation and elaboration: updated guidelines for reporting parallel group randomised trials. **BMJ (Clinical Research ed.)**, v. 340, 2010. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2844943/> Acesso em: 10 jul 2023.

MOREIRA, V.; LANDIM, L. B.; ROMCY, G. S. John Keith Wood e a abordagem centrada na pessoa no Brasil. **Revista Abordagem Gestalt**, v. 20, n. 1, p. 63-70, 2014. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S180968672014000100008&lng=pt&nrm=iso. Acessos em: 20 fev. 2022.

MUELBERT, M.; GIUGLIANI, E. R. J. Factors associated with the maintenance of breastfeeding for 6, 12, and 24 months in adolescent mothers. **BMC Public Health**, n. 18, p. 675, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s12889-018-5585-4>. Acesso em: 12 jun. 2021.

MULUNEH, M. W. Determinants of exclusive breastfeeding practices among mothers in Ethiopia. **PLoS One**, v. 18, n. 2. 2023.

NARAYAN, S.; NATARAJAN, N.; BAWA, K. Maternal and Neonatal Factors Adversely Affecting Breastfeeding in the Perinatal Period. **Medical Journal Armed Forces India**, v. 61, n. 3, p. 216–219, 1 jul. 2005.

NELAS, P. *et al.* Dificuldades na amamentação no primeiro mês de vida: impacto dos contextos de vida. **International Journal of Developmental and Educational Psychology**, v. 3, n. 1, p. 183-91, 2017.

NOLAN, L. S.; PARKS, O. B.; GOOD, M. A review of the immunomodulating components of maternal breast milk and protection against necrotizing enterocolitis. **Nutrients**, v. 12, n. 1, p. 14, 2019. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7019368/>. Acesso em: 18 jun. 2021.

ONGUN, H. E.; DEMIR, M. Aconselhamento sobre lactação centrado na família e amamentação em bebês prematuros após alta da terapia intensiva neonatal. **Revista de Neonatologia Clínica**, v. 10, n. 2, p. 95-102, 2021.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Recomendações da OMS sobre atendimento pré-natal para uma experiência gestacional positiva: Genebra, Suíça: OMS, 2018. Disponível em: <https://www.mcsprogram.org/wp-content/uploads/2018/07/ANCOverviewBrieferA4PG.pdf>. Acesso em: 12 out. 2023.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Aconselhamento em amamentação**. Brasil, OMS, 1996.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE/ FUNDO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A INFÂNCIA. **Breastfeeding counselling: a training course**. Geneva: World Health Organization/UNICEF, 1993.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **Relatório 30 anos de SUS**. Que SUS para 2030. 2018. Disponível em: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/49663>. Acesso em: 19 jun. 2021.

ORTELAN, N. V. S.; BENICIO, M. Determinantes do aleitamento materno exclusivo em lactentes menores de seis meses nascidos com baixo peso. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 35, n. 8, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/XNdNVLPVBy4w77X35MD6ktb/?lang=pt>. Acesso em: 13 ago. 2021.

PATEL, A. *et al.* Effectiveness of weekly cell phone counselling calls and daily text messages to improve breastfeeding indicators. **BMC Pediatrics**, v. 18, n. 337, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s12887-018-1308-3>. Acesso em: 18 nov. 2023.

PATEL, S.; PATEL, S. The effective of lactation consultants and lactations counselors on breastfeeding outcomes. **Journal of Human Lactation**, v. 32, n. 3, p. 530-41, 2016.

PATTERSON, L. E.; EISENBERG, S. **O processo de aconselhamento**. São Paulo: Martins Fontes, 1988. 229 p.

PEREIRA-SANTOS, M. *et al.* Prevalence and associated factors for early interruption of exclusive breastfeeding: meta-analysis on Brazilian epidemiological studies. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, v. 17, n. 1, p. 69-78, 2017. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbsmi/a/L6vVNvMmhSkCPdGYqG5qKKm/?format=pdf&lango=pt>. Acesso em: 12 jun. 2021.

PERILO, T. V. C. **Tratado do especialista em cuidado materno infantil com enfoque em amamentação**. Belo Horizonte: Mame Bem, 2019. 426p.

PERRINE, C. G. *et al.* Implementation of hospitals practices supportive of breastfeeding in the contexto of COVID-19. **Morbidity and Mortality Weekly Report**, v. 69, n. 47, p. 1767-1770, 2020. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.15585/mmwr.mm6947a3>. Acesso em: 12 jun. 2021.

PUPO, L. R.; AYRES, J. R. C. M. Contribuições e limites do uso da abordagem centrada na pessoa para a fundamentação teórica do aconselhamento em DST/Aids. **Temas em Psicologia**, v. 21, n. 3, p. 1089-1106, 2013.

RIBEIRO, A. K. F. S *et al.* Aleitamento materno exclusivo: conhecimentos de puérperas na atenção básica. **Revista Enfermagem Atual In Derme**, v. 96, n. 38, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.31011/reaid-2022-v.96-n.38-art.1359>. Acesso em: 07 mai. 2023.

RIBEIRO, M. A.; UVALDO, M. C. C. Frank Parsons: trajetória do pioneiro da orientação vocacional, profissional e de carreira. **Revista Brasileira de Orientação Profissional**, v. 8, n. 1, p. 19-31, jun. 2007. Disponível em http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-33902007000100003&lng=pt&nrm=isso. Acesso em: 12 mai. 2022.

ROGERS. C. R. **Terapia centrada no cliente**. Tradução Cecília Camargo Bartalotti. São Paulo: Martins Fontes, 1992. 620 p.

ROSARIO-FILHO, N. A. Ensaios clínicos randômicos e controlados. **Residência Pediátrica**, v. 10, n. 1, p. 13-14, 2020. Disponível em: 10.25060/residpediatr-2020.v10n1-55. Acesso em 15 abril 2023.

SANTANA, G. S. *et al.* Factors associated with breastfeeding maintenance for 12 months or more: a systematic review. **Jornal de Pediatria**, Rio de Janeiro, v. 94, n. 2, p. 104-22, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.jpmed.2017.06.013>. Acesso em 15 abril 2023.

SANTOS, I. S. *et al.* Validation of the Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) in a sample of mothers from the 2004 Pelotas Birth Cohort Study. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 23, n. 11, p. 2577–2588, nov. 2007

SANTOS, F. S. *et al.* A prática do quarto passo da iniciativa hospital amigo da criança em maternidade de referência. **Enfermeria Actual de Costa Rica**, v. 40, 2021. Disponível em: http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1409-45682021000100003&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 18 nov. 2023.

SANTOS, L. M. **Estudo clínico, randômico e controlado sobre o efeito da transiluminação no sucesso da cateterização intravenosa periférica em crianças**. 2021. 254 f. Tese (Doutorado) – São Paulo, 2021.

SEGURA-PEREZ, S. *et al.* Impact of breastfeeding interventions among United States minority women on breastfeeding outcomes: a systematic review. **International Journal for Equity in Health**, v. 72, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s12939-021-01388-4>. Acesso em: 12 ago. 2023.

SILVA, A. A. M. Aspectos metodológicos do Estudo Nacional de Alimentação e Nutrição Infantil (ENANI-2019). **Cadernos de Saúde Pública** [online]. v. 37, n. 8, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00172121>. Acesso em: 10 mai. 2022.

SIM, J.; LEWIS, M. The size of a pilot for a clinical trial should be calculated in relation to consideration of precision and efficiency. **Journal of Clinical Epidemiology**, v. 65, n. 3, p. 301-8, 2012.

STREFLING, I. S. S. *et al.* Percepções de puérperas sobre o cuidado de enfermagem no alojamento conjunto. **RPCFO**, v. 9, n. 2, p. 333–339, 2017.

TOSO, B. R. G. O.; FILIPPON, J.; GIOVANELLA, L. Atuação do enfermeiro na Atenção Primária no Serviço Nacional de Saúde da Inglaterra. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 69, n. 1, p. 182–191, 2016.

UNICEF. **Iniciativa Hospital Amigo da Criança**. Revista, atualizada e ampliada para o cuidado integrado. Módulo 1. Histórico e implementação. Fundo das Nações Unidas para a Infância. Brasília: Ministério da Saúde, 2008. 78 p.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO. **Aleitamento materno: prevalência e práticas de aleitamento materno em crianças brasileiras menores de 2 anos 4**. ENANI 2019. Rio de Janeiro, 2021. Disponível em: <https://enani.nutricao.ufrj.br/index.php/relatorios/>. Acesso em: 09 nov.2021

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO. **Rotinas assistenciais da maternidade-escola**. [s.d.]. Disponível em:

https://www.me.ufrj.br/images/pdfs/protocolos/enfermagem/assistencia_de_enfermagem_a_puerpera_no_alojamento_conjunto.pdf. Acesso em: 13 ago. 2023.

VENANCIO, S. I.; ALMEIDA, H. Método Mãe Canguru: aplicação no Brasil, evidências científicas e impacto sobre o aleitamento materno. **Jornal de Pediatria**, Rio de Janeiro, v. 80, n, 5, p. 173-80, 2004. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0021-75572004000700009>. Acesso em: 19 nov. 2023.

VICTORA, C. G. *et al.* Breastfeeding in the 21st century: epidemiology, mechanisms, and lifelong effects. **Lancet**, v. 387, n. 10017, p. 475-490, 2016. Disponível em: [https://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(15\)01024-7](https://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(15)01024-7). Acesso em: 25 jun. 2022.

WONG, M. S.; MOU, H.; CHIEN, W. T. Effectiveness of educational and supportive intervention for primiparous women on breastfeeding related outcomes and breastfeeding self-efficacy: A systematic review and meta-analysis. **International Journal of Nursing Studies**, v. 117, 2021.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Global breastfeeding scorecard, 2019**: increasing comitente to breastfeeding through funding and improved policies and programmes. Geneva: WHO, 2019. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/326049>. Acesso em: 25 jan. 2023.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Guideline**: counselling of women to improve breastfeeding practices. Geneva: World Health Organization, 2018.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Infant and young child feeding counselling**: an integrated course. Trainer's guide Second edition. Geneva: WHO, 2021. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/978924003282>. Acesso em: 23 jun. 2023.

APÊNDICES

**APÊNDICE A – ACONSELHAMENTO EM AMAMENTAÇÃO NO ALOJAMENTO
CONJUNTO INSTRUMENTO PARA O GRUPO INTERVENÇÃO**

Data da coleta: ____/____/____

Nº do instrumento _

Centro da pesquisa:

[(1) Uberaba (2) Feira de Santana (3) Rio de Janeiro]

HIAC () Sim () Não

Registro da participante: _____

Contato telefônico

(principal)

Contato telefônico (rede de

apoio)

Horário de início da avaliação/intervenção M1:_____:_____ Término M1:

:_____ Horário de início da

avaliação/intervenção M2:_____:_____ Término M2:_____:_____ Horário de

início da avaliação/intervenção M3:_____:_____ Término M3:_____:_____ Horário de

início da avaliação/intervenção M4:_____:_____ Término M4:_____:_____ Data da alta

do binômio: ____/____/_____

Habilidades de escutar e compreender

1. Usar comunicação não verbal útil
 - () manter a cabeça no mesmo nível
 - () prestar a atenção
 - () remover barreiras
 - () dedicar tempo
 - () tocar de forma apropriada
2. Fazer perguntas abertas ()
3. Usar respostas e gestos que demonstrem interesse ()
4. Devolver com suas palavras o que a mãe diz ()
5. Empatia - mostrar que você compreende como a mãe se sente ()
6. Evitar palavras que soam como julgamento ()

Habilidades de desenvolver a confiança e dar apoio

1. Aceitar o que a mãe pensa e sente ()
2. Reconhecer e elogiar sempre que possível ()
3. Oferecer ajuda prática ()
4. Oferecer pouca e relevante informação ()
5. Usar linguagem simples ()
6. Oferecer uma ou duas sugestões e não ordens ()

Ref.: Extraído material elaborado para Oficina de Aconselhamento em Amamentação (1996)

Referências utilizadas para elaboração do protocolo:

Organização Mundial de Saúde. Aconselhamento em amamentação. Um curso de treinamento. 1996.

World Health Organization. Guideline counseling of women to improvement breastfeeding practices. [Internet]. Geneva: WHO, 2018 [cited Jun 23, 2022]. Available from: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241550468>

World Health Organization. Infant and young child feeding counselling: an integrated course. Trainer's guide Second edition. [Internet]. Geneva: WHO, 2021 [cited Jun 23, 2022]. Available from: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240032828>

VARIÁVEIS SÓCIODEMOGRÁFICAS

Data de nascimento materno: ____/____/____		
Idade (anos): _____		
Raça: (1) Branca (2) Negra (3) Parda (4) Outras: __ _____		
Estado civil: (1) casada/ união consensual (2) solteira (3) separada judicialmente (4) viúva		
Se vive com companheiro: Idade do companheiro: _____ Escolaridade do companheiro: (1) analfabeta (2) ensino fundamental incompleto (3) ensino fundamental completo (4) ensino médio incompleto (5) ensino médio completo (6) ensino superior incompleto (7) ensino superior completo (99) ignorada		
Escolaridade Materna (1) analfabeta (2) ensino fundamental incompleto (3) ensino fundamental completo (4) ensino médio incompleto (5) ensino médio completo (6) ensino superior incompleto (7) ensino superior completo (99) ignorada		
Renda Familiar mensal: () 1 salário mínimo () Entre 2 e 3 salários mínimo () Acima de 4 salários mínimo		
Ocupação: Remunerada () () Qual? () informal () formal		
Você teve direito a Licença? Maternidade? () Sim () Não Por quanto tempo: _____ dias	O pai teve direito a Licença Paternidade? () Sim () Não Por quanto tempo: _____ dias	
Quem faz parte da sua rede de apoio? _____ _____ () Não tem		
Procedência: (1) Município (2) Municípios da região (3) municípios do estado (4) municípios de outros estados: _____ (99) Ignorada		
Com acompanhante no momento do aconselhamento Presencial?		

<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Quem _____ _____
III VARIÁVEIS CLÍNICAS
Tabagismo <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Hábito de tomar café <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Problemas de saúde <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Qual: _____ _____
Faz uso de medicamento (s): <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Qual: _____ _____

VARIÁVEIS OBSTÉTRICAS

Pré-Natal: Não <input type="checkbox"/>	Sim <input type="checkbox"/> n° de consultas: _____
Recebeu orientações sobre amamentação no pré-natal: Não <input type="checkbox"/>	Sim <input type="checkbox"/>
Se sim, qual a fonte: <input type="checkbox"/> curso de gestantes <input type="checkbox"/> consulta pré-natal <input type="checkbox"/> material educativo	<input type="checkbox"/> internet <input type="checkbox"/> familiares <input type="checkbox"/> outras
Se recebeu orientação profissional, qual profissional orientou: <input type="checkbox"/> enfermeiro <input type="checkbox"/> médico <input type="checkbox"/> terapeuta ocupacional <input type="checkbox"/> fisioterapeuta <input type="checkbox"/> consultora em amamentação <input type="checkbox"/> doula <input type="checkbox"/> outros:	
INFORMAÇÕES SOBRE O PARTO/ NASCIMENTO	
Data do parto: ____/____/____	
Tipo de parto: (1) parto normal	

(2) cesárea eletiva (3) cesárea de urgência (4) Instrumental
Acompanhante no TP/parto: (1) Sim (2) Não
Contato precoce com RN: (1) Sim (2) Não
Amamentação na primeira hora de vida: (1) Sim (2) Não
INFORMAÇÕES SOBRE O RN
Peso do RN: _____ gramas Capurro: _____ Idade Gestacional _____ Estatura: _____ cm
No momento da alta, neonato em: _____ (1) aleitamento materno exclusivo (2) aleitamento materno exclusivo com prescrição médica SOS (3) aleitamento misto (4) aleitamento artificial
V Amamentação
ESTÁ COM ALGUMA PREOCUPAÇÃO COM A AMAMENTAÇÃO? (1) SIM (2) NÃO (1) SE SIM, ME FALE SOBRE ESTÁ COM ALGUMA DIFICULDADE NA AMAMENTAÇÃO? (1) SIM (2) NÃO SEM SIM, ME FALE SOBRE _____ QUAL SUA MOTIVAÇÃO PARA AMAMENTAR? _____

INTERVENÇÕES REALIZADAS	
Data da avaliação	Descrição da Intervenção:
2º encontro	

ACONSELHAMENTO/ORIENTAÇÃO	
Data da avaliação	Descrição da Orientação:
1º encontro	
2º encontro	

APÊNDICE B – INSTRUMENTO PARA O GRUPO CONTROLE

Data da coleta: ____/____/____

Nº do instrumento Centro da pesquisa: ____

[(1) Uberaba (2) Feira de Santana (3) Rio de Janeiro]

Registro da participante: _____

Contato _____

telefônico

(principal)

Contato telefônico _____

(rede de apoio)

Horário de início da avaliação D1 ____:____ Término D1: ____:____

Horário de início da avaliação D2: ____:____ Término D2: ____:____

Data da alta do binômio: ____/____/____

VARIÁVEIS SÓCIODEMOGRÁFICAS

Data de nascimento materno: ____/____/____		
Idade (anos): _____		
Raça: (1) Branca (2) Negra (3) Parda (4) Outras: _____		
Estado civil:		
(1) casada/ união consensual	(2) solteira	(3) separada judicialmente (4) viúva
Escolaridade:		
(1) analfabeta	(3) ensino fundamental completo	(6) ensino superior incompleto
(2) ensino fundamental incompleto	(4) ensino médio incompleto	(7) ensino superior completo
	(5) ensino médio completo	(99) ignorada
Ocupação: Remunerada ()		
() Qual?		
() informal		
() formal		
Procedência:		
(1) Município	(3) municípios do estado	

(2) Municípios da região	(4) municípios de outros estados: _____
(99) Ignorada	
III VARIÁVEIS CLÍNICAS	
Tabagismo () Sim () Não	
Hábito de tomar café	
() Sim () Não	
Problemas de saúde	
() Sim () Não	
Qual: _____	
Faz uso de medicamento (s):	
() Sim () Não	
Qual: _____	

IV VARIÁVEIS OBSTÉTRICAS

Pré-Natal:	Sim() n° de consultas: _____	
Não ()		
Recebeu orientações sobre amamentação no pré-natal:		
Não ()	Sim ()	
Se sim, qual a fonte:	() internet	
() curso de gestantes	() familiares	
() consulta pré-natal	() outras	
() material educativo		
Se recebeu orientação profissional, qual profissional orientou:		
() enfermeiro	() fisioterapeuta	() doula
() médico	() consultora em amamentação	() outros:
() terapeuta ocupacional		
INFORMAÇÕES SOBRE O PARTO/ NASCIMENTO		
Data do parto: ____/____/____		
Tipo de parto:		
(1) parto normal	(3) cesárea de urgência	
(2) cesárea eletiva	(4) Instrumental	
Acompanhante no TP/parto:		
(1) Sim () Não		
Contato precoce com RN:		
(1) Sim () Não		

Amamentação na primeira hora de vida: (1) Sim () Não
INFORMAÇÕES SOBRE O RN
Peso do RN: _____ Estatura: _____ cm gramas
No momento da alta, neonato em: _____ (1) aleitamento materno exclusivo (2) aleitamento misto (3) aleitamento artificial

AVALIAÇÃO NA PRIMEIRA SEMANA DE VIDA

Nº do instrumento Centro da pesquisa: _____
 [(1) Uberaba (2) Feira de Santana (3) Rio de Janeiro]

Participante do: (1) Grupo Intervenção (2) Grupo Controle

Registro da participante:

Contato telefônico (principal): _____

Data da coleta: ____/____/____

Contato realizado: (1) Sim (2) Não

Se não, por que: (1) número não existe (2) realizada três tentativas sem sucesso (não atendidas)

Contato através da rede de apoio () Sim () Não

Horário de início do contato: ____:____ Término: ____:____ Duração: _____

1. **Está em aleitamento materno?** N () S (), se sim, (1) exclusivo (2) misto (3) aleitamento artificial
2. **Necessitou introduzir complemento** () Sim () Não Quem prescreveu? _____
3. **Se sim, qual o motivo?** _____
4. **Apresentou trauma mamilar?** N () S (), se sim, qual tipo? (1) fissura (2) escoriação () outros
5. **Se sim, como está tratando o trauma?** _____
6. **Há quantos dias está com trauma?** _____
7. **Sente dor ao amamentar?** N () S (), se sim, quando? (1) no início da mamada (2) durante a mamada (3) ao final da mamada (4) durante toda a mamada
8. **Se sente dor, como você classifica a dor, em uma escala de 0 a 10:** _____
9. **Quais as características desta dor:** _____
10. **Você teve ingurgitamento mamário?** N () S ()
11. **O que fez para melhora do ingurgitamento?** _____
12. **Necessitou usar algum medicamento?** Qual ? _____
13. **Uso de bicos:** (1) chupeta (2) mamadeira (3) Intermediário de silicone
14. **Precisou de auxílio profissional para o manejo do aleitamento:** (1) Não (2) Sim
15. **Se sim, qual serviço procurou?** _____
16. **Suas necessidades foram atendidas?** (1) Não (2) Sim
17. **RN passou por consulta de puericultura/pediatra?** (1) Sim (2) Não
18. **Com quantos dias?** _____
19. **Peso do bebê na consulta:** _____
20. **O bebê teve alguma intercorrência neste período?** (1) Não (2) Sim Se sim, qual? _____
21. **Justifique quais seriam os motivos para o desmame:** _____
22. **Você está tendo suporte na amamentação, de quem:** _____

23. Preocupações com a amamentação? (1) Sim (2) Não __

24. Dificuldades na amamentação? (1) Sim (2) Não__

25. Motivação para amamentar: _

26. Encaminhamento para algum profissional?

() Sim () Não

27. Retorno da ligação em 24h: Buscou ajuda () Sim () Não

28. Houve Intervenção pelo especialista?

29. Tempo de ligação: _____

30. Orientação realizada:

AVALIAÇÃO NA SEGUNDA SEMANA DE VIDA

Nº do instrumento Centro da pesquisa: _____

[(1) Uberaba (2) Feira de Santana (3) Rio de Janeiro]

Participante do: (1) Grupo Intervenção (2) Grupo Controle

Registro	da	participante:
Contato telefônico (principal): _____ Data da coleta: ____/____/_____ Contato realizado: (1) Sim (2) Não Se não, por que: (1) número não existe (2) realizada três tentativas sem sucesso (não atendidas)		
Horário de início do contato: ____:____ Término: ____:____ Duração: _____		
<ol style="list-style-type: none"> 1. Está em aleitamento materno? N () S (), se sim, (1) exclusivo (2) misto (3) aleitamento artificial 2. Necessitou introduzir complemento () Sim () Não Quem prescreveu? 3. Se sim, qual o motivo? _____ 4. Apresentou trauma mamilar? N () S (), se sim, qual tipo? (1) fissura (2) escoriação () outros 5. Se sim, como está tratando o trauma? _____ 6. Há quantos dias está com trauma? _____ 7. Sente dor ao amamentar? N () S (), se sim, quando? (1) no início da mamada (2) durante a mamada (3) ao final da mamada (4) durante toda a mamada 8. Se sente dor, como você classifica a dor, em uma escala de 0 a 10: _____ 9. Quais as características desta dor: _____ 10. Você teve ingurgitamento mamário? N () S () 11. O que fez para melhora do ingurgitamento? _____ 12. Necessitou usar algum medicamento? Qual ? _____ 13. Está oferecendo: (1) chupeta (2) mamadeira (3) água (4) chá (5) suco 14. Precisou de auxílio profissional para o manejo do aleitamento: (1) Não (2) Sim 15. Se sim, qual serviço procurou? _____ 16. Suas necessidades foram atendidas? (1) Não (2) Sim 17. RN passou por consulta de puericultura/pediatra? (1) Sim (2) Não 18. Com quantos dias? _____ 19. Peso do bebê na consulta: _____ 20. O bebê teve alguma intercorrência neste período? (1) Não (2) Sim Se sim, qual? _____ _____ 21. Como você descreve a experiência de amamentar: _____ 22. Justifique quais seriam os motivos para o desmame: _____ 23. Você está tendo suporte na amamentação, de quem: _____ 		

- 24. Preocupações com a amamentação? (1) Sim (2) Não __**
- 25. Dificuldades na amamentação? (1) Sim (2) Não**
- 26. Motivação para amamentar: _**
- 27. Gostaria de receber alguma orientação? (1) Não, necessito (2) Sim**
- 28. Encaminhamento para algum profissional?**
() Sim () Não
- 29. Retorno da ligação em 24h: Buscou ajuda () Sim () Não**
- 30. Intervenção pelo especialista _**
- 31. Tempo de ligação:**
- 32. Orientação realizada**

AVALIAÇÃO NO PRIMEIRO MÊS DE VIDA

Nº do instrumento

Centro da pesquisa: _____

[(1) Uberaba (2) Feira de Santana (3) Rio de Janeiro]

Participante do: (1) Grupo Intervenção (2) Grupo Controle

Registro da participante:

Contato telefônico (principal): _____

Data da coleta: ____/____/____

Contato realizado: (1) Sim (2) Não

Se não, por que: (1) número não existe (2) realizada três tentativas sem sucesso (não atendidas)

Horário de início do contato: ____:____ Término: ____:____ Duração: _____

1. **Está em aleitamento materno?** N () S (), se sim, (1) exclusivo (2) misto (3) aleitamento artificial
2. **Se não, qual o motivo?** _____
3. **Está oferecendo:** (1) chupeta (2) mamadeira (3) água (4) chá (5) suco
Precisou de auxílio profissional para o manejo do aleitamento: (1) Não (2) Sim
4. **Se sim, qual serviço procurou?** _
5. **Suas necessidades foram atendidas?** (1) Não (2) Sim
6. **RN passou por consulta de puericultura/pediatra?** (1) Sim (2) Não
7. **Com quantos dias?** _
8. **Peso do bebê na consulta:** _
9. **O bebê teve alguma intercorrência neste período?** (1) Não (2) Sim Se sim, qual?
10. **Justifique quais seriam os motivos para o desmame:**
11. **Você está tendo suporte na amamentação, de quem:**
12. **Preocupações com a amamentação?** (1) Sim (2) Não __
13. **Dificuldades na amamentação?** (1) Sim (2) Não
14. **Motivação para amamentar:** _
15. **Gostaria de receber alguma orientação?** (1) Não, necessito (2) Sim
16. **Encaminhamento para algum profissional?**
() Sim () Não
17. **Retorno da ligação em 24h:** Buscou ajuda () Sim () Não
18. **Intervenção pelo especialista** _____
19. **Tempo de ligação:**
20. **Orientação realizada:**

AVALIAÇÃO NO QUARTO MÊS DE VIDA

Nº do instrumento _____

Centro da pesquisa: _____

[(1) Uberaba (2) Feira de Santana (3) Rio de Janeiro]

Participante do: (1) Grupo Intervenção (2) Grupo Controle

Registro da participante:

Contato telefônico (principal): _____

Data da coleta: ____/____/____

Contato realizado: (1) Sim (2) Não

Se não, por que: (1) número não existe (2) realizada três tentativas sem sucesso (não atendidas)

Horário de início do contato: ____:____ Término: ____:____ Duração: _____

1. **Está em aleitamento materno?** N () S (), se sim, (1) exclusivo (2) misto (3) aleitamento artificial
2. **Se não, qual o motivo?** _____
3. **Está oferecendo:** (1) chupeta (2) mamadeira (3) água (4) chá (5) suco
4. **Precisou de auxílio profissional para o manejo do aleitamento:** (1) Não (2) Sim
5. **Se sim, qual serviço procurou?** _
6. **Suas necessidades foram atendidas?** (1) Não (2) Sim
7. **RN passou por consulta de puericultura/pediatra?** (1) Sim (2) Não
8. **Com quantos dias?** _
9. **Peso do bebê na consulta:** _
10. **O bebê teve alguma intercorrência neste período?** (1) Não (2) Sim Se sim, qual?
11. **Você pretende amamentar até:** (1) 3 meses (2) quatro meses (3) sexto mês (4) 1 ano (5) 2 anos (6) dois anos ou mais (7) até quando o bebê quiser mamar (99) não se aplica – não está amamentando
12. **Justifique quais seriam os motivos para o desmame:**
13. **Você está tendo suporte na amamentação, de quem:**
14. **Preocupações com a amamentação?** (1) Sim (2) Não __
15. **Dificuldades na amamentação?** (1) Sim (2) Não
16. **Motivação para amamentar**
17. **Gostaria de receber alguma orientação?** (1) Não, necessito (2) Sim
18. **Encaminhamento para algum profissional?**
() Sim () Não
19. **Retorno da ligação em 24h:** Buscou ajuda () Sim () Não
20. **Intervenção pelo especialista** _
21. **Tempo de ligação:**
22. **Orientação realizada:**

AVALIAÇÃO NO SEXTO MÊS DE VIDA

Nº do instrumento Centro da pesquisa: _____
 [(1) Uberaba (2) Feira de Santana (3) Rio de Janeiro]

Participante do: (1) Grupo Intervenção (2) Grupo Controle

Registro da participante:

Contato telefônico (principal): _____

Data da coleta: ____/____/____

Contato realizado: (1) Sim (2) Não

Se não, por que: (1) número não existe (2) realizada três tentativas sem sucesso (não atendidas)

Horário de início do contato: ____:____:____ Término: ____:____:____ Duração: _____

1. **Está em aleitamento materno?** N () S (), se sim, (1) exclusivo (2) misto (3) aleitamento artificial
2. **Se não, qual o motivo?** _____
3. **Está oferecendo:** (1) chupeta (2) mamadeira (3) água (4) chá (5) suco
4. **Precisou de auxílio profissional para o manejo do aleitamento:** (1) Não (2) Sim
5. **Se sim, qual serviço procurou?** _
6. **Suas necessidades foram atendidas?** (1) Não (2) Sim
7. **RN passou por consulta de puericultura/pediatra?** (1) Sim (2) Não
8. **Com quantos dias?** _
9. **Peso do bebê na consulta:** _
10. **O bebê teve alguma intercorrência neste período?** (1) Não (2) Sim Se sim, qual?
 –
11. **Você pretende amamentar até:** (1) 3 meses (2) quatro meses (3) sexto mês (4) 1 ano (5) 2 anos (6) dois anos ou mais (7) até quando o bebê quiser mamar (99) não se aplica – não está amamentando
12. **Justifique quais seriam os motivos para o desmame:**
13. **Você está tendo suporte na amamentação, de quem:**
14. **Preocupações com a amamentação?** (1) Sim (2) Não __
15. **Dificuldades na amamentação?** (1) Sim (2) Não
16. **Motivação para amamentar**
17. **Gostaria de receber alguma orientação?** (1) Não, necessito (2) Sim
18. **Encaminhamento para algum profissional?**
 () Sim () Não
18. **Retorno da ligação em 24h:** Buscou ajuda () Sim () Não
19. **Intervenção pelo especialista** _
20. **Tempo de ligação:**
21. **Orientação realizada:**

APÊNDICE C – PROTOCOLO DA INTERVENÇÃO*

Protocolo: Aconselhamento em Aleitamento Materno durante a internação no Alojamento Conjunto (AC)

Projeto: “Efetividade do aconselhamento individualizado na duração do aleitamento materno exclusivo: ensaio clínico multicêntrico, randômico, paralelo e aberto”

Elaborado pela equipe de pesquisa/instituições:

Universidade Federal do Triângulo Mineiro

Profa. Dra. Mariana Torreglosa Ruiz

Profa. Dra. Divanice Contim

Enfa. Dra. Jacqueline Faria de Oliveira

Ms. Cynthia Viana de Resende

Universidade Federal de Uberlândia

Profa. Dra. Maria Beatriz Guimarães Raponi

Universidade Federal de (2) Feira de Santana (3) Rio de Janeiro

Profa. Dra. Monika Wernet

Universidade Estadual de Feira de Santana

Profa. Karine Emanuelle Peixoto de Souza

Escola de Enfermagem Anna Nery – Universidade Federal do Rio de Janeiro

Profa. Dra. Marialda Moreira Christoffel

Profa. Dra. Ana Letícia Monteiro Gomes

Profa. Dra. Elisa da Conceição Rodrigues

Ms. Michele Curcino Cavalcanti

University of Kentucky

Profa. Dra. Ana Maria Linares

Centros participantes (coleta):

- Universidade Federal do Triângulo Mineiro – Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Triângulo Mineiro
- Universidade Estadual de Feira de Santana - Hospital Inácia Pinto dos Santos
- Universidade Federal do Rio de Janeiro - Maternidade Escola da Universidade Federal do Rio de Janeiro

* Este protocolo a ser testado é baseado nos protocolos propostos pela OMS (1996) e WHO (2018; 2021) sobre treinamento/capacitação em Aconselhamento em Amamentação.

Responsáveis: Profa. Dra. Mariana Torreglosa Ruiz e membros da equipe do projeto

Público-Alvo: Puérperas assistidas nas enfermarias de AC das instituições participantes que estejam amamentando.

Objetivos:

Aplicar as habilidades de aconselhamento em aleitamento materno durante a internação da mãe e seu acompanhante no AC.

Descrição:

Local: Enfermarias de Alojamento Conjunto.

Equipe necessária: dois integrantes da equipe executora

Critérios de inclusão da mãe: Primíparas, com idade superior a 18 anos, que tiveram gestação de feto único, vivo, com idade gestacional de 37 a 42 semanas, com peso superior a 2.500 gramas, independentemente do tipo de parto, que se encontrem hemodinamicamente estáveis, conscientes e orientadas e internadas no AC, até 72 horas de vida do neonato, dos centros participantes, no momento da alocação para o estudo.

Equipamentos utilizados: duas cadeiras simples, se disponível, para manter a cabeça no mesmo nível da mulher e seu acompanhante, travesseiros ou almofadas de amamentação, se disponível.

Materiais: 01 almofolia pequena ou frasco com álcool a 70% e ou/pia, água e sabão para higienização das mãos da equipe; 01 prancheta; canetas; TCLE.

Pré-requisitos para o protocolo:

No momento do contato 0, as puérperas, primíparas, deverão estar hemodinamicamente estáveis, conscientes e orientadas, internadas no Alojamento Conjunto dos centros participantes da pesquisa, e, ter dado a luz a recém-nascido vivo, do qual deverá estar acompanhada, independentemente do tipo de parto. As mesmas devem ter idade superior a 18 anos e, seus RN devem ter idade gestacional superior a 37 semanas e peso maior que 2.500 gramas. As puérperas deverão ser contactadas antes de 72 horas de vida do neonato.

As puérperas serão esclarecidas acerca do objetivo do estudo e, caso aceitem participar, assinarão o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Este protocolo não foi elaborado para ser aplicado em: puérperas e RN com contraindicação para o aleitamento materno; RN com malformações que impeçam ou dificultem o aleitamento materno e/ou com alteração da mecânica do aleitamento materno (frênulo lingual); puérperas cujos RN foram imediatamente separados após o clampeamento do cordão umbilical ao nascimento devido à intercorrências materno-neonatais; puérperas transferidas de outras instituições ou que já tenham recebido alta (reinternação), puérperas usuárias de drogas ilícitas, puérperas com deficiências intelectual e/ou sensoriais. Estes critérios não foram pensados por motivos de exclusão, mas sim para contemplar a viabilidade da intervenção e o seguimento

necessário ao Ensaio Clínico. Mas caso seja detectada a necessidade de puérperas e familiares não contemplados neste protocolo, os mesmos receberão orientações pela equipe institucional ou de pesquisa sobre aleitamento materno e seu manejo.

Descrição do protocolo

Os pesquisadores deverão se dirigir às enfermeiras da unidade para selecionar as participantes elegíveis para o estudo, a partir de dados do censo diário de pacientes internadas e informações de prontuário. Verificados os critérios de inclusão e não inclusão, se encaminharão para as enfermarias de AC.

Bom dia (ou boa tarde) Senhora (nome da puérpera)! Como a Sra está?

Poderíamos conversar com a Sra?

Meu nome é Michele, sou enfermeira e faço parte da equipe de um projeto de pesquisa sobre aleitamento materno, e gostaria de convidá-la a participar. Poderíamos conversar sobre o estudo?

Resposta negativa – agradece a atenção e registra a recusa.

Resposta afirmativa – que bom! Vou fazer a leitura do termo de consentimento que trará as explicações sobre o estudo. Caso tenha alguma dúvida, pode me interromper a qualquer momento. Ao final da leitura, caso concorde em participar, preciso que assine em duas vias este termo. Guardarei uma cópia e a outra ficará com a senhora. Informo que durante a pesquisa, faremos anotações no tablet, caso a Sra. consinta participar. Procede a leitura do TCLE. O pesquisador proporcionará tempo necessário para que a puérpera discuta com seus familiares/acompanhante sobre sua participação. Colhida assinatura, entrega o termo para puérpera.

Cuidados antes da coleta e intervenção:

Certificar-se de que a puérpera e o RN estão seguros (prevenção de queda e outros eventos). Antes de iniciar a coleta e intervenção, deverão ser colocadas duas cadeiras na enfermaria, para manter a cabeça no mesmo nível da puérpera que poderá manter-se deitada ou sentada, na posição que se sentir mais confortável.

Atentar-se para que não haja barreiras físicas durante o contato. Celulares da equipe deverão estar no modo silencioso ou desligado neste momento. O pesquisador que fará a intervenção do aconselhamento, pesquisador principal (PI) deve estar sem relógio e sempre atento ao contato visual com a puérpera. Ambos os pesquisadores deverão estar sem relógio e sem adornos.

O PI deve tocá-la de forma apropriada, sempre pedindo licença, e narrar o que está sendo observado de forma compreensível. Antes de iniciar a pesquisa em si, o PI deve oferecer ajuda

prática à puérpera: verificar se a mesma se alimentou, se deseja ir ao banheiro, se precisa de ajuda com o RN, entre outros. Após identificar que a mesma está confortável, iniciar os procedimentos a seguir:

O pesquisador principal (PI) iniciará a coleta pelas questões referentes à amamentação do formulário. Neste momento inicia-se o aconselhamento.

Como a Sra. está amamentando?

Caso ela apresente dúvida ou preocupação: Me fale sobre isso...

Caso a puérpera verbalize preocupações, acene com a cabeça, mantenha o contato visual, não interrompa a fala, estimule o diálogo com “ãhan” ou “entendo”. Devolva com as palavras da participante o que ela diz (consultar respostas inesperadas). Mostre que você entende como ela se sente (consultar respostas empáticas).

Evite no diálogo palavras que soam como julgamento: bem, bom, mau, mal; normal, correto, apropriado, certo, errado; suficiente, adequado, inadequado, satisfeito, bastante, muito, pouco; problema, falha, falhar, conseguir, ter sucesso; chora muito, infeliz, feliz, quieto, inquieto.

Aceite o que a mãe pensa e diz;

Reconheça e elogie sempre que possível durante a interação;

Caso haja necessidade, ofereça informação relevante para a dúvida/momento (orientações pontuais e relevantes);

Use linguagem simples e evite termos técnicos durante o diálogo e identifique se a mesma entendeu o que você quis dizer;

Faça uma ou duas sugestões, caso seja necessário.

Utilize a mesma abordagem para as questões a seguir:

Como a senhora está se sentindo amamentando?

O que levou a senhora a se decidir por amamentar?

Durante a intervenção nenhum dos pesquisadores fará anotações. O AP observará se todas as habilidades de escutar e compreender e de desenvolver a confiança e dar apoio foram atendidas pelo PI e ao final, em outro momento preencherá o check list.

Durante a coleta ou intervenção, caso o bebê queira mamar, a mamada deverá ser observada. Caso não tenha mamado, ao final da coleta intervenção, o PI oferecerá ajuda para que a puérpera amamente seu RN, solicitando seu consentimento e licença. Caso apresente dificuldade o PI poderá intervir no manejo da mamada. Os itens da escala Latch (GRIFFIN *et al.*, 2022) serão observados, mas deverão ser preenchidos após os pesquisadores deixarem a enfermaria, assim

como o formulário de observação e avaliação para o Alojamento Conjunto - escala Fantinelli (Fantinelli, 2020).

Após a intervenção o PI ou pesquisador assistente (PA) deverão:

Registrar contato telefônico da participante e de um membro da sua rede de apoio, reforçando que serão realizados contatos posteriores.

Coletar variáveis sociodemográficas, clínicas e obstétricas e informações sobre o RN, conforme sequência do instrumento de coleta. Atentando-se que quando necessário, poderá extrair informações do prontuário.

O mesmo deverá registrar as respostas no formulário que estará disponível no Tablet. *Os dados deverão ser coletados em duplas (PI e PA) na semana inicial e checadas as habilidades de aconselhamento. Balizada a intervenção, o PI poderá realizar a coleta individualmente, desde que seguida a sequência de aplicar a intervenção, avaliar a mama e mamada e após coletar os dados do estudo.

Ao final da intervenção, ambos os pesquisadores, agradecem, se despedem e ressaltam que retornarão no período posterior (vespertino ou matutino) em períodos alternados até a alta hospitalar. Os mesmos retirarão as cadeiras da unidade, mantendo-a organizada.

Nos momentos de 1 a 3 (após primeiro contato no tempo 0) no grupo intervenção, serão realizadas apenas as questões referentes à amamentação e se necessária, a observação da mamada, utilizando a mesma abordagem descrita. As respostas serão registradas em planilha própria para as intervenções, assim como o horário de início e término e caso haja dor, a escala visual analógica de dor nestes momentos.

O videoscribe “Amamentar é melhor” será fornecido no número de contato da puérpera participante em qualquer um dos contatos hospitalares.

Ao final da coleta, ambos os pesquisadores, agradecem e se despedem. Reforçam os contatos telefônicos posteriormente com uma e duas semanas e com um, quatro e seis meses de vida do neonato.

Roteiro da intervenção e ações esperadas

Intervenção Ações esperadas*:

O PI questiona como está sendo a amamentação. A puérpera responde que não apresenta dificuldades, que estão em processo de adaptação. Observação da mamada através da aplicação da escala LATCH.

Pesquisadores observam:

1. Pega (L)
2. Deglutição audível (A)

3. Tipo de mamilo (T)
4. Conforto (mama/mamilo) (C)
5. Colo (posicionamento) (H)

Respostas:

1. RN agarra a mama
2. Língua abaixada
3. Lábios curvados para fora
4. Sucção rítmica
5. Deglutição espontânea e intermitente
6. Mamilo protruso após estímulo
7. Mamas macias
8. Mamas não dolorosas
9. Posicionamento sem ajuda da equipe
10. A mãe é capaz de posicionar e segurar o bebê

GRIFFIN, C. M. C; AMORIM, M. H. C; ALMEIDA, F.A; MARCACINE, K. O; GOLDMAN, R. E; COCA, K.P. LATCH como ferramenta sistemática utilizada para avaliação da técnica de amamentação na maternidade. *Acta Paulista de Enfermagem, Brasil*, v. 35, eAPE03181, 2022. DOI: 10.37689/acta-ape/2022/AO03181 Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ape/a/vK5rHLfYy7djr6JZmT6SGSC/>. Acesso em: 20 set. 2022.

Situações inesperadas:

Intercorrências com a puérpera durante a coleta/intervenção (hipotensão ortostática, indisposição). Cessar coleta/intervenção, estabilizar a puérpera e chamar profissional do setor para avaliação. Intercorrências com o RN (choro, engasgo ou outros). Cessar coleta/intervenção, estabilizar RN e chamar profissional do setor para avaliação se necessário. Dificuldades de comunicação (por baixo nível de escolaridade ou dificuldade na compreensão de termos), estabelecer vínculo com a puérpera, atentar-se para sinais de que a puérpera não está entendendo ou está de alguma forma incomodada, tentar deixá-la o mais à vontade possível, simplificar a forma de realizar a orientação conforme o entendimento (compreensão das palavras), verificar entendimento do acompanhante e solicitar ajuda do mesmo.

Desistência no meio da coleta/intervenção.

Estabelecer vínculo com a puérpera e caso mesmo após esclarecimentos ela não queira participar, não insistir.

A equipe de enfermagem ou médica precisa realizar algum procedimento com puérpera ou RN. Certificar-se com a equipe se a puérpera ou RN irá passar por algum procedimento no horário em que a coleta/intervenção for ocorrer.

A equipe de enfermagem ou médica ou médica avaliou a mamada recentemente, aguardar a próxima mamada. Visita de outros profissionais (assistente social, nutrição, fisioterapia), certificar-se com a equipe se a puérpera irá passar por alguma consulta multiprofissional no horário em que a coleta/intervenção for ocorrer, Certificar-se quanto ao horário de visitas e realizar coleta/intervenção antes ou após o horário de visitas. Em situações de emergências, cessar coleta/intervenção, comunicar a equipe, auxiliar apenas se solicitado e deixar enfermaria livre

Dificuldades no aleitamento:

A puérpera relata preocupação pois não tem colostro/leite ou diz que o bebê deve estar com fome porque não tem produção. O PI acena afirmativamente com a cabeça e diz:

Entendo que você está preocupada com o seu leite. Ofereça informação relevante: Quanto mais o bebê sugar, mais rápido será a descida do leite. Gostaria de ajuda para colocá-lo (a) para sugar?

Você sabia que a descida do leite pode ocorrer em 48 a 72 horas após o parto?

Mesmo em pequena quantidade, o colostro é mais grosso para atender as necessidades do bebê que tem o estômago pequeno do tamanho de uma cereja (neste momento pode ser utilizado material didático para ilustrar). A puérpera refere que está com o(s) peito(s)/mamilo(s) feridos ou machucado(s). Percebo que seu(s) peito (s)/ mamilo(s) estão feridos ou machucados. Ofereça informação relevante:

Gostaria de ajuda para colocá-lo (a) para sugar?

O seu próprio colostro/leite irá ajudar na recuperação, após a mamada você pode hidratar o ferimento com ele.

A puérpera relata que está com dor no mamilo(s). Percebo que esta dor está incomodando. Ofereça informação relevante:

A forma como o bebê mama pode causar a sensação de dor. Gostaria de ajuda para colocá-lo (a) para sugar?

A puérpera refere que acredita que seu leite não é suficiente para o seu bebê ou é fraco. Entendo, você acredita que tem pouco leite ou que seu leite é fraco. O que faz você pensar assim?

Ofereça informação relevante:

Quanto mais o bebê sugar, maior será a produção de leite e a produção atende todas as necessidades do seu bebê, que precisa de pequenas quantidades neste período.

Gostaria de ajuda para colocá-lo (a) para sugar?

A puérpera refere que está exausta ou cansada por que o bebê quer mamar várias vezes a noite.

Você parece realmente cansada com as mamadas noturnas. Ofereça informação relevante:

Você gostaria de tomar um banho para relaxar?

Caso a mesma esteja com acompanhante, sugira: você poderia dar suporte para que a mãe durma sempre que o bebê dormir ou dar conforto ao bebê enquanto ela descansa?

A puérpera refere que sente fortes dores na barriga/cólicas quando coloca o bebê para sugar.

Percebo que estas dores na barriga estão incomodando você. Ofereça informação relevante: Ao iniciar a mamada, você sentirá cólicas, mas com dois ou três dias não terá mais essa sensação.

Estas cólicas indicam que seu útero está diminuindo até chegar no tamanho normal.

A puérpera refere que o bebê mama toda hora. Você está preocupada porque o (a) bebê está mamando toda hora. Ofereça informação relevante:

Gostaria de me mostrar como ele está mamando?

Você sabia que bebê que tem o estomago pequeno do tamanho de uma cereja (neste momento pode ser utilizado material didático para ilustrar).

A puérpera refere que está preocupada pois o bebê perdeu peso. Entendo que você está preocupada com o peso do bebê. Ofereça informação relevante:

A perda de peso é comum nos primeiros 10 dias, pois o bebê nasce inchado. Mas, o mais importante é observar a urina e as fezes dele que poderão indicar como está sendo a amamentação. Ofereça informação relevante:

Gostaria de me mostrar como ele está mamando?

A puérpera refere preocupação por que acredita que seu leite (colostró) é ralo. O que fez você pensar que o seu leite é ralo? Ofereça informação relevante:

O colostro é o primeiro leite do bebê é rico em água e atende todas as necessidades que o bebê precisa. Também tem anticorpos que o protegerão de doenças. Gostaria de me mostrar como está sua produção?

A puérpera refere que limita o tempo de mamada e deixa o bebê por 10 minutos e/ou troca de mama durante a mamada. Entendo que você está preocupada com o tempo que o bebê está mamando ou que você acredita que deva trocar de mama durante a mamada. Ofereça informação relevante:

Que tal deixar o bebê esvaziar a mama e oferecer a outra na próxima mamada?

Você sabia que não há tempo padrão para mamada e que a sensação de esvaziamento do peito e saciedade do bebe devem ser utilizados como guia.

A díade apresenta dificuldade na postura. Parabéns por estar amamentando o seu bebê! Ofereça informação relevante:

Gostaria de ajuda para colocá-lo (a) para sugar?

Está se sentindo confortável? Que tal segurá-lo mais próximo de você? Gostaria de tentar novas posições para amamentar? O bebê está sonolento ou não está interessado em mamar. Ofereça informação relevante:

Gostaria de ajuda para colocá-lo (a) para sugar? Gostaria de me mostrar como você acorda seu bebê? Qual foi o horário que o bebê mamou pela última vez?

Puérpera apresenta-se nervosa, tensa ou sem interação com o bebê. Percebo que você está cansada/preocupada. Ofereça informação relevante:

Como eu poderia ajudá-la?

Caso mantenha-se a alteração, a mesma deverá ser excluída do estudo e a equipe acionada.

Bebê com boca pouco aberta e/ou com lábio inferior voltado para dentro e/ou com língua não visível e/ou com bochechas tensas e/ou faz sugadas rápidas e/ou faz ruídos altos e/ou abocanha pequena parte da aréola e/ou apenas o mamilo. Parabéns por estar amamentando! Ofereça informação relevante:

Gostaria de ajuda para colocá-lo (a) para sugar? É importante que o bebê abra bem a boca e abocanhe a maior parte marrom da sua mama. A puérpera retira o bebê antes que ele solte a mama. Parabéns por estar amamentando o seu bebê! Ofereça informação relevante:

Quando o bebê solta a mama sozinho é mais suave. Gostaria de tentar? Você sabia que se introduzir o seu dedo mínimo nas laterais da boquinha do bebê, ele solta mais suave? Gostaria de tentar?

Quando interromper registrar como perda. Caso seja alguma alteração importante, interrompa e comunique a equipe

APÊNDICE D – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO



TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Resolução nº 466/2012 – Conselho Nacional de Saúde

Você está sendo convidado para participar da pesquisa “Efetividade do aconselhamento individualizado na duração do aleitamento materno exclusivo: ensaio clínico multicêntrico, randômico, paralelo e aberto”, O objetivo dessa pesquisa é verificar a efetividade, ou seja, os resultados, do aconselhamento, que será individualizado (para cada pessoa) realizado por um enfermeiro que foi capacitado para esta habilidade, durante a internação no Alojamento Conjunto (enfermaria onde ficam juntos mãe e bebê após o parto). Esses resultados serão avaliados de acordo com a manutenção do aleitamento materno exclusivo até o sexto mês de vida da criança e serão comparados com o cuidado habitual (prestado pelos profissionais da própria instituição). Gostaríamos de contar com sua participação, porque o índice de desmame nas crianças brasileiras é muito alto; estudos anteriores mostram o quanto é importante este período de internação no Alojamento Conjunto para que se obtenha suporte e sucesso do aleitamento; esta abordagem de aconselhamento já foi testada anteriormente e é uma intervenção efetiva de Saúde Pública, ou seja, tem resultados positivos na manutenção do aleitamento materno exclusivo (apenas leite materno oferecido ao bebê). No entanto, apesar destes benefícios, até hoje não foi realizado nenhum estudo que testou essa abordagem durante a internação no Alojamento Conjunto, assim como não foi realizado nenhum estudo nacional e que envolvesse várias maternidades, como é o caso deste estudo. Ressaltamos que este estudo será realizado ao mesmo tempo nas unidades de Alojamento Conjunto do Hospital de Clínicas da UFTM, em Uberaba, na Maternidade Escola da Universidade Federal do Rio de Janeiro, no Rio de Janeiro e também no Hospital Inácia Pinto dos Santos, em Feira de Santana, Bahia. Estes são os motivos que justificam a realização e a importância deste estudo.

Caso você aceite participar dessa pesquisa será necessário, responder dados da entrevista realizada pelos pesquisadores e permitir a avaliação das mamas e mamadas pelos

pesquisadores, durante sua internação. A partir do número de telefone fornecido Durante o contato inicial, os pesquisadores se comunicarão com você na primeira e segunda semanas após o nascimento e no primeiro, quarto e sexto mês após a alta para saber como está o aleitamento do bebê, facilidades e dificuldades neste período.

O contato inicial será realizado na própria enfermaria do Alojamento Conjunto, sem necessidade de deslocamentos e não interferirá nos cuidados de rotina do hospital. As entrevistas serão conduzidas por membro da equipe da pesquisa devidamente capacitado, com tempo estimado de 30 minutos, sendo avaliada a amamentação duas vezes ao dia, até sua alta hospitalar.

Serão realizadas três tentativas de contato a partir do número fornecido, assim como tentativa de contato com um familiar seu. Caso não consigamos este contato, não conseguiremos ter o seguimento, necessário da pesquisa, e neste caso, o seguimento será perdido.

Importante destacar que haverá dois grupos de estudo. Isso significa que haverá um sorteio, independente, por um sistema externo à instituição. Então você terá chances iguais de participar de um grupo ou de outro. Em um grupo será realizada a intervenção, ou seja, a abordagem do aconselhamento, de forma individual por enfermeiro capacitado. Este será nosso grupo intervenção. Caso você seja sorteada para o grupo controle terá que responder a entrevista e poderá ser avaliada a mamada, mas os pesquisadores não farão nenhuma intervenção, desta forma, você receberá os cuidados de rotina da instituição. Durante as ligações, não haverá nenhuma intervenção, elas serão apenas para verificar as condições de saúde suas, do seu bebê e como está a amamentação. As ligações seguirão os mesmos protocolos para os dois grupos. Sua participação não é obrigatória, podendo a participante ficar à vontade para encerrar entrevista a qualquer momento. A qualquer momento você pode desistir de participar e retirar seu consentimento; sua recusa, desistência ou suspensão do seu consentimento não acarretará prejuízo em relação à assistência que está recebendo.

Os riscos previstos de sua participação nessa pesquisa são: perda de sigilo e privacidade e prejuízo nas rotinas hospitalares. Como medidas para minimizar estes riscos serão tomadas as seguintes providências: as entrevistas serão identificadas por códigos numéricos e antes de abordar as participantes, a equipe assistencial será questionada a respeito do melhor momento para realizar a pesquisa e será informada que a participante estará participando da pesquisa e o local onde a mesma se encontra, a fim de que a coleta não prejudique as atividades e cuidados já planejados. A responsável pela realização do estudo se compromete a zelar pela integridade e o bem-estar dos participantes da pesquisa e a entrevista poderá ser interrompida a qualquer momento frente a cansaço ou desconforto da participante.

Como benefício direto de sua participação na pesquisa: os dois grupos receberão material educativo em forma de videoscribe, sobre as principais dúvidas e intercorrências com o aleitamento após a alta, e durante os contatos telefônicos, serão orientadas a buscar apoio, quando detectada a necessidade. Assim, acredita-se que os dois grupos serão beneficiados, direta ou indiretamente, por meio da educação em saúde e contato com profissional qualificado após a alta.

Você não receberá qualquer valor em dinheiro nem terá nenhum gasto por participar nesse estudo, pois qualquer gasto que você tenha por causa dessa pesquisa lhe será ressarcido.

Em qualquer momento, você pode obter quaisquer informações sobre a sua participação nesta pesquisa, diretamente com os pesquisadores ou por contato com o Comitê de Ética em Pesquisa. Os dados coletados serão utilizados apenas nesta pesquisa. Suas respostas serão tratadas de forma anônima e confidencial, isto é, através de códigos e em nenhum momento será divulgado o seu nome em qualquer fase do estudo.

Os dados da pesquisa serão mantidos em arquivo físico e digital sob minha guarda e responsabilidade, por um período de 5(cinco) anos após o término da pesquisa como consta na resolução n° 466/2012.

Você receberá uma via deste termo onde constam os contatos do Comitê de Ética em Pesquisa e do pesquisador responsável, podendo eliminar suas dúvidas sobre a sua participação agora ou a qualquer momento. Caso concorde em participar desta pesquisa, assine ao final deste documento, que possui duas vias, sendo uma sua e a outra do pesquisador responsável.

Elisa da Conceição Rodrigues

Pesquisador responsável

E-mail: elisadaconceicao@gmail.com

Celular: (21) 98144-3257

Declaro estar ciente do inteiro teor deste Termo de Consentimento e estou de acordo em participar do estudo proposto, sabendo que poderei desistir a qualquer momento, sem sofrer qualquer punição ou constrangimento. Recebi uma via assinada deste formulário de consentimento, onde constam os contatos do pesquisador e do Comitê de Ética em Pesquisa.

Rio de Janeiro, ____ de _____ de 2023

Assinatura do(a) Participante: _____

Assinatura do(a) Pesquisadora: _____

O Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem Anna Nery/Instituto de Atenção à Saúde São Francisco de Assis/Universidade Federal do Rio de Janeiro (CEP-EEAN/HESFA/UFRJ) Rua Afonso Cavalcanti, 275 – Cidade Nova – Rio de Janeiro/RJ CEP: 20.211-110. Telefone: (+55 21) 3938-0962

E-mail: cepeeanhesfa@eean.ufrj.br, cepeeanhesfa@gmail.com

Universidade Federal do Rio de Janeiro- UFRJ-Maternidade escola

Rua das Laranjeiras, 180 - Laranjeiras - CEP: 22240-003 - Rio de Janeiro - RJ - Brasil

Tel.: (21) 2265-5194 – Tel/Fax: (21) 2205-9064 - E-mail: cep@me.ufrj.br

APÊNDICE E – RELATÓRIO DIÁRIO DO NÚMERO DE PRIMÍPARAS PARTICIPANTES OU NÃO DA PESQUISA



Projeto de Pesquisa Efetividade do aconselhamento individualizado na duração do aleitamento materno exclusivo: ensaio clínico multicêntrico, randômico, paralelo e aberto”



RELATÓRIO DIÁRIO DO NÚMERO DE PRIMÍPARAS PARTICIPANTES OU NÃO DA PESQUISA*

Data:												Turno da coleta:		
Nome da puérpera	Incluída ¹	Não incluída ²										Excluída ³		FCE ⁴
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	1	2	
SUBTOTAL														
TOTAL														

1.INCLUSÃO: Primípara com nascimento com idade gestacional de 37 a 42 semanas gestacionais, hemodinamicamente estável.
2.NÃO INCLUSÃO: 1. Resultado de HIV+. 2. Resultado de HTLV 1 e 2 positivo. 3. Puérpera em tratamento neoplásico com quimioterápico. 4. RN com malformação. 5. RN com anquiloglossia. 6. Binômio separado ao nascimento (CTI). 7. Reinternação materna e/ou neonatal. 8. Puérpera usuária de droga ilícita. 9. Puérpera com diagnóstico de dificuldade intelectual. 10. Puérpera com déficit sensorial.
3.EXCLUSÃO: 1. Anormalidade na mecânica do aleitamento detectada na alocação. 2. Alteração vínculo mãe-RN.
4.FORA DOS CRITÉRIOS DE ELEGIBILIDADE (FCE) – crianças que não atendiam aos critérios de inclusão, não inclusão ou exclusão.

*Adaptado de Santos (2021)

APÊNDICE F – ORDEM DE PARTICIPAÇÃO DAS PRIMÍPARAS INCLUÍDAS NA PESQUISA CONFORME GRUPO DE ALOCAÇÃO



Projeto de Pesquisa “Efetividade do aconselhamento individualizado na duração do aleitamento materno exclusivo: ensaio clínico multicêntrico, randômico, paralelo e aberto”

ORDEM DE PARTICIPAÇÃO DAS PRIMÍPARAS INCLUÍDAS NA PESQUISA CONFORME GRUPO DE ALOCAÇÃO

<i>Nome da puérpera</i>	<i>Grupo</i>	<i>Código</i>
1.		
2.		
3.		
4.		
5.		
6.		
7.		
8.		
9.		
10.		
11.		
12.		
13.		
14.		
15.		
16.		
17.		
18.		
19.		
20.		

ANEXOS

**ANEXO A - ESCALA ADAPTADA DO FORMULÁRIO DE OBSERVAÇÃO E
AVALIAÇÃO PARA O ALOJAMENTO CONJUNTO - ESCALA FANTINELLI**

ESTADO MENTAL/PERCEPÇÃO SENSORIAL/ OBSERVAÇÕES GERAIS
1- ORIENTADO NO TEMPO/ESPAÇO- MÃE PARECE SAUDÁVEL/ RELAXADA E CONFORTÁVEL.
2- PERÍODOS DE DESORIENTAÇÃO NO TEMPO/ESPAÇO- MÃE PARECE TENSA.
3- PERÍODOS DE INCONSCIÊNCIA- MÃE PARECE TENSA E DESCONFORTÁVEL.
4- INCONSCIENTE- MÃE PARECE DESCONFORTÁVEL.
SINAIS VITAIS
1- CONTROLE DE ROTINA.
2- CONTROLE DE 6/6H.
3- CONTROLE DE 4/4H.
4- CONTROLE DE INTERVALOS MENOR OU IGUAL A 2H.
MOTILIDADE/ MOBILIDADE/ATIVIDADE/DEAMBULAÇÃO
1- MOVIMENTA TODOS OS SEGUIMENTOS CORPORAIS/DEAMBULA.
2- LIMITAÇÃO DE MOVIMENTOS/ANDA OCASIONALMENTE COM AUXÍLIO.
3- MOVIMENTAÇÃO COM AUXÍLIO/LOCOMOÇÃO ATRAVÉS DE CADEIRA DE RODAS.
4- INCAPAZ DE SE MOVIMENTAR/ACAMADO/RESTRITO AO LEITO.
ALIMENTAÇÃO
1- AUTOSSUFICIENTE
2- POR BOCA, COM AUXÍLIO (SE ACOMPANHANTE IGUAL A 1).
3- ATRAVÉS DE SNG/SNE.
4- ATRAVÉS DE NPP/NPC.
CUIDADO CORPORAL/FRICÇÃO E CÍSLHAMENTO
1- AUTOSSUFICIENTE.
2- AUXÍLIO NO BANHO DE CHUVEIRO E NA HIGIENE ORAL (PUÉRPERA)/AUXÍLIO DE CUIDADOR NO BANHO DE IMERSÃO DO RECÉM-NASCIDO.
3- BANHO DE CHUVEIRO E HIGIENE ORAL REALIZADOS PELA ENFERMAGEM (PUÉRPERA)/REALIZAÇÃO DO BANHO DE IMERSÃO DO RECÉM-NASCIDO.
4- BANHO NO LEITO E HIGIENE REALIZADOS PELA ENFERMAGEM (PUÉRPERA)/REALIZAÇÃO DO BANHO DE IMERSÃO DO RECÉM-NASCIDO.

INTEGRIDADE DA PELE
1- PELE ÍNTEGRA.
2- ALTERAÇÃO DA COR DA PELE (EPIDERME, DERMIS OU AMBAS).
3- INCISÃO CIRÚRGICA (MÚSCULO E TECIDO SUBCUTÂNEO).
4- DESTRUIÇÃO DA DERMIS E EPIDERME, MÚSCULO COM COMPROMETIMENTO.
COMPORTAMENTO/SENTIMENTOS/PENSAMENTOS
1- CALMA E TRANQUILA PARA CUIDADO COM RECÉM-NASCIDO.
2- SINTOMAS DE ANSIEDADE/DIMINUIÇÃO DO INTERESSE COM RECÉM-NASCIDO/DEPRIMIDA.
3- COMPORTAMENTO DESTRUTIVO/VERBALIZA HOSTILIDADES/ISOLAMENTO.
4- IRRITABILIDADE EXCESSIVA/CONFUSÃO.
ELIMINAÇÕES
1- AUTOSSUFICIENTE.
2- USO DE VASO SANITÁRIO COM AUXÍLIO.
3- USO DE COMADRE OU ELIMINAÇÕES NO LEITO.
4- USO DE COMADRE OU ELIMINAÇÕES NO LEITO + SVD PARA CONTROLE DE DIURESE.
TERAPÊUTICA
1- MEDICAÇÕES IM OU VO.
2- MEDICAÇÕES EV INTERMITENTE.
3- MEDICAÇÕES EV CONTINUO + TERAPÊUTICA PARA SNG/SNE.
4- USO DE DROGAS VASOATIVAS PARA CONTROLE DA PRESSÃO ARTERIAL.
MAMAS
1- MAMAS PARECEM SAUDÁVEIS.
2- MAMILOS DOLORIDOS.
3- MAMAS AVERMELHADAS, INCHADAS E/OU DOLORIDAS.
4- MAMAS COM LESÕES, INGURGITAS OU TURGIDAS.
POSIÇÃO DO BEBÊ
1- CABEÇA E CORPO DO BEBÊ ESTÃO ALINHADOS/BEBÊ SEGURO PRÓXIMO AO CORPO DA MÃE/BEBÊ DE FRENTE PARA A MAMA, NARIZ PARA O MAMILO/BEBÊ APOIADO.
2- MÃE NÃO ESTÁ RELAXADA NA POSIÇÃO DE AMAMENTAÇÃO. RECÉM-NASCIDO SEGURO PRÓXIMO AO CORPO DA MÃE, PORÉM MÃE ENCURVADA, COM MUITA SENSIBILIDADE À PEGA.

3- MÃE COM DIFICULDADE DE POSICIONAR RECÉM-NASCIDO NO SEIO MATERNO MESMO COM AUXÍLIO DA ENFERMAGEM/RECÉM-NASCIDO COM MUITA DIFICULDADE PARA SUGAR SEIO MATERNO.

4- BEBÊ NÃO ENCONTRA-SE SEGURO PRÓXIMO AO CORPO DA MÃE/QUEIXO E LÁBIO INFERIOR OPOSTO AO MAMILO/PUÉRPERA NÃO ACEITA AUXÍLIO DA ENFERMAGEM/RECÉM-NASCIDO NÃO REALIZA PEGA POR ESTAR NA NEO.

PEGA

1- A BOCA DO BEBÊ ESTÁ BEM ABERTA/O LÁBIO INFERIOR ESTÁ VIRADO PARA FORA/O QUEIXO DO BEBÊ TOCA A MAMA.

2- A BOCA DO BEBÊ NÃO ESTÁ ABERTA/OS LÁBIOS ESTÃO VOLTADOS PARA A FRENTE OU VIRADOS PARA DENTRO/O QUEIXO DO BEBÊ NÃO TOCA A MAMA

3- BEBÊ NÃO SABE REALIZAR A PEGA POR SONOLÊNCIA, OU NÃO CONSEGUE REALIZAR A PEGA POR FALTA DE MOTRICIDADE

4- O BEBÊ NÃO REALIZA PEGA, MESMO COM AUXÍLIO DA ENFERMAGEM/RECÉM-NASCIDO NÃO REALIZA PEGA POR COMPLICAÇÕES (NEO).

SUCÇÃO

1- SUCÇÃO LENTAS E PROFUNDAS, COM PAUSAS/BEBÊ SOLTA MAMA QUANDO TERMINA/MAMAS PARECEM MAIS LEVES APÓS A MAMADA/MÃE PERCEBE SINAIS DO REFLEXO DA OCITOCINA.

2- MÃE TIRA BEBÊ DA MAMA, MOSTRANDO IMPACIÊNCIA.

3- SINAIS DO REFLEXO DA OCITOCINA NÃO SÃO PERCEBIDOS/MAMAS PARECEM BRILHANTES.

4- MAMAS INGURGITADAS OU TURGIDAS/BEBÊ NÃO CONSEGUE REALIZAR A PREGA DA MAMADA.

VALORES DE REFERÊNCIA PARA CLASSIFICAÇÕES DE PACIENTES: CM- 13 A 19, CI- 20 A 26, CSI- 27 A 33, I > 34

(FANTINELLI *et al.*, 2020).

ANEXO B - ESCALA LATCH

0	1	2	Escore
L Pega	Muito sonolento ou relutante Não consegue sustentar a pega ou sucção	Tentativas repetidas para sustentar a pega ou sucção Segura o mamilo na boca Estimular para sugar	Pega (agarra) a mama Língua abaixada Lábios curvados para fora Sucção rítmica
A Deglutição audível	Nenhuma	Um pouco, com estímulo	Espontânea e intermitente (<24 horas de vida) Espontânea e frequente (>24 horas de vida)
T Tipo de mamilo	Invertido	Semiprotruso (plano)	Protruso (após estimulação)
C Conforto (Mama/mamilo)	Ingurgitada Com fissura, sangrando, grandes vesículas ou equimoses. Desconforto severo	Cheia Avermelhado/pequenas vesículas ou equimoses. Desconforto suave/moderado	Macias Não dolorosas
H Posicionamento	Ajuda completa (Equipe segura o bebê à mama)	Ajuda mínima (por exemplo, elevar a cabeça na cabeceira da cama, colocar travesseiros para apoio) Ensinar a mãe em uma mama, depois ela faz no outro lado Equipe segura o bebê, depois a mãe assume	Sem ajuda da equipe Mãe capaz de posicionar e segurar o bebê

(GRIFFIN *et al.*, 2022)

ANEXO C - ESCALA DE EDIMBURGO

Escala de Edimburgo

1 - Eu tenho sido capaz de rir e achar graça das coisas Como eu sempre fiz

Não tanto quanto antes

Sem dúvida, menos que antes

De jeito nenhum

2- Eu tenho pensado no futuro com alegria

Sim, como de costume

Um pouco menos que de costume Muito menos que de costume

Praticamente não

3 - Eu tenho me culpado sem razão quando as coisas dão errado

Não, de jeito nenhum

Raramente

Sim, as vezes

Sim, muito frequentemente

4 - Eu tenho ficado ansiosa ou preocupada sem uma boa razão

Sim, muito seguido

Sim, as vezes

De vez em quando

Não, de jeito nenhum

5 - Eu tenho me sentido assustada ou em pânico sem um bom motivo

Sim, muito seguido

Sim, as vezes Raramente

Não, de jeito nenhum

6- Eu tenho me sentido sobrecarregada pelas tarefas e acontecimentos do meu dia-a-dia

Sim. Na maioria das vezes eu não consigo lidar bem com eles

Sim. Algumas vezes não consigo lidar bem como antes Não. Na maioria das vezes

consigo lidar bem com eles Não. Eu consigo lidar com eles tão bem quanto antes

7- Eu tenho me sentido tão infeliz que eu tenho tido dificuldade de dormir

Sim, na maioria das vezes

Sim, algumas vezes Raramente

Não, nenhuma vez

8- Eu tenho me sentido triste ou muito mal

Sim, na maioria das vezes

Sim, muitas vezes Raramente

Não, de jeito nenhum

9- Eu tenho me sentido tão triste que eu tenho chorado

- Sim, a maior parte do tempo
 Sim, muitas vezes
 Só de vez em quando Não, nunca
- 10- Eu tenho pensado em fazer alguma coisa
contra mim mesma

- Sim, muitas vezes
 As vezes
 Raramente Nunca

Marque a resposta que melhor reflete como
você tem se sentindo nos últimos sete dias

*Pontos de corte

(Santos, 2007)

ANEXO D – PARECER CONSUBSTANCIADO DO COMITÊ DE ÉTICA E PESQUISA



**HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DO
TRIÂNGULO MINEIRO -
HC/UFTM**



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Efetividade do aconselhamento individualizado na duração do aleitamento materno exclusivo: ensaio clínico multicêntrico, randômico, paralelo e aberto

Pesquisador: Mariana Torreglosa Ruiz

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 61321122.3.1001.8667

Instituição Proponente: Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Triângulo Mineiro

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 5.627.159

Apresentação do Projeto:

Os pesquisadores apresentaram o problema a ser investigado, as lacunas do conhecimento e a relevância social e científica. Segundo os pesquisadores "O aleitamento materno é consagrado como promotor e protetor do desenvolvimento infantil, com recomendação para ser praticado de forma exclusiva até o sexto mês de vida da criança e na forma mista até dois anos ou mais. No entanto, a prevalência na forma exclusiva até o sexto mês, no Brasil e no mundo, vêm mostrando índices inferiores a 50%. O aconselhamento ao aleitamento é intervenção de baixo custo, de abordagem horizontal, centrada na pessoa, que vai além do manejo clínico e orientações. Tendo em vista: altos índices de desmame nas crianças brasileiras; ser o período de internação no Alojamento Conjunto estratégico por permitir intervenção oportuna individualizada em aleitamento; ser o aconselhamento uma intervenção efetiva de Saúde Pública de impacto no aleitamento, incluindo a forma exclusiva, justifica-se o projeto. Será testada a hipótese: o aconselhamento individualizado realizado por enfermeiro capacitado é efetivo na manutenção do aleitamento materno exclusivo até o sexto mês de vida, comparado ao cuidado habitual. A plausibilidade justifica-se por estar o binômio por cerca de 48 horas em internação e ser oportuno para suporte informacional e técnico singularizado, a intervenção, uma tecnologia leve e de baixo custo. Caso comprovada, permitirá revisar documentos e políticas orientadoras do Alojamento Conjunto, assim como, a formação em aleitamento materno para enfermeiros, todos com provável

Endereço: R. Benjamin Constant, 16

Bairro: Nossa Srª da Abadia

CEP: 38.022-470

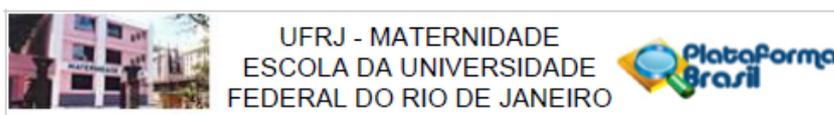
UF: MG

Município: UBERABA

Telefone: (34)3218-5319

E-mail: cep.hctm@ufes.br

ANEXO E – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA MATERNIDADE ESCOLA DA UFRJ DE PESQUISA



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Elaborado pela Instituição Coparticipante

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Efetividade do aconselhamento individualizado na duração do aleitamento materno exclusivo: ensaio clínico multicêntrico, randômico, paralelo e aberto

Pesquisador: Mariana Torreglosa Ruiz

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 61321122.3.3001.5275

Instituição Proponente: Maternidade Escola da Universidade Federal do Rio de Janeiro

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

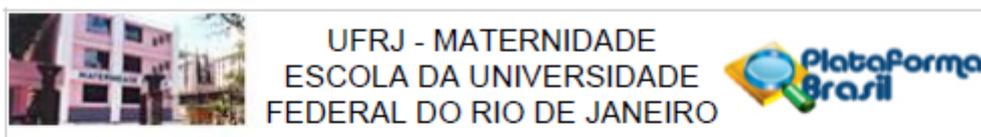
DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 5.656.072

Apresentação do Projeto:

Trata-se de um estudo multicêntrico a ser realizado com pacientes da Maternidade Escola da UFRJ, no Hospital Inácia Pinto dos Santos na Bahia e no Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Triângulo Mineiro (HC-UFTM); tendo como pesquisadora responsável a Profa. Dra. Mariana Torreglosa Ruiz da UFTM e como membros da equipe responsável no RJ a Profa. Dra. Elisa Rodrigues e Enfa Micheli Cavalcanti. O estudo prevê inicialmente a realização de estudo metodológico para o desenvolvimento de instrumentos em três etapas de modo sequencial. A primeira etapa versa sobre a construção de protocolo de aconselhamento em aleitamento materno a ser aplicado durante a internação do binômio no AC, a segunda sobre o pré-teste e a terceira sobre a validação do mesmo. Após, será realizado o Ensaio Clínico Randômico com puérperas, primíparas, com idade superior a 18 anos, que tiveram gestação de feto único, vivo, a termo, com peso superior a 2.500 gramas, independentemente do tipo de parto, que se encontrem hemodinamicamente estáveis, conscientes e orientadas e internadas no Alojamento Conjunto dos centros, no momento da alocação para o estudo. Prevê-se a realização do estudo-piloto com 80 participantes, sendo recrutadas, 20 participantes de cada centro, 10 alocadas para o grupo intervenção e 10, grupo controle para cada centro. Após a análise do estudo piloto, será realizada a coleta de dados do Ensaio Clínico Randômico, com início previsto para o mês de março de 2023, com duração de seis meses, tal como o estudo piloto. O protocolo de estudo será registrado no Registro Brasileiro de Ensaios Clínicos (ReBEC).

Endereço: Rua das Laranjeiras, 180		CEP: 22.240-003
Bairro: Laranjeiras		
UF: RJ	Município: RIO DE JANEIRO	
Telefone: (21)2556-9747	Fax: (21)2205-5194	E-mail: cep@me.ufrj.br



Continuação do Parecer: 5.656.072

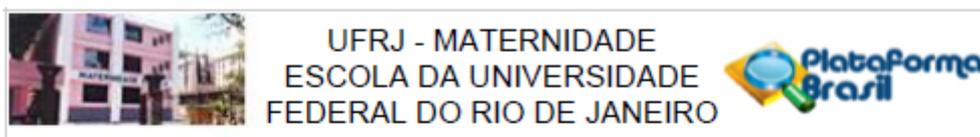
Objetivo da Pesquisa:

Objetivo geral: verificar a efetividade do aconselhamento individualizado realizado por enfermeiro capacitado, durante a internação no Alojamento Conjunto, na manutenção do aleitamento materno exclusivo até o sexto mês de vida, comparado ao cuidado habitual.

Objetivos específicos:

1. Verificar a efetividade do aconselhamento individualizado realizado por enfermeiro capacitado, durante a internação no Alojamento Conjunto, na manutenção do aleitamento materno exclusivo no sexto mês de vida, comparado ao cuidado habitual;
2. Elaborar um protocolo de aconselhamento em aleitamento a ser aplicado no AC (intervenção), a partir das evidências e referências sobre o tema;
3. Realizar validação de aparência e conteúdo do protocolo de intervenção junto à juízes;
4. Realizar estudo-piloto para testar os critérios de elegibilidade;
5. Realizar estudo-piloto para teste do protocolo de intervenção;
6. Realizar estudo-piloto para testar a viabilidade do estudo;
7. Identificar o percentual de aleitamento materno na primeira hora de vida nos dois grupos, nos três centros de estudo;
8. Identificar o percentual de aleitamento materno exclusivo no momento da alta hospitalar nos dois grupos, nos centros de estudo;
9. Estimar duração para realização do aconselhamento realizado no grupo intervenção;
10. Estimar escores de intenção ao amamentar nos dois grupos de estudo;
11. Comparar percentual de ocorrência trauma mamilar na primeira semana para os grupos intervenção e controle;
12. Comparar percentual de ocorrência trauma mamilar na segunda semana para os grupos intervenção e controle;
13. Avaliar intercorrências nas duas primeiras semanas e comparar resultados entre os grupos;
14. Comparar percentual de aleitamento exclusivo no primeiro mês nos dois grupos;
15. Avaliar escores de depressão pós-parto nos momentos distintos (1, 4 e 8 meses) e comparar a ocorrência entre os dois grupos;
16. Correlacionar o tipo de aleitamento materno segundo tipo de parto;
17. Comparar o índice de internações em crianças segundo tipo de aleitamento;
18. Comparar a ocorrências de doenças na infância segundo tipo de aleitamento;
19. Comparar percentual de aleitamento exclusivo no quarto mês nos dois grupos;
20. Identificar o percentual de desmame e comparar a ocorrência entre os grupos;

Endereço: Rua das Laranjeiras, 180
 Bairro: Laranjeiras CEP: 22.240-003
 UF: RJ Município: RIO DE JANEIRO
 Telefone: (21)2556-9747 Fax: (21)2205-5194 E-mail: cep@me.ufrj.br



Continuação do Parecer: 5.656.072

21. Avaliar a complexidade assistencial dos binômios participantes do estudo, a partir de escala validada;
22. Identificar a necessidade de dimensionamento de pessoal para a condução do aleitamento nos dois grupos; e,
23. Comparar os escores de desempenho da nutriz e do bebê durante a mamada durante a internação no Alojamento Conjunto, nos dois grupos de estudo.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Para os juízes que validarão o protocolo:

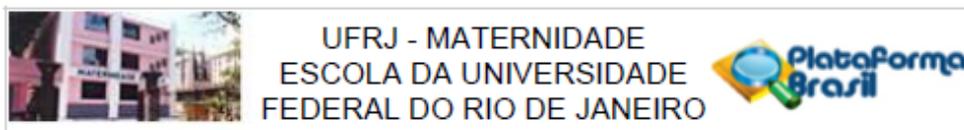
Para os juízes que participarão do estudo, não há risco de integridade física previsto neste estudo. O risco para os sujeitos da pesquisa estão relacionados à perda de sigilo dos dados. Para minimizar este risco, serão tomados os seguintes cuidados: o convite para participar da pesquisa será enviado por email e o (a) participante que consentir será direcionado para o link que dará acesso ao formulário.

Para garantir que atinja a finalidade do estudo, o pesquisador colocará no texto do consentimento a importância de que o participante salve uma cópia das suas respostas para guarda. O participante poderá desistir de sua participação a qualquer momento da pesquisa e não será obrigado a responder nenhuma questão, que não poderá ser sinalizada como item obrigatório. O participante também terá acesso ao teor do conteúdo dos instrumentos (tópicos que serão abordados) antes de responder as perguntas, para uma tomada de decisão informada e responderá apenas se consentir participação.

A fim de evitar a perda do sigilo dos dados, após o término da coleta, os dados serão salvos em planilhas do Microsoft Excel® e apagados do drive ou sistema de "nuvem" de armazenamento. Após o armazenamento dos dados, os sujeitos serão incluídos no estudo por código numérico (sujeito 1,2,3...). De qualquer forma, o pesquisador ressaltará no termo de consentimento, os objetivos, justificativa, métodos e também os riscos característicos do ambiente virtual, meios eletrônicos, ou atividades não presenciais, em função das limitações das tecnologias utilizadas para desenvolver o estudo. Assim, os participantes serão informados das limitações dos pesquisadores para assegurar total confidencialidade, assim como o potencial risco de sua violação. Mas acredita-se que, com os cuidados acima descritos, esses riscos serão minimizados.

Os dados serão publicados coletivamente, refletindo o resultado da amostra de estudo, minimizando o risco de identificação dos sujeitos.

Endereço: Rua das Laranjeiras, 180	CEP: 22.240-003
Bairro: Laranjeiras	Município: RIO DE JANEIRO
UF: RJ	E-mail: cep@me.ufrj.br
Telefone: (21)2556-9747	Fax: (21)2205-5194



Continuação do Parecer: 5.656.072

Para as participantes do Ensaio Clínico Randômico:

Não há risco para integridade física previstos, uma vez que todas as participantes do estudo, receberão cuidado institucional padrão.

Para evitar a possível perda de sigilo dos dados, os sujeitos de pesquisa serão incluídos no estudo por código numérico (sujeito 1,2,3...) e identificados apenas pelas iniciais. As puérperas serão esclarecidas sobre os objetivos do estudo e esclarecidas que podem interromper a participação a qualquer momento, sem nenhum tipo de prejuízo.

Antes de abordar as participantes, a equipe assistencial será questionada a respeito do melhor momento para realizar a pesquisa e será informada que a participante estará participando da pesquisa e o local onde a mesma se encontra, a fim de que a coleta não prejudique as atividades e cuidados já planejados.

Os dados serão publicados coletivamente, refletindo o resultado da amostra de estudo, minimizando o risco de identificação dos sujeitos .

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Pesquisa de grande relevância.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Todos os termos foram apresentados.

Recomendações:

A pesquisadora afirma que "Antes de abordar as participantes, a equipe assistencial será questionada a respeito do melhor momento para realizar a pesquisa e será informada que a participante estará participando da pesquisa e o local onde a mesma se encontra, a fim de que a coleta não prejudique as atividades e cuidados já planejados".

Recomenda-se ainda que a Coordenação do Comitê de Aleitamento Materno seja informada da realização da pesquisa e que seja realizada uma reunião prévia para apresentação do protocolo e das intervenções previstas no projeto, para certificação de que a pesquisa não interfira das rotinas assistenciais já implementadas na instituição que atualmente é um Hospital Amigo da Criança.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

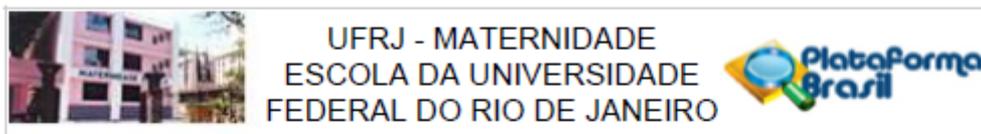
Projeto aprovado.

Considerações Finais a critério do CEP:

OBS: De acordo com a Resolução CNS 466/2012, inciso XI.2., e com a Resolução CNS 510/2016, artigo 28, incisos III, IV e V, cabe ao pesquisador:

- elaborar e apresentar os relatórios parciais e final;

Endereço: Rua das Laranjeiras, 180
 Bairro: Laranjeiras CEP: 22.240-003
 UF: RJ Município: RIO DE JANEIRO
 Telefone: (21)2556-9747 Fax: (21)2205-5194 E-mail: cep@me.ufrj.br



Continuação do Parecer: 5.656.072

- apresentar no relatório final que o projeto foi desenvolvido conforme delineado, justificando, quando ocorridas, a sua mudança ou interrupção
- apresentar dados solicitados pelo CEP ou pela CONEP a qualquer momento;
- manter os dados da pesquisa em arquivo, físico ou digital, sob sua guarda e responsabilidade, por um período de 5 anos após o término da pesquisa;
- encaminhar os resultados da pesquisa para publicação, com os devidos créditos aos pesquisadores associados e ao pessoal técnico integrante do projeto; e
- justificar fundamentadamente, perante o CEP ou a CONEP, interrupção do projeto ou a não publicação dos resultados.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Outros	Respostas_as_recomendacoes_do_CE P.pdf	02/09/2022 11:59:37	Mariana Torreglosa Ruiz	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_RIO_DE_JANEIRO_2_assinado. pdf	02/09/2022 11:57:58	Mariana Torreglosa Ruiz	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_UEFS_2.pdf	02/09/2022 11:57:37	Mariana Torreglosa Ruiz	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_HCUFTM_2.pdf	02/09/2022 11:56:52	Mariana Torreglosa Ruiz	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Aconselhamento_AM_versao2.docx	02/09/2022 11:54:14	Mariana Torreglosa Ruiz	Aceito
Outros	Termo_de_concessao.pdf	07/08/2022 12:54:06	Mariana Torreglosa Ruiz	Aceito
Outros	Anuencia_HIPS.pdf	07/08/2022 12:52:46	Mariana Torreglosa Ruiz	Aceito
Outros	Anuencia_maternidade_UFRJ.pdf	07/08/2022 12:52:25	Mariana Torreglosa Ruiz	Aceito
Outros	Coparticipante_Anna_Nery.pdf	07/08/2022 12:51:57	Mariana Torreglosa Ruiz	Aceito
Outros	Coparticipante_UEFS.pdf	07/08/2022 12:51:29	Mariana Torreglosa Ruiz	Aceito

Endereço: Rua das Laranjeiras, 180
 Bairro: Laranjeiras CEP: 22.240-003
 UF: RJ Município: RIO DE JANEIRO
 Telefone: (21)2556-9747 Fax: (21)2205-5194 E-mail: cep@me.ufrj.br



Continuação do Parecer: 5.656.072

Outros	Coparticipante_UFRJ.pdf	07/08/2022 12:51:08	Mariana Torreglosa Ruiz	Aceito
Outros	Autorizacao_setor_HC.pdf	07/08/2022 12:28:01	Mariana Torreglosa Ruiz	Aceito
Outros	Autorizacao_GEP.pdf	07/08/2022 12:11:29	Mariana Torreglosa Ruiz	Aceito
Outros	Check_list_projeto.pdf	07/08/2022 12:06:27	Mariana Torreglosa Ruiz	Aceito
Outros	Check_list_documental.pdf	07/08/2022 12:05:24	Mariana Torreglosa Ruiz	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

RIO DE JANEIRO, 21 de Setembro de 2022

Assinado por:
Ivo Basílio da Costa Júnior
(Coordenador(a))

Endereço: Rua das Laranjeiras, 180
 Bairro: Laranjeiras CEP: 22.240-003
 UF: RJ Município: RIO DE JANEIRO
 Telefone: (21)2556-9747 Fax: (21)2205-5194 E-mail: cep@me.ufrj.br