

Faculdade Pernambucana de Saúde – FPS

Trabalho de Conclusão de Curso – TCC

**USO DE FÓRMULA INFANTIL, BICOS ARTIFICIAIS E  
ALEITAMENTO MATERNO EXCLUSIVO: PERFIL DE  
NUTRIZES ADOLESCENTES ATENDIDAS EM UM  
BANCO DE LEITE HUMANO.**

**BRENDA CAROLINE DE LIMA SILVA  
LAYANE CARLA LACERDA DA CRUZ**

Recife – PE

2018

**BRENDA CAROLINE DE LIMA SILVA  
LAYANE CARLA LACERDA DA CRUZ**

Faculdade Pernambucana de Saúde – FPS

Trabalho de conclusão de curso – TCC

**INTERFERÊNCIA DE BICOS ARTIFICIAIS, USO DE  
FÓRMULA INFANTIL E ALEITAMENTO MATERNO  
EXCLUSIVO: PERFIL DE NUTRIZES ADOLESCENTES  
ATENDIDAS EM UM BANCO DE LEITE HUMANO.**

Projeto de iniciação científica/ trabalho de  
conclusão de curso, como requisito para  
conclusão da graduação em nutrição da  
Faculdade Pernambucana de Saúde.

**Orientadora:** Desirré Duda de Oliveira Sales

Recife – PE

2018

BRENDA CAROLINE DE LIMA SILVA  
LAYANE CARLA LACERDA DA CRUZ

**INTERFERÊNCIA DE BICOS ARTIFICIAIS, USO DE FÓRMULA INFANTIL  
E ALEITAMENTO MATERNO EXCLUSIVO: PERFIL DE NUTRIZES  
ADOLESCENTES ATENDIDAS EM UM BANCO DE LEITE HUMANO.**

Projeto de iniciação científica/ trabalho de  
conclusão de curso, como requisito para  
conclusão da graduação em nutrição da  
Faculdade Pernambucana de Saúde.

Aprovado em \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

BANCA EXAMINADORA:

---

Prof. Desirré Duda de Oliveira Sales (Orientador)

---

Prof. Camila Yandara

---

Prof. Conciana Maria

Recife  
2018

## **CURRÍCULO DOS PESQUISADORES RESUMIDO**

### **BRENDA CAROLINE DE LIMA SILVA**

Graduanda em Nutrição pela Faculdade Pernambucana de Saúde - FPS

Telefone: (081) 9725-4896

E-mail: [brendacaroline719@gmail.com](mailto:brendacaroline719@gmail.com)

Lattes: <http://lattes.cnpq.br/7593112160643141>

### **LAYANE CARLA LACERDA DA CRUZ**

Graduanda em Nutrição pela Faculdade Pernambucana de Saúde - FPS

Telefone: (081) 9972-0619

E-mail: [lacerda.layanec@gmail.com](mailto:lacerda.layanec@gmail.com)

Lattes: <http://lattes.cnpq.br/3646981019380604>

### **DESIRRÉ DUDA DE OLIVEIRA SALES**

Nutricionista- Banco de Leite Humano- CIAMA/IMIP

Especialista em Nutrição Clínica- IMIP

Mestra em Saúde da Criança e do Adolescente- PPGSCA/UFPE

Telefone: (081) 99707-0482

E-mail: [desirre.duda@gmail.com](mailto:desirre.duda@gmail.com)

Lattes: <http://lattes.cnpq.br/0969837738164810>

## **RESUMO**

Este trabalho teve como objetivo principal a avaliação do perfil de adolescentes atendidas em um Banco de Leite Humano, identificando a ocorrência do uso de bicos artificiais e fórmula infantil e a prática do aleitamento materno exclusivo. Foi realizado através de um estudo observacional utilizando fichas de atendimento referentes ao ano de 2016, disponíveis no banco de dados do serviço. Participaram do estudo mães adolescentes entre 13 e 18 anos, atendidas no Banco de Leite Humano e Centro de Incentivo ao Aleitamento Materno BLH/CIAMA do Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira (IMIP), Recife. Foi identificada uma frequência do aleitamento materno exclusivo em 91,8% e naqueles que não estavam em AME a fórmula infantil foi a principal alimentação introduzida precocemente (5,6%), com o uso prevalente de mamadeira como modo de oferecer (5,9%). Além da mamadeira, foi observado o uso de chupeta em 28,2% dos casos. A maior parte das nutrizes não referiu queixa (56,8%), e entre as que apresentavam algum tipo de queixa, 20,3% referiram a fissura mamilar. O AME foi influenciado pelo peso ao nascer ( $p=0,006$ ), pela idade do recém-nascido ( $p=0,0001$ ) e pela idade gestacional ( $p=0,003$ ). Assim, as nutrizes estudadas tiveram um elevado índice de aleitamento materno exclusivo e não ficou evidenciado um uso expressivo de bicos artificiais ou de fórmula infantil no grupo em questão, entretanto, essas informações podem orientar práticas futuras em prol de melhores indicadores.

**Palavras-chave:** Aleitamento Materno; Alimentação artificial; Chupetas; Mamadeira.

## **ABSTRACT**

The main objective of this study was to evaluate the profile of adolescents assisted at a Human Milk Bank, identifying the occurrence of artificial nipples and infant formula and the practice of exclusive breastfeeding. It was performed through an observational study using data sheets for the year 2016, available in the service database. Participated in the study, adolescent mothers between the ages of 13 and 18, attended at the Human Milk Bank and Breastfeeding Incentive Center BLH / CIAMA of the Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira (IMIP), Recife. The frequency of exclusive breastfeeding was identified in 91.8% and in those who were not in AME, the infant formula was the main feeding introduced early (5.6%), with the prevalent use of bottle feeding (5.9%). In addition to the bottle, the use of pacifier was observed in 28.2% of the cases. Most mothers did not report a complaint (56.8%), and among those with some type of complaint, 20.3% reported nipple fissure. AME was influenced by birth weight ( $p = 0.006$ ), age of the newborn ( $p = 0.0001$ ) and gestational age ( $p = 0.003$ ). Therefore, the mothers studied had a high rate of exclusive breastfeeding and there was no evidence of a significant use of artificial nipples or infant formula in the group in question, thus, this information may guide future practices in favor of better indicators.

**Key-words:** Maternal breast feeding; Bottle Feeding; Pacifiers; Bottle Feeding.

## SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	8
RESULTADOS .....	13
DISCUSSÃO .....	15
CONCLUSÃO.....	20
REFERÊNCIAS .....	22
APÊNDICE A .....	26
APÊNDICE B.....	27
ANEXO A .....	29
ANEXO B .....	33

## INTRODUÇÃO

Segundo a Organização Mundial de Saúde - OMS (1965), adolescência é definida como um período biopsicossocial que compreende a segunda década da vida, ou seja, dos 10 aos 20 anos. Esse parâmetro também é adotado pelo Ministério da Saúde do Brasil (Brasil, 2007a) e pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE (Brasil, 2007b). Em contrapartida, para o Estatuto da Criança e do Adolescente – ECA, o período vai dos 12 aos 18 anos (Brasil, 2007c). Em geral, a adolescência representa uma fase de mudança social, psicológica e biológica. Ocorrendo também, manifestações emocionais pela transição entre a fase de infância e vida adulta (EISENSTEIN, 2005).

A atividade sexual precoce nesta fase da vida fomenta um aumento nas taxas de gestantes adolescentes, sendo um entre os diversos fatores existentes, assim como a desinformação, baixo nível socioeconômico, desconhecimento ou dificuldades relacionadas aos métodos contraceptivos (SANTOS, 2009).

Conjuntamente com o número de adolescentes tem aumentado o quantitativo de gestantes adolescentes. No Brasil, aproximadamente 20-25% do total de mulheres gestantes são adolescentes, permanecendo um indicador elevado; mesmo tendo diminuído o nascimento das mães de 15 a 19 anos de idade, de 20,0% para 17,7%, entre 2003 e 2013 (CERQUEIRA-SANTOS et al., 2010; Estatísticas do Registro Civil, v.40, 2013 Brasil. SINASE, 2012).

A gravidez na adolescência é considerada um problema de saúde pública, por todas as consequências para o binômio mãe-filho, considerando a imaturidade biológica da mãe, há uma maior ocorrência de prematuros e recém-nascido de baixo peso, com



maiores riscos de adoecerem e sofrerem acidentes, que produz alta despesa médica hospitalar, além de maior probabilidade de morte materna (GUERRA et al.,2007).

Um dos desafios encontrados na maternidade é referente à alimentação, o que inclui a amamentação, sendo mais que um processo natural, é um desafio nos primeiros dias, principalmente para mães inexperientes e inseguras, por isso elas devem ser instruídas desde o início da gestação, acerca do aleitamento materno (SANTOS; 2012).

Muitas adolescentes apresentam dificuldades no processo de amamentação por fatores como: a baixa escolaridade, que leva a maior prevalência de crença e mitos, e desconfiança quanto ao valor nutricional do leite; a baixa renda familiar; a ausência de apoio familiar com instabilidade conjugal; a inexperiência com a amamentação; fatores psicossociais como sentimento de exclusão do grupo etário por se ver em um papel social diferente e dificuldade de auto aceitação da imagem corporal; que em conjunto resultam na baixa prevalência de aleitamento materno no grupo de mães adolescentes (BIZERRA et al., 2015; MARANHÃO et al., 2015).

Na maioria das vezes a sua primeira referência de aprendizado sobre a amamentação, é o meio familiar. Sendo a amamentação influenciada por condições socioculturais e dependentes do apoio do meio para seu exercício, podendo assim, esse meio social apoiar o aleitamento ou desestimula-lo, levando ao desmame precoce e introdução de alimentação complementar (BARREIRA, MACHADO; 2004).

Contudo não há um consenso na literatura que determine que mães adolescentes apresentem menores taxas de amamentação. Enquanto uns autores acham menor tempo de amamentação com diminuição da idade, outros afirmam que não há associação significativa entre a idade materna e a duração do aleitamento materno.

A OMS recomenda que o aleitamento materno exclusivo (AME) ocorra até os seis meses e prorrogado por dois anos de vida ou mais (BRASIL, 2009). Este alimento promove uma nutrição adequada, sendo considerado completo em nutrientes e componentes que atendem às necessidades específicas do recém-nascido, influenciando em sua habilidade de defesa às infecções, no desenvolvimento cognitivo, e ainda com implicações na saúde da mãe (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2009).

Quando se promove o aleitamento materno, o vínculo afetivo entre mãe-filho aumenta. Apesar dos benefícios e recomendações do aleitamento materno nos primeiros seis meses de vida da criança, ocorrem algumas situações que podem dificultar o AME (FALEIROS et al, 2006; ARAÚJO et al, 2008) e a duração pode ser reduzida nesse grupo, por questões do menor poder aquisitivo, sendo inferior ao das mães adultas; por serem mães solteiras ou questões relacionadas à estética; também ainda pela volta às atividades fora do lar - estudos ou trabalho- e falta de conhecimento. Nessa fase, as adolescentes se queixam por insegurança; falta de apoio dos familiares; imaturidade emocional, alcançando assim, menores índices de aleitamento durante esse período (SEPKA et al, 2007; MARANHÃO et al, 2015).

Entre as dificuldades comuns encontradas na prática da amamentação, destacam-se o ingurgitamento mamário, dor/trauma mamilar, abscesso mamário, mastite, candidíase, infecção mamilar, galactocele, bloqueio dos ductos lactíferos e hipogalactia; que por falta de auxílio no manejo desestimulam o AME (GIUGLIANI, 2004).

Em casos de impossibilidade de amamentação, as fórmulas infantis são usadas, por terem composição nutricional adaptada à velocidade de crescimento do lactente e por atender as necessidades fisiológicas do lactente no primeiro ano de vida. Entretanto, pode-se verificar também seu uso durante o aleitamento materno. Os fatores que levam ao uso de fórmulas como complementação da amamentação, são: o baixo peso, a pouca

produção de leite materno, presença de mamilo invertido, dentre outros. Porém, a suplementação precoce com fórmulas infantis aumenta a probabilidade de interromper a amamentação, podendo ainda, expor o lactente a episódios de diarreia, alergias, infecções respiratórias, dentre outros (PRANZL, 2013).

Outro fator que compromete o AME é o uso de bicos artificiais, como chupeta; mamadeiras e adaptador de silicone. Com a utilização desses métodos, pode haver uma menor duração do aleitamento materno, pois há uma confusão de bicos, pela diferença de sucção exigida na pega do peito, e na utilização dos bicos artificiais (SOARES et al, 2003) e representa ainda, maior risco de contaminação, pela limpeza inadequada. E o uso prolongado de bicos artificiais, interfere no desenvolvimento orofacial (BRASIL, 2007).

Diante desses impasses o banco de leite humano (BLH) tem fundamental importância no auxílio frente a essas dificuldades. O BLH é altamente especializado e funciona como centro de lactação, pois promove e apoia a amamentação. Prestando atendimento e fornecendo orientação as gestantes, puérperas e nutrizes, apoiando nas dificuldades ou dúvidas sobre a lactação (ALVES et al, 2013).

O trabalho teve como finalidade de responder à seguinte pergunta condutora “qual o perfil das adolescentes atendidas em um banco de leite humano de referência e a prática do aleitamento materno, assim como a ocorrência do uso de bicos artificiais e fórmula infantil deste grupo em questão?”.

## MÉTODOS

Trata-se de um estudo retrospectivo descritivo do tipo transversal realizado com mães adolescentes atendidas no Banco de Leite Humano e Centro de Incentivo ao Aleitamento Materno do Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira (BLH/CIAMA/IMIP). A população foi selecionada através das fichas de atendimento referentes ao ano de 2016 e participaram da pesquisa todas as adolescentes que preenchiam aos seguintes critérios de inclusão: faixa etária de 12 a 18 anos, gestação de um único conceito, a termo ou pré-termo e sem má-formação congênita. Foram excluídos casos de não preenchimento completo do questionário. A amostra foi composta por 340 puérperas.

Como instrumento utilizou-se os formulários correspondentes às consultas realizadas no BLH do IMP, disponíveis no banco de dados do mesmo. Foram obtidos os dados referentes à idade do bebê, idade da mãe, se em AME ou não, peso de nascimento, peso atual da criança, ocupação da mãe, número de consultas do pré-natal, pega correta ou incorreta do bebê ao peito, fluxo lácteo, uso de bicos como chupeta, mamadeira e fórmula infantil, bem como as principais queixas referidas.

A construção do banco de dados foi realizada na planilha EXCEL. O programa Statistical Package for the Social Science (SPSS) versão 13.0 foi utilizado para as análises estatísticas. Utilizou-se o teste de Kolmogorov-Smirnov para verificar a normalidade das variáveis contínuas. Inicialmente, foram utilizados os recursos da estatística descritiva: média, desvio padrão, mediana e intervalo interquartil. Para a comparação entre proporções utilizou-se o teste exato de Fisher. Para comparação entre as médias de idade do RN de acordo com presença de aleitamento materno utilizou-se teste de Mann Whitney. Diferenças com  $p < 0,05$  foram considerados estatisticamente significantes.

O presente projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do IMIP (nº CAAE: 81395317.70000.5201), de acordo com a Resolução no 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, garantindo assim completo anonimato e privacidade.

## RESULTADOS

Foram coletadas 340 formulários, as mães tinham entre 13 a 18 anos de idade, sendo a idade média de 16,6 anos, tendo sido encontrado um percentual maior de adolescentes com 18 anos (32,4%). Das adolescentes avaliadas, 52,1% ainda estudavam, 45% realizavam atividades do lar e 2,4% trabalhavam. Entre essas, foi visto que 98,8% tiveram acesso às consultas de pré-natal. Quanto ao número de consultas no pré-natal, encontrou-se um percentual de 15,6% de mulheres que realizaram seis consultas e 13,8% realizaram nove consultas (Tabela 1).

Acerca do tipo de alimentação em que se encontravam os lactentes (Tabela 2), observou-se uma frequência do aleitamento materno exclusivo (91,8%). E dentre os que não estavam em AME foi encontrado principalmente a fórmula infantil (5,6%) como alimentação introduzida, e o uso prevalente de mamadeira como modo de oferecer (5,9%). Além da mamadeira, foi observado o uso de chupeta, onde foi visto em apenas 28,2% dos casos este bico artificial era oferecido.

Em relação ao fluxo, após examinado pelo profissional que atendeu a adolescente, constatou-se que a maioria das lactantes apresentava um fluxo ótimo ou bom (53,2 e 43,8% respectivamente) e sobre a pega do bebê foi encontrado uma boa pega em 66,5% dos casos.

O AME foi influenciado pela idade do recém-nascido, pelo peso ao nascer e pela idade gestacional como se pode observar na Tabela 3. A média de idade do recém-nascido de acordo com presença e ausência de aleitamento materno exclusivo foi de  $8,0 \pm 6,0$  dias e  $12,0 \pm 22,0$  dias de vida respectivamente ( $p=0,0001$ ). Ao analisar outra variável como o peso ao nascer fica evidenciado que lactentes com peso ao nascer  $\geq$

2500g apresentam um maior percentual de AME quando comparadas com as de peso ao nascer < 2500g, ou seja, 94% e 82,1% respectivamente ( $p=0,006$ ).

E por fim ao estudar a relação do AME e idade gestacional, foi visto que 94,3% das crianças que nasceram com 37 semanas ou mais apresentaram maiores taxas de AME quando comparando aos lactentes prematuros ( $p=0,003$ ).

Quanto às queixas, evidenciou-se que maior parte das nutrizes não referiu nenhum tipo de dificuldade (56,8%), e entre as que apresentavam alguma queixa 20,3% referiu fissura mamilar e em relação às outras queixas não teve percentual expressivo (Tabela 4). Esse dado pode ser atribuído ao fato de que a maioria das mães estudadas tiveram o parto no hospital IMIP.

## DISCUSSÃO

Este estudo pôde observar uma alta prevalência de aleitamento materno exclusivo entre uma amostra de adolescentes coletadas no período de sua consulta ao banco de leite, sendo um dado positivo, considerando a importância do AME nos primeiros seis meses de vida. Todavia é importante reforçar que o período em que foi observado a consulta na maioria das vezes ocorreu nas primeiras semanas pós-parto, e é provável que isto explique a alta porcentagem de nutrizes em AME.

Enquanto neste estudo foi visto uma prevalência do AME, juntamente com um alto percentual de aderência ao pré-natal, em uma pesquisa recente sobre o perfil das nutrizes adolescentes na amamentação de Arruda et al (2018), foi constatado características de desmame precoce, em 44,44% das mães que amamentaram por menos de seis meses, e apenas 13% apresentaram AME, apesar de 86,11% das mães terem recebido orientações sobre o AM..

O profissional de saúde tem fundamental importância no esclarecimento de mitos e para apoiar a amamentação, já que ela está sujeita a influência externa como já citado, sendo então o pré-natal uma ferramenta que incentiva a nutriz por apresentar informações pertinentes sobre o aleitamento materno (SOUZA et al, 2016). No estudo de Rodrigues et al (2014) foi constatado que o número de consultas pré-natais não influenciou na eficácia da amamentação, diferentemente desse estudo, onde foi visto uma adequada cobertura de consultas pré-natal, que poderia ter relação com a prevalência do AME.

Quanto ao número de consultas no pré-natal, 15,6% das mulheres realizaram no mínimo seis consultas, estando de acordo com a recomendação do Ministério da Saúde que recomenda no mínimo seis consultas ou mais. Dado semelhante ao encontrado no

estudo de Santos et al (2017), onde 74,3% das mulheres iniciaram o pré-natal ainda no 1º trimestre e 63,1% realizaram seis ou mais consultas.

Observamos que 52,1% das adolescentes ainda estudavam e apenas 2,4% trabalhavam não tendo sido encontrada relação entre adolescentes que ainda estudavam e a prevalência da amamentação. Em contrapartida alguns estudos constataam uma interrupção na amamentação entre mães adolescentes que estudam, como encontrado por Souza et al (2016), que observou uma dificuldade dessas mães em conciliar o estudo com a amamentação. Em relação da pega, este mesmo autor trás que 66,5% dos bebês apresentavam pega correta, dado este que se assemelham aos achados desta pesquisa que foi de 66,8%.

A água, chás e fórmula infantil foram os líquidos introduzidos precocemente, com modo de oferecer através de mamadeira principalmente, copo, sonda e seringa. Em nosso estudo foi visto o uso de mamadeira em 5,9%, já o estudo de França et al (2008), identificou uma alta prevalência do uso de mamadeira no primeiro mês de vida, para oferecer chás e água, e a relação entre mães adolescentes e a introdução de mamadeira na primeira semana de vida.

No estudo atual, o uso de fórmulas infantis foi encontrado apenas em 5,6% dos casos, já em estudo de Gnoatto e Baratto (2018), cerca de 40% dos bebês, faziam o uso de fórmulas infantis, sendo este uso justificado pelas mães pela falta/diminuição na produção do leite materno uma vez que a criança mama muito, além da necessidade de trabalhar longe de casa. Outro fator associado ao uso de fórmula láctea foi o baixo peso as nascer, encontrado no estudo de Pranzl et al (2013), onde foi associado o uso de fórmula láctea ao baixo peso ao nascer.



Em relação ao uso de bicos artificiais foi encontrada uma baixa frequência tanto do uso de chupeta quanto de mamadeira. Porém, na pesquisa de Buccini et al (2014) sobre o uso de chupeta e mamadeira, foi encontrado que dentre 98,3% da amostra: 9,1% usavam chupeta, 24,8% usavam mamadeira, 33,5% usavam bicos artificiais e 32,6% não usavam nenhum bico artificial. O uso de mamadeira também foi visto por França et al (2008), que encontrou-o já no primeiro mês de vida, sendo utilizado principalmente para oferta de água e chás. Na pesquisa de Santos et al (2017) foi visto que 52,5% das crianças usavam chupeta e 82,8% mamadeira e este uso teve relação negativa com a prática do AME. Sendo o uso de chupetas e mamadeiras relacionado com a facilidade proporcionada, insegurança materna, ao choro do bebê e questões culturais (BUCCINI, 2014).

A idade materna e o aleitamento materno são relacionados em vários estudos, porém os achados não são unânimes sobre a idade materna ser um potencial fator para o desmame precoce. Os achados da presente pesquisa não associam a adolescência ao desmame precoce. Já França et al, (2007) identificou um desmame precoce entre as mães adolescentes, porém Bezerra et al (2012) constataram em seu estudo que a idade não foi um fator para o desmame. Sendo então um dado variável e dependente de outros fatores, como por exemplo, a frequência ao pré-natal.

Segundo Arruda et al (2018), as adolescentes estudadas relataram como dificuldades para amamentar, principalmente a fissura e dor nos mamilos e pouco leite. A fissura mamilar e outras dificuldades encontradas nesse estudo, também foram vistas, assim como: o ingurgitamento, mamilo plano ou invertido, mastite. Em ambos os estudos a fissura mamilar foi prevalente. Na revisão sistemática de Neves et al (2016) foram vistas como intercorrências mais prevalentes na amamentação: os nódulos de retenção láctea (43,4%), ingurgitamento mamário (28,3%), as fissuras (7,6%) e a

mastite (2,8%); os autores ainda relacionaram essas ocorrências à técnica incorreta ao amamentar, o baixo grau de escolaridade, primiparidade e ausência de experiências anteriores.

Mamilos planos ou invertidos foram encontrados em 4,8% da amostra nesse estudo. A anatomia da mama pode interferir na amamentação, por isso é importante identificar as mães que podem ter dificuldades para amamentar por tal causa. Os mamilos planos e invertidos dificultam a amamentação, já que o mamilo invertido retrai-se e o plano situa-se no mesmo nível da aréola, dificultando a pega e sucção, porém não impedem a amamentação, mas requer uma assistência à nutriz (BRASIL, 2015).

Nesta pesquisa 284 crianças nasceram com peso maior ou igual 2500g, dado semelhante à pesquisa de Rauber et al (2017), onde 93,9% apresentaram peso adequado. Em estudo de Goergen et al (2015) onde foram avaliadas 353 crianças, obteve-se uma média de aleitamento materno exclusivo de  $3,47 \pm 2,81$  meses e peso ao nascer de  $3,26 \pm 0,54$  Kg. Os resultados encontrados revelam que os bebês que nasceram com menos de 2.500 gramas tiveram um menor percentual (82,1%) de aleitamento materno quando comparados aos nascidos com mais que 2500g, podendo relacionar o peso adequado ao nascer ao aleitamento materno, assim como encontrado na literatura, que associa positivamente as crianças com peso ao nascer adequado e aleitamento materno exclusivo (BOCCOLINI et al; 2015).

As crianças que nasceram com 37 semanas ou mais, apresentaram maiores taxas de AME ( $p=0,003$ ) concordando com Santos et al (2017) que também observaram que a idade gestacional da criança exerce influência sobre a prevalência do AM.

Entre as limitações do estudo, tivemos: a impossibilidade de avaliar o ganho de peso das crianças, pois pela grande variação de idades não seria um resultado fidedigno; a impossibilidade de coletar dados sobre a diluição de outros leites quando esses eram oferecidos, pois não havia essa informação em todos os prontuários coletados; e como não houve acompanhamento das adolescentes e seus filhos não podemos observar se o AME seria continuado ao longo dos seis meses.

## CONCLUSÃO

A presente pesquisa constatou que as nutrizes adolescentes apresentam elevado índice de aleitamento materno exclusivo, evidenciando um novo conhecimento em relação a este público específico, o qual é rotulado como vulnerável diante da prática da amamentação. Não ficou evidenciado um uso expressivo de bicos artificiais ou de fórmula infantil, todavia, é importante a orientação contínua sobre os riscos do uso de chupetas, mamadeiras e substitutos do leite materno, para que essas mães consigam permanecer em AME até os seis meses e continuado por dois anos ou mais, uma vez que a amamentação é uma das mais eficazes estratégias promoção de saúde.

## **CONTRIBUIÇÕES INDIVIDUAIS**

### **Desirré Duda de Oliveira Sales**

Foi responsável pela supervisão de todas as etapas do estudo, participando da concepção e desenho, análise e interpretação dos dados, elaboração do artigo, revisão crítica de conteúdo intelectual e aprovação da versão final a ser publicada.

### **Brenda Caroline de Lima Silva**

Contribuiu na concepção e desenho do estudo, elaboração do artigo, revisão crítica de conteúdo intelectual e aprovação da versão final a ser publicada.

### **Layane Carla Lacerda da Cruz**

Contribuiu na concepção e desenho do estudo, elaboração do artigo, revisão crítica de conteúdo intelectual e aprovação da versão final a ser publicada.

## **CONFLITOS DE INTERESSE**

Não há conflitos de interesse por parte de nenhum dos autores.

## REFERÊNCIAS

1. ALVES, V. H. et al. Banco de leite humano na perspectiva da mulher doadora. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**, v. 14, n. 6, p. 1168–1176, 2013.
2. Araújo OD, et al. Aleitamento materno: fatores que levam ao desmame precoce. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Teresina, 2008.
3. ARRUDA, G. T.; et al. Perfil das nutrizes adolescentes e características relacionadas ao aleitamento materno em uma cidade do sul do Brasil. **Arq. Cienc. Saúde UNIPAR**, Umuarama, v. 22, n. 1, p. 23-26, jan./ abr. 2018.
4. BARREIRA, S. M. C.; MACHADO, M. D. F. A. S. A. Amamentação: Compreendendo a influencia do familiar. **Acta Scientiarum - Health Sciences**, v. 26, n. 1, p. 11–20, 2004.
5. BERQUÓ, E.; GARCIA, S.; LIMA, L. Reprodução na juventude: Perfis sociodemográficos, comportamentais e reprodutivos na PNDS 2006. **Revista de Saúde Pública** v. 46, n. 4, p. 685–693, 2012.
6. BIZERRA, R. D. L. et al. **Autoeficácia em amamentar entre mães adolescentes**. v. 17, n. 3, 2015.
7. BOCCOLINI, C. S. et al. Fatores associados ao aleitamento materno exclusivo nos primeiros seis meses de vida no Brasil : revisão sistemática. *Rev Saúde Pública* 2015.
8. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde da criança: Aleitamento Materno e Alimentação Complementar. Caderno de Atenção Básica, 23. Ed 2. Brasília, 2015.
9. BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde da criança: Nutrição Infantil: aleitamento materno e alimentação complementar**. [s.l: s.n.]. v. 23.
10. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Promovendo o Aleitamento Materno**. Álbum Seriado, 18p. 2007.
11. Brasil. Ministério da Saúde. Dez passos para uma alimentação saudável: guia alimentar para crianças menores de dois anos: um guia para o profissional da saúde na atenção básica. Brasília: Ministério da Saúde; 2013.
12. Brasil (2007). População jovem no Brasil. Rio de Janeiro: IBGE.

13. Brasil. Presidência da República. Secretaria de Direitos Humanos (SDH). **Levantamento Anual dos/as Adolescentes em Conflito com a Lei – 2012.**
14. Brasil (2007c). Lei nº. 8069, de 13 de julho de 1990. Retirado em 15/04/2017, de [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/Leis/L8069.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8069.htm).
15. Brasil (2007a). Saúde de adolescentes e jovens. Caderneta. Retirado em 15/04/2017, de <http://portal.saude.gov.br/saude/>
16. Brasília: Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República, 2013.
17. BUCCINI GS et al. Determinantes do uso de chupeta e mamadeira. **Rev Saúde Pública**, v. 48, n. 4, p. 571–582, 2014.
18. CAMINHA, N. D. O. et al. O perfil das puérperas adolescentes atendidas em uma maternidade de referência de Fortaleza-Ceará. **Escola Anna Nery**, v. 16, p. 486–492, 2012.
19. CERQUEIRA-SANTOS, E. et al. Gravidez na adolescência: Análise contextual de risco e proteção. **Psicologia em Estudo**, v. 15, n. 1, p. 72–85, 2010.
20. CREMONESE, L. et al. **O processo da amamentação na adolescência: vivências lembradas por mulheres.** v. 10, n. 9, 2016.
21. EISENSTEIN, E. Adolescência: definições, conceitos e critérios. **Adolescência E Saúde**, v. 2, n. 2, p. 6–7, 2005.
22. FALEIROS, F. T. V.; TREZZA, E. M. C.; CARANDINA, L. Aleitamento materno: Fatores de influência na sua decisão e duração. **Revista de Nutrição**, v. 19, n. 5, p. 623–630, 2006.
23. FEIN, S. B. Aleitamento materno exclusivo para crianças menores de 6 meses. **Jornal de Pediatria**, v. 85, n. 3, p. 181–182, 2009.
24. GIUGLIANI, E. R. J. Problemas comuns na lactação e seu manejo. **Jornal de Pediatria**, v. 80, n. 5 (Sulp), p. 147–154, 2004.
25. GOERGEN I. B. et al. Relação entre o peso ao nascer e o tempo de aleitamento materno com o estado. **Rev Bras Promoç Saúde**, v. 28, n. 3, p. 344–350, 2014.
26. GUERRA, A. F. F. DA S.; HEYDE, M. E. D. VON DER; MULINARI, R. A. Impacto do estado nutricional no peso ao nascer de recém-nascidos de gestantes adolescentes. **Rev Bras Ginecol Obstet**, v. 29, n. 3, p. 126–133, 2007.

27. GNOATTO T.M.; BARATTO I. Prevalência e determinantes do aleitamento materno exclusivo e uso de fórmulas infantis em crianças de 0 a 6 meses no município de Itapejara d'Oeste-PR. **Revista Brasileira de Obesidade, Nutrição e Emagrecimento**, São Paulo. v.12. n.69. p.27-37. Jan/Fev. 2018. ISSN 1981-9919.
28. IBGE. **Estatísticas do Registro Civil**. Rio de Janeiro, v. 41, p.1- 82, 2014.
29. LAMOUNIER, J. A. O efeito de bicos e chupetas no aleitamento materno. **Jornal de Pediatria**, v. 79, p. 284–286, 2003.
30. MARANHÃO, T. A. et al. Fatores associados ao aleitamento materno exclusivo entre mães adolescentes. **Cadernos Saúde Coletiva**, v. 23, n. 2, p. 132–139, 2015.
31. MOURA, E. R. B. B.; et al. Investigação dos fatores sociais que interferem na duração do aleitamento materno exclusivo. **Revista Intertox-EcoAdvisor de Toxicologia Risco Ambiental e Sociedade**, v. 8, n. 2, p. 94-116, jun. 2015.
32. NEVES B. R. et al. Intercorrências mamárias relacionadas com à amamentação: uma revisão sistemática. **Revista das Ciências da Saúde do Oeste Baiano** v. 1, n. 2, p. 58–73, 2016.
33. Organização Mundial da Saúde (1965). Problemas de la salud de la adolescencia. Informe de un comité de expertos de la O.M.S (Informe técnico nº 308). Ginebra
34. ORSO LF, et al. **Ser mãe na adolescência: significado dessa vivência na gestação e parto**. v. 10, p. 4870–4879, 2016.
35. PRANZL, M. A.; OLIVEIRA, N. R. F. O uso de fórmulas lácteas e o perfil nutricional de crianças atendidas por um programa municipal de combate às carências nutricionais. v. 14, n. 2, p. 255–264, 2013.
36. RAUBER, L. N. et al. Fatores associados ao aleitamento materno exclusivo em crianças menores de seis meses em Guarapuava-PR. *Demetra: Alimentação, Nutrição & Saúde*, v. 12, n. 1, p. 233–248, 2017.
37. RODRIGUES, A. P. et al. Fatores do pré-natal e do puerpério que interferem na autoeficácia em amamentação. *Escola Anna Nery Revista De Enfermagem*. v. 18, n. 2, p. 257–261, 2014.



38. VERONA, A. P. D. A.; DIAS JÚNIOR, C. S. Religião e fecundidade entre adolescentes no Brasil. **Revista Panamericana de Salud Pública**, v. 31, n. 1, p. 25–31, 2012.
39. VIELLAS, E. F. et al. Assistência pré-natal no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 30, p. 85–100, 2014.
40. SANTOS, C. M. L. **Duração de aleitamento materno exclusivo em mães adolescentes atendidas em uma unidade de referência de Belo Horizonte-MG**. Belo Horizonte:UFMG, 2009.
41. SANTOS E.M.; et al. Avaliação do aleitamento materno em crianças até 2 anos assistidas na atenção básica do Recife-PE. **Cien Saude Colet [periódico na internet]** (2017/Set). [Citado em 19/08/2018]. Está disponível em: <http://www.cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos/avaliacao-do-aleitamento-materno-em-criancas-ate-2-anos-assistidas-na-atencao-basica-do-recifepe/16351?id=16351&id=16351>
42. SANTOS, E. H. **O desafio da amamentação para puérperas adolescentes**. p. 1–20, 2012.
43. SEPKA, G. C. **Promoção do aleitamento materno com mães adolescentes : acompanhando e avaliando essa prática**. v. 12, n. 3, p. 313–322, 2007
44. SILVA, J. L. P. E; SURITA, F. G. C. Gravidez na adolescência: situação atual. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, v. 34, n. 8, p. 347–350, 2012.
45. SOUZA, S. A. et al. **Aleitamento materno: fatores que influenciam o desmame precoce entre mães adolescentes**. v. 10, n. 10, p. 3806–3813, 2016.

## APÊNDICE A

## Formulário de coleta de dados

Nome da mãe: _____	Nº: _____
Idade da mãe: _____	Id: <input type="text"/> <input type="text"/>
Ocupação: 1. Trabalha ( ) 2. Estuda ( ) 3. Nenhum ( )	Ocp: <input type="checkbox"/>
Pré-natal: 1. Sim ( )      N° de consultas: _____ 2. Não ( )	Pré-N: <input type="checkbox"/> N° de C: <input type="text"/> <input type="text"/>
Alimentação: 1. AME ( ) 2. Outros ( ) 2.2 Tipo de alimento: 1. Água ( ) 2. Chá ( ) 3. Fórmula infantil (Pré-Nan, Nestogeno, Nan, Aptamil)  2.3 Modo de oferecer: 1. Mamadeira /Chuquinha ( ) 2. Copo ( ) 3. Sonda ( ) 4. Seringa ( )	Al: <input type="checkbox"/>  TA: <input type="checkbox"/>  MO: <input type="checkbox"/>
Uso de chupeta: 1. Sim ( ) 2. Não ( )	Ch: <input type="checkbox"/>
Queixa principal: _____	Qx: _____
Fluxo do leite: 1. Ótimo ( ) 2. Bom ( ) 3. Regular ( ) 4. Insuficiente ( )	Fl: <input type="checkbox"/>
Pega do bebê ao peito: 1. Correta ( ) 2. Incorreta ( )	Pg: <input type="checkbox"/>
Idade do recém-nascido (dias): _____	Id do RN: <input type="text"/> <input type="text"/>
Idade gestacional (semanas): _____	Id G: <input type="text"/> <input type="text"/>
Peso do nascimento (gramas): _____	PN: _____
Peso atual (gramas): _____	PA: _____

**APÊNDICE B****Tabela 1.** Características sociodemográficas e de assistência ao pré-natal de nutrizes adolescentes atendidas em um Banco de Leite Humano, no estado de Pernambuco, no ano de 2016.

Características	n	%
<b>Idade (anos)</b>		
13	3	0,9
14	23	6,8
15	45	13,2
16	74	21,8
17	85	25,0
18	110	32,4
<b>Ocupação</b>		
Trabalha	8	2,4
Estuda	177	52,1
Nenhum	155	45,6
<b>Pré-natal</b>		
Sim	336	98,8
Não	4	1,2

**Tabela 2.** Frequência de AME e de bicos artificiais em bebês de nutrizes adolescentes atendidas em um Banco de Leite Humano, no estado de Pernambuco, no ano de 2016.

Variáveis	n	%
<b>Alimentação</b>		
AME*	312	91,8
Outros	28	8,2
<b>Líquidos/Fórmula</b>		
Água	4	1,2
Chá	4	1,2
Fórmula	19	5,6
<b>Modo de Oferecer</b>		
Mamadeira	20	5,9
Copo	3	0,9
Sonda	3	0,9
Seringa	1	0,3
<b>Uso de Chupeta</b>		
Sim	98	28,8
Não	242	71,2

AME\*: Aleitamento materno exclusivo.

**Tabela 3.** Presença de AME e características dos recém-nascidos de nutrizes adolescentes atendidas em um Banco de Leite Humano, no estado de Pernambuco, no ano de 2016.

		Aleitamento materno		p
		Sim	Não	
<b>Idade do RN (dias)</b>		8,0±6,0	12,0±22,0	0,0001*
		Aleitamento materno		p
		Sim n(%)	Não n(%)	
<b>Peso nascer</b>	< 2500g	46 (82,1%)	10 (17,9%)	0,006**
	≥ 2500g	267 (94,0%)	17 (6,0%)	
<b>Idade gestacional</b>	< 37 sem	50 (82,0%)	11 (18,0%)	0,003**
	≥ 37 sem	263 (94,3%)	16 (5,7%)	

\*Teste de Mann Whitney

\*\*Teste de exato de Fisher.


AME: Aleitamento materno exclusivo.

**Tabela 4.** Distribuição das principais queixas referidas por nutrizes adolescentes atendidas em um Banco de Leite Humano, no estado de Pernambuco, no ano de 2016.

Queixas	n	%
Nenhuma	193	56,8
Dificuldade em amamentar	19	5,6
Fissura mamilar	69	20,3
Ingurgitamento mamário	7	2,1
Abscesso mamário	2	0,6
Mastite	3	0,9
Candidíase	7	2,1
Anatomia do mamilo	16	4,8
Insuficiência na lactação	12	3,5
Outros	12	3,5

## ANEXO A

## Ficha de atendimento do BLH/CIAMA/IMIP

 <b>INSTITUTO DE MEDICINA INTEGRAL PROF. FERNANDO FIGUEIRA</b> <b>PRONTO ATENDIMENTO – BANCO DE LEITE HUMANO</b>	
NOME: _____ REGISTRO Nº: _____ Nº DO PRONTUÁRIO: _____ RG DA DOADORA: _____ IDADE: _____ SEXO: <b>F</b> _____ PROFISSÃO: _____	
ENDEREÇO: _____ Nº _____ BAIRRO: _____ CIDADE: _____ UF: _____ FONE: _____ ASS: _____ DATA: ____/____/____ HORA: _____	
EGRESSO: SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> QUEIXA PRINCIPAL: _____ _____ PRÉ-NATAL: SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> LOCAL: _____ N.º DE CONSULTAS: _____ PALESTRAS DE AMAMENTAÇÃO: Nº _____ USO DE CHUPETA _____ ALIMENTAÇÃO <input type="checkbox"/> AME <input type="checkbox"/> OUTROS QUAL: _____ POR QUÊ? _____ MODO DE OFERECER: _____ QUANTIDADE: _____	USO EXCLUSIVO DA INFORMÁTICA _____ _____
<b>EXAME FÍSICO:</b> MAMAS: <input type="checkbox"/> CHEIAS <input type="checkbox"/> FLÁCIDAS <input type="checkbox"/> TÚRGIDAS MAMILOS: <input type="checkbox"/> ÍNTEGROS _____ <input type="checkbox"/> FISSURADOS _____ <input type="checkbox"/> RÓSEAS OU DESCAMANDO OU DESCORADO <input type="checkbox"/> PROTUSO _____ <input type="checkbox"/> PLANO _____ <input type="checkbox"/> INVERTIDO/PSEUDO-INVERTIDO _____ <input type="checkbox"/> CURTO _____ FLUXO: <input type="checkbox"/> ÓTIMO <input type="checkbox"/> BOM <input type="checkbox"/> REGULAR <input type="checkbox"/> INSUFICIENTE PEGA DO BEBÊ AO PEITO: <input type="checkbox"/> CORRETA <input type="checkbox"/> INCORRETA POSIÇÃO DO BEBÊ AO PEITO: <input type="checkbox"/> CORRETA <input type="checkbox"/> INCORRETA  MÃE COM RN <input type="checkbox"/> MÃE SEM RN <input type="checkbox"/> NOME DO BEBÊ: _____ SEXO: F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> DATA DO NASCIMENTO: _____ IDADE DO BEBÊ: _____ PESO ANTERIORES _____ DATA _____ PESO DO NASCIMENTO: _____ / / _____ IDADE GESTACIONAL: _____ / / _____ PESO ATUAL: _____ / / _____	_____ _____ _____
<b>HIPÓTESES DIAGNÓSTICAS:</b> HD 1. _____ HD 2. _____	CID: _____ CID: _____
<b>CONDUTA TERAPÊUTICA:</b> <input type="checkbox"/> ORIENTAÇÃO DOAÇÃO <input type="checkbox"/> ORIENTAÇÃO ESTOQUE 1. _____ 2. _____ 3. _____ 4. _____ 5. _____	_____ _____ _____ _____
<b>DESTINO:</b> PUERICULTURA: <input type="checkbox"/> UTI NEO: <input type="checkbox"/> CANGURU: <input type="checkbox"/> EMERGÊNCIA PEDIÁTRICA: <input type="checkbox"/> TRIAGEM OBSTÉTRICA: <input type="checkbox"/> RESIDÊNCIA: <input type="checkbox"/> POSTO DE SAÚDE: <input type="checkbox"/> OUTROS <input type="checkbox"/>  OBS: REGISTRAR CONSULTAS SUBSEQÜENTES NO VERSO DESTA IMPRESSO	_____
ASS. MÉDICO/ENFERMEIRO/NUTRICIONISTA _____	ASS. E CARIMBO DO SUPERVISOR _____
COD.: 110.0236-9      CONTROLE DE INFECÇÃO – AGUA, SABÃO E BOM SENSO – SCIH - IMIP	



## FORMULÁRIO DE OBSERVAÇÃO DE MAMADAS

POSIÇÃO CORPORAL	
Mãe relaxada e confortável	Mãe com ombros tensos e inclinada sobre o bebê
Corpo do bebê próximo ao da mãe	Corpo do bebê distante do da mãe
Corpo e cabeça do bebê alinhados	O bebê precisa virar o pescoço
(Nádegas do bebê apoiadas)	O queixo do bebê não toca o peito
	Somente os ombros e cabeça estão apoiados.
RESPOSTAS	
O bebê procura o peito quando sente fome	Nenhuma resposta ac peito
(O bebê busca o peito)	(Nenhuma busca observada)
O bebê explora o peito com a língua	O bebê não está interessado no peito
Bebê calmo e alerta ao peito	Bebê inquieto e agitado
O bebê mantém a pega na aréola	O bebê não mantém a pega na aréola
Sinais de ejeção do leite: vazamento, cólicas uterinas	Nenhum sinal ejeção de leite
ESTABELECIMENTO DE LAÇOS AFETIVOS	
A mãe segura bebê no colo com firmeza	A mãe segura o bebê nervosamente, tremendo ou fracamente
Atenção face - a -face da mãe	Nenhum contato ocular entre a mãe e o bebê
Grande quantidade de toques da mãe no bebê	Mãe e bebê quase não se tocam
ANATOMIA	
Mamas macias e cheias	Mamas ingurgitadas e duras
Mamilos protráteis, projetando-se para fora	Mamilos planos e invertidos
Tecido mamário com aparência saudável	Tecido mamário com fissuras ou vermelhidão
Mamas com aparência arredondada	Mamas esticadas ou em pêndulo
SUCÇÃO	
Boca bem aberta	Boca quase fechada , fazendo um bico para frente
Lábio inferior projeta- se para fora	Lábio inferior virado para dentro
A língua do bebê assume a forma de um cálice ao redor do bico do peito	Não se vê a língua do bebê
Bochechas de aparência arredondada	Bochechas tensas ou encovadas
Sucção lenta e profunda , com períodos de atividade e pausa	Sucção rápidas com estalido
É possível ver e ouvir a deglutição	Pode-se ouvir estalidos dos lábios,mas não a deglutição
TEMPO GASTO COM A DEGLUTIÇÃO	
O bebê solta o peito naturalmente	A mãe tira o bebê do peito
O bebê suga o peito durante _____ minutos	

Contato pele a pele em sala de parto: ( ) Sim ( ) Não Porque? \_\_\_\_\_

Mamou na primeira hora após o parto: ( ) Sim ( ) Não Por quê? \_\_\_\_\_

O bebê dorme com a mãe? ( ) Sim ( ) Não

Nº de mamadas: Durante o dia \_\_\_\_\_ Durante a noite \_\_\_\_\_

Produção de urina do bebê: \_\_\_\_\_ Produção de fezes do bebê: \_\_\_\_\_

Condição geral de saúde do bebê: \_\_\_\_\_

Condição geral de saúde da mãe: \_\_\_\_\_

Condição emocional da mãe: \_\_\_\_\_

Apetite e dieta da mãe: \_\_\_\_\_

## Panfleto de orientação de serviço

### **CENTRO DE INCENTIVO AO ALEITAMENTO MATERNO (CIAMA) INSTITUTO DE MEDICINA INTEGRAL PROF<sup>o</sup> FERNANDO FIGUEIRA**

#### **INFORMAÇÕES PARA ORDENHA E ESTOQUE BLH/CIAMA/IMIP, deseja parabenizá-lo pela amamentação. A senhora e seu filho tem este direito.**

Em relação a ordenha/estoque e conservação do leite humano ordenhado (LHO), é importante seguir alguns passos fundamentais:

1. Usar vidros de café solúvel com tampa plástica (retirar papelão da tampa);
2. Esterilizá-los;
  - Colocar vidros e tampas em panela;
  - Encher a panela com água corrente até cobrir os vidros e tampas;
  - Levar ao fogo e deixar ferver no mínimo por 15 minutos; (esterilização válida por 24 horas)
3. Antes de ordenhar: retirar adornos (anéis, pulseiras, relógio); lavar as mãos e antebraços (até o cotovelo) com água e sabão; e as mamas com água proteger nariz e boca com pano limpo e prender os cabelos com lenço ou touca para banho. Massagear as mamas e desprezar os primeiros 5 jatos de leite.
4. Encher o vidro com LHO até no máximo 2cm abaixo da tampa plástica;
5. Usar um vidro esterilizado para cada ordenha. Podendo, entretanto, acrescentar o LHO ao vidro contendo leite já congelado, durante 48 horas. Constará no vidro a data da primeira coleta do leite ordenhado.
6. Identificar todos os vidros, escrevendo sobre a tampa com esparadrapo ou etiqueta: data, nome, nº do seu registro no BLH, e se este leite é DOAÇÃO ou para ESTOQUE. (em cima da tampa).

NOME:	DATA: / /
Nº DO REG.:	DOAÇÃO/ ESTOQUE

7. Conservação do leite:
  - Até 12 horas leite cru em geladeira (não utilizar as portas da geladeira)
  - Até 24 horas leite pasteurizado degelado em geladeira ( não utilizar as portas da geladeira).
  - Até 15 dias em freezer ou congelador.
  - Leite pasteurizado até 6 meses em freezer ou congelador;
8. Transportar leite congelado em caixa isotérmica com gelox (03 volumes de gelox para cada volume de leite).
9. Não usar gelo no transporte do leite congelado.

**Para consumir o leite humano cru ou pasteurizado:**

1. Descongelar (ferver a água; desligar o fogo; colocar o vidro de leite em banho-maria; descongelar o leite; deixar "pedra" de leite congelado de +/- 3cm; retirar o frasco do banho-maria);
2. Homogeneizar (balançando o vidro vagarosamente até que o leite esteja uniforme e a "pedra" de leite tenha descongelado por completo fora do banho-maria);
3. Retirar a quantidade necessária para consumo; aquecer esta porção em banho-maria;
4. Guardar restante (não poderá ter tido contato com a boca da criança) em geladeira por no máximo 24 horas (leite pasteurizado) e 12 horas (leite cru) - não usar a porta da geladeira;
5. Não congelar novamente;
6. Oferecer o leite de copo ou colher.

O leite entregue para pasteurização (estoque) só poderá ficar no BLH/CIAMA /IMIP no máximo por 15 dias. A partir de então, ficará à disposição do BLH/CIAMA /IMIP para "salvar vidas" nos berçários de alto risco e UTI Neonatais do IMIP e outras Unidades Hospitalares.



**Em caso de dúvidas:** ligar para o Banco de Leite Humano (BLH)/ Centro de Incentivo ao Aleitamento Materno (CIAMA) do IMIP.

**Fones:** (081) 2122.4719 / 2122.4103

**Horário de atendimento:**

De segunda a sexta-feira

manhã - 7:00 às 11:00

tarde - 13:00 às 16:00



**ANEXO B**

INSTRUÇÕES AOS AUTORES A Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil (RBSMI) é uma publicação trimestral (março, junho, setembro e dezembro) cuja missão é a divulgação de artigos científicos englobando o campo da saúde materno-infantil. As contribuições devem abordar os diferentes aspectos da saúde materna, saúde da mulher e saúde da criança, contemplando seus múltiplos determinantes epidemiológicos, clínicos e cirúrgicos. Os trabalhos são publicados em português e em inglês. No caso de aceitação do trabalho para publicação, solicitamos que os manuscritos escritos em português sejam remetidos também em inglês. A avaliação e seleção dos manuscritos baseia-se no princípio da avaliação pelos pares. Para a submissão, avaliação e publicação dos artigos não há cobrança de taxas. Direitos autorais A Revista adota a licença CC-BY do Sistema Creative Commons sendo possível cópia e reprodução em qualquer formato, bem como remixar, transformar e criar a partir do material para qualquer fim, mesmo que comercial, sem necessidade de autorização, desde que citada a fonte. Os manuscritos submetidos deverão ser acompanhados da Declaração de Transferência dos Direitos Autorais, assinada pelos autores (modelo). Os conceitos emitidos nos artigos são de responsabilidade exclusiva dos autores.

Aspectos Éticos

1. Ética A Declaração de Helsinki de 1975, revisada em 2000 deve ser respeitada. Serão exigidos, para os artigos brasileiros, a Declaração de Aprovação do Comitê de Ética conforme as diretrizes da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP) e, para os artigos do exterior, a Declaração de Aprovação do Comitê de Ética do local onde a pesquisa tiver sido realizada. A fim de conduzir a publicação conforme os padrões éticos da comunicação científica, a Revista adota o sistema Ithenticate para identificação de plágio.

2. Conflitos de interesse Ao submeter o manuscrito os autores devem informar sobre a existência de conflitos de interesse que potencialmente possam influenciar o trabalho.

Critérios para aprovação e publicação de artigo Além da observação das condições éticas da pesquisa, a seleção de um manuscrito levará em consideração a sua originalidade, prioridade e oportunidade. O rationale deve ser exposto com clareza exigindo-se conhecimento da literatura relevante e adequada definição do problema estudado. O manuscrito deve ser escrito de modo compreensível mesmo ao leitor não especialista na área coberta pelo escopo da Revista. A primeira etapa de avaliação é realizada pelos Editores Associados. Dois revisores externos, indicados por estes, serão consultados para avaliação do mérito científico no manuscrito. No caso de discordância entre eles, será solicitada a opinião de um terceiro revisor. A partir de seus pareceres e do julgamento dos Editores Associados e Editor Executivo, o manuscrito receberá uma das seguintes classificações: 1) aceito; 2) recomendado, mas com

alterações; 3) não recomendado para publicação. Na classificação 2 os pareceres serão enviados aos(s) autor(es), que terão oportunidade de revisão e reenvio à Revista acompanhados de carta-resposta discriminando os itens que tenham sido sugeridos pelos revisores e a modificação realizada; na condição 3, o manuscrito será devolvido ao(s) autor(es); no caso de aceite, o artigo será publicado de acordo com o fluxo dos manuscritos e o cronograma editorial da Revista. Após aceite o trabalho, caso existam pequenas inadequações, ambiguidades ou falta de clareza, pontuais do texto, os Editores Associados e Executivo se reservam o direito de corrigi-los para uniformidade do estilo da Revista. Revisores de idioma corrigirão erros eventuais de linguagem. Antes da publicação do artigo a prova do manuscrito será submetida ao(s) autor(es) para conferência e aprovação definitiva. Seções da Revista Editorial escrito por um ou mais Editores ou a convite do Editor Chefe ou do Editor Executivo. Revisão avaliação descritiva e analítica de um tema, tendo como suporte a literatura relevante, devendo levar em conta as relações, a interpretação e a crítica dos estudos analisados bem como sugestões para novos estudos relativos ao assunto. Pode ser do tipo: narrativa ou sistemática, podendo esta última, incluir meta-análise. As revisões narrativas só serão aceitas a convite dos Editores. As revisões devem se limitar 2 Rev. Bras. Saúde Matern. Infant., Recife, 18 : 1-11 Jan. / dez., 2018 a 6.000 palavras e até 60 referências. Artigos Originais divulgam resultados de pesquisas inéditas e devem procurar oferecer qualidade metodológica suficiente para permitir a sua reprodução. Para os artigos originais recomenda-se seguir a estrutura convencional, conforme as seguintes seções: Introdução: onde se apresenta a relevância do tema, as hipóteses iniciais, a questão da pesquisa e sua justificativa quanto ao objetivo, que deve ser claro e breve; Métodos: descrevem a população estudada, os critérios de seleção inclusão e exclusão da amostra, definem as variáveis utilizadas e informam a maneira que permite a reprodutibilidade do estudo, em relação a procedimentos técnicos e instrumentos utilizados. Os trabalhos quantitativos devem informar a análise estatística utilizada. Resultados: devem ser apresentados de forma concisa, clara e objetiva, em sequência lógica e apoiados nas ilustrações como: tabelas e figuras (gráficos, desenhos, fotografias); Discussão: interpreta os resultados obtidos verificando a sua compatibilidade com os citados na literatura, ressaltando aspectos novos e importantes e vinculando as conclusões aos objetivos do estudo. Aceitam-se outros formatos de artigos originais, quando pertinente, de acordo com a natureza do trabalho. Os manuscritos deverão ter no máximo 5.000 palavras, e as tabelas e figuras devem ser no máximo cinco no total; recomenda-se citar até 30 referências bibliográficas. No caso de ensaio clínico controlado e randomizado os autores devem indicar o número de registro do mesmo conforme o

CONSORT. Notas de Pesquisa relatos concisos sobre resultados preliminares de pesquisa, com 1.500 palavras, no máximo duas tabelas e figuras no total, com até 10 referências. Relato de Caso/Série de Casos casos raros e inusitados. A estrutura deve seguir: Introdução, Descrição e Discussão. O limite de palavras é 2.000 e até 10 referências. Podem incluir até duas figuras. Informes Técnico-Institucionais referem-se a informações relevantes de centros de pesquisa de suas atividades científicas e organizacionais. Deverão ter estrutura similar a uma Revisão. Por outro lado podem ser feitas, a critério do autor, citações no texto e suas respectivas referências ao final. O limite de palavras é de 5.000 e até 30 referências. Ponto de Vista opinião qualificada sobre saúde materno-infantil (a convite dos editores). Resenhas crítica de livro publicado e impresso nos últimos dois anos ou em redes de comunicação on line (máximo 1.500 palavras). Cartas crítica a trabalhos publicados recentemente na Revista, com o máximo de 600 palavras. Artigos Especiais textos cuja temática seja considerada de relevância pelos Editores e que não se enquadrem nas categorias acima mencionadas. O limite de palavras é de 7.000 e até 30 referências. Notas 1. Em todos os tipos de arquivo a contagem do número de palavras exclui resumos, tabelas, figuras e referências; 2. Por ocasião da submissão os autores devem informar o número de palavras do manuscrito. Apresentação dos manuscritos Os manuscritos deverão ser escritos em português ou inglês, digitados no programa Microsoft Word for Windows, em fonte Times New Roman, tamanho 12, espaço duplo. Estrutura do manuscrito Identificação título do trabalho: em português e em inglês, nome e endereço completo dos autores e respectivas instituições; indicação do autor responsável pela troca de correspondência; fontes de auxílio: citar o nome da agência financiadora, o tipo de auxílio recebido, e conflito de interesse. Resumos deverão ter no máximo 210 palavras e serem escritos em português e em inglês. Para os Artigos Originais, Notas de Pesquisa e Artigos de Revisão Sistemática os resumos devem ser estruturados em: Objetivos, Métodos, Resultados, Conclusões. No Relato de Caso/Série de Casos devem ser estruturados em: Introdução, Descrição, Discussão. Nos artigos de Revisão Sistemática os resumos deverão ser estruturados em: Objetivos, Métodos (fonte de dados, período, descritores, seleção dos estudos), Resultados, Conclusões. Para o Informe Técnico-Institucionais e Artigos Especiais o resumo não é estruturado. Palavras-chave para identificar o conteúdo dos trabalhos os resumos deverão ser acompanhados de três a seis palavras-chave em português e em inglês, utilizando-se os Descritores em Ciências da Saúde (DECS) da Metodologia LILACS, e o seu correspondente em inglês o Medical Subject Headings (MESH) do MEDLINE, adequando os termos designados pelos autores a estes vocabulários. Instruções aos autores Ilustrações as tabelas e figuras somente em branco e

preto ou em escalas de cinza (gráficos, desenhos, mapas, fotografias) deverão ser inseridas após a seção de Referências. Os gráficos deverão ser bidimensionais. Agradecimentos à colaboração de pessoas, ao auxílio técnico e ao apoio econômico e material, especificando a natureza do apoio. Referências devem ser organizadas na ordem em que são citadas no texto e numeradas consecutivamente; não devem ultrapassar o número estipulado em cada seção conforme a presente Instruções aos Autores. A Revista adota as normas do International Committee of Medical Journals Editors - ICMJE (Grupo de Vancouver), com algumas alterações; siga o formato dos exemplos: Artigo de revista Bergmann GG, Bergmann MLA, Hallal PC. Independent and combined associations of cardiorespiratory fitness and fatness with cardiovascular risk factors in Brazilian youth. *J Phys Act Health*. 2014; 11 (2): 375-83. Livro Sherlock S, Dooley J. Diseases of the liver and biliary system. 9 ed. Oxford: Blackwell Scientific Publications; 1993. Editor, Organizador, Compilador Norman IJ, Redfern SJ, editors. Mental health care for elderly people. New York: Churchill Livingstone; 1996. Capítulo de livro Timmermans PBM. Centrally acting hipotensive drugs. In: Van Zwieten PA, editor. Pharmacology of anti hypertensive drugs. Amsterdam: Elsevier; 1984. p. 102-53. Congresso considerado no todo Proceedings of the 7th World Congress on Medical Informatics; 1992 Sep 6-10; Geneva, Switzerland. Amsterdam: North Holland; 1992. Trabalho apresentado em eventos Bengtson S, Solheim BG. Enforcement of data protection, privacy and security in medical informatics. In: Lun KC, Degoulet P, Piemme TE, Rienhoff O, editors. MEDINFO 92. Proceedings of the 7th World Congress on Medical Informatics; 1992 Sep 6-10; Geneva, Switzerland. Amsterdam: North Holland; 1992. p. 1561-5. Dissertação e Tese Pedrosa JIS. Ação dos autores institucionais na organização da saúde pública no Piauí: espaço e movimento [dissertação]. Campinas: Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas; 1997. Diniz AS. Aspectos clínicos, subclínicos e epidemiológicos da hipovitaminose A no Estado da Paraíba [tese]. Recife: Departamento de Nutrição, Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco; 1997. Documento em formato eletrônico – Artigo de revista Neuman NA. Multimistura de farelos não combate a anemia. *J Pastoral Criança* [periódico on line]. 2005 [acesso em 26 jun 2006]. 104: 14p. Disponível em: [www.pastoraldacrianca.org.br/105/pag14/pdf](http://www.pastoraldacrianca.org.br/105/pag14/pdf) Submissão dos manuscritos A submissão on line é feita, exclusivamente, através do Sistema de gerenciamento de artigos: <http://mc04.manuscriptcentral.com/rbsmi-scielo> Deve-se verificar o cumprimento das normas de publicação da RBSMI conforme itens de apresentação e estrutura dos artigos segundo às seções da Revista. Por ocasião da submissão do manuscrito os autores devem encaminhar a aprovação do Comitê de Ética da Instituição, a Declaração de Transferência

dos Direitos Autorais, assinada por todos os autores. Os autores devem também informar que o manuscrito não está sendo submetido a outro periódico. Disponibilidade da RBSMI A revista é open and free access, não havendo portanto, necessidade de assinatura para sua leitura e download, bem como para copia e disseminação com propósitos educacionais. Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira - IMIP Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil - Secretaria Executiva Rua dos Coelho, 300 Boa Vista Recife, PE, Brasil CEP: 50.070-550 Tel / Fax: +55 +81 2122.4141 E-mail: revista@imip.org.br Site: www.imip.org.br/rbsmi Rev. Bras. Saúde Matern. Infant., Recife, 18 : 1-11 Jan. / dez., 2018.