







ARTIGO DE REVISÃO

Revisão dos indicadores para os Resultados de Enfermagem relacionados ao estabelecimento da amamentação

Review of indicators of the Nursing Outcomes related to breastfeeding establishment

Suellen Cristina Dias Emidio¹ , Flávia Dias Barbosa¹ , Jennifer Deberg² ,
Sue Moorhead² , Ana Railka de Souza Oliveira Kumakura¹ , Elenice Valentim Carmona¹ 

RESUMO

O objetivo foi identificar na literatura os indicadores dos Resultados de Enfermagem relacionados ao “Estabelecimento da amamentação”. Revisão Integrativa da literatura, que abrangeu estudos das bases de dados LILACS, PUBMED, CINAHL, SCOPUS, Web of Science, BDENF e EMBASE, em Português, Inglês e Espanhol, publicados de 2013 a 2017. Identificados 43 estudos, que contemplaram 17 dos 18 indicadores do “Estabelecimento da amamentação: mãe” e 12 dos 13 indicadores do “Estabelecimento da amamentação: lactente”. Quatro indicadores poderiam ser incluídos, segundo a análise dos dados. A maioria dos indicadores propostos pela Classificação dos Resultados de Enfermagem apresentou suporte na literatura, embora alguns demandem ajustes para descrição mais objetiva dos aspectos avaliados. Indicadores podem orientar a avaliação da amamentação de forma contínua, bem como da efetividade das intervenções, além de tornarem o registro padronizado e poderem auxiliar o processo educativo de estudantes e enfermeiros.

Descritores: Aleitamento Materno; Avaliação de Resultados; Processo de Enfermagem; Enfermagem.

ABSTRACT

The objective of this study was to identify indicators of Nursing Outcomes related to “Breastfeeding Establishment” in the literature. This was an integrative literature review that included studies from LILACS, PUBMED, CINAHL, SCOPUS, Web of Science, BDENF and EMBASE databases, written in Portuguese, English and Spanish, and published from 2013 to 2017. The 43 studies that were identified address 17 of the 18 “Breastfeeding Establishment: Maternal” indicators, and 12 of the 13 “Breastfeeding Establishment: Infant” indicators. Four indicators could be included, according to the data analysis. Most of the indicators proposed by the Nursing Outcomes Classification presented support in the literature, although some of them need to be adjusted for more objective description of the aspects evaluated. Indicators can continuously guide breastfeeding assessment; they can also guide the assessment on intervention effectiveness and support the learning process of students and nurses.

Descriptors: Breast Feeding; Outcome Assessment; Nursing Process; Nursing.

¹Universidade Estadual de Campinas – Campinas (SP), Brasil. E-mails: suellen.emidio@outlook.com, flaviabdias@gmail.com, anarailka@gmail.com, elenicevalentim@uol.com.br

²Universidade de Iowa – Iowa City, Estados Unidos. E-mails: jennifer-deberg@uiowa.edu, sue-moorhead@uiowa.edu

Como citar este artigo: Emidio SCD, Barbosa FD, Deberg J, Moorhead S, Kumakura ARSO, Carmona EV. Revisão dos indicadores para os Resultados de Enfermagem relacionados ao estabelecimento da amamentação. Rev. Eletr. Enferm. [Internet]. 2020 [acesso em: _____];22:56792. Disponível em: <https://doi.org/10.5216/ree.v22.56792>.

Agradecimentos e Financiamentos: Agradecemos a Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) pela bolsa de doutorado que proporcionou a realização deste artigo. Este trabalho é resultado da primeira etapa da tese de doutorado intitulada “Validação Clínica dos indicadores dos Resultados de Enfermagem da *Nursing Outcomes Classification* relacionados ao estabelecimento da amamentação”, do Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP).

Recebido em: 21/01/2019. Aceito em: 29/11/2019. Publicado em: 20/08/2020.

INTRODUÇÃO

O aleitamento materno traz inúmeros benefícios aos bebês e suas mães. O leite materno auxilia no desenvolvimento neurocognitivo da criança, protege contra processos infecciosos e alergias, previne doenças crônicas não transmissíveis, bem como favorece o vínculo entre mãe e filho. As mulheres que amamentam exclusivamente apresentam menor sangramento uterino no pós-parto, menor risco de obesidade e de outras doenças como câncer de mama, câncer de ovário e osteoporose⁽¹⁻³⁾.

Apesar dos inúmeros benefícios, a prevalência do Aleitamento Materno Exclusivo (AME) em crianças de zero a seis meses ainda não ocorre conforme a orientação da Organização Mundial de Saúde (OMS)⁽⁴⁾. Dentre as várias causas de desmame precoce, o estabelecimento da amamentação nos primeiros dias de vida da criança é um dos grandes desafios. Amamentar não é um ato puramente instintivo, sendo necessário que as mães sejam apoiadas em como vivenciar esse processo^(5,6). Assim, há necessidade de ferramentas e estratégias que auxiliem os profissionais de saúde na avaliação de mulheres e lactentes durante esse processo. A Classificação dos Resultados de Enfermagem (NOC) pode ser uma delas.

A NOC pode ser empregada para avaliar o estabelecimento da amamentação, tanto considerando a mãe quanto a criança, por permitir mensurar o “estado, comportamento ou percepção do indivíduo, família ou comunidade ao longo de um *continuum* em resposta a uma intervenção de enfermagem”⁽⁷⁾. Essa Classificação de Enfermagem é composta por Resultados de Enfermagem (RE), sendo que cada um deles contém um grupo de indicadores que são usados para determinar o status do indivíduo, da família, do grupo ou da comunidade em relação ao resultado que se deseja mensurar. Dessa forma, os resultados da NOC e seus respectivos indicadores podem auxiliar os profissionais de saúde a avaliar o estabelecimento da amamentação em mães e bebês, o que direciona intervenções que tornem essa experiência positiva e diminuam as chances de desmame precoce.

O presente artigo enfoca a revisão de dois RE relacionados ao estabelecimento da amamentação, considerando a quinta edição, de 2016. O primeiro deles é o “Estabelecimento da amamentação: mãe”, definido como “estabelecimento materno adequado de pega e sucção da mama pelos lactentes para nutrição durante as primeiras três semanas de amamentação”, composto por 18 indicadores⁽⁷⁾. O segundo é o “Estabelecimento da amamentação: lactente”, que é definido como a “pega do lactente e sucção no seio materno para nutrição durante as primeiras três semanas de amamentação” e apresenta 13 indicadores⁽⁷⁾. Os RE em questão mantêm o mesmo conteúdo da sexta versão em inglês, que ainda não possui versão em português.

Assim, ao considerar que o aleitamento materno é uma relevante estratégia para redução da mortalidade infantil e

que a NOC se trata de um instrumento válido na avaliação da assistência de Enfermagem, o objetivo deste estudo foi identificar na literatura os indicadores dos Resultados de Enfermagem relacionados ao estabelecimento da amamentação, com foco na mãe e no bebê.

MÉTODO

Revisão Integrativa (RI), realizada de acordo com a abordagem metodológica recomendada por Whittemore e Knaff⁽⁸⁾, seguindo as seguintes etapas: identificação do problema ou da temática (elaboração da pergunta norteadora, estabelecimento de descritores e dos critérios para inclusão/exclusão de artigos); amostragem (seleção dos artigos); categorização dos estudos; definição das informações a serem extraídas dos trabalhos revisados; análise e discussão a respeito das tecnologias utilizadas/desenvolvidas; síntese do conhecimento evidenciado nos artigos analisados. A questão norteadora foi: “Quais são os sinais e características do estabelecimento da amamentação, ao considerar os bebês e/ou as mães?”.

A busca inicial em bases de dados foi realizada de maio a julho de 2017, complementada por novas buscas entre agosto e setembro de 2017. As bases de dados eletrônicas utilizadas foram: Biblioteca Nacional de Medicina dos Estados Unidos (PUBMED); Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS); *Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature* (CINAHL); SCOPUS; *Web of Science*; Base de Dados de Enfermagem Brasileira (BDENF) e *Excerpta Medica Database* (EMBASE). Os termos utilizados nas pesquisas, extraídos de Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) e *Medical Subject Headings* (MeSH), foram: “amamentação”, “desmame”, “bebê”, “recém-nascido”, “mãe”, “estabelecer”, “sucesso”, “falha”, “obstáculo” e “desafio”, bem como suas respectivas versões em inglês e espanhol. Esses termos foram pesquisados pela primeira vez de forma independente e, em seguida, em combinação, com a ajuda de um bibliotecário da *University of Iowa* (Iowa City, Estados Unidos), especialista em literatura de ciências da saúde. Termos sinônimos, sugeridos pela EMBASE, também foram pesquisados.

Os critérios de inclusão foram: artigos, teses e dissertações sobre o estabelecimento do aleitamento materno para bebês e mães; artigos sobre desafios e falhas no estabelecimento da amamentação; artigos escritos em Português, Inglês ou Espanhol, publicados de 2013 a 2017. A delimitação do tempo dos últimos cinco anos ocorreu a fim de contemplar as referências mais atualizadas e novos protocolos referentes a amamentação. Foram excluídos: cartas, editoriais, estudos de caso, estudos-piloto e revisões sistemáticas da literatura. Por ser necessário a abstração de conceitos que identificassem os indicadores da NOC, as revisões sistemáticas foram excluídas.

Para a seleção dos artigos, seguiram-se recomendações do Preferred Reporting Items for Systematic reviews and Meta-Analyses (PRISMA)⁽⁹⁾ (Figura 1).

Os artigos foram avaliados, conforme os critérios de inclusão, pelo título e o resumo por dois pesquisadores de forma independente. Caso houvesse divergência sobre a inclusão dos artigos, um terceiro pesquisador seria acionado para decidir. Em seguida realizou-se a extração dos dados dos estudos incluídos. O registro se deu em um formulário elaborado pelos autores, contendo: identificação, objetivos, dados metodológicos (tipo de estudo, características da amostra), itens referentes aos indicadores dos RE relacionados ao estabelecimento da amamentação, conclusões e limitações da pesquisa. O nível de evidência dos estudos foi determinado de acordo com Melnyk e Fineout-Overholt^(10,11), sendo os níveis: I – revisão sistemática ou metanálise de ensaios clínicos randomizados controlados ou oriundos de diretrizes clínicas baseadas em revisões sistemáticas de ensaios clínicos randomizados controlados; II – pelo menos um ensaio clínico randomizado controlado bem delineado; III – ensaios clínicos bem delineados sem randomização; IV – estudos de coorte e de caso-controle bem delineados; V – descritivos e qualitativos; VI – um único estudo descritivo ou qualitativo; VII – opinião de autoridades e/ou relatório de comitês de especialistas obtidas. Dois pesquisadores determinaram o nível de evidência dos estudos após a leitura.

Em seguida ao levantamento dos conteúdos dos artigos que estavam relacionados aos indicadores dos RE em questão, foi realizada leitura minuciosa de cada indicador a fim de identificar correspondência com os dados da literatura selecionada. Foi realizada uma análise simples de conteúdo, sem abordar o delineamento metodológico, visto que não se configurava objetivo do estudo.

RESULTADOS

A amostra final incluiu 43 estudos, sendo 40 artigos científicos, duas teses e uma dissertação. A maioria dos estudos foi escrita em Inglês (n=37), seguidos dos escritos em Português (n=5) e Espanhol (n=1). Com relação às bases de dados: 2 artigos foram indexados em BDEnf, 2 em LILACS, 3 em PUBMED, 8 na *Web of Science*, 13 em SCOPUS e 15 no CINAHL.

Quanto ao ano de publicação, 7 foram publicados em 2013, 9 em 2014, 11 em 2015, 10 em 2016 e 6 em 2017. Os periódicos eram de diferentes áreas da ciência da saúde: 1 de psicologia, 9 de enfermagem, 10 de medicina e 19 revistas interdisciplinares.

Considerando o desenho metodológico, 3 estudos foram coorte, 3 transversais, 4 longitudinais e 33 qualitativos. Dentre os estudos qualitativos incluídos, as abordagens metodológicas foram as seguintes: 12 artigos utilizaram a Análise de Conteúdo Temática; 2 utilizaram a Análise

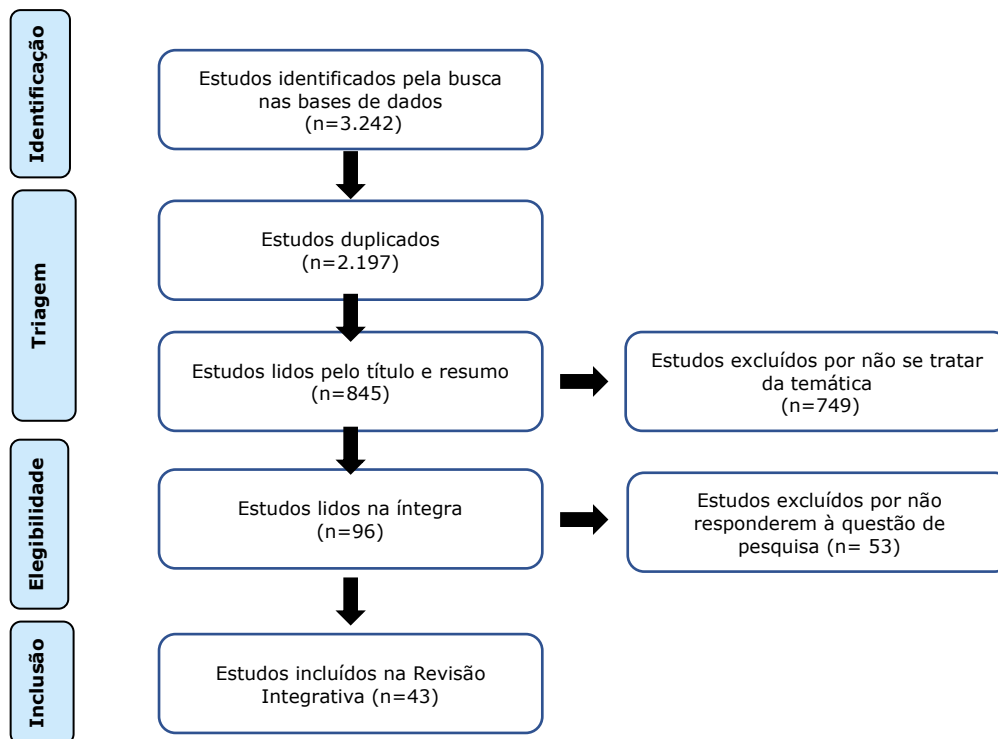


Figura 1. Fluxograma do processo de identificação, seleção e inclusão dos estudos, elaborado a partir da recomendação PRISMA. Campinas, SP, Brasil, 2017.

Etnográfica; 1, a Fenomenologia; 2 utilizaram Grupos Focais; 1 utilizou a Análise Comparativa Constante; 1, a Teoria Fundamentada nos Dados e 14 não descreveram o tipo de análise qualitativa. A força de evidência dos estudos foi classificada como nível IV para os estudos transversais e de coorte, enquanto os estudos qualitativos nível VI⁽¹¹⁾.

Quanto ao País em que os estudos foram desenvolvidos, sete foram realizados nos Estados Unidos; seis no Brasil; seis na Inglaterra; dois na Suíça; dois no Irã; dois na Dinamarca e dois na Áustria. Ao passo que se identificou um estudo para cada um dos seguintes países: Irlanda, Jordânia, Quênia, Zimbábue, Samoa Americana, Cingapura, França, Espanha, México, Finlândia, Suécia e Congo. Esses estudos foram realizados em diferentes contextos assistenciais: maternidades (n=11), unidades básicas de saúde (n=4), ambulatorios (n=11), grupos de apoio à amamentação (n=5), Unidades de Terapia Intensiva Neonatal (n=4) e o domicílio dos participantes (n=4).

Foram identificados 17 dos 18 indicadores do RE “Estabelecimento de Amamentação: mãe”, proposto pela NOC; enquanto para o “Estabelecimento da Amamentação: lactente”, a literatura apresentou 12 dos 13 indicadores (Tabela 1).

Considerando o que foi apresentado pelos artigos, quatro indicadores poderiam ser acrescentados aos RE relacionados ao estabelecimento da amamentação (Tabela 2).

Tabela 1. Frequência dos indicadores dos Resultados de Enfermagem relacionados ao estabelecimento da amamentação, propostos pela *Nursing Outcomes Classification*, nos estudos selecionados. Campinas, SP, Brasil, 2017.

Estabelecimento da Amamentação: mãe (1001)	n=43
Reflexo de ejeção do leite (de descida) (100104)	28 ⁽¹²⁻⁴⁰⁾
Mama cheia antes da amamentação (100103)	28 ⁽¹²⁻⁴⁰⁾
Satisfação no processo de amamentação (100118)	20 ^(13-15,18,19,21,27-29,31,32,40-48)
Uso de apoio da comunidade (100125)	20 ^(14-16,24,25,27,32-36,40,44,45,48-53)
Uso de apoio da família (100124)	20 ^(14-16,24,25,27,32-36,40,44,45,48-53)
Evita dar água ao lactente (100110)	15 ^(17-21,25,30-33,35,37,43,54,55)
Alimentações suplementares (100122)	15 ^(17-21,25,30-33,35,37,43,54,55)
Conforto da posição durante amamentação (100101)	16 ^(12-23,28,40,53,56)

Continua...

Tabela 1. Continuação.

Estabelecimento da Amamentação: mãe (1001)	n=43
Apoio à mama em “C” (como taça) (100102)	15 ^(12-23,40,48,53,56)
Reconhecimento da deglutição do lactente (100106)	14 ^(17-21,25,30-33,35,37,43,54)
Reconhecimento de sinais precoces de fome (100113)	14 ^(17-21,25,30-33,35,37,43,54,55)
Técnicas para prevenir a sensibilidade do mamilo (100121)	13 ^(17,21-24,26,28,32,35,40,48,53,56)
Evita uso de mamilo artificial com o lactente (100109)	11 ^(12,19,20,24,30,32,40,45,53,54,57)
Ingestão de líquido pela mãe (100120)	7 ^(30,33,39,40,44,50,54)
Bombeamento da mama (100123)	7 ^(27,32,39,41,48,50,57)
Armazenamento seguro do leite materno (100115)	6 ^(27,32,39,41,48,50)
Resposta ao temperamento do lactente (100112)	2 ^(18,31)
Sucção interrompida antes da retirada do lactente da mama (100107)	0
Estabelecimento da Amamentação: lactente (1000)	n=43
Alinhamento e pega adequados (100001)	13 ^(16,17,19,21,22,24,35,39,45,56,58-60)
Pega areolar adequada (100002)	13 ^(16,17,19,21,22,24,35,39,45,56,58-60)
Compressão areolar adequada (100003)	13 ^(16,17,19,21,22,24,35,39,45,56,58-60)
Satisfação do lactente após a mamada (100011)	10 ^(13,25,29,31,41-45,48,53)
Mínimo de 8 mamadas por dia (100007)	7 ^(20,21,31,39,44,50,54)
Ganho de peso apropriado para a idade (100010)	7 ^(20,21,31,39,44,50,54)
Reflexo de sucção (100014)	3 ^(44,59,60)
Deglutição audível (100005)	3 ^(44,59,60)

Continua...

Tabela 1. Continuação.

Estabelecimento da Amamentação: lactente (1000)	n=43
Amamentação de no mínimo 5 e 10 minutos por mama (100006)	3 ^(17,31,44)
Posicionamento correto da língua (100013)	2 ^(59,60)
Fezes soltas, amareladas e granulares diárias de acordo com a idade (100009)	2 ^(61,60)
Micções por dia de acordo com a idade (100008)	2 ^(61,60)
Interrompe para posicionar o lactente para arrotar em intervalos frequentes (100015)	0

Tabela 2. Possíveis indicadores relacionados ao estabelecimento da amamentação, de acordo com resultados da Revisão Integrativa. Campinas, SP, Brasil, 2017.

Novos indicadores	n=43
Produção láctea percebida	28 ⁽¹²⁻⁴⁰⁾
Interação mãe e filho	17 ^(13-15,18,21,27-29,31,32,40,42-45,47,48)
Suporte profissional percebido pela mãe	14 ^(14,15,21,22,24,30,40,41,46,48,49,53,54,60)
Contato pele a pele	7 ^(12,13,15,17,31)

DISCUSSÃO

O estabelecimento da amamentação é um processo complexo que sofre influência de vários fatores, tanto maternos quanto relacionados ao bebê. Especialmente durante as primeiras semanas de amamentação é importante o apoio e acompanhamento para diminuir o risco de desmame^(61,62). Dessa forma, a NOC, ao propor resultados de “Estabelecimento da amamentação” que contemplam a mãe e o lactente, contribui para melhor avaliação desse fenômeno por meio de seus indicadores. Tais indicadores também direcionam intervenções que irão favorecer irão favorecer a continuidade do aleitamento materno. A seguir, serão discutidos “Estabelecimento da amamentação: mãe” e “Estabelecimento da amamentação: lactente”, contemplando seus respectivos indicadores.

Resultado de Enfermagem “Estabelecimento da Amamentação: mãe (1001)”

O indicador *Reflexo de ejeção do leite (de descida)* (100104) ocorre quando o bebê é colocado para sugar. Além do estímulo físico do bebê na mama, a vinculação emocional com o bebê, estresse e ansiedade também influenciam a ejeção do leite. Nos estudos analisados, as mulheres relataram pequenos “choquinhos” ou uma sensação de dor, especialmente nas primeiras mamadas⁽¹²⁻⁴⁰⁾.

A *Mama cheia antes da amamentação (100103)* é um indicador sensível e de fácil avaliação pela própria mulher, sendo importante a orientação quanto às percepções sobre o volume do leite e aspecto da mama, especialmente nos primeiros dias. No início do puerpério, a mulher pode não perceber as mamas cheias, o que pode deixá-la preocupada e temerosa quanto à produção de leite. Em alguns estudos, as mães relataram que perceber a mama cheia era uma indicação da necessidade de amamentar a criança⁽¹²⁻⁴⁰⁾. Ao longo do estabelecimento da amamentação, a mulher vai aprendendo mais sobre esse processo e sobre ela mesma, com o auxílio da equipe.

A *Satisfação no processo de amamentação (100118)* apareceu em muitos artigos principalmente quando os desafios dos primeiros dias foram resolvidos, estando o recém-nascido saudável e o leite suficiente para atender as demandas. Outro fator foi o estabelecimento de uma rotina e relacionamento com o lactente. A associação da amamentação à alimentação prática e sem custos também foi apontada como fator de satisfação^(29,31,41-43,45,48).

A satisfação pode estar comprometida quando a amamentação está associada a sentimentos negativos como estresse, ansiedade e tristeza. O que é desencadeado pelas dificuldades iniciais no estabelecimento da amamentação, como fissura e dor nos mamilos e a dificuldade na pega^(13,14,27,40,47). Observou-se que as mulheres que receberam treinamento e apoio sobre o processo de amamentação estavam mais confiantes para enfrentar as barreiras iniciais^(15,18,21,28,29,32,44). Na prática clínica, pode ser que avaliar a satisfação nesse processo seja considerada subjetiva demais e não seja implementada. Entretanto, esse pressuposto deveria ser revisto porque as percepções da nutriz interferem no processo como um todo e seu registro é precioso, portanto.

Nos indicadores *Uso de apoio da comunidade (100125)* e *Uso de apoio da família (100124)*, os estudos mostraram que a rede de apoio social pode influenciar as mulheres na decisão de amamentar^(14,35,44,48,50). A opinião e apoio de familiares, especialmente de avós e parceiros, é um relevante apoio para lidar com as dificuldades ou desconfortos que possam surgir. A falta de apoio dos familiares é um fator que influencia negativamente a prática e a duração da amamentação^(14,16,24,25,33,40,51).

Além do apoio familiar, alguns pesquisadores relataram a influência significativa dos grupos de apoio à amamentação, liderados por profissionais de enfermagem e consultores. Esses grupos permitem o compartilhar de conhecimento e experiência entre as mulheres sobre amamentação, maior liberdade para fazer perguntas, assim como estimulam maneiras de superar os desafios^(32,34,36,45,49,51-53).

O indicador *Evita dar água ao lactente (100110)* é relevante durante o estabelecimento da amamentação, visto que o oferecimento de água ou outros líquidos reduz a oportunidade de que a criança receba os nutrientes que necessita, bem como faz com que a mama seja estimulada menos frequentemente pela sucção, o que reduz a produção de leite. Nos estudos incluídos, verificou-se que as mães ofereciam líquidos aos bebês devido à crença de que a criança está com sede ou que os chás ajudam a aliviar cólicas abdominais^(17-21,25,30-33,35,37,43,54,55). A OMS recomenda a introdução de líquidos para a criança somente após seis meses de vida, quando a criança recebe apenas leite materno, e afirma que não é necessário combinar esse leite com água ou qualquer outro líquido^(63,64).

Além da introdução precoce e desnecessária de líquidos, alguns estudos trouxeram o fato de que as mães introduziram alimentos antes dos seis meses de vida, o que se relaciona ao indicador *Alimentações suplementares (100122)*. Os motivos que levaram à introdução precoce foram: mãe considerar que o leite não era suficiente para suprir as demandas calóricas do bebê, prescrição médica e retorno ao trabalho^(20,25,30,31,37,43,54,55).

Em alguns estudos, os profissionais de saúde também incentivaram o uso de fórmulas lácteas para auxiliar no ganho de peso do lactente ou como fonte primária de nutrição^(21,53). Esses dados denotam a relevância de que sejam fortalecidas as estratégias para promoção e proteção do aleitamento materno junto a mulheres, famílias e profissionais, além do amparo trabalhista e institucional para as mães trabalhadoras que amamentam^(18,21,31,35,37,43).

A introdução de alimentos precocemente e o uso indiscriminado de fórmulas artificiais aumentam a chance de desmame e expõem a criança a doenças. O uso das fórmulas artificiais somente deve ser indicado por um profissional de saúde quando a criança necessitar de ganho de peso relevante, houver baixo fluxo de leite materno e mães que apresentarem doenças ou usarem medicações que contraindicam o oferecimento de leite materno^(65,66).

O indicador *Conforto da posição durante amamentação (100101)* descreve a avaliação, tanto da manutenção da criança na mama, bem como conforto materno nesse processo. Os estudos descreveram que as posições sentadas com o bebê no colo ou ao reverso, bem como deitada com o bebê de lado na cama, foram as mais utilizadas pelas mães^(12,23,28,40,53,56). Esse indicador não pressupõe uma posição específica como a mais indicada, mas sim aquela que promova conforto durante a amamentação.

O *Apoio à mama em “C” (como taça) (100102)* é um indicador relevante, pois avalia uma estratégia para sustentação da mama, o que favorece que a aréola esteja mais acessível para que o bebê consiga realizar a pega adequada. Em vários estudos, as mães frequentemente seguravam a mama com os dedos dispostos em forma de uma tesoura ou pinça, o que bloqueia a descida do leite, além de dificultar a pega^(12-23,28,40,53,56).

O *Reconhecimento da deglutição do lactente (100106)* é um indicador bastante útil, especialmente em prematuros, pois perceber a deglutição se relaciona ao fato de que os reflexos que promovem coordenação entre sucção, deglutição e respiração estão presentes e perceptíveis. Além disso, nos estudos, as mulheres relataram que ouviam a criança engolir de forma bem audível e associavam o som a uma boa quantidade de leite na boca^(19-21,25,30-33,35,43,54).

Quanto ao indicador *Reconhecimento de sinais precoces de fome (100113)*, a literatura traz que o choro foi o sinal mais percebido pelas mães, porém, esse se trata de um sinal tardio^(19,20,30,33,43,54). Antes do choro, a criança apresenta outros sinais precoces de fome como estado de alerta e irritação, também tem reflexo de busca, coloca as mãos e os dedos na boca e faz movimentos de sucção^(17,18,20,21,25,31,32,35,37,55). O reconhecimento de sinais precoces de fome leva as mulheres a alimentar a criança, mesmo que ela não chore.

O indicador *Técnicas para prevenir a sensibilidade do mamilo (100121)* é um comportamento apresentado pela mãe que mensura o que ela pode e tem feito para amenizar a sensibilidade e prevenir lesões nos mamilos. As lesões mamilares são uma das principais dificuldades enfrentadas nesse processo, levando a insatisfação das mulheres e desmame precoce^(17,28,35,53). São muito frequentes lesões superficiais ou profundas nos mamilos, dor com ou sem lesão e dificuldade de apreensão da região mamilo-areolar pelo bebê, sobretudo quando os mamilos são invertidos ou planos; ou ainda quando a mama é oferecida túrgida^(22,32,40).

Os artigos também mencionaram algumas estratégias para prevenir sensibilidade e lesões: posicionamento adequado e apoio da mama pela mãe^(24,26,32,40,48,56); cuidado para manter os mamilos secos⁽⁴⁰⁾; evitar uso de produtos que removem a proteção natural do mamilo⁽²⁶⁾; extrair leite da mama antes de oferecê-la ao bebê, se a região aréolo-mamilar estiver rígida^(32,40,53); e inserção do dedo indicador ou mínimo pelo canto da boca do lactente durante a sucção, caso seja necessário interromper a amamentação⁽²⁴⁾. O uso de protetores é um tema controverso, pois pode causar adesão à pele e abafamento da região.

Existem controvérsias também sobre o uso de bicos intermediários de silicone como auxílio para o estabelecimento da amamentação, em caso de mulheres com mamilos invertidos ou fissuras mamilares. Além disso, estudos apontam que pode ser difícil a interrupção do uso desses artefatos

pelas mulheres^(55,56). Assim, não há evidências suficientes sobre se esse dispositivo pode realmente ser benéfico para a amamentação⁽⁶⁷⁾.

Nos estudos analisados, o indicador *Evita uso de mamilo artificial com o lactente (100109)* apareceu em 11 estudos. A literatura aponta que o uso de bicos artificiais está relacionado ao desmame precoce e ao uso de fórmulas artificiais. Os principais motivos para o uso de bicos artificiais foram: lesão mamilar; ingurgitamento mamário; mastite; retorno ao trabalho; crença de que o leite materno não possui propriedades nutricionais adequadas e baixo fluxo de leite materno^(12,19,24,30,32,40,45,54,57).

A *Ingestão de líquido pela mãe (100120)* avalia a manutenção da hidratação materna durante a amamentação⁽⁴⁴⁾. Além da ingestão de líquidos, a relevância de dieta equilibrada e saudável é apontada e também reconhecida pelas mães^(30,33,39,40,44,50,54).

O indicador *Bombeamento da mama (100123)* refere-se à extração do leite das mamas, de forma manual ou com uso de bomba extratora, quando as mamas estão ingurgitadas ou para facilitar a pega do bebê^(27,57). A extração do leite também ajuda manter ou aumentar a produção de leite, quando a mama não está recebendo estímulo adequado por meio de sucção efetiva^(39,41,50). Em relação à técnica de extração de leite, as pesquisas relataram que as participantes receberam orientações apenas após o parto e muitas desconheciam a técnica ou a necessidade de realizá-la^(27,32,39-41,48,50).

Destaca-se que o emprego de bombas extratoras tem sido estimulado pelos profissionais de saúde, a fim de esvaziar a mama, principalmente quando a mãe precisa retornar ao trabalho ou aos estudos^(40,50). No entanto, as pesquisas não relataram como as mulheres realizavam o *Armazenamento seguro do leite materno (100115)*, mencionando apenas os motivos que as levavam a fazê-lo: hospitalização dos recém-nascidos, necessidade de se ausentar e retorno ao trabalho^(27,32,39,41,48,50). Esse indicador também é relevante para garantir que seja oferecido leite adequado a lactente, sem contaminantes ou fora de sua validade.

A *Resposta ao temperamento do lactente (100112)* foi apontado como um dos desafios nas primeiras semanas de vida. Pode ser difícil para as mães diferenciar o choro relacionado à dor, à fome ou ao desconforto, bem como responder de forma adequada às necessidades do filho. Essas limitações das respostas maternas diminuem em torno da segunda semana de vida, quando mãe e filho estabelecem uma rotina, conhecem-se melhor e fortalecem o vínculo^(18,31). Portanto, o apoio contínuo da equipe de saúde pode apoiar as mães nesse processo de aprendizagem.

Nenhum artigo discutiu o indicador *Sucção interrompida antes da retirada do lactente da mama (100107)*. Pode-se considerar que esse indicador já está contemplado pelo *Técnicas para prevenir a sensibilidade do mamilo (100121)*, considerando a estratégia anteriormente mencionada, com o

uso do dedo indicador ou do dedo mínimo, para interromper a sucção do bebê sem causar lesão mamilar. Entretanto, não há sua descrição na literatura consultada.

Resultado de Enfermagem “Estabelecimento da Amamentação: Lactente (1000)”

Os indicadores *Alinhamento e pega adequados (100001)*, bem como *Pega areolar adequada (100002)*, são aspectos essenciais para o sucesso da amamentação. A literatura aponta que quando o alinhamento e a pega estão inadequados, a mamada pode se tornar ineficiente^(16,17,19,21,22,24,35,39,45,56,58-60), ocorrem relatos de desconforto materno e dor mamilar, além de ser necessário um esforço excessivo do bebê para mamar, o que afeta o ganho de peso, especialmente em prematuros^(16,21,24,45). Entretanto, esses dois indicadores parecem sobrepostos, visto que, apesar do alinhamento interferir na pega, ele pode ser avaliado separadamente dela. Além disso, o alinhamento do bebê não é mantido por ele mesmo, mas sim por sua mãe. O que leva a considerar a possibilidade de um indicador que descreve o alinhamento fazer parte do RE da mãe e não do lactente. Por fim, a revisão desses indicadores é importante porque o segundo indicador mencionado (*Pega areolar adequada – 100002*) repete a questão da pega, que está presente no primeiro.

A *Compressão areolar adequada (100003)* é um indicador relacionado à habilidade do bebê para sugar, o que reflete no conforto da mulher nesse processo. Estudos apontam que a mulher percebe se o bebê, ao invés de sugar o complexo areolo-mamilar, morde-o ou não o apreende de forma sustentada^(16,17,19,21,22,24,35,39,45,56,58-60).

Outro indicador essencial nesse processo é *Satisfação do lactente após a mamada (100011)*, o que pode ser percebido pelos seguintes sinais: a criança diminui a sucção e solta a mama espontaneamente; não apresenta reflexo de busca quando estimulada; permanece relaxada e pode começar a cochilar após a amamentação. Os autores apontam que as mães se sentem mais confiantes quando o bebê se demonstra satisfeito, o que diminui a chance de desmame precoce, bem como de oferta de fórmulas artificiais^(13,25,29,31,41-45,48,53).

Os indicadores *Mínimo de 8 mamadas por dia (100007)* e *Ganho de peso apropriado para a idade (100010)* apareceram em sete trabalhos^(20,21,31,39,44,50,54). Na percepção das mães, a quantidade de mamadas estava relacionada ao ganho de peso da criança. Entretanto, mamadas frequentes, mas ineficazes limitam o ganho de peso. Crianças que dormem também podem apresentar problemas de ganho de peso. Portanto, há necessidade de uma avaliação individualizada para compreender o que está ocorrendo com cada binômio⁽³¹⁾.

Os indicadores *Reflexo de sucção (100014)* e *Deglutição audível (100005)* são sinais observáveis que permitem ao enfermeiro avaliar a habilidade do bebê em extrair leite

da mama e coordenar sucção, deglutição e respiração. Estes indicadores apareceram em apenas três estudos^(44,59,60). Nos bebês pré-termos ou que sofreram hipóxia pode haver dificuldade em coordenar esses eventos.

Quanto ao indicador *Amamentação de no mínimo 5 e 10 minutos por mama (100006)*, três estudos abordaram essa temática^(17,31,44), mas não há concordância quanto ao tempo exato que o bebê deve permanecer na mama. A recomendação da OMS e do Ministério da Saúde é que o aleitamento ocorra sob livre demanda, sem determinação de tempo. Assim, o tempo das mamadas podem ser bastante variável ao longo do dia e mudar de acordo com a idade do bebê, principalmente se for prematuro^(2,64). Assim, este indicador exige uma reavaliação cuidadosa, visto que o tempo em cada mama não é um fator determinante, mas sim o fluxo de leite materno, maturidade e nível de atividade do bebê, bem como o período do dia.

Já o *Posicionamento correto da língua (100013)* foi observado em estudos^(59,60) com imagens de ultrassom que mostraram que quando o bebê realiza compressão da aréola, a língua se posiciona abaixo do mamilo. A compressão e o posicionamento adequado da língua protegem o mamilo de fricção, evitando lesões.

O indicador *Fezes soltas, amareladas e granulares diárias de acordo com a idade (100009)* apareceu em dois artigos^(61,60). As fezes do bebê modificam-se ao longo dos dias, passando de verde escura e viscosa para soltas, amareladas e granuladas, a partir do sétimo dia de vida. A criança amamentada pode evacuar diariamente ou ficar até sete dias sem evacuar, desde que não haja distensão abdominal^(3,69).

O indicador *Micções por dia de acordo com a idade (100008)* é um indicador amplamente utilizado para prever que a ingestão de leite materno é adequada. A eliminação urinária com frequência de pelo menos seis vezes por dia, com urina clara e diluída, é um sinal relevante^(3,69).

O indicador *Interrompe para posicionar o lactente para arrotar em intervalos frequentes (100015)* parece descrever a necessidade de que a mãe interrompa o oferecimento de leite para estimular a eructação. Embora seja interessante que ela seja capaz de executar tal manobra para a saída do ar, de forma a deixar o bebê mais confortável e com menor risco de regurgitação^(3,69), não parece ser um indicador útil para a prática clínica, especialmente para avaliar o estabelecimento da amamentação. Esse indicador não foi encontrado nos artigos desta revisão integrativa. Assim, seria interessante que fosse revisado ou retirado do RE em questão.

Proposta de novos indicadores a partir da Revisão Integrativa

Além dos indicadores já propostos pela NOC para os dois RE estudados, esta RI possibilitou considerar quatro novos indicadores para o RE focado na mãe. O indicador *Produção láctea percebida* surgiu em vários estudos, em que se

discutiu a percepção da mulher sobre presença ou ausência de colostro/leite, inferindo na sua segurança quanto à nutrição do bebê. Assim, esse indicador é bem sensível na avaliação do estabelecimento da amamentação quanto a confiança que a mulher tem sobre a própria produção láctea para nutrir o filho⁽¹²⁻⁴⁰⁾. Trata-se de um indicador clinicamente útil para o planejamento de intervenções de Enfermagem.

O *Suporte profissional percebido pela mãe* foi mencionado por 14 estudos^(14,15,21,22,24,30,40,41,46,48,49,53,54,60) como fator relevante para o estabelecimento da amamentação. Os estudos mostraram que as mulheres que reconheciam esse apoio estavam mais confiantes em continuar amamentando, mesmo apresentado dificuldades no início do puerpério. *Interação mãe e filho*^(14,15,21,22,24,30,40,41,46,48,49,53,54,60) e *Contato pele a pele*^(12,13,15,17,31) também foram descritos na literatura como fatores que favoreceram o estabelecimento da amamentação. Assim, sugerimos que esses indicadores possam ter seus conteúdos validados clinicamente e analisados para inclusão na NOC.

É premente que a NOC seja mais utilizada e estudada na assistência de enfermagem materno-infantil para descrever os desfechos relacionados à amamentação, uma vez que envolve eventos substanciais da prática clínica dos enfermeiros e pode dar visibilidade aos resultados obtidos com intervenções de enfermagem.

CONCLUSÕES

Quase todos os indicadores propostos pela NOC para o “Estabelecimento da amamentação: mãe” e o “Estabelecimento da amamentação: lactente” apresentaram suporte na literatura, de acordo com os 43 estudos incluídos. Foram identificados quatro indicadores que poderiam ser adicionados ao RE “Estabelecimento da amamentação: mãe”, pois contribuem para atingir esse resultado: *Suporte profissional percebido pela mãe*; *Interação mãe e filho*; *Produção láctea percebida* e *Contato pele a pele*.

Os indicadores do “Estabelecimento da amamentação: mãe” mais frequentes nos estudos foram: *Mama cheia antes amamentação (100103)*, *Reflexo de ejeção do leite (de descida) (100104)*, *Uso de apoio da família (100124)*, *Uso de apoio da comunidade (100125)* e *Satisfação no processo de amamentação (100118)*. O indicador *Sucção interrompida antes da retirada do lactente da mama (100107)* não foi identificado na literatura.

Quanto aos indicadores do “Estabelecimento da amamentação: lactente”, estiveram mais presentes: *Alinhamento e pega adequados (100001)*, *Pega areolar adequada (100002)*, *Compressão areolar adequada (100003)* e *Posicionamento correto da língua (100013)*. O indicador *Interrompe para posicionar o lactente para arrotar em intervalos frequentes (100015)* não foi contemplado pelos estudos e se sugere a sua retirada desse RE.

Trata-se de uma limitação do estudo que as buscas tenham sido realizadas apenas em Português, Inglês e Espanhol, não contemplando publicações em outros idiomas que poderiam enriquecer a discussão dos indicadores dos RE estudados.

Os indicadores dos RE podem orientar a avaliação de forma contínua, tornando padronizado tanto essa avaliação quanto seu registro. Além disso, o uso desses RE pode ser profícuo no processo educativo de estudantes e enfermeiros sobre como avaliar os aspectos relacionados à nutriz e ao bebê no processo de estabelecimento da amamentação.

REFERÊNCIAS

1. Victora CG, Bahl R, Barros AJ, França GV, Horton S, Krasevec J, et al. Breastfeeding in the 21st century: epidemiology, mechanisms, and lifelong effect. *Lancet*. 2016 Jan 30;387(10017):475-90. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(15\)01024-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(15)01024-7).
2. Mosca F, Gianni ML. Human milk: composition and health benefits. *Pediatr Med Chir*. 2017;39(2):47-52. <https://doi.org/10.4081/pmc.2017.155>.
3. Binns C, Lee M, Low WY. The long-term public health benefits of breastfeeding. *Asia Pac J Public Health*. 2016 Jan;28(1):7-14. <https://doi.org/10.1177/1010539515624964>.
4. Venancio SI, Escuder MML, Saldiva SRDM, Giugliani ERJ. Breastfeeding practice in the Brazilian capital cities and the Federal District: current status and advances. *J Pediatr*. 2010; 86(4):317-24. <https://doi.org/10.1590/S0021-75572010000400012>.
5. Entwistle F. Breastfeeding and relationship building: turning evidence into practice. *Pract Midwife*. 2015;18(2):29-31.
6. Lawrence RA. Breastfeeding barriers revisited. *Breastfeed Med*. 2014;9(1):1-2. <https://doi.org/10.1089/bfm.2014.9997>.
7. Moorhead S, Johnson M, Maas M, Swanson E. Classificação dos Resultados de Enfermagem: mensuração dos resultados em saúde. 5. ed. Rio de Janeiro: Elsevier; 2016.
8. Whitemore R, Knafk K. The integrative review: updated methodology. *J Adv Nurs*. 2005;52(5):546-53. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2005.03621.x>.
9. Moher D, Liberati A, Tetzlaff J, Altman DG, The PRISMA Group. Preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses: the PRISMA statement. *PLoS Med* [Internet]. 2009 jul [acesso em: 4 maio 2018];6(7):e1000097. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2707599/pdf/pmed.1000097.pdf>. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1000097>.
10. Ursi ES, Gavão CM. Perioperative prevention of skin injury: an integrative literature review. *Rev Latino-Am Enfermagem* [Internet]. 2006 Feb [acesso em: 3 maio 2018];14(1):124-31. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692006000100017&lng=en. <https://doi.org/10.1590/S0104-11692006000100017>.
11. Melnyk BM, Fineout-Overholt E. Evidence based practice in nursing & healthcare: a guide to best practice. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2011.
12. Keely A, Lawton J, Swanson V, Denison FC. Barriers to breast-feeding in obese women: a qualitative exploration. *Midwifery*. 2015;31(5):532-9. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2015.02.001>.
13. Brown A, Arnott B. Breastfeeding duration and early parenting behaviour: the importance of an infant-led, responsive style. *PLoS One*. 2014;9(2):e83893. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0083893>.
14. Brown A. Maternal trait personality and breastfeeding duration: the importance of confidence and social support. *J Adv Nurs* [Internet]. 2014 Mar [acesso em: 2 maio 2018];70(3):587-98. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4114133/pdf/jan-70-587.pdf>. <https://doi.org/10.1111/jan.12219>
15. Heidari Z, Keshvari M, Kohan S. Breastfeeding promotion, challenges and barriers: a qualitative research. *Int J Pediatr* [Internet]. 2016 [acesso em: 2 jun. 2018];4(5):1687-95. Disponível em: http://ijp.mums.ac.ir/article_6733_ed213ead5e864bb1d0729a3265017cf7.pdf. <https://doi.org/10.22038/IJP.2016.6733>.
16. Oliveira CS, Iocca FA, Carrijo MLR, Garcia RATM. Breastfeeding and complications that contribute to early weaning. *Rev Gaúcha Enferm* [Internet]. 2015 [acesso em: 8 jul. 2018];36(spe):16-23. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S193-17015050016&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2015.esp.56766>.
17. Talbert AW, Ngari M, Tsofa B, Mramba L, Mumbo E, Berkley JA, et al. "When you give birth you will not be without your mother" A mixed methods study of advice on breastfeeding for first-time mothers in rural coastal Kenya. *Int Breastfeed J* [Internet]. 2016 Apr 26 [acesso em: 8 jul. 2018];11:10. Disponível em: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4845378/pdf/13006_2016_Article_69.pdf. <http://dx.doi.org/10.1186/s13006-016-0069-6>.
18. Zahra S, Monireh A, Easa M, Susan P. Successful breastfeeding mothers' experiences of the difficulties of exclusive breastfeeding. *Acta Medica Mediterranea* [Internet]. 2015. [acesso em: 8 jul 2018];31(7):1479-87. Disponível em: <http://www.actamedicamediterranea.com/archive/2015/special-issue-1/successful-breastfeeding-mothers-experiences-of-the-difficulties-of-exclusive-breastfeeding/pdf>.

19. Abuidhail J, Al-Modallal H, Yousif R, Almresi N. Exclusive breast feeding (EBF) in Jordan: prevalence, duration, practices, and barriers. *Midwifery*. 2014 Mar;30(3):331-7. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2013.01.005>.
20. Flaherman VJ, Beiler JS, Cabana MD, Paul IM. Relationship of newborn weight loss to milk supply concern and anxiety: the impact on breastfeeding duration. *Matern Child Nutr*. 2016 Jul;12(3):463-72. <https://doi.org/10.1111/mcn.12171>.
21. Kronborg H, Foverskov E, Nilsson I, Maastrup R. Why do mothers use nipple shields and how does this influence duration of exclusive breastfeeding? *Matern Child Nutr*. 2017 Jan;13(1):e12251. <https://doi.org/10.1111/mcn.12251>.
22. Teich AS, Barnett J, Bonuck K. Women's perceptions of breastfeeding barriers in early postpartum period: a qualitative analysis nested in two randomized controlled trials. *Breastfeed Med* [Internet]. 2014 Jan–Feb [acesso em: 8 jul. 2018];9(1):9-15. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3903167/pdf/bfm.2013.0063.pdf>. <http://dx.doi.org/10.1089/bfm.2013.0063>.
23. Moreira GC. Aleitamento materno exclusivo: no vivido das nutrizes de recém-nascidos internados em Unidade de Terapia Intensiva [dissertação]. Goiânia: Pontifícia Universidade Católica de Goiás; 2013. [acesso em: 12 jun. 2018]. Disponível em: <http://tede2.pucgoias.edu.br:8080/handle/tede/2925>.
24. Amaral LJX, Azevedo IC, Cruz GKP, Carvalho DPSRP, Sales SS, Ferreira Júnior MA. Fatores que influenciam na interrupção do aleitamento materno exclusivo em nutrizes. *Rev Gaúcha Enferm* [Internet]. 2015 [acesso em: 2 jun. 2018];36(spe):127-34. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S198314472015000500127&lng=en. <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2015.esp.56676>.
25. Ikonen R, Aho AL, Kaunonen M. Validity and reliability of breastfeeding advice and coping with breastfeeding instruments. *Neonatal Netw*. 2014;33(6):322-8. <https://doi.org/10.1891/0730-0832.33.6.322>.
26. McClellan HL, Hepworth AR, Garbin CP, Rowan MK, Deacon J, Hartmann PE, et al. Nipple pain during breastfeeding with or without visible trauma. *J Hum Lact*. 2012 Nov;28(4):511-21. <https://doi.org/10.1177/0890334412444464>.
27. Felice JP, Geraghty SR, Quagliari CW, Yamada R, Wong AJ, Rasmussen KM. "Breastfeeding" without baby: a longitudinal, qualitative investigation of how mothers perceive, feel about, and practice human milk expression. *Matern Child Nutr*. 2017 Jul;13(3):e12426. <https://doi.org/10.1111/mcn.12426>.
28. Palmér L, Carlsson G, Brunt D, Nyström M. Existential security is a necessary condition for continued breastfeeding despite severe initial difficulties: a lifeworld hermeneutical study. *Int Breastfeed J* [Internet]. 2015 May 5 [acesso em: 2 jun. 2018];10:17. Disponível em: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4425864/pdf/13006_2015_Article_42.pdf. <https://doi.org/10.1186/s13006-015-0042-9>.
29. Rempel LA, Rempel JK, Moore KCJ. Relationships between types of father breastfeeding support and breastfeeding outcomes. *Matern Child Nutr*. 2017 Jul;13(3):e12337. <https://doi.org/10.1111/mcn.12337>.
30. Burns J, Emerson JA, Amundson K, Doocy S, Caulfield LE, Klemm RDW. A qualitative analysis of barriers and facilitators to optimal breastfeeding and complementary feeding practices in South Kivu, Democratic Republic of Congo. *Food Nutr Bull*. 2016 Jun;37(2):119-31. <https://doi.org/10.1177/0379572116637947>.
31. Galipeau R, Dumas L, Lepage M. Perception of not having enough milk and actual milk production of first-time breastfeeding mothers: is there a difference? *Breastfeed Med*. 2017 May;12(4):210-217. <https://doi.org/10.1089/bfm.2016.0183>.
32. Hawley NL, Rosen RK, Strait EA, Raffucci G, Holmdahl I, Freeman JR, et al. Mothers' attitudes and beliefs about infant feeding highlight barriers to exclusive breastfeeding in American Samoa. *Women Birth*. 2015 Sep;28(3):e80-6. <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2015.04.002>.
33. Nduna T, Marais D, Wyk B. An explorative qualitative study of experiences and challenges to exclusive breastfeeding among mothers in Rural Zimbabwe. *ICAN: Infant, Child, & Adolescent Nutrition* [Internet]. 2015 [acesso em: 2 jun. 2018];7(2):69-76. Disponível em: <http://journals.sagepub.com/doi/pdf/10.1177/1941406414568562>. <https://doi.org/10.1177/1941406414568562>.
34. Bennett AE, McCartney D, Kearney JM. Views of fathers in Ireland on the experience and challenges of having a breast-feeding partner. *Midwifery*. 2016 Sep;40:169-76. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2016.07.004>.
35. Groleau D, Sigouin C, D'Souza NA. Power to negotiate spatial barriers to breastfeeding in a western context: when motherhood meets poverty. *Health Place*. 2013 Nov;24:250-9. <https://doi.org/10.1016/j.healthplace.2013.08.011>.
36. Pallotti P. Young mothers' negotiations of infant feeding. A qualitative study with ethnographic methods [tese]. Western Bank: Universidade de Sheffield; 2016. [acesso em: 22 maio 2018]. Disponível em: <http://theses.whiterose.ac.uk/15751/>.

37. Tjale AA. Weaning practices of mothers/childminders whose babies are between the ages of six to nine months attending clinics in the inner city in Johannesburg [dissertação]. Johannesburg: Universidade de Witwatersrand; 2000. [acesso em: 2 jun. 2018]. Disponível em: <http://mobile.wiredspace.wits.ac.za/bitstream/handle/10539/14408/Tjale%20A%20A%202000-001.pdf?sequence=1&isAllowed=y>.
38. Alkhizi LM. Promoting breastfeeding in Saudi Arabia [tese]. San Diego: Universidade Estadual de San Diego; 2016. [acesso em: 24 maio 2018]. Disponível em: <https://digitallibrary.sdsu.edu/islandora/object/sdsu%3A1496>.
39. Schoch D. Determinants of breastfeeding readiness in premature infants [dissertação]. Chester: Universidade de Widener; 2014. [acesso em: 11 jun. 2018]. Disponível em: <https://search.proquest.com/openview/534e6edf4b58161708f5810456e53151/1?pq-origsite=gscholar&cbl=18750&diss=y>.
40. Isichei MN. A descriptive qualitative interview: successful breastfeeding experience of teenage first-time mothers [dissertação]. Pomona: Western University of Health Sciences; 2015. [acesso em: 21 maio 2018]. Disponível em: <https://search.proquest.com/openview/88cd5636ec8be50cf90ec624ba204eaa/1?pq-origsite=gscholar&cbl=18750&diss=y>.
41. Amando AR, Tavares AK, Oliveira AKP, Fernandes FECV, Sena CRS, Melo RA. Percepção de mães sobre o processo de amamentação de recém-nascidos prematuros na unidade neonatal. Rev Baiana Enferm [Internet]. 2016 [acesso em: 22 maio 2018];30(4):1-11. Disponível em: <https://portalseer.ufba.br/index.php/enfermagem/article/view/17134>. <http://dx.doi.org/10.18471/rbe.v30i4.17134>.
42. Edwards R, Peterson WE, Noel-Weiss J, Shearer Fortier C. Factors influencing the breastfeeding practices of young mothers living in a maternity shelter: a qualitative study. J Hum Lact. 2017 May;33(2):359-67. <https://doi.org/10.1177/0890334416681496>.
43. Löf-Johanson M, Foldevi M, Rudebeck CE. Breastfeeding as a specific value in women's lives: the experiences and decisions of breastfeeding women. Breastfeed Med. 2013 Feb;8(1):38-44. <https://doi.org/10.1089/bfm.2012.0008>.
44. Ware JL, Webb L, Fau - Levy M, Levy M. Barriers to breastfeeding in the african american population of Shelby County, Tennessee. Breastfeed Med. 2014 Oct;9(8):385-92. <https://doi.org/10.1089/bfm.2014.0006>.
45. Choo PJ, Ryan K. A qualitative study exploring first time mothers' experiences of breastfeeding in Singapore. Proceedings of Singapore Healthcare [Internet]. 2016 [acesso em: 2 jun. 2018];25(1):5-12. Disponível em: <http://journals.sagepub.com/doi/pdf/10.1177/2010105815615992>. <https://doi.org/10.1177/2010105815615992>.
46. Silva CMS, De Bortoli CFC, Massafera GI, Silverio M, Bisognin P, Prates LA. Sentimentos e vivências maternas associadas ao processo de amamentação. Rev Enferm UFPE on line [Internet]. 2015 [acesso em: 2 jun. 2018];9(8):9343-51. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/viewFile/10739/11845>. <https://doi.org/10.5205/reuol.6812-75590-1>.
47. Shepherd L, Walbey C, Lovell B. The role of social-cognitive and emotional factors on exclusive breastfeeding duration. J Hum Lact. 2017 Aug;33(3):606-13. <https://doi.org/10.1177/0890334417708187>.
48. Beattie-Fairchild C. Overcoming barriers to improve breastfeeding self-efficacy in older adolescent mothers [dissertação]. Minneapolis: Walden University; 2013. [acesso em: 24 maio 2018]. Disponível em: <https://eric.ed.gov/?id=ED552537>.
49. González-Pascual J, Ruiz-López M, Saiz-Navarro E, Moreno-Preciado M. Exploring barriers to breastfeeding among chinese mothers living in Madrid, Spain. J Immigr Minor Health. 2017 Feb;19(1):74-9. <https://doi.org/10.1007/s10903-015-0303-0>.
50. Froehlich J, Donovan A, Ravlin E, Fortier A, North J, Bloch MK. Daily routines of breastfeeding mothers. Work. 2015;50(3):433-42. <https://doi.org/10.3233/WOR-141954>.
51. Cisco J. Support for breastfeeding mothers and determinants of long-term breastfeeding in the United States [dissertação]. Columbia: Universidade de Missouri; 2015. [acesso em: 2 jun. 2018]. Disponível em: <https://mospace.umsystem.edu/xmlui/bitstream/handle/10355/48681/research.pdf?sequence=2&isAllowed=y>.
52. Khasawneh W. Breastfeeding practices, facilitators, and barriers among immigrant muslim arab women living in a metropolitan area of the Southwest of United States [dissertação]. Tucson: Universidade do Estado do Arizona; 2017. [acesso em: 2 jun. 2018]. Disponível em: https://repository.asu.edu/attachments/186294/content/Khasawneh_asu_0010E_16811.pdf.
53. Santos AG. O aleitamento materno na prematuridade tardia [dissertação]. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2014. [acesso em: 2 jun. 2018]. Disponível em: http://www.teses.usp.br/index.php?option=com_jumi&fileid=20&Itemid=96&lang=pt-br.
54. Melo LM, Machado MMTM, Leite AJM, Rolim KMC. Prematuro: experiência materna durante amamentação em unidade de terapia intensiva neonatal e pós-alta. Rev RENE [Internet]. 2013 [acesso em: 22 maio 2018];14(3):512-20. Disponível em: <http://www.periodicos.ufc.br/rene/article/view/3423/2662>.

55. Kronborg H, Harder I, Hall EOC. First time mothers' experiences of breastfeeding their newborn. *Sex Reprod Health*. 2015;6(2):82-7. <https://doi.org/10.1016/j.srhc.2014.08.004>.
56. Ekström A, Abrahamsson H, Eriksson RM, Mårtensson BL. Women's use of nipple shields – their influence on breastfeeding duration after a process-oriented education for health professionals. *Breastfeed Med*. 2014 Nov;9(9):458-66. <https://doi.org/10.1089/bfm.2014.0026>.
57. Buechner AG, McBride T, Shah PS. Breastfeeding the critically ill newborn: Barriers and supportive practices. In: Cassidy TM. *Breastfeeding: Global Practices, Challenges, Maternal and Infant Health Outcomes*: Nova Science Publishers; 2013. p. 37-60.
58. Rendón-Macías ME, Villasís-Keever MA, del Carmen Martínez-García M. Validation of a clinical nutritional sucking scale. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc* [Internet]. 2016 [acesso em: 4 maio 2018] May–Jun;54(3):318-26. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27100977>.
59. Sakalidis VS, Williams TM, Garbin CP, Hepworth AR, Hartmann PE, Paech MJ, et al. Ultrasound imaging of infant sucking dynamics during the establishment of lactation. *J J Hum Lact*. 2013 May;29(2):205-13. <https://doi.org/10.1177/0890334412452933>.
60. Burton P, Deng J, McDonald D, Fewtrell MS. Real-time 3D ultrasound imaging of infant tongue movements during breast-feeding. *Early Hum Dev*. 2013 Sep;89(9):635-41. <https://doi.org/10.1016/j.earlhumdev.2013.04.009>.
61. Courdent M, Beghin L, Akre J, Turck D. Infrequent stools in exclusively breastfeed infants. *Breastfeed Med*. 2014 Nov;9(9):442-5. <https://doi.org/10.1089/bfm.2014.0050>.
62. Edwards G, Abdulali J, Kumar RR. Meeting the challenge: implementing the Baby Friendly Hospital initiative in a culturally diverse country. *Pract Midwife*. 2011;14(6):12-6.
63. Brown CRL, Dodds L, Legge A, Bryanton J, Semenic S. Factors influencing the reasons why mothers stop breastfeeding. *Can J Public Health*. 2014;105(3):e179-e85. <https://doi.org/10.17269/cjph.105.4244>.
64. Souza EFC, Fernandes RÁQ. Breastfeeding self-efficacy: a cohort study. *Acta Paul Enferm* [Internet]. 2014 Oct [acesso em: 7 out. 2018];27(5):465-470. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002014000500012&lng=en. <https://doi.org/10.1590/1982-0194201400076>.
65. World Health Organization. WHO recommendations on postnatal care of the mother and newborn. Geneva: World Health Organization; 2013. 63 p. [acesso em: 30 jul. 2020]. Disponível em: http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/97603/9789241506649_eng.pdf?sequence=1.
66. Sankar MJ, Sinha B, Chowdhury R, Bhandari N, Taneja S, Martines J, et al. Optimal breastfeeding practices and infant and child mortality: a systematic review and meta-analysis. *Acta Paediatr*. 2015;104(S467):3-13. <https://doi.org/10.1111/apa.13147>.
67. Strong G. Barriers to breastfeeding during the neonatal period. *J Neonatal Nurs*. 2013;19(4):134-8. <https://doi.org/10.1016/j.jnn.2013.04.005>.
68. Chow S, Chow R, Popovic M, Lam H, Merrick J, Ventegodt S, et al. The use of nipple shields: a review. *Front Public Health*. 2015;3(236). <https://doi.org/10.3389/fpubh.2015.00236>.
69. Carvalho M, Gomes CF. *Amamentação: bases científicas*. 4. ed. São Paulo: Guanabara Koogan; 2016. ISBN: 978-8527730747.
70. Morton J, Hall JY, Pessl M. Five steps to improve bedside breastfeeding care. *Nurs womens health*. 2013;17(6):478-88. <https://doi.org/10.1111/1751-486X.12076>.

