

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE
SAÚDE DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE

CRISTIANNY MIRANDA E SILVA

**AVALIAÇÃO DO INCENTIVO AO ALEITAMENTO MATERNO E SEUS FATORES
ASSOCIADOS EM UM BANCO DE LEITE HUMANO REFERÊNCIA EM MINAS
GERAIS**

Belo Horizonte - MG
Faculdade de Medicina
Universidade Federal de Minas Gerais

2016

CRISTIANNY MIRANDA E SILVA

**AVALIAÇÃO DO INCENTIVO AO ALEITAMENTO MATERNO E SEUS FATORES
ASSOCIADOS EM UM BANCO DE LEITE HUMANO REFERÊNCIA EM MINAS
GERAIS**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais como requisito para a obtenção de título de Mestre em Saúde da Criança e do Adolescente.

Linha de Pesquisa: Aleitamento materno

Orientadora: Prof^a Dr^a Luana Caroline dos Santos

Belo Horizonte - MG
Faculdade de Medicina
UFMG
2016

Esse trabalho é vinculado ao Grupo de Pesquisas de Intervenções em Nutrição (GIN) da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS

Reitor: Jaime Arturo Ramirez

Vice-reitora: Sandra Regina Goulart Almeida

Pró-reitor de Pós-Graduação: Rodrigo Antônio de Paiva Duarte

Pró-reitora de Pesquisa: Adelina Martha dos Reis

FACULDADE DE MEDICINA

Diretor: Tarcizo Afonso Nunes

Vice-Diretor: Humberto José Alves

**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE
ÁREA DE CONCENTRAÇÃO EM SAÚDE DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE**

Coordenador: Prof. Eduardo Araújo de Oliveira

Subcoordenador: Prof. Jorge Andrade Pinto

COLEGIADO

Profa. Ana Cristina Simões e Silva

Prof. Eduardo Araújo de Oliveira

Prof. Alexandre Rodrigues Ferreira

Prof. Jorge Andrade Pinto

Profa. Juliana Gurgel

Profa. Maria Cândida Ferrarez Bouzada Viana

Prof. Sérgio Veloso Brant Pinheiro

Profa. Roberta Maia de Castro Romanelli

Dedico esse trabalho ao meu querido pai e amigo, que durante toda a sua vida sempre me apoiou e me encorajou a lutar pelos meus sonhos.

Tenho certeza que você estaria muito orgulhoso de mim por essa conquista.

Agradecimentos

À Deus, que me deu força e determinação para enfrentar todas as dificuldades durante o mestrado e que colocou pessoas maravilhosas no meu caminho, as quais agradeço o privilégio de ter conhecido.

À minha orientadora, Luana, pela oportunidade que me deu em realizar o sonho de um dia fazer o mestrado e pela confiança que depositou em mim para desenvolver esse trabalho. Serei eternamente grata a você.

Ao meu marido, Eduardo, que sempre me apoiou e incentivou a seguir em frente, a não desistir apesar das dificuldades. Agradeço pelo carinho, amor e paciência e por ter participado tão ativamente do desenvolvimento desse trabalho. Amo muito você.

Aos meus filhos, Bruno e Marina, presentes de Deus, pela compreensão e apoio nos momentos de ausência. Amores da minha vida.

À minha mãe que, com toda a sua simplicidade, sempre foi para mim um exemplo de força, disposição e otimismo.

À minha sogra, Nazira, pela amizade e por compartilhar comigo a realização desse sonho.

Às minhas colegas de mestrado, pela amizade, carinho e apoio nos momentos difíceis. Foi muito boa a convivência com vocês nessa jornada.

RESUMO

Introdução: A Iniciativa Hospital Amigo da Criança, por meio dos “Dez Passos para o Sucesso do Aleitamento Materno” e os Bancos de Leite Humano têm se configurado como importantes agentes de promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno. **Objetivo:** Investigar o incentivo ao aleitamento materno a partir da adesão aos passos 3 a 9 dentre os “Dez Passos para o sucesso do Aleitamento Materno” da Iniciativa Hospital Amigo da Criança entre mães atendidas em um Banco de Leite Humano e seus fatores associados. **Metodologia:** Trata-se de um estudo retrospectivo com dados secundários obtidos a partir de protocolo estruturado de atendimento de nutrízes (2009-2012). Foram avaliados dados sociodemográficos maternos, informações acerca dos períodos pré e pós gestacionais e sobre o recém-nascido e o parto. Essas variáveis foram relacionadas a parte dos “Dez Passos para o Sucesso do Aleitamento Materno”. Efetuou-se análise descritiva, aplicação dos testes Kolmogorov-Smirnov, Mann-Whitney, qui-quadrado, teste de Cochran-Armitage, regressão de Poisson simples e com abordagem hierarquizada, além de regressão logística multinomial. **Resultados:** Avaliaram-se 12283 mães, com mediana de 29 (12-54) anos de idade. A análise de práticas educativas segundo os “Dez Passos”, demonstrou maior prevalência do contato pele/pele e amamentação na sala de parto (passo 4), da amamentação exclusiva (passo 6) e sob livre demanda (passo 8) e uso de bicos artificiais (passo 9) entre as mães que receberam orientação sobre amamentação no pré-natal. Já a investigação sobre os fatores associados às orientações sobre aleitamento materno no pré-natal e à amamentação exclusiva entre as nutrízes denotou maior prevalência de orientações entre as mães com maior escolaridade ($\geq$ graduação; RP=3,23; IC95% 1,09-9,52) e as que realizaram acima de 6 consultas pré-natais (RP=1,41; IC95% 1,08-1,84), ao contrário das que realizaram o pré-natal na rede pública (RP=0,48; IC95% 0,38-0,60). Ademais, notou-se maior prevalência de amamentação exclusiva entre as mães que tiveram parto sem complicações (RP=1,37; IC95% 1,24-1,52) e em Hospital Amigo da Criança (RP=1,21; IC95% 1,07-1,38), bebês nascidos a termo (RP=1,49; IC95% 1,38-1,60), as que realizaram mais de 6 consultas pré-natais (RP=1,58; IC95% 1,23-2,03) e cujos filhos não usavam chupeta (RP=1,22; IC95% 1,14-1,30), ao contrário das que tiveram partos cesarianos (RP=0,80; IC95% 0,71-0,90). Quanto ao contato pele/pele entre mãe e filho e à amamentação na sala de parto, identificou-se, menor prevalência dessas práticas entre as mães cujo parto foi realizado nos grandes hospitais da capital (RP=0,89; IC95% 0,82-0,97 e RP=0,41; IC95% 0,34-0,49, respectivamente). Já quanto aos bicos artificiais, notou-se menor chance do seu uso entre bebês nascidos em Hospital Amigo da Criança (OR=0,03; IC95% 0,02-0,05), os amamentados exclusivamente (OR=0,09; IC95% 0,07-0,12) e sob livre demanda (OR=0,53; IC95% 0,40-0,71) e entre aqueles cujas mães foram orientadas sobre amamentação (OR=0,73; IC95% 0,57-0,94). **Conclusão:** Os achados apontaram a importância da adesão aos passos estudados no incentivo ao aleitamento materno, assim como a influência de características sociodemográficas, pré e pós-gestacionais maternas e relacionadas ao recém-nascido e ao parto na realização dessa prática.

Palavras-chave: Aleitamento Materno; Bancos de Leite; Saúde Materno-Infantil; Promoção da Saúde; Relações Mãe-Filho; Cuidado do Lactente.

ABSTRACT

Introduction: The Baby Friendly Hospital Initiative, through the "Ten Steps to Successful Breastfeeding" and the human milk banks are characterized as important agents promoting, protecting and supporting breastfeeding. **Objective:** To investigate the encouragement of breastfeeding upon adherence to steps 3 to 9 of the "Ten steps to successful breastfeeding" of the Baby Friendly Hospital Initiative among mothers assisted at a Human Milk Bank and its associated factors. **Methodology:** This was a retrospective study using secondary data obtained from structured care protocol of nursing mothers (2009-2012). Maternal socio-demographic data, information about the pre- and post-pregnancy and data about the newborn and childbirth were evaluated. These variables were related to part of the "Ten Steps to Successful Breastfeeding". A descriptive analysis, the Kolmogorov-Smirnov test, Mann-Whitney test, chi-square test and Cochran-Armitage test were performed. The simple Poisson regression, a Poisson regression with hierarchical approach, and multinomial logistic regression were also performed. **Results:** 12,283 mothers, with a median of 29 (12-54) years old were evaluated. The analysis of educational practices according to the "Ten Steps" demonstrated higher prevalence of skin to skin contact and breastfeeding in the delivery room (step 4), exclusive breastfeeding (step 6) and breastfeeding on demand (step 8) and use of artificial nipples (step 9) among mothers who received guidance on breastfeeding during prenatal care. The research about the factors associated with guidance on breastfeeding during prenatal care and exclusive breastfeeding among nursing mothers denoted higher prevalence of guidelines among mothers with higher education ($\geq$ bachelor's degree level; PR=3.23, 95%CI 1.09-9.52) and those who had six or more prenatal consultations (OR=1.41, 95%CI 1.08-1.84), unlike those who did prenatal care in the public sector (PR=0.48; 95%CI 0.38-0.60). Furthermore, a higher prevalence of exclusive breastfeeding was noted among mothers who gave birth without complications (OR=1.37, 95%CI 1.24-1.52) and in the Baby Friendly Hospital (PR=1.21; 95%CI 1.07-1.38), those who had term infants (OR=1.49; 95%CI 1.38-1.60), those who did over 6 prenatal visits (OR=1.58; 95%CI 1.23-2.03) and whose children were not using pacifiers (PR=1.22, 95%CI 1.14-1.30), as opposed to who had caesarean sections (PR=0.80; 95%CI 0.71-0.90). As for the skin to skin contact between mother and child and breastfeeding in the delivery room, a lower prevalence of such practices was identified among mothers whose delivery was performed in major hospitals in the capital (PR=0.89, 95%CI 0.82-0.97 and PR=0.41; 95%CI 0.34-0.49, respectively). As for artificial nipples, a lower chance of using pacifiers and nursing bottles was noted among babies that were born in Baby Friendly Hospitals (OR=0.03; 95% CI 0.02-0.05), breastfed exclusively (OR=0.09; 95%CI 0.07-0.12) and on demand (OR=0.53; 95%CI 0.40-0.71) and among those babies whose mothers were counseled on breastfeeding (OR=0.73; 95%CI 0.57-0.94). **Conclusion:** The present findings indicate the importance of adhering to the steps studied in breastfeeding promotion, as well as the influence of sociodemographic characteristics, pre- and post-pregnancy maternal information and characteristics related to the newborn and childbirth in carrying out of this practice.

Keywords: Breast Feeding; Milk Banks; Maternal and Child Health; Health Promotion; Mother-Child Relations; Infant Care.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1: “Dez Passos para o Sucesso do Aleitamento Materno”	29
Quadro 2: Pré-requisitos do Ministério da Saúde na avaliação dos Hospitais Amigos da Criança além dos “Dez Passos.....	30
Quadro 3: Dez Passos da Iniciativa Unidade Básica Amiga da Amamentação	35
Quadro 4: Categorização das variáveis demográficas do estudo	44
Quadro 5: Informações relevantes sobre os períodos pré e pós gestacionais	45
Quadro 6: Informações sobre o recém-nascido e o parto adotadas para este estudo.....	46
Quadro 7: Variáveis relacionadas aos Passos* estudados e associações testadas.....	48
Quadro 8: Características das variáveis do estudo	50
Quadro 9: Variáveis desfecho dos artigos.....	52

LISTA DE FIGURAS

Figura 1: Maternidade Odete Valadares 41

Figura 2: Banco de Leite Humano da Maternidade Odete Valadares 42

Artigo 1

Figura 1: Variáveis relacionadas aos Passos estudados e associações testadas ...75

Artigo 2

Figure 1: Variables Related to Step 3 and Associations Tested. Human Milk Bank (2009-2012).....102

Figure 2: Tendencies for the variables "individual/collective guidance" (A) "collective guidance" (B) and "exclusive breastfeeding" (C) (2009-2012). 106

Figure 3: Factors associated with guidance about breastfeeding (A) and exclusive breastfeeding (B) - prevalence between years.....107

Artigo 3

Figura 1: Contato pele/pele e amamentação na sala de parto segundo modelo hierarquizado. Banco de Leite Humano, Belo Horizonte/MG, Brasil, 2009-2012 128

Figura 2: Síntese dos resultados e integração entre os modelos multivariados - associações negativas e positivas com os desfechos. Banco de Leite Humano, Belo Horizonte/MG, Brasil, 2009 - 2012 132

Artigo 4

Figura 1: Variáveis relacionadas aos passos* 7 e 8 e associações testadas.....150

Figura 2: Modelos multivariados e integrações. Banco de Leite Humano (2009 - 2012) 153

Artigo 5

Figura 1: Variáveis relacionadas ao uso de bicos artificiais - Passo 9 da Iniciativa Hospital Amigo da Criança. Banco de Leite Humano (2009 - 2012). 172

LISTA DE TABELAS

Artigo 1

Tabela 1. Características sociodemográficas e do período pré e pós-gestacional de mães atendidas em um Banco de Leite Humano e dos seus recém-nascidos. Belo Horizonte/MG, 2009 - 2012	76
Tabela 2. Associações entre as variáveis e os passos estudados. Banco de Leite Humano, Belo Horizonte/MG, 2009 - 2012	77
Tabela 3. Razão de prevalência entre as variáveis e os passos 3, 4 e 5. Banco de Leite Humano, Belo Horizonte/MG, 2009 - 2012.....	78
Tabela 4. Razão de prevalência entre as variáveis e os passos 6, 8 e 9 - Banco de Leite Humano, Belo Horizonte/MG, 2009 - 2012.....	79

Artigo 2

Table 1. Characteristics of the population studied per year of the study. Human Milk Bank (2009-2012).....	103
Table 2. Prevalence of Guidance about breastfeeding in regard to the characteristics of the population studied. Human Milk Bank (2009-2012).....	104
Table 3. Prevalence of exclusive breastfeeding in regard to the characteristics of the population studied. Human Milk Bank (2009-2012).....	105

Artigo 3

Tabela 1. Características sociodemográficas e pessoais, da assistência ao pré-natal e hospitalar, gestacionais e sobre o recém-nascido da amostra estudada. Banco de Leite Humano, Belo Horizonte/MG, Brasil, 2009 - 2012	129
Tabela 2. Fatores associados ao contato pele/pele e amamentação na sala de parto da amostra estudada. Banco de Leite Humano, Belo Horizonte/MG, 2009 - 2012 .	130
Tabela 3. Razões de prevalências entre as variáveis e o desfecho “contato pele a pele” (Modelo final) - Banco de Leite Humano, Belo Horizonte/MG, Brasil, 2009 - 2012	131

Artigo 4

Tabela 1. Características e fatores associados ao alojamento conjunto e ao aleitamento materno sob livre demanda da amostra estudada. Banco de Leite Humano (2009 - 2012) 151

Tabela 2: Razões de prevalências entre as variáveis e os desfechos “alojamento conjunto” e “Amamentação sob livre demanda” (Modelos finais) - Banco de Leite Humano (2009-2012) 152

Artigo 5

Tabela 1: Banco de Leite Humano (2009 - 2012). Distribuição da amostra segundo informações sociodemográficas, pessoais e gestacionais maternas e sobre o recém-nascido e o parto.....173

Tabela 2: Banco de Leite Humano (2009 - 2012). Distribuição da amostra segundo variáveis sociodemográficas, pessoais e gestacionais maternas e sobre o recém-nascido e o parto.....174

Tabela 3: Banco de Leite Humano (2009 - 2012). *Odds ratio* ajustada para características sociodemográficas, pessoais e gestacionais maternas e sobre o recém-nascido e o parto associadas ao uso de bicos artificiais segundo regressão logística multinomial 175

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AM.....	Aleitamento materno
AME	Aleitamento Materno Exclusivo
AMLD	Aleitamento Materno Sob Livre Demanda
Anvisa	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
BA	Bahia
BF.....	<i>Breastfeeding</i>
BFH	<i>Baby-Friendly Hospital</i>
BFHI	<i>Baby-Friendly Hospital Initiative</i>
BLH	Banco de Leite Humano
CE	Ceará
CI.....	<i>Confidence interval</i>
CLT	Consolidação das Leis Trabalhistas
DSD.....	Dados sociodemográficos
EBF	<i>Exclusive breastfeeding</i>
ENPACS.....	Estratégia Nacional de Promoção da Alimentação Complementar Saudável
EUA.....	Estados Unidos da América
FAPEMIG	Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de Minas Gerais
FEAMUR	Fundação Estadual de Assistência Médica de Urgência
FHEMIG	Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais
GM	Gabinete ministerial
HAC.....	Hospital Amigo da Criança
HMB	<i>Human Milk Bank</i>
IC.....	Intervalo de confiança
IG	Idade gestacional
IHAC.....	Iniciativa Hospital Amigo da Criança
INAMPS.....	Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social
IUBAAM.....	Iniciativa Unidade Básica Amiga da Amamentação
LBA	Legião Brasileira de Assistência Social
MA.....	Maranhão
MG	Minas Gerais
MOV	Maternidade Odete Valadares
MS	Ministério da Saúde
MT	Mato Grosso
NBCAL	Norma Brasileira de Comercialização de Alimentos para Lactentes e Crianças de Primeira Infância
NC	<i>North Carolina</i>
OMS	Organização Mundial de Saúde
OPAS	Organização Pan-Americana de Saúde
OR.....	<i>Odds Ratio</i>
PA	Pará
PBH.....	Prefeitura de Belo Horizonte
PG	Pré-gestacional
PNDS	Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher
PNIAM.....	Programa Nacional de Incentivo ao Aleitamento Materno
PPP	Pré-parto, parto e pós-parto
PR	<i>Prevalence ratio</i>

RDC Resolução da Diretoria Colegiada
RN Recém-nascido
RP Razão de prevalência
RR Risco Relativo
SAC Sistema de Alojamento Conjunto
SAS *Statistical Analysis System*
SC Santa Catarina
SISVAN Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional
SP São Paulo
SPSS *Statistical Package for the Social Sciences*
SUS Sistema Único de Saúde
TMF Treinamento mãe/filho
UBS Unidade Básica de Saúde
UFMG Universidade Federal de Minas Gerais
UNICEF Fundo das Nações Unidas Para a Infância
USA *United States of America*
vs *Versus*
WHO *World Health Organization*

APRESENTAÇÃO

Esta dissertação compõe-se de uma introdução, referencial teórico, objetivos, e metodologia, seguida pelos resultados. Este item abrange cinco artigos originais, sendo um artigo já publicado, três submetidos à publicação e um a ser submetido em periódico indexado. Em seguida, encontram-se as considerações finais sobre o estudo e as referências bibliográficas, padronizadas conforme as diretrizes Vancouver. Anexos complementam o volume.

Tal formato atende as diretrizes da resolução 03/2010, de 05 de fevereiro de 2010 do colegiado do Programa de Pós-graduação Saúde da Criança e do Adolescente da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais - UFMG.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	18
2. REFERENCIAL TEÓRICO.....	22
2.1. Aleitamento materno	23
2.2. Políticas públicas nacionais de incentivo ao aleitamento materno...	26
2.3. Fatores associados ao aleitamento materno	35
3. OBJETIVOS	38
3.1. Objetivo geral	39
3.2. Objetivos específicos	39
4. METODOLOGIA	40
4.1. Delineamento do estudo	41
4.2. Local do estudo.....	41
4.3. Coleta de dados	43
4.4. Variáveis do estudo	47
4.5. Análise estatística	51
4.6. Aspectos éticos.....	53
5. RESULTADOS.....	54
6. ARTIGOS	56
Artigo 1.....	57
Artigo 2.....	81
Artigo 3.....	108
Artigo 4.....	133
Artigo 5.....	154
7. CONSIDERAÇÕES FINAIS	176
REFERÊNCIAS.....	178
ANEXOS	186

INTRODUÇÃO

1. INTRODUÇÃO

O aleitamento materno (AM) representa a maneira natural e insubstituível de oferecer o melhor alimento ao bebê, com importantes implicações para a saúde materna, além de fortalecer os laços afetivos entre mães e filhos. O leite humano, através de suas propriedades nutricionais e imunológicas, contribui para a manutenção do estado nutricional, crescimento e desenvolvimento saudável das crianças, prevenindo e controlando diversas morbidades na infância e na fase adulta^{1,2}.

A Organização Mundial de Saúde/OMS¹ e o Ministério da Saúde/MS³ recomendam o aleitamento materno exclusivo (AME) nos primeiros seis meses de vida do bebê, a fim de favorecer o crescimento e o desenvolvimento ideais, além de propiciar maior proteção à saúde. A seguir, para satisfazer suas crescentes necessidades nutricionais, as crianças devem receber alimentação complementar nutricionalmente adequada e segura, enquanto o aleitamento materno prossegue até os dois anos de idade ou mais.

Apesar das recomendações, pouca melhoria nos níveis de aleitamento materno exclusivo foi visto na última década, em nível global e na maioria das regiões. Mundialmente, apenas cerca de dois quintos das crianças (39%) são amamentadas exclusivamente entre 0 e 5 meses de idade⁴.

No Brasil, a *II Pesquisa de Prevalência de Aleitamento Materno realizada em 2008 em todas as capitais brasileiras e no Distrito Federal*⁵ demonstrou que, do total de crianças analisadas (n=34.366), 67,7% mamaram na primeira hora de vida, variando de 58,5% em Salvador/BA a 83,5% em São Luís/MA e, 41% dos menores de seis meses estavam em AME, variando de 27,1% em Cuiabá/MT a 56,1% em Belém/PA. A duração mediana do AME foi de 54,1 dias (1,8 meses) e a do AM foi de 341,6 dias (11,2 meses). Além disso, comparando-se os resultados apresentados pelas pesquisas realizadas em 1999 e 2008, constatou-se aumento da prevalência de AME em menores de 4 meses, passando de 35,5% para 51,2%, respectivamente. Incremento semelhante foi verificado entre crianças amamentadas com idade entre 9 e 12 meses, sendo as taxas de 42,4% em 1999 e 58,7% em 2008.

Tais resultados apontam para uma melhora significativa da situação do AM nos últimos anos, porém ainda distante das recomendações nacionais e

internacionais⁵. A Resolução da Assembleia Mundial da Saúde, em 2012, definiu seis metas voluntárias para a melhoria mundial da nutrição até 2025, sendo uma delas o aumento de 50% ou mais da taxa de amamentação exclusiva nos primeiros seis meses de vida⁶.

Nota-se que o êxito ou insucesso da amamentação sofre a influência positiva ou negativa de diversas variáveis demográficas, socioeconômicas e assistenciais (pré e/ou pós-natais), as quais têm sido apontadas como determinantes das práticas alimentares nos primeiros meses de vida⁷.

Diante desse quadro e visando o aumento da duração do tempo de AM, em 1990 a OMS e o Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) propuseram a Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC) com o intuito de fomentar ações durante o período gestacional e puerpério, além da implementação do Código Internacional dos Substitutos do Leite Materno. A IHAC foi implantada no Brasil, pelo MS, em 1992 e é composta por dez medidas incentivadoras do AM, chamadas de “Dez Passos para o Sucesso do Aleitamento Materno”. As instituições que se enquadram em tais recomendações recebem o título de “Hospital Amigo da Criança” (HAC)⁸.

Os Dez Passos abrangem recomendações em prol da amamentação segundo práticas e orientações que incluem desde o período pré-natal até o retorno ao domicílio após o parto, além de capacitar a equipe hospitalar para o adequado fornecimento de informações sobre o aleitamento materno. São eles: 1- ter uma norma escrita sobre aleitamento materno, rotineiramente transmitida a toda a equipe de saúde; 2- treinar toda a equipe de cuidados de saúde, capacitando-a para implementar essa norma; 3- informar a todas as gestantes sobre as vantagens e o manejo do aleitamento materno; 4- ajudar as mães a iniciar a amamentação na primeira hora após o nascimento; 5- mostrar às mães como amamentar e como manter a lactação, mesmo se vierem a ser separadas de seus filhos; 6- não dar ao recém-nascido nenhum outro alimento ou líquido além do leite materno, a não ser que haja indicação médica; 7- praticar alojamento conjunto – permitir que a mãe e o bebê permaneçam juntos 24h por dia; 8- encorajar o aleitamento materno sob livre demanda; 9- não dar bicos artificiais ou chupetas às crianças amamentadas ao seio; e 10- encorajar a criação de grupos de apoio ao aleitamento materno e encaminhar mães aos mesmos, por ocasião da alta hospitalar ou ambulatorial⁹.

Nesse contexto e considerando os benefícios do leite materno para o lactente, é que os Bancos de Leite Humano (BLH) foram criados, com a finalidade de garantir a qualidade do leite humano direcionado a crianças prematuras ou de baixo peso; incentivar o aleitamento materno; além de orientar, apoiar e acompanhar as puérperas e nutrizes que apresentem dificuldades na amamentação, por meio de medidas educativas¹⁰. Trata-se de centros especializados vinculados a um hospital de saúde materno/infantil e representam uma das principais estratégias da Política Nacional de Aleitamento Materno para a redução da mortalidade infantil, promoção, proteção e apoio à amamentação¹¹.

O Banco de Leite Humano da Maternidade Odete Valadares, local de realização da presente pesquisa, destina-se às mães que apresentam dificuldade na prática da amamentação ou que desejam doar o excedente de leite. Além da doação e coleta de leite, esse estabelecimento atende mães e bebês procedentes da própria maternidade ou de outros hospitais e que apresentam intercorrências na amamentação, tais como ingurgitamento, traumas mamilares, relactação, mastites e desmames¹².

A IHAC, a partir do cumprimento dos “Dez Passos para o Sucesso do Aleitamento Materno”, tem contribuído grandemente para a melhoria dos índices de AM¹³, assim como os BLH, enquanto polos de incentivo, apoio e promoção dessa prática¹⁴. Diante disso, torna-se relevante verificar a interface entre essas estratégias por meio da investigação de fatores associados à adesão aos Passos para o sucesso do aleitamento materno, sobretudo em ambientes propícios à sua execução. Acredita-se que os achados desse estudo possam contribuir para o desenvolvimento de ações de incentivo, apoio e promoção do AM.

*REFERENCIAL
TEÓRICO*

2 REFERENCIAL TEÓRICO

O presente referencial teórico contempla as principais contribuições teóricas para o desenvolvimento deste trabalho, sendo abordados aspectos importantes sobre o aleitamento materno no contexto dos “Dez Passos para o Sucesso do Aleitamento Materno” da IHAC como: epidemiologia do AM, políticas públicas de incentivo à amamentação e seus fatores associados.

2.1 Aleitamento materno

O AM é uma prática fundamental para o crescimento e desenvolvimento do lactente, promovendo vários benefícios para a saúde entre os quais, a redução da mortalidade infantil por doenças infecciosas em geral, particularmente por diarreia, pneumonia e sepse neonatal, redução da frequência de doenças alérgicas agudas e crônicas e melhora da cognição e desenvolvimento intelectual. Tais benefícios repercutem na fase adulta, pois as crianças amamentadas apresentam menores níveis médios de colesterol, pressão arterial e prevalência de obesidade. Para a mulher, o AM se relaciona com a menor incidência de hemorragia pós-parto, recuperação mais rápida do peso pré-gestacional, maior intervalo entre partos e redução de risco de alguns tipos de tumores⁸.

Outras vantagens do AM se associam ao estabelecimento do vínculo emocional entre mãe e filho, formação psíquica e emocional da criança, aumento do nível de anticorpos e o ganho de peso do bebê, além de contribuir para o desenvolvimento das estruturas orais responsáveis pelo bom funcionamento da respiração, sucção, deglutição, mastigação e fonoarticulação, favorecendo o padrão nasal de respiração. Representa ainda a principal forma de prover o lactente dos elementos nutricionais mais importantes dos quais necessita¹⁵.

A amamentação natural contribui ainda para a economia com alimentação para o bebê, em virtude da ausência de gastos com a compra de fórmulas, frascos e bicos artificiais, além da diminuição da poluição ambiental em decorrência da menor produção de lixo inorgânico resultante do uso de bicos artificiais e de mamadeiras¹⁶.

A OMS e o MS recomendam aleitamento materno exclusivo durante seis meses e complementado até os dois anos de idade ou mais, não havendo

vantagens em se iniciar a alimentação complementar antes do primeiro semestre de vida¹⁷. Assim, a promoção e o suporte ao AM representam uma das prioridades da saúde pública, tendo em vista as inúmeras vantagens que oferece ao binômio mãe/filho, já comprovadas e amplamente documentadas¹⁸⁻²⁰. Contudo, sabe-se que a interrupção precoce da amamentação ainda representa uma realidade em vários países, incluindo o Brasil²¹.

2.1.1 Epidemiologia do aleitamento materno

As taxas de iniciação (início da amamentação na primeira hora de vida do recém-nascido) e duração do AM diferem entre e dentro dos países, assim como em relação aos diversos grupos sociais e culturais. Na América do Norte, as taxas de iniciação são de aproximadamente 70% enquanto, na Europa, essas taxas variam de 31 a 54% na Irlanda do Norte a 99% na Noruega. Na maior parte da América Latina, Caribe, Ásia e países africanos as mesmas taxas excedem 95%. Entretanto, enquanto as taxas de iniciação apresentam-se relativamente altas em muitos países, as de AM entre 4 a 6 meses são de apenas 30% na América do Norte e ainda mais baixas em muitos países da Europa, América Latina, Ásia, Oriente Médio e África²².

Os dados estatísticos sobre as práticas mundiais de amamentação demonstram a necessidade urgente de planejamento nesta área. Observa-se que apenas dois em cada cinco recém-nascidos são colocados ao peito na primeira hora de vida e aproximadamente a mesma proporção de crianças, com menos de 6 meses de idade, recebem AME. Adicionalmente, aproximadamente três quartos das crianças ainda estão sendo amamentadas no primeiro ano de vida e, apesar da recomendação da Organização Mundial da Saúde de prosseguir com o AM até os dois anos de idade ou mais, apenas cerca de metade das crianças com idade em torno de 2 anos se beneficiam dessa prática⁴.

Tal cenário também varia muito entre as regiões do mundo. A prevalência de crianças que são amamentadas na primeira hora, após o nascimento, varia de 39% na África Ocidental e Central, assim como no sul da Ásia, até 60% nas Áfricas Oriental e Austral. No tocante à continuidade do aleitamento até 2 anos de idade, os percentuais variam de 21% na Ásia Oriental e Pacífico, até 75% no sul da Ásia⁴.

No Brasil, dados da *II Pesquisa de Prevalência de Aleitamento Materno, realizada em 2008 nas capitais brasileiras e Distrito Federal*⁵, apontam melhora

importante da situação do AM nos últimos anos, porém ainda inferior às metas propostas pela OMS e MS.

De acordo com a mesma pesquisa, houve elevação de um mês e meio na duração média de AM no país, comparando-se os anos de 1999 e 2008, passando de 296 para 342 dias, respectivamente. A média nas capitais saltou de 42,2% em 1999 para 58,7% em 2008. Ademais, ocorreu acréscimo de 1 mês na duração do AME, de 23,4 dias para 54,1 dias. Observou-se também uma melhora da prevalência de AME em crianças com idade inferior a 4 meses nas capitais (35,5% em 1999 e 51,2% em 2008), sendo que os aumentos mais expressivos foram nas regiões Sudeste, Norte e Centro-Oeste. Da mesma forma, houve um incremento, nas capitais, do número de crianças amamentadas entre 9 e 12 meses, no período de 1999 a 2008, evoluindo de 42,4%, para 58,7%, respectivamente⁵.

A cidade de Belo Horizonte acompanhou a tendência de progressão dos índices de AM no referido período. A mediana de AM passou de 211,4 dias em 1999 para 300,68 dias em 2008, enquanto a prevalência de AME em menores de 4 meses apresentou acréscimo de 27,2% (22,9% para 50,1%). Ademais, o percentual de crianças entre 9 e 12 meses amamentadas, que era de 39,4% em 1999, atingiu 50,0% em 2008²³.

Diante desse quadro e tendo em vista a preocupação com as altas taxas mundiais de desmame precoce verificadas a partir dos dados epidemiológicos, a OMS e UNICEF mobilizaram diversos países, recomendando aos governos o incentivo ao aleitamento materno²⁴.

Respondendo essa recomendação, várias iniciativas globais de saúde pública têm influenciado positivamente os países a incluir práticas ideais de amamentação e alimentação complementar visando a promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno como parte integrante das suas políticas e programas direcionados à saúde infantil. A "Proteção à amamentação", diz respeito à aplicação da política de direitos da maternidade, adoção do Código Internacional de Comercialização de Substitutos do Leite Materno e resoluções pertinentes da Assembleia Mundial da Saúde. "Promoção" significa garantir que todos os responsáveis por comunicar com o público em geral forneçam informações precisas e completas sobre a amamentação. Já o "Apoio" significa oferecer aconselhamento especializado e receber apoio do sistema de saúde, assim como da comunidade. Tais esforços globais resultam da

evidência científica que mostra que a garantia de práticas ideais de amamentação representa uma das mais importantes estratégias preventivas em prol da saúde infantil²⁵.

2.2 Políticas públicas nacionais de incentivo ao aleitamento materno

O Brasil vem desenvolvendo, no decorrer dos últimos 30 anos, ações de promoção, proteção e apoio ao AM com o objetivo de elevar as taxas de amamentação no país²⁶. Para tal possui a Política Nacional de Promoção, Proteção e Apoio ao Aleitamento Materno, que contempla as seguintes estratégias: Rede Cegonha; Rede Amamenta e Alimenta Brasil; Rede Brasileira de Bancos de Leite Humano, Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC); Método Canguru; Proteção legal ao aleitamento materno; mobilização social; Monitoramento dos indicadores de aleitamento materno²⁷⁻²⁹. Ademais, com o mesmo intuito de fortalecer as ações de promoção e apoio ao AM no país, foram criadas duas outras estratégias, respectivamente, nos estados de Minas Gerais e Rio de Janeiro - o Projeto “Mães de Minas” e a Iniciativa Unidade Básica Amiga da Amamentação (IUBAAM)^{30,31}.

2.2.1 Rede Cegonha

A “Rede Cegonha” é uma estratégia do Ministério da Saúde, operacionalizada pelo Sistema Único de Saúde (SUS), e tem como fundamentos mais importantes os princípios da humanização e assistência, onde as mulheres têm o direito ao planejamento reprodutivo, à atenção humanizada à gravidez, parto e puerpério e, as crianças têm o direito ao nascimento seguro, crescimento e desenvolvimento saudáveis²⁷.

Os principais objetivos da “Rede Cegonha” são: representar um novo modelo de atenção ao parto, nascimento e à saúde da criança; garantir acesso, acolhimento e resolutividade em sua rede de atenção e reduzir a mortalidade materna e neonatal²⁷.

2.2.2 Rede Amamenta e Alimenta Brasil

A “Rede Amamenta e Alimenta Brasil” é o resultado da integração entre a “Rede Amamenta Brasil” e a “Estratégia Nacional de Promoção da Alimentação

Complementar Saudável” (ENPACS). Tal integração surgiu a partir de demandas dos estados e municípios em trabalhar, concomitantemente, a amamentação e a introdução de alimentos na dieta infantil, já que as duas estratégias se complementavam e eram direcionadas ao mesmo público - profissionais das Unidades Básicas de Saúde (UBS), mães, crianças e seus familiares²⁸.

Tal estratégia está inserida na “Rede Cegonha” no âmbito do SUS. Seu objetivo é qualificar os profissionais da Atenção Básica no acompanhamento e fortalecimento das ações de promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno e da alimentação complementar em crianças menores de dois anos, ressaltando a importância do aleitamento materno associado a orientações sobre a introdução adequada de alimentos²⁸.

2.2.3 Rede Brasileira de Bancos de Leite Humano

Os BLH são centros especializados, obrigatoriamente vinculados a um hospital materno e/ou infantil e responsáveis pela promoção e incentivo ao AM além da coleta, processamento e controle de colostro, leite de transição e leite humano maduro, para, em seguida, serem distribuídos mediante prescrição do médico ou nutricionista. São instituições sem fins lucrativos, sendo proibida a comercialização de leite humano, o qual deve ser doado, exclusivamente o excedente, por mulheres em fase de lactação³².

Foram criados com a finalidade de garantir a qualidade do leite humano direcionado, primordialmente, a portadores de necessidades especiais como, recém-nascidos prematuros ou de baixo peso, lactentes portadores de infecções como enteroinfecções, portadores de deficiências imunológicas, principalmente aqueles com alergia à proteína heteróloga e os casos considerados especiais e com justificativa médica³². Além disso, devem fornecer orientações, apoiar e acompanhar puérperas e nutrízes que apresentem dificuldades na prática do aleitamento materno¹⁰.

Utrera Torres *et al.* (2010)³³ avaliaram recém-nascidos com peso inferior a 1500g ou com menos de 32 semanas de gestação, internados em unidade neonatal, entre fevereiro e julho de 2006 e no mesmo período em 2008, quando o BLH já estava funcionando. Observou-se redução da proporção de crianças que receberam fórmula infantil durante as primeiras quatro semanas de vida (60% em 2006 para

37% em 2008; $p=0,01$); e introdução mais precoce da alimentação enteral nas crianças nascidas em 2008, em virtude da disponibilidade do leite humano (16 horas mais cedo em relação às crianças nascidas em 2006; $p<0,001$).

No Brasil, existem 218 BLH e 156 postos de coleta, sendo que 12 desses BLH e 22 dos postos de coleta estão localizados em Minas Gerais³⁴. Ademais, ao se comparar os anos de 2009 e 2012, alvos da presente investigação, observa-se um crescimento nos serviços oferecidos pelos BLH, com incremento anual do volume total, em litros, de leite humano coletado e distribuído, de 0,80% e 0,88%, respectivamente; aumento do número de doadoras (13,21%) e de crianças beneficiadas (7,80%). Da mesma forma, no mesmo período, observou-se evolução anual das taxas relativas ao recebimento, pelas mães, de atendimento em grupo, atendimento individual e visita domiciliar por profissionais dos BLH, correspondendo a 23,83%, 29,15% e 9,08%, respectivamente³⁵.

Estimativas mais recentes demonstram que, entre os anos de 2013 e 2014, houve um acréscimo anual do volume total, em litros, de leite humano coletado e distribuído, de 3,73% e 10,03%, respectivamente. Adicionalmente, ocorreu um incremento de 2,3% do número de doadoras e elevação anual do percentual de atendimentos em grupo, individual e de visitas domiciliares de 10,61%, 12,31% e 8,07%, respectivamente³⁶.

2.2.4 Iniciativa Hospital Amigo da Criança

A IHAC da OMS/UNICEF é um programa mundial, lançado em 1991, revisado e atualizado em 2006. Seu objetivo é favorecer a melhoria da saúde e sobrevivência infantil, incentivando as maternidades a proteger, promover e apoiar a amamentação, a partir do envolvimento de profissionais de saúde e trabalhadores de hospitais e maternidades³⁷. Tal envolvimento se dá por cursos de capacitação tendo como base os “Dez passos para o sucesso do aleitamento materno” (Quadro1) preconizado pela OMS/UNICEF⁹.

Quadro 1 - “Dez Passos para o Sucesso do Aleitamento Materno”.

Passo	Procedimento
1	Ter uma norma escrita sobre aleitamento materno, a qual deve ser rotineiramente transmitida à equipe de saúde
2	Treinar toda a equipe de forma a capacitá-la para implementar essa norma
3	Informar às gestantes sobre as vantagens e manejo do aleitamento
4	Ajudar as mães a iniciar a amamentação na primeira meia hora após o parto
5	Mostrar as mães como amamentar e como manter a lactação, mesmo se vierem a se separar de seus filhos
6	Não oferecer aos recém-nascidos nenhum outro alimento ou bebida além do leite materno, exceto se indicado pelo médico
7	Praticar o alojamento conjunto, permitindo que as mães e seus filhos permaneçam juntos 24 horas por dia
8	Incentivar o aleitamento sob livre demanda
9	Não dar bicos artificiais ou chupetas aos bebês amamentados ao seio
10	Incentivar a formação de grupos de apoio à amamentação para as mães, logo depois da alta hospitalar ou ambulatorial

Fonte: BRASIL (2011)⁹.

Os dez passos representam um conjunto de medidas que visam atingir as metas contidas na “Declaração de Innocenti” fornecendo informações para gestantes e nutrízes a respeito dos benefícios e manejo adequado da amamentação, noções sobre a lactação, estímulos para produção de leite, resoluções de problemas que envolvem a amamentação, vantagens do aleitamento e desvantagens do consumo de substitutos do leite materno. Os HAC qualificados nessa categoria assumem o compromisso formal de colocar em prática os “Dez passos para o sucesso do aleitamento materno”, passando a serem considerados referência em aleitamento materno e no atendimento humanizado ao recém-nascido, além de locais de capacitação de equipes multiprofissionais de saúde^{38,39}.

Como ponto de partida para a implementação da IHAC, foram selecionados 12 países, entre eles o Brasil, para tornar os dez passos uma realidade na rede hospitalar³⁹. Assim, em 1992, o MS e o Grupo de Defesa da Saúde da Criança, com o apoio da UNICEF e da Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) instauraram a IHAC no Brasil. Posteriormente, no ano de 1998, o Programa Nacional de Incentivo ao Aleitamento Materno (PNIAM) foi responsável pela implantação dos dez passos em hospitais e maternidades do país, passando a fazer parte da Área de Saúde da Criança da Secretaria de Políticas de Saúde do MS³⁹. Atualmente, há mais de 20 mil hospitais credenciados em 156 países do mundo, sendo 333 (aproximadamente 1,67%) no Brasil⁹.

De forma diversa, em relação aos outros países, o MS estabeleceu no Brasil, através da Portaria nº 756 de 2004, outros dez pré-requisitos além dos “Dez Passos” no processo de titulação dos hospitais, com o intuito de verificar a qualidade da assistência prestada à mãe e ao bebê⁴⁰ (Quadro 2).

Quadro 2 - Pré-requisitos do Ministério da Saúde na avaliação dos Hospitais Amigos da Criança além dos “Dez Passos”.

Pré-requisito	Procedimento
1	Comprovar cadastramento no Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde
2	Comprovar cumprimento à Norma Brasileira de Comercialização de Alimentos para Lactentes e Crianças na Primeira Infância
3	Não estar respondendo à sindicância no Sistema Único de Saúde
4	Não ter sido condenado judicialmente, nos últimos 2 anos, em processo referente à assistência ao pré-parto, parto, puerpério e período de internação em unidade de cuidados neonatais
5	Ter profissional capacitado para assistir a mulher e o bebê durante o parto
6	Garantir que, após a habilitação, pelo menos 70% dos recém-nascidos recebam alta hospitalar com o Registro de Nascimento Civil, comprovado pelo Sistema de informações Hospitalares
7	Possuir comitê de investigação de óbitos maternos, infantis e fetais
8	Apresentar taxa percentual de cesarianas conforme a estabelecida pelo gestor estadual/municipal
9	Apresentar tempo de permanência hospitalar mínimo de 24 horas para parto normal e de 48 horas para parto cesárea
10	Permitir a presença de acompanhante no alojamento conjunto

Fonte: SEKYIA; LUZ (2010)⁴⁰.

2.2.4.1 Promoção, proteção e apoio ao AM a partir dos “Dez passos para o sucesso do aleitamento”

Estudos realizados em vários países, inclusive no Brasil, confirmam que a IHAC representa uma estratégia efetiva e ressaltam a coerência e viabilidade dos “Dez Passos para o Sucesso do Aleitamento Materno”⁹.

Em uma pesquisa realizada no Egito, notou-se que a implantação dos Dez Passos da IHAC pode ser uma poderosa ferramenta educacional para o sucesso da amamentação quando empregada para atingir tanto os partos realizados em casa quanto os hospitalares. Demonstrou-se ainda a importância do envolvimento da

família ao longo da implementação dos “Dez Passos” e a formação de grupos de apoio materno, levando-se em conta as diferenças culturais das mulheres. Adicionalmente, sugeriu-se campanhas publicitárias e treinamentos sobre como lidar com as diversas necessidades das mães de diferentes classes sociais, faixas etárias e níveis de escolaridade⁴¹.

A IHAC é o programa mais amplamente divulgado para o aumento das taxas de amamentação⁴². Na Croácia, com o intuito de avaliar o impacto do curso de 20 horas da UNICEF e da Organização Mundial de Saúde sobre taxas de AM, observou-se que, três meses após o treinamento, a realização de três dos passos da IHAC (passos 4, 7, e 8) aumentaram significativamente. Ademais, a proporção de recém-nascidos amamentados exclusivamente durante as primeiras 48 horas subiu de 6,0% para 11,7% ($p<0,005$).

Ortiz *et al.* (2011)⁴³ evidenciaram os benefícios do credenciamento na IHAC comparando o cumprimento dos Passos de 4 a 10 dos “Dez Passos para o Sucesso do Aleitamento Materno” entre hospitais de Salvador, Bahia. Notou-se maior adesão ($p<0,05$) aos Passos 5 (77% vs 35,9%), 6 (81% vs 31%), 8 (77% vs 52,4%) e 9 (100% vs 94,2%) entre aqueles credenciados na IHAC.

Vannuchi; Monteiro; Réa (2012)⁴⁴ descreveram os resultados obtidos a partir de inquéritos para verificação do cumprimento dos “Dez Passos”, realizados no início de 1995 e no final de 1998, respectivamente antes e após a implantação da IHAC no Hospital Universitário Regional do Norte do Paraná, Londrina. Constatou-se que a estratégia implantada contribuiu para o aumento do índice de AME (6,7% vs 80,2% dos recém-nascidos em AME, respectivamente) e a substituição das fórmulas lácteas pelo leite humano (93,3% vs 19,8% dos recém-nascidos amamentados com leite artificial, respectivamente).

Informações divulgadas pelo PNIA/UNICEF comprovam que a adoção dos “Dez Passos” e as ações de incentivo ao AM têm desencadeado expressivo aumento nas taxas de amamentação em várias regiões do Brasil^{38,40} havendo necessidade, contudo, de educação continuada das pessoas envolvidas, maior humanização dos serviços de saúde, além do aumento da cobertura e investimentos em recursos humanos e materiais⁹.

2.2.5 Método Canguru

Constitui um modelo de assistência perinatal voltado para a atenção humanizada do recém-nascido de baixo peso, reduzindo o tempo de separação e fortalecendo o vínculo entre mães e filhos. Além disso, permite um controle térmico favorável, reduz o risco de infecção hospitalar, diminui o estresse e a dor do recém-nascido, favorece o desenvolvimento neurocomportamental e psicoafetivo do bebê, fortalece a confiança e o aprimoramento nos cuidados da criança durante e após a alta hospitalar, reduz a frequência de reinternações e permite a otimização dos leitos de Unidades de Terapia Intensiva e de Cuidados Intermediários Neonatais⁴⁵.

É regulamentada por norma técnica lançada em dezembro de 1999, publicada em 5 de julho de 2000 pela Portaria Ministerial nº 693 e atualizada pela portaria GM nº 1683 de 12 de julho de 2007⁴⁶.

Em pesquisa realizada, em 2004, com 985 recém-nascidos pesando entre 500 e 1749 g, observou-se a efetividade do Método Canguru na promoção do AM ao se comparar unidades com (n=8) e sem (n=8) o método, sendo identificado melhor desempenho das unidades canguru em relação ao AME na alta (69,2% vs 23,8%).⁴⁷.

Identificou-se, no entanto, que apesar do esforço do MS em capacitar maternidades e normatizar o Método Canguru nos serviços de saúde, a sua implantação nem sempre foi efetivada devido, principalmente, à falta de apoio dos gestores e à presença da rotina institucional estabelecida⁴⁵.

2.2.6 Proteção legal ao aleitamento materno

Uma importante medida, criada com o intuito de proteger legalmente o AM, foi a aprovação da Norma Brasileira de Comercialização de Alimentos para Lactentes e Crianças de Primeira Infância (NBCAL). Esta busca garantir a segurança alimentar como um direito humano, em consonância com as políticas públicas, a partir da redução do *marketing* abusivo e as pressões exercidas pelas grandes indústrias que prestam serviços ao grupo materno-infantil, em caráter público ou privado. A NBCAL teve sua primeira versão publicada como Resolução do Conselho Nacional de Saúde, no ano de 1988²⁶.

De modo complementar, em 2006, foi publicada a Lei nº 11.625 que regulamenta a comercialização de alimentos para lactentes e crianças de primeira infância e produtos de puericultura, além de proibir a promoção e doação de

substitutos do leite materno, suprimentos gratuitos ou subsidiados, em todo o sistema de saúde²⁶.

Outras medidas de proteção ao AM abrangem a publicação da Lei nº 11770, em 11 de setembro de 2008, e da portaria governamental regulamentando a criação de Salas de Apoio à Amamentação em empresas públicas ou privadas, em 2009. A primeira incentiva as empresas a estenderem a licença maternidade para seis meses, mediante concessão de incentivo fiscal⁴⁸. A segunda permite às mulheres que retornaram ao trabalho, após a licença maternidade, retirar e armazenar o seu leite durante o período de trabalho e levá-lo ao seu filho ao final do expediente⁴⁹.

2.2.7 Ações de mobilização social

Entre as ações de mobilização social, estão os projetos “Carteiro Amigo” e “Bombeiro Amigo da Amamentação”. O primeiro, criado pela Empresa Brasileira de Correios e Telégrafos em parceria com o MS, nasceu no Ceará em 1996 como uma estratégia destinada a combater a desnutrição e a mortalidade infantil no estado e posteriormente se expandiu para o restante do país. Os carteiros participam do Projeto informando a nutrízes e gestantes sobre as vantagens da amamentação natural e distribuindo *folders* do MS contendo os “Dez Passos para o Sucesso do Aleitamento materno”⁵⁰. O segundo, numa parceria desenvolvida com os BLH, também participa da promoção do AM buscando o leite doado nas residências das mulheres doadoras²⁹.

Outras ações foram a Portaria GM/MS nº 1893, instituída em 2003, a qual oficializou o dia 1º de outubro como o “Dia Nacional de Doação de Leite Humano” buscando aumentar a doação de leite humano no Brasil e a Portaria/MS nº 2394. Esta, criada em 2009, em parceria com a Sociedade Brasileira de Pediatria, instituiu a “Semana Mundial de Amamentação” no país, tendo como data os dias 1º a 7 de agosto, com a participação da mídia e diversos setores da sociedade^{51,29}.

2.2.8 Monitoramento das ações e práticas de amamentação no Brasil

Os dados relativos à prevalência do AM representam uma das formas de se avaliar as ações de promoção, proteção e apoio à amamentação e fornecem subsídios para o desenvolvimento de estratégias e compreensão dos progressos obtidos²⁴. Nesse sentido, pode-se citar como formas de monitoramento, os

inquéritos nacionais sobre amamentação realizados em 1999 e em 2008, além de outras pesquisas como a “Pesquisa de Demografia e Saúde”, de 10 em 10 anos²⁹ e pesquisas locais desenvolvidas em diferentes cenários do âmbito nacional^{7,52,53}.

2.2.9 Projeto “Mães de Minas”

O projeto “Mães de Minas” constitui um conjunto de ações de saúde direcionadas à proteção e cuidado da gestante e da criança no primeiro ano de vida. Lançado em 2011, tal projeto faz parte da Rede Viva Vida de atenção à mulher e à criança e tem como principais objetivos: garantir proteção social à criança e gestante de risco através de ações de mobilização social e constituição de parcerias com setores do governo e entidades da sociedade civil; identificar todas as gestantes a partir da implantação do Sistema de Identificação da Gravidez em Minas Gerais (*Call Center* 155); acompanhar e monitorar as gestantes e as crianças menores de 1 ano por meio de uma central de atendimento telefônico; garantir assistência à gestante e bebê através da Rede Viva Vida e gestão dos sistemas de apoio diagnóstico e logístico³⁰.

Em 2013, foram cadastradas no “Mães de Minas” mais de 140 mil gestantes de todo o Estado e mais de 34 mil crianças de até um ano de idade⁵⁴.

2.2.10 Iniciativa Unidade Básica Amiga da Amamentação

Tendo em vista o importante papel da atenção primária à saúde, na assistência às gestantes, puérperas e bebês, em 1999 foi lançada, no estado do Rio de Janeiro, a proposta da Iniciativa Unidade Básica Amiga da Amamentação (IUBAAM). Essa iniciativa preconiza a importância do suporte que essas unidades de saúde, juntamente com os hospitais, podem desenvolver a fim de tornar o aleitamento materno uma prática universal, contribuindo para a saúde e bem estar dos bebês, suas mães, família e comunidade local. Para receber o título de Unidade Básica Amiga da Amamentação, o serviço deverá cumprir os “Dez Passos” previstos na IUBAAM³¹ (Quadro 3).

Quadro 3 - Dez Passos da Iniciativa Unidade Básica Amiga da Amamentação.

Passo	Procedimento
1	Ter uma norma escrita quanto à promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno que deverá ser rotineiramente transmitida a toda a equipe da unidade de saúde.
2	Treinar toda a equipe da unidade de saúde, capacitando-a para implementar esta norma.
3	Orientar as gestantes e mães sobre seus direitos e as vantagens do aleitamento materno, promovendo a amamentação exclusiva até os 6 meses e complementada até os 2 anos de vida ou mais.
4	Escutar as preocupações, vivências e dúvidas das gestantes e mães sobre a prática de amamentar, apoiando-as e fortalecendo sua autoconfiança.
5	Orientar as gestantes sobre a importância de iniciar a amamentação na primeira hora após o parto e de ficar com o bebê em alojamento conjunto.
6	Mostrar às gestantes e mães como amamentar e como manter a lactação, mesmo se vierem a ser separadas de seus filhos.
7	Orientar as nutrizes sobre o método da amenorreia lactacional e outros métodos contraceptivos adequados à amamentação.
8	Encorajar a amamentação sob livre demanda.
9	Orientar gestantes e mães sobre os riscos do uso de fórmulas infantis, mamadeiras e chupetas, não permitindo propaganda e doações destes produtos na unidade de saúde.
10	Implementar grupos de apoio à amamentação acessíveis a todas as gestantes, e mães, procurando envolver os familiares.

Fonte: MARTINS; MONTRONE (2009)³¹.

2.3. Fatores associados ao aleitamento materno

O estudo dos determinantes do sucesso ou fracasso da prática da amamentação pode ser muito útil para o conhecimento dos fatores envolvidos na duração do AM, além de representar importante instrumento utilizado para o planejamento de ações e políticas voltadas para o incremento dos seus índices. Contudo, ressalta-se a consideração da amamentação como hábito alimentar estando, pois ligada a padrões socioeconômico-culturais próprios e heterogêneos, salientando a necessidade de diagnósticos locais^{7,52,55}.

Bittencourt *et al.* (2005)⁵⁶ investigaram os fatores de proteção da amamentação exclusiva no estado de Pernambuco e observaram que a maior distância dos serviços de saúde (OR 11,61; IC95% 2,31-63,34; $p=0,005$), renda *per capita* igual ou superior a um salário mínimo e início do pré-natal no primeiro trimestre favoreceram o AME.

Em Minas Gerais (MG), na cidade de Montes Claros, Caldeira; Goulart (2000)⁷ avaliaram a situação do aleitamento materno entre crianças menores de dois anos de idade e denotaram que os fatores de risco para o desmame precoce foram baixo peso ao nascimento (OR=2,65; IC95%=1,10-6,40), dificuldades iniciais para

amamentar (OR=1,86; IC95%=1,21-2,85) e a falta de incentivo para amamentação nas consultas médicas de puericultura (OR=1,75; IC95%=1,15-2,66).

Já no município de Itaúna, MG, as principais variáveis relacionadas negativamente ($p<0,05$) ao tempo de AME foram intenção de amamentar <12 meses; peso do recém-nascido $< 2500\text{g}$ e uso de chupeta. O AM, por sua vez, se associou de modo inverso ($p<0,05$) a idade materna <20 anos; número de consultas pré-natais <5 e >9 ; uso de álcool ou tabaco; tempo da primeira mamada >6 horas e uso de chupeta⁵⁵.

Ainda em MG, em três municípios da região do Alto Jequitinhonha (Carbonita, São Gonçalo do Rio Preto e Datas), verificou-se em 450 crianças com até 24 meses de idade, que o risco de interrupção precoce do AM foi 1,59 (1,08 - 2,36) vezes maior quando a escolaridade paterna era maior ou igual ao segundo grau completo; 1,52 (1,00 - 2,34) vezes maior quando o pai não residia com a criança e 3,07 (2,17 - 4,34) vezes maior quando as crianças usaram chupeta⁵⁷.

No Estado de São Paulo (SP), foram identificados, em 84 municípios, que não nascer em HAC (OR 1,34; IC 1,13-1,59) ou em municípios com este programa (OR 1,21; IC 1,08-1,36) e ser primeiro filho (OR 1,30; IC 1,23-1,37) foram fatores de risco para o desmame⁵².

Na cidade de Piracicaba, SP, foram demonstrados os fatores que influenciavam a ocorrência do desmame precoce (abandono da amamentação natural antes dos seis meses de vida do bebê) e do aleitamento prolongado (extensão da amamentação natural além do primeiro ano de vida do bebê) entre mães de nível socioeconômico médio e baixo, residentes no local. No grupo de aleitamento materno prolongado, observou-se que existia um maior número de mães com experiência prévia em AM ($p=0,006$) e pertencentes à classe média inferior ($p<0,05$). Com relação ao grupo de desmame precoce, notou-se menor número de filhos ($p=0,018$); maior percentual de mães solteiras ($p=0,008$); e menor idade (média de 22,6 vs 27,2 anos entre aquelas do grupo aleitamento materno prolongado) ($p=0,033$)⁵⁸.

Já no Rio Grande do Sul, na cidade de São Leopoldo, Feldens *et al.* (2012)²⁰ observaram que as taxas de descontinuidade da amamentação foram maiores para as mães que apresentaram maior grau de depressão (baixo grau: RR=1,59; 95% IC 1,02-2,47; grau moderado a severo: RR=2,03; 95% IC 1,35-3,01); uso de mamadeira

(RR=2,07; 95%IC 1,31-3,28) e chupeta no primeiro mês de vida (RR=3,12; 95%IC 2,13-4,57).

Dentre os fatores identificados nas pesquisas como associados positivamente ao AM e como fator importante para o seu sucesso, está o aconselhamento, durante o período pré-natal, a respeito dos seus benefícios tanto para a mãe quanto para o bebê¹¹.

Um estudo de revisão sistemática realizado com o intuito de comparar as prevalências e os fatores determinantes do aleitamento materno em diferentes cidades e estados brasileiros (1998-2013), denotou que, apesar dos esforços, os índices de AM nos municípios brasileiros ainda é baixo. Adicionalmente, baixa renda e baixa escolaridade foram apontadas como possíveis responsáveis pelo desmame precoce levando as mães a retornarem precocemente ao mercado de trabalho, abandonando o aleitamento. No tocante às variáveis do lactente, o uso de chupeta representou o maior agente facilitador ao desmame⁵⁹.

Diante do exposto e ressaltando a importância do aleitamento materno e dos programas de incentivo ao aleitamento natural como agentes aliados na promoção da saúde materno-infantil, torna-se relevante identificar os fatores que possam interferir na amamentação e sua duração. Esses poderão contribuir para o estabelecimento de ações de incentivo, apoio e promoção do AM, em diferentes cenários.

OBJETIVOS

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo Geral

Investigar o incentivo ao aleitamento materno a partir da adesão a parte dos “Dez Passos para o sucesso do Aleitamento Materno” da Iniciativa Hospital Amigo da Criança entre mães atendidas em um Banco de Leite Humano e os seus fatores associados.

3.2 Objetivos Específicos

- Avaliar práticas educativas segundo os “Dez Passos para o Sucesso do Aleitamento Materno” em um Banco de Leite Humano (artigo 1).
- Avaliar os fatores associados às orientações sobre aleitamento materno e ao aleitamento materno exclusivo entre nutrizas atendidas em um Banco de Leite Humano, entre os anos de 2009 a 2012 (artigo 2).
- Investigar fatores (sociodemográficos e pessoais, relativos ao pré-natal e gestacionais e sobre a atenção hospitalar e o recém-nascido) associados ao contato pele/pele entre mãe e filho e à amamentação na sala de parto entre nutrizas atendidas em um Banco de Leite Humano (artigo 3).
- Avaliar o papel do Sistema de Alojamento Conjunto na promoção do aleitamento materno sob livre demanda e seus fatores associados, entre nutrizas atendidas em um Banco de Leite Humano (artigo 4).
- Avaliar os fatores associados ao uso de bicos artificiais (chupeta e/ou mamadeira) entre bebês de mães atendidas em um Banco de Leite Humano (artigo 5).

_____ *METODOLOGIA*

4. METODOLOGIA

4.1 Delineamento do estudo

Trata-se de um estudo transversal, retrospectivo quantitativo realizado com base em informações obtidas de mães atendidas de 2009 a 2012 no Banco de Leite Humano da Maternidade Odete Valadares (MOV), a qual faz parte da rede pública da cidade de Belo Horizonte e que tem o título de Hospital Amigo da Criança, concedido pela OMS, UNICEF e MS.

4.2 Local do estudo

4.2.1 Maternidade Odete Valadares – localização e histórico

Este estudo foi realizado na MOV, a qual faz parte da Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais (FHEMIG) (Figura 1). Foi inaugurada em 1955 e, desde sua fundação até a década de 80, funcionou somente como uma “Casa de Parto”. Nos anos de 1956 a 1971, esteve vinculada à Santa Casa de Misericórdia e, de 1971 a 1976, a Fundação Estadual de Assistência Médica de Urgência (FEAMUR) começou a manter a maternidade com seu caráter filantrópico. Em 1977, fazia parte da Legião Brasileira de Assistência Social (LBA) passando, em seguida, para o Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social (INAMPS) e, em 1991, para a Fhemig⁶⁰.



Figura 1 – Maternidade Odete Valadares

No ano de 1980, a MOV passou a funcionar como um Pronto Socorro Obstétrico/ Ginecológico atendendo, principalmente, casos de gravidez de alto risco, o que levou à criação do ambulatório de pré-natal, ginecologia e planejamento familiar. Em 1986, a maternidade tornou-se um centro especializado em gestação de alto risco e inaugurou o Banco de Leite Humano, referência no estado de Minas Gerais, tendo como principal meta o incentivo ao aleitamento materno e a redução da mortalidade infantil⁶⁰.

Atualmente, a MOV continua desenvolvendo assistência integral à saúde da mulher e ao recém-nascido, funcionando também como Hospital Escola, oportunizando a capacitação e aprimoramento de atividades desenvolvidas por profissionais de saúde⁶⁰.

4.2.2 Banco de Leite Humano da Maternidade Odete Valadares

O BLH da MOV (Figura 2) foi inaugurado em outubro de 1986, numa parceria com a extinta LBA, em decorrência do diagnóstico da situação da saúde materno-infantil em Belo Horizonte e a implementação do PNIAM¹².



Figura 2 – Banco de Leite Humano da Maternidade Odete Valadares

Em 1999, foi reconhecido pelo Ministério da Saúde e pela Secretaria de Estado de Saúde como referência para o estado de Minas Gerais, oferecendo

suporte às mães que apresentam dificuldade para amamentar ou que desejam doar o excesso de leite¹².

Dentre as atividades e serviços desenvolvidos, destacam-se¹²:

- Atendimento pediátrico para os bebês de mães nutrízes e que estiveram internados em Alojamento Canguru;
- Atendimento psicológico;
- Curso mensal gratuito: Casal Grávido;
- Reuniões educativas para mães de bebês prematuros internados na neonatologia;
- Treinamentos para profissionais de saúde em aconselhamento e manejo clínico da amamentação;
- Visita domiciliar para coleta de leite materno;
- Coleta, processamento, controle de qualidade e distribuição do leite humano pasteurizado, seguindo critérios do Banco de Leite Referência Nacional;
- Assessoria, formação, aperfeiçoamento e montagem de postos de coleta e bancos de leite do Estado de Minas Gerais;
- Campo de estágio para estudantes de Medicina, Enfermagem, Fisioterapia e Nutrição.

4.3 Coleta de dados

Foi realizado um levantamento de informações referentes às mães que procuraram o serviço do BLH, no período de 2009 a 2012, por encaminhamento médico ou por demanda espontânea, para atendimento de intercorrências ou busca de orientações sobre a prática do AM. Tais informações estavam presentes em formulários de atendimento específicos da instituição (Anexo A), cujos dados foram coletados pelos funcionários do BLH, através de entrevista pessoal, no momento em que as mães eram recepcionadas para o atendimento.

A coleta de dados teve início em 2009 e finalizou em 2012, quando a amostra já apresentava tamanho suficiente para a realização da presente pesquisa. Foram avaliados os formulários de atendimento de todas as mães que compareceram ao BLH durante esse período. Tais protocolos continham dados referentes às características sociodemográficas maternas, informações relevantes acerca dos períodos pré e pós gestacionais e relativas ao recém-nascido e ao parto.

As informações sociodemográficas maternas, incluíam idade, local de residência da usuária, escolaridade, profissão e estado civil e foram categorizadas segundo descrições apresentadas no quadro 4.

Quadro 4 - Categorização das variáveis demográficas do estudo.

Variável	Critério utilizado para a categorização	Descrição
Idade	Faixa etária* (anos)	<20 (adolescentes) 20 a 29 30 a 39 40 a 49 ≥50
Idade (2)	Faixa etária* (anos)	<20 (adolescentes) 20 a 29 30 a 39 ≥40
Cidade	Capital estadual e proximidades**	Belo Horizonte Região metropolitana Demais cidades
Escolaridade	Níveis de escolaridade***	Analfabeto Ensino fundamental Ensino médio Nível técnico ≥Graduação
Profissão	Profissões mais relatadas	Do lar Estudante Profissões remuneradas
Estado civil	Código civil brasileiro****	Solteira Casada Divorciada Viúva
Estado civil (2)	Código civil brasileiro****	Solteira Casada Outros

Fonte: Elaborado para fins deste estudo.

Nota: *WHO (1986)⁶¹; **PBH [2013?]⁶²; ***BRASIL (1996)⁶³; ****BRASIL (2002)⁶⁴.

Foram realizadas categorizações diferenciadas a fim de favorecer os tipos de análises em teste.

Em relação às informações relevantes acerca dos períodos pré e pós-gestacionais, as que foram utilizadas no presente estudo encontram-se descritas no quadro 5.

Quadro 5 - Informações relevantes sobre os períodos pré e pós-gestacional.

Informação		Detalhes/ Categorização
Pré-natal	Realização do pré-natal	Sim/Não
	Local de realização	Público/Privado/Não realizado
	Número de consultas*	Até 3 De 4 a 6 Acima de 6
Orientações sobre aleitamento materno no pré-natal	Tipo de orientações recebidas	Sim/Individual Sim/Em grupo Não
	Orientações sobre aleitamento materno	Sim/Não
Outras informações relevantes	Amamentação anterior	Sim/Não
	Número de filhos	0 1 2 3 ou mais
	Morbidade referida	Sim/Não
	Uso de medicamentos	Sim/Não
	Tabagista	Sim/Não

Fonte: Elaborado para fins deste estudo.

*BRASIL (2005)⁶⁵.

No que se refere aos dados sobre o recém-nascido e o parto, estes estão descritos no quadro 6.

Quadro 6- Informações sobre o recém-nascido e o parto adotadas para este estudo.

Informação		Detalhes/Categorização
Parto	Local do parto	HAC Hospital 2 Hospital 3 Hospital 4 Hospital 5 Outros
	Local do parto (2)	HAC Grandes hospitais da capital Outros
	Tipo de parto	Normal Cesárea Fórceps
Peso	Peso ao nascer (gramas)*	Baixo peso: <2.500 Peso insuficiente: 2.500 a 2.999 Peso adequado: ≥3.000
	Peso ao nascer (2) (gramas)**	Baixo peso: <2.500 Peso adequado: ≥2.500
Outras informações relevantes	Gestação múltipla	Sim/Não
	Idade gestacional de nascimento***	<37 semanas: RN pré-termo 38 a 42 semanas: RN a termo
	Ocorrência de complicações no parto	Sim/Não
	Permanência em alojamento conjunto	Sim/ Não
	RN pele a pele	Sim/Não
	Amamentação na sala de parto	Sim/Não
	Amamentação sob livre demanda	Sim/Não
	Uso de bicos artificiais	Sim/Não
	Aleitamento materno exclusivo	Sim/Não

Fonte: Elaborado para fins deste estudo.

Nota: *NACIF; VIEBIG (2008)⁶⁶; **BRASIL (2004)⁶⁷; ***NACIF; VIEBIG (2008)⁶⁸.

HAC: Hospital Amigo da Criança; RN: Recém-nascido.

Foram realizadas categorizações diferenciadas a fim de favorecer os tipos de análises em teste.

Ademais, foram observados os motivos que levaram as mães a procurar o Banco de leite Humano, dentre eles o “treinamento mãe/filho em amamentação - TMF”, variável esta utilizada no artigo 1 do presente estudo.

Para investigar o incentivo ao aleitamento materno, as variáveis obtidas a partir do formulário de atendimento da instituição foram relacionadas com os Passos 3 (informar todas as gestantes atendidas sobre as vantagens e o manejo da amamentação), 4 (ajudar a mãe a iniciar a amamentação na primeira meia hora após o parto), 5 (mostrar às mães como amamentar e como manter a lactação, mesmo se vierem a ser separadas de seus filhos), 6 (não dar a recém-nascido nenhum outro alimento ou bebida além do leite materno, a não ser que tenha indicação clínica), 7 (praticar o alojamento conjunto, permitindo que mães e bebês permaneçam juntos 24 horas por dia), 8 (encorajar a amamentação sob livre demanda) e 9 (não dar bicos artificiais ou chupetas a crianças amamentadas), dentre os “Dez Passos para o Sucesso do Aleitamento Materno”⁹ preconizados pela IHAC (Quadro 7).

Os demais Passos - 1, 2 e 10 correspondem, respectivamente, à: presença de norma escrita sobre aleitamento materno e ser rotineiramente informada à equipe de saúde; capacitação contínua da equipe de saúde e incentivar a formação de grupos de apoio à amamentação, para os quais as mães devem ser direcionadas após a alta hospitalar. Esses Passos não foram incluídos no estudo tendo em vista não serem contemplados no protocolo de atendimento anteriormente mencionado e sua dificuldade de mensuração *à posteriori*.

A associação entre as variáveis referidas possibilitou investigar fatores que contribuem para a adesão aos passos estudados bem como o incentivo ao aleitamento materno exclusivo (Quadro 7).

4.4 Variáveis do estudo

As variáveis do presente estudo e suas respectivas características de análise estão descritas no quadro 8.

Quadro 7: Variáveis relacionadas aos Passos* estudados e associações testadas.

Passos estudados	Variáveis relacionadas aos Passos	Associação entre variáveis
3 - Informar todas as gestantes atendidas sobre as vantagens e o manejo da amamentação.	Orientação sobre aleitamento materno	Orientação sobre aleitamento materno X Dados sociodemográficos (idade, escolaridade, profissão, estado civil, local de residência); realização do pré-natal; local de realização do pré-natal; número de consultas pré-natais; amamentação anterior; número de filhos.
4 - Ajudar a mãe a iniciar a amamentação na primeira meia hora após o parto.	RN pele a pele Aleitamento materno na sala de parto	RN pele a pele Aleitamento materno na sala de parto X Dados sociodemográficos (idade, escolaridade, profissão, estado civil, local de residência); orientações sobre aleitamento materno; morbidade referida; número de filhos; Amamentação anterior; realização do pré-natal; local de realização do pré-natal; número de consultas pré-natais; tipo de orientação sobre AM - individual/em grupo; uso de medicamentos; tabagismo; gestação múltipla; tipo do parto; complicações no parto; local de realização do parto; peso ao nascer; idade gestacional.
5 - Mostrar às mães como amamentar e como manter a lactação, mesmo se vierem a ser separadas de seus filhos.	Treinamento mãe/filho sobre aleitamento materno	Treinamento mãe/filho sobre aleitamento materno X Aleitamento materno exclusivo; aleitamento materno sob livre demanda.
6 - Não dar a recém-nascido nenhum outro alimento ou bebida além do leite materno, a não ser que tenha indicação clínica.	Aleitamento materno exclusivo	Aleitamento materno exclusivo X Dados sociodemográficos (idade, escolaridade, profissão, estado civil, local de residência); orientações sobre aleitamento materno; realização do pré-natal; local de realização do pré-natal; número de consultas pré-natais; orientações sobre aleitamento materno; local de realização do parto; tipo do parto; peso ao nascer; idade gestacional; complicações no parto, uso de chupeta.
7 - Praticar o alojamento conjunto – permitir que mães e bebês permaneçam juntos 24 horas por dia.	Alojamento conjunto	Alojamento conjunto X Dados sociodemográficos (idade, escolaridade, profissão, estado civil, local de residência); orientações sobre aleitamento materno; local de realização do pré-natal; número de consultas pré-natais; amamentação anterior; número de filhos; morbidade referida; uso de medicamentos; gestação múltipla; local de realização do parto; tipo do parto; peso ao nascer; idade gestacional; complicações no parto; RN pele a pele; amamentação na sala de parto.

Quadro 7: Variáveis relacionadas aos Passos* estudados e associações testadas (continuação).

Passos estudados	Variáveis relacionadas aos Passos	Associação entre variáveis
8 - Encorajar a amamentação sob livre demanda.	Aleitamento materno sob livre demanda	Aleitamento materno livre demanda X Dados sociodemográficos (idade, escolaridade, profissão, estado civil, local de residência); orientações sobre aleitamento materno; local de realização do pré-natal; número de consultas pré-natais; amamentação anterior; número de filhos; morbidade referida; uso de medicamentos; gestação múltipla; local de realização do parto; tipo do parto; peso ao nascer; idade gestacional; complicações no parto; RN pele a pele; amamentação na sala de parto; alojamento conjunto.
9 - Não dar bicos artificiais ou chupetas a crianças amamentadas.	Uso de bicos artificiais (chupeta e/ou mamadeira)	Bicos artificiais X Dados sociodemográficos (idade, escolaridade, profissão, local de residência; estado civil); local de realização do pré-natal; número de consultas pré-natais; orientações sobre aleitamento materno; amamentação anterior; uso de medicamentos; local do parto; tipo de parto; peso ao nascer; idade gestacional; complicações no parto; alojamento conjunto; RN pele a pele; amamentação na sala de parto; aleitamento materno sob livre demanda; aleitamento materno exclusivo.

Nota: AM: aleitamento materno; RN: recém-nascido.

Fonte: Elaborado para fins deste estudo. *BRASIL (2011)⁹.

Quadro 8: Características das variáveis do estudo.

Variáveis	Características	Variáveis	Características
Informações sociodemográficas		Informações sobre o RN e o parto	
Idade	Quantitativa discreta	AME	Qualitativa nominal
Local de residência da usuária	Qualitativa nominal	Local do parto	Qualitativa nominal
Escolaridade	Qualitativa ordinal	Tipo de parto	Qualitativa nominal
Profissão	Qualitativa nominal	Peso ao nascer	Quantitativa contínua
Estado civil	Qualitativa nominal	Uso de bicos artificiais	Qualitativa nominal
Informações sobre os períodos pré e pós gestacionais		Idade gestacional de nascimento	Qualitativa nominal
Realização do pré-natal	Qualitativa nominal	Complicações no parto	Qualitativa nominal
Local de realização do pré-natal	Qualitativa nominal	Permanência em alojamento conjunto	Qualitativa nominal
Número de consultas pré-natais	Quantitativa discreta	RN pele a pele	Qualitativa nominal
Orientação sobre AM	Qualitativa nominal	AM na sala de parto	Qualitativa nominal
Tipo de orientação sobre AM	Qualitativa nominal	AM sob livre demanda	Qualitativa nominal
Amamentação anterior	Qualitativa nominal	Gestação múltipla	Qualitativa nominal
Número de filhos	Quantitativa discreta	Motivo do atendimento no BLH	
Morbidade referida	Qualitativa nominal	Treinamento mãe/filho sobre AM	Qualitativa nominal
Uso de medicamentos	Qualitativa nominal		
Tabagismo	Qualitativa nominal		

Nota: AM: aleitamento materno; AME: aleitamento materno exclusivo; BLH: Banco de leite humano; RN: recém-nascido.

Fonte: Elaborado para fins deste estudo.

4.5 Análise estatística

Os dados obtidos foram armazenados no Programa Microsoft Office Excel 2007 e, após devida análise de consistência, foram analisados com auxílio do software *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) versão 19.0. Realizou-se análise descritiva, com cálculo de frequências absolutas e relativas, medidas de tendência central e dispersão (min-máx), além de aplicados os testes Kolmogorov-Smirnov (para verificar a adesão das variáveis à distribuição normal), Mann-Whitney e qui-quadrado de Pearson (para comparação de proporções/associações). Por fim, realizou-se Regressão de Poisson, com variância robusta, com eliminação *Backward*, estimando-se as razões de prevalência ajustadas e seus respectivos IC95%, incluindo-se no modelo as variáveis com valor de $p < 0,20$ no Qui-quadrado de Pearson. O ajuste final do modelo multivariado foi realizado por meio do Teste Hosmer e Lemeshow. Tais análises foram realizadas no software Stata versão 11.2. Adotou-se nível de significância de 5% ($p < 0,05$).

Para avaliar as tendências de orientações sobre AM recebidas pelas mães no período pré-natal e do AME, no período de 2009 a 2012 (artigo 2), foi realizado o teste de Cochran-Armitage. Para tal, utilizou-se o programa computacional “The SAS System for Windows” (Statistical Analysis System), versão 9.2 - SAS Institute Inc, 2002-2008, Cary, NC, USA. Ainda neste artigo, utilizou-se um modelo de Poisson para as variáveis que, no qui-quadrado de Pearson, apresentaram valor $p < 0,20$ com as variáveis desfecho, em todos os anos estudados.

No modelo hierarquizado (artigo 3), inicialmente realizou-se análise bivariada (teste qui-quadrado de Pearson) para cada variável, a fim de verificar a associação com as variáveis resposta. Aquelas com valor de $p < 0,20$ foram hierarquizadas por nível de proximidade com os desfechos e em grupos, a partir de revisão da literatura^{69,70}: distais (características sociodemográficas e pessoais maternas – modelo 1), intermediárias (assistência ao pré-natal e características gestacionais maternas – modelo 2) e proximais (características da assistência hospitalar e do recém-nascido – modelo 3).

A seguir, tais variáveis foram selecionadas para análise multinível de Poisson, com variância robusta e hierarquizada, com eliminação *Backward*. Isso possibilitou avaliar o efeito dos grupos de variáveis em relação à proximidade com os desfechos.

Para tal, aquelas que apresentaram significância estatística em relação ao modelo 1 foram analisadas em conjunto com as do modelo 2 e as resultantes dessa análise com as variáveis do modelo 3, obtendo-se assim o modelo final ajustado por meio do Teste Hosmer e Lemeshow.

Ademais realizou-se regressão logística multinomial com eliminação *Backward* (artigo 5) a qual permitiu o uso de variável dependente com 3 categorias. Estimaram-se as razões de chances ajustadas e seus respectivos IC95%, incluindo-se no modelo as variáveis com valor de $p < 0,20$ no Qui-quadrado de Pearson. O ajuste final do modelo multivariado foi realizado por meio do Teste Hosmer e Lemeshow.

As variáveis consideradas desfecho em cada um dos artigos da presente dissertação estão descritas no quadro 9.

Quadro 9: Variáveis desfecho dos artigos.

Artigo	Variáveis desfecho						
1	Orientação sobre AM no pré-natal (Sim/não)	Pele/pele (Sim/não)	AM na sala de parto (Sim/não)	TMF (Sim/não)	AME (Sim/não)	AMLD (Sim/não)	Bicos artificiais (mamadeira e/ou chupeta) (Sim/não)
2	Orientação sobre AM no pré-natal (Sim/não)				AME (Sim/não)		
3	Pele/pele (Sim/não)				AM na sala de parto (Sim/não)		
4	SAC (Sim/não)				AMLD (Sim/não)		
5	Uso de bicos artificiais (1) não usa bicos artificiais; (2) usa bicos artificiais; (3) usa chupeta ou mamadeira						

Nota: AM: Aleitamento materno; AME: Aleitamento materno exclusivo; AMLD: Aleitamento materno sob livre demanda; SAC: Sistema de alojamento conjunto; TMF: Treinamento mãe/filho sobre AM.

4.6 Aspectos éticos

Este estudo faz parte do projeto “Banco de Leite Humano (BLH) de referência em Minas Gerais: caracterização, intervenção e avaliação” e foi aprovado pelo Comitê de Ética da Fundação Hospitalar de Minas Gerais (Parecer nº 042/2010) (Anexo B) e da Universidade Federal de Minas Gerais (nº ETIC0079.0.203.000-10) (Anexo C).

O referido projeto obteve financiamento da Fundação de Amparo à Pesquisa do estado de Minas Gerais (FAPEMIG), sob número: APQ-01782-10.

RESULTADOS

5. RESULTADOS

Os resultados da presente dissertação estão organizados em cinco artigos, sendo um aceito para publicação, três já submetidos em revistas indexadas e um a ser enviado para periódico da área. Ressalta-se que cada artigo foi formatado conforme as normas das revistas escolhidas.

- **Artigo 1** - “Práticas educativas segundo os “Dez passos para o sucesso do aleitamento materno” em um Banco de Leite Humano”, aceito para publicação pela revista “Ciência & Saúde Coletiva”.
- **Artigo 2** - “Factors associated with guidance about breastfeeding and exclusive breastfeeding among nursing mothers attended at a human milk bank: a retrospective cross-sectional study”. Revista de submissão: “Public Health Nutrition”.
- **Artigo 3** - “Fatores associados ao contato pele a pele entre mãe/filho e amamentação na sala de parto”. Revista de submissão: “Revista de Nutrição”.
- **Artigo 4** - “Sistema de Alojamento Conjunto: agente favorável à prática do aleitamento materno sob livre demanda e seus fatores associados”. Revista de submissão: “Jornal de Pediatria”.
- **Artigo 5** - “Fatores associados ao uso de bicos artificiais entre bebês de mães atendidas em um Banco de Leite Humano”. Revista pretendida: “Cadernos de Saúde Pública”.

--- *ARTIGOS* ---

ARTIGO 1

“Práticas educativas segundo os “Dez passos para o sucesso do aleitamento materno” em um Banco de Leite Humano”

Artigo Original

Aceito para publicação pela Revista “Ciência & Saúde Coletiva”

Práticas educativas segundo os “Dez passos para o sucesso do aleitamento materno” em um Banco de Leite Humano

Educational practices according to the "Ten steps to successful breastfeeding" in a Human Milk Bank

Cristianny Miranda e Silva¹, Ana Luiza Rodrigues Pellegrinelli², Simone Cardoso Lisboa Pereira³, Ieda Ribeiro Passos⁴, Luana Caroline dos Santos⁵

1. Universidade Federal de Minas Gerais, Escola de Enfermagem. Belo Horizonte, MG, Brasil. Avenida Professor Alfredo Balena, 190 - sala 324, Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, MG, Brasil. CEP: 30130-100. E-mail: cristiannymys@gmail

2. Universidade Federal de Minas Gerais, Escola de Enfermagem. Belo Horizonte, MG, Brasil. Avenida Professor Alfredo Balena, 190 - sala 324, Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, MG, Brasil. CEP: 30130-100. E-mail: analuiza.bh@gmail.com

3. Universidade Federal de Minas Gerais, Escola de Enfermagem, Departamento de Nutrição. Belo Horizonte, MG, Brasil. Avenida Professor Alfredo Balena, 190 - sala 320, Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, MG, Brasil. CEP: 30130-100. E-mail: simoneclpereira@gmail.com

4. Banco de Leite Humano da Maternidade Odete Valadares. Belo Horizonte, MG, Brasil. Avenida do Contorno, 9494 - Prado. Belo Horizonte, MG, Brasil. CEP: 30110-130. E-mail: mov.bancodeleite@fhemig.mg.gov.br

5. Universidade Federal de Minas Gerais, Escola de Enfermagem, Departamento de Nutrição. Belo Horizonte, MG, Brasil. Avenida Professor Alfredo Balena, 190 - sala 324, Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, MG, Brasil. CEP: 30130-100. E-mail: luanacs@ig.com.br

Resumo

Este artigo objetivou avaliar práticas educativas segundo os “Dez Passos para o Sucesso do Aleitamento Materno” em Banco de Leite Humano. Trata-se de um estudo retrospectivo com informações sociodemográficas e gestacionais maternas e referentes ao bebê, obtidas de protocolo de atendimento de nutrizes (2009-2012). Tais dados foram associados aos passos relacionados a práticas educativas dentre os “Dez Passos”. Realizou-se análise descritiva, teste qui-quadrado, Mann-Whitney e regressão de Poisson ($p < 0,05$). Foram avaliadas 12283 mães, com mediana de 29 (12-54) anos de idade. As orientações recebidas sobre amamentação no pré-natal (passo 3) prevaleceram entre mães de 30-39 anos e o contato pele/pele (passo 4) entre as orientadas. O treinamento sobre amamentação (passo 5) predominou entre aquelas que amamentaram exclusivamente. Notou-se maior prevalência de amamentação exclusiva (passo 6) e sob livre demanda (passo 8) e uso de bicos artificiais (passo 9) entre os lactentes de mães orientadas. Os achados apontam importante papel do profissional da saúde no treinamento mãe/filho sobre aleitamento materno e incentivo ao contato pele/pele, amamentação exclusiva e sob livre demanda. As orientações ofertadas necessitam aprimoramento a fim de reduzir o uso de bicos artificiais e potencializar a amamentação exclusiva.

Palavras-chave: Aleitamento Materno, Bancos de Leite, Educação em Saúde, Promoção da Saúde.

Abstract

This article aimed to evaluate educational practices according to the "Ten Steps to Successful Breastfeeding" in a Human Milk Bank. This is a retrospective study using sociodemographic data, and data about the pregnancy and the baby, obtained from a nursing mothers care protocol (2009-2012). These data were associated to steps related to educational practices among the "Ten Steps". A descriptive analysis, chi-square and Mann-Whitney tests and Poisson regression ($p < 0.05$) were performed. 12,283 mothers, with a median of 29 (12-54) years old, were evaluated. The guidelines about breastfeeding received during prenatal care (step 3) prevailed among mothers aging 30-39 years and the skin to skin contact (step 4) prevailed among oriented mothers. Breastfeeding training (step 5) predominated among those who breastfed exclusively. Higher prevalence of exclusive breastfeeding (step 6), breastfeeding on demand (step 8) and use of artificial nipples (step 9) were noted among infants whose mothers were oriented. These findings indicate the important role of health professionals on mother/child training about breastfeeding, on encouragement of the skin/skin contact, exclusive breastfeeding and breastfeeding on demand. The guidelines offered need to improve in order to reduce the use of artificial nipples and enhance exclusive breastfeeding.

Key-words: Breast Feeding, Milk Banks, Health Education, Health Promotion.

Introdução

A importância do aleitamento materno (AM) para a saúde materno-infantil tem sido bem documentada, sendo prioritário o desenvolvimento de estratégias de promoção desta prática. Para tal, diversos programas têm sido desenvolvidos nos últimos anos, como a Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC), a Rede Brasileira de Bancos de Leite Humano e a criação da Norma Brasileira de Comercialização de Alimentos para Lactentes (NBCAL)¹. Dentre esses, destacam-se aqueles de cunho educacional, pois estudos demonstram que as populações-alvo respondem satisfatoriamente às intervenções que têm como principal meta, informar as mães sobre a importância do aleitamento e orientar sobre o seu manejo².

A Iniciativa Hospital Amigo da Criança, que visa promover, proteger e apoiar o AM, mobiliza profissionais de saúde e funcionários de hospitais e maternidades a realizarem mudanças nas políticas e rotinas desses ambientes. Tal iniciativa contempla os “Dez Passos para o Sucesso do Aleitamento Materno”, os quais devem ser seguidos pelos hospitais no período pré-natal, ao nascimento e após o parto³.

Os “Dez Passos para o Sucesso do Aleitamento Materno” objetivam, principalmente, treinar profissionais no sentido de informar as gestantes e nutrízes acerca dos benefícios da amamentação, bem como o manejo correto do lactente, além de fornecer informações sobre a lactação, estímulos para produção do leite materno e resolução de dificuldades para os possíveis problemas durante a amamentação⁴. Uma avaliação realizada sobre a implementação desta estratégia, apontou sua viabilidade de compreensão e aceitação, contudo sua efetividade pode ser aprimorada quando vinculada a uma abordagem integralizadora que inclui política, legislação, reforma do sistema de saúde e intervenções na comunidade⁵.

Os “Dez Passos” abrangem⁴: 1- Ter uma norma escrita sobre aleitamento materno, que deve ser rotineiramente transmitida a toda equipe de saúde; 2- Treinar toda a equipe de saúde, capacitando-a para implementar esta norma; 3- Orientar todas as gestantes sobre as vantagens e o manejo do aleitamento materno; 4- Ajudar as mães a iniciar o aleitamento materno na primeira meia hora após o nascimento do bebê; 5- Mostrar as mães como amamentar e como manter a lactação, mesmo se vierem a ser separadas de seus filhos; 6- Não dar ao recém-

nascido nenhum outro alimento ou bebida além do leite materno, a não ser que tal procedimento tenha uma indicação médica; 7- Praticar o Alojamento Conjunto – permitir que mãe e bebê permaneçam juntos, 24 horas por dia; 8- Encorajar o aleitamento materno sob livre demanda; 9- Não dar bicos artificiais ou chupetas a crianças amamentadas ao seio; 10- Encaminhar as mães, por ocasião da alta hospitalar, para grupos de apoio ao aleitamento materno na comunidade ou em serviços de saúde.

Nesse contexto, os Bancos de Leite Humano (BLH) representam polos de promoção, proteção e apoio à prática do aleitamento materno, a qual passa a ser compreendida como um processo complexo que necessita ser aprendido e apoiado pelos profissionais de saúde, mães e suas famílias¹. Ademais, tais estabelecimentos objetivam orientar os familiares e incentivar o aleitamento materno por meio de estratégias para correção da pega e posição para amamentar, desde a primeira mamada; promover a continuidade da lactação; além de esclarecer de forma preventiva e corretiva sobre os problemas mamários, dentre outros⁶.

Assim como os bancos de leite humano, a IHAC através dos “Dez Passos para o Sucesso do Aleitamento Materno” têm se configurado como importantes agentes na informação e incentivo à prática da amamentação. Contudo ressaltam-se as limitações dessa estratégia no sentido de sensibilizar os profissionais de saúde em relação aos aspectos biopsicossociais que envolvem o aleitamento materno e quanto à adesão e implementação dos “Dez Passos” por parte dos dirigentes dos hospitais.

Torna-se, pois relevante analisar a interface entre essas estratégias com a avaliação de práticas educativas, no contexto dos “Dez Passos”, em um BLH, tendo em vista a problemática que envolve o compromisso do sistema de saúde em educar adequadamente as mulheres diante da complexidade que envolve o processo da amamentação. Essa investigação poderá favorecer o planejamento de ações estratégicas, no sentido de aumentar a adesão à prática do aleitamento, em particular do aleitamento materno exclusivo (AME).

Deste modo, o presente estudo teve como objetivo avaliar práticas educativas segundo os “Dez Passos para o Sucesso do Aleitamento Materno” em um Banco de Leite Humano.

Métodos

Trata-se de estudo retrospectivo com dados secundários obtidos a partir de formulário de preenchimento obrigatório pelas mães atendidas em um Banco de Leite Humano de uma maternidade em Belo Horizonte, com o título de Hospital Amigo da Criança. Tal título foi concedido a essa instituição, em 1999, pela Organização Mundial da Saúde (OMS), Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) e Ministério da Saúde (MS).

O BLH, o qual faz parte da estrutura da referida maternidade, foi inaugurado na década de 80 e hoje é referência no estado de Minas Gerais. Atende anualmente cerca de 3000 mães e objetiva principalmente o incentivo ao aleitamento materno e a redução da mortalidade infantil⁷.

Para a presente investigação, foram analisados, com enfoque nas informações relacionadas às práticas educativas no contexto dos “Dez Passos para o Sucesso do Aleitamento Materno”, os formulários de atendimentos das mães que procuraram o serviço do BLH, por encaminhamento médico ou demanda espontânea, no período de 2009 a 2012.

Tais protocolos continham dados relativos aos aspectos sociodemográficos das mães (idade, escolaridade, profissão e local de residência da usuária), informações a respeito dos períodos pré e pós-gestacionais (realização do pré-natal - sim/não, e ao recebimento de orientações sobre AM nesse período - sim/não) e, sobre o recém-nascido e o parto - conduta das mães sobre AME - sim/não, aleitamento sob livre demanda - sim/não, uso de bicos artificiais (chupetas e/ou mamadeiras) - sim/não, amamentação na sala de parto - sim/não e se houve contato pele a pele entre o recém-nascido e sua mãe logo após o nascimento - sim/não.

Ademais, foi observado, para este estudo, o treinamento mãe/filho para amamentação (TMF), dentre os motivos que levaram as mães a procurarem a equipe do BLH.

Todas as informações obtidas de tais formulários foram preenchidas manualmente pelos funcionários do BLH, devidamente treinados para essa função, no momento de atendimento em entrevista individual com as mulheres que procuraram o serviço para atendimento de intercorrências em AM ou para receberem orientações da equipe de saúde sobre dúvidas referentes a essa prática.

Esse serviço atende mães de lactentes de diferentes idades, em sua maioria com dúvidas e intercorrências no início do processo da amamentação. Essas mulheres eram provenientes de diversas maternidades de Belo Horizonte, região metropolitana e outras cidades do estado.

Para avaliar os “Dez Passos” como prática educativa, as variáveis obtidas a partir do formulário de atendimento do referido BLH foram relacionadas com os passos 3 (informar todas as gestantes atendidas sobre as vantagens e o manejo da amamentação), 4 (ajudar a mãe a iniciar a amamentação na primeira hora após o parto), 5 (mostrar às mães como amamentar e como manter a lactação, mesmo se vierem a ser separadas de seus filhos), 6 (não dar ao recém-nascido nenhum outro alimento ou bebida além do leite materno, a não ser que tal procedimento tenha uma indicação médica), 8 (encorajar o aleitamento materno sob livre demanda) e 9 (não dar bicos artificiais – chupeta e mamadeira - a crianças amamentadas ao seio) (Figura 1).

Assim, a variável “orientação sobre aleitamento materno no pré-natal”, a qual se relaciona ao passo 3, obtida do formulário de atendimento do BLH, representou o primeiro desfecho selecionado para o presente estudo e as co-variáveis, que foram associadas a ele, foram as relativas aos dados sociodemográficos maternos (idade, escolaridade, situação funcional, local de residência - capital e proximidades) e à realização do pré-natal (sim/não). Aquelas que apresentaram valor $p < 0,20$ com o desfecho, no teste Qui-quadrado, foram eleitas para a Regressão de Poisson, obtendo-se assim o primeiro modelo final. Essa mesma sistemática foi adotada para as demais variáveis principais elegidas do protocolo de atendimento e que tinham relação com cada um dos passos estudados (Figura 1).

Previamente à análise, realizou-se devida verificação de consistência dos dados. Em seguida, foram calculadas as frequências e medidas de tendência central e dispersão (min-máx), além de aplicados os testes Kolmogorov-Smirnov (para verificar a adesão das variáveis à distribuição normal), qui-quadrado de Pearson (para comparação de proporções/associações) e Mann-Whitney (comparação de medianas). Por fim, realizou-se Regressão de Poisson, com variância robusta, com eliminação *Backward*, incluindo-se no modelo as variáveis com valor de $p < 0,20$ no Qui-quadrado de Pearson. O ajuste final do modelo multivariado foi realizado por meio do *Teste Hosmer e Lemeshow*. O programa *Statistical Package for the Social*

Sciences® (SPSS) versão 19.0 foi utilizado e adotou-se nível de significância de 5% ($p < 0,05$).

No tocante aos aspectos éticos, destaca-se que esse estudo faz parte do projeto “Banco de Leite Humano (BLH) de referência em Minas Gerais: caracterização, intervenção e avaliação”, aprovado pelos Comitês de Ética envolvidos (parecer nº 042/2010 e nº ETIC 0079.0.203.000-10).

Resultados

Foram avaliadas 12283 mães no período analisado, com mediana de 29 (12 - 54) anos de idade, sendo a maioria com ensino médio. Dentre as participantes, 98,7% referiram a realização do pré-natal - 52,4% na rede pública (Tabela 1).

Com relação à variável “orientação sobre aleitamento materno no pré-natal” (Passo 3), identificou-se que apenas 38,8% da amostra recebeu orientações sobre esta prática durante esse período, sendo que destas 23,9% referiram a abordagem de forma individual. Esta foi menos frequente entre as adolescentes em comparação às demais faixas etárias, e entre as analfabetas. Em contrapartida, as mulheres com profissões não remuneradas (do lar + estudante) e aquelas que residiam na cidade sede do BLH apresentaram maior frequência de orientação sobre aleitamento (Tabela 2).

A idade materna e a localização de residência permaneceram significativamente associadas à prevalência de orientação sobre aleitamento materno na análise multivariada, sendo maior entre as mulheres de 30 a 39 anos, ao contrário daquelas que residiam nas demais cidades (Tabela 3).

No que se refere ao auxílio ao início da amamentação na primeira hora após o parto (Passo 4), denota-se que a maioria das participantes informou contato pele a pele com o recém-nascido logo após o nascimento (Tabela 1). Esse contato foi mais frequente entre as que receberam orientação sobre AM no pré-natal e entre as mães adolescentes em comparação às demais faixas etárias. De forma semelhante, houve maior frequência de adolescentes que amamentaram na sala de parto (Tabela 2).

Na análise multivariada, observou-se maior prevalência do contato pele a pele entre as mulheres orientadas sobre aleitamento materno. A orientação também foi mais frequente entre as mães que amamentaram na sala de parto. (Tabela 3).

Apesar de baixa prevalência (Tabela 1), a amamentação na sala de parto foi mais frequente entre as nutrizes orientadas sobre amamentação. A mediana de idade também diferiu conforme tal prática - 28,0 (13,0 - 49,0) anos entre aquelas que amamentaram na sala de parto e 29,0 (12,0 - 54,0) anos para as demais; $p < 0,001$ - dados não descritos em tabela.

No tocante às informações sobre o recém-nascido e o parto (passo 5), notou-se que o TMF foi mais frequente entre as mulheres que amamentaram exclusivamente (48,4% vs 26,0%; $p < 0,001$) e entre aquelas que amamentaram sob livre demanda (47,3% vs 22,1%; $p < 0,001$) - dados não descritos em tabela. Tais evidências se mantiveram em relação à análise multivariada, tabela 3.

Esse passo se associa diretamente ao Passo 6, que reforça a importância do AME, o qual foi menos frequente entre as mães com nível técnico e superior, profissões remuneradas e residentes fora da capital e região metropolitana, em contraste com a maior frequência entre as mães que receberam orientação sobre aleitamento materno, tabela 2. Ademais, as mães que declararam AME apresentaram menor mediana de idade [28 (12 - 47) vs 30 (13 - 54) anos; $p < 0,001$] - dados não descritos em tabela.

A prevalência de AME foi menor entre as mulheres mais velhas (≥ 40 anos), entre aquelas com mais anos de estudo, com profissão remunerada e as que residiam fora da capital e região metropolitana, ao contrário do observado entre as mulheres que receberam orientação sobre amamentação (Tabela 4).

O AM sob livre demanda, alvo do passo 8, foi mais frequente entre as mães adolescentes em comparação às mulheres com idade entre 40 a 49 anos, assim como o foi entre aquelas que residiam na capital e região metropolitana e as que receberam orientação sobre aleitamento (Tabela 2).

As nutrizes com profissões remuneradas e as que residiam na região metropolitana apresentaram menor prevalência de amamentação sob livre demanda, contrapondo-se àquelas que receberam orientação sobre aleitamento materno, em que essa prática foi mais frequente (Tabela 4).

Já quanto ao uso de bicos artificiais, contemplado no passo 9, pôde-se detectar que tal prática foi menor entre filhos de mães adolescentes e mais frequente entre bebês de mulheres com ensino superior, nutrizes com profissões

remuneradas, residentes na capital estadual e que receberam orientação sobre aleitamento (Tabela 2).

Por fim, observou-se maior prevalência quanto à oferta de bicos artificiais aos lactentes pelas mulheres na faixa etária de 30 a 39 anos, assim como pelas estudantes e as orientadas sobre amamentação durante o pré-natal. Essa prática foi menos frequente entre aquelas que residiam na região metropolitana, tabela 4.

Discussão

O aleitamento materno beneficia a mãe, a criança e a família e deve ser incentivado principalmente com orientações e estratégias educativas durante os períodos pré e pós-natal mediadas por equipe multidisciplinar de saúde. Esse processo, no entanto, deve ser entendido como a busca do diálogo e empoderamento, de forma que a mulher adquira autonomia para a realização desta prática⁸.

O aconselhamento, individual ou coletivo, representa então estratégia importante para a elevação dos índices de AM⁹. Pôde-se notar, no presente estudo, que as orientações sobre o aleitamento materno associaram-se de forma positiva à adesão a todos os passos. Quando realizadas de forma coletiva destacam-se a troca de experiência entre gestantes, a realização de atividades práticas com intuito de abordar assuntos como pega correta, posição do bebê e manejo clínico, palestras multidisciplinares, entre outros². Entretanto, a orientação individual se faz necessária, sobretudo entre as mães adolescentes, analfabetas e as que não moram na capital, tal como aqui evidenciado, devido à dificuldade de compreensão aplicada das informações e acesso aos serviços de saúde.

Os achados também demonstraram que as práticas do AME e sob livre demanda foram favorecidas pela realização prévia de treinamento mãe e filho entre as mulheres, corroborando¹⁰ e evidenciando a importância da orientação aplicada para oportunizar a continuidade do aleitamento materno exclusivo até os 6 meses de idade⁸.

Além das orientações, ressalta-se o papel do contato pele a pele na primeira hora de vida como contribuinte para o aumento da duração da amamentação. Ele constitui importante instrumento para o estabelecimento do vínculo mãe-filho, apesar

de ainda ser pouco explorado pelos profissionais e gestantes. Essa situação pode decorrer de desinformação em relação ao direito a amamentação na sala de parto e ao contato pele a pele, sendo o pré-natal a ocasião ideal para difusão de tais práticas¹¹.

Em contrapartida, tal desinformação poderia justificar a associação negativa entre o contato pele a pele e aleitamento na sala de parto e mulheres mais velhas ou com profissões remuneradas. Nesse sentido, em estudo realizado na Tanzânia¹² as mulheres mais jovens apresentaram maior risco de atraso no início da amamentação, diferente do evidenciado na presente pesquisa em que mulheres mais velhas amamentaram menos na sala de parto. Ademais, mães que precisam contribuir com seu trabalho para o sustento da família podem ter menor acesso às informações sobre AM¹³.

O contato pele a pele e a amamentação na sala de parto podem sofrer ainda a influência das normas e rotinas dos serviços de saúde, do investimento em capacitações e da tradição institucional¹⁴, os quais podem caracterizar a sistemática das maternidades do interior do estado onde a Iniciativa Hospital Amigo da Criança ainda não atingiu ampla divulgação e/ou implementação.

Já com relação à importância da manutenção do aleitamento materno, que se relaciona diretamente ao aleitamento materno exclusivo e à amamentação sob livre demanda, a efetividade dos programas de apoio regular e suporte às nutrízes têm sido extensamente demonstrados. Estes visam à promoção do aleitamento materno e incremento do conhecimento das mulheres durante a gestação^{15,16}.

O resultado do presente estudo confirma o encontrado por Silva et al, 2014¹⁷ o qual demonstra que, durante o período pré-natal, as informações transmitidas às mães sobre aleitamento materno podem não ter sido completamente assimiladas levando-as a afirmarem o desconhecimento sobre tais orientações. Além disso, segundo Campos et al, 2015¹⁸ a falta de conhecimento pode contribuir para a introdução precoce de outros alimentos, interferindo negativamente no AME.

Nesse contexto, vários estudos têm relacionado o conhecimento em amamentação e escolaridade materna, demonstrando maior prevalência de aleitamento entre os lactentes das mães com mais anos de estudo, provavelmente pela maior valorização dessa prática por esse grupo¹⁹. No entanto, essa relação ainda é muito discutida na literatura. Bbaale, 2014²⁰ por exemplo, demonstra que

aquelas que estudaram menos amamentaram exclusivamente por menor período de tempo.

Além disso, Barbosa et al, 2015²¹ afirmaram que a duração do aleitamento materno é influenciada pelo nível socioeconômico dos países, já que naqueles em desenvolvimento a duração da amamentação é menor. Webb-Girard et al, 2012²² comentam que, entre as populações pobres, ainda persistem diferenças marcantes quanto ao acesso e qualidade da orientação alimentar e nutricional prestada pelos profissionais de saúde, onde as crianças são submetidas a regimes alimentares marcados pelo oferecimento precoce de alimentos complementares. Ademais, outros autores ressaltam a necessidade do trabalho materno fora de casa, devido à insegurança financeira, corroborando os resultados do presente artigo, o qual demonstrou maior risco de interrupção do AM sob livre demanda entre mães que trabalhavam fora do lar e que residiam na região metropolitana^{15,19,20}.

O incentivo para a criação de salas de apoio à amamentação nas empresas, segundo recomendação do Ministério da Saúde 2010²³ também deve ser considerado. Ademais, demandam-se orientações às nutrizes quanto à possibilidade de manter o aleitamento, mesmo longe de casa, através de esclarecimentos quanto à coleta e armazenamento do leite humano ordenhado, no sentido de apoiar o aleitamento materno entre mães trabalhadoras.

Demétrio et al, 2012²⁴ também apontaram que a residência materna fora da capital representou fator de proteção ao aleitamento materno prolongado. Os autores justificaram tal achado em virtude da preservação da prática de vida saudável e cooperação entre os indivíduos residentes nesses locais.

Cabe destacar que a presente amostra é constituída principalmente por mulheres de escolaridade até o ensino médio e que, embora tendo profissão remunerada, podem não contar com apoio legal para amamentação, ou que ainda tenham dificuldade de locomoção até a unidade de saúde para realizarem um pré-natal adequado ou buscarem auxílio no caso de intercorrências na prática do aleitamento materno.

Com relação aos bicos artificiais os achados corroboram a associação de maior uso da chupeta com menor escolaridade materna²⁵. Em contraste, outra pesquisa apontou que o nível de escolaridade das mães parece não interferir na

oferta de chupeta aos seus filhos, tendo em vista a crença de ser algo natural e necessário para acalantar a criança²⁶.

Ademais, diferente do evidenciado, Pizzol et al, 2011²⁷ denotaram em seu estudo que mães mais jovens (com idade inferior a 20 anos) foram as que mais ofereceram chupeta aos seus filhos. Segundo esses autores mães mais maduras são menos influenciadas a opiniões e sugestões de familiares quanto a saúde e ao tipo de alimentação dos seus filhos. Além disso, a necessidade de uso de chupeta e mamadeira caracterizam mitos e crenças enraizadas na sociedade e relacionadas a fatores culturais ou familiares.

Já Rocci et al, 2014²⁸ demonstraram em sua pesquisa que, apesar de os bebês terem nascido em um Hospital Amigo da Criança, as mulheres são pouco orientadas para evitarem o uso de chupeta pelos lactentes. Os autores concluíram que isso faz parte da cultura do país e ressaltaram a importância do profissional de saúde no processo educativo.

No tocante à utilização de mamadeira, corroborando este estudo a literatura demonstra que mulheres com menor escolaridade oferecem mais mamadeira a seus lactentes²⁵. Ademais, Silvério et al, 2012²⁶ afirma que essas mães podem oferecer esses artifícios para seus filhos, tendo em vista serem hábitos bastante difundidos e culturalmente arraigados no Brasil e em outros países.

Finalmente, as mães que residiam na região metropolitana foram as que menos ofereceram bicos artificiais aos seus filhos, provavelmente pelo fato de terem sido as que mais amamentaram sob livre demanda. Segundo Moimaz et al, 2011²⁹ o aleitamento materno supre as duas “fomes” do recém-nascido, incluindo a necessidade fisiológica de nutrição e a de sucção.

Apesar dos importantes resultados ora detectados, apontam-se as limitações referentes ao delineamento do estudo (sujeito à causalidade reversa), ao viés de memória das mães e a utilização de dados secundários (ausência de dados em alguns protocolos). Entretanto, destaca-se o grande número de mulheres atendidas, a relevância do tema abordado e a sua interface com o local de realização da pesquisa.

Por fim, pode-se concluir que os achados apontam para a importância do profissional da saúde no treinamento mãe/filho sobre aleitamento materno e incentivo ao contato pele/pele, amamentação exclusiva e sob livre demanda.

Ressalta-se a necessidade de aprimoramento das orientações ofertadas a fim de reduzir o uso de bicos artificiais e potencializar a amamentação exclusiva.

Colaboradores

CMS e ALRP participaram da coleta de dados, concepção, análise estatística, análise dos resultados e redação do artigo. SCLP e IRP participaram da revisão crítica do artigo. LCS participou da orientação da pesquisa, análise dos resultados, revisão crítica e aprovação da versão a ser publicada.

Referências

1. Espírito Santo LC. Formulação e implementação de políticas públicas de promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno. In: Silva IA, organizador. *PROENF: Saúde Materna e Neonatal*. Programa de Atualização em Enfermagem. 1ed. Porto Alegre: Artmed; 2010. 4:9-38.
2. Demitto MO, Silva TC, Páschoa ARZ, Mathias TAF, Bercini LO. Orientações sobre amamentação na assistência pré-natal: uma revisão integrativa. *Rev Rene* 2010; 11:223-229.
3. Figueredo SF, Mattar MJG, Abrão ACFV. Iniciativa Hospital Amigo da Criança – uma política de promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno. *Acta Paul Enferm* 2012; 25(3):459-463.
4. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Área Técnica de Saúde da Criança e Aleitamento Materno. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Iniciativa Hospital Amigo da Criança. Brasília, 2011. [acessado 2013 mar 09]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/iniciativa_hospital_amigo_crianca.pdf.
5. UNICEF. Innocenti Research Centre. Celebrating the Innocenti Declaration on the Protection, Promotion and Support of Breastfeeding: past achievements, present challenges and the way forward for infant and young child feeding. Florence: UNICEF Innocenti Research Centre; 2005. [acessado 2015 jul 25]. Disponível em: http://www.unicef.org/nutrition/files/Innocenti_plus15_BreastfeedingReport.pdf

6. Alves VH, Rodrigues DP, Branco MBLR, Souza MRP, Souza RRB, Medeiros FVA. Banco de leite humano na perspectiva da mulher doadora. *Rev Rene* 2013; 14(6):1168-1176.
7. FHEMIG (Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais). Banco de notícias. Notícias de Minas. Banco de Leite MOV completa 24 anos e realiza atividades educativas, 2010. [acessado 2014 jan 23]. Disponível em: <http://www.fhemig.mg.gov.br/pt/banco-de-noticias/20-noticias-de-minas/1643-banco-de-leite-mov-completa-24-anos-e-realiza-atividades-educativas>
8. Nascimento VC, Oliveira MIC, Alves VH, Silva KS. Associação entre as orientações pré-natais em aleitamento materno e a satisfação com o apoio ao amamentar. *Rev Bras Saúde Matern Infant* 2013; 13(2):147-159.
9. Vieira TO, Vieira GO, Oliveira NF, Mendes CMC, Giugliani ERJ, Silva LR. Duration of exclusive breastfeeding in a Brazilian population: new determinants in a cohort study. *BMC Pregnancy & Childbirth* 2014; 14:175.
10. Nascimento MBR, Reis MAM, Franco SC, Issler H, Ferraro AA, Grisi SJFE: Exclusive Breastfeeding in Southern Brazil: Prevalence and Associated Factors. *Breastfeed Med* 2010; 5(2):79–85.
11. Barbosa V, Orlandi FS, Dupas G, Beretta MIR, Fabbro MRC. Aleitamento materno na sala de parto: a vivência da puérpera. *Cienc Cuid Saúde* 2010; 9(2):366-373.
12. Victor R, Baines SK, Agho KE, Dibley MJ. Determinants of breastfeeding indicators among children less than 24 months of age in Tanzania: a secondary analysis of the 2010 Tanzania Demographic and Health Survey. *BMJ Open* 2013; 3(1):1-8.
13. Guimarães LAOP, Marçal F, Zuffi FB, Ribeiro MC, Rodrigues LR, Fonseca-Machado MO. PET-Saúde na identificação do conhecimento de gestantes sobre aleitamento materno. *Cienc Cuid Saude* 2012; 11(3):454-462.
14. Boccolini, CS, Carvalho, ML, Oliveira, MIC, Vasconcellos, AGG. Fatores associados à amamentação na primeira hora de vida. *Rev Saúde Pública* 2011; 45(1):69-78.
15. Seid AM, Yesuf ME, Koye DN. Prevalence of exclusive Breastfeeding practices and associated factors among mothers in Bahir Dar city, Northwest Ethiopia: a community based cross-seccional study. *Int Breastfeed J* 2013; 8:14.

16. Sasaki Y, Ali M, Kakimoto K, Saroeun O, Kanai K, Kuroiwa C: Predictors of exclusive breast-feeding in early infancy: a survey report from Phnom Penh, Cambodia. *J Pediatr Nurs* 2010; 25(6):463–469.
17. Silva NM, Waterkemper R, Silva EF, Cordova EP, Bonilha ALL. Conhecimento de puérperas sobre amamentação exclusiva. *Rev Bras Enferm* 2014; 67(2):290-295.
18. Campos AMS, Chaoul CO, Carmona EV, Higa R, Vale IN. Prática de aleitamento materno exclusivo informado pela mãe e oferta de líquidos aos seus filhos. *Rev Latinoam Enferm* 2015; 23(2):283-290.
19. Martins CC, Vieira GO, Vieira TO, Mendes CMC. Fatores de riscos maternos e de assistência ao parto para interrupção precoce do aleitamento materno exclusivo: estudo de coorte. *Rev Baiana Saúde Pública* 2011; 35(Supl. 1):167-178.
20. Bbaale E. Determinants of Early Initiation, Exclusiveness, and Duration of Breastfeeding in Uganda. *J Health Popul Nutr* 2014; 32(2):249-260.
21. Barbosa LN, Santos NC, Moraes MAM, Rizzardi SD, Corrêa EC. Prevalência de práticas educativas acerca do aleitamento materno exclusivo (AME) em Cuiabá – MT. *Esc Anna Nery* 2015; 19(1):147-153.
22. Webb-Girard A, Cherobon A, Mbugua S, Kamau-Mbuthia E, Amin A, Sellen DW. Food insecurity is associated with attitudes towards exclusive breastfeeding among women in urban Kenya. *Matern Child Nutr* 2012; 8(2):199–214.
23. Brasil. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Nota técnica conjunta nº 01/2010. ANVISA e Ministério da Saúde. Sala de apoio à amamentação em empresas. [acessado 2014 maio 22]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sala_apoio_amamentacao_empresas.pdf.
24. Demétrio F, Jesus Pinto EJ, Assis AMO. Fatores associados à interrupção precoce do aleitamento materno: um estudo de coorte de nascimento em dois municípios do Recôncavo da Bahia, Brasil. *Cad Saúde Pública* 2012; 28(4):641-654.
25. Rigotti RR, Oliveira MIC, Boccolini CS. Associação entre o uso de mamadeira e de chupeta e a ausência de amamentação no segundo semestre de vida. *Ciênc Saúde Coletiva* 2015; 20(4):1235-1244.
26. Silvério KCA, Ferreira APS, Johanns MC, Wolf A, Furkim AM, Marques JM. Relação de escolaridade, faixa etária e profissão de mães com a oferta de chupeta e mamadeira a seus filhos. *Rev CEFAC* 2012; 14(4):610-615.

27. Pizzol KEDC, Boeck EM, Santos LFP, Lunardi N, Oliveira GJPL. Influência do ambiente familiar e da condição socioeconômica na introdução e na manutenção de hábito de sucção não nutritiva. *Rev Odontol UNESP* 2011; 40(6):296-303.
28. Rocci E, Fernandes RAQ. Dificuldades no aleitamento materno e influência no desmame precoce. *Rev Bras Enferm* 2014; 67(1):22-27.
29. Moimaz SAS, Rocha NB, Garbin AJI, Saliba O. Relação entre aleitamento materno e hábitos de sucção não nutritivos. *Ciênc Saúde Coletiva* 2011; 16(5):2477-2484.

Figura 1 - Variáveis relacionadas aos Passos estudados e associações testadas

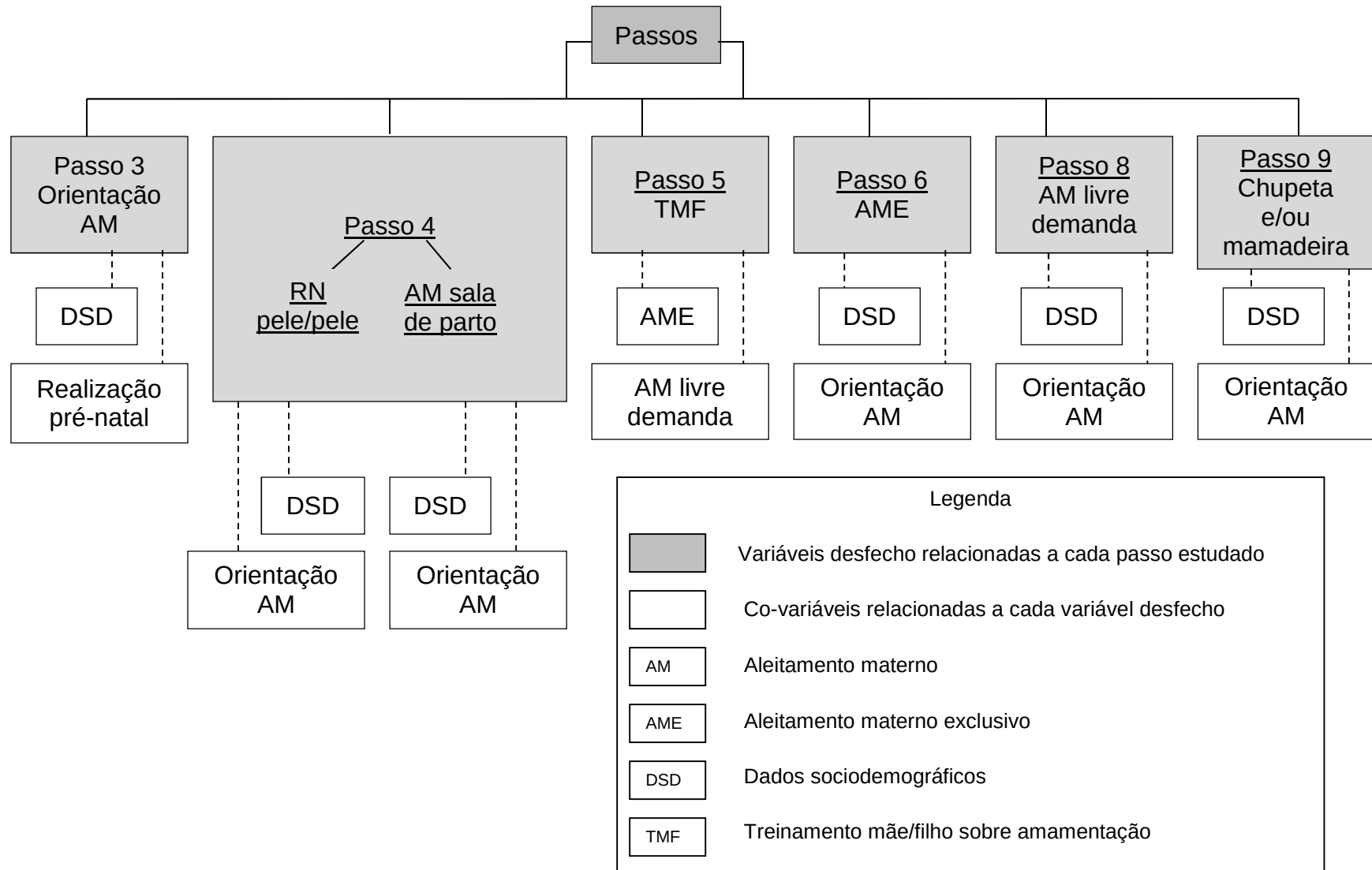


Tabela 1. Características sociodemográficas e do período pré e pós-gestacional de mães atendidas em um Banco de Leite Humano e dos seus recém-nascidos. Belo Horizonte/MG, 2009 - 2012.

Variáveis	Categoria	n	%
Idade (anos)	< 20	1522	13,0
	20 a 29	4780	41,0
	30 a 39	4916	42,2
	40 a 49	447	3,8
	≥50	3	0,0
Escolaridade	Analfabeto	31	0,3
	Ensino fundamental	2559	24,1
	Ensino Médio	4325	40,7
	Ensino técnico	166	1,6
	Graduação ou mais	3541	33,3
Situação funcional	Do lar	1927	19,8
	Estudante	524	5,4
	Profissões remuneradas	7257	74,8
Capital estadual e proximidades	Belo Horizonte	7161	71,6
	Região metropolitana	2374	23,8
	Demais cidades	460	4,6
Pré-natal	Sim	11649	98,7
	Não	150	1,3
Orientação sobre AM	Sim	3906	38,8
	Não	6168	61,2
AME	Sim	5804	59,0
	Não	4025	41,0
AM livre demanda	Sim	6664	70,3
	Não	2811	29,7
Bicos artificiais	Sim	2503	34,9
	Não	4663	65,1
AM sala de parto	Sim	2267	25,5
	Não	6625	74,5
RN pele a pele	Sim	6309	60,5
	Não	4111	39,5
TMF	-	2279	34,3

AM: Aleitamento materno; AME: Aleitamento materno exclusivo; RN: Recém-nascido; TMF: Treinamento mãe/filho.

Tabela 2. Associações entre as variáveis e os passos estudados - Banco de Leite Humano, Belo Horizonte/MG, 2009 - 2012.

Variáveis		Passo 3		Passo 4		Passo 6		Passo 8		Passo 9			
		Orientação AM		Pele a pele		AM sala de parto		AME		AM livre demanda		Bicos Artificiais	
		Sim (%)	Não (%)	Sim (%)	Não (%)	Sim (%)	Não (%)	Sim (%)	Não (%)	Sim (%)	Não (%)	Sim (%)	Não (%)
Idade (anos)	< 20	29,3	70,7	63,9	36,1	27,8	72,2	67,8	32,2	71,9	28,1	12,2	87,8
	20 a 29	34,5	65,5	62,5	37,5	26,8	73,2	62,4	37,6	70,4	29,6	27,4	72,6
	30 a 39	44,6	55,4	59,9	40,1	24,3	75,7	53,1	46,9	69,7	30,3	47,6	52,4
	40 a 49	45,5	54,5	55,6	44,4	21,4	78,6	50,1	49,9	63,7	36,3	39,7	60,3
	≥ 50	0,0	100,0	50,0	50,0	0	100,0	0,0	100,0	0,0	100,0	100,0	0,0
Escolaridade	Analfabeto	16,0	84,0	74,1	25,9	29,6	70,4	59,3	40,7	65,4	34,6	20,0	80,0
	Ensino fundamental	31,3	68,7	60,9	39,1	28,6	71,4	62,5	37,5	68,3	31,7	13,7	86,3
	Ensino médio	33,1	66,9	60,1	39,9	27,5	72,5	61,2	38,8	71,7	28,3	28,4	71,6
	Ensino técnico	38,4	61,6	58,8	41,2	25,2	74,8	51,0	49,0	72,1	27,9	44,2	55,8
	Graduação ou mais	52,7	47,3	57,0	43,0	22,5	77,5	54,4	45,6	71,9	28,1	59,8	40,2
Profissões mais relatadas	Do lar	33,1	66,9	62,6	37,4	28,4	71,6	66,8	33,2	72,8	27,2	16,9	83,1
	Estudante	34,2	65,8	60,1	39,9	25,9	74,1	65,5	34,5	74,4	25,6	26,2	73,8
	Profissões remuneradas	42,5	57,5	58,7	41,3	24,4	75,6	56,1	43,9	69,6	30,4	43,5	56,5
Capital e proximidades	Belo Horizonte	41,3	58,7	58,8	41,2	25,6	74,4	59,8	40,2	73,0	27,0	37,7	62,3
	Região Metropolitana	31,2	68,8	59,3	40,7	26,7	73,3	59,4	40,6	70,0	30,0	27,4	72,6
	Demais cidades	31,2	68,8	41,0	59,0	13,8	86,2	36,3	63,7	40,2	59,8	18,0	82,0
Pré-natal*	Sim	38,8	61,2	60,9	39,1	25,7	74,3	-	-	-	-	-	-
	Não	43,5	56,5	48,5	51,5	20,7	79,3	-	-	-	-	-	-
Orientação AM	Sim	-	-	64,9	35,1	27,9	72,1	59,5	40,5	73,6	26,4	41,4	58,6
	Não	-	-	59,8	40,2	23,3	76,7	56,6	43,4	67,2	32,8	32,0	68,0

AM: Aleitamento materno; AME: Aleitamento materno exclusivo; p^a: Teste qui-quadrado.

*Associação não significativa com passo 3 e 4 (AM sala de parto)

Tabela 3. Razão de prevalência entre as variáveis e os passos 3, 4 e 5 - Banco de Leite Humano, Belo Horizonte/MG, 2009 - 2012.

Variáveis		Passo 3		Passo 4				Passo 5	
		Orientação AM		RN pele a pele		AM sala de parto		TMF	
		RP	IC 95%	RP	IC 95%	RP	IC 95%	RP	IC 95%
Idade (anos)	< 20	1,00	--	--	--	1,00	--	--	--
	20 a 29	1,23	1,11 – 1,38	--	--	0,95	0,84 – 1,07	--	--
	30 a 39	1,58	1,42 – 1,75	--	--	0,84	0,74 – 0,95	--	--
	≥ 40	1,54	1,31 – 1,81	--	--	0,68	0,52 – 0,89	--	--
Capital e proximidades	Belo Horizonte	1,00	--	1,00	--	1,00	--	--	--
	Região Metropolitana	0,79	0,74 – 0,85	1,02	0,97 – 1,07	1,06	0,96 – 1,16	--	--
	Demais cidades	0,78	0,67 – 0,91	0,73	0,62 – 0,85	0,56	0,42 – 0,76	--	--
Orientação AM	Não	--	--	1,00	--	1,00	--	--	--
	Sim	--	--	1,09	1,06 – 1,13	1,22	1,13 – 1,32	--	--
Profissões mais relatadas	Do lar			1,00	--				
	Estudante	--	--	0,94	0,85 – 1,05	--	--	--	--
	Profissões remuneradas	--	--	0,91	0,87 – 0,96	--	--	--	--
AME	Não	--	--	--	--	--	--	1,00	--
	Sim	--	--	--	--	--	--	1,45	1,31 – 1,61
AM livre demanda	Não	--	--	--	--	--	--	1,00	--
	Sim	--	--	--	--	--	--	1,62	1,43 – 1,83

AM: Aleitamento materno; AME: Aleitamento materno exclusivo; BLH: Banco de Leite Humano; IC: Intervalo de confiança; RN: Recém-nascido; TMF: treinamento mãe/filho; RP: Razão de prevalência.

Tabela 4. Razão de prevalência entre as variáveis e os passos 6, 8 e 9 - Banco de Leite Humano, Belo Horizonte/MG, 2009 - 2012.

Variáveis		Passo 6 AME		Passo 8 AM livre demanda		Passo 9 Bicos artificiais	
		RP	IC 95%	RP	IC 95%	RP	IC 95%
Idade (anos)	< 20	1,00	--	--	--	1,00	--
	20 a 29	0,97	0,90 – 1,05	--	--	2,14	1,60 – 2,86
	30 a 39	0,81	0,74 – 0,88	--	--	3,12	2,33 – 4,17
	≥ 40	0,75	0,64 – 0,89	--	--	2,76	1,98 – 3,84
Escolaridade	Analfabeto	1,00	--	--	--	--	--
	Ensino fundamental	0,70	0,54 – 0,92	--	--	--	--
	Ensino médio	0,70	0,54 – 0,91	--	--	--	--
	Ensino técnico	0,66	0,48 – 0,90	--	--	--	--
	≥ Graduação	0,67	0,52 – 0,88	--	--	--	--
Ocupação	Do lar	1,00	--	1,00	--	1,00	--
	Estudante	0,91	0,82 – 1,02	0,99	0,92 – 1,09	2,28	1,74 – 3,00
	Demais profissões remuneradas	0,86	0,83 – 0,94	0,93	0,89 – 0,97	1,99	1,69 – 2,35
Capital e proximidades	Belo Horizonte	1,00	--	1,00	--	1,00	--
	Região Metropolitana	0,96	0,91 – 1,02	0,94	0,90 – 0,98	0,78	0,71 – 0,87
	Demais cidades	0,59	0,48 – 0,73	0,52	0,43 -0,62	0,55	0,40 – 0,74
Orientação AM	Não	1,00	--	1,00	--	1,00	--
	Sim	1,08	1,03 – 1,13	1,09	1,05 – 1,13	1,14	1,06 – 1,23

AM: Aleitamento materno; AME: Aleitamento materno exclusivo; IC: Intervalo de confiança; RP: Razão de prevalência.

Comunicado de aceite do artigo

20/12/2015

Gmail - Ciência & Saúde Coletiva - Decision on Manuscript ID CSC-2015-1444.R1



Cristianny Silva <cristiannyms@gmail.com>

Ciência & Saúde Coletiva - Decision on Manuscript ID CSC-2015-1444.R1

1 mensagem

romeugo@gmail.com <romeugo@gmail.com>

17 de novembro de 2015 15:35

Para: cristiannyms@gmail.com, luanacs@ig.com.br

Cc: cienciasaudecoletiva@fiocruz.br, raimangas.mangas1@gmail.com

17-Nov-2015

Dear Mrs. Silva:

It is a pleasure to accept your manuscript entitled "Educational practices according to the "Ten steps to successful breastfeeding" in a Human Milk Bank" for publication in the *Ciência & Saúde Coletiva*. In order for your manuscript to be edited, we would ask that you include the text in a single file with the: (1) Title (in Portuguese and in the foreign language); (2) Authors (full name, institution and e-mail); (3) Summary (in Portuguese and in the foreign language); (4) Keywords (in Portuguese and in the foreign language); (5) Full text of the article (from the introduction to the references) and (6) Illustrative material (if any, in up to 5 units). We note that this file, which cannot be in PDF format, must have the same content as the manuscript which was reviewed. It is this version which shall be published. The file and the declarations attached should be sent to the e-mail: cienciasaudecoletiva@fiocruz.br. Thank you for your contribution.

Prezado(a) Mrs. Silva:

É um prazer aceitar o seu manuscrito intitulado "Educational practices according to the "Ten steps to successful breastfeeding" in a Human Milk Bank" para publicação na revista *Ciência & Saúde Coletiva*. Para que o seu manuscrito seja editorado, solicitamos que você reúna em um único arquivo um texto com: (1) Título (em português e na língua estrangeira); (2) Autores (nome completo, instituição e e-mail); (3) Resumo (em português e na língua estrangeira); (4) Palavras-Chave (em português e na língua estrangeira); (5) Corpo completo do artigo (indo desde a introdução até as referências) e (6) Material ilustrativo (caso haja, em até cinco unidades). Observamos que esse arquivo – que não pode ser em formato de PDF – deve ter o mesmo conteúdo do manuscrito que foi avaliado. É essa versão que será publicada. O arquivo e as declarações em anexo devem ser enviados para o e-mail: cienciasaudecoletiva@fiocruz.br.

Obrigado pela sua contribuição,

Sincerely, / Atenciosamente,
Dr. Romeu Gomes
Editor-in-Chief, *Ciência & Saúde Coletiva*
romeugo@gmail.com

 * Declarações-de-artigos-aprovados.doc
118K

ARTIGO 2

“Factors associated with guidance about breastfeeding and exclusive breastfeeding among nursing mothers attended at a human milk bank: a retrospective cross-sectional study”

Artigo Original

Revista de submissão: “Public Health Nutrition”

Factors associated with guidance about breastfeeding and exclusive breastfeeding among nursing mothers attended at a human milk bank: a retrospective cross-sectional study

Guidance about breastfeeding

Cristianny Miranda e Silva¹, Simone Cardoso Lisboa Pereira², Ieda Ribeiro Passos³,
Luana Caroline dos Santos⁴

1. Federal University of Minas Gerais, Nursing School, Belo Horizonte, Minas Gerais, Brazil. Avenida Professor Alfredo Balena, 190 – sala 324, CEP: 30130-100, Belo Horizonte, MG, Brazil.
2. Department of Nutrition, Federal University of Minas Gerais, Nursing School, Belo Horizonte, Minas Gerais, Brazil. Avenida Professor Alfredo Balena, 190 – sala 320, CEP: 30130-100, Belo Horizonte, MG, Brazil.
3. Human Milk Bank, Odete Valadares Maternity, Belo Horizonte, Minas Gerais, Brazil. Avenida do Contorno, 9494 - Prado. Belo Horizonte, Minas Gerais, Brazil
4. Department of Nutrition, Federal University of Minas Gerais Nursing School, Belo Horizonte, Minas Gerais, Brazil. Avenida Professor Alfredo Balena, 190 – sala 324, CEP: 30130-100, Belo Horizonte, MG, Brazil.

Corresponding author: Cristianny Miranda e Silva – Avenida Professor Alfredo Balena, 190 – sala 324, CEP: 30130-100, Belo Horizonte, MG, Brazil. Telephone: (55) (31)3409-8036; e-mail address: cristiannyms@gmail.com. Fax: (55) (31)3409-8060

Acknowledgements: This work was funded by Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de Minas Gerais - FAPEMIG (number: APQ-01782-10) and Universidade Federal de Minas Gerais (financial support for the translation of the manuscript).

Financial Support: This work was funded by Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de Minas Gerais - FAPEMIG (number: APQ-01782-10) and Universidade Federal de Minas Gerais (financial support for the translation of the manuscript). The

FAPEMIG and Universidade Federal de Minas Gerais have no role in the design, analysis or writing of this article.

Conflicts of interest: No conflicts of interest to declare

Authors' contributions:

CMS participated in the study conception and design, analysis and interpretation of data; drafting the article, revising it critically for important intellectual content. SCLP and IRP contributed in revising it critically for important intellectual content. LCS participated in study conception and design, analysis and interpretation of data; drafting the article, revising it critically for important intellectual content and final approval of the version to be published.

Ethics: This study is part of the project "Bank of Human Milk reference in Minas Gerais: characterization, intervention and evaluation." It was performed in accordance with the guidelines established in the Declaration of Helsinki and all procedures involving human subjects / patients were approved by the Ethics Committee of the Fundação Hospitalar de Minas Gerais (No 042/2010) and the Universidade Federal de Minas Gerais (No. ETIC 0079.0.203.000-10).

Abstract

Objective: To evaluate the factors associated with guidance on breastfeeding and exclusive breastfeeding among mothers who received care in a human milk bank.

Design: It is a retrospective study using secondary data obtained from a nursing care protocol (2009-2012). **Setting:** a human milk bank in Brazil. **Subjects:** Were

evaluated 12,283 mothers through sociodemographic information, pre and post-pregnancy data and data about the baby and childbirth in order to associate them to the outcomes "guidance on breastfeeding during prenatal care" and "exclusive breastfeeding". A descriptive analysis, chi-square test and Poisson regression were performed ($p < 0.05$). **Results:** It was noted higher prevalence of guidelines among

mothers with higher education ($\geq$ bachelor's degree level; PR=3.23, 95%CI 1.09-9.52) and among those that made up six prenatal consultations (PR=1.41; 95%CI 1.08-1.84), unlike women that received prenatal care in a public network (PR=0.48, 95%CI 0.38-0.60). The variables that associated positively with exclusive breastfeeding were: more than 6 consultations (PR=1.58, 95%CI 1.23-2.03); birth in Baby Friendly Hospital (PR=1.21, 95%CI 1.07-1.38); term births (PR=1.49, 95%CI 1.38-1.60); no birth complications (PR=1.37, 95%CI 1.24-1.52) and no pacifier use (PR=1.22, 95%CI 1.14-1.30), unlike the caesarean sections (PR=0.80, 95%CI 0.71-0.90).

Conclusions: The adequate prenatal, delivery in Baby Friendly Hospital, cesarean reduction and no pacifier use may favor the promotion of exclusive breastfeeding. Higher education was a protective factor for breastfeeding orientation just like over 6 prenatal visits for both guidance on breastfeeding and exclusive breastfeeding practice. These findings may encourage the improvement of maternal health through the implementation of public policies in different scenarios.

Key words: breastfeeding, milk banks, prenatal care, maternal and child health, infant.

Introduction

The Baby-Friendly Hospital Initiative (BFHI) is one of the major programs created with the purpose of supporting, protecting and promoting breastfeeding (BF), in the light of the low breastfeeding rates observed in recent studies. These rates are well below the official recommendations, both regarding the exclusive breastfeeding (EBF) during the baby's first six months of life and breastfeeding complemented with other nutrition sources until two years of age or older⁽¹⁾. This initiative has a set of goals summarized in the "Ten Steps to Successful Breastfeeding", which primarily have the objective of informing pregnant women and nursing mothers about the benefits and proper management of breastfeeding and identifying the disadvantages of using substitutes for human milk⁽²⁾.

Among the ten steps, Step 3 addresses transmission of knowledge to pregnant women regarding the advantages and management of breastfeeding, and needs to be highlighted. It expresses healthcare teams' commitment towards with the BFHI through their discussions with mothers about the importance of EBF and the possible difficulties of breastfeeding, and their provision of training for mothers regarding self-care and autonomy, so that mothers have the knowledge that they need for fully undertaking this practice⁽³⁾.

In this context, some studies have pointed out the existence of various factors associated with the guidance given to mothers, especially during the prenatal period⁽⁴⁻⁷⁾. In these studies, factors such as higher socioeconomic and cultural levels of the women^(4,5) and the number of prenatal consultations⁽⁶⁾, along with the support and encouragement received from trained professionals during this period⁽⁷⁾, have been pointed out as determinants for greater knowledge and understanding of the information received.

Regarding EBF, the positive or negative impact of factors associated with this practice has been documented in the literature. These factors include maternal sociodemographic, economic and cultural characteristics, psychological factors, physical and mental stress-related factors and factors relating to the type of delivery, gestational age, time at which breastfeeding begins, child's age and use of pacifiers/dummies, among others, as well as the positive influence of the BFHI in maintaining breastfeeding⁽⁸⁻¹⁰⁾.

Within this scenario, human milk banks (HMB) can act as support stations for nursing mothers, through guidance about BF and follow-up for postpartum mothers and lactating women with difficulties in implementing breastfeeding. These establishments are responsible for encouraging BF, providing guidance about the way in which mothers should hold and position their babies during breastfeeding. They provide educational measures in order to contribute to the reduction of neonatal mortality⁽¹¹⁾. Moreover, they are one of the main strategies for promoting, protecting and supporting BF, and encompass activities of human milk collection, processing and distribution⁽¹²⁾.

In view of the importance of the BFHI and HMB as agents responsible for advising on breastfeeding and promoting this practice, the relevance of analyzing the interface between these strategies through evaluation of factors associated with guidance about BF and EBF among nursing mothers attended at a HMB can be highlighted.

The present study provides an evaluation of these factors at a HMB, covering the period between 2009 and 2012. Furthermore, it aimed to evaluate the trend of the guidance about BF and EBF over the same period.

Methodology

This was a retrospective study on secondary data that were obtained through a structured protocol among mothers who were attended at a reference HMB. This establishment is responsible for strategic actions defined for its coverage area: it develops continuing educational activities and operational research and provides consultancy and technical support to other Brazilian milk banks⁽¹³⁾.

This reference HMB belongs to a maternity hospital within the Brazilian public healthcare system in a metropolis in southeastern Brazil, called Baby-Friendly Hospital, and has existed since 1999. HMBs are responsible for supporting mothers who have difficulty in breastfeeding, through care and educational activities for supporting breastfeeding and breast care. They train healthcare professionals in breastfeeding advice and management, and also collect, process and distribute donated human milk⁽¹⁴⁾.

For the present study, the registration forms of mothers who sought assistance at the HMB between 2009 and 2012 were analyzed. These mothers sought answers to questions about BF and/or attendance of intercurrents from BF. The analysis focused on information relating to Step 3, among the “Ten Steps to Successful Breastfeeding” [2], i.e. *inform all assisted pregnant women about the advantages and management of breastfeeding* (Fig 1).

The forms analyzed included data on the following: sociodemographic characteristics of the nursing mothers, comprising age, marital status, education level and occupation; information on the pre- and post-gestational periods, comprising: prenatal consultations in the public or private sector or not done; location of prenatal consultations; number of prenatal consultations⁽¹⁵⁾; guidance about BF during prenatal consultations from the mothers' self-reports (yes/no); type of guidance about BF received during the prenatal period (individual or collective); previous experience of BF (yes/no); and number of children; and information on the newborn and the delivery, comprising: location of the delivery; type of delivery; birth weight; gestational age; delivery complications (yes/no); EBF (yes/no) and use of pacifier (yes/no).

With regard to the previously mentioned type of guidance about breastfeeding that the women received during the prenatal period, individual guidance refers to the type received by the pregnant woman from the doctor or the healthcare staff during the prenatal consultations. In turn, collective guidance consists of lectures and discussion groups attended by pregnant women and trained healthcare professionals who were able to answer questions about the biopsychosocial and practical aspects of BF.

This information was gathered by professionals at the HMB who had been properly trained for this function, through face-to-face interviews with mothers, prior to attendance by the healthcare staff of this establishment. The questions that produced “yes” or “no” answers regarding the outcomes “guidance about BF during prenatal consultations” and “EBF” were, respectively: “Did you receive guidance about the practice of BF during prenatal consultations?” and “Are you doing EBF?”

In order to investigate the determinants of guidance on BF and exclusive breastfeeding, the variables described earlier (which were obtained from the registration forms) were correlated with the outcomes “guidance about BF during prenatal consultations” (model 1) and “EBF” (model 2), in each year of study (Fig a).

The variables that presented $p < 0.20$ in Pearson's chi-square test, with the outcome variables, in all years of study, were selected for analysis using multiple Poisson regression, thus obtaining two final models.

No sampling calculation was performed because all the women were evaluated during the study period.

The data obtained were analyzed, after a proper analysis of consistency, through the Statistical Package for the Social Sciences® (SPSS) software, version 19.0. Descriptive analysis was performed, consisting of calculation of absolute and relative frequencies and central trend and dispersion measurements. Additionally, the chi-square test was performed in order to compare proportions and associations, and also Poisson's regression with robust variation and backward elimination, thus estimating adjusted prevalence ratios and their respective 95% CI. The final adjustment of the multivariate model was performed through the Hosmer-Lemeshow test. These analyses were performed using the Stata software, version 11.2.

In order to evaluate the trends in BF guidance that was received by mothers during prenatal consultations and EBF, between 2009 and 2012, the Cochran-Armitage test was performed. For this, the "SAS System for Windows" (Statistical Analysis System) software, version 9.2 (SAS Institute Inc, 2002-2008, Cary, NC, USA), was used.

In all the analyses, 5% was taken to be the significance level ($p < 0.05$).

Regarding ethical issues, it should be noted that the present study formed part of the project "Reference human milk bank in Minas Gerais: characterization, intervention and evaluation", which was approved by the Ethics Committees (report nos. 042/2010 and ETIC 0079.0.203.000-10).

Results

A total of 12,283 women were evaluated over this period, of whom 2,225 (18.1%) during 2009, 4,279 (34.8%) during 2010, 2,970 (24.2%) during 2011 and 2,809 (22.9%) during 2012. The sample distribution in relation to sociodemographic data and information about the pre- and post-gestational periods and about the newborn and the delivery, according to year of study, is presented in Table 1.

In the univariate analysis, the covariates “age”, “marital status”, “educational level”, “occupation”, “prenatal consultation – public/private/not done” and “number of prenatal consultations” presented $p < 0.20$ with the outcome “guidance about BF during prenatal” (model 1) in all the years studied (Table 2).

In turn, the multivariate analysis showed that there was greater prevalence of this guidance among mothers with educational level $\geq$ bachelor’s degree level (PR=3.23; 95%CI: 1.09–9.52) and those who attended more than six prenatal consultations (PR=1.41; 95%CI: 1.08–1.84), in comparison with those who attended prenatal consultations within the public healthcare system (PR=0.48; 95%CI: 0.38–0.60).

Regarding the main variable “EBF” (model 2), the covariates that presented $p < 0.20$ in the univariate analysis, in all the years studied, were: “age”; “occupation”; “prenatal consultation – public/private/not done”; “number of prenatal consultations”; “location of delivery”; “type of delivery”; “gestational age”, “delivery complications” and “use of pacifiers” (Table 3).

In the final model, higher prevalence of the practice of EBF was observed among the nursing mothers who had attended more than six prenatal consultations (PR=1.58; 95%CI: 1.23–2.03); those whose delivery took place at Baby-Friendly Hospital, which is where the HMB is located (PR=1.21; 95%CI: 1.07–1.38); those whose babies were delivered at full term (PR=1.49; 95%CI: 1.38–1.60); those who did not offer pacifiers to their children (PR=1.22; 95%CI: 1.14–1.30) and those who did not have any delivery complications (PR=1.37; 95%CI: 1.24–1.52), in comparison with those who underwent cesarean delivery (PR=0.80; 95%CI: 0.71–0.90).

The Cochran-Armitage test, for the variables “BF guidance during prenatal consultations” and “EBF”, presented a statistically significant increase in individual/collective and collective guidance between 2009 and 2012 ($Z=2.24$; $p=0.025$; and $Z=2.43$; $p=0.015$, respectively) and a decrease in EBF over the same period ($Z=-4.70$; $p < 0.001$) (Fig 2).

In analyzing prevalences over the years studied, an increase in attending prenatal consultations within the public healthcare system between 2009 and 2010 was observed ($p < 0.05$), followed by a decrease until 2012 ($p < 0.05$). In turn, educational level “ $\geq$ bachelor’s degree level” presented an increase between 2009 and 2011, followed by a decrease in 2012 ($p < 0.05$) (Fig 3).

Cesarean delivery increased in prevalence ($p<0.05$) between 2009 and 2012, as also did the birth of full-term babies and the variable “absence of delivery complications” ($p<0.05$). In turn, the frequency of deliveries performed at Baby-Friendly Hospital presented an increase between 2009 and 2010, followed by a reduction until 2012 ($p<0.05$). The use of pacifiers increased in prevalence ($p<0.05$) between 2010 and 2012 (Fig 3).

Discussion

The present study showed that improvement of the BF guidance that is provided to mothers, along with attendance at properly conducted prenatal consultations, delivery at Baby-Friendly Hospital, no use of pacifiers and reduction of cesareans, may contribute towards promotion of exclusive breastfeeding. Moreover, higher educational level favored BF guidance, as also did attendance at more than six prenatal consultations, both for guidance and for the practice of EBF.

Regarding the guidance given to pregnant women during the prenatal period, educational actions involving advice for mothers may constitute an important tool for ensuring the success of BF, especially when such actions are implemented during this period⁽⁴⁾. However, studies that have addressed this issue have observed that sociocultural, attendance-related and healthcare professional training-related issues influence the level of knowledge of breastfeeding. These professionals need to be trained to assist nursing mothers, while taking these mothers’ complex and greatly diversified characteristics into consideration. This requires specific professional care directed towards the entirety of the ambiguous factors and feelings that can appear⁽⁵⁾.

In the present study, a significant portion of the sample reported not having received any guidance about BF during prenatal consultation, in all the years studied. This may have been related to memory bias. Alternatively, corroborating the findings of Sandre-Pereira *et al.*⁽¹⁶⁾, such guidance may not always be thoroughly assimilated by pregnant women, thus leading them to say that they did not receive any information during this period.

Within this perspective, the fact that higher prevalence of guidance about BF was observed among women with higher educational level may be a reflection of the higher socioeconomic-cultural level of these women, which would enable them to

have greater access and comprehension of this information^(5,17). These mothers, especially those who have university-level education, have the possibility of achieving better understanding of the information about the advantages of breastfeeding and being less influenced by incorrect practices suggested by relatives such as grandparents, as well as presenting greater self-confidence for dealing with possible interurrences from breastfeeding⁽⁵⁾.

In a descriptive study conducted by Freitas *et al.*⁽⁴⁾ in Fortaleza, Brazil, with the objective of evaluating the knowledge of 31 pregnant women about BF, they observed that those who had excellent knowledge (19.3%) had a good educational level (complete or incomplete university-level education) and good economic level (family income higher than three monthly minimum wages). In another quantitative, descriptive cross-sectional study on 150 postpartum mothers hospitalized in a general ward in a public maternity hospital in northeastern Brazil, Silva *et al.*⁽⁵⁾ observed that women with over eight years of education had higher knowledge about the protection that breastfeeding provides against breast and ovary cancer (n=66; 89.2%) and the role that it has in child development and establishment of mother/child bonding (n=74; 100%) and in protection of children against infections (n=73; 98.6%).

In turn, regarding the lower prevalence of guidance among the nursing mothers who attended prenatal consultations within the public healthcare system, this may be related to the way in which this information is being transmitted to mothers in these establishments. Studies such the one conducted by Giugliani *et al.*⁽¹⁸⁾ have highlighted that attendance provided by different professionals in healthcare services hinders establishment of connections and educational work. However, in a study conducted in public and private maternity hospitals in São Paulo, Toma & Monteiro⁽¹⁹⁾ observed that although prenatal services are more frequently found in private hospitals, guidance about BF was more common in public hospitals.

Also regarding prenatal assistance, the positive influence of greater numbers of prenatal consultations, both for advice on breastfeeding and for promoting this practice, is shown in the literature^(6,20,21). This evidence corroborates the findings of the present study, in which higher prevalence of guidance about BF and EBF was observed among women who mentioned having had more than six prenatal consultations. This explanation for this may be that the greater number of

consultations allowed the pregnant women to have more time to assimilate the knowledge received. According to Beleza *et al.*⁽²²⁾, this knowledge requires several meetings, because there are many questions to be discussed, requiring time and space for mothers to manifest their experiences.

Thus, in a cross-sectional study on 170 infants attended at primary healthcare units on the periphery of the municipality of São Paulo, Brazil, Sanches *et al.*⁽²⁰⁾ observed that women who attended fewer than six prenatal consultations tended to cease EBF by the third month. In another cross-sectional study, conducted in northeastern Brazil, Oliveira *et al.*⁽²¹⁾ showed that attendance at a minimum of six prenatal consultations and receipt of guidance about BF were protective factors for performing breastfeeding.

From this perspective, the observed increase in the prevalence of individual/collective and collective guidance about breastfeeding between 2009 and 2012, among the mothers of this study, coincided with the implementation of two BF protection measures, at the end of 2008: the Brazilian breastfeeding network, now known as the Brazilian breastfeeding and feeding network; and publication of law no. 11,770, which created the company citizen program.

The first initiative was implemented within the Brazilian public healthcare system (SUS), with the objective of promoting BF through interdisciplinary work based on advice on breastfeeding at primary healthcare units⁽²³⁾. On the other hand, the second initiative encouraged companies to extend maternity leave to six months, by offering tax incentives⁽²⁴⁾.

Despite these actions, and contrary to what was expected, there was a decrease in EBF concomitant to the increase in BF guidance over the course of the study period. This confirms that there is a complex relationship between the various factors involved in BF practice. According to Volpato *et al.*⁽²⁵⁾, BF practice is more influenced by empirical than by theoretical knowledge, such that the daily experiences of nursing mothers and the roles of healthcare professionals and institutions are secondary factors in decision-making and attitudes, in the light of difficulties faced during daily breastfeeding practice.

Moreover, knowledge of BF in itself does not ensure changes in attitudes or continuity of this practice. It is linked to the way in which educational activities are developed among mothers, and this needs to take place efficiently, during both the

prenatal period and the puerperium, and during pediatric consultations, in view of the different particular features of each of these times involving the lactation process^(4,18).

Thus, the importance of continuing education during hospitalization and the postpartum period can be highlighted, with the objective of ensuring success in breastfeeding and its propagation⁽²⁵⁾, as well as the importance of proper learning, through dedication and active participation of the healthcare staff responsible for providing guidance and opportune support to pregnant women and nursing mothers⁽²⁶⁾.

In this regard, the decrease in the prevalence of prenatal care within the public healthcare system observed between 2010 and 2012, in parallel with the increase in the education level of the mothers of the present study between 2009 and 2012, suggests that there is a need to improve prenatal attendance and professional action within the public healthcare services. The aim would be to make the multiprofessional team that interacts directly with nursing mothers more capable of answering questions about BF management and practice, as well as encouraging mothers to breastfeed and continue to do so, in such a way as to reach various audiences, at different socioeconomic and cultural levels.

Regarding EBF, the higher prevalence that was observed among mothers who had full-term babies and among those who did not have delivery complications was probably due to the fact that preterm babies present more neonatal problems and do not leave the hospital just after their birth, thus hindering the beginning of breastfeeding⁽²⁷⁾. These complications may give rise to a situation of ineffective breastfeeding because of the delayed onset of milk production caused by the long separation between mother and child, the mother's stress relating to the child's condition and the offer of artificial forms of feeding, thus posing a risk to BF after hospital discharge⁽²⁸⁾.

In contrast, cesarean section has been shown to be a risk factor for early weaning, despite controversies, because the presence of pain and/or a post-anesthesia effect can extend for several hours after surgery, thus postponing the first breastfeeding, which in other circumstances could have happened inside the delivery room itself⁽²⁹⁾. Greater efforts could be directed towards these women, especially by the healthcare team, in order to encourage and support them in breastfeeding. The team should also guide them about the importance of BF, considering the high

prevalence of cesarean deliveries seen in the present study, as well as the possibility that these mothers' next deliveries might take place via the same route.

The positive influence on EBF resulting from children's birth at Baby-Friendly Hospital confirms the results from other studies that proved the effectiveness of the BFHI and the "Ten steps to successful breastfeeding" in maintaining EBF through actions relating to delivery and puerperium, training of healthcare professionals to support BF during hospitalization and promotion of breastfeeding among nursing mothers^(30,31).

Moreover, both the reduction in the number of deliveries performed at Baby-Friendly Hospital between 2010 and 2012 and the increase in the number of cesarean sections over the course of the study period may have favored the decrease in EBF observed among the nursing mothers of the present sample. Such increases have also been shown in the literature and, in Brazil, they have mainly been correlated with greater access to medical technology among families of higher socioeconomic level or with the type of funding⁽³²⁾.

Similarly, the increasing prevalence of pacifier use by babies of this research, between 2010 and 2012, may also have interfered with the practice of exclusive breastfeeding. Regarding the use of pacifiers, this has been identified as a risk factor in the practice of exclusive breastfeeding. It is believed that its use entails a reduction in the number of feedings per day resulting in decreased milk production and the need for complementation. It is also suggested that the pacifier would be a secondary cause of weaning, suggesting a maternal difficulty about breastfeeding practice, or anxiety and insecurity about baby feeding⁽³³⁾.

The increased numbers of births of full-term babies, along with the absence of delivery complications, despite the observed decrease in EBF, corroborates other studies that have used this approach. Once again, it was observed that the practice of BF takes place in a social and educational context under the responsibility of the healthcare services, without occurring through isolated actions by sections of society^(31,34).

Despite the important findings, the limitations of retrospective studies regarding the accuracy of information need to be highlighted, i.e. memory bias among nursing mothers, data loss due to the impossibility of conducting follow-ups, lack of control over important confounding variables, such as the child's age for the

outcome of “EBF”, and the magnitude of the incompleteness of the information. These limitations are associated with the use of secondary data but need to be weighed up, given that other relevant studies use this kind of data^(35,36).

Furthermore, implications inherent to the study design, which is subject to reverse causality, need to be highlighted. There may have been some bias regarding the study area, given the nature of Baby-Friendly Hospital. Thus, caution is necessary in generalizing the results. However, the scenario depicted here fits within the contexts of other maternity hospitals in Brazil and abroad that are subject to the approach of the “Ten steps to successful breastfeeding”.

The potential positive features of this study include the large sample size and the relevance of the topic, especially the determinants of prenatal guidance about BF and EBF, from the perspective of their evolution over the course of the period analyzed.

Conclusions

The present study highlighted that knowledge about breastfeeding that is acquired during the prenatal period is not in itself capable of promoting EBF, given the complexity of the factors involved in this practice. The way in which the guidance about BF is being transmitted to mothers during prenatal consultations can be questioned, as can also the involvement and training of healthcare teams for supporting and stimulating breastfeeding.

Thus, the need for actions that favor the way in which guidance about BF is being conducted among mothers during the prenatal period is highlighted, especially in the public healthcare services. Such actions could, for instance, encompass creation of support groups to assist nursing mothers, starting in the prenatal period and continuing during hospitalization and after discharge, involving family members, the community and the family healthcare team. Additionally, the need to stimulate continuing education within the multidisciplinary team involved is also highlighted, with the aim of sensitizing and motivating the team to perceive and act beyond the limits of biological knowledge, so as to understand pregnant women in their psychological, economic and sociocultural dimensions.

The present study also showed that higher educational level positively influenced the guidance about BF during the prenatal period, as also did attendance at more than six prenatal consultations, which was also a factor favoring the practice of EBF.

Finally, the importance of actions for promoting EBF can be highlighted, such as proper prenatal care and guidance about the risks of pacifier use by infants. There is a demand for expansion of breastfeeding promotion programs, such as the BFHI, and more effective public policies towards reducing the numbers of cesarean deliveries performed in Brazil.

The findings from the present study may contribute towards improvement of mother-child health, given the potential for establishing intervention measures that favor breastfeeding and for implementing governmental actions concerning this issue within various scenarios.

References

1. Demirtas B (2012) Strategies to support breastfeeding: a review. *Int Nurs Rev* **59**,474-81.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Área Técnica de Saúde da Criança e Aleitamento Materno. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Iniciativa Hospital Amigo da Criança. Brasília, 2011. http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/iniciativa_hospital_amigo_crianca.pdf. (accessed November 2015).
3. Lunardi VL, Bulhosa MS (2004) A influência da Iniciativa Hospital Amigo da Criança na amamentação. *Rev Bras Enferm* **57**,683-86.
4. Freitas GL, Joventino ES, Aquino OS *et al.* (2008) Avaliação do conhecimento de gestantes acerca da amamentação. *REME Rev Min Enferm* **12**,461-68.
5. Silva VMM, Joventino ES, Arcanjo DS *et al* (2009). Conhecimento de puérperas acerca da amamentação - estudo descritivo. *Online Braz J Nurs* **8**.

<http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/j.1676-4285.2009.2452/538>. (accessed November 2015).

6. Machado MOF, Paula MSR, Parreira BDM *et al.* (2013) Comparação do conhecimento sobre aleitamento materno entre mulheres no período pós-parto. *Rev enferm UERJ* **21**,66-72.
7. Ciconi RCV, Venancio SI, Escuder MML (2004) Avaliação dos conhecimentos de equipes do Programa de Saúde da família sobre o manejo do aleitamento materno em um município da região metropolitana de São Paulo. *Rev Bras Saude Mater Infant* **4**,193-202.
8. Onah S, Osuorah DIC, Ebenebe J *et al.* (2014) Infant feeding practices and maternal socio-demographic factors that influence practice of exclusive breastfeeding among mothers in Nnewi South-East Nigeria: a cross sectional and analytical study. *Int Breastfeed J* **9**, 413-20.
9. Neves ACM, Moura EC, Santos W *et al.* (2014) Factors associated with exclusive breastfeeding in the legal Amazon and Northeast regions, Brazil, 2010. *Rev Nutr* **27**, 81-95.
10. Warkentin S, Taddei JAAC, Viana KJ *et al.* (2013). Exclusive breastfeeding duration and determinants among Brazilian children under two years of age. *Rev Nutr* **26**, 259-69.
11. Neves LS, Sá MVM, Mattar MJG *et al.* (2011). Doação de leite humano: dificuldades e fatores limitantes. *Mundo Saúde (Impr.)* **35**, 156-61.
12. Brasil. Ministério da Saúde. Souza CB; Espírito Santo LC; Giugliani ERJ. Políticas Públicas de incentivo ao aleitamento materno: a experiência do Brasil. 2010. http://www.aleitamento.com.br/upload%5Carquivos%5Carquivo1_2418.pdf. (accessed November 2015).

13. Brasil. Ministério da Saúde. RDC/ ANVISA, nº 171 de 4 de setembro de 2006. Dispõe sobre o Regulamento Técnico para o funcionamento de Bancos de Leite Humano. Diário Oficial da União da República Federativa do Brasil. Brasília, 2006.
<http://portal.anvisa.gov.br/wps/wcm/connect/d02994804745973f9fa1df3fbc4c6735/RDC+N%C2%BA.+DE+171-2006.pdf?MOD=AJPERES>. (accessed May 2015).
14. FHEMIG. Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais. Banco de leite humano: Quem somos. 2012. <http://www.fhemig.mg.gov.br/pt/banco-de-leite-humano/quem-somos>. (accessed October 2015).
15. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Pré-natal e puerpério: atenção qualificada e humanizada. Série A. Normas e manuais técnicos. Série direitos sexuais e reprodutivos. Caderno nº 5. Brasília – DF, 2006. 160 p.
http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_pre_natal_puerperio_3ed.pdf. (accessed November 2015).
16. Sandre-Pereira G, Colares LGT, Carmo MGT *et al.* (2000). Conhecimentos maternos sobre a amamentação entre puérperas inscritas em programa de pré-natal. *Cad Saúde Pública* **16**, 457-66.
17. Frota MA, Costa FL, Soares SD, *et al.* (2009). Fatores que interferem no aleitamento materno. *Rev RENE* **10**, 61-7.
18. Giugliani ERJ, Rocha VLL, Neves JM *et al.* (1995). Conhecimentos maternos em amamentação e fatores associados. *J Pediatr* **71**, 77-81.
19. Toma TS, Monteiro CA (2001). Avaliação da promoção do aleitamento materno nas maternidades públicas e privadas no município de São Paulo. *Rev Saúde Pública* **35**, 409-14.

20. Sanches MTC, Buccini GS, Gimeno SGA *et al.* (2011). Fatores associados à interrupção do aleitamento materno exclusivo de lactentes nascidos com baixo peso assistidos na atenção básica. *Cad Saúde Pública* **27**, 953-65.
21. Oliveira MGOA, Lira PIC, Batista Filho M *et al.* (2013). Fatores associados ao aleitamento materno em dois municípios com baixo índice de desenvolvimento humano no nordeste do Brasil. *Rev Bras Epidemiol* **16**, 178-89.
22. Beleza ACS, Nakano MAS, Ferreira CHJ *et al.* (2006). Orientações sobre o aleitamento materno inseridas na prática do cuidado pré-natal no Brasil. *Revista Hispeci & Lema* **9**, 78-80.
23. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Área Técnica de Saúde da Criança e Aleitamento Materno. Rede Amamenta Brasil: os primeiros passos (2007 – 2010). Brasília; 2011. http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/rede_amamenta_brasil_primeiros_passos.pdf. (accessed November 2015).
24. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Cartilha para a mãe trabalhadora que amamenta. Série F. Comunicação e Educação em Saúde. Brasília, 2010. http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cartilha_mae_trabalhadora_amamenta.pdf. (accessed November 2015).
25. Volpato SE, Braun A, Pegorim RM *et al* (2009). Avaliação do conhecimento da mãe em relação ao aleitamento materno durante o período pré-natal em gestantes atendidas no Ambulatório Materno Infantil em Tubarão, (SC). *ACM Arq Catarin Med* **38**, 49-55.
26. Organização Mundial da Saúde. Proteção, promoção e apoio ao aleitamento materno: o papel especial dos serviços materno-infantis. Uma declaração conjunta OMS/UNICEF. Genebra: OMS, 1989.

<http://www.ibfan.org.br/documentos/outras/doc-715.pdf>. (accessed November 2015).

27. Gonçalves MB, Padula J, Hayashi K *et al* (2003). Prevalência do aleitamento materno entre as crianças nascidas no Hospital Universitário de Maringá no período de 1999-2000, Maringá, Estado do Paraná. *Acta Sci, Health Sci* **25**, 115-24.
28. Vieira CS (2004). Risco para amamentação ineficaz: um diagnóstico de enfermagem. *Rev Bras Enferm* **57**, 712-14.
29. Fragoso APR, Fortes RC (2011). Fatores associados à prática do aleitamento materno entre nutrizes de um hospital público do Distrito Federal. *J Health Sci Inst* **29**, 114-18.
30. Venâncio SI, Escuder MML, Kitoko P *et al* (2002). Frequência e determinantes do aleitamento materno em municípios do estado de São Paulo. *Rev Saúde Pública* **36**, 313-18.
31. Sampaio PF, Moraes CL, Reichenheim ME *et al* (2011). Nascer em Hospital Amigo da criança no Rio de Janeiro: um fator de proteção ao aleitamento materno? *Cad Saúde Pública* **27**, 1349-61.
32. Almeida S, Bettiol H, Barbieri MA *et al* (2008). Significant differences in cesarean section rates between a private and a public hospital in Brazil. *Cad Saúde Pública* **24**, 2909-18.
33. Demitto MO, Bercini LO, Rossi RM (2013). Uso de chupeta e aleitamento materno exclusivo. *Esc Anna Nery (impr.)* **17**, 271-76.
34. Machado MOF, Haas VJ, Stefanello VJ *et al* (2012). Breastfeeding: knowledge and practice. *Rev Esc Enferm USP* **46**, 809-15.

35. Mota TTAG, Caminha MFC, Figueiroa JN *et al* (2015). Influência do aleitamento materno na hospitalização de menores de dois anos no estado de Pernambuco, Brasil, em 1997 e 2006. *Ciênc Saúde Coletiva* **20**, 2347-58.
36. Boccolini CS, Carvalho ML, Oliveira MIC *et al* (2013). A amamentação na primeira hora de vida e mortalidade neonatal. *J Pediatr* **89**, 131-36.

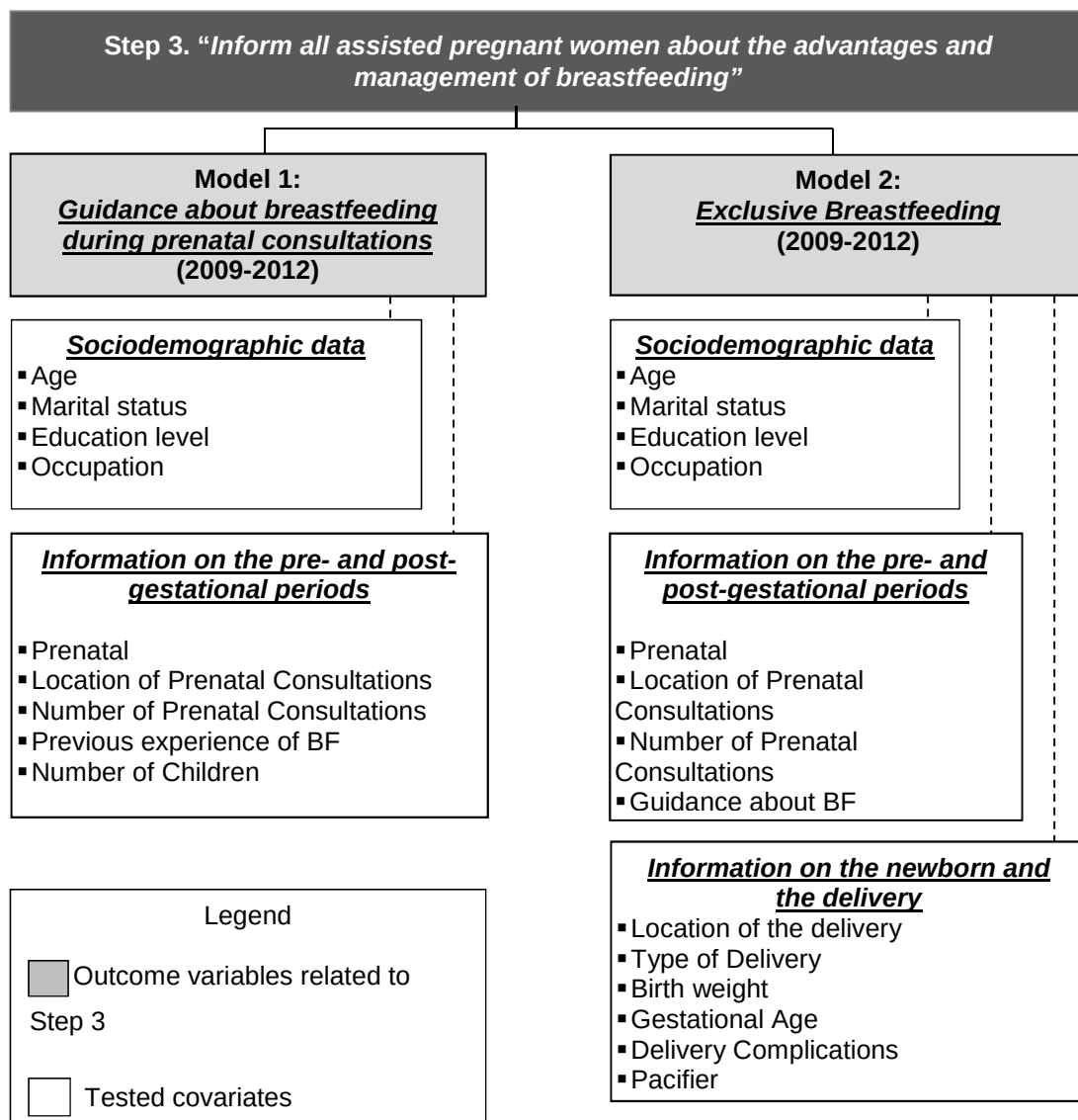


Figure 1. Variables Related to Step 3 and Associations Tested. Human Milk Bank (2009-2012).

Table 1. Characteristics of the population studied per year of the study. Human Milk Bank (2009-2012)

Variables	Categories	2009		2010		2011		2012	
		n	%	n	%	n	%	n	%
Age (Years)	<20	290	13.4	519	13.0	354	13.1	359	12.8
	20 to 29	928	42.7	1709	42.8	1072	39.7	1071	38.2
	30 to 39	860	39.6	1626	40.7	1147	42.5	1283	45.7
	≥40	93	4.3	139	3.5	124	4.6	94	3.3
Marital Status	Single	557	27.5	1492	39.2	949	39.8	1125	42.9
	Married	1444	71.2	2276	59.7	1404	58.8	1471	56.1
	Divorced	26	1.3	42	1.1	32	1.3	21	0.8
	Widowed	2	0.1	-	-	2	0.1	6	0.2
Education Level ^a	Illiterate	-	-	16	0.4	13	0.5	2	0.1
	Basic	471	26.2	920	24.5	522	21.6	646	24.4
	High School	787	43.7	1551	41.3	916	37.9	1071	40.4
	Technical	9	0.5	63	1.7	40	1.7	54	2.0
	≥ bachelor's degree level	532	29.6	1205	32.1	925	38.3	879	33.1
Occupation	Housewife	448	22.8	713	21.0	405	19.0	361	16.4
	Student	149	7.6	206	6.1	88	4.1	81	3.7
	Employed	1371	69.7	2483	73.0	1643	76.9	1760	79.9
Prenatal consultations ^a	Public Health	1113	51.3	2283	56.2	1437	50.0	1348	50.0
	Private Health	1020	47.0	1718	42.3	1413	49.2	1317	48.8
	Not done	35	1.6	59	1.5	24	0.8	32	1.2
Number of Prenatal consultations ^a	Up to 3	62	3.1	91	2.4	79	3.0	53	2.2
	4-6	232	11.5	397	10.6	285	10.8	254	10.6
	More than 6	1727	85.5	3273	87.0	2265	86.2	2084	87.2
Guidance about BF during prenatal consultations ^a	Individual	430	25.9	789	21.7	626	25.5	565	24.3
	Collective	246	14.8	478	13.1	401	16.3	371	16.0
	No	983	59.3	2369	65.2	1427	58.1	1389	59.7
Previous experience of Breastfeeding	Yes	579	73.7	1104	32.1	629	42.8	539	33.1
	No	207	26.3	2340	67.9	840	57.2	1091	66.9
Number of Children	0	52	2.6	16	0.4	1	0.0	-	-
	1	1338	65.7	2490	67.8	1028	47.4	321	61.6
	2	409	20.1	727	19.8	350	16.2	114	21.9
	3 or more	238	11.7	442	12.0	788	36.4	86	16.5
Exclusive breastfeeding ^a	Yes	927	60.2	2135	61.5	1427	59.5	1315	54.3
	No	612	39.8	1338	38.5	970	40.5	1105	45.7
Location of the Delivery ^a	BFH	1174	54.5	2428	58.2	1488	52.1	1410	52.9
	Hospital 2	210	9.8	418	10.0	356	12.5	322	12.1
	Hospital 3	211	9.8	366	8.8	249	8.7	209	7.8
	Hospital 4	168	7.8	305	7.3	231	8.1	242	9.1
	Hospital 5	75	3.5	175	4.2	145	5.1	161	6.0
	Other Hospitals	315	14.6	477	11.4	389	13.6	323	12.1
Type of delivery ^a	Normal	942	44.3	1796	43.1	1103	38.9	1064	40.0
	Cesarean	1114	52.3	2249	53.9	1682	59.3	1529	57.4
	Forceps	72	3.4	126	3.0	52	1.8	69	2.6
Birth Weight	Underweight	37	14.7	670	17.6	466	17.3	359	14.1
	Insufficient	61	24.2	931	24.5	720	26.7	652	25.7
	Adequate	154	61.1	2200	57.9	1508	56.0	1529	60.2
Gestational Age ^a	Preterm	77	34.4	971	27.7	732	28.0	604	25.3
	Full Term	147	65.6	2534	72.3	1878	72.0	1780	74.7
Delivery Complications ^a	Yes	216	15.0	417	12.2	256	11.2	249	11.0
	No	1227	85.0	2997	87.8	2038	88.8	2012	89.0
Pacifier ^a	Yes	41	28.5	593	22.6	514	28.2	615	29.1
	No	103	71.5	2033	77.4	1307	71.8	1496	70.9

BF, Breastfeeding; BFH, Baby-Friendly Hospital.

^aVariables with statistically significant differences between years.

Table 2. Prevalence of Guidance about breastfeeding in regard to the characteristics of the population studied. Human Milk Bank (2009-2012)

Variables	Categorías	Guidance about breastfeeding during prenatal consultations							
		2009		2010		2011		2012	
		Yes (%)	No (%)	Yes (%)	No (%)	Yes (%)	No (%)	Yes (%)	No (%)
Age (Years)	<20	36.9	63.1	28.7	71.3	29.6	70.4	24.4	75.6
	20 to 29	36.2	63.8	30.8	69.2	39.0	61.0	34.9	65.1
	30 to 39	45.2	54.8	40.5	59.5	46.9	53.1	47.6	52.4
	≥40	53.7	46.3	36.9	63.1	39.8	60.2	57.7	42.3
P* Value		<0.001		<0.001		<0.001		<0.001	
Marital Status	Single	37.3	62.7	30.9	69.1	33.4	66.6	31.3	68.7
	Married	42.9	57.1	38.3	61.7	48.3	51.7	47.1	52.9
	Divorced	23.8	76.2	37.1	62.9	42.3	57.7	38.5	61.5
	Widowed	0.0	100.0	-	-	0.0	100.0	66.7	33.3
P* Value		0.046		<0.001		<0.001		<0.001	
Education Level	Illiterate	-	-	20.0	80.0	12.5	87.5	0.0	100.0
	Basic	34.7	65.3	28.7	71.3	33.8	66.2	30.9	69.1
	High School	36.5	63.5	31.0	69.0	34.6	65.4	32.8	67.2
	Technical	42.9	57.1	44.1	55.9	29.0	71.0	36.7	63.3
	≥ bachelor's degree level	55.4	44.6	46.2	53.8	56.6	43.4	56.3	43.7
P* Value		<0.001		<0.001		<0.001		<0.001	
Occupation	Housewife	31.4	68.6	33.0	67.0	34.6	65.4	33.4	66.6
	Student	40.0	60.0	31.1	68.9	33.3	66.7	33.8	66.2
	Employed	45.4	54.6	37.3	62.7	46.4	53.6	44.2	55.8
P* Value		<0.001		0.055		<0.001		0.001	
Prenatal Consultations	Public Health	34.1	65.9	30.2	69.8	36.2	63.8	32.2	67.8
	Private Health	47.7	52.3	40.7	59.3	47.4	52.6	48.0	52.0
	Not done	40.0	60.0	50.0	50.0	28.6	71.4	35.7	64.3
P* Value		<0.001		<0.001		<0.001		<0.001	
Number of Prenatal Consultations	Up to 3	25.6	74.4	21.3	78.7	25.5	74.5	18.9	81.1
	4-6	29.5	70.5	25.0	75.0	28.1	71.9	23.5	76.5
	More than 6	43.1	56.9	36.0	64.0	43.2	56.8	40.9	59.1
P* Value		<0.001		<0.001		<0.001		<0.001	
Previous experience of Breastfeeding	Yes	42.4	57.6	33.6	66.4	40.8	59.2	38.0	62.0
	No	33.9	66.1	34.9	65.1	42.7	57.3	38.2	61.8
P* Value		0.053		0.499		0.481		0.919	
Number of Children	0	35.6	64.4	71.4	28.6	100.0	0.0	-	-
	1	40.2	59.8	35.2	64.8	41.4	58.6	37.6	62.4
	2	40.7	59.3	36.1	63.9	35.6	64.4	26.0	74.0
	3 or more	40.1	59.9	31.2	68.8	41.9	58.1	31.5	68.5
P* Value		0.934		0.013		0.188		0.186	

* P – Chi-square test

Table 3. Prevalence of exclusive breastfeeding in regard to the characteristics of the population studied. Human Milk Bank (2009-2012)

Variables	Categories	Exclusive Breastfeeding							
		2009		2010		2011		2012	
		Yes (%)	No (%)	Yes (%)	No (%)	Yes (%)	No (%)	Yes (%)	No (%)
Age (Years)	<20	71.5	28.5	70.3	29.7	62.8	37.2	66.7	33.3
	20 to 29	61.2	38.8	64.7	35.3	63.9	36.1	58.3	41.7
	30 to 39	57.4	42.6	54.9	45.1	53.5	46.5	48.3	51.7
	≥40	50.8	49.2	45.8	54.2	57.3	42.7	45.8	54.2
P* Value		0.002		<0.001		<0.001		<0.001	
Marital Status	Single	63.8	36.2	66.3	33.7	59.6	40.4	59.4	40.6
	Married	60.6	39.4	59.2	40.8	57.8	42.2	50.2	49.8
	Divorced	55.0	45.0	62.5	37.5	65.2	34.8	43.8	56.3
	Widowed	50.0	50.0	-	-	50.0	50.0	25.0	75.0
P* Value		0.654		<0.001		0.786		<0.001	
Education Level	Illiterate	63.8	36.2	64.3	35.7	63.6	36.4	0.0	100
	Basic	63.9	36.1	66.3	33.7	62.4	37.6	56.7	43.3
	High School	66.7	33.3	63.6	36.4	60.5	39.5	57.1	42.9
	Technical	59.3	40.7	56.1	43.9	52.9	47.1	42.0	58.0
	≥ bachelor's degree level	62.5	37.5	55.1	44.9	55.3	44.7	50.0	50.0
P* Value		0.495		<0.001		0.111		0.004	
Occupation	Housewife	64.6	35.4	72.1	27.9	65.6	34.4	59.9	40.1
	Student	73.8	26.2	66.9	33.1	56.9	43.1	58.2	41.8
	Employed	57.9	42.1	57.4	42.6	57.3	42.7	52.1	47.9
P* Value		0.002		<0.001		0.027		0.033	
Prenatal consultations	Public Health	63.9	36.1	65.9	34.1	63.5	36.5	60.2	39.8
	Private Health	56.8	43.2	57.2	42.8	56.0	44.0	49.3	50.7
	Not done	55.6	44.4	41.7	58.3	46.7	53.3	26.3	73.7
P* Value		0.016		<0.001		0.001		<0.001	
Number of Prenatal Consultations	Up to 3	54.1	45.9	45.3	54.7	34.9	65.1	40.5	59.5
	4-6	47.0	53.0	56.1	43.9	58.0	42.0	53.4	46.6
	More than 6	62.1	37.9	63.8	36.2	60.9	39.1	56.0	44.0
P* Value		0.001		<0.001		0.002		0.112	
Guidance about BF	Yes	58.2	41.8	63.5	36.5	60.2	39.8	54.5	45.5
	No	55.2	44.8	59.6	40.4	57.6	42.4	51.8	48.2
P* Value		0.151		0.029		0.238		0.221	
Location of Delivery	BFH	63.6	36.4	69.0	31.0	66.3	33.7	60.6	39.4
	Hospital 2	51.0	49.0	51.4	48.6	54.5	45.5	48.8	51.2
	Hospital 3	54.9	45.1	50.8	49.2	49.8	50.2	49.5	50.5
	Hospital 4	59.0	41.0	54.3	45.7	53.1	46.9	45.7	54.3
	Hospital 5	61.8	38.2	51.0	49.0	48.9	51.1	42.2	57.8
	Other	59.6	40.4	51.3	48.7	57.1	42.9	49.5	50.5
	Hospitals								
P* Value		0.045		<0.001		<0.001		<0.001	
Type of Delivery	Normal	68.8	31.2	70.5	29.5	66.8	33.2	66.5	33.5
	Cesarean	54.0	46.0	53.4	46.6	54.7	45.3	45.5	54.5
	Forceps	47.6	52.4	68.5	31.5	62.2	37.8	71.0	29.0
P* Value		<0.001		<0.001		<0.001		<0.001	
Birth Weight	Underweight	50.0	50.0	38.9	61.1	36.3	63.7	31.2	68.8
	Insufficient	68.9	31.1	55.3	34.7	62.0	38.0	59.1	40.9
	Adequate	56.8	43.2	66.1	33.9	64.4	35.6	57.6	42.4
P* Value		0.248		<0.001		<0.001		<0.001	
Gestational Age	Preterm	27.6	72.4	43.3	56.7	43.8	56.3	39.3	60.7
	Full Term	56.8	43.2	68.7	31.3	65.4	34.6	60.1	39.9
P* Value		<0.001		<0.001		<0.001		<0.001	
Delivery Complication	Yes	44.0	56.0	40.2	59.8	47.3	52.7	39.5	60.5
	No	58.0	42.0	63.8	36.2	61.1	38.9	55.9	44.1
P* Value		0.001		<0.001		<0.001		<0.001	
Pacifier	Yes	28.2	71.8	54.5	45.5	55.1	44.9	48.9	51.1
	No	68.0	32.0	67.1	32.9	65.5	34.5	59.2	40.8
P* Value		<0.001		<0.001		<0.001		<0.001	

*P – Chi-square test; BF, Breastfeeding; BFH, Baby- Friendly Hospital.

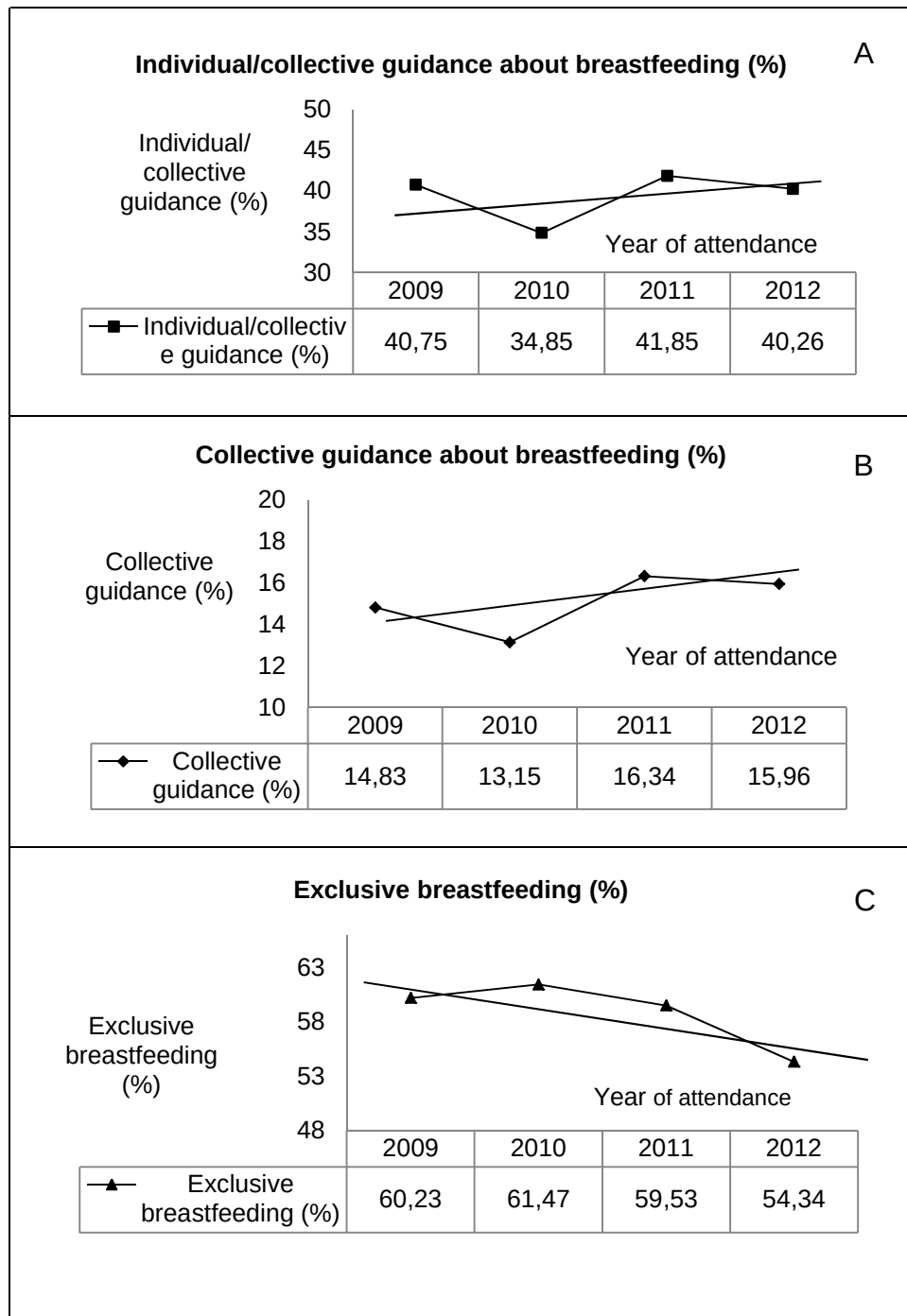


Figure 2. Tendencies for the variables "individual/collective guidance" (A) "collective guidance" (B) and "exclusive breastfeeding" (C) (2009-2012). Cochran-Armitage test.

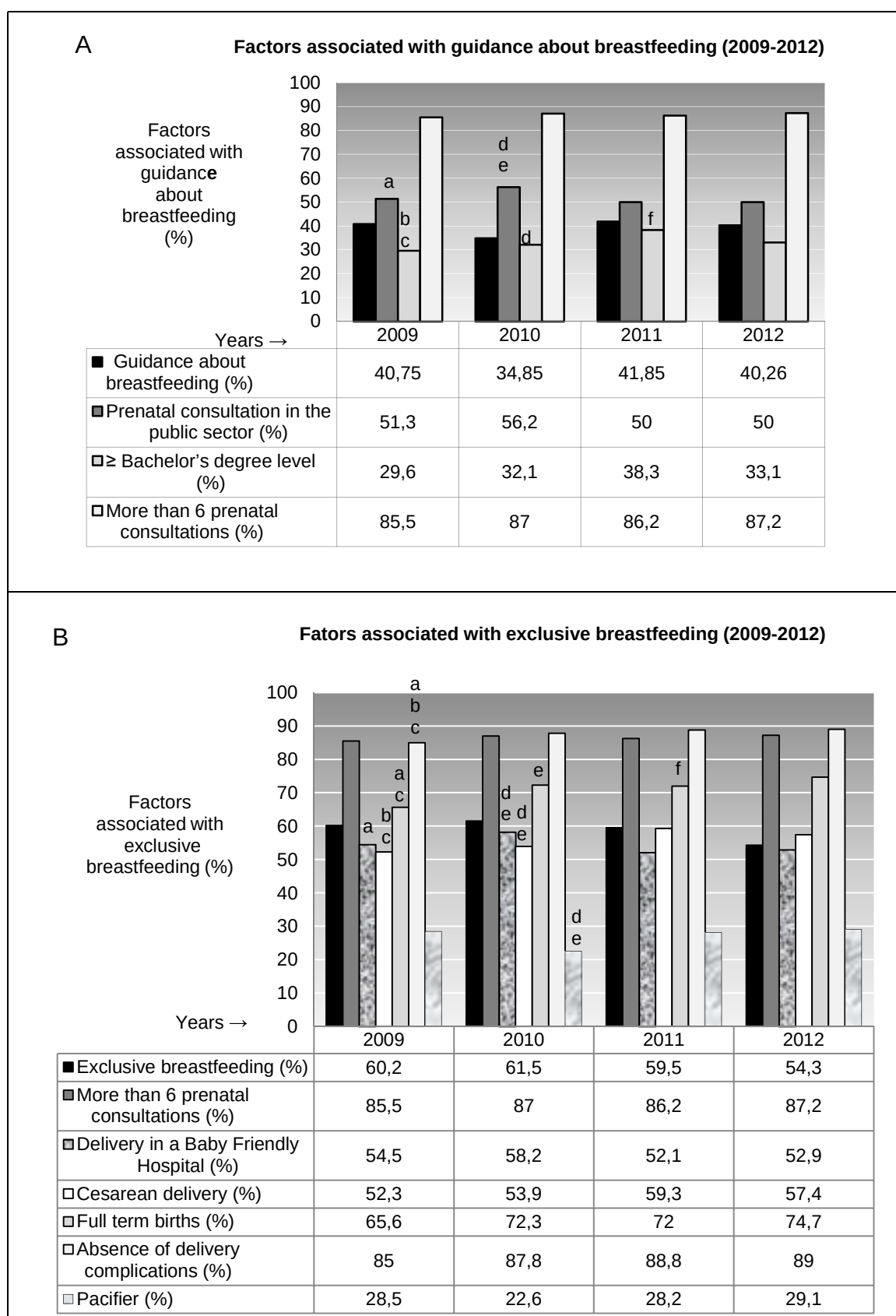


Figure 3. Factors associated with guidance about breastfeeding (A) and exclusive breastfeeding (B) - prevalence between years. Note: Letters represent statistical differences: ^a(2009-2010); ^b(2009-2011); ^c(2009-2012); ^d(2010-2011); ^e(2010-2012); ^f(2011-2012).

ARTIGO 3

*“Fatores associados ao contato pele a pele entre mãe/filho e
amamentação na sala de parto”*

Artigo Original

Revista de submissão: “Revista de Nutrição”

Fatores associados ao contato pele a pele entre mãe/filho e amamentação na sala de parto

Factors associated with skin to skin contact between mother/son and breastfeeding in the delivery room

Título abreviado: Skin to skin contact and breastfeeding

Cristianny Miranda e Silva¹, Simone Cardoso Lisboa Pereira², Ieda Ribeiro Passos³,
Luana Caroline dos Santos⁴

1. Universidade Federal de Minas Gerais, Escola de Enfermagem. Belo Horizonte, MG, Brasil. Avenida Professor Alfredo Balena, 190 - sala 324, Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, MG, Brasil. CEP: 30130-100. E-mail: cristiannymys@gmail.com

2. Universidade Federal de Minas Gerais, Escola de Enfermagem, Departamento de Nutrição. Belo Horizonte, MG, Brasil. Avenida Professor Alfredo Balena, 190 - sala 320, Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, MG, Brasil. CEP: 30130-100. E-mail: simoneclpereira@gmail.com

3. Banco de Leite Humano da Maternidade Odete Valadares. Belo Horizonte, MG, Brasil. Avenida do Contorno, 9494 - Prado. Belo Horizonte, MG, Brasil. CEP: 30110-130. E-mail: mov.bancodeleite@fhemig.mg.gov.br

4. Universidade Federal de Minas Gerais, Escola de Enfermagem, Departamento de Nutrição. Belo Horizonte, MG, Brasil. Avenida Professor Alfredo Balena, 190 - sala 324, Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, MG, Brasil. CEP: 30130-100. E-mail: luanacs@ig.com.br

Autor responsável pela troca de correspondências: Cristianny Miranda e Silva. Universidade Federal de Minas Gerais, Escola de Enfermagem. Belo Horizonte, MG, Brasil. Avenida Professor Alfredo Balena, 190 - sala 324, Escola de Enfermagem,

Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, MG, Brasil. CEP: 30130-100.
Telefone: (31) 3409-8036. E-mail: cristiannnys@gmail.com.

Financiamento: Fundação de Amparo à Pesquisa do estado de Minas Gerais (FAPEMIG), sob número: APQ-01782-10.

Conflito de interesses: Nada a declarar

Resumo

Objetivo: Investigar fatores associados ao contato pele/pele entre mãe e filho e à amamentação na sala de parto entre nutrizas atendidas em um banco de leite humano. **Métodos:** Avaliaram-se 12283 mães em estudo retrospectivo (2009-2012) com dados secundários obtidos de protocolo estruturado. Adotou-se modelo de Poisson com abordagem hierarquizada em níveis distal, intermediário e proximal para dados sociodemográficos maternos; pré-natais e gestacionais; do bebê e atenção hospitalar. **Resultados:** Associaram-se, respectivamente, à maior prevalência do contato pele/pele e amamentação na sala de parto: parto normal (RP=1,34; IC95% 1,27-1,41 e RP=1,63; IC95% 1,45-1,83) e sem complicação (RP=1,24; IC95% 1,12-1,38 e RP=1,27; IC95% 1,03-1,56), peso ao nascer adequado (RP=1,23; IC95% 1,11-1,36 e RP=1,92; IC95% 1,48-2,48) e a termo (RP=1,18; IC95% 1,10-1,28 e RP=1,40; IC95% 1,17-1,67), ao contrário de partos nos grandes hospitais da capital (RP=0,89; IC95% 0,82-0,97 e RP=0,41; IC95% 0,34-0,49). **Conclusão:** A forte influência da atenção hospitalar e as condições ao nascer do recém-nascido explicaram os desfechos em estudo. Ressalta-se a necessidade da adoção de medidas que priorizem o contato pele a pele e a amamentação na sala de parto nos grandes hospitais da capital, tais como a redução ou adiamento de intervenções na assistência pós-parto. Estudos longitudinais poderão esclarecer outras questões sobre o tema.

Palavras-chave: aleitamento materno, bancos de leite, período pós-parto, relações mãe-filho.

Abstract

Objective: To investigate factors associated with skin to skin contact between mother and child and breastfeeding at the delivery room among mothers assisted in a human milk bank. **Methods:** 12,283 mothers were evaluated in a retrospective study (2009-2012) using secondary data from a structured protocol. Poisson model was used with hierarchical approach in distal, intermediate and proximal levels for maternal sociodemographic data; prenatal and gestational data; and data about the baby and the hospital care. **Results:** Were associated, respectively, to the largest prevalence of skin to skin contact and breastfeeding in the delivery room: vaginal delivery (PR=1.34; 95%CI 1.27-1.41 and PR=1.63; 95%CI 1.45-1.83) and delivery without complication (PR=1.24; 95%CI 1.12-1.38 and PR=1.27; 95%CI 1.03-1.56), adequate birth weight (PR=1.23; 95%CI 1.11-1.36 and PR=1.92; 95%CI 1.48-2.48) and on term birth (PR=1.18; 95%CI 1.10-1.28 and PR=1.40; 95%CI 1.17-1.67) unlike deliveries in capital's hospitals (PR=0.89; 95%CI 0.82-0.97 and PR=0.41; 95%CI 0.34-0.49). **Conclusion:** The strong influence of hospital care and birth conditions explained the studied outcomes. It emphasizes the need to adopt actions that promote the skin to skin contact and breastfeeding at the delivery room of big hospitals in the capital, such as reduction or postponement of interventions during the postpartum care. Longitudinal studies may clarify other questions on this subject.

Key words: breastfeeding, milk banks, postpartum period, mother-child relations.

Introdução

O contato pele a pele precoce entre mãe e filho e a amamentação no momento do nascimento do bebê, na sala de parto, representam importantes estratégias para a promoção do aleitamento materno (AM)¹. Tais orientações são preconizadas pela Organização Mundial de Saúde (OMS) e pelo Fundo das Nações Unidas para Infância (UNICEF) e correspondem ao passo 4, dentre os “Dez Passos para o Sucesso do Aleitamento Materno” da “Iniciativa Hospital Amigo da Criança” (IHAC), os quais representam um conjunto de metas em prol da amamentação natural².

O passo 4 - *ajudar as mães a iniciar a amamentação na primeira meia hora após o nascimento*³ recomenda colocar o recém-nascido em contato pele a pele precoce com sua mãe, no pós-parto imediato por, pelo menos, uma hora, e ajudá-las a perceber o momento em que a criança está pronta para mamar, oferecendo ajuda, caso necessário. Tal contato precoce, ora destacado, significa colocar o bebê nu em posição prona sobre o peito da mãe, com o intuito de favorecer a sua adaptação na transição do espaço intra para o extrauterino, incentivando a amamentação imediatamente após o parto⁴.

Essa estratégia visa a promoção, proteção e apoio ao AM e se baseia na capacidade de interação dos recém-nascidos com suas mães, logo após o nascimento. Assim, a amamentação deve ser incentivada ainda na sala de parto, desde que mãe e filho estejam bem e interagindo. O contato pele a pele precoce também é fundamental para o estabelecimento do vínculo mãe-filho, reduzindo o choro e o estresse do recém-nascido mantendo-o aquecido pela transmissão do calor de sua mãe, além de estar relacionado com o aumento da duração da amamentação e do aleitamento materno exclusivo^{1,5,6}.

Apesar desta reconhecida importância, alguns hábitos e rotinas hospitalares podem dificultar esses processos, tais como: cuidados imediatos ao recém-nascido após o parto, maior incidência de cesarianas e consequente redução do estado de alerta do bebê após o nascimento e acentuada analgesia do parto que acarreta sonolência materna⁶. De modo semelhante, dificuldades têm sido apontadas quanto à amamentação na primeira hora de vida relacionadas à resistência dos

profissionais, ao desconhecimento das vantagens dessa prática e a política da instituição⁷.

De acordo com a Organização Pan-Americana da Saúde⁸, somente em 8 dos 14 países que dispõem de dados, 50% ou mais dos recém-nascidos são colocados para mamar no peito uma hora após o parto. No Brasil, a *Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher - PNDS, 2006*⁹ demonstrou que as práticas do contato pele a pele e amamentação na primeira hora de vida foram realizadas em apenas 42,9% das crianças brasileiras. Já a *II Pesquisa de Prevalência de Aleitamento Materno*, realizada em 2008, denotou que, do total de crianças analisadas, apenas 67,7% mamaram na primeira hora de vida, variando de 58,5% em Salvador/BA a 83,5% em São Luís/MA¹⁰.

Ademais, em outro estudo nacional, de base hospitalar, notou-se que o contato pele a pele, logo após o nascimento, foi mais frequente na Região Sul (32,5%), bem como a amamentação na sala de parto (22,4%). As proporções observadas desta última prática, porém ainda demonstraram serem baixas em todas as regiões do Brasil (16,1%), sendo a menor proporção encontrada na Região Nordeste (11,5%)¹¹.

Nesse cenário, e com o intuito de fortalecer as políticas públicas de saúde voltadas para o incentivo ao AM, os Bancos de Leite Humano (BLH) têm cumprido importante papel assistencial junto às puérperas e nutrizes, no sentido de promover, proteger e apoiar o AM, acompanhando as mulheres que apresentam dificuldades na prática do aleitamento, além de realizar a coleta, processamento e controle de qualidade do colostro, leite de transição e leite maduro¹².

Assim, considerando a relevância do contato pele-a-pele e amamentação na sala de parto, como condições intrínsecas à política de AM no país e dos programas de incentivo à amamentação, o presente trabalho pretendeu investigar os fatores (sociodemográficos e pessoais, relativos ao pré-natal e gestacionais e sobre a atenção hospitalar e o recém-nascido) que influenciam tais desfechos, entre nutrizes atendidas em um banco de leite humano.

Metodologia

Trata-se de um estudo retrospectivo com dados secundários obtidos a partir de protocolo de atendimento padronizado, de nutrízes atendidas em um BLH de uma maternidade pública de uma metrópole brasileira. Para esta foi concedido o título de Hospital Amigo da Criança, no ano de 1999, pela OMS, UNICEF e Ministério da Saúde.

O BLH da referida maternidade é destinado, principalmente, às mães que demonstram dificuldade para amamentar ou que queiram doar o excedente de leite. Ademais, este serviço desenvolve ações de promoção, proteção e apoio à amamentação, através de atividades assistenciais e educativas oferecidas às mulheres que apresentam intercorrências ou dificuldades na prática da amamentação, além da coleta, processamento, controle de qualidade e distribuição do leite humano pasteurizado¹³.

Foram avaliadas as informações presentes no referido formulário de atendimento das mães que procuraram o serviço do BLH, encaminhadas pelo médico ou por iniciativa própria, no período de 2009 a 2012. Os desfechos – contato pele a pele precoce entre mãe e recém-nascido (sim/não) e AM na sala de parto (sim/não) – foram obtidos de tais protocolos de atendimento. Não foi realizado cálculo amostral, pois foram avaliadas todas as mulheres atendidas no local, no referido período.

Tal protocolo de atendimento era preenchido manualmente pela equipe de saúde do BLH através de entrevista face a face com as nutrízes, no momento em que eram recepcionadas para o atendimento de intercorrências ou aconselhamento em AM.

Elegeram-se para a análise 21 variáveis do referido formulário, as quais se relacionavam aos desfechos de interesse: características sociodemográficas e pessoais maternas (idade, local de residência, escolaridade, profissão, estado civil, morbidade referida - sim/não, número de filhos e amamentação anterior - sim/não), da assistência ao pré-natal (realização do pré-natal - sim/não, local de realização do pré-natal e número de consultas pré-natais realizadas¹⁴, recebimento de orientações sobre AM no pré-natal - sim/não e tipo de orientação sobre AM recebida nesse período - individual ou em grupo), gestacionais (uso de medicamentos - sim/não,

tabagismo durante a gravidez - sim/não e presença de gestação múltipla - sim/não), da assistência hospitalar (local do parto, tipo de parto e presença de complicações no parto - sim/não) e do recém-nascido (peso ao nascer e idade gestacional ao nascimento).

A orientação individual, anteriormente mencionada, diz respeito à orientação sobre aleitamento materno oferecida pelo médico ou equipe de saúde multidisciplinar durante as consultas pré-natais, por meio de contato pessoal, face a face com as gestantes. Já a orientação em grupo, durante esse mesmo período, se refere à vivência coletiva com outras mulheres e profissionais de saúde treinados acerca da temática amamentação.

Os dados obtidos foram analisados, após avaliação de consistência, com o auxílio do programa *Statistical Package for the Social Sciences*® (SPSS) versão 19.0 e *Stata* versão 11.2. Realizou-se análise descritiva, com cálculo de frequências absolutas e relativas, medidas de tendência central e dispersão. Ademais, foram realizados os testes Kolmogorov-Smirnov, para verificar a adesão das variáveis quantitativas à distribuição normal, teste qui-quadrado para comparação de proporções e regressão de Poisson. Adotou-se nível de significância de 5% ($p < 0,05$) para todas as análises.

Análise bivariada (teste qui-quadrado de Pearson) foi realizada para cada variável, a fim de verificar a associação com os desfechos. Aquelas com valor de $p < 0,20$ foram hierarquizadas por nível de proximidade com os desfechos e em grupos, a partir de revisão da literatura¹: distais (características sociodemográficas e pessoais maternas – modelo 1), intermediárias (assistência ao pré-natal e características gestacionais maternas – modelo 2) e proximais (características da assistência hospitalar e do recém-nascido – modelo 3) (Figura 1).

A seguir, tais variáveis foram selecionadas para análise multinível de Poisson, com variância robusta e hierarquizada, com eliminação *Backward*. Isso possibilitou avaliar o efeito dos grupos de variáveis em relação à proximidade com os desfechos. Para tal, aquelas que apresentaram significância estatística em relação ao modelo 1 foram analisadas em conjunto com as do modelo 2 e as resultantes dessa análise com as variáveis do modelo 3, obtendo-se assim o modelo final ajustado por meio do *Teste Hosmer e Lemeshow*.

Para avaliar a adesão ao aleitamento na primeira hora de vida, ainda na sala de parto, adotou-se a classificação da OMS¹⁵ que classifica os percentuais de adesão ao aleitamento na primeira hora para mães e recém-nascidos saudáveis entre 0 e 29% como “muito ruim”, 30 a 49% “ruim”, 50 a 89% “bom” e de 90 a 100% “muito bom”.

No que se refere aos aspectos éticos, ressalta-se que esse estudo faz parte do projeto “Banco de leite humano de referência em Minas Gerais: caracterização, intervenção e avaliação”, aprovado pelos Comitês de Ética envolvidos (Parecer nº 042/2010 e nº ETIC 0079.0.203.000-10).

Resultados

Foram avaliadas 12283 mães, no período analisado, com mediana de idade de 29 (12 - 54) anos. Quanto à adesão ao aleitamento na primeira hora de vida, ainda na sala de parto, tal prática, na presente pesquisa, se enquadrou na categoria “muito ruim” (25,5%).

As características da amostra estudada em relação aos dados sociodemográficos e pessoais, da assistência ao pré-natal e hospitalar, gestacionais e sobre o recém-nascido, estão apresentadas na Tabela 1.

Na análise univariada, das 21 variáveis selecionadas para este estudo, “estado civil” não se associou ao desfecho “contato pele a pele” ($p > 0,05$). As variáveis “realização do pré-natal - sim/não” e “uso de medicamentos - sim/não” não se associaram à variável principal “amamentação na sala de parto” e “tabagismo - sim/não” não apresentou associação com ambos os desfechos ($p > 0,05$) (Tabela 2). Destas, apenas “uso de medicamentos - sim/não” foi recrutada para análise multivariada ($p < 0,20$).

Na análise multivariada final, as variáveis que permaneceram associadas à maior prevalência do “contato pele a pele mãe/filho” foram: modelo 1: residência materna na região metropolitana e amamentação anterior; modelo 2: realização de 4 a 6 consultas pré-natais e recebimento de orientação sobre AM no pré-natal (individual + em grupo); modelo 3: parto normal, ausência de complicações no parto, peso ao nascer adequado e idade gestacional a termo. Já em relação ao local do

parto, observou-se menor prevalência do contato mãe/bebê entre as mulheres cujo parto foi realizado em grandes hospitais da capital (Tabela 3).

No tocante à amamentação na sala de parto, permaneceram associadas à maior prevalência de tal prática: modelo1: mães que amamentaram anteriormente (RP = 1,22; IC95% 1,10 - 1,35); modelo 2: as que receberam orientação (individual + em grupo) sobre AM no pré-natal (RP = 1,26; IC95% 1,14 - 1,40); modelo 3: mães cujos filhos nasceram de parto normal (RP = 1,63; IC95% 1,45 - 1,83); as que não tiveram complicações no parto (RP = 1,27; IC95% 1,03 - 1,56); as que tiveram bebê com peso ao nascer adequado (RP = 1,92; IC95% 1,48 - 2,48) e nascidos a termo (RP = 1,40; IC95% 1,17 - 1,67). Ao contrário, notou-se menor prevalência dessa prática entre mulheres que tiveram seus filhos nos grandes hospitais da capital (RP = 0,41; IC95% 0,34 - 0,49).

Os resultados da análise multivariada e a integração entre os modelos estão sintetizados na Figura 2.

Discussão

Nesse estudo, constatou-se a presença preponderante dos fatores relacionados à assistência hospitalar e ao recém-nascido, além das orientações sobre AM fornecidas às mães durante o pré-natal e a experiência prévia em amamentação explicando os desfechos. Esses achados reforçam a hipótese da forte influência das práticas institucionais e das condições do bebê ao nascimento tanto no contato pele a pele precoce entre mãe e filho quanto no início da amamentação na sala de parto.

A importância de tais práticas, segundo recomendação da OMS e da Iniciativa Hospital Amigo da Criança², tem sido bem documentada, apesar da baixa frequência na amostra estudada (amamentação na sala de parto). Tal resultado assemelha-se aos dados internacionais os quais, em um conjunto de 108 países avaliados, 13,9% foram identificados como “muito ruim” (0 a 29%) e nenhum como “muito bom” (90 a 100%)¹⁶.

No tocante ao contato pele a pele entre mãe/bebê, logo após o nascimento, este deve ser promovido e incentivado, pois, nesse momento, a criança terá um período de alerta, durante o qual ocorrerá o reconhecimento entre ambos e a

exploração do corpo da mãe pelo recém-nascido. Nesta fase, não devem, portanto, serem realizados os cuidados imediatos e mediatos ao neonato, pois estes constituirão estímulos estressores⁴, contrariando a recomendação do MS¹⁷ de adiar, pelo menos durante a primeira hora de vida, qualquer procedimento que interfira no contato pele-a-pele ininterrupto entre mãe e filho.

Entretanto, alguns hábitos e rotinas hospitalares podem acarretar a prorrogação do início de tal contato precoce, tais como, secar, aspirar e avaliar o recém-nascido, realizar o exame físico seguido do banho de imersão, verificar os dados antropométricos e administrar medicamentos⁶. Ademais, as maternidades são instituições que exercem forte poder decisório sobre a mulher/bebê/família e sobre as questões que envolvem o parto, descaracterizando as práticas humanizadoras do nascimento, as quais devem permitir que a mulher exerça a sua autonomia durante todo o processo, favorecendo os laços afetivos familiares e o estabelecimento do vínculo mãe/filho¹⁸.

Tal realidade poderia justificar, na presente amostra, a maior prevalência do contato pele a pele nutriz/bebê entre as mulheres residentes na região metropolitana, em comparação às demais cidades do interior do estado, onde a IHAC pode apresentar menor alcance quanto à divulgação e/ou implementação caracterizando uma realidade menos próxima do que é recomendado pelo passo quatro.

Já o fato de mais de 4 consultas pré-natais ter favorecido o contato pele a pele, na presente pesquisa, pode estar relacionado às evidências de que o maior número de consultas se associa positivamente ao maior conhecimento e ao sucesso do AM. Em um ambulatório materno-infantil em Tubarão (SC), as gestantes que mencionaram terem realizado quatro ou mais consultas pré-natais tiveram uma prevalência 40% superior de informações sobre amamentação, quando comparadas com aquelas que realizaram menos consultas¹⁹. Isso aponta o pré-natal como momento oportuno para explicar a importância do contato pele-a-pele mãe/filho⁶ já que tem como um dos seus objetivos o esclarecimento quanto às novas situações pelas quais essas mulheres e seus familiares irão vivenciar, desde a gestação, até o período após o nascimento do bebê.

Outro fator observado nessa pesquisa como favorecedor tanto do contato pele a pele, quanto da amamentação na sala de parto, foi a experiência prévia em

aleitamento materno. Há evidências de que o contato precoce nutriz/bebê e a amamentação anterior estão associados a um alvo comum, que é a maior duração do AM, em curto ou longo prazos^{20,5}. As mulheres que já tiveram uma experiência anterior favorável em amamentação se mostram mais propensas ao aleitamento, possivelmente por terem maior facilidade e segurança para realizá-lo com os demais filhos²⁰. De modo semelhante, o contato precoce pele a pele pode promover o AM pelo estímulo à produção de ocitocina, hormônio responsável pela ejeção de leite e favorecimento do vínculo mãe/bebê, que é importante para o início e manutenção do aleitamento materno exclusivo⁵.

A experiência prévia em amamentação também representou fator protetor ao aleitamento na sala de parto, possivelmente pela maior valorização do AM por parte das nutrizes. Segundo Barbosa *et al.*²¹, a vivência da amamentação, associada ao reconhecimento dos valores nutritivos e afetivos advindos dessa prática, auxiliam na sua continuidade e na valorização da experiência de amamentar logo após o parto.

Corroborando os achados dessa pesquisa, os mesmos autores afirmaram que a falta de orientação das nutrizes, por parte dos profissionais de saúde, quanto à amamentação na sala de parto e o contato mãe-bebê colaboram para a redução dessas práticas e do aleitamento materno exclusivo. Acrescentam ainda que é durante o pré-natal, ou mesmo na sala de pré-parto, que as gestantes devem ser orientadas, a fim de que tais procedimentos sejam realizados rotineiramente em todas as maternidades²¹.

Outro fator que pode contribuir para a promoção do AM na sala de parto e o contato pele a pele, identificado nesse estudo, é o nascimento por parto normal, possivelmente por ser um procedimento que não oferece barreiras à amamentação na primeira hora de vida em relação à cesariana. Esta tem sido apontada como importante obstáculo para o início do AM, antes ou depois da primeira hora, e está geralmente relacionado a rotinas de cuidados pós-operatórios que adiam ou suspendem o contato entre a mãe e o bebê após seu nascimento²².

Vieira *et al.*²³ afirmam que a primeira limitação com relação ao parto por cesárea, diz respeito à capacidade da mãe de tocar o recém-nascido, caso os braços sejam restringidos durante a cirurgia. Outro aspecto é em relação à analgesia, que pode causar um comportamento desorganizado no bebê e prejuízo na busca espontânea pelo seio da nutriz após o nascimento. Tal fato pode ser

comprovado pela menor frequência de movimentos dos dedos e das mãos, de lambe e sugar o mamilo e a mama e mais choro do que o observado entre as crianças cujas mães não receberam analgesia.

Entretanto, cumpre salientar que o parto cesariano não deve ser visto como uma contraindicação para a amamentação na sala de parto, já que o aleitamento materno proporciona benefícios adicionais para a mãe, tais como a produção de ocitocina que reduz o sangramento puerperal e acelera a involução uterina²².

A respeito de nascimentos, em que ocorrem complicações durante o parto favorecendo a internação do recém-nascido em unidade de tratamento neonatal, a prática do AM na sala de parto pode ser prejudicada. Esse fato pôde ser observado em uma Unidade Neonatal, na qual as mães enfrentaram uma série de obstáculos que interferiram no início e estabelecimento da amamentação²⁴. Estes se relacionavam à ambiência hospitalar, como a falta de conforto e privacidade para amamentar; à assistência profissional, destacando-se a pouca eficácia de orientações e apoio em AM, particularmente, quando realizadas de forma verticalizada e impositiva; medo e insegurança decorrentes de dificuldades no manejo da amamentação e condição clínica da criança.

A ausência de complicações ao nascimento também pode constituir um fator favorável ao contato pele a pele tal como aqui evidenciado. Segundo Narchi *et al.*²⁵, quando ocorre a separação entre mães e filhos após o parto, supõe-se a existência de intercorrências à saúde materna ou neonatal. Porém ressaltam que mesmo nos casos em que a amamentação é contraindicada, o contato pele a pele deve ser encorajado, não havendo motivos que justifiquem tal separação. Em uma comunidade carente de São Paulo, apenas em 8% dos casos em que ocorreu a separação do binômio mãe/filho após o parto, estes estavam relacionados a complicações que obrigaram os recém-nascidos a permanecerem em berçário por vários dias. Nos demais, não foi encontrada justificativa admissível para a separação.

Da mesma forma, a condição de nascer com o peso adequado ou a termo oportuniza a prática do contato pele a pele e amamentação na sala de parto, provavelmente devido à dificuldade que os bebês com baixo peso ou prematuros apresentam em relação ao aleitamento materno e à demanda por cuidados especiais da equipe de saúde, logo após o parto. Os recém-nascidos com baixo

peso ao nascer apresentam maior dificuldade para sugar diretamente no seio materno, além de serem frequentemente separados de suas mães, imediatamente após o nascimento, e levados para as Unidades de Tratamento Intensivo Neonatais²⁶.

Já em relação à idade gestacional, esta pode influenciar as habilidades orais de alimentação e os padrões de sucção em prematuros podendo, portanto, afetar a progressão da alimentação oral desses bebês²⁷. Ademais, lactentes saudáveis, nascidos a termo, apresentam comportamentos inatos que se manifestam imediatamente após o nascimento, quando colocados em contato pele a pele com suas mães. Os recém-nascidos localizam o mamilo através do cheiro, pois apresentam um estímulo intenso ao odor, o qual oferece pistas para iniciar o AM. O período pós-parto predispõe mães e bebês a desenvolverem um padrão de interação recíproca desde que estejam juntos e em contato íntimo²⁸.

Ademais, o fato de os partos realizados nos grandes hospitais da capital terem demonstrado associação negativa com a amamentação na sala de parto e o contato mãe/filho pode estar relacionado a variações de condutas e normas nas rotinas hospitalares, além do despreparo da equipe de saúde com respeito à realização desses procedimentos. Sabe-se que o excesso de intervenções no período pós-parto pode afetar o início precoce do AM o qual, dentre outras práticas de assistência ao parto e ao recém-nascido, pode sofrer grande variação entre os serviços de saúde. Tais variações podem influenciar a qualidade do cuidado ofertado e vêm sendo atribuídas a vários fatores, tais como a opção médica individual, conhecida como “estilo de prática”, desigualdades geográficas e sociais, características demográficas dos pacientes, questões econômicas e culturais, de liderança, entre outras¹¹.

Entretanto, em 75% dos 135 partos realizados em uma sala de PPP (pré-parto, parto e pós-parto) de um hospital público universitário, o bebê foi colocado para mamar ainda no ambiente de parto²⁹. Essa sala, de acordo com a RDC 36/2008 da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA)³⁰, destina-se a humanizar o atendimento ao parto resgatando o vínculo mãe/filho e preconiza, dentre outras ações, o estímulo ao AM no local do parto. No entanto, para tal, é necessário maior integração e valorização da mulher e do recém-nascido por parte dos profissionais de saúde²⁹.

Por fim, apesar dos importantes achados, apontam-se as limitações dos estudos de caráter retrospectivo com respeito ao viés de memória e exatidão das informações das mães atendidas no BLH, bem como o delineamento do estudo, sujeito à causalidade reversa e ao uso de dados secundários, pela ausência de informações em alguns formulários de atendimento. Ademais, pode-se inferir viés quanto ao local do estudo, por ser este detentor do título de Hospital Amigo da Criança e atender mulheres de diversas procedências e contextos. No entanto, tal realidade se assemelha a inúmeras maternidades do país e que são alvo da abordagem dos “Dez Passos para o Sucesso do Aleitamento Materno”.

Como potencialidade, ressalta-se o grande número da amostra e a importância do tema, no contexto da atenção humanizada ao recém-nascido, destacando os fatores que interferem no contato pele a pele precoce e na amamentação na sala de parto.

Conclusão

Este estudo demonstrou a importância do pré-natal como momento oportuno para informar as gestantes sobre o contato pele a pele e a amamentação na sala de parto, da experiência prévia em AM e a residência na região metropolitana no contato pele a pele, provavelmente pelos fatores associados à esta condição. Ademais destacam-se o estímulo ao parto normal e a termo e a realização do pré-natal adequado no cumprimento destas práticas. Entretanto, ressalta-se a necessidade da adoção de medidas que priorizem o contato pele a pele e o AM na sala de parto nos grandes hospitais da capital, tais como a redução ou adiamento de intervenções na assistência pós-parto, além do treinamento e conscientização da equipe de saúde sobre a importância de tais práticas. Estudos longitudinais poderão esclarecer com maior profundidade as questões ainda não elucidadas sobre o assunto, bem como o acompanhamento avaliado da implementação de políticas acerca desta temática.

Referências

1. Boccolini CS, Carvalho ML, Oliveira MIC, Vasconcellos AGG. Fatores associados à amamentação na primeira hora de vida. *Rev Saúde Pública* [Internet]. 2011 [acesso 2015 nov 07]; 45(1):69-78. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-891020110001000008&lng=en&nrm=iso>. doi: 10.1590/S0034-891020110005000051.
2. Figueiredo SF, Mattar MJG, Abrão ACFV. Iniciativa Hospital Amigo da Criança – uma política de promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno. *Acta Paul Enferm* [Internet]. 2012 [acesso 2015 nov 07]; 25(3):459-63. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002012000300022&lng=en&nrm=iso>. doi: 10.1590/S0103-21002012000300022.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Criança e Aleitamento Materno. Iniciativa Hospital Amigo da Criança. Brasília; 2011 [acesso 2015 nov 3]. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/iniciativa_hospital_amigo_crianca.pdf>.
4. Santos LM, Silva JCR, Carvalho ESS, Carneiro AJS, Santana RCB, Fonseca MCC. Vivenciando o contato pele a pele com o recém-nascido no pós-parto como um ato mecânico. *Rev Bras Enferm* [Internet]. 2014 [acesso 2015 nov 07]; 67(2):202-07. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672014000200202&lng=en&nrm=iso>. doi: 10.5935/0034-7167.20140026.
5. Almeida EA, Filho JM. O contato precoce mãe-filho e sua contribuição para o sucesso do aleitamento materno. *Rev Ciênc Méd (Campinas)*. 2004; 13(4):381-88.
6. Matos TA, Souza MS, Santos EKA, Velho MB, Seibert ERC, Martins NM. Contato precoce pele a pele entre mãe e filho: significado para mães e contribuições para a enfermagem. *Rev Bras Enferm* [Internet]. 2010 [acesso 2015 nov 07]; 63(6):998-1004. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672010000600020&lng=en&nrm=iso>. doi: 10.1590/S0034-71672010000600020.

7. Monte GCSB, Leal LP, Pontes CM. Avaliação do 4º passo para promoção do aleitamento materno em Hospital Amigo da Criança. Rev RENE. 2012; 13(4):861-70.
8. Organização Pan-Americana da Saúde/Organização Mundial da Saúde (OPS/OMS) [Internet]. Semana Mundial do Aleitamento Materno 2012. Entendendo o passado - planejando o futuro. Comemoração dos 10 anos da Estratégia Global da OMS/UNICEF para alimentação de lactentes e crianças na primeira infância. 2012 [acesso 2015 nov 3]. Disponível em: <http://www.paho.org/bra/index.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=1445&Itemid=423>.
9. Brasil. Ministério da Saúde. Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher - PNDS 2006: dimensões do processo reprodutivo e da saúde da criança. Série G. Estatística e Informação em Saúde. Brasília; 2009 [acesso 2015 nov 3]. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pnds_crianca_mulher.pdf>.
10. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. II Pesquisa de prevalência de aleitamento materno nas capitais brasileiras e Distrito Federal. Série C. Projetos, programas e relatórios. Brasília; 2009 [acesso 2015 nov 3]. Disponível em: <<http://www.redeblh.fiocruz.br/media/pesquisa.pdf>>.
11. Moreira MEL, Gama SGN, Pereira APE, Silva AAM, Lansky S, Pinheiro RS, et al. Práticas de atenção hospitalar ao recém-nascido saudável no Brasil. Cad Saúde Pública [Internet]. 2014 [acesso 2015 nov 3]; 30(Suppl.1): S128-S139. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2014001300019&lng=en&nrm=iso>. doi: 10.1590/0102-311X00145213.
12. Santos DT, Vannuchi MTO, Oliveira MMB, Dalmas JC. Perfil das doadoras de leite do banco de leite humano de um hospital universitário. Acta Sci, Health Sci. 2009; 31(1):15-21. doi: 10.4025/actascihealthsci.v31i1.891.

13. FHEMIG. Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais. [Internet]. Banco de leite humano: Quem somos. 2012 [acesso 2015 nov 3]. Disponível em: <<http://www.fhemig.mg.gov.br/pt/banco-de-leite-humano/quem-somos>>.
14. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Pré-natal e puerpério: atenção qualificada e humanizada. Série A. Direitos sexuais e direitos reprodutivos. Caderno nº 5. Brasília; 2005 [acesso 2015 nov 3]. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pre-natal_puerperio_atencao_humanizada.pdf>.
15. World Health Organization [Internet]. Infant and young child feeding: a tool for assessing national practices, policies and programmes. Geneva; 2003 [acesso 2015 nov 3]. Disponível em: <http://www.unscn.org/layout/modules/resources/files/Infant_and_Young_Child_Feeding_A_tool.pdf>.
16. Belo MNM, Azevedo PTACC, Belo MPM, Serva VMSBD, Filho M, Figueiroa JN *et al.* Aleitamento materno na primeira hora de vida em um Hospital Amigo da Criança: prevalência, fatores associados e razões para sua não ocorrência. Rev Bras Saúde Matern Infant [Internet]. 2014 [acesso 2015 nov 3]; 14(1): 65-72. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-38292014000100065&lng=en&nrm=iso>. doi: 10.1590/S1519-38292014000100006.
17. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Atenção à saúde do recém-nascido: Guia para os profissionais de saúde. Cuidados gerais. Brasília; 2012 [acesso 2015 nov 3]. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_saude_recem_nascido_profissionais_v1.pdf>.
18. Souza TG, Gaíva MAM, Modes PSSA. A humanização do nascimento: percepção dos profissionais de saúde que atuam na atenção ao parto. Rev Gaúch Enferm [Internet]. 2011 [acesso 2015 nov 8]; 32(3):479-86. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472011000300007&lng=en&nrm=iso>. doi: 10.1590/S1983-14472011000300007.

19. Volpato SE, Braun A, Pegorim RM, Ferreira DC, Beduschi CS, Souza KM. Avaliação do conhecimento da mãe em relação ao aleitamento materno durante o período pré-natal em gestantes atendidas no Ambulatório Materno infantil em Tubarão (SC). *ACM Arq Catarin Med*. 2009; 38(1):49-55.
20. Faleiros FTV, Trezza EMC, Carandina L. Aleitamento materno: fatores de influência na sua decisão e duração. *Rev Nutr [Internet]*. 2006 [acesso 2015 nov 8]; 19(5):623-30. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-52732006000500010&lng=en&nrm=iso>. doi: 10.1590/S1415-52732006000500010.
21. Barbosa V, Orlandi FS, Dupas G, Beretta MIR, Fabbro MRC. Aleitamento na sala de parto: a vivência da puérpera. *Ciênc Cuid Saúde*. 2010; 9(2):366-73. doi: <http://dx.doi.org/10.4025/cienccuidsaude.v9i2.11249>.
22. Esteves TMB, Daumas RP, Oliveira MIC, Andrade CAF, Leite IC. Fatores associados à amamentação na primeira hora de vida: revisão sistemática. *Rev Saúde Pública [Internet]*. 2014 [acesso 2015 nov 8]; 48(4):697-703. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102014000400697&lng=en&nrm=iso>. doi: 10.1590/S0034-8910.2014048005278.
23. Vieira TO, Vieira GO, Giugliani ERJ, Mendes CMC, Martins CC, Silva L.R. Determinants of breastfeeding initiation within the first hour of life in a Brazilian population: cross-sectional study. *BMC Public Health [Internet]*. 2010 [acesso 2015 nov 8]; 10:760. Disponível em: <<http://www.biomedcentral.com/1471-2458/10/760>>. doi: 10.1186/1471-2458-10-760.
24. Souza KV, Tesin RR, Alves VH. Mães de recém-nascidos hospitalizados: em/entre círculos no processo de amamentação. *Acta Paul Enferm [Internet]*. 2010 [acesso 2015 nov 8]; 23(5):608-13. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002010000500004&lng=en&nrm=iso>. doi: 10.1590/S0103-21002010000500004.
25. Narchi NZ, Fernandes RAQ, Dias LA, Novais DH. Variáveis que influenciam a manutenção do aleitamento materno exclusivo. *Rev Esc Enferm USP [Internet]*. 2009 [acesso 2015 nov 8]; 43(1):87-94. Disponível em:

- <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342009000100011&lng=en&nrm=iso>. doi: 10.1590/S0080-62342009000100011.
26. Mamemoto K, Kubota M, Nagai A, Takahashi Y, Kamamoto T, Minowa H *et al*. Factors associated with exclusive breastfeeding in low birth weight infants at NICU discharge and the start of complementary feeding. *Asia Pac J Clin Nutr*. 2013; 22(2):270-75. doi: 10.6133/apjcn.2013.22.2.11.
 27. White-Traut R, Pham T, Yoder J. Exploring factors related to oral feeding progression in premature infants. *Adv Neonatal Care*. 2013; 13(4):288-94. doi: 10.1097/ANC.0b013e31829d8c5a.
 28. Moore ER, Anderson GC, Bergman N. Early skin-to-skin contact for mothers and their healthy newborn infants. *Cochrane Database Syst Rev*. 2007; 3:CD003519. doi: 10.1002/14651858.CD003519.pub2.
 29. Stancato K, Vergílio MSTG, Bosco CS. Avaliação da estrutura e assistência em sala de pré-parto, parto e pós-parto imediato - PPP de um hospital universitário. *Ciênc Cuid Saúde*. 2011; 10(3):541-48. doi: 10.4025/cienccuidsaude.v10i3.12656.
 30. Brasil. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução nº 36, de 3 de junho de 2008. Dispõe sobre regulamento técnico para funcionamento dos serviços de atenção obstétrica e neonatal. Brasília; 2008 [acesso 2015 nov 3]. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2008/res0036_03_06_2008_re p.html>.

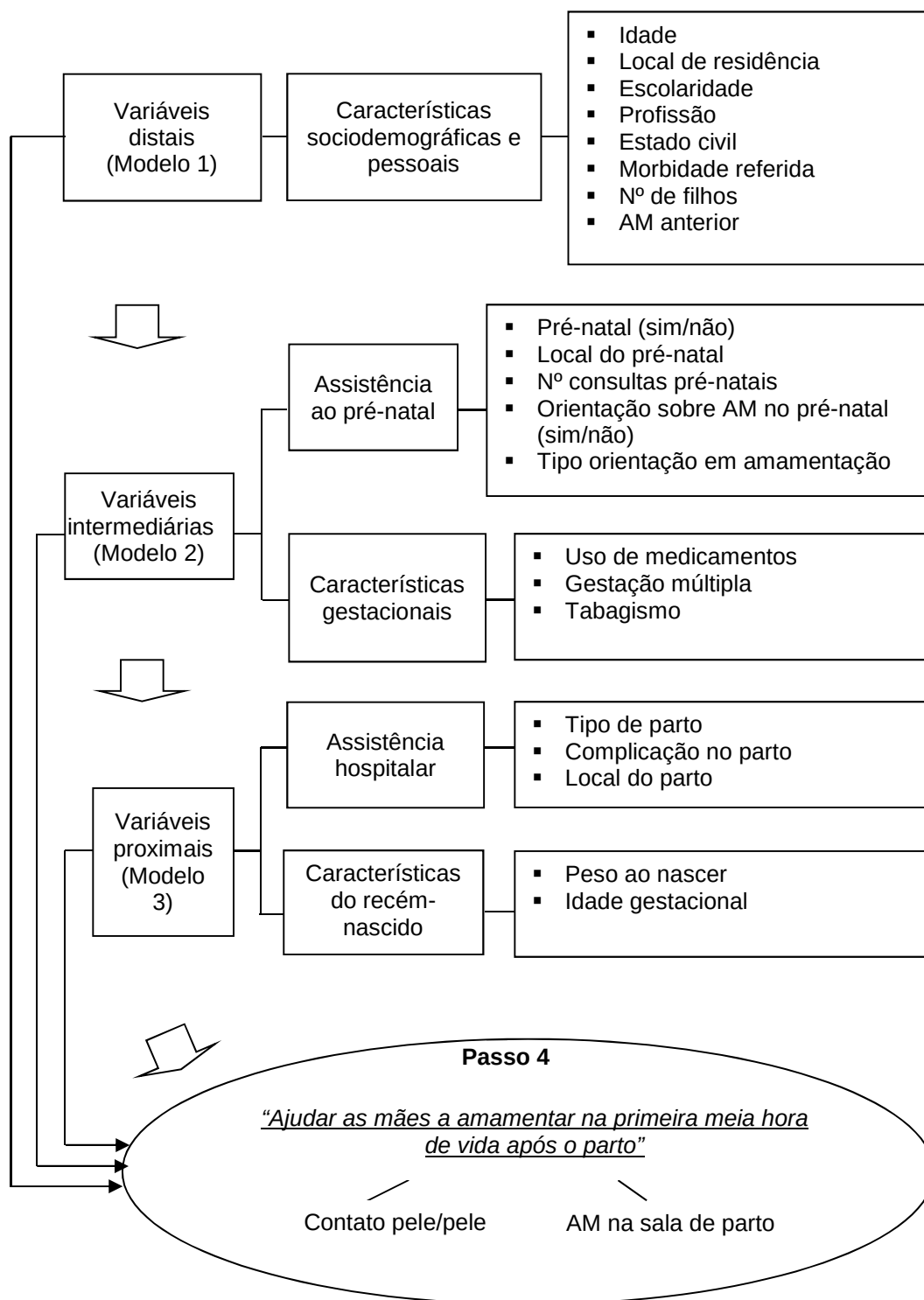


Figura 1 – Contato pele/pele e amamentação na sala de parto segundo modelo hierarquizado. Banco de Leite Humano, Belo Horizonte/MG, Brasil, 2009 - 2012. AM: Aleitamento materno

Tabela 1. Características sociodemográficas e pessoais, da assistência ao pré-natal e hospitalar, gestacionais e sobre o recém-nascido da amostra estudada. Banco de Leite Humano, Belo Horizonte/MG, Brasil, 2009 - 2012.

Características da amostra	Variáveis	Categoria	n	%
Sociodemográficas e pessoais	Idade (anos)	< 20	1522	13,0
		20 a 29	4780	41,0
		30 a 39	4916	42,1
		40 ou mais	450	3,9
	Local de residência	Belo Horizonte	7161	71,6
		Região metropolitana	2374	23,8
		Demais cidades	460	4,6
		Analfabeto	31	0,3
	Escolaridade	Ensino fundamental	2559	24,1
		Ensino médio	4325	40,7
		Ensino técnico	166	1,6
		Graduação ou mais	3541	33,3
	Profissão	Do lar	1927	19,8
		Estudante	524	5,4
		Profissões remuneradas	7257	74,8
		Estado civil	Solteira	4123
	Casada		6595	60,8
	Outros		131	1,2
	Morbidade referida	Sim	1967	20,6
		Não	7573	79,4
	Número de filhos	0	69	0,8
		1	5177	61,6
		2	1600	19,1
		3 ou mais	1554	18,5
	Amamentação anterior	Sim	2851	38,9
		Não	4478	61,1
	Realização e local do pré-natal	Sim. público	6181	52,4
		Sim. privado	5468	46,3
		Não realizado	150	1,3
	Assistência ao pré-natal	Nº consultas pré-natais ^a	Até 3	285
De 4 a 6			1168	10,8
Acima de 6			9349	86,6
Sim. individual			2410	23,9
Orientação sobre AM	Sim. em grupo	1496	14,9	
	Não	6168	61,2	
Uso de medicamentos	Sim	2027	19,6	
	Não	8327	80,4	
Gestacionais	Tabagismo	Sim	569	6,2
		Não	8660	93,8
Gestação múltipla	Sim	85	0,9	
	Não	9202	99,1	
	Normal	4905	41,6	
Tipo de parto	Cesárea	6574	55,7	
	Fórceps	319	2,7	
Assistência hospitalar	Complicações no parto	Sim	1138	12,1
		Não	8274	87,9
	Local do parto	HAC	6500	54,9
		Grandes hospitais da capital	3843	32,4
Recém-nascido	Peso ao nascer	Outros	1504	12,7
		Baixo peso	1532	16,5
	Idade gestacional ao nascer	Peso adequado	7755	83,5
		RN pré-termo	2384	27,3
Variáveis desfecho	Contato pele a pele	RN a termo	6339	72,7
		Sim	6309	60,5
	Amamentação na sala de parto	Não	4111	39,5
		Sim	2267	25,5
		Não	6625	74,5

Nota: AM: Aleitamento materno; HAC: Hospital Amigo da Criança; RN: Recém-nascido.

^aFonte: Brasil (2005)¹⁴

Tabela 2. Fatores associados ao contato pele/pele e amamentação na sala de parto da amostra estudada. Banco de Leite Humano, Belo Horizonte/MG, 2009 - 2012.

		Passo 4					
Variáveis	Categorias	Contato pele a pele			AM na sala de parto		
		Sim (%)	Não (%)	Valor p ^a	Sim (%)	Não (%)	Valor p ^a
Idade	< 20	63,9	36,1	<0,001	27,8	72,2	0,01
	20 a 29	62,5	37,5		26,8	73,2	
	30 a 39	59,9	40,1		24,3	75,7	
	40 ou mais	55,5	44,5		21,3	78,7	
Local de residência	Belo Horizonte	58,8	41,2	<0,001	25,6	74,4	<0,001
	Região metropolitana	59,3	40,7		26,7	73,3	
	Demais cidades	41,0	59,0		13,8	86,2	
	Analfabeto	74,1	25,9		29,6	70,4	
Escolaridade	Ensino fundamental	60,9	39,1	0,01	28,6	71,4	<0,001
	Ensino médio	60,1	39,9		27,5	72,5	
	Ensino técnico	58,8	41,2		25,2	74,8	
	Graduação ou mais	57,0	43,0		22,5	77,5	
Profissão	Do lar	62,6	37,4	0,02	28,4	71,6	0,01
	Estudante	60,1	39,9		25,9	74,1	
	Remunerada	58,7	41,3		24,4	75,6	
	Solteira	61,1	38,9		28,0	72,0	
Estado civil	Casada	59,6	40,4	0,32	24,3	75,7	<0,001
	Outros	61,1	38,9		24,7	75,3	
	Sim	55,6	44,4		22,3	77,7	
Morbidade referida	Não	60,1	39,9	<0,001	28,3	71,7	<0,001
	0	67,3	32,7		20,0	80,0	
Número de filhos	1	59,2	40,8	0,06	21,0	79,0	<0,001
	2	61,8	38,2		27,1	72,9	
	3 ou mais	62,7	37,3		24,1	75,9	
	Sim	61,9	38,1		29,8	70,2	
Amamentação anterior	Não	57,7	42,3	<0,001	24,1	75,9	<0,001
	Sim	60,9	39,1		25,7	74,3	
Pré-natal	Não	48,5	51,5	0,01	20,7	79,3	0,33
	Sim, público	62,8	37,2		28,6	71,4	
Local pré-natal	Sim, privado	58,9	41,1	<0,001	22,6	77,4	<0,001
	Não realizado	48,5	51,5		20,7	79,3	
	Até 3	43,8	56,2		16,0	84,0	
Nº consultas pré-natal ^b	De 4 a 6	61,4	38,6	<0,001	22,1	77,9	<0,001
	Acima de 6	62,3	37,7		26,2	73,8	
	Sim	64,9	35,1		27,9	72,1	
Orientação sobre AM	Não	59,8	40,2	<0,001	23,3	76,7	<0,001
	Sim, individual	64,9	35,1		29,6	70,4	
Tipo orientação sobre AM	Sim, em grupo	64,9	35,1	<0,001	25,2	74,8	<0,001
	Não	59,8	40,2		23,3	76,7	
	Sim	57,1	42,9		23,5	76,5	
Uso de medicamentos	Não	60,8	39,2	<0,001	25,2	74,8	0,18
	Sim	60,3	39,7		23,2	76,8	
Tabagismo	Não	57,8	42,2	0,27	25,1	74,9	0,36
	Sim	40,3	59,7		11,3	88,7	
Gestação múltipla	Não	58,7	41,3	<0,001	25,9	74,1	0,01
	Normal	71,6	28,4		34,4	65,6	
Tipo de parto	Cesárea	51,8	48,2	<0,001	18,7	81,3	<0,001
	Fórceps	67,9	32,1		30,2	69,8	
	Sim	44,4	55,6		18,5	81,5	
Complicações no parto	Não	63,1	36,9	<0,001	25,9	74,1	<0,001
	HAC	63,2	36,8		28,1	71,9	
	Grandes hospitais da capital	55,0	45,0		15,9	84,1	
Local do parto	Outros	65,0	35,0	<0,001	40,8	59,2	<0,001
	Baixo peso	40,6	59,4		12,9	87,1	
	Peso adequado	61,6	38,4		28,0	72,0	
Idade gestacional	RN pré-termo	45,7	54,3	<0,001	15,1	84,9	<0,001
	RN a termo	64,3	35,7		28,1	71,9	

Nota: AM: aleitamento materno; HAC: Hospital Amigo da Criança; RN: recém-nascido.

^aValor p no teste qui quadrado; ^bFonte: Brasil (2005)¹⁴

Tabela 3 – Razões de prevalências entre as variáveis e o desfecho “contato pele a pele” (Modelo final) - Banco de Leite Humano, Belo Horizonte/MG, Brasil, 2009 - 2012.

		Passo 4		
Modelo	Variáveis	Contato pele a pele		
		RP	IC 95%	
1	Local de residência	Belo Horizonte	1,21	1,02 - 1,44
		Região Metropolitana	1,23	1,03 - 1,46
		Demais cidades	1,00	-
	Amamentação anterior	Sim	1,07	1,02 - 1,12
		Não	1,00	-
2	Número de consultas pré-natais ^a	Até 3	1,00	-
		4 a 6	1,50	1,12 - 2,02
		Acima de 6	1,48	1,11 - 1,98
	Orientação sobre AM	Sim	1,14	1,08 - 1,20
		Não	1,00	-
		3	Tipo de parto	Normal
Fórceps	1,31			1,15 - 1,49
Cesárea	1,00			-
Complicação no parto	Sim		1,00	-
	Não		1,24	1,12 - 1,38
	HAC		1,02	0,95 - 1,10
Local do parto	Grandes hospitais da capital		0,89	0,82 - 0,97
	Outros		1,00	-
Peso ao nascer	RN Baixo peso		1,00	-
	RN Peso adequado		1,23	1,11 - 1,36
Idade gestacional	Pré-termo		1,00	-
	A termo		1,18	1,10 - 1,28

Nota: AM: Aleitamento materno; HAC: Hospital Amigo da Criança; IC: Intervalo de confiança; RN: recém-nascido; RP: Razão de prevalência.

^aFonte: Brasil (2005)¹⁴

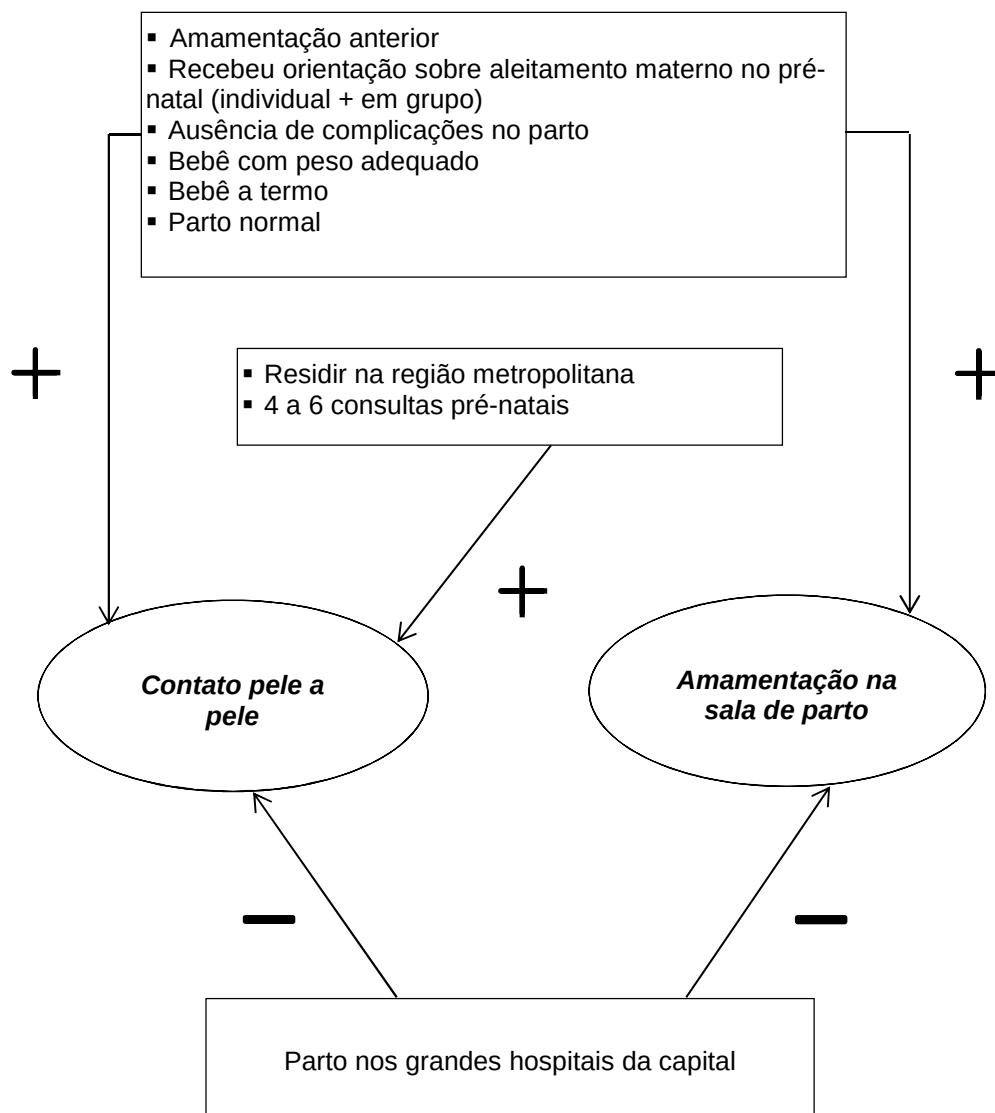


Figura 2 - Síntese dos resultados e integração entre os modelos multivariados - associações negativas e positivas com os desfechos. Banco de Leite Humano, Belo Horizonte/MG, Brasil, 2009 - 2012.

ARTIGO 4

“Sistema de Alojamento Conjunto: agente favorável à prática do aleitamento materno sob livre demanda e seus fatores associados”

Artigo Original

Revista de submissão: “Jornal de Pediatria”

Sistema de Alojamento Conjunto: agente favorável à prática do aleitamento materno sob livre demanda e seus fatores associados

Alojamento Conjunto e aleitamento materno

Rooming-in System: a favorable agent to the practice of breastfeeding on demand and associated factors

Rooming-in System and breastfeeding

Cristianny M Silva¹, Simone C L Pereira², Karine A M Notaro³, Luana C Santos⁴

1. E-mail: cristiannymys@gmail.com. Currículo Lattes:
<http://lattes.cnpq.br/1228221447403976>

2. E-mail: simoneclpereira@gmail.com. Currículo Lattes:
<http://lattes.cnpq.br/4505783211336103>

3. E-mail: mov.bancodeleite@fhemig.mg.gov.br. Currículo Lattes:
<http://lattes.cnpq.br/6865349848852442>

4. E-mail: luanacs@ig.com.br. Currículo Lattes:
<http://lattes.cnpq.br/0458708740546057>

Contribuição dos autores

Cristianny Miranda e Silva realizou a revisão bibliográfica, concepção, análise e interpretação dos dados e redação final. Simone Cardoso Lisboa Pereira e Karine Antunes Marques Notaro realizaram análise crítica dos resultados e revisão do manuscrito. Luana Caroline dos Santos orientou a pesquisa, realizou análise crítica dos resultados, apoio à redação, revisão do manuscrito e aprovou a versão final do artigo.

Conflito de interesses: Nada a declarar

Instituição a qual o trabalho está vinculado: Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG)

Autor responsável pela troca de correspondência e contatos pré-publicação:

Cristianny Miranda e Silva – Avenida Professor Alfredo Balena, 190 - sala 324, Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, MG, Brasil. CEP: 30130-100. Telefone: (31)3409-8036. E-mail: cristiannyms@gmail.com Fax: (31)3409-9860.

Financiamento: Fundação de Amparo à Pesquisa do estado de Minas Gerais (FAPEMIG), sob número: APQ-01782-10.

Resumo

Objetivo: O Sistema de Alojamento Conjunto constitui fator primordial para a promoção da amamentação, em particular da amamentação sob livre demanda e para a adoção das demais práticas estabelecidas nos “Dez passos para o Sucesso do Aleitamento Materno” da Iniciativa Hospital Amigo da Criança. Assim, o presente estudo teve como objetivo avaliar o Sistema de Alojamento Conjunto na promoção da amamentação sob livre demanda e seus fatores associados entre nutrizes atendidas em um banco de leite humano. **Métodos:** Avaliaram-se 12283 mães em estudo retrospectivo com dados secundários obtidos de protocolo estruturado de atendimento de nutrizes. Informações sociodemográficas, pré e pós gestacionais e sobre o bebê e parto foram relacionadas aos desfechos “Sistema de Alojamento Conjunto” e “amamentação sob livre demanda”. Realizou-se análise descritiva, teste qui-quadrado e regressão de Poisson ($p < 0,05$). **Resultados:** A permanência em Alojamento Conjunto favoreceu a amamentação sob livre demanda (RP=2,15; IC95% 1,97-2,35). As variáveis associadas positivamente aos desfechos “Sistema de Alojamento Conjunto” e “amamentação sob livre demanda” foram, respectivamente: peso ao nascer adequado (RP=1,58; IC95% 1,44-1,73 e RP=1,24; IC95% 1,14-1,35), idade gestacional a termo (RP=1,25; IC95% 1,18-1,32 e RP=1,15;

IC95% 1,09-1,22), ausência de complicações no parto (RP=1,29; IC95% 1,20-1,40 e RP=1,15; IC95% 1,06-1,26) e amamentação na sala de parto (RP=1,19; IC95% 1,15-1,22 e RP=1,10; IC95% 1,06-1,13). **Conclusões:** Confirmou-se a importância do Sistema de Alojamento Conjunto na promoção da amamentação sob livre demanda e a necessidade de estratégias de incentivo ao pré-natal apropriado e aleitamento na sala de parto a fim de favorecer a amamentação exclusiva.

Palavras-chave: aleitamento materno, alojamento conjunto, bancos de leite, cuidado do lactente.

Abstract

Objective: The Rooming-in System is an essential factor for the promotion of breastfeeding, particularly breastfeeding on demand and for the adoption of other practices set out in the "Ten Steps to Successful Breastfeeding" of the Baby Friendly Hospital Initiative. Thus, this study aimed to evaluate the Rooming-in System in promoting breastfeeding on demand and associated factors among mothers that received care in a human milk bank. **Methods:** We evaluated 12,283 mothers in a retrospective study using secondary data obtained from a structured protocol of nursing mothers care. Sociodemographic information, pre and post gestational data and data about the baby and the delivery were associated with the outcomes "Rooming-in System" and "feeding on demand". A descriptive analysis, chi-square test and Poisson regression ($p < 0.05$) were performed. **Results:** stay in Rooming-in System favored breastfeeding on demand (PR=2.15; 95%CI 1.97-2.35). Variables associated positively to the outcomes "Rooming-in System " and "breastfeeding on demand" were: appropriate birth weight (PR=1.58, 95%CI 1.44-1.73 and PR=1.24; 95%CI 1.14-1.35), gestational age on term (PR=1.25; 95%CI 1.18-1.32 and PR=1.15, 95%CI 1.09-1.22), no complications at birth (PR=1.29; 95%CI 1.20-1.40 and PR=1.15, 95%CI 1.06-1.26) and breastfeeding in delivery room (PR=1.19; 95%CI 1.15-1.22 and PR=1.10; 95%CI 1.06-1.13). **Conclusions:** The importance of the rooming-in system to promote breastfeeding on demand was confirmed and the need of strategies to stimulate appropriated prenatal and breastfeeding in the delivery room in order to encourage exclusive breastfeeding was emphasized.

Key words: breastfeeding, rooming-in care, milk banks, infant care.

Introdução

A Iniciativa Hospital Amigo da Criança, criada pela Organização Mundial da Saúde (OMS) e pelo Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF), visa mobilizar profissionais de saúde e funcionários de hospitais e maternidades a apoiar, proteger e promover o aleitamento materno (AM). Tal iniciativa, por meio dos “Dez Passos para o Sucesso do Aleitamento Materno”, tem demonstrado impacto positivo na incidência e duração do aleitamento, na promoção de maiores taxas de aleitamento materno exclusivo (AME) e de início precoce da amamentação, dentre outros benefícios¹.

O sistema de alojamento conjunto (SAC), que corresponde ao passo 7 - *“Praticar o alojamento conjunto – permitir que mães e bebês permaneçam juntos 24 horas por dia”*, dentre os “Dez Passos para o Sucesso do Aleitamento Materno”², consiste em um sistema hospitalar em que o recém-nascido sadio, logo após o parto, permanece ao lado da mãe, em um mesmo ambiente, até o momento da alta. Tal sistema, preconizado pelo Ministério da Saúde por intermédio da portaria nº 1016 de 26 de agosto de 1993³, constitui fator primordial para a promoção da amamentação e para a adoção das demais práticas estabelecidas nos “dez passos”^{4,5}.

Tal passo, além de estimular e motivar o AM, favorece o cumprimento do passo 8, que preconiza *“Encorajar a amamentação sob livre demanda”*², a partir do estímulo à precocidade, intensidade, e assiduidade da amamentação e sua manutenção por tempo mais prolongado, permitindo a observação constante do recém-nascido pela nutriz, o que a faz conhecer melhor seu bebê, além de permitir o estabelecimento do intercâmbio biopsicossocial entre a mãe, a criança e os demais membros da família⁶.

A prática do aleitamento materno sob livre demanda (AMLD), por sua vez, além de promover o AM, oferece inúmeros benefícios ao binômio mãe/filho e deve ser incentivada, pois faz parte do comportamento normal da maioria dos recém-nascidos mamar com frequência e sem regularidade de horários. A amamentação

sem restrições reduz a perda de peso inicial do bebê, agiliza a “descida do leite”, aumenta a duração do aleitamento materno, dentre outras vantagens⁷.

Entretanto, a literatura aponta diversos fatores que podem interferir negativamente na prática do SAC, relacionados principalmente aos recursos materiais, físicos e humanos; a falhas da equipe de enfermagem no sentido de orientar as puérperas quanto aos cuidados com o bebê e incentivo ao AM, referentes às condições maternas, do parto e do recém-nascido, dentre outros^{4,8}.

Do mesmo modo, certas situações podem prejudicar o AMLD, tais como: amamentação com restrições de horários; pega incorreta da mama pelo lactente; a crença das mães de que seu leite é fraco ou insuficiente; desorganização dos serviços de saúde em prestar ajuda e apoio à nutriz; além da interferência das diversas variáveis sociais, comportamentais e relacionadas a interesses comerciais e conhecimentos científicos historicamente envolvidos na prática do aleitamento materno exclusivo (AME)^{9,10}.

Nesse contexto, a política pública de saúde, direcionada ao incentivo ao AM tem, nas últimas décadas, ressaltado a importância dos Bancos de Leite Humano, os quais representam locais estratégicos para as ações de promoção, proteção e apoio à amamentação. Tais estabelecimentos são vinculados a um hospital de atenção materna e/ou infantil e, além de realizarem a coleta, processamento e controle de qualidade do leite humano ordenhado, desempenham importante papel educativo junto às nutrizes^{11,12}.

Sendo assim, considerando a relevância da Iniciativa Hospital Amigo da Criança e dos bancos de leite humano como agentes promotores do AM no contexto das políticas públicas em prol da amamentação, evidencia-se a importância de investigar o SAC como agente favorável à prática do AMLD e, conseqüentemente, do AME. Tal evidência poderia favorecer o planejamento de ações governamentais em favor da implantação desse sistema hospitalar nas maternidades públicas e privadas do país e do exterior.

O objetivo desse estudo foi avaliar o papel do Sistema de Alojamento Conjunto na promoção do aleitamento materno sob livre demanda e seus fatores associados, entre nutrizes atendidas em um banco de leite humano.

Metodologia

Em um estudo retrospectivo, foram analisados os dados secundários presentes em protocolos de atendimento padronizados de mães atendidas em um Banco de Leite Humano de uma maternidade pública de uma cidade do sudeste do Brasil, a qual foi concedido o título de Hospital Amigo da Criança, no ano de 1999, pela OMS, UNICEF e Ministério da Saúde.

Trata-se de um Banco de Leite Humano de referência onde se desenvolvem ações estratégicas estabelecidas para sua área de abrangência, com o propósito de desenvolver educação permanente, pesquisas operacionais e prestar assessoria técnica¹³. Ademais esse serviço oferece orientações sobre importância do aleitamento e cuidados com as mamas, além de atendimentos para responder as dúvidas sobre amamentação¹⁴.

Foram avaliadas as informações dos referidos protocolos de atendimento das nutrizes que procuraram o serviço do Banco de Leite Humano, encaminhadas pelo médico ou por demanda espontânea, no período de 2009 a 2012. Os desfechos – “sistema alojamento conjunto (sim/não)” e “aleitamento materno sob livre demanda (sim/não)” – foram obtidos de tais formulários de atendimento e se referem, respectivamente, aos Passos 7 - “*Praticar o alojamento conjunto – permitir que mães e bebês permaneçam juntos 24 horas por dia*” e 8 - “*Encorajar a amamentação sob livre demanda*”, dentre os “Dez Passos para o Sucesso do Aleitamento Materno”. Não foi realizado cálculo amostral em virtude de abranger os protocolos de todas as mães atendidas no Banco de Leite Humano no período de estudo.

Selecionou-se, para a presente pesquisa, 21 variáveis que se relacionavam aos desfechos alvos: dados sociodemográficos maternos (idade, local de residência, escolaridade, profissão e estado civil); informações sobre os períodos pré e pós-gestacionais (local de realização do pré-natal, número de consultas pré-natais realizadas¹⁵, orientações recebidas sobre AM durante o pré-natal - sim/não, experiência prévia em amamentação - sim/não, número de filhos, morbidade referida - sim/não e uso de medicamentos pela nutriz - sim/não) e informações sobre o recém-nascido e o parto (gestação múltipla - sim/não, local e tipo de parto, peso ao nascer, idade gestacional de nascimento, complicações no parto - sim/não, contato

pele a pele entre mãe/filho - sim/não, amamentação na sala de parto - sim/não) (Figura 1).

Essas informações, presentes no protocolo de atendimento, foram preenchidas manualmente, por meio de entrevista pessoal realizada pelos profissionais da equipe do banco de leite humano, devidamente treinados, com as mães ao recepcioná-las para o atendimento de intercorrências ou esclarecimentos de dúvidas sobre a prática da amamentação.

Para investigar o papel do SAC como agente favorável à prática do aleitamento materno sob livre demanda, tal como apontado por outros autores^{3,6} e os demais fatores associados a essas práticas, foi realizada análise bivariada (teste qui-quadrado de Pearson). As variáveis que apresentaram neste teste valor $p < 0,20$ foram selecionadas para Regressão de Poisson, com variância robusta e eliminação *Backward*, para o qual utilizou-se o programa *Stata* versão 11.2. O ajuste final do modelo multivariado foi realizado por meio do *Teste Hosmer e Lemeshow*. Os dados obtidos foram armazenados no Programa Microsoft Office Excel 2007 e, após verificação de consistência, foram analisados com auxílio do programa *Statistical Package for the Social Sciences*® (SPSS) versão 19.0. Realizou-se análise descritiva com cálculo de frequências absolutas e relativas, medidas de tendência central e dispersão. Adicionalmente, foram realizados os testes Kolmogorov-Smirnov, para verificar a adesão das variáveis quantitativas à distribuição normal e teste qui-quadrado para comparação de proporções. Adotou-se nível de significância de 5% ($p < 0,05$) para todas as análises.

No que se refere aos aspectos éticos, ressalta-se que esse estudo faz parte do projeto “Banco de leite humano de referência em Minas Gerais: caracterização, intervenção e avaliação”, aprovado pelos Comitês de Ética envolvidos (Parecer nº 042/2010 e nº ETIC 0079.0.203.000-10).

Resultados

Foram avaliadas 12283 nutrízes, no período estudado, as quais apresentavam mediana de 29 (12 - 54) anos de idade, sendo a maioria residente na capital (71,6%) e com grau de escolaridade até o ensino médio (40,7%). A maior parte das mulheres mencionou ter praticado aleitamento materno sob livre demanda

(70,3%). Os demais dados sociodemográficos maternos, relativos aos períodos pré e pós-gestacionais, ao recém-nascido e ao parto estão demonstrados na Tabela 1.

O desfecho SAC apresentou associação positiva, em análise univariada, com todas as variáveis testadas, exceto com “número de filhos”, enquanto o “aleitamento materno sob livre demanda” não foi diferente conforme “escolaridade”, “estado civil”, “experiência prévia em aleitamento materno” e “local do parto” ($p>0,05$) (Tabela 1).

Já em análise multivariada, as variáveis que permaneceram associadas aos desfechos “SAC” e “aleitamento materno sob livre demanda”, estão apresentadas na Tabela 2. As variáveis associadas positivamente a ambos os desfechos foram: “peso ao nascer adequado”, “idade gestacional a termo”, “ausência de complicações no parto” e “AM na sala de parto”. O fato de as mães residirem nas demais cidades (fora da capital e região metropolitana) se associou negativamente às duas variáveis principais estudadas. A permanência em SAC favoreceu a prática do aleitamento materno sob livre demanda.

Os modelos multivariados e a sua integração estão demonstrados na figura 2.

Discussão

Esse estudo comprovou a influência do SAC no incentivo ao AMLD, assim como outras pesquisas que evidenciaram a importância dessa prática hospitalar na manutenção da amamentação^{6,16}. O SAC tem como principal vantagem o estímulo natural ao AM, presumindo que o bebê não vá receber outro alimento senão o leite materno, estimulando a precocidade da lactação devido à maior proximidade física entre mãe e filho e a flexibilidade de horários. Adicionalmente, propicia espaço ideal para que as mães, sob a orientação da equipe de saúde, participem dos cuidados de seus filhos e ampliem seus conhecimentos sobre AM⁶.

Em um estudo transversal realizado em clínicas de saúde materno-infantis nos Emirados Árabes Unidos, as taxas de iniciação da amamentação na primeira hora de vida do recém-nascido e de duração do AM foram influenciadas, dentre outros fatores, pela prática do SAC. Este sistema, por favorecer a amamentação noturna e sob livre demanda, permite o estreitamento dos laços afetivos entre mãe/filho, os quais também contribuirão para a maior duração do AME¹⁶.

Nessa perspectiva, o maior número de consultas pré-natais e as orientações sobre AM recebidas nesse período representaram fator de proteção para a prática do SAC, provavelmente pelo maior conhecimento adquirido sobre a importância desse sistema hospitalar para o apoio e manutenção do AME. Durante o atendimento pré-natal as abordagens referentes ao AM, realizadas pelos profissionais de saúde, são fundamentais para que a gestante desenvolva um senso crítico quanto à importância da amamentação exclusiva e a adequação do tipo de assistência recebida¹⁷.

Ademais, a realização de um maior número de consultas pré-natais pode contribuir para uma atenção mais qualificada e humanizada à gestante, além de oportunizar intervenções educativas com o intuito de aumentar a duração do AME, desde que elaboradas e realizadas por profissionais capacitados, desenvolvendo habilidades individuais e atitudes pró-amamentação¹⁸.

Do mesmo modo, o contato pele/pele entre mãe e filho pode favorecer a prática do SAC no sentido de estimular a disposição e a vontade da mulher em amamentar, tendo em vista não serem estas atitudes apenas de caráter biológico, mas também influenciadas por questões psicológicas e socioculturais¹⁹. Esse contato possibilita à mãe o toque e maior receptividade para interações posteriores, aumentando a confiança e destreza para a continuidade da amamentação²⁰. Nesse cenário, salienta-se o papel do profissional de saúde no incentivo ao contato mãe/filho imediatamente após o parto e apoio à amamentação¹⁹.

Quando esse contato se estabelece nos primeiros momentos de vida do recém-nascido, associado ao AM ainda na sala de parto, nota-se que a mãe passa a alimentar seu filho com mais atenção e afeto, se adaptando às suas necessidades e demandas e ao desejo de oferecer-lhe a assistência necessária ao seu bem-estar e desenvolvimento saudável²⁰. Tais evidências poderiam explicar o fato da amamentação na sala de parto ter favorecido tanto a prática do SAC quanto o AMLD, na presente pesquisa.

Assim, percebe-se que o AM bem sucedido é um processo que inicia ainda durante a gestação e se intensifica nas primeiras horas de vida, podendo ser estimulado na unidade de alojamento conjunto²¹. Tal processo pode ser facilitado diante do nascimento dos bebês com peso adequado e a termo e a ausência de complicações no parto, tal como ora identificado. Nessas situações, ao contrário do

que acontece com mães de bebês prematuros e de baixo peso ou entre aquelas que vivenciaram intercorrências durante o parto, a mulher estará menos exposta a barreiras que possam comprometer o SAC e o AMLD, tais como preocupações com a produção do leite, dificuldade para alimentar a criança e fazer a transição para a amamentação, falta de apoio da equipe de saúde e doença da mãe²².

Ademais, as situações supramencionadas - nascimento com peso inadequado, pré-termo e complicações no parto - podem culminar na hospitalização do bebê. Essa experiência envolve aspectos emocionais, socioeconômicos e culturais, e pode exigir da mulher o afastamento do convívio familiar e submissão a uma rotina hospitalar estressante. Essa situação, associada aos medos, inseguranças e incertezas quanto à sobrevivência da criança, pode também interferir negativamente no processo de amamentação²³.

Nesse contexto, em um estudo de coorte realizado na Dinamarca, a admissão de mães, juntamente com seus bebês pré-termo, logo após o parto, nas unidades de terapia intensiva neonatal, foi associada com o estabelecimento precoce do AME. Tal evidência pode ter sido decorrente da oportunidade que as mães tiveram de observarem e responderem aos sinais precoces de alimentação do lactente, de mais sessões de amamentação ao longo do dia, de mãe e filho não vivenciarem o estresse da separação, tal como preconizado no sistema de alojamento conjunto²⁴.

Já o fato de a menor prevalência da prática do AMLD ter sido observada, na presente pesquisa, entre as mulheres que tiveram mais de três filhos pode ser decorrente do menor tempo disponível que essas mães possuíam para amamentar, devido ao cansaço físico²⁵ ou pelo fato de mulheres que amamentam sem êxito o seu primeiro filho estarem menos propensas a tentar o aleitamento materno nos partos subsequentes²⁶.

O sentimento de cansaço mencionado pelas mães esteve associado com a interrupção precoce do AME em um estudo de coorte realizado no município de Feira de Santana, Bahia. Durante os primeiros meses pós-parto, ocorre maior demanda de energia materna consequentes do gasto energético do parto, das adaptações fisiológicas do puerpério, dos cuidados com o recém-nascido e da maior frequência das mamadas. Assim, o suporte familiar nos cuidados com o bebê e nas tarefas domésticas, além do apoio dos profissionais de saúde, podem contribuir para

o alívio do cansaço físico materno e favorecer a maior disponibilidade de tempo para a amamentação²⁵.

O padrão de amamentação por meio de múltiplas gestações entre as mulheres múltiparas pôde ser observado em outro estudo de coorte realizado no estado de Maryland, EUA. Neste, a taxa de não iniciação do AM observado entre as múltiparas aumentou de 7% no primeiro nascimento, para 12% no segundo e 15% no terceiro. A implicação desse achado para a saúde pública é que as taxas de amamentação para as múltiparas podem ser incrementadas através do apoio e intervenção entre as mulheres grávidas com história de AM mal sucedido²⁶.

Outro fator associado negativamente à prática do AMLD, como também do SAC, foi a residência materna fora da capital e região metropolitana. Tal achado poderia ser explicado pelo menor acesso ou disponibilidade de orientações sobre AM, durante o pré-natal, o qual representa importante estratégia para a promoção da amamentação²⁷.

Entretanto, a humanização do cuidado à puérpera e ao recém-nascido pode se estabelecer de forma mais adequada nas pequenas maternidades, ao contrário dos grandes hospitais, onde a grande demanda nos atendimentos e o menor número de profissionais envolvidos nas atividades do SAC são fatores que podem dificultar a implementação desse sistema nesses locais, tal como aqui evidenciado. Isso foi constatado em uma maternidade de referência, credenciada na Iniciativa Hospital Amigo da Criança, em Juazeiro do Norte – CE onde, dentre as várias dificuldades encontradas nas atividades do SAC, observou-se o número reduzido de funcionários e a falta de materiais e tempo disponíveis para a realização das tarefas²⁸.

Vale destacar que estudos de caráter retrospectivo podem estar sujeitos a limitações impostas por vieses. Nesse estudo, apontam-se o viés de memória e exatidão das informações das mães atendidas no banco de leite humano. Destaca-se também o delineamento do estudo, suscetível a causalidade reversa e ao emprego de dados secundários, embora tal questão também seja continuamente adotada em trabalhos relevantes da área da saúde^{29,30}.

Ademais, pode-se inferir viés com relação ao local do estudo, por possuir o título de Hospital Amigo da Criança e por prestar assistência a mulheres de diversas procedências e contextos. Contudo, tal cenário se assemelha ao presente em várias

maternidades do país, e que sofrem o enfoque dos “Dez Passos para o Sucesso do Aleitamento Materno”.

Entretanto, ressalta-se o grande número da amostra e a importância da temática do artigo envolvendo o SAC como prática hospitalar humanizadora e favorável ao AMLD e seus fatores associados, no contexto dos “Dez Passos para o Sucesso do Aleitamento materno” da Iniciativa Hospital Amigo da Criança.

Concluindo, este estudo evidenciou o SAC como prática humanizadora na promoção do AMLD, bem como a importância do maior número de consultas pré-natais, as orientações adequadas sobre AM prestadas pelos profissionais de saúde nesse período e o contato pele a pele entre mãe e filho como agentes favoráveis ao estabelecimento desse sistema hospitalar.

Ademais, os nascimentos com peso adequado e a termo, a ausência de complicações no parto e a amamentação na sala de parto se associaram positivamente, tanto à prática do SAC, quanto ao AM sob livre demanda. Nessa perspectiva, ressalta-se a importância de ações governamentais na implementação de políticas públicas direcionadas às gestantes e nutrizes, com o intuito de incentivá-las à realização do pré-natal apropriado, assim como dos profissionais de saúde no sentido de informá-las sobre a relevância da amamentação na sala de parto para o início e manutenção do AME.

O papel educativo da equipe multiprofissional e dos Bancos de Leite Humano no processo de educação permanente, além do envolvimento dos dirigentes dos serviços de saúde também se destacam no apoio e atendimento às multíparas, às mulheres residentes em cidades menores, do pré-natal até a alta hospitalar, no sentido de orientá-las adequadamente quanto às vantagens do AM e de priorizar o SAC como prática humanizadora em prol da amamentação.

Agradecimentos

À Fundação de Amparo à Pesquisa do estado de Minas Gerais (FAPEMIG), pelo financiamento desse estudo (APQ-01782-10)

Referências

1. Souza MFL, Ortiz PN, Soares PL, Vieira TO, Vieira GO, Silva LR. Avaliação da promoção do aleitamento materno em Hospitais Amigos da Criança. Rev Paul Pediatr 2011; 29:502-8.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Iniciativa Hospital Amigo da Criança. Área Técnica de Saúde da Criança e Aleitamento Materno. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Secretaria de Atenção à Saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2011.
http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/iniciativa_hospital_amigo_crianca.pdf. Acesso: 09/11/2015.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Programa Nacional de Incentivo ao Aleitamento Materno. Grupo de defesa da saúde da criança. Portaria MS/GM nº 1016 de 26 de agosto de 1993. Normas básicas para Alojamento Conjunto. Brasília: Ministério da Saúde; 1993.
<http://portal.anvisa.gov.br/wps/wcm/connect/ee8d0e80474591da9a2dde3fbc4c6735/PORTARIA+N%C2%BA+1.016-1993.pdf?MOD=AJPERES>. Acesso: 09/11/2015.
4. Faria AC, Magalhães L, Zerbetto SR. Implementação do Alojamento Conjunto: dificuldades enfrentadas na percepção de uma equipe de enfermagem. Rev Eletr Enf 2010; 12:669-77.
5. Toma TS, Monteiro CA. Avaliação da promoção do aleitamento materno nas maternidades públicas e privadas do município de São Paulo. Rev Saúde Pública 2001; 35:409-14.
6. Pasqual KK, Braccialli LAD, Volponi M. Alojamento conjunto: espaço concreto de possibilidades e o papel da equipe multiprofissional. Cogitare Enferm 2010; 15:334-39.

7. Giugliani ERJ. O aleitamento materno na prática clínica. J Pediatr 2000; 76 Suppl 3:S238-52.
8. Nóbrega LLR, Bezerra FPF. Percepções de puérperas adolescentes frente à assistência de enfermagem no alojamento conjunto. Rev RENE 2010; 11:42-52.
9. Fujimori E, Nakamura E, Gomes MM, Jesus LA, Rezende MA. Aspectos relacionados ao estabelecimento e à manutenção do aleitamento materno exclusivo na perspectiva de mulheres atendidas em uma unidade básica de saúde. Interface Comun Saúde Educ 2010; 14:315-27.
10. Damião JJ. Influência da escolaridade e do trabalho maternos no aleitamento materno exclusivo. Rev Bras Epidemiol 2008; 11:442-52.
11. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). Banco de Leite Humano: funcionamento, prevenção e controle de riscos. Brasília: ANVISA; 2008. 160 p. <http://www.redeblh.fiocruz.br/media/blhanv2008.pdf>. Acesso: 09/11/2015.
12. Galvão MTG, Vasconcelos SG, Paiva SS. Mulheres doadoras de leite humano. Acta Paul Enferm 2006; 19:157-61.
13. Brasil. Ministério da Saúde. RDC/ANVISA nº 171, de 04 de setembro de 2006. Dispõe sobre o Regulamento Técnico para o funcionamento de Bancos de Leite Humano. Diário Oficial da União da República Federativa do Brasil. Brasília: Ministério da Saúde; 2006. <http://portal.anvisa.gov.br/wps/wcm/connect/d02994804745973f9fa1df3fbc4c6735/RDC+N%C2%BA.+DE+171-2006.pdf?MOD=AJPERES>. Acesso: 09/11/2015.
14. Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais (FHEMIG). Coleta e doação de leite materno. 2012. <http://www.fhemig.mg.gov.br/pt/banco-de-leite-humano/quem-somos>. Acesso: 09/11/2015.

15. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Pré-natal e puerpério: atenção qualificada e humanizada. Brasília: Ministério da Saúde; 2005. (Série A. Direitos sexuais e direitos reprodutivos. Caderno nº 5) http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pre-natal_puerperio_atencao_humanizada.pdf. Acesso: 09/11/2015.
16. Radwan H. Patterns and determinants of breastfeeding and complementary feeding practices of Emirati Mothers in the United Arab Emirates. BMC Public Health 2013; 13:171.
17. Barbosa LN, Santos NC, Moraes MAM, Rizzardi SD, Corrêa EC. Prevalência de práticas educativas acerca do aleitamento materno exclusivo (AME) em Cuiabá - MT. Esc Anna Nery 2015; 19:147-53.
18. Machado MOF, Paula MSR, Parreira BDM, Stefanello J, Gomes-Sponholz F. Comparação do conhecimento sobre aleitamento materno entre mulheres no período pós-parto. Rev Enferm UERJ 2013; 21:66-72.
19. D'Artibale EF, Bercini LO. O contato e a amamentação precoces: significados e vivências. Texto Contexto Enferm 2014; 23:109-17.
20. Barbosa V, Orlandi FS, Dupas G, Beretta MIR, Fabbro MRC. Aleitamento materno na sala de parto: A vivência da puérpera. Cienc Cuid Saúde 2010; 9:366-73.
21. Silva EP, Alves AR, Macedo ARM, Bezerra RMSB, Almeida PC, Chaves EMC. Diagnósticos de enfermagem relacionados à amamentação em unidade de alojamento conjunto. Rev Bras Enferm 2013; 66:190-95.
22. Quinlivan J, Kua S, Gibson R, McPhee A, Makrides MM. Can we identify women who initiate and then prematurely cease breastfeeding? An Australian Multicenter cohort study. Int Breastfeed J 2015; 10:16.

23. Paiva CVA, Saburido KAL, Vasconcelos MN, Silva MAM. Aleitamento materno de recém-nascidos internados: dificuldades de mães com filhos em Unidade de Cuidados Intensivos e Intermediários Neonatais. REME Rev Min Enferm 2013; 17:924-31.
24. Maastrup R, Hansen BM, Kronborg H, Bojesen SN, Hallum K, Frandsen A, et al. Breastfeeding progression in preterm infants is influenced by factors in infants, mothers and clinical practice: the results of a national cohort study with high breastfeeding initiation rates. PloS One 2014; 9:e108208.
25. Martins CC, Vieira GO, Vieira TO, Mendes CMC. Fatores de riscos maternos e de assistência ao parto para interrupção precoce do aleitamento materno exclusivo: estudo de coorte. Rev Baiana Saúde Pública 2011; 35 Suppl 1:S167-78.
26. Sutherland T, Pierce CB, Blomquist JL, Handa VL. Breastfeeding practices among first-time mothers and across multiple pregnancies. Matern Child Health J 2012; 16:1665-71.
27. Azevedo DS, Reis ACS, Freitas LV, Costa PB, Pinheiro PNC, Damasceno AKC. Conhecimento de primíparas sobre os benefícios do aleitamento materno. Rev RENE 2010; 11:53-62.
28. Carvalho ACO, Saraiva ARB, Gonçalves GAA, Soares JR, Pinto SL. Aleitamento materno: promovendo o cuidar no alojamento conjunto. Rev RENE 2013; 14:241-51.
29. Boccolini CS, Carvalho ML, Oliveira MIC, Boccolini PMM. Breastfeeding can prevent hospitalization for pneumonia among children under 1 year old. J Pediatr 2011; 87:399-404.
30. Gaiva MAM, Fugimori E, Sato APS. Mortalidade neonatal em crianças com baixo peso ao nascer. Rev Esc Enferm USP 2014; 48:778-86.

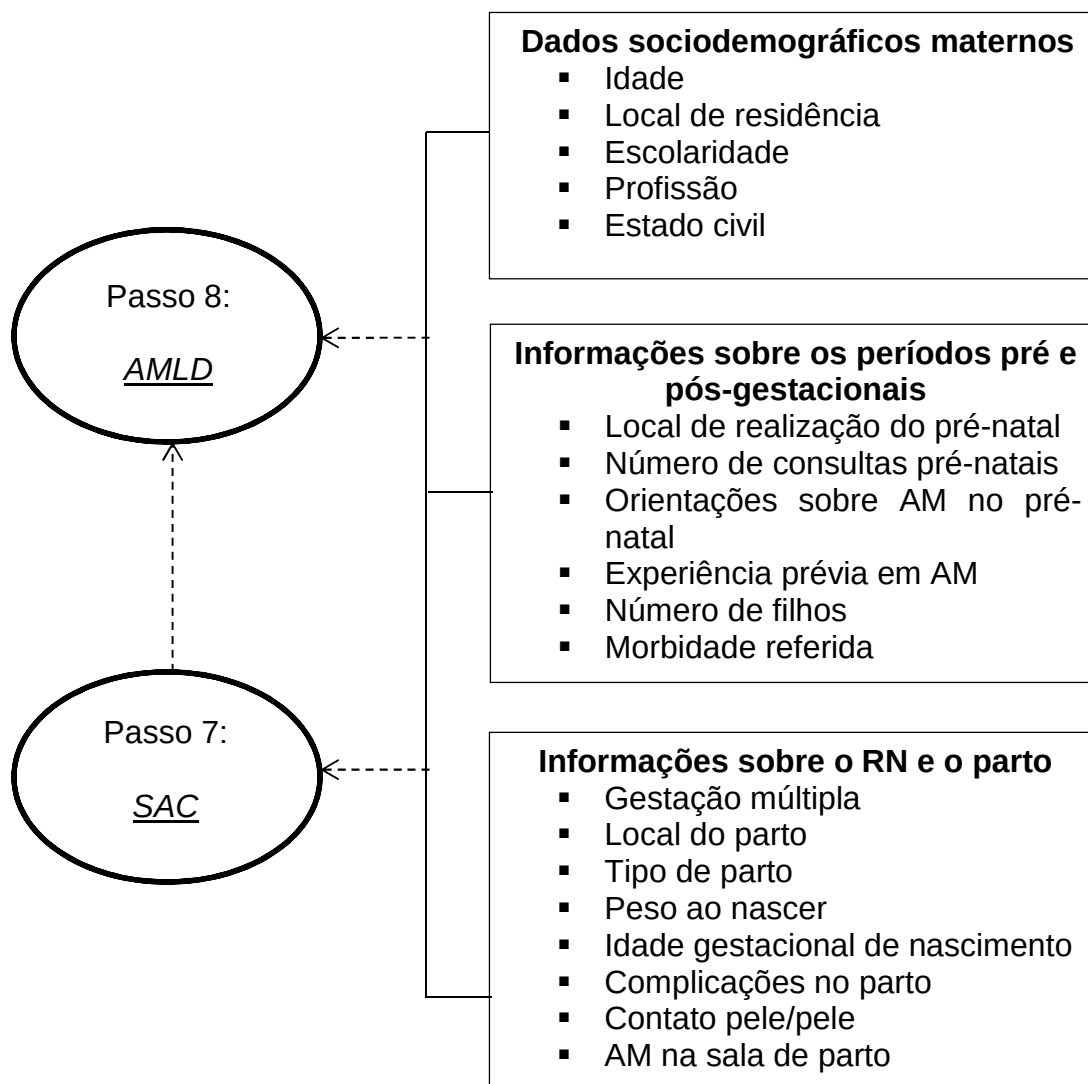


Figura 1. Variáveis relacionadas aos passos* 7 e 8 e associações testadas

Nota: AM: aleitamento materno; AMLD: aleitamento materno sob livre demanda; SAC: sistema de alojamento conjunto.

Fonte: *Brasil (2011).

Tabela 1. Características e fatores associados ao alojamento conjunto e ao aleitamento materno sob livre demanda da amostra estudada. Banco de Leite Humano (2009-2012).

Variáveis	Categorias	n	%	Sistema de alojamento conjunto			AM livre demanda		
				Sim (%)	Não (%)	Valor p ^a	Sim (%)	Não (%)	Valor p ^a
Idade	< 20 anos	1522	13,0	74,9	25,1	<0,001	71,9	28,1	0,023
	20 a 29 anos	4780	41,0	72,1	27,9		70,4	29,6	
	30 a 39 anos	4916	42,1	67,6	32,4		69,7	30,3	
	40 anos ou mais	450	3,9	63,6	36,4		63,3	36,7	
Local de residência	Belo Horizonte	7161	71,6	71,6	28,4	<0,001	73,0	27,0	<0,001
	Região metropolitana	2374	23,8	73,5	26,5		70,0	30,0	
	Demais cidades	460	4,6	44,2	55,8		40,2	59,8	
Escolaridade	Analfabeto	31	0,3	64,3	35,7	<0,001	65,4	34,6	0,059
	Ensino fundamental	2559	24,1	72,1	27,9		68,3	31,7	
	Ensino médio	4325	40,7	74,3	25,7		71,7	28,3	
	Ensino técnico	166	1,6	72,0	28,0		72,1	27,9	
Profissão	Graduação ou mais	3541	33,3	64,3	35,7	<0,001	71,9	28,1	0,012
	Do lar	1927	19,8	74,8	25,2		72,8	27,2	
	Estudante	524	5,4	70,6	29,4		74,4	25,6	
Estado civil	Remunerada	7257	74,8	68,6	31,4	<0,001	69,6	30,4	0,531
	Solteira	4123	38,0	73,5	26,5		70,3	29,7	
	Casada	6595	60,8	68,7	31,3		71,2	28,8	
	Outros	131	1,2	75,7	24,3		67,7	32,3	
Local do pré-natal	Público	6181	52,4	74,9	25,1	<0,001	70,3	29,7	<0,001
	Privado	5468	46,3	67,1	32,9		70,8	29,2	
	Não realizado	150	1,3	50,9	49,1		51,1	48,9	
Nº consultas pré-natais^b	Até 3	285	2,6	50,7	49,3	<0,001	46,4	53,6	<0,001
	De 4 a 6	1168	10,8	62,6	37,4		57,4	42,6	
	Acima de 6	9349	86,6	72,6	27,4		72,3	27,7	
Orientações sobre AM no pré-natal	Sim	3906	38,8	71,4	28,6	<0,001	73,6	26,4	<0,001
	Não	6168	61,2	67,9	32,1		67,2	32,8	
Experiência prévia em AM	Sim	2851	38,9	69,1	30,9	0,040	70,0	30,0	0,118
	Não	4478	61,1	66,6	33,4		71,5	28,5	
Número de filhos	0	69	0,8	64,9	35,1	0,784	77,1	22,9	<0,001
	1	5177	61,6	70,6	29,4		72,4	27,6	
	2	1600	19,1	70,4	29,6		70,5	29,5	
	3 ou mais	1554	18,5	69,8	30,2		65,6	34,4	
Morbidade referida	Sim	1967	20,6	63,2	36,8	<0,001	63,6	36,4	<0,001
	Não	7573	79,4	70,8	29,2		73,8	26,2	
Uso de medicamentos	Sim	2027	19,6	63,0	37,0	<0,001	61,1	38,9	<0,001
	Não	8327	80,4	71,6	28,4		71,8	28,2	
Gestação múltipla	Sim	85	0,9	48,5	51,5	<0,001	39,3	60,7	<0,001
	Não	9202	99,1	71,8	28,2		71,4	28,6	
Local do parto	HAC	6500	54,9	74,5	25,5	<0,001	70,3	29,7	0,991
	Hospitais da capital	3843	32,4	59,6	40,4		70,3	29,7	
	Outros	1504	12,7	83,7	16,3		70,5	29,5	
Tipo de parto	Normal	4905	41,6	79,0	21,0	<0,001	75,1	24,9	<0,001
	Cesárea	6574	55,7	63,6	36,4		66,7	33,3	
	Fórceps	319	2,7	80,9	19,1		73,7	26,3	
Peso ao nascer	Baixo peso	1532	16,5	39,5	60,5	<0,001	41,4	58,6	<0,001
	Peso adequado	7755	83,5	76,9	23,1		76,1	23,9	
Idade gestacional	RN pré-termo	2384	27,3	47,1	52,9	<0,001	47,6	52,4	<0,001
	RN a termo	6339	72,7	79,6	20,4		76,3	23,7	
Complicações no parto	Sim	1138	12,1	49,3	50,7	<0,001	47,8	52,2	<0,001
	Não	8274	87,9	72,1	27,9		73,0	27,0	
Contato pele/pele	Sim	6309	60,5	81,3	18,7	<0,001	77,3	22,7	<0,001
	Não	4111	39,5	54,7	45,3		60,6	39,4	
AM na sala de parto	Sim	2267	25,5	94,4	5,6	<0,001	87,5	12,5	<0,001
	Não	6625	74,5	63,0	37,0		65,4	34,6	
Alojamento conjunto	Sim	7373	70,5	-	-	-	84,1	15,9	<0,001
	Não	3082	29,5	-	-		36,7	63,3	

AM: Aleitamento materno; HAC: Hospital Amigo da Criança; RN: Recém-nascido.

^ateste qui quadrado; Fonte: ^bBrasil (2005)¹⁵

Tabela 2 – Razões de prevalências entre as variáveis e os desfechos “alojamento conjunto” e “Amamentação sob livre demanda” (Modelos finais) - Banco de Leite Humano (2009-2012).

Variáveis		Alojamento conjunto		Amamentação sob livre demanda	
		RP	IC 95%	RP	IC 95%
Local de residência	Belo Horizonte	1,00	-	1,00	-
	Região metropolitana	1,00	0,97-1,04	0,97	0,93-1,01
	Demais cidades	0,71	0,62-0,83	0,74	0,62-0,88
Peso ao nascer	Baixo peso	1,00	-	1,00	-
	Peso adequado	1,58	1,44-1,73	1,24	1,14-1,35
Idade gestacional	RN pré-termo	1,00	-	1,00	-
	RN a termo	1,25	1,18-1,32	1,15	1,09-1,22
Complicações no parto	Sim	1,00	-	1,00	-
	Não	1,29	1,20-1,40	1,15	1,06-1,26
AM na sala de parto	Sim	1,19	1,15-1,22	1,10	1,06-1,13
	Não	1,00	-	1,00	-
Número de consultas pré-natais^a	Até 3	1,00	-	-	-
	4 a 6	1,21	1,01-1,46	-	-
	≥ 6	1,37	1,15-1,63	-	-
Orientação sobre AM no pré-natal	Sim	1,04	1,01-1,08	-	-
	Não	1,00	-	-	-
Local do parto	HAC	0,97	0,94-1,01	-	-
	Hospitais da capital	0,72	0,69-0,76	-	-
	Outros	1,00	-	-	-
Contato pele/pele	Sim	1,23	1,17-1,28	-	-
	Não	1,00	-	-	-
Número de filhos	0	-	-	1,00	-
	1	-	-	0,93	0,82-1,05
	2	-	-	0,88	0,77-1,01
	≥ 3	-	-	0,86	0,76-0,98
Alojamento conjunto	Sim	-	-	2,15	1,97-2,35
	Não	-	-	1,00	-

AM: aleitamento materno; HAC: Hospital Amigo da Criança; IC: intervalo de confiança; RN: recém-nascido;

RP: razão de prevalência.

Fonte: ^aBrasil (2005)¹⁵.

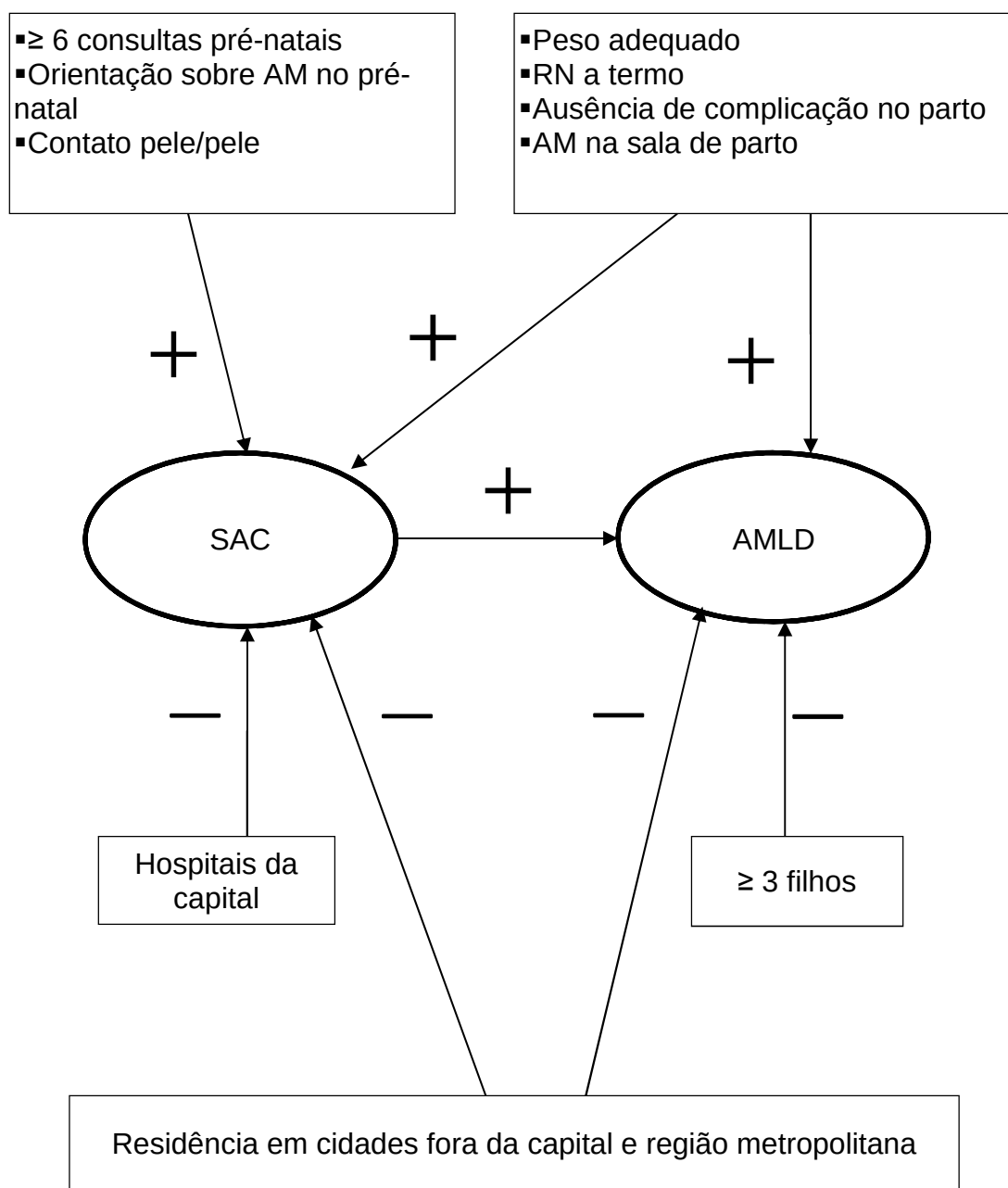


Figura 2 - Modelos multivariados e integrações. Banco de Leite Humano (2009 - 2012).
 Nota: "-": associação negativa com o desfecho; "+": associação positiva com o desfecho.
 AM: aleitamento materno; AMLD: aleitamento materno sob livre demanda; SAC: sistema de alojamento conjunto; RN: recém-nascido.

ARTIGO 5

*“Fatores associados ao uso de bicos artificiais entre bebês de mães
atendidas em um Banco de Leite Humano”*

Artigo Original

Revista pretendida: “Cadernos de Saúde Pública”

Fatores associados ao uso de bicos artificiais entre bebês de mães atendidas em um Banco de Leite Humano

Factors associated with the use of artificial nipples among babies of mothers assisted at a Human Milk Bank

Los factores asociados al uso de tetinas artificiales entre los bebés de madres atendidas en un Banco de Leche Humana

**Título resumido: Fatores associados ao uso de bicos artificiais
Factors associated with the use of artificial nipples
Los factores asociados al uso de tetinas artificiales**

Área de concentração: Saúde materno-infantil

Cristianny Miranda e Silva¹, Ariene Silva do Carmo², Simone Cardoso Lisboa Pereira³, Karine Antunes Marques Notaro⁴, Luana Caroline dos Santos⁵

1. Universidade Federal de Minas Gerais, Escola de Enfermagem. Belo Horizonte, MG, Brasil. Avenida Professor Alfredo Balena, 190 - sala 324, Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, MG, Brasil. CEP: 30130-100.

2. Universidade Federal de Minas Gerais, Escola de Enfermagem. Belo Horizonte, MG, Brasil. Avenida Professor Alfredo Balena, 190 - sala 324, Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, MG, Brasil. CEP: 30130-100.

3. Universidade Federal de Minas Gerais, Escola de Enfermagem, Departamento de Nutrição. Belo Horizonte, MG, Brasil. Avenida Professor Alfredo Balena, 190 - sala 320, Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, MG, Brasil. CEP: 30130-100.

4. Banco de Leite Humano da Maternidade Odete Valadares. Belo Horizonte, MG, Brasil. Avenida do Contorno, 9494 - Prado. Belo Horizonte, MG, Brasil. CEP: 30110-130.

5. Universidade Federal de Minas Gerais, Escola de Enfermagem, Departamento de Nutrição. Belo Horizonte, MG, Brasil. Avenida Professor Alfredo Balena, 190 - sala 324, Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, MG, Brasil. CEP: 30130-100.

Autor responsável pela correspondência: Cristianny Miranda e Silva – Avenida Professor Alfredo Balena, 190 - sala 324, Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, MG, Brasil. CEP: 30130-100. Telefone: (31)3409-8036. E-mail: cristiannyms@gmail.com Fax: (31)3409-9860.

Conflito de interesses: Nada a declarar

Financiamento: Fundação de Amparo à Pesquisa do estado de Minas Gerais (FAPEMIG), sob número: APQ-01782-10.

Colaboradores

Cristianny Miranda e Silva realizou a revisão bibliográfica, concepção, análise e interpretação dos dados e redação final. Ariene Silva do Carmo realizou a revisão bibliográfica, concepção, análise e interpretação dos dados e redação do artigo. Simone Cardoso Lisboa Pereira realizou análise crítica dos resultados e revisão do manuscrito. Karine Antunes Marques Notaro realizou análise crítica dos resultados e revisão do manuscrito. Luana Caroline dos Santos orientou a pesquisa, realizou análise crítica dos resultados, apoio à redação e revisão do manuscrito e aprovou a versão final do artigo.

Agradecimentos

À Fundação de Amparo à Pesquisa do estado de Minas Gerais (FAPEMIG), pelo financiamento desse estudo (APQ-01782-10) e à equipe de saúde do Banco de Leite Humano pelo apoio à realização da coleta de dados.

Resumo

Objetivou-se avaliar os fatores associados ao uso de chupeta e mamadeira entre bebês de mães atendidas em um Banco de Leite Humano. Avaliaram-se 12283 nutrízes em estudo retrospectivo com dados secundários obtidos de protocolo estruturado. Informações sociodemográficas, gestacionais e sobre o bebê e parto foram relacionadas ao desfecho “uso de bicos artificiais”. Realizou-se análise descritiva, teste qui-quadrado e regressão logística multinomial. Notou-se menor chance do uso de chupeta e mamadeira entre bebês nascidos em Hospital Amigo da Criança (OR=0,03; IC95% 0,02-0,05), os amamentados exclusivamente (OR=0,09; IC95% 0,07-0,12) e sob livre demanda (OR=0,53; IC95% 0,40-0,71) e entre aqueles cujas mães foram orientadas sobre amamentação (OR=0,73; IC95% 0,57-0,94). Destacou-se a importância das orientações em amamentação, da Iniciativa Hospital Amigo da Criança e estímulo à amamentação exclusiva na redução do uso de bicos artificiais.

Palavras-Chaves: aleitamento materno, bancos de leite, mamadeira, chupetas, saúde materno-infantil.

Abstract

Aimed to evaluate factors associated with pacifier and nursing bottle use among infants whose mothers were assisted at a Human Milk Bank. 12,283 mothers were evaluated in a retrospective study using secondary data obtained from structured protocol. Sociodemographic information, pregnancy data and data about the baby and birth were associated with "use of artificial nipples". A descriptive analysis, chi-square test and logistic regression multinomial were performed. A lower chance of

using pacifiers and nursing bottles was noted among babies that were born in Baby Friendly Hospitals (OR=0.03; 95% CI 0.02-0.05), breastfed exclusively (OR=0.09; 95%CI 0.07-0.12) and on demand (OR=0.53; 95%CI 0.40-0.71) and among those babies whose mothers were counseled on breastfeeding (OR=0.73; 95%CI 0.57-0.94). The importance of breastfeeding guidelines, the Baby Friendly Hospital Initiative and encouraging exclusive breastfeeding in reducing the use of artificial nipples were highlighted.

Key-words: breastfeeding, milk banks, nursing bottle, pacifiers, maternal and child health.

Resumen

Se objetivó evaluar los factores asociados al uso del chupete y biberón entre bebés de madres atendidas en un Banco de Leche Humana. Se evaluaron 12283 madres lactantes en estudio retrospectivo con datos secundarios. Información socio-demográfica, gestacional, sobre el bebé y el parto fueran relacionadas al uso de tetinas artificiales. Se realizó análisis descriptivo, Test chi-cuadrado y regresión logística multinomial. Se observó una menor probabilidad del uso de chupete y biberón entre bebés nacidos en Hospital Amigo del Niño (OR=0,03; IC95% 0,02-0,05), que recibieron lactancia materna exclusiva (OR=0,09; IC95% 0,07-0,12) y a libre demanda (OR=0,53; IC95% 0,40-0,71) y entre bebés cuyas madres recibieron orientaciones sobre la lactancia materna (OR=0,73; IC95% 0,57-0,94). Destacó la importancia de la orientación sobre la lactancia materna, de la Iniciativa Hospital Amigo del Niño y el estímulo de lactancia materna exclusiva en la reducción del uso de tetinas artificiales.

Palabras clave: Lactancia materna; Banco de Leche; Biberón; Chupete; Salud Materno-Infantil.

Introdução

O aleitamento materno representa a forma ideal de alimentar a criança, devido às suas vantagens nutricionais, psicológicas e imunológicas capazes de garantir o adequado crescimento e desenvolvimento infantil¹. No entanto, o uso de bicos artificiais (chupeta e/ou mamadeira) tem sido apontado como um dos fatores responsáveis pela interrupção precoce da amamentação e por alterações na saúde da criança². Tal prática pode reduzir a frequência das mamadas por atender a necessidade de sucção do bebê e acarretar a confusão de bicos, diminuindo a produção do leite materno³.

A utilização da chupeta parece ser mais frequente entre os primogênitos, meninos, bebês de baixo peso ao nascer, menores de 6 meses, os amamentados em horários preestabelecidos ou que não mamaram na maternidade. Adicionalmente, frequência maior da oferta deste bico é notada pelas mulheres mais jovens, primíparas, de baixo nível socioeconômico, fumantes e com menor escolaridade. As questões culturais, a insegurança materna na amamentação, o choro e o comportamento do bebê também despontam como contribuintes à esta prática².

O uso de mamadeira, por sua vez, é comumente identificado em bebês com baixo ganho de peso, com choro excessivo, uso da chupeta e como forma de favorecer a ingestão de leite, água e chá. Além disso, as características maternas como menor faixa etária, insegurança e dificuldades na amamentação, conveniência e trabalho fora do lar, parecem potencializar a adoção deste bico artificial².

Em contraposição, emerge a Iniciativa Hospital Amigo da Criança e os Bancos de Leite Humano enquanto políticas públicas em prol do aleitamento materno³ e, por conseguinte, inibidoras da prática do uso de bicos artificiais. A Iniciativa Hospital Amigo da Criança é um programa de âmbito mundial amparado pela Organização Mundial da Saúde (OMS) e pelo Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) com o objetivo de promover, proteger e apoiar o aleitamento materno a partir da prática, pelos hospitais, de ações em prol da amamentação, conhecidas como “Dez Passos para o Sucesso do Aleitamento Materno”⁴.

Dentre os “Dez Passos”, destaca-se o passo 9 - *“não dar bicos artificiais ou chupetas às crianças amamentadas ao seio”*⁵ que reforça a recomendação da OMS

de amamentar exclusivamente por seis meses e prosseguir com o aleitamento materno complementado com outras fontes alimentares, até os dois anos ou mais, contraindicando o uso de mamadeiras e outros bicos, pela sua possível interferência na prática da amamentação³.

Os bancos de leite humano (BLH), por sua vez, têm se configurado como um dos mais importantes elementos estratégicos da política pública em favor da amamentação. Estes são responsáveis por fornecer orientações sobre amamentação, apoiar e acompanhar puérperas e nutrízes que apresentam dificuldades na prática do aleitamento, além das atividades de processamento, controle de qualidade e distribuição do leite humano ordenado⁶.

Nesse contexto, ressalta-se a necessidade de se identificar os determinantes do uso de bicos artificiais com potencialidades para comprometer a prática do aleitamento. Assim, o objetivo desse estudo foi avaliar os fatores associados ao uso de bicos artificiais (chupeta e/ou mamadeira) entre bebês de mães atendidas em um BLH.

Metodologia

Trata-se de um estudo retrospectivo, para o qual utilizou-se dados secundários presentes em formulários de mães atendidas em um banco de leite humano de referência inserido em uma maternidade pública, a qual foi concedido o título de Hospital Amigo da Criança, no ano de 1999, pela OMS, UNICEF e Ministério da Saúde⁷.

O referido banco de leite humano realiza ações estratégicas estabelecidas para sua área de abrangência, desenvolvendo atividades de educação permanente, pesquisas operacionais e prestando assessoria técnica aos demais BLH do país⁸. Adicionalmente, fornece atendimento para as intercorrências do aleitamento materno a fim de esclarecimento de dúvidas sobre amamentação, além das atividades de coleta, processamento e distribuição do leite humano ordenado⁷.

Foram analisadas as informações dos mencionados protocolos de atendimento das mães que procuraram o serviço do banco de leite humano, encaminhadas pelo médico ou por demanda espontânea, no período de 2009 a 2012. Esses dados foram preenchidos manualmente pela equipe do banco de leite,

devidamente treinada para essa função, através de entrevista pessoal, face a face com as mulheres no momento em que eram recepcionadas para o atendimento de intercorrências ou esclarecimentos de dúvidas sobre a prática da amamentação.

A variável dependente nesse estudo foi o “uso de bicos artificiais”, a qual foi obtida dos referidos formulários e se refere ao Passo 9 - “Não dar bicos artificiais ou chupetas a crianças amamentadas” dentre os “Dez Passos para o Sucesso do Aleitamento Materno”⁵. Para fins de análise, tal variável foi dividida em 3 categorias: (1) não usa bicos artificiais; (2) usa bicos artificiais; (3) usa chupeta ou mamadeira.

Para a presente pesquisa foram selecionadas, por meio de revisão de literatura², 20 variáveis independentes que se relacionavam ao desfecho, as quais foram divididas em 3 blocos: (1) informações sociodemográficas maternas (idade materna - adolescente: 10 a 20 anos/adulta: ≥ 20 anos⁹; local de residência materna; escolaridade; profissão e estado civil); (2) informações pessoais e gestacionais maternas (local de realização do pré-natal - público/privado/não realizado; número de consultas pré-natais¹⁰; orientações recebidas sobre amamentação no pré-natal - sim/não, experiência anterior em amamentação - sim/não, uso de medicamentos - sim/não) e (3) informações sobre o bebê e o parto (local e tipo de parto; peso ao nascer; idade gestacional; complicações no parto - sim/não; permanência em alojamento conjunto - sim/não; contato pele a pele entre mãe/filho - sim/não, amamentação na sala de parto - sim/não; prática de aleitamento materno sob livre demanda - sim/não e aleitamento materno exclusivo - sim/não) (Figura 1).

Os dados obtidos foram armazenados no Programa Microsoft Office Excel 2007 e, após verificação de consistência, foram analisados com auxílio do programa *Statistical Package for the Social Sciences*[®] (SPSS) versão 19.0 por meio de análise descritiva com cálculo de frequências absolutas e relativas, medidas de tendência central e dispersão.

O teste qui-quadrado foi utilizado para comparar proporções entre a variável dependente (uso de bicos artificiais) e as variáveis independentes. Ademais, as variáveis independentes que apresentaram valor $p < 0,20$ na análise bruta (bivariada) foram incluídas no modelo de regressão logística multinomial, tendo como categoria de referência o não uso de bicos artificiais com eliminação *Backward*. Foi testada a colinearidade das variáveis independentes em análise e o ajuste final do modelo multivariado foi realizado por meio do Teste Hosmer e Lemeshow. Para tal

análise de regressão foi utilizado o programa *Stata* versão 11.0. Adotou-se nível de significância de 5% ($p < 0,05$) para todas as análises.

No que se refere aos aspectos éticos, ressalta-se que a presente investigação se insere no projeto “Banco de leite humano de referência em Minas Gerais: caracterização, intervenção e avaliação”, aprovado pelos Comitês de Ética envolvidos (Parecer nº 042/2010 e nº ETIC 0079.0.203.000-10).

Resultados

Foram avaliadas, no período estudado, 12283 nutrízes, sendo a maioria mulheres casadas (60,8%) e residentes na capital do estado (71,6%). O uso de bicos artificiais foi mencionado por 31% das mães. As demais características da população estudada estão demonstradas na Tabela 1.

Na análise univariada, notou-se que a oferta de bicos artificiais foi mais frequente entre as mulheres adultas, as residentes na capital estadual, as com maior nível de escolaridade e entre aquelas com profissões remuneradas (Tabela 2).

Já na análise multivariada, observou-se maior chance do uso de chupeta e mamadeira, entre os filhos de mães residentes em Belo Horizonte e região metropolitana; entre os bebês nascidos nos grandes hospitais da capital e entre aqueles cujas mães permaneceram em alojamento conjunto (Tabela 3).

Em contrapartida, denotou-se menor chance do uso de bicos artificiais em relação à não utilização desses dois utensílios concomitantemente, entre os recém-nascidos filhos de mães orientadas sobre aleitamento materno no pré-natal; os nascidos em Hospital Amigo da Criança e com baixo peso, aqueles cujas mães tiveram complicações no parto e entre aqueles que foram amamentados exclusivamente e sob livre demanda (Tabela 3).

Por fim, a chance de uso de chupeta *ou* mamadeira entre os lactentes foi maior entre as crianças que nasceram nos grandes hospitais da capital e cujas mães amamentaram na sala de parto (Tabela 3). Ao contrário, observou-se menor chance do uso de chupeta *ou* mamadeira entre os bebês nascidos em Hospital Amigo da Criança, os que nasceram com baixo peso e os amamentados exclusivamente (Tabela 3).

Discussão

No presente estudo, verificou-se que os fatores associados positivamente ao uso de chupetas e mamadeiras foram a residência na capital e região metropolitana, o nascimento de bebês nos grandes hospitais da capital e a permanência em alojamento conjunto. Em contrapartida, o recebimento de orientações sobre amamentação no pré-natal, o parto em Hospital Amigo da Criança, o baixo peso ao nascer, a presença de complicações no parto, a amamentação exclusiva e sob livre demanda apresentaram associação inversa como uso de bicos artificiais. Adicionalmente, os bebês nascidos nos grandes hospitais da capital e cujas mães amamentaram na sala de parto apresentaram maiores chances de usarem chupetas ou mamadeiras. Já os recém-nascidos cujo parto foi realizado em Hospital Amigo da Criança, com baixo peso ao nascer e amamentados exclusivamente tiveram maiores chances de utilizarem um ou outro desses artifícios.

No que diz respeito ao local de residência, o fato de o maior uso de chupetas e mamadeiras ter ocorrido, na presente pesquisa, entre os bebês residentes na capital mineira e região metropolitana, em comparação às demais cidades, pode ser decorrente de fatores socioeconômicos ou relacionados ao estilo de vida dos grandes centros urbanos. Estes podem influenciar o uso de bicos artificiais, como a necessidade do trabalho materno fora do lar, levando à interrupção do aleitamento materno e a substituição deste, pelo uso da mamadeira. Ademais, a amamentação possui múltiplas funções servindo para alimentar a criança, exercitar a sua musculatura e suprir necessidades afetivas e neurológicas de sucção, as quais, na ausência de amamentação natural, serão compensadas pelo uso da chupeta^{11,12}.

Mecanismos legais foram criados para minimizar os riscos de diminuição da amamentação no período de retorno ao trabalho, tais como a licença maternidade, com duração de 120 dias e a Lei federal nº 11.770, que estimula as empresas a ampliarem a licença maternidade para seis meses, mediante concessão de incentivo fiscal. A Consolidação das Leis Trabalhistas (CLT) determina também que empresas com mais de 30 funcionárias, com idade superior a 16 anos, ofereçam creches internas ou estabeleçam convênios com creches externas¹¹.

Ademais, ressalta-se a importância da Norma Brasileira de Comercialização de Alimentos para Lactentes e Crianças de 1ª Infância, Bicos, Chupetas e

Mamadeiras (NBCAL) como instrumento na regulamentação da promoção comercial e a rotulagem de alimentos e produtos destinados a recém-nascidos e crianças de até 3 anos de idade, como leites, papinhas, chupetas e mamadeiras. Essa norma visa assegurar o uso apropriado desses produtos de forma que não haja interferência na prática do aleitamento materno¹³.

Cumpre destacar que a presente amostra é composta, em sua maioria, por mulheres com profissões remuneradas e residentes na capital estadual e região metropolitana, locais onde a renda também pode influenciar a aquisição de bicos artificiais, já que esta é maior nos centros urbanos em relação à periferia e interior do estado.

Em contrapartida, crianças, cujas mães receberam orientações sobre amamentação durante as consultas pré-natais, apresentaram menores chances de usarem bicos artificiais. Isso denota a associação entre orientações e maior frequência de amamentação tal como constatado em estudo longitudinal com 87 pares de mãe-bebê de dois municípios do Estado de São Paulo¹⁴. Tais achados reforçam a importância do papel dos profissionais de saúde como promotor da prática do aleitamento materno, orientando também quanto aos fatores que desfavorecem essa prática^{15,16}.

Nessa perspectiva, um dos requisitos para que um hospital receba o título de Hospital Amigo da Criança é a capacitação da equipe de saúde para melhor orientar as mães sobre as causas e as dificuldades que estas possam vir a ter com relação à amamentação e sugerir meios para ajudá-las a resolver os problemas¹⁷.

Assim, no presente estudo, as crianças que nasceram em hospitais sem o credenciamento do Hospital Amigo da Criança apresentaram maiores chances do uso de bicos artificiais. Esse achado está em consonância com outros estudos realizados em distintos cenários brasileiros^{2,18}. O Hospital Amigo da Criança segue os “Dez Passos para o Sucesso do Aleitamento Materno”, sendo que o passo 9 estabelece o não uso de chupetas e mamadeiras nas maternidades para crianças amamentadas⁵. Alguns autores têm apontado a importância destas instituições na melhoria dos indicadores de aleitamento e, conseqüentemente, para a sobrevivência e saúde das crianças^{19,20}.

Já o fato de os bebês nascerem com peso adequado também representou um fator favorável ao uso de bicos artificiais em relação aos recém-nascidos com baixo

peso, em contraste com os resultados de Buccini et al.². O ganho de peso está relacionado à sobrevivência entre os bebês com baixo peso no nascimento, situação essa que pode levar à indicação precoce de complementos geralmente oferecidos pela mamadeira e supõe-se também que esses indivíduos se tornam mais vulneráveis ao uso de bicos artificiais diante das condições estressantes a que mãe e filho são expostos na vivência hospitalar e na adaptação familiar^{21,22}.

Entretanto, no presente estudo, a menor prevalência do uso de bicos artificiais entre bebês com baixo peso ao nascer e entre os filhos de mães que tiveram complicações no parto pode ser devido ao fato das mães que vivenciaram essas situações terem maior tempo de internação hospitalar, e que associado às essas condições que exigem maior atenção médica, provavelmente estiveram mais expostas às orientações da equipe de saúde.

Nesse contexto, o sistema de alojamento conjunto representa um espaço que visa a promoção da saúde, onde os profissionais têm a responsabilidade de transmitir informações sobre o aleitamento materno, o cuidado com as mamas e com o recém-nascido²³. Entretanto, na presente pesquisa, observou-se maior chance do uso de bicos artificiais entre os filhos de mães que praticaram esse sistema hospitalar. Tal evidência pode ser decorrente do despreparo e/ou falha da equipe de saúde em informar corretamente as mães sobre os prejuízos do uso desses utensílios na prática do aleitamento materno.

O alojamento conjunto é um local propício para a promoção e continuidade do aleitamento materno, desde que os agentes de saúde informem adequadamente as mães sobre amamentação, o manejo clínico da lactação e forneçam as orientações/técnicas para prevenções de dificuldades iniciais dessa prática. Para isso, esses profissionais devem ter conhecimentos científicos atualizados e o domínio sobre as vantagens da amamentação, a fim de prevenir fatores de risco que possam prejudicar o aleitamento materno, dentre eles, o uso de chupeta e/ou mamadeira pelo lactente²⁴.

A amamentação na sala de parto também constitui importante estratégia para a promoção do aleitamento materno, pois o contato entre mãe e filho, logo após o parto, gera estimulações sensoriais que contribuem para o estabelecimento do vínculo entre ambos e para maior chance de sucesso na amamentação, fatores estes que podem mediar a decisão pela utilização de bicos artificiais^{25,2}. Assim, no

estudo realizado por Buccini et al.², ao contrário do evidenciado na presente pesquisa, a amamentação na primeira hora se associou fortemente aos três desfechos: uso exclusivo de chupeta (sem fazer uso da mamadeira); uso exclusivo de mamadeira (sem fazer uso da chupeta) e uso de bicos artificiais (fazendo uso de chupeta e mamadeira) como fator de proteção.

Contudo, salienta-se que, o fato de a mulher, por si só, amamentar seu bebê na primeira hora de vida, ainda na sala de parto, não garante que a mesma continuará amamentando ou decidirá, após a alta hospitalar, pela não oferta de bicos artificiais ao seu filho, tendo em vista os demais fatores culturais e comportamentais envolvidos nessa decisão, e por ser este um hábito ainda amplamente difundido e culturalmente arraigado no Brasil e em outros países^{3,26}.

Já o efeito protetor do aleitamento materno exclusivo e sob livre demanda contra o uso de bicos artificiais entre os bebês, observados na presente pesquisa, se justifica pela menor disponibilidade de tempo para uso destes artifícios e interferência desses utensílios na prática da amamentação. Algumas investigações apontam o efeito prejudicial desses utensílios na redução da frequência das mamadas, diminuindo a produção do leite materno, e podendo acarretar a confusão de bicos. Este uso pode também estar refletindo dificuldades maternas, como a ansiedade, a insegurança, e problemas no manejo da amamentação²⁷.

No tocante às limitações desse estudo, ressalta-se que, pelo seu caráter retrospectivo, pode estar sujeito ao viés de memória e precisão das informações fornecidas pelas mães atendidas no banco de leite humano e também o delineamento transversal, sujeito a causalidade reversa. O uso de dados secundários também acarreta vieses, como a ausência de dados em alguns protocolos e de informações como a idade da criança, da mesma forma que o local da pesquisa, por ser detentor do título de Hospital Amigo da Criança. Porém, outros estudos importantes na área de saúde utilizam tais dados²⁸, assim como cenário semelhante é encontrado em diversas maternidades do Brasil e de outros países por sofrerem o enfoque dos “Dez Passos para o Sucesso do Aleitamento Materno”.

Por fim, ressalta-se o grande número da amostra e a importância do tema abordado, o qual se relaciona com a prática do aleitamento materno e pela escassez de artigos na literatura que associem características maternas, do parto e do recém-nascido ao uso de bicos artificiais.

Conclusão

Esse estudo destacou a importância das orientações em aleitamento materno às mães, de forma efetiva, durante o pré-natal e internação hospitalar, assim como o papel da Iniciativa Hospital Amigo da Criança e dos profissionais de saúde no sentido de informar as mães quanto aos riscos do uso de bicos artificiais entre os lactentes e estimular a prática da amamentação exclusiva. Ademais, ressalta-se a necessidade de maior apoio às mulheres trabalhadoras, residentes na capital e região metropolitana, no sentido de favorecer a continuidade do aleitamento materno exclusivo em detrimento à oferta de bicos artificiais, tais como o incentivo à criação de salas de apoio à amamentação em todas as empresas e a legalização da lei que estende a licença maternidade para 6 meses.

Tais achados poderão subsidiar ações e políticas que priorizem a educação em saúde entre as gestantes e puérperas assistidas na rede pública e privada do país, bem como o incentivo à educação continuada da equipe multidisciplinar responsável pelo atendimento a essas mulheres, do pré-natal até a alta hospitalar, a fim de limitar o uso dos bicos artificiais e, por conseguinte, potencializar a prática do aleitamento materno exclusivo.

Referências

1. Santana JM, Brito SM, Santos DB. Amamentação: conhecimento e prática de gestantes. *O Mundo Saúde* 2013; 37:259-67.
2. Buccini GS, Benício MHA, Venancio SI. Determinantes do uso de chupeta e mamadeira. *Rev Saúde Pública* 2014; 48:571-71.
3. Rigotti RR, Oliveira MIC, Boccolini CS. Associação entre o uso de mamadeira e de chupeta e a ausência de amamentação no segundo semestre de vida. *Ciênc Saúde Coletiva* 2015; 20:1235-44.

4. Vannuchi MTO, Monteiro CA, Réa MF. Implantação da Iniciativa Hospital Amigo da Criança em um hospital universitário. *Ciênc Cuid Saúde* 2012; 11(suplem.):102-07.
5. Ministério da Saúde. Iniciativa Hospital Amigo da Criança. Área Técnica de Saúde da Criança e Aleitamento Materno. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Secretaria de Atenção à Saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2011. http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/iniciativa_hospital_amigo_crianca.pdf. (acessado em 08/Dez/2015).
6. Neves LS, Sá MVM, Mattar MJG, Galisa MS. Doação de leite humano: dificuldades e fatores limitantes. *Mundo Saúde* 2011; 35:156-61.
7. Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais (FHEMIG). Quem somos. 2012. <http://www.fhemig.mg.gov.br/pt/programas-e-aco-es/banco-de-leite-humano/quem-somos>. (acessado em 14/Dez/2015).
8. Ministério da Saúde. RDC/ANVISA nº 171, de 04 de setembro de 2006. Dispõe sobre o Regulamento Técnico para o funcionamento de Bancos de Leite Humano. Diário Oficial da União da República Federativa do Brasil. Brasília: Ministério da Saúde; 2006. <http://portal.anvisa.gov.br/wps/wcm/connect/d02994804745973f9fa1df3fbc4c6735/RDC+N%C2%BA.+DE+171-2006.pdf?MOD=AJPERES>. (acessado em 09/Nov/2015).
9. World Health Organization (WHO). Young People's Health - a Challenge for Society. Report of a WHO Study Group on Young People and Health for All. Technical Report Series 731. Geneva: WHO, 1986. http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/41720/1/WHO_TRS_731.pdf. (acessado em 12/Jan/2015).
10. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Pré-natal e puerpério: atenção qualificada e humanizada. Brasília: Ministério da Saúde; 2005. (Série A. Direitos sexuais e direitos

reprodutivos. Caderno nº 5). http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pre-natal_puerperio_atencao_humanizada.pdf. (acessado em 09/Nov/2015).

11. Brasileiro AA, Ambrosano GMB, Marba STM, Possobon RF. A amamentação entre filhos de mulheres trabalhadoras. Rev Saúde Pública 2012; 46:642-48.

12. Pizzol KED, Montanha SS, Fazan ET, Boeck EM, Rastelli ANS. Prevalência dos hábitos de sucção não nutritiva e sua relação com a idade, gênero, e tipo de aleitamento em pré-escolares da cidade de Araraquara. Rev CEFAC 2012;14:506-15.

13. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa). Promoção comercial dos produtos abrangidos pela NBCAL. http://www.anvisa.gov.br/propaganda/cartilha_nbcal.pdf. (acessado em 07/Fev/2016).

14. Rocha NB, Garbin AJI, Garbin CAS, Saliba O, Moimaz SAS. Estudo longitudinal sobre a prática de aleitamento materno e fatores associados ao desmame precoce. Pesq Bras Odontoped Clin Integr 2013;13:337-42.

15. Giuliani NR, Oliveira J, Santos BZ, Bosco VL. O Início do desmame precoce: motivos das mães assistidas por serviços de puericultura. Pesq Bras Odontoped Clin Integr 2012; 12:53-58.

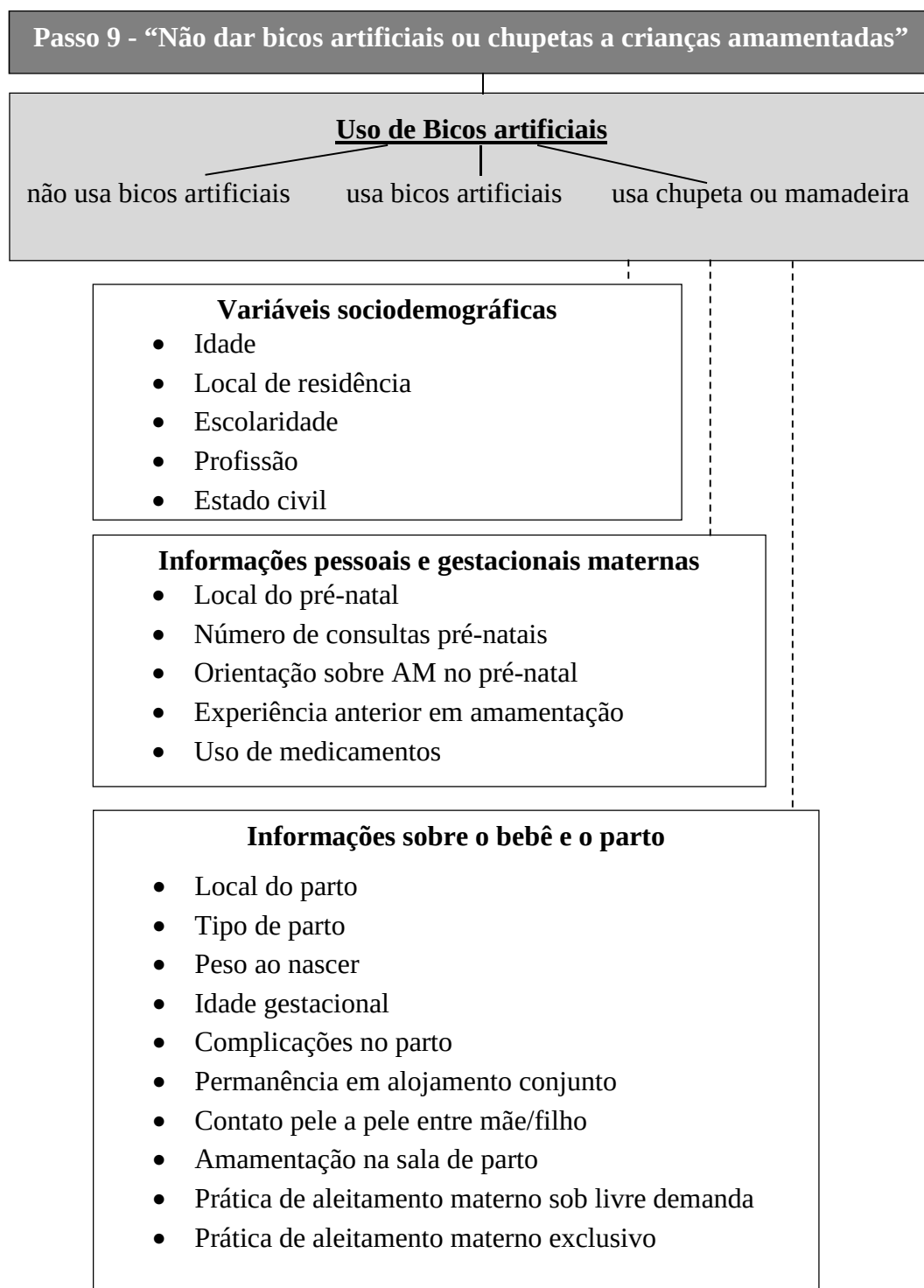
16. Giuliani NR, Oliveira J, Santos BZ, Bosco VL. Prevalência do início do desmame precoce em duas populações assistidas por Serviços de Puericultura de Florianópolis, SC, Brasil. Pesq Bras Odontoped Clin Integr 2011; 11:239-44.

17. Maroja MCS, Silva ATMC, Carvalho AT. Iniciativa Hospital Amigo da Criança: uma análise a partir das concepções de profissionais quanto às suas práticas. Rev Port Saúde Pública 2014; 32:3-9.

18. Venancio SI, Saldiva SRDM, Escuder MML, Giugliani ERJ. The Baby-Friendly Hospital Initiative shows positive effects on breastfeeding indicators in Brazil. *J Epidemiol Community Health* 2012; 66:914-18.
19. Araujo MFM, Schmitz BAS. Doze anos de evolução da iniciativa Hospital Amigo da Criança. *Revista Panamericana de Salud Publica* 2007; 22:91-99.
20. Labbok MH. Breastfeeding and Baby-Friendly Hospital Initiative: more important and with more evidence than ever. *J Pediatr* 2007; 83:99-101.
21. Buccini GS, Sanches MTC, Nogueira-Martins MCF, Bonamigo AW. Acompanhamento de recém-nascidos de baixo peso pela atenção básica na perspectiva das equipes de Saúde da Família. *Rev Bras Saude Matern Infant* 2011; 11:239-47.
22. França MCT, Giugliani ERJ, Oliveira LD, Weigert EML, Espirito Santo LC, Köhler CV, et al. Uso de mamadeira no primeiro mês de vida: determinantes e influência na técnica de amamentação. *Rev Saude Publica* 2008; 42:607-14.
23. Pasqual KK , Braccialli LAD , Volponi M. Alojamento conjunto: espaço concreto de possibilidades e o papel da equipe multiprofissional. *Cogitare Enferm* 2010; 15:334-39.
24. Carvalho ACO , Saraiva ARB , Gonçalves GAA , Soares JR , Pinto SL. Aleitamento materno: promovendo o cuidar no alojamento conjunto. *Rev Rene* 2013; 14:241-51.
25. D'Artibale EF , Bercini LO. O contato e a amamentação precoces: significados e vivências. *Texto Contexto Enferm* 2014; 23:109-17.
26. Lamounier JA. O efeito de bicos e chupetas no aleitamento materno. *J Pediatr* 2003; 79:284-86.

27. Jaafar SH, Jahanfar S, Angolkar M, Ho JJ. Effect of restricted pacifier use in breastfeeding term infants for increasing duration of breastfeeding. Cochrane Database Syst Rev 2012; 7:CD007202.

28. Boccolini CS, Carvalho ML , Oliveira MIC , Boccolini PMM. O papel do aleitamento materno na redução das hospitalizações por pneumonia em crianças brasileiras menores de 1 ano. Arch Pediatr Urug 2013; 84:154-60.



Legenda



Variável dependente



Variáveis independentes testadas

Figura 1. Variáveis relacionadas ao uso de bicos artificiais - *Passo 9 da Iniciativa Hospital Amigo da Criança. Banco de Leite Humano (2009 - 2012).
Fonte: *Brasil (2011)⁵.

Tabela 1 - Banco de Leite Humano (2009 - 2012). Distribuição da amostra segundo informações sociodemográficas, pessoais e gestacionais maternas e sobre o recém-nascido e o parto.

Variável	Categorias	Total	
		N	%
Idade	Adolescentes (10 a 20 anos)	1522	13,0
	Adultas (≥ 20 anos)	10146	87,0
Local de residência materna	Belo Horizonte	7161	71,6
	Região metropolitana	2374	23,8
	Demais cidades	460	4,6
	Analfabetas	31	0,3
Escolaridade	Ensino fundamental	2559	24,1
	Ensino médio	4325	40,7
	Ensino técnico	166	1,6
	Graduação ou mais	3541	33,3
Profissão	Do lar	1927	19,8
	Estudante	524	5,4
	Remunerada	7257	74,8
Estado civil	Solteira	4123	38,0
	Casada	6595	60,8
	Outros	131	1,2
Pré-natal	Público	6181	52,4
	Privado	5468	46,3
	Não realizado	150	1,3
	Até 3	285	2,6
Número de consultas pré-natais	4 a 6	1168	10,8
	>6	9349	86,5
Orientação sobre AM no pré-natal	Sim	3906	38,8
	Não	6168	61,2
Amamentação anterior	Sim	2851	38,9
	Não	4478	61,1
Uso de medicamentos	Sim	2027	19,6
	Não	8327	80,4
Local do parto	HAC	6500	54,9
	Grandes hospitais da capital	3843	32,4
	Outros	1504	12,7
Tipo de parto	Normal	4905	41,6
	Cesárea	6574	55,7
	Fórceps	319	2,7
Peso ao nascer	Baixo peso	1532	16,5
	Peso adequado	7755	83,5
Idade gestacional	Pré-termo	2384	27,3
	A termo	6339	72,7
Complicação no parto	Sim	1138	12,1
	Não	8274	87,9
Alojamento conjunto	Sim	7373	70,5
	Não	3082	29,5
Contato pele a pele	Sim	6309	60,5
	Não	4111	39,5
AM na sala de parto	Sim	2267	25,5
	Não	6625	74,5
AM sob livre demanda	Sim	6664	70,3
	Não	2811	29,7
Aleitamento materno exclusivo	Sim	5804	59,0
	Não	4025	41,0
	Não usa	4186	69,0
Uso de bicos artificiais	Usa	768	12,6
	Usa chupeta ou mamadeira	1118	18,4

Nota: AM: Aleitamento materno; HAC: Hospital Amigo da Criança.

Tabela 2 – Banco de Leite Humano (2009 - 2012). Distribuição da amostra segundo variáveis sociodemográficas, pessoais e gestacionais maternas e sobre o recém-nascido e o parto.

Variáveis	Categorias	Uso de bicos artificiais		
		Sem uso de bicos artificiais (%)	Usa bicos artificiais (%)	Mamadeira ou chupeta (%)
Idade*	Adolescentes	89,2	4,2	6,6
	Adultas	66,1	13,8	20,1
Capital e proximidades*	Belo Horizonte	65,7	14,0	20,3
	Região metropolitana	76,1	9,5	14,4
	Demais cidades	84,0	6,2	9,8
Escolaridade*	Analfabeta	84,2	10,5	5,3
	Ensino fundamental	88,0	4,5	7,5
	Ensino médio	75,3	10,7	14,0
	Ensino técnico	57,0	18,0	25,0
Profissão*	≥Graduação	42,5	23,5	34,0
	Do lar	87,0	4,2	8,8
	Estudante	74,6	11,9	13,5
	Remunerada	60,6	16,7	22,7
Estado civil*	Solteira	81,2	7,5	11,3
	Casada	57,7	17,6	24,7
	Outros	78,2	10,9	10,9
Pré-natal*	Público	88,9	3,7	7,4
	Privado	46,5	22,7	30,8
	Não realizado	82,4	13,7	3,9
	Até 3	96,0	2,4	1,6
Número de consultas pré-natais*	4 a 6	90,5	3,0	6,5
	>6	66,3	13,7	20,0
Orientação sobre amamentação*	Sim	63,1	15,1	21,8
	Não	71,8	11,7	16,5
Amamentação anterior*	Sim	78,3	7,5	14,2
	Não	63,8	14,7	21,5
Uso de medicamentos*	Sim	63,3	15,6	21,1
	Não	71,2	11,6	17,2
Local do parto*	Hospital Amigo da Criança	93,8	1,4	4,9
	Grandes hospitais da capital	34,3	28,3	37,4
	Outros	48,3	22,0	29,7
Tipo de parto*	Normal	80,6	6,7	12,7
	Cesárea	59,3	17,7	23,0
	Fórceps	81,2	4,7	14,1
Peso ao nascer*	Baixo peso	85,6	5,8	8,6
	Peso adequado	65,4	14,1	20,5
Idade gestacional*	Pré-termo	78,8	9,2	12,0
	A termo	67,3	12,9	19,8
Complicações no parto*	Sim	74,7	7,7	17,6
	Não	68,1	13,5	18,4
Alojamento conjunto**	Sim	70,1	11,8	18,1
	Não	65,8	15,2	19,0
Contato pele a pele*	Sim	70,8	11,3	17,9
	Não	66,3	14,4	19,3
Amamentação na sala de parto***	Sim	70,6	10,1	19,3
	Não	68,3	13,4	18,3
Amamentação sob livre demanda*	Sim	72,4	9,0	18,6
	Não	64,4	18,9	16,7
Aleitamento materno exclusivo*	Sim	77,8	4,4	17,8
	Não	53,9	26,0	20,1

Valor p*<0,001; Valor p** = 0,001; Valor p*** = 0,003 - Teste qui-quadrado.

Tabela 3 – Banco de Leite Humano (2009 - 2012). *Odds ratio* ajustada para características sociodemográficas, pessoais e gestacionais maternas e sobre o recém-nascido e o parto associadas ao uso de bicos artificiais segundo regressão logística multinomial.

Variáveis	Categorias	Uso chupetas e mamadeiras*	Uso chupetas ou mamadeiras*
		OR (IC 95%)	OR (IC 95%)
Local de residência	Demais cidades	1,00	1,00
	Região Metropolitana	2,82 (1,21-6,59)	1,94 (1,00-3,77)
	Belo Horizonte	2,73 (1,20- 6,19)	1,84 (0,97-3,48)
Orientação sobre AM no pré-natal	Sim	0,73 (0,57- 0,94)	0,81 (0,66-1,00)
	Não	1,00	1,00
Local do parto	Outros hospitais	1,00	1,00
	Grandes hospitais da capital	1,88 (1,36-2,62)	2,22 (1,68-2,94)
	HAC	0,03 (0,02-0,05)	0,09 (0,06-0,12)
Peso ao nascer	Baixo peso	0,34 (0,21-0,55)	0,49 (0,34-0,72)
	Peso adequado	1,00	1,00
Complicação no parto	Sim	0,40 (0,24-0,66)	0,87 (0,61-1,24)
	Não	1,00	1,00
Alojamento conjunto	Sim	1,83 (1,37-2,46)	1,17 (0,92-1,50)
	Não	1,00	1,00
AM na sala de parto	Sim	0,93 (0,67-1,30)	1,40 (1,10-1,78)
	Não	1,00	1,00
AMLD	Sim	0,53 (0,40-0,71)	0,76 (0,59-1,00)
	Não	1,00	1,00
AME	Sim	0,09 (0,07-0,12)	0,53 (0,42-0,68)
	Não	1,00	1,00

OR: odds ratio; 95%CI: 95% Intervalo de Confiança

*Sem uso de bicos artificiais como referência

--- *CONSIDERAÇÕES FINAIS* ---

Verificou-se a importância da adesão aos passos estudados no incentivo ao aleitamento materno, assim como a influência de características sociodemográficas, pré e pós-gestacionais maternas e relacionadas ao recém-nascido e ao parto na realização dessa prática.

Ademais, destaca-se o papel dos profissionais de saúde junto às mães na promoção da amamentação exclusiva, principalmente durante o pré-natal, no sentido de orientá-las corretamente sobre o manejo e vantagens do aleitamento materno. Destacou-se também a importância do contato pele a pele, da amamentação na sala de parto e dos partos em Hospital Amigo da Criança na promoção dessa prática.

Contudo, os resultados desse estudo sugerem a necessidade do aprimoramento da forma como tais orientações estão sendo transmitidas às mães, da realização do pré-natal adequado e da redução de cesarianas, a fim de reduzir o uso de bicos artificiais e favorecer a amamentação exclusiva, principalmente entre as mulheres com menor escolaridade.

Adicionalmente, notou-se a influência da atenção hospitalar e das condições ao nascimento dos recém-nascidos na realização do contato pele a pele e amamentação na sala de parto, principalmente nos grandes hospitais da capital, onde, provavelmente, as normas e condutas hospitalares e a demanda pelos atendimentos podem adiar ou não priorizar tais práticas.

Confirmou-se também a importância do Sistema de Alojamento Conjunto na promoção da amamentação sob livre demanda. Ademais, destacou-se a importância do papel da equipe multiprofissional de saúde no processo de educação permanente e do envolvimento dos dirigentes dos serviços de saúde no apoio e atendimento às mães, a fim de priorizar o SAC como prática humanizadora em prol da amamentação.

Por fim, destacou-se a importância das orientações em aleitamento materno, da Iniciativa Hospital Amigo da Criança e estímulo à amamentação exclusiva na redução do uso de bicos artificiais entre os lactentes.

_____REFERÊNCIAS
____BIBLIOGRÁFICAS

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. World Health Organization (WHO). Global Strategy on Infant and Child Feeding. Geneva, 2003. Disponível em: http://www.who.int/nutrition/publications/gs_infant_feeding_text_eng.pdf. Acesso: 07 mar 2013.
2. Salustiano LPQ, Diniz ALD, Abdallah VOS, Pinto RMC. Fatores associados à duração do aleitamento materno em crianças menores de seis meses. Rev Bras Ginecol Obstet 2012; 34(1):28-33.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção à 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. Série A. Normas e manuais técnicos. 2ª edição. Brasília – DF, 2010. 76 p. Disponível em: <http://www.ibfan.org.br/documentos/outras/doc-582.pdf>. Acesso: 20 jan 2013.
4. United Nations Children's Fund (UNICEF). Infant and young child feeding, 2015. Disponível em: <http://data.unicef.org/nutrition/iycf.html>. Acesso: 12 dez. 2015.
5. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. II Pesquisa de prevalência de aleitamento materno nas capitais brasileiras e Distrito Federal. Série C. Projetos, programas e relatórios. Brasília – DF, 2009. 108 p. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pesquisa_prevalencia_aleitamento_materno.pdf. Acesso: 17 jan 2012.
6. Organização Pan-Americana da Saúde/Organização Mundial da Saúde (opas/oms). Semana Mundial de Aleitamento Materno, 1 a 4 de agosto de 2014. Amamentação: uma questão contemporânea em um mundo globalizado. Disponível em: <http://www.paho.org/bra/images/stories/Documentos2/brief%20report%202014%20portugues.pdf>. Acesso: 10 nov 2015.
7. Caldeira AP, Goulart EMA. A situação do aleitamento materno em Montes Claros, Minas Gerais: estudo de uma amostra representativa. J Pediatr 2000; 76(1):65-72.
8. Sampaio PF, Moraes CL, Reichenheim ME, Oliveira ASD, Lobato G. Nascer em Hospital Amigo da Criança no Rio de Janeiro, Brasil: um fator de proteção ao aleitamento materno? Cad. Saúde Pública 2011; 27(7):1349-1361.
9. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Área Técnica de Saúde da Criança e Aleitamento Materno. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Iniciativa Hospital Amigo da Criança. Brasília, 2011. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/iniciativa_hospital_amigo_crianca.pdf. Acesso: 09 mar 2013.

10. Dias RC, Baptista IC, Gazola S, Rona MSS, Matioli G. Perfil das doadoras do banco de leite humano do Hospital Universitário de Maringá, Estado do Paraná, Brasil. *Acta Sci Health Sci* 2006; 28(2):153-158.
11. Soares CTAN, Grazziotin MCB, Stadnik AMW, Neves EB. The demand for assistance from the nursing staff in a human milk bank and its motivations. *Cad Saúde Colet* 2011; 19(3):327-333.
12. Fhemig (Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais). Banco de leite humano: Quem somos. 2012. Disponível em: <http://www.fhemig.mg.gov.br/pt/programas-e-acoes/banco-de-leite-humano/quem-somos>. Acesso: 23 mai 2013.
13. Araújo MFM, Otto AFN, Schmitz BAS. Primeira avaliação do cumprimento dos “Dez Passos para o Sucesso do Aleitamento Materno”, nos Hospitais Amigos da Criança no Brasil. *Rev Bras Saúde Matern Infant* 2003; 3(4):411-419.
14. Alencar L, Christine E, Seidl EMF. Doação de leite humano: experiência de mulheres doadoras. *Rev Saúde Pública* 2009; 43(1):70-77.
15. Marques MCS, Melo AM. Amamentação no alojamento conjunto. *Rev CEFAC* 2008; 10(2):261-271.
16. Baptista GH, Andrade AHHKG, Giolo SR. Fatores associados à duração do aleitamento materno em crianças de famílias de baixa renda da região sul da cidade de Curitiba, Paraná, Brasil. *Cad Saúde Pública* 2009; 25(3):596-604.
17. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde da criança: nutrição infantil, aleitamento materno e alimentação complementar. Série A. Normas e manuais técnicos. Cadernos de Atenção Básica, nº 23. Brasília – DF, 2009. 112 p. Disponível em: http://189.28.128.100/nutricao/docs/geral/cadernootenaobasica_23.pdf. Acesso: 27 dez 2012.
18. ROSA CD, Almeida CB, Barros PFS, Coutinho RMC. Prática da amamentação em puérperas na Unidade de Alojamento Conjunto. *Rev Inst Ciênc. Saúde* 2009; 27(1):18-21.
19. Tarrant M, Wu KM, Fong DY, Lee IL, Wong EM, Sham A et al. Impact of Baby-Friendly hospital practices on breastfeeding in Hong Kong. *Birth* 2011; 38(3):238-245.
20. Feldens CA, Vitolo MR, Rauber F, Cruz LN, Hilgert JB. Risk factors for discontinuing breastfeeding in southern Brazil: a survival analysis. *Matern Child Health J* 2012;16(6):1257-1265.
21. Oliveira JS, Joventino ES, Dodt RCM, Veras JEGLF, Ximenes LB. Fatores associados ao desmame precoce entre multíparas. *Rev RENE* 2010; 11(4):95-102.

22. Demirtas B. Strategies to support breastfeeding: a review. *Int Nurs Rev* 2012; 59(4): 474-481.
23. Brasil. Ministério da Saúde. Notícias. Tempo médio de aleitamento materno aumenta de 296 para 342 dias em nove anos, 2009. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/pacsaude/not_03082009.php. Acesso: 08 mar 2013.
24. Espírito Santo LC. Formulação e implementação de políticas públicas de promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno. In: Silva IA, organizador. PROENF: Saúde Materna e Neonatal. Programa de Atualização em Enfermagem. 1ed. Porto Alegre: Artmed; 2010. 4:9-38.
25. Mangasaryan N, Martin L, Brownlee A, Ogunlade A, Rudert C, Cai X. Breastfeeding promotion, support and protection: review of six country programmes. *Nutrients* 2012; 4(8):990-1014.
26. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Aleitamento materno, distribuição de leites e fórmulas infantis em estabelecimentos de saúde e a legislação. Série F. Comunicação e educação em saúde. Brasília – DF, 2012. 30 p. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/nt_distribuicao_leite_estabelecimento_saude.pdf. Acesso: 14 jan 2013.
27. Brasil. Ministério da Saúde. Rede Cegonha: diretrizes gerais e operacionais da Rede Cegonha, 2013. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/saude/gestor/visualizar_texto.cfm?idtxt=37082. Acesso: 11 jun 2013.
28. Brasil. Ministério da Saúde. Notícias. Lançada nova estratégia Amamenta e Alimenta Brasil, 2012. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/aplicacoes/noticias/default.cfm?pg=dspDetalheNotidsp&id_area=124&CO_NOTICIA=13911. Acesso: 27 mai 2013.
29. Brasil. Ministério da Saúde. Souza cB, Espírito Santo LC; Giugliani ERJ. Políticas Públicas de incentivo ao aleitamento materno: a experiência do Brasil, 2010. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/artigo_franca_novo.pdf. Acesso: 23 mai 2013.
30. Minas Gerais. Secretaria de Estado de Saúde. Mães de Minas: a vida merece esse cuidado. Belo Horizonte. Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais, [2011?]. 48 p. Disponível em: <http://maesdeminas.saude.mg.gov.br/publicacoes/maes-de-minas/files/assets/downloads/maes-de-minas.pdf>. Acesso: 20 Dez 2013.
31. Martins RMC, Montrone AVG. Implementação da Iniciativa Unidade Básica Amiga da Amamentação: educação continuada e prática profissional. *Rev Eletr Enf* 2009; 11(3):545-53.

32. Santos DT, Vannuchi MTO, Oliveira MMB, Dalmas JC. Perfil das doadoras de leite do banco de leite humano de um hospital universitário. *Acta Scientiarum Health Sciences* 2009; 31(1):15-21.
33. Utrera Torres MI, Medina López C, Vásquez Róman S, Alonso Díaz C, Cruz-Rojo J, Fernández Cook E et al. Does opening a milk bank in a neonatal unit change infant feeding practices? A before and after study. *Int Breastfeed J* 2010; 5(4).
34. Brasil. Ministério da Saúde. Fiocruz. A Rede Brasileira de Bancos de Leite Humano: localização e relatórios. Rio de Janeiro, 2015. Disponível em: http://producao.redeblh.iciet.fiocruz.br/portal_blh/blh_brasil.php. Acesso: 13 nov 2015.
35. Brasil. Ministério da Saúde. Fiocruz. A Rede de Bancos de Leite Humano: dados estatísticos. Rio de Janeiro, 2013. Disponível em: <http://www.fiocruz.br/redeblh/cgi/cgilua.exe/sys/start.htm?sid=352>. Acesso: 13 nov 2015.
36. Brasil. Ministério da Saúde. Fiocruz. A Rede Brasileira de Bancos de Leite Humano: localização e relatórios. Rio de Janeiro, 2015. Disponível em: http://producao.redeblh.iciet.fiocruz.br/portal_blh/blh_brasil.php. Acesso: 23 nov 2015.
37. SAADEH RJ. The Baby-Friendly Hospital Initiative 20 years on: facts, progress, and the way forward. *J Hum Lact* 2012; 28(3):272-275.
38. Lamounier JA. Experiência Iniciativa Hospital Amigo da Criança. *Rev Ass Med Brasil* 1998; 44 (4):319-324.
39. Lamounier JA, Bouzada MCF, Janneu AMS, Maranhão AGK, Araújo MFM, Vieira GO et al. Iniciativa Hospital Amigo da Criança, mais de uma década no Brasil: repensando o futuro. *Rev Paul Pediatr* 2008; 26(2):161-169.
40. Sekyia SR, Luz TR. Mudança organizacional: implantação da Iniciativa Hospital Amigo da Criança. *Ciênc Saúde Coletiva* 2010; 15(Suplem. 1):1263-1273.
41. Abul-Fadl AMAM, Shawky M, El-Taweel A, Cadwell K, Turner-Maffei C. Evaluation of mothers' knowledge, attitudes, and practice towards the Ten Steps to Successful Breastfeeding in Egypt. *Breastfeed Med* 2012; 7(3):173-178.
42. Zakarija-Grkovic I, Segvic O, Bozinovic T, Cuze A, Lozancic T, Vuckovic A et al. Hospital practices and breastfeeding rates before and after the UNICEF/WHO 20-hour course for maternity staff. *J Hum Lact* 2012; 28(3):389-399.
43. Ortiz PN, Rolim RB, Souza MFL; Soares PL, Vieira TO, Vieira GO et al. Comparing breast feeding practices in Baby Friendly and non-accredited hospitals in Salvador, Bahia. *Rev Bras Saúde Matern Infant* 2011; 11(4):405-413.

44. Vannuchi MTO, Monteiro CA; Réa MF. Implantação da Iniciativa Hospital Amigo da Criança em um hospital universitário. *Ciênc Cuid. Saúde* 2012; 11(Suplem.):102-107.
45. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso. Método canguru. Manual técnico. Série A. Normas e manuais técnicos. Brasília – DF, 2011. 205 p. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/metodo_canguru_manual_tecnico_2ed.pdf. Acesso: 26 mar 2013.
46. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Atenção à saúde do recém-nascido. Guia para profissionais de saúde. Cuidados com o recém-nascido pré-termo. Série A. Normas e manuais técnicos. Volume 4. Brasília – DF, 2011. 159 p. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_recem_nascido_%20guia_profissionais_saude_v4.pdf. Acesso: 27 mar 2013.
47. Lamy Filho F, Silva, AAM, Lamy ZC, Gomes MASM, Moreira MEL. Avaliação dos resultados neonatais do método canguru no Brasil. *J Pediatr* 2008; 84(5): 428-435.
48. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Cartilha para a mãe trabalhadora que amamenta. Série F. Comunicação e Educação em Saúde. Brasília – DF, 2010. 23 p. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cartilha_mae_trabalhadora_amamenta.pdf. Acesso: 28 mar 2013.
49. Brasil. Ministério da Saúde. Área Técnica de Saúde da Criança e Aleitamento Materno. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Nota técnica conjunta nº 1/2010. Sala de Apoio à amamentação em empresas. 10 p. Brasília – DF, 2010. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sala_apoio_amamentacao_empresas.pdf. Acesso: 28 mar 2013.
50. Araújo MFM, Del Fiaco A, Werner EH, Schmitz BAS. Incentivo ao aleitamento materno no Brasil: evolução do Projeto Carteiro Amigo da Amamentação de 1996 a 2002. *Rev Bras Saúde Matern Infant* 2003; 3(2):195-204.
51. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Área Técnica de Saúde da Criança e Aleitamento Materno. Gestão e gestores de políticas públicas de atenção à saúde da criança: 70 anos de história. Série 1. História da saúde. Brasília – DF, 2011. 42 p. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/70_anos_historia_saude_crianca.pdf. Acesso: 28 mar. 2013.
52. Venâncio SI, Escudera MML, Kitokob P, Rea MF, Monteiro CA. Frequência e determinantes do aleitamento materno em municípios do estado de São Paulo. *Rev. Saúde Pública* 2002; 36(3):313-318.

53. Palmeira PA, Santos SMC, Vianna RPT. Prática alimentar entre crianças menores de dois anos de idade residentes em municípios do semiárido do estado da Paraíba, Brasil. *Rev Nutr* 2011; 24(4):553-563.
54. Minas Gerais. Imprensa oficial. Governo do Estado de Minas Gerais. Mães de Minas encerra o ano de 2013 com mais de 140 mil gestantes cadastradas, 2014. Disponível em: <http://www.iof.mg.gov.br/index.php?/saude/saude-arquivo/Maes-de-Minas-encerra-o-ano-de-2013-com-mais-de-140-mil-gestantes-cadastradas.html>. Acesso: 17 abr. 2014.
55. Chaves RG, Lamounier JA., César CC. Fatores associados com a duração do aleitamento materno. *J Pediatr* 2007; 83(3):241-246.
56. Bittencourt LJ, Oliveira JS, Figueiroa JN, Batista Filho M. Aleitamento materno no estado de Pernambuco: prevalência e possível papel das ações de saúde. *Rev Bras Saúde Matern Infant* 2005; 5(4):439-448.
57. Silveira FJF, Lamounier JA. Fatores associados à duração do aleitamento materno em três municípios na região do Alto Jequitinhonha, Minas Gerais, Brasil. *Cad Saúde Pública* 2006; 22(1):69-77.
58. Carrascoza KC, Costa Júnior AL, Moraes ABA. Fatores que influenciam o desmame precoce e a extensão do aleitamento materno. *Estud Psicol* 2005; 22(4):433-440.
59. Uema RTB, Souza SNDH, Mello DF, Capellini VK. Prevalência e fatores associados ao aleitamento materno no Brasil entre os anos 1998 e 2013: revisão sistemática. *Semina Cienc Biol Saude* 2015; 36(Suplem 1):349-362.
60. Fhemig (Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais). Maternidade Odete Valadares: complexo de especialidades. 2012. Disponível em: <http://www.fhemig.mg.gov.br/pt/atendimento-hospitalar/complexo-de-especialidades/maternidade-odete-valadares>. Acesso: 23 mai 2013.
61. World Health Organization (WHO). Young people's health – a challenge for society: Report of a WHO Study Group on Young People and Health for All by the Year 2000. Technical Report Series, Nº 731. Geneva: World Health Organization; 1986. Disponível em: http://whqlibdoc.who.int/trs/WHO_TRS_731.pdf. Acesso: 05 jan 2016.
62. Prefeitura de Belo Horizonte/PBH. Encontre a sua regional. Belo Horizonte, [2013?]. Disponível em: http://portalpbh.pbh.gov.br/pbh/ecp/comunidade.do?evento=portlet&pIdPlc=ecpTaxonomiaMenuPortal&app=enderecos&tax=10565&lang=pt_BR&pg=6300&taxp=0&. Acesso: 15 out 2013.
63. Brasil. Lei n. 9.394, de 20 de Dezembro de 1996. Estabelece as diretrizes e bases da educação nacional. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para assuntos jurídicos. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, 23 dez.

1996. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l9394.htm. Acesso: 13 dez 2013.

64. Brasil. Lei n. 10.406, de 10 de Janeiro de 2002. Institui o código civil. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, de 11 Jan. 2002. Disponível em: <http://www3.dataprev.gov.br/sislex/paginas/11/2002/10406.htm>. Acesso: 14 dez 2013.

65. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Pré-natal e puerpério: atenção qualificada e humanizada. Série A. Normas e manuais técnicos. Série direitos sexuais e reprodutivos. Caderno nº 5. Brasília – DF, 2005. 160 p. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pre-natal_puerperio_atencao_humanizada.pdf. Acesso: 15 mar 2014.

66. Nacif M, Viebig RF. Avaliação antropométrica nas fases do ciclo da vida. In: _____. Avaliação antropométrica nos ciclos da vida: uma visão prática. São Paulo: Metha Ltda; 2008. cap. 2, p.44.

67. Brasil. Ministério da Saúde. Vigilância Alimentar e Nutricional - SISVAN: Orientações básicas para a coleta, o processamento, a análise de dados e a informação em serviços de saúde. Série A. Normas e Manuais Técnicos. Brasília - DF, 2004. 120 p. Disponível em: http://189.28.128.100/nutricao/docs/geral/orientacoes_basicas_sisvan.pdf. Acesso: 23 nov 2015.

68. Nacif M, Viebig RF. Avaliação antropométrica nas fases do ciclo da vida. In: _____. Avaliação antropométrica nos ciclos da vida: uma visão prática. São Paulo: Metha Ltda, 2008. cap. 2, p.43.

69. Boccolini CS; Carvalho ML, Oliveira MIC; Vasconcellos AGG. Fatores associados à amamentação na primeira hora de vida. Rev Saúde Pública 2011; 45(1):69-78.

70. Silveira RB, Albernaz E, Zuccheto LM. Fatores associados ao início da amamentação em uma cidade no sul do Brasil. Rev Bras Saúde Matern Infant. 2008; 8(1):35-43.

ANEXOS

ANEXOS

ANEXO A - Formulário de atendimento das mães que procuram o Banco de Leite Humano da Maternidade Odete Valadares

FHEMIG Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais		Maternidade Odete Valadares "Maternidade Segura e Hospital Amigo da Criança"	
Unidade de Aleitamento Materno - História Clínica do Aleitamento Materno			
Data: ___/___/___	Rg.UAM:	Nº Prontuário:	
Identificação			
Nome:		Nasc. ___/___/___	Idade:
Endereço:		CEP:	
Bairro	Cidade:	Estado:	Tel:
Telefone:	Escolaridade:	Profissão:	Est. Civil:
DT:	DI Emissão:	Órgão emissor:	CPF:
Mãe:	Mãe:		
Natural:	Nao:	Reg. Nao:	Raga:
Antecedentes clínicos e obstétricos			
Pré-natal () Sim () Não	Local:	() Público () Privado	S P A
Nº de consultas () até 3 () de 4 a 6 () acima de 6	Orientação Aleitamento Materno?	() Sim () Não	
() Individual () grupo	Amamentação anterior () Não () Sim	Tempo	
Antecedentes clínicos () sim () Não Quais:			
Cirurgia de mama () Não () sim Quanto tempo Tipo			
Uso de Medicamentos? () Não () Sim Quais?			
Drogas ilícitas? () Sim Quais? () Não Fuma () S ___cig/dia () N Bebe () S () N			
Exames: VDRL	HbsAg	HIV	Hb(g%)
() Positivo () Negativo () Não disp.	() Positivo () Negativo () Não disp.	() Positivo () Negativo () Não disp.	Ht(%)
Transfusão sanguínea? (Nos últimos 5 anos): () Sim () Não			
Data ---/---/---	Data---/---/---	Data---/---/---	
História Atual			
Parto: Data: ___/___/___	Local	Tipo Parto () N () C () F	
Peso de nasc.	Peso de alta	I. Gestacional de nascimento	
Ocorrência/complicação do parto? () N () S Quais?			
Permaneceu no Alojamento Conjunto por 24 horas () Sim () Não		RN foi colocado pele a pele? () Sim () Não	
O bebê está amamentando de livre demanda? () S () N		Amamentou na sala de parto () Sim () Não	
Uso de chupeta () S () N Mamadeira S () N ()		Aleitamento materno exclusivo? () Sim () Não	
Qual complemento?			
Queixa principal: () bebê não pega () dor () peito cheio () pouco leite () febre () bico do peito ferido () receber orientações () ser doadora () outros			
Diagnóstico:			
Prescrição de enfermagem:			
Evolução do enfermeiro			
Assinatura			

ANEXO B- Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Fundação Hospitalar de Minas Gerais (Parecer nº 042/2010)

FHEMIG
FUNDAÇÃO HOSPITALAR DO
ESTADO DE MINAS GERAIS

SI PRO: 10345 / 2010 - 0

FUNDAÇÃO HOSPITALAR DO ESTADO DE MINAS GERAIS
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA
PARECER Nº 042-B/2010

1 – Título:
"Caracterização do Banco de Leite Humano referência em Minas Gerais"

2 – Folha de Rosto: 327412

3- Pesquisador: Simone Cardoso Lisboa Pereira
Titulação: Doutora em Microbiologia Agrícola

4 – Histórico:
Recebimento do projeto pelo CEP – **22 de julho de 2010.**
Apresentação do projeto na Reunião do CEP – **12 de agosto de 2010.**
Entrega do Relatório pelo Parecerista ao CEP – **12 de agosto de 2010.**
Envio do Parecer ao NEP – **16 de agosto de 2010.**
Recebimento das Soluções de Pendência pelo CEP – **26 de agosto de 2010.**
Envio do Parecer Final ao NEP – **26 de agosto de 2010.**

5 – Pendências – Relatório de 12 de Agosto de 2010
A) Esclarecer quando será apresentado o TCLE, já que se trata de um estudo retrospectivo.

6 – Solução de Pendências
A) Os autores enviaram carta justificando o tipo de estudo e novo TCLE de acordo com a Resolução 196/96.

7 – Considerações e Mérito:
- **Projeto:** Relevante, pertinente e de valor científico;
- **Metodologia:** Adequada;
- **Currículos:** O pesquisador apresenta currículo suficiente para a condução do trabalho;
- **Cronograma:** Adequado;
- **Folha de Rosto** Devidamente preenchida e assinada;
- **Orçamento:** Adequado e de responsabilidade do próprio pesquisador;
- **TCLE:** Adequado
- **Aspectos Éticos:** O projeto cumpre a Resolução 196/96 do CNS.

8 – Parecer:
APROVADO

Belo Horizonte, 26 de agosto de 2010.


Vanderson Assis Romualdo
Coordenador
Comitê de Ética em Pesquisa / FHEMIG
Vanderson Assis Romualdo
Coordenador do CEP-FHEMIG

Alameda Vereador Álvaro Celso, 100 - Santa Efigênia - Belo Horizonte/MG
CEP: 30150-260 - Fone: 0(xx)31 3239-9500 - Fax: 0(xx)31 3239-9579
Site: <http://www.fhemig.mg.gov.br/> E-mail: fhemig@fhemig.mg.gov.br

MOD.SEX/01

ICMG

ANEXO C - Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais (nº ETIC 0079.0.203.000-10)



UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA - COEP

Parâcer nº: ETIC 0079.0.203.000-10

Interessado(a): Profa. Simone Cardoso Lisboa Pereira
Departamento Enfermagem Aplicada
Faculdade de Enfermagem - UFMG

DECISÃO

O Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG – COEP aprovou, no dia 27 de abril de 2010, após atendida as solicitações de diligência, o projeto de pesquisa intitulado “Banco de Leite Humano referência em Minas Gerais: caracterização e intervenções” nam como o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

O relatório final ou parcial deverá ser encaminhado ao COEP um ano após o início do projeto.


Profa. Maria Teresa Marques Amaral
Coordenadora do COEP-UFMG