

1 INTRODUÇÃO

O aleitamento materno (AM) é fundamental para a promoção e proteção da saúde de crianças de todo o mundo (KUMMER *et al.*, 2000). Tal afirmativa se justifica considerando ser o ato de amamentar baseado em um processo multifacetado e único que garante a imunidade inicial ao recém nascido, capaz de promover uma nutrição de alta qualidade, contribuindo para o crescimento e desenvolvimento da criança e para a redução da morbimortalidade infantil, além de desempenhar um papel importante na saúde das mulheres (RAMOS *et al.*, 2010a).

Apesar da superioridade do leite materno em relação aos leites artificiais, a baixa prevalência da amamentação é um fenômeno relatado em diversas pesquisas no mundo. Diversos são os fatores que contribuem para esse fenômeno, o que associado aos problemas de ordem socioeconômica, cultural e ambiental influencia no avanço da prática do aleitamento materno exclusivo (AME) e do AM (VENANCIO, 2008).

Segundo relatório recente do Departamento de Informática do SUS (DATASUS) a Taxa de Mortalidade Infantil (TMI) no Brasil, no ano de 2000 foi de 26,8%, enquanto em 2010, mesmo com dados ainda parciais, foi de 17,38%, tendo ocorrido uma redução de 64,8%. Em Minas Gerais, por exemplo, a TMI foi de 20,79% em 2000 e 13,05% em 2010, com uma redução de 62,77% (DATASUS, 2011b,c). Essa redução, seja no âmbito nacional ou estadual, reflete a efetividade de políticas públicas com a implementação de estratégias voltadas para atenção à saúde de crianças menores de um ano.

No Brasil, o processo de mobilização social em torno da retomada do ato de amamentar teve início através da criação do Programa Nacional de Incentivo ao Aleitamento Materno (PNIAM) em 1981, com intensa campanha pró-amamentação, implementação de leis de proteção à mulher trabalhadora, capacitação de profissionais e desenvolvimento de pesquisas sobre a temática (VENANCIO, 2008).

A Organização Mundial de Saúde (OMS) e o Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF), a partir da necessidade de aumentar prevalência¹ da amamentação exclusiva, o AM até seis meses de vida, a redução do índice de desmame precoce (antes de 4 meses) e a introdução de outros alimentos geradores de conseqüências importantes na saúde da criança, lançam a Iniciativa do Hospital Amigo da Criança (IHAC) em 1991-1992 em âmbito mundial (UNICEF; OMS, 2008). Tal iniciativa veio mobilizar profissionais da saúde para que mudem condutas e rotinas, responsáveis pelos elevados índices de desmame precoce e morbimortalidade infantil em menores de um ano.

Estudo realizado por Kummer *et al.* (2000), mostra que a orientação sobre aleitamento materno em estabelecimentos de saúde, principalmente nas maternidades, após o nascimento da criança, proporciona o aumento do conhecimento de mães sobre o tema, favorecendo o aumento da prevalência da amamentação nos primeiros seis meses de vida.

Visando implementar essa ação, o Ministério da Saúde (MS), com apoio das Secretarias de Estado de Saúde (SES), busca avaliar e propiciar o processo de credenciamento de hospitais interessados na IHAC. Até meados de 2011, o país contava com 335 instituições credenciadas pelo MS (UNICEF, 2010). Neste sentido, a iniciativa vem capacitando profissionais de saúde, realizando orientações para auto-avaliação dos hospitais, avaliações das instituições a serem certificadas e reavaliações para as instituições já credenciadas, estimulando dessa forma a rede hospitalar para o credenciamento (UNICEF; OMS, 2008).

O critério inicial para o credenciamento é o desejo da instituição, aliada ao cumprimento dos 10 critérios globais e 10 passos para o sucesso do AM, objetivando atender à condição de Hospital Amigo da Criança (HAC). Vale ressaltar

¹ Segundo Fletcher, Fletcher e Wagner (1991), o significado de prevalência no âmbito da epidemiologia: É uma fração (proporção) de um grupo que apresenta uma condição clínica em um determinado ponto no tempo. A prevalência é medida através do levantamento de uma população definida que contém pessoas com e sem a condição de interesse, num único ponto no tempo (p. 110).

que todo hospital que se credencia recebe incentivos financeiros do MS, além de ser considerado prioritário para outros investimentos por parte do MS e das Secretarias de Saúde (BRASIL, 2004). Após o credenciamento, as instituições da IHAC são monitoradas e avaliadas pelo MS e pela SES, por meio de ferramentas *on line* e de visitas *in locu*, realizadas a partir de sorteio anualmente realizado pelo MS (UNICEF; OMS, 2010).

A titulação é solicitada pela instituição hospitalar. Critérios como o índice de prevalência do AM, AME e TMI não são indicadores relevantes para a efetivação do processo, o que tem levado ao credenciamento de mais de uma instituição por município, enquanto outros municípios ou regiões que possuem taxas elevadas de mortalidade infantil e índices baixos de AM, não contam com o apoio de um HAC.

Segundo o Manual da IHAC, cerca de 5,5 mil crianças morrem todos os dias no mundo, devido a práticas deficientes de alimentação de lactentes, sendo que muitas dessas crianças sofrem efeitos a longo prazo, incluindo déficit no desenvolvimento, desnutrição e doenças infecciosas e crônicas. (UNICEF; OMS, 2009).

No que se refere à amamentação, pesquisa realizada pelo MS identificou que no ano de 2008:

A prevalência do Aleitamento Materno Exclusivo (AME) em menores de 6 meses foi de 41,0% no conjunto das capitais brasileiras e DF. O comportamento desse indicador foi bastante heterogêneo, 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 duração mediana do AM de 341,6 dias (11,2 meses) no conjunto das capitais brasileiras e DF (BRASIL, 2009 p. 42).

Ao mesmo tempo, se analisarmos os resultados brasileiros com as recomendações da OMS/UNICEF (Quadro I) podemos identificar que nossos resultados ainda distam muito do que é recomendado.

QUADRO I

Interpretação dos indicadores de AM segundo parâmetros da OMS, 2008

Aleitamento materno na 1ª hora de vida		AME em crianças menores de 6 meses	
Classificação	Valor %	Classificação	Valor %
Muito ruim	0 - 29%	Muito ruim	0 - 11%
Ruim	30 - 49%	Ruim	12 - 49%
Bom	50 - 89%	Bom	50 - 89%
Muito bom	90 - 100%	Muito bom	90 - 100%

Fonte: Brasil (2009)

Considerando que a IHAC foi incorporada pelo MS há quase duas décadas, que esta tem uma relação direta com a prática do AM e que esta ainda permanece um desafio para as políticas de saúde, para os profissionais e para a sociedade, fazem-se necessários estudos direcionados a esta temática e que focalizem a relação entre a prevalência do AM e a IHAC e, conseqüentemente, sua contribuição na diminuição da TMI em menores de um ano de vida.

2 OBJETIVOS

O presente estudo é proposto com os seguintes **objetivos**:

- ✓ Analisar a evolução da prevalência da amamentação no Brasil, segundo estudos do Ministério da Saúde em 1999 e 2008.

- ✓ Identificar a contribuição do HAC na prevalência da amamentação.

3 METODOLOGIA

Trata-se de um estudo de revisão de literatura sobre o tema da amamentação com foco especial sobre a Iniciativa Hospital Amigo da Criança.

A busca das referências foi realizada nas bases de dados da Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e Scientific Electronic Library Online (SCIELO). Os critérios para a inclusão dos artigos neste estudo foram: artigos científicos publicados em português, no período de 2000 a 2010. Foram utilizados os seguintes descritores: Prevalência, Aleitamento Materno e Desmame Precoce, e foi utilizada a seguinte palavra-chave: Iniciativa Hospital Amigo da Criança por não ter sido identificada como descritor.

Com os descritores prevalência e aleitamento materno foram encontrados 257 artigos e após a leitura dos resumos foram selecionados cinco. Utilizando-se os descritores desmame precoce e aleitamento materno, foram encontrados 202 artigos e selecionados dois após a leitura dos resumos. E por último, com a palavra-chave Iniciativa Hospital Amigo da Criança foram encontrados 56 artigos e selecionados nove. Ao final, foram utilizados 16 artigos.

Para compor o estudo, também foi feita uma busca direta no site do Ministério da Saúde à procura dos Manuais sobre Aleitamento Materno e Iniciativa Hospital Amigo da Criança, sendo utilizados seis Manuais e três Portarias. Ao mesmo tempo, foram acessadas outras fontes de informação, tais como livros sobre Aleitamento materno, sites oficiais tais como DATASUS, UNICEF e Portal de Saúde do Ministério da Saúde, considerados relevantes para o tema do estudo.

A partir da leitura do referencial acessado, este foi organizado em subtemas que possibilitaram o entendimento e o alcance dos objetivos propostos: a) A amamentação no Brasil: resgate histórico; b) Iniciativa Hospital Amigo da Criança e c) A prevalência do aleitamento materno no Brasil, segundo pesquisas realizadas pelo MS em 1999 e 2008.

4 A AMAMENTAÇÃO NO BRASIL: RESGATE HISTÓRICO

A importância e o reconhecimento do leite humano como o melhor alimento para uma criança após o nascimento já é antigo. Apesar da relevância dessa prática, o desmame precoce e a mortalidade infantil continuam sendo problemas de saúde pública, sendo fundamental compreender a origem desse problema visando possibilitar o alcance de respostas e soluções viáveis.

O AM no Brasil antes da colonização já era uma prática comum entre as mulheres que aqui viviam, as índias. Tal prática era reconhecida e valorizada por sua cultura, e não era desassociada, nem do trabalho braçal (BACCO; PROGIANTI, 2008). Com a imigração de portugueses durante o processo de colonização do país, inicia a cultura do “não amamentar”. Tal prática foi incorporada pelos portugueses por influência europeia, onde era justificado o “não amamentar” pela alegação da ocorrência de efeitos adversos sobre a saúde da mulher, aspecto, beleza e dificuldades por apresentarem mamilos planos ou invertidos (CASTILHO; BARROS FILHO, 2010).

Outras justificativas foram atribuídas à prática de amamentar, repressão sexual da mulher, pois amamentar poderia corromper moralmente a criança; e a argumentação da Igreja Católica de que a mulher que amamentasse não poderia manter relações sexuais com seu marido, responsabilidade que toda mulher era obrigada a cumprir (CASTILHO; BARROS FILHO, 2010; BACCO, PROGIANTI, 2008).

Os africanos, trazidos como escravos, não tinham representação social na época. Assim, as escravas africanas eram utilizadas como amas de leite para as mães da corte brasileira que não amamentavam seus filhos. Nesse período, a utilização da ama de leite foi iniciada no Brasil, fator que já era comum na Europa nos séculos XVI (CASTILHO; BARROS FILHO, 2010; MARTINS FILHO, 2006).

Nessa época, algumas mulheres que não amamentavam optaram por iniciar a alimentação de suas crianças com alimentos sólidos e líquidos, através de papas caseiras. A partir do século XVII, houve uma piora no teor nutricional dessas papas,

com importante impacto na saúde das crianças, pois o leite animal e o caldo de carne foram gradativamente substituídos pela água e as crianças passaram a apresentar raquitismo, cálculos renais e escorbuto (CASTILHO; BARROS FILHO, 2010).

Com a Revolução Industrial, iniciada na Inglaterra no século XVIII, a alimentação infantil modificou-se com a introdução de outros alimentos, o que ocorria cada vez mais cedo e com maior freqüência, em detrimento do desconhecimento de técnicas para a conservação do leite (CASTILHO; BARROS FILHO, 2010). A qualidade e a variação nutricional dos alimentos oferecidos a essas crianças em substituição ao leite materno eram baixas, devido às condições econômicas precárias da maioria da população. Tudo isso, culminou com o aumento da mortalidade infantil e desnutrição, situação que gerou a criação dos leites artificiais, condensados e farinhas (BACCO; PROGIANTI, 2008).

As indústrias, diante da necessidade de lucro e da queda da natalidade por ocasião da Segunda Guerra, concluíram que era necessário promover os leites artificiais, ocasionando uma mobilização intensa da população para comprar esse tipo de alimento, desestimulando ainda mais o AM (CASTILHO; BARROS FILHO, 2010). Outra contribuição para esse declínio foi o movimento feminista com a introdução da pílula anticoncepcional e a escolha da mulher de gerar ou não um filho, na década de 1960. A mamadeira foi adotada como um dos símbolos de libertação da mulher (CASTILHO; BARROS FILHO, 2010).

A partir da década de 1970, iniciou-se um movimento mundial em prol da amamentação. A partir da observação do uso indiscriminado dos leites artificiais e farinhas, favorecendo a mortalidade infantil por desnutrição, desidratação e doenças infecciosas, sendo os produtos industriais apontados como responsáveis por tais ocorrências (BACCO; PROGIANTI, 2008; MARTINS FILHO, 2006).

O Brasil, preocupado em reduzir as TMI por desnutrição em promover um aumento da prevalência de nutrição adequada para crianças, cria o Programa Nacional de

Alimentação e Nutrição. Programa que estabeleceu ações voltadas para crianças, nutrizes e gestantes, visando à redução da desnutrição infantil (ALENCAR, 2008).

Em 1979, a OMS e o UNICEF promoveram, em Genebra, reunião conjunta sobre Alimentação de Lactentes e Crianças na Primeira Infância (ALENCAR, 2008). A partir dessa reunião ficou institucionalizada a Política Nacional de Aleitamento Materno no Brasil. Tal política foi lançada, em Janeiro de 1981, com o nome PNIAM sob coordenação do Instituto Nacional de Alimentação e Nutrição (INAN) e ao MS, com apoio da OMS e do UNICEF (ALENCAR, 2008; BRASIL, 2001).

O PNIAM, a partir da década de 1980, foi executado por 64 instituições que formavam a coordenação diretora e os comitês nacionais (Comitê Nacional de Atividade em Educação, Comitê de Proteção ao Trabalho da Mulher, Comitê Nacional de Atuação na Comunidade, Comitê Nacional de Incentivo na Rede de Saúde, Comitê Nacional de Bancos de Leite Materno (BLH), Comitê Nacional do Código, Comitê de Atenção Alimentar e Nutricional, Comitê Nacional de Comunicação de Massa e Comitê de Aspecto Psicossociais), alcançando até o final dos anos de 1980 os seguintes resultados:

- Criação da Portaria GM nº 18 de 1983 que criava o alojamento conjunto nas maternidades;
- Promulgação da “Carta de Porto Alegre” – tratando das práticas e programas de AM realizados durante eventos sobre AM em maio de 1985;
- Publicação de portaria pelo Ministério da Educação em 1987 referente a adoção do alojamento conjunto em hospitais universitários;
- Publicação da portaria MS nº 322 de 1988 que regulamenta o funcionamento do Banco de Leite Humano;
- Promulgação da CF/88 em 1988 garantindo a licença maternidade remunerada de 120 dias, licença paternidade, pausa para amamentação durante

período de trabalho e assegurar as presidiárias condições para permanecerem com seus filhos até o período da amamentação;

- Aprovação da Norma Brasileira para Comercialização de Alimentos para Lactentes (NBCAL) através da Resolução nº 05 do Conselho Nacional de Saúde (CNS) (ALENCAR, 2008).

No final de 1980, a prevalência da amamentação no Brasil aumentou significativamente, devido à mobilização social ocorrida, associada a campanhas de valorização e reconhecimento da importância do AM na primeira infância.

Em 1990, foi realizado na Itália um encontro para elaboração do documento “Aleitamento materno da década de 90: uma iniciativa global”, documento este que aborda o direito da mulher de aprender e praticar a amamentação com sucesso, expresso em um conjunto de metas chamado *Declaração de Innocenti*. A partir deste encontro foi estabelecida pela OMS a recomendação do AME até quatro meses de idade e complementada com outros alimentos até dois anos. A recomendação de AME foi modificada para seis meses de idade em 1999. A partir dessas determinações foi proposta no ano de 1992 a IHAC (UNICEF; OMS, 2008; ALENCAR, 2008).

A IHAC é uma estratégia global que, no Brasil, se tornou uma importante ação do PNIA na década de 90 (ALENCAR, 2008). Essa estratégia tem como objetivo mobilizar e capacitar profissionais da rede hospitalar para promover, proteger e apoiar a amamentação. No mesmo ano, 1992, a *World Alliance for Breastfeeding Action* (WABA) lança para o mundo a Semana Mundial da Amamentação, com objetivo de ampliar a divulgação da IHAC (ALENCAR, 2008).

No ano de 1998, foi lançado o Projeto da Rede Nacional de Bancos de Leite Humano que foi composta por comissão formada pelo Centro de Referência Nacional de BLH – Instituto Fernandes Figueira. Visando compreender qual a realidade do aleitamento materno no Brasil, em 1999, foi realizado a Pesquisa Nacional de Prevalência do Aleitamento Materno nas capitais e no Distrito Federal (ALENCAR, 2008).

Ainda no ano de 1999 foi instituído em 4 de junho pela Portaria nº 2883 GM/MS, o Prêmio Galba de Araujo, destinado às maternidades que se destacam pela prática de uma assistência humanizada a gestantes, parturientes e puerpéras; sendo o incentivo ao AM critério para premiação (ALENCAR, 2008). Visando sensibilizar e promover o conhecimento da população brasileira sobre a importância da doação de leite humano aos bancos de leites, em 1º de outubro de 2003 foi criado o Dia Nacional de Doação de Leite, pela Portaria nº 1893 GM/MS (ALENCAR, 2008).

Dando continuidade à política de promoção, mobilização e incentivo às ações do AM, no ano 2005, foi criado o Prêmio Bibi Vogel, em homenagem a atriz e cantora Sylvia Dulce Kleiner, fundadora do Grupo de Mães Amigas do Peito e militante das causas em prol do AM. Esse prêmio é concedido pelo MS, ao município que se destaca na tríade do AM (BRASIL, 2011d).

Visando atingir todos os níveis da saúde, o MS publica em 18 de Novembro de 2008 através da Portaria MS/GM nº 2.799, a Rede Amamenta Brasil, uma estratégia de promoção, proteção e apoio à prática do AM na Atenção Básica. O objetivo principal dessa rede é contribuir para a redução da mortalidade materna e infantil através do aumento da prevalência do AM no país (BRASIL, 2008).

5 INICIATIVA HOSPITAL AMIGO DA CRIANÇA

A IHAC é uma estratégia global da OMS, direcionada à atenção a saúde da mulher e da criança na rede hospitalar. Sua implantação no Brasil teve início no ano de 1992 e tem como principal objetivo resgatar o direito da mulher em ampliar o seu conhecimento sobre amamentação e incentivar sua prática através da promoção, proteção e apoio à ação. Isto deve garantir as mulheres que não amamentam o suporte, se necessário, para a alimentação artificial, criteriosamente indicados por profissionais de saúde capacitados, através de informações completas que respeitam a legislação brasileira de controle Portaria nº 31 de 1992 do CNS e de promover o vínculo afetivo entre binômio mãe/filho (UNICEF; OMS, 2010).

A OMS em parceria com UNICEF, em 1989, estabeleceu critérios globais mínimos para os hospitais amigo da criança (HAC), sumarizados nos “Os Dez Passos para o Sucesso do Aleitamento Materno” (UNICEF; OMS, 2008):

1. Ter uma política de AM escrita, que seja rotineiramente transmitida a toda equipe de cuidados de saúde. Essa política ou norma institucional deverá conter “os Dez Passos”, sendo de linguagem acessível a usuárias e funcionários e disponibilizada na instituição em local de acesso irrestrito.
2. Capacitar toda a equipe de cuidados de saúde nas práticas necessárias para implantar esta política. Todos os profissionais envolvidos na assistência às mães e recém-nascidos deverão receber instruções sobre amamentação e manejo da lactação, informações essas que serão ministradas continuamente.
3. Informar todas as gestantes sobre os benefícios e o manejo do AM. Essas orientações são de suma importância durante o pré-natal, mas na ausência do serviço na unidade, as mesmas deverão ser passadas no momento e durante a internação.
4. Ajudar as mães a iniciar o AM na primeira meia hora após o nascimento. Iniciar o contato pele a pele logo após o parto, quando possível, e estimular a

amamentação, auxiliando a mãe no posicionamento do recém-nascido ao seio materno.

5. Mostrar às mães como amamentar e como manter a lactação mesmo se separadas dos filhos. Orientar a mãe a realizar ordenha manual em caso de necessidade.

6. Não oferecer a recém-nascidos bebida ou alimento que não seja o leite materno, a não ser que haja indicação médica. O recém-nascido só deverá receber bebida ou alimento por recomendação de profissionais capacitados e em situação justificáveis.

7. Praticar o alojamento conjunto – permitir que mães e recém-nascidos permaneçam juntos – 24 horas por dia. A proximidade entre mãe e lactente favorece o AM de livre demanda, favorecendo o vínculo entre os sujeitos.

8. Incentivar o AM sob livre demanda. Não se deve limitar ou orientar a restrição quanto a tempo e número de mamadas, o recém-nascido deverá ser amamentado sempre que sentir fome.

9. Não oferecer bicos artificiais ou chupetas a crianças amamentadas. Orientar as mães quanto as desvantagem da utilização desse recurso.

10. Promover a formação de grupos de apoio à amamentação e encaminhar as mães a esses grupos na alta da maternidade. Instituir um espaço para formação dos grupos de apoio e/ou direcionamento das nutrizes para estabelecimentos que possuam tal suporte, visando garantir a manutenção da amamentação.

No Brasil, além dos critérios globais que compreendem a adesão aos Dez Passos para o Sucesso do Aleitamento Materno, para o credenciamento na IHAC é utilizada, também, a comprovação do cumprimento da Norma Brasileira de Comercialização de Alimentos para Lactantes e Criança de Primeira Infância, Bicos, Chupetas e Mamadeiras; o cadastramento no Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de

Saúde (CNES); não estar respondendo à sindicância do SUS; não ter sido condenado judicialmente nos últimos dois anos, relativo à assistência prestada; dispor de profissional capacitado para a assistência à mulher; e garantir que pelo menos 70% dos recém-nascidos saiam de alta hospitalar com Registro de Nascimento Civil (BRASIL, 2011a,e; LAMOUNIER *et al.*, 2008).

Para ser considerado um HAC, exige-se ainda, que o Hospital tenha comitês de investigação de óbito materno, infantil e fetal, que garanta o tempo de permanência hospitalar mínima de 24 horas para parto normal e de 48 horas para parto cesariano, permita a presença de acompanhante no alojamento conjunto durante toda a internação hospitalar e reduza as taxa de cesariana, que deve ser inferior à do ano anterior (BRASIL, 2011a,e; LAMOUNIER *et al.*, 2008).

Verifica-se assim que, para ser credenciada, a instituição necessita, além do desejo de receber a titulação e o incentivo financeiro, promover mudanças estruturais e organizacionais. Todo hospital que se credencia passa a ser considerado prioritário para outros investimentos por parte do MS e das Secretarias de Saúde (BRASIL, 2004). E, para garantir o sucesso da iniciativa, é necessário sensibilizar gestores, e os profissionais, por meio de cursos de capacitação, visando capacitar-lhes para uma assistência humanizada à mulher e ao recém-nascido e, conseqüentemente, promover e estimular o AM (UNICEF; OMS, 2008).

A partir dessa capacitação a instituição deverá preencher um questionário de auto-avaliação que objetiva avaliar o cumprimento dos Dez Passos e confirmar se esta pronta para uma avaliação externa ou global (UNICEF; OMS, 2008). Após a avaliação externa, se a unidade não estiver em conformidade com os critérios globais, deverá ser agraciada com o *Certificado de Compromisso* em tornar-se Amiga da criança e estimulada ou auxiliada a realizar análises sobre seus pontos fracos, a tomar as medidas necessárias para alcançar a conformidade e a solicitar uma nova avaliação (UNICEF; OMS, 2008).

Essas instituições credenciadas como HAC passam a ser consideradas referências para a sociedade e para as unidades de atenção primária, secundária e terciária,

atuando como pólos multiplicadores e disseminador de conhecimento e experiência positiva em AM (ARAÚJO; SCHMITZ, 2008). A IHAC reflete o trabalho desenvolvido pelos gestores e por toda equipe que presta uma assistência humanizada às mães e recém-nascidos.

Anualmente, faz-se necessário a realização de monitoramento e reavaliações objetivando manter o padrão de cuidados das unidades credenciadas e evitar o regresso às atividades desempenhadas anteriormente.

Além desse monitoramento *on line*, o MS sorteia aleatoriamente 10% do total de instituições hospitalares para receberem uma reavaliação presencial, realizada por dois avaliadores devidamente qualificados, sendo um avaliador do estado onde ocorrerá a avaliação e um avaliador sugerido pelo MS de outro estado (UNICEF; OMS, 2010).

Pesquisa realizada pela UNICEF em 2010, mostrou a existência de 335 instituições credenciadas na IHAC em todo Brasil, conforme apresentado na Tabela 01. Observa-se que o número total de hospitais credenciados na IHAC representa apenas 1,47% do total de hospitais com leitos obstétricos cirúrgicos do SUS que, segundo cadastro nacional de estabelecimentos de saúde totaliza 22.862 leitos (BRASIL, 2011f). Analisando tal situação percebe-se que a contribuição real da IHAC na prevalência da amamentação ainda é pouco significativa no país.

TABELA 01

Hospitais credenciados na IHAC no Brasil, segundo regiões em junho / 2010

REGIÕES	Nº / HAC*	%
Norte	41	12,2
Nordeste	125	37,3
Centro-Oeste	38	11,3
Sudeste	79	23,6
Sul	52	15,5
TOTAL	335	100,0

*HAC: Hospital Amigo da Criança **Fonte:** Brasil (2011f)

Dados da mesma pesquisa mostram ainda que os HAC são desigualmente distribuídos pelo território brasileiro, sendo que, alguns estados ainda não possuem instituições cadastradas como HAC. A região Nordeste apresenta 37,3% do total de HAC credenciados no Brasil, e, ao mesmo tempo, na região Norte a porcentagem de credenciamento é de apenas 12,2%. Os municípios que apresentaram as maiores taxas de credenciamento na IHAC foram: Rio Grande do Norte, Ceará, Alagoas, Paraíba e Pernambuco (BRASIL, 2011f).

Segundo Araujo; Schmitz (2007), o processo de implantação e credenciamento dos HAC no Brasil apresentou variações nas taxas de crescimento, a partir de 2003, havendo uma queda no número de credenciamentos. Para os autores, é possível que os critérios adicionais inseridos aos critérios globais pelo MS, tenham contribuído para essa queda. Isto reflete a dificuldade das instituições hospitalares em contemplarem todos os critérios brasileiros para o credenciamento (LAMOUNIER, 2008). Além disso, os dados sugerem um baixo desempenho da política voltada para a implantação e credenciamento do HAC, confirmado em estudo de Araújo e Schmitz (2007).

Araujo; Otto; Schmitz (2003) verificaram no estudo realizado, que a maioria dos hospitais cumpriu os “Dez passos para o Sucesso do Aleitamento Materno”. Entretanto, alguns apresentaram dificuldades no cumprimento do 2º passo: capacitar toda a equipe de cuidados de saúde nas práticas necessárias para implantar a política, do 5º: mostrar às mães como amamentar e como manter a lactação, mesmo se vierem a ser separadas de seus filhos e do 10º: promover a formação de grupos de apoio à amamentação e encaminhar as mães a esses grupos na alta da maternidade. Os autores confirmam, assim, que as dificuldades não se apresentam apenas no processo de credenciamento dos HAC mas, também, não tem sido fácil a o cumprimento dos critérios de manutenção desse credenciamento.

6 A PREVALÊNCIA DO ALEITAMENTO MATERNO NO BRASIL, SEGUNDO PESQUISAS REALIZADAS PELO MS, EM 1999 E 2008.

Amamentar é uma prática reconhecida mundialmente como uma estratégia primordial que mais reduz os índices de mortalidade infantil por doenças evitáveis no Brasil. Apesar desse reconhecimento, ainda são enfrentados grandes desafios para manter a amamentação exclusiva até os seis meses de vida e a amamentação até os dois anos ou mais, conforme recomendação da OMS.

Em vista desse desafio, o MS realizou dois estudos de prevalência de AM no Brasil nos anos de 1999 e 2008 (BRASIL, 2001; BRASIL, 2009), cujo resultados serão focalizados neste capítulo.

A pesquisa de prevalência realizada no ano 1999, durante a segunda etapa da Campanha Nacional de Vacinação, foi o primeiro estudo brasileiro que possibilitou a identificação da situação do AME e o uso de chupetas e mamadeiras, nas 25 capitais brasileiras estudadas e no Distrito Federal (BRASIL, 2001). Nesse primeiro estudo observou-se que apesar do aumento da amamentação exclusiva, os índices de aleitamento materno e de duração mediana não sofreram aumentos significativos. Quando se analisou os diferentes estados brasileiros, observou-se também que dentro de uma mesma região ocorreram modificações de comportamento significativas, alertando para o estabelecimento de ações de impacto nos locais onde o desmame precoce se apresentava com maior intensidade (BRASIL, 2001).

Segundo MS, os períodos de amamentação mais prolongados não implicam necessariamente maior duração do AME. Todas as capitais brasileiras apresentaram duração mediana de AM inferiores há 12 meses, exceto as capitais do norte do país e, em todas as capitais estudadas, a duração mediana de AME foi inferior à 70 dias (BRASIL, 2001).

A pesquisa mostrou também que os fatores que determinaram o desmame precoce em criança menores de um ano, extrapolavam as causas biológicas ou condições

socioeconômicas e culturais, sugerindo a existência de outros fatores determinantes. A compreensão destes fatores reveste-se de complexidade, fazendo-se necessário o aprofundamento do conhecimento da evolução da amamentação no Brasil.

Em outubro de 2008, foi realizada a 2ª Pesquisa de Prevalência do Aleitamento Materno nas Capitais Brasileiras e Distrito Federal. Após uma década, a realização de um novo inquérito foi necessária para verificar a situação atual e a evolução do AM e AME no País, dando subsídios para uma avaliação dos avanços ocorridos e ao planejamento das ações necessárias (BRASIL, 2009).

A pesquisa de 2008 teve como objetivos verificar a situação atual da amamentação e da alimentação complementar no Brasil e analisar a evolução dos indicadores de AM no período de 1999 a 2008 (BRASIL, 2009).

Como resultado, verificou-se que do total das crianças analisadas, 67,7% mamaram na primeira hora de vida; a prevalência do AME em menores de 6 meses foi de 41,0% no conjunto das capitais brasileiras e DF; a duração mediana do AME foi de 54,1 dias (1,8 meses) e a duração mediana do AM de 341,6 dias (11,2 meses) no conjunto das capitais brasileiras e DF (BRASIL, 2009).

A pesquisa mostrou ainda um aumento dos índices de prevalência do AME relacionado à escolaridade materna. Em relação à idade materna, a maior frequência de AME foi identificada entre as mulheres entre 20 e 35 anos. Foi ressaltado o predomínio do AME entre as mulheres que estavam em licença-maternidade no momento da pesquisa.

Tendo como referências os dois estudos, buscou-se destacar as principais variáveis relacionadas ao AM e AME, e que expressam os avanços alcançados no período compreendido entre os estudos:

- Em pesquisa realizada em 1999, 88% das crianças brasileiras (prevalência estimada) amamentaram no primeiro de mês de vida; enquanto na pesquisa

realizada em 2008 a probabilidade de crianças menores de um ano amamentarem no primeiro ano de vida foi de 91,7%.

- Em pesquisa realizada apenas no ano 2008, a prevalência de crianças que mamaram na primeira hora de vida no Brasil, mostrou um percentual de 67,7% atingindo classificação “Boa”, conforme recomendações da OMS (QUADRO I).
- Quanto ao AM em menores de seis meses no país, a pesquisa de 1999 mostrou que 72,9% das crianças amamentaram entre 151-180 dias, enquanto em 2008 o percentual foi 77,6% de crianças menores de um ano que amamentaram por 180 dias.
- Nas pesquisas realizadas nos anos de 1999 e de 2008, foi estudado a prevalência de AM em crianças brasileiras com idade de nove e 12 meses, sendo que 1999 foi 44,2% e em 2008 esse percentual aumentou para 58,7%.
- Em relação ao AME, as duas pesquisas mostraram que a prevalência deste em menores de seis meses no país é abaixo da recomendação da OMS, obtendo classificação “Ruim” para os dois períodos estudados pelo MS. Os percentuais apresentados pelos estudos foram: em 1999: 53,1% das crianças amamentaram exclusivamente de 0 a 30 dias; 30,6% das crianças amamentaram exclusivamente de 61 a 90 dias; e 9,7% das crianças amamentaram exclusivamente de 151-180 dias. Já, na pesquisa 2009: a prevalência de AME em crianças menores de seis meses foi de 41,0%; sendo a probabilidade de crianças brasileiras menores de um ano amamentarem exclusivamente por 30 dias de 60,7%; por 90 dias de 34,3%; e por 180 dias de 9,3%.
- A probabilidade de crianças menores de um ano amamentarem por 365 dias na pesquisa de 1999 foi de 44,2%, sendo que na pesquisa referente ao ano de 2008 foi 63,4%; o que mostrou que houve um aumento desse percentual durante o intervalo das pesquisas.

- Em relação à duração mediana do AME a pesquisa de 1999 mostrou que a duração em dias foi de 23,4 dias; e na pesquisa de 2008, a duração mediana especificamente em menores de seis meses foi de 54, 11 dias.
- Outro dado importante estudado nas duas pesquisas, foi o uso de bicos artificiais. Na pesquisa referente ao ano 1999, a prevalência do uso de mamadeiras e chupetas no país, foi 62,8% e 52,9%, respectivamente. Já, em 2008, o uso de mamadeiras foi de 58,4% e de chupeta 42,6%, em criança menores de 12 meses.

Após leitura crítica dos resultados dos dois estudos do MS, foi possível identificar que o avanço no indicador relacionado a crianças menores de um ano que amamentaram na primeira hora de vida foi positivo, tendo atingido as recomendações da OMS, além de manter o percentual superior a 63,5 % em todo Brasil.

Resgatando o papel da IHAC, pode-se inferir que a inserção desta iniciativa na rede hospitalar pode ter favorecido significativamente esse índice. A IHAC propõe o início da amamentação na primeira hora de vida, sendo sua prática baseada no estímulo do contato pele a pele logo após o parto. Outro fator que pode ter contribuído é implantação do alojamento conjunto e a presença do acompanhante por 24 horas em toda internação hospitalar da gestante, possibilitando o vínculo mãe/filho e o contato familiar, estratégias, também preconizados pela IHAC.

Alguns estudos brasileiros que avaliaram o impacto da IHAC nas taxas de AM mostram que houve aumento nos índices de AM e AME após a implantação da estratégia HAC (ALMEIDA *et al.*, 2008; RAMOS *et al.*, 2010a; CALDEIRA; GONCALVES, 2007; SILVA *et al.*, 2008; KISHI; CACCIA-BAVA; MARTINEZ, 2009). A pesquisa realizada por Kishi, Caccia-Bava e Martinez (2009), mostra que a relação entre crianças que nasceram em um HAC e o tempo de AME foi estaticamente significativa quando comparadas àquelas que nasceram em hospitais que não fazem parte da IHAC. Ao mesmo tempo, outros estudiosos afirmam que, mesmo com as taxas de AM aumentando no país, não é possível afirmar que este aumento se dá somente pela ação do IHAC (LUNARDI; BULHOSA, 2004; BERNARDI; JORDÃO; BARROS FILHO, 2009).

Em relação à amamentação exclusiva até seis meses, observa-se um aumento em relação à década anterior (de 9,7% para 41,0%), porém atingiu classificação “Ruim” na pesquisa de 2008 indica que o desempenho ainda aquém da recomendação da OMS.

Diversos fatores de ordem socioeconômicas, culturais e ambientais influenciam no avanço lentificado da prática do AME e AM. Dentre eles, os que apresentaram consenso nos estudos acessados foram: uso de bicos artificiais, chupetas e mamadeiras; não amamentar nas primeiras 24 horas após o nascimento; utilização de leite não humano; introdução de outros alimentos associados ao AM; falta ou mal uso do alojamento conjunto; retorno ao trabalho após a gestação ou ausência de vínculo empregatício (formal ou informal); falha de comunicação (orientações fornecidas às mulheres de forma coletiva e com linguagem de difícil compreensão); desconhecimento da prática da amamentação; desvalorização o AM e AME por motivos culturais e histórico familiar desfavorável; idade materna; escolaridade materna, número de consultas de pré-natal, estado civil, tipo de parto, paridade, etnia, renda per capita, número de pessoas no domicílio, inscrição no Programa de Saúde da Família; sexo da criança; e baixo peso ao nascer (KISHI; CACCIA-BAVA; MARTINEZ, 2009; CAMINHA *et al.*, 2010; BERNARDI; JORDÃO BARROS FILHO, 2009; PARIZOTO *et al.*, 2009; KUMMER *et al.*, 2000; RAMOS *et al.*, 2010b; BULHOSA *et al.*, 2007).

Verifica-se que a IHAC é uma estratégia jovem no Brasil e que tem sido pouco efetiva em relação ao montante de hospitais existentes. Apesar dos avanços na amamentação na primeira hora de vida, ainda não é possível relacioná-la com a manutenção da amamentação. Isso indica a necessidade de novas estratégias de ação, capazes de influenciar na prevalência do AM.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A prevalência da amamentação durante o período estudado de 1999 e 2008 permitiu considerar que a mobilização do país em torno da retomada do ato de amamentar tem sido eficaz. Foi observado um aumento do indicador de AM em crianças menores de quatro meses, passando de 42,4% no ano 1999 para 58,7% em 2008. O indicador AME apresentou aumento ainda mais expressivo em criança menores de 4 meses, subindo de 35,5% em 1999 para 51,2% no ano de 2008.

O aumento desses indicadores tem impacto na redução das TMI, sendo o AM uma estratégia importante, capaz de evitar as causas preveníveis da mortalidade infantil em menores de um ano. Mesmo apresentando tal avanço, os índices de AM e principalmente de AME, ainda estão aquém da recomendação da OMS/UNICEF, daí a importância de ter o parâmetro do que é recomendado.

Em relação à contribuição da IHAC no aumento dessa prevalência, foi possível identificar o aumento do percentual de crianças que amamentaram na primeira hora de vida após o nascimento. Esse resultado pode ser consequência da prática dos Dez Passos para o Sucesso do Aleitamento Materno que preconiza amamentação na primeira hora de vida, contato pele a pele e a prática do alojamento conjunto.

Ainda não se pode afirmar que a estratégia da IHAC seja o fator determinante do aumento da prevalência da amamentação no país, considerando que essa iniciativa ainda é recente, sendo poucos os hospitais credenciados (1,47%) em relação ao total de hospitais com leitos obstétricos cirúrgicos/SUS. Apesar dos avanços na amamentação na primeira hora de vida, ainda não é possível relacioná-la com a manutenção da amamentação, o que indica a necessidade de novas estratégias relacionadas ao incentivo ao AM, capazes de superar os problemas detectados relacionados à prática da amamentação no país.

REFERÊNCIAS

ALENCAR, S. M. S. M. A política nacional de aleitamento materno. In: ISSLER, H. *et al.* **O aleitamento materno no contexto atual**: políticas, práticas e bases científicas. São Paulo: Sarvier, 2008. Cap. 3.4, p. 70-81.

ALMEIDA, G. G. *et al.* Proteção, promoção e apoio ao aleitamento materno em um hospital universitário. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 2, p. 487-494, mar./abr. 2008.

ARAUJO, M. F. M.; OTTO, A. F. N.; SCHMITZ, B. A. S. Primeira avaliação do cumprimento dos “Dez Passos para o Sucesso do Aleitamento Materno” nos Hospitais Amigos da Criança no Brasil. **Revista Brasileira de Saúde Materno-Infantil**, Recife, v. 3, n. 4, p. 411-419, out/dez. 2003.

ARAUJO, M. F. M.; SCHMITZ, B. A. S. Doze anos de evolução de Iniciativa Hospital Amigo da Criança no Brasil. **Revista Panamericana de Salud Pública**, Washington, v. 22, n. 2, p. 91-99, ago. 2007.

ARAUJO, M. F.M; SCHMITZ, B. A. S. Iniciativa Hospital Amigo da Criança e incentivo ao aleitamento materno. In: ISSLER, H. *et al.* **O aleitamento materno no contexto atual**: Políticas, práticas e bases científicas.1 ed. São Paulo: Sarvier, 2008. Cap. 4.3.1, p. 135-145.

BACCO, P. A. M.; PROGIANTI, J. M. Discursos dominantes e estratégias utilizadas na prática de aleitamento materno. **Revista Enfermagem UERJ**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 2, p. 206-211, abr./jun. 2008.

BERNARDI, J. L. D.; JORDÃO, R. E.; BARROS FILHO, A. A. B. Fatores associados à duração mediana do aleitamento materno em lactentes nascidos em município do estado de São Paulo. **Revista de Nutrição**, Campinas, v. 22, n. 6, p. 867-878, nov./dez. 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Área Técnica de Saúde da Criança e Aleitamento Materno. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Secretaria de Atenção à Saúde. **Iniciativa Hospital Amigo da Criança**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011e. 19p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de informática do SUS. **Sistema de informações de nascidos vivos – SINASC**: estatísticas vitais. Brasília: Ministério da Saúde, 2011b. Disponível em: <<http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?>

area=0205&VObj=<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/defthtm.exe?sinasc/cnv/nv>>. Acesso em: 24 jul. 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de informática do SUS. **Sistema de Informações sobre Mortalidade – SIM: óbitos infantis**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011c. Disponível em: <<http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=0205&VObj=http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/defthtm.exe?sim/cnv/inf10>>. Acesso em: 24 jul. 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Pesquisa de prevalência do aleitamento materno nas capitais e no Distrito Federal**. Brasília, 2001. Disponível em: <<http://www.bvsam.cict.fiocruz.br/gotadeleite/01/arqs/pesqnacprevalencia99.ppt>>. Acesso em: 24 jul. 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 1.117/GM, de 07 de junho de 2004. Alterar, na forma descrita no Anexo desta Portaria, os valores de remuneração dos procedimentos das Tabelas do Sistema de Informação Ambulatorial do SUS (SIA/SUS) e Sistema de Informação Hospitalar do SUS (SIH/SUS). **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 08 jun. 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 2.799, de 18 de novembro de 2008. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS -, a Rede Amamenta Brasil. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 19 nov. 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 80, de 24 de fevereiro de 2011. Estabelece as normas para o processo de credenciamento, renovação de credenciamento, monitoramento e descredenciamento do Hospital Amigo da Criança integrante do Sistema Único de Saúde - SUS. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 01 mar. 2011a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Prêmio Bíbi Vogel**: Ministério da Saúde premiará os 5 municípios que mais se destacarem em ações de incentivo ao aleitamento materno. Brasília: Ministério da Saúde, 2011d. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=37298>. Acesso em: 24 jun. 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Cadastro nacional de estabelecimentos de saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011f. Disponível em: <http://cnes.datasus.gov.br/Mod_Ind_Tipo_Leito.asp?VEstado=00>. Acesso em: 24 jul. 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas **II pesquisa de prevalência do aleitamento materno nas capitais brasileiras e no Distrito Federal**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2009. (Série C. Projetos, Programas e Relatórios).

BULHOSA, M. S. *et al.* Promoção do aleitamento materno pela equipe enfermagem em um hospital amigo da criança. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 28, n.1, p. 89-97, mar. 2007.

CALDEIRA, A. P.; GONCALVES, E. Assessment of the impact of implementing the Baby-Friendly Hospital Initiative. **Jornal de Pediatria**, Rio de Janeiro, v. 83, n. 2, p. 127-132, mar./abr. 2007.

CAMINHA, M. F. C. *et al.* Tendências temporais e fatores associados à duração do aleitamento materno em Pernambuco. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 44, n. 2, p. 240-248, abr. 2010.

CASTILHO, S. D.; BARROS FILHO, A. A. The history of infant nutrition. **Jornal de Pediatria**, Rio de Janeiro, v. 86, n. 3, p. 179-188, maio/jun. 2010.

FLETCHER, R. H.; FLETCHER, S. W.; WAGNER, E. H. **Epidemiologia clínica: bases científicas da conduta médica**. 2. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1991. Cap. 4, p. 110.

FUNDO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A INFÂNCIA – UNICEF Brasil. **Lista dos hospitais amigos das crianças - julho 2010**. Brasília: UNICEF, 2010. Disponível em: <http://www.unicef.org/brazil/pt/br_listalHAC2010.pdf>. Acesso em: 24 jul. 2011.

FUNDO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A INFÂNCIA; ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Iniciativa Hospital Amigo da Criança**: revista, atualizada e ampliada para o cuidado integrado: módulo 3: Promovendo e Incentivando a Amamentação em um Hospital Amigo da Criança: Curso de 20 horas para Equipes de Maternidade. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2009. (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

FUNDO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A INFÂNCIA; ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Iniciativa Hospital Amigo da Criança**: revista, atualizada e ampliada para o cuidado integrado: módulo 1: histórico e implementação. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2008. (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

FUNDO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A INFÂNCIA; ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Iniciativa Hospital Amigo da Criança**: revista, atualizada e ampliada para

o cuidado integrado: módulo 4: autoavaliação e monitoramento do hospital. Brasília, DF, Ministério da Saúde, 2010. (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

KISHI, R. G. B.; CACCIA-BAVA, M. C. G. G.; MARTINEZ, E. Z. Prevalência do Aleitamento Materno Exclusivo e Fatores Associados entre as crianças menores de 6 meses cadastradas em unidades de saúde da família. **Revista de APS**, Juiz de Fora, v. 12, n. 1, p. 54-61, jan./mar. 2009.

KUMMER, S. C. *et al.* Evolução do padrão de aleitamento materno. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 34, n. 2, p. 143-148, abr. 2000.

LAMOUNIER, J. A. *et al.* Iniciativa Hospital Amigo da criança, mais de uma década no Brasil: repensado o futuro. **Revista Paulista de Pediatria**, São Paulo, v. 26, n. 2, p. 161-169, jun. 2008.

LUNARDI, V. L.; BULHOSA, M. S. A influência da Iniciativa Hospital Amigo da Criança na amamentação. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 57, n. 6, p. 683-686, nov./dez. 2004.

MARTINS FILHO, J. Evolução do aleitamento materno no brasil. In: RÉGO, J. D. **Aleitamento materno**. 2. ed. São Paulo: Atheneu, 2006. Cap. 2, p. 27-39.

PARIZOTO, G. M. *et al.* Trends and patterns of exclusive breastfeeding. **Jornal de Pediatria**, Rio de Janeiro, v. 85, n. 3, p. 201-208. 2009.

RAMOS, C. V. *et al.* A iniciativa hospital amigo da criança sob a ótica dos atores sociais que a vivenciam em Teresina, Piauí. **Revista de Nutrição**, Campinas, v. 23, n. 6, p. 1019-1030, nov./dez. 2010b.

RAMOS, C. V. *et al.* Prevalência do aleitamento materno exclusivo e os fatores a ele associados em crianças nascidas nos Hospitais Amigos da Criança de Teresina – Piauí. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, v. 19, n. 2, p. 115-124, abr./jun. 2010a.

SILVA, M. B. *et al.* Influência do apoio à amamentação sobre o aleitamento materno exclusivo dos bebês no primeiro mês de vida e nascidos na cidade de Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil. **Revista Brasileira de Saúde Materno-Infantil**, Recife, v. 8, n. 3, p. 275-284, jul./set. 2008.

VENANCIO, S. I. Epidemiologia do aleitamento materno no Brasil: tendência no período de 1975-1999. In: ISSLER, H. *et al.* **O aleitamento materno no contexto atual**: políticas, práticas e bases científicas. São Paulo: Sarvier, 2008. Cap. 2, p. 35-41.