CENTRO DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA
MESTRADO EM ENFERMAGEM

ELIANA ROCCI

ALEITAMENTO MATERNO EXCLUSIVO DE CRIANÇAS NASCIDAS EM HOSPITAL AMIGO DA CRIANÇA

Guarulhos
2011

ELIANA ROCCI

ALEITAMENTO MATERNO EXCLUSIVO DE CRIANÇAS NASCIDAS EM HOSPITAL AMIGO DA CRIANÇA

Dissertação apresentada ao Programa de Mestrado em Enfermagem da Universidade Guarulhos para obtenção do título de mestre.

Orientadora: Profa. Dra. Rosa Áurea Quintella Fernandes

Guarulhos
2011

Rocci, Eliana.
Aleitamento Materno Exclusivo de Crianças Nascidas em Hospital Amigo da Criança. / Eliana Rocci. – São Paulo, 2011.
86 p.

Dissertação (Mestrado) - Universidade Guarulhos.
Centro de Pós-Graduação e Pesquisa Mestrado em Enfermagem.
Título em inglês: The Exclusive breastfeeding in the Hospital initiative about the practice Baby-Friendly.

Bibliografia: 74-81

1. Aleitamento materno 2. Desmame 3. Nutrição da criança 4. Políticas Públicas I. Título II. Universidade Guarulhos

A meu Pai (*In Memoriam*),
cuja presença e voz são vívidas na minha memória
Você estará sempre presente em minha vida, lembrado
com saudade e amado eternamente.
A minha mãe que se doou por inteiro e renunciou
a seus sonhos para que eu pudesse realizar os meus.

AGRADECIMENTOS

A minha orientadora Profa. Dra. Rosa Aurea Quintella Fernandes, cujos ensinamentos possibilitaram a construção do pensamento que se traduz nas páginas desse trabalho e contribuíram para a maturidade de toda uma vida a ser seguida.

A todas as docentes do Programa de Mestrado com as quais tive o privilégio de compartilhar a convivência e o saber. Em especial, todo o meu carinho à Drª Karine Leão, pela dedicação, carinho e, acima de tudo por ser sempre tão ética.

Às professoras Dras Ana Llonch Sabates e Nádia Zanon Narchi, pelas valiosas sugestões no exame de qualificação.

Aos meus irmãos Silvio, Vania, Andrea e Caio Cesar por todo o apoio e o amor que nos une agora e sempre.

Ao meu filho Enrico, por toda ajuda e a quem dedico o meu amor e as minhas orações dirigidas ao Senhor. A Ele toda a honra e todo o meu agradecimento por ter colocado você na minha vida.

Ao Roberto, meu companheiro dos momentos difíceis, pelo incentivo constante.

Aos amigos do Hospital Municipal Tide Setubal que me ajudaram e apoiaram nesta conquista, mesmo não estando ligados diretamente a minha dissertação, mas que me deram muito apoio.

À diretoria do Hospital Tide Setúbal na pessoa do Dr. Mario João Salviatto, que me possibilitou a realização desta pesquisa

Aos colegas do mestrado, por todo o tempo que estivemos juntos, compartilhando as dificuldades e as alegrias. Em especial a Mari Anna Tavares e a Maria Luiza Franco, minhas alunas na graduação e hoje colegas do mestrado.

Ao pessoal da biblioteca, pela correção das referências bibliográficas, em especial pela atenção recebida de Mariana Feitosa

À Universidade Guarulhos pela bolsa, que me proporcionou esta conquista de mais conhecimentos na minha área de atuação.

De tudo ficaram três coisas.....
A certeza de que estava sempre começando..
A certeza de que era preciso continuar.....
A certeza de que podemos ser interrompidos
antes de terminar.....
Façamos da interrupção um caminho novo...
Da queda, um passo de dança.....
Do medo, uma escada.....
Do sonho, uma ponte.....
Da procura, um encontro!

Fernando Sabino

Rocci E. Aleitamento materno exclusivo de crianças nascidas em Hospital Amigo da Criança. [Dissertação] Guarulhos (SP): Universidade Guarulhos; 2011.

RESUMO

Estudo de coorte, descritivo exploratório com abordagem quantitativa, realizado em um hospital Municipal Tide Setúbal, localizado na zona leste de São Paulo que atende a usuários do Serviço Único de Saúde (SUS) e teve como objetivos: verificar o tempo médio do aleitamento materno exclusivo de crianças nascidas em Hospital Amigo da Criança (IHAC), identificar os motivos do desmame, as dificuldades encontradas pelas mães no aleitamento e relacionar o tempo de aleitamento materno com as variáveis: estado civil, idade materna, peso do bebê, dificuldades encontradas e orientações recebidas. A amostra foi por conveniência, e constituída por 206 mães em aleitamento materno exclusivo monitorado, após a alta, por telefone durante seis meses. Os dados sociodemográficos das mães evidenciaram: média de idade de 26 anos, 55,5% em união consensual, 36,9% com nível médio completo de escolaridade, 56% sem atividade remunerada e, 53% com renda familiar entre 2 e 3 salários. Os dados obstétricos revelaram: 80% de parto normal, 40% de primiparidade, peso médio dos recém nascidos de 3.139,7g e 39 semanas ao nascer. Para o cálculo estatístico foi utilizado o software SPSS for Windows versão 13.0 Statistical Pachage for the Social Science e o nível de significância assumido foi de 0,05. Na análise de correlação das variáveis foi aplicado o teste não paramétrico de Mann-Whitney e calculado o coeficiente de correlação de Pearson. A mediana de Aleitamento Materno Exclusivo (AME) foi de 113 dias e 33,1% das mães o mantiveram até 180 dias. 99,1% das mães referiram que foram orientadas sobre a amamentação durante a internação e os itens menos orientados foram o uso de bicos artificiais e o armazenamento do leite. No início do monitoramento (15° dia após a alta) 94,3% das crian ças encontrava-se em AME. A dificuldade mais referida no início da amamentação foi à pega (70,5%) e durante o monitoramento a impressão de leite fraco/pouco. A causa mais indicada para o abandono do AME foi a (impressão de leite fraco/pouco (38,5%). Nesta pesquisa houve correlação estatística significante entre o tempo de aleitamento materno exclusivo e a variável dificuldade encontrada, mas não houve correlação significativa entre o tempo de AME e as variáveis: estado civil, idade materna, peso do bebê, e orientações recebidas.

Palavras-chave: Aleitamento Materno, Desmame, Nutrição da Criança, Políticas Públicas.

Rocci E. Exclusive breastfeeding of infants born at *Hospital Amigo da Criança*. [Dissertation] Guarulhos (SP, Brazil): University of Guarulhos, 2011.

ABSTRACT

A cohort, descriptive, exploratory study with a quantitative approach was conducted at a municipal hospital located in the Eastern zone of the City of São Paulo that assists users of the Unified Health Care Service (SUS). The purposes of this study were to verify the average time of exclusive breastfeeding of infants born at *Hospital Amigo da Criança* (IHAC), to identify the reasons for weaning and the difficulties found by mothers in breastfeeding, and to associate the time of breastfeeding with the following variables: marital status, mother's age, infant's weight, difficulties found and instructions received. The sample, organized for convenience, was composed of 206 mothers exclusively breastfeeding, who were monitored by telephone for six months after discharge. The socio-demographic data of the mothers showed that their average age was 26 years, 55.5% were in a consensual relationship, 36.9% had completed secondary level of education, 56% had no paid activity, and 53% had family income between 2 and 3 minimum salaries. The obstetric data showed that 80% had a normal childbirth, 40% were primiparas, the average weight of the newborns was 3,139.7g and the birth occurred after 39 weeks of pregnancy. For statistical calculation the software used was SPSS for Windows release 18.0 Statistical Package for the Social Science, and the significance level assumed was 0.05. The Mann-Whitney non-parametric testing was applied to the variable correlation analysis and the Pearson correlation coefficient was calculated. The Exclusive Breastfeeding median (AME in Portuguese) was 113 days and 34.5% of the mothers kept it for up to 180 days. It was reported by 99.1% of the mothers that they had been instructed about breastfeeding during hospitalization, and the least instructed items were the use of artificial nipples and milk storage. At the beginning of the monitoring (15^{th} day after discharge), 94.3% of the infants were being exclusively breastfed. The most frequently difficulty reported at the beginning of breastfeeding was the latch-on (70.5%) and, during monitoring, the impression of weak/insufficient milk. The most frequent reason for discontinuing exclusive breastfeeding was impression of weak/insufficient milk (38,5%). This research showed significant statistical correlation between the time of exclusive breastfeeding and difficulties found, but showed no significant statistical correlation between the time of exclusive breastfeeding and the following variables: marital status, mother's age, infant's weight, and instructions received.

Key words: Breastfeeding, Warning, Child Nutrition, Public Policies.

Rocci E. Amamantamiento materno exclusivo de niños nacidos en el Hospital Amigo da Criança (IHAC). [Disertación] Guarulhos (São Paulo- Brasil): Universidad Guarulhos (UNG); 2011.

RESUMEN

Estudio de corte, descriptivo exploratorio con abordaje cuantitativo, realizado en un hospital de la municipalidad ubicado en la zona este de São Paulo (Brasil) que atiende a usuarios del Servicio Público de Salud (SUS) y tuvo como objetivos: verificar el tiempo medio del amamantamiento materno exclusivo de niños nacidos en el Hospital Amigo da Criança (IHAC), identificar los motivos del destete, las dificultades encontradas por las madres en el amamantamiento y relacionar el tiempo de amamantamiento materno con las variables: estado civil , edad materna, peso do bebé ,dificultades encontradas y orientaciones recibidas. La muestra fue por conveniencia, y constituida por 206 madres en amamantamiento materno exclusivo monitoreadas, tras la alta del hospital, por teléfono durante seis meses. Los datos sociodemográficos de las madres evidenciaron: media de edad de 26 años, el 55,5% en unión consensual, el 36,9% posee la secundaria, el 56% sin actividad remunerada y, el 53% con renta familiar entre 2 y 3 sueldos míninos. Los datos obstétricos revelaron: el 80% de parto vaginal, el 40% primíparas, peso medio de los recién nacidos de 3.139,7g y 39 semanas al nacer. Para el cálculo estadístico fue utilizado el software SPSS sea Windows versión 18.0 Statistical Pachage sea the Social Science y el nivel de significancia asumido fue de 0,05. En el análisis de correlación de las variables fue aplicada la prueba no paramétrica de Mann-Whitney. El promedio de Amamantamiento Materno Exclusivo (AME) fue de 113 días y el 34,5% de las madres lo mantuvieron hasta 180 días. El 99,1% de las madres refirieron que fueron orientadas sobre el amamantamiento durante la internación y los ítems menos orientados fueron el uso de tetinas artificiales y el almacenamiento de la leche. En el inicio del monitoreo (15° día de spués de la alta) el 94,3% de los niños se encontraban en AME. La dificultad más referida al inicio del amamantamiento fue la toma del pecho (70,5%) y durante el monitoreo fue la impresión de la leche débil/poco. La causa más indicada para el abandono del AME fue impresión de la leche débil/poco(38,5%). En esta encuesta hubo correlación estadística significante entre el tiempo de amamantamiento materno exclusivo y la variable dificultades encontradas, más no hubo correlación estadística significante entre el tiempo de amamantamiento materno exclusivo: estado civil, edad materna, peso del bebé y orientaciones recibidas.

Palabras Claves: Lactancia Materna, Deslete, Nutrición Del niño, Políticas Publicas.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1. Mapa da Prevalência do aleitamento materno nas Capitais Brasileiras e no Distrito Federal. Brasília, 2008 23
Figura 2. Mapa da distribuição dos Hospitais Amigos da Criança nos Estados Brasileiros. Brasília, 2008 28
Figura 3. Fluxograma das mães do estudo. São Paulo, 2010 37
Figura 4. Distribuição percentual das mães segundo a manutenção do aleitamento materno exclusivo em cada um dos dias de avaliação pós-alta (n=206). São Paulo. 2010 46
Figura 5. Gráfico de Dispersão entre a Idade da mãe e o tempo de aleitamento exclusivo. São Paulo 2010..... 56
Figura 6. Gráfico de Dispersão entre o Peso do RN e o ter peso do bebê e tempo de aleitamento exclusivo. São Paulo 2010..... 57

LISTA DE TABELAS

Tabela 1. Distribuição da amostra, segundo estado civil, grau de instrução, situação empregatícia, renda familiar e número de pessoas no domicilio. São Paulo, 2010 39
Tabela 2. Distribuição da amostra segundo tipo de parto, gestação e paridade. São Paulo, 2010 41
Tabela 3. Distribuição da amostra segundo dados do aleitamento anterior e atual. São Paulo, 2010 42
Tabela 4. Distribuição segundo orientações recebidas sobre amamentação. São Paulo, 2010 43
Tabela 5. Tabela 5. Distribuição das mães por tipo de aleitamento no decorrer dos 180 dias de monitoramento. São Paulo, 2010 45
Tabela 6. Estatística descritiva do tempo de aleitamento exclusivo (em dias). São Paulo, 2010 47
Tabela 7. Distribuição das dificuldades referidas pelas mães no decorrer do Monitoramento do aleitamento. São Paulo, 2010 49
Tabela 8. Dificuldades na amamentação que foram causas diretas ou indiretas do desmame, nos diversos períodos. São Paulo, 2010 51
Tabela 9. Tempo de aleitamento exclusivo e estado civil da mãe. São Paulo, 2010 55
Tabela 10. Tempo de aleitamento exclusivo segundo dificuldades encontradas. São Paulo, 2010 58
Tabela 11. Distribuição das mães que encontraram dificuldade no aleitamento durante internação e época do desmame. São Paulo, 2010 59
Tabela 12. Tempo de aleitamento exclusivo relacionado às orientações recebidas. São Paulo, 2010 61
Tabela 13. Tempo de aleitamento exclusivo e orientação recebida sobre a posição de aleitar. São Paulo, 2010 62
Tabela 14. Tempo de aleitamento exclusivo segundo a orientação recebida sobre a pega. São Paulo, 2010 63
Tabela 15. Tempo de aleitamento exclusivo segundo orientação recebida

sobre Ordenha. São Paulo, 2010 64
Tabela 16. Tempo de aleitamento exclusivo segundo orientação recebida, sobre armazenamento do leite. São Paulo, 2010..... 65
Tabela 17. Duração do aleitamento exclusivo segundo orientação recebida, sobre o tempo da mamada. São Paulo, 2010 66
Tabela 18. Tempo de aleitamento exclusivo segundo orientação recebida, sobre a livre demanda. São Paulo, 2010 67
Tabela 19. Tempo de aleitamento exclusivo segundo orientação recebida, sobre a importância da amamentação. São Paulo, 2010..... 68
Tabela 20. Tempo de aleitamento exclusivo segundo orientação recebida, sobre o uso de bicos e chupetas. São Paulo, 2010 68

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AA	Aleitamento Materno Artificial
AM	Aleitamento Materno com concomitante outro líquido
AME	Aleitamento Materno Exclusiva
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IHAC	Iniciativa Hospital Amigo da Criança
IMP	Instituto Materno Infantil de Pernambuco
LH	Leite Humano
MS	Ministério da Saúde
NBCAL	Norma Brasileira de Comercialização de Alimentos para Lactentes
OMS	Organização Mundial da Saúde
PCF	Programa Cegonha Feliz
PNIAM	Programa Nacional Incentivo Aleitamento Materno
RN	Recém-Nascido
RNMBP	Recém-Nascido de muito Baixo Peso
RNPT	Recém-Nascido Pré-Termo
SUS	Sistema Unificado de Saúde
UNICEF	Fundo das Nações Unidas

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO **14**
1.1 Revisão de Literatura **15**
1.1.1 Importância do Aleitamento Materno e Desmame precoce 15
1.1.2 A Prevalência do Aleitamento Materno no Brasil 21
1.1.3 A Iniciativa do Hospital Amigo da Criança 25
2 OBJETIVOS 31
3 MÉTODO 32
3.1 Tipo e Local da Pesquisa **32**
3.2 Amostra **33**
3.3 Coletas de dados **34**
3.3.1 Instrumento para Coleta de dados 34
3.3.2 Procedimentos para a coleta de dados 34
3.3.3 Procedimentos éticos 35
4 ANÁLISE ESTATÍSTICA 36
5 RESULTADOS E DISCUSSÃO 37
5.1 Dados demográficos **38**
5.2 Dados obstétricos **40**
5.3 Dados sobre amamentação **42**
5.4 Monitoramentos do aleitamento materno **44**
5.5 Relação entre o tempo de AME e as variáveis: estado civil, idade materna, peso do bebê, dificuldades encontradas na internação e orientações recebidas. **54**
6 CONCLUSÕES **70**
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS **72**
REFERÊNCIAS **74**
APÊNDICE A **82**
APÊNDICE B **83**
APÊNDICE C **86**

1 INTRODUÇÃO

A amamentação exclusiva nem sempre foi valorizada. Era um procedimento comum complementar o leite materno com outros líquidos como água, chás, sucos, leite ou alimentos semi-sólidos e sólidos somente no final, mas na da década de 1980 começaram a aparecer relatos de que essa suplementação precoce de leite materno pode trazer prejuízos à saúde da criança[1].

Apesar dos comprovados benefícios da amamentação e da criação de programas de incentivo a essa prática, as taxas mundiais de amamentação ainda permanecem abaixo dos níveis desejados[2].

O fortalecimento das ações de promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno é de fundamental importância para a melhoria dos índices de aleitamento materno e diminuição das taxas de morbimortalidade infantil[3].

Aumentar a taxa de amamentação exclusiva e a duração mediana de aleitamento materno tem sido um desafio no mundo e, em especial, no Brasil[3,4,5]. A Organização Mundial da Saúde (OMS), em associação com a UNICEF (Fundo das Nações Unidas para a infância), tem empreendido um esforço mundial e estabelecido estratégias nesse sentido.

A Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC) é uma destas estratégias e pode ser considerada como uma campanha de caráter mundial que enfatiza a importante e fundamental atuação dos estabelecimentos de saúde (hospitais maternidades) na tríade proteção, promoção e apoio ao aleitamento materno[6].

Os motivos porque a OMS e o UNICEF decidiram atuar nos hospitais se devem a fatores envolvidos no desestímulo à amamentação relacionada a informações errôneas e práticas inadequadas atribuídas às instituições e aos profissionais de saúde[6].

A avaliação e o controle dos resultados da IHAC e seu impacto na adesão das mães ao aleitamento materno, sobretudo o exclusivo, são fundamentais para a continuidade desta iniciativa, uma vez que fornecem subsídios para a correção de desvios que podem colocar em risco seu sucesso.

Dessa forma, justifica-se a elaboração deste estudo, que se pretende verificar a manutenção do Aleitamento Materno pelas mães de crianças nascidas em um

hospital municipal da zona leste de São Paulo. SP, onde a IHAC está implantada desde 2005 e não houve, até o momento, nenhuma forma de monitoramento dos resultados obtidos. Acredita-se que programas de promoção ao aleitamento materno que incluem a capacitação da equipe de saúde têm grande impacto nas práticas desses profissionais, ocasionando maior duração da amamentação nas comunidades por eles assistidas.

1.1 Revisão de Literatura

1.1.1 Importância do Aleitamento Materno e Desmame precoce

Antes de discutir a importância do aleitamento materno, há que se diferenciar primeiramente aleitamento materno (AM) de aleitamento materno exclusivo (AME), pois ainda existe alguma confusão sobre o que vem a ser exclusividade na amamentação.

Entende-se por aleitamento materno (AM) a alimentação da criança com leite materno concomitantemente com quaisquer outros líquidos ou alimentos e, como aleitamento materno exclusivo (AME) quando a criança recebe somente leite materno, sem quaisquer outros líquidos (inclusive água) ou alimentos, exceto medicamentos[1].

O AME tem sido recomendado até os seis meses de vida da criança e, após esse período, devem ser introduzidos outros alimentos sem, entretanto suspender a amamentação que dever perdurar até os 24 meses.

A importância do (AM) para o desenvolvimento físico e emocional da criança e seus benefícios são incontestáveis. As publicações sobre o tema enfatizam estas vantagens, destacando sua influência na diminuição das taxas de morbimortalidade.

Amamentar os bebês imediatamente após o nascimento, prática estimulada pela IHAC, pode reduzir em 22% a mortalidade neonatal, ou seja, aquela que acontece até o 28º dia de vida. No Brasil, 66% de óbitos de menores de um ano ocorrem no primeiro mês de vida, sendo 51% ainda antes dos seis dias de vida, por asfixia durante o parto e por infecções[6].

Os autores [1,7,8] destacam que as crianças que são aleitadas por suas mães têm um diferencial, do ponto de vista psicológico, emocional e intelectual que pode

representar ganhos em sua vida e em seu desenvolvimento. De uma forma geral, as crianças que mamam no peito são mais inteligentes; têm o vinculo mãe-filho aumentado e o bebê sente-se amado e seguro. Além disso, estas crianças tendem a ser mais tranquilas e mais fáceis de socializar-se durante a infância. Os aspectos psicológicos do aleitamento materno estão também relacionados ao desenvolvimento da personalidade do indivíduo. As experiências vivenciadas na primeira infância são extremamente importantes para determinar o caráter do indivíduo quando adulto[1, 7].

Portanto, o momento de aleitar e a maneira como o processo é conduzido são muito importantes, tanto para a mãe quanto para o bebê, visto que interferem no psicológico de ambos.

Segundo Bervian et al.[7] (2008), a amamentação não supre apenas a necessidade de alimentação, mas satisfaz duas “fomes”: a fome de se nutrir, de se sentir alimentado e a “fome” de sucção, que envolve componentes emocionais, psicológicos e orgânicos. Essas duas “fomes” devem estar em equilíbrio. As necessidades de sucção não sendo alcançadas, causam insatisfação emocional que poderá levar a criança a buscar substitutos e adquirir hábitos deletérios, como chupar o dedo e a chupeta.

O ato de amamentar propicia o contato físico entre mãe e bebê, estimulando pele e sentidos. Quando a amamentação é feita com amor e carinho, sem pressa, o bebê sente o conforto de ver suas necessidades satisfeitas, assim como o prazer de estar nos braços da mãe, de ouvir sua voz, sentir seu cheiro, perceber seus embalos e carícias[9].

No estabelecimento do vínculo entre mãe e filho, há compensação do vazio decorrente da separação repentina e abrupta que ocorre no parto, corrigindo fantasias prematuras frustrantes que o parto possa lhe ter causado como abandono, agressão, ataque e fome[9].

Além disto, o contato pele a pele desencadeia uma série de eventos hormonais que influenciam a relação mãe e bebê. O toque, o odor e o calor estimulam o nervo vago e isto, por sua vez, faz a mãe liberar ocitocina, hormônio responsável, entre outras ações, pela saída e ejeção do leite[1].

As vantagens do aleitamento materno não se restringem aos aspectos psicológicos, mas também sua influência no crescimento, funções fisiológicas da criança e na prevenção de doenças é destacada em diversas publicações.

Os bebês que são aleitados por suas mães têm facilidade de liberação de mecônio (as primeiras fezes do bebê), diminuindo o risco de icterícia e protegendo contra a obstipação. O leite materno promove o crescimento de microrganismo (lactobacilos) no intestino da criança porque fermenta o açúcar do leite (lactose), tornando as fezes mais frequentes e menos consistentes, principalmente nas duas primeiras semanas de vida. Estes microrganismos impedem que outras bactérias se instalem e causem diarréia[1].

Os benefícios do leite materno são mais evidentes quando a criança é aleitada exclusivamente nos primeiros meses, pois a proteção contra diarréias e problemas respiratórios diminui sensivelmente quando a criança recebe outros alimentos, inclusive água e chá[1].

O leite materno representa uma barreira contra a maioria das bactérias e vírus. Portanto, crianças que mamam no peito têm risco 11 vezes menor de morrer por diarréia e quatro vezes menos probabilidade de morrer por pneumonia do que os bebês alimentados com leite de vaca ou artificiais[1,6].

Além disso, a introdução precoce do leite de vaca mostrou-se considerável fator de risco para desencadeamento da asma. O aleitamento materno por sua vez, quando oferecido por um período superior a seis meses, está também potencialmente associado à proteção contra o desenvolvimento de atopias[10].

No que se refere aos aspectos nutricionais da criança, o AME foi relacionado aos níveis de hemoglobina nos primeiros seis meses de vida. Conclui-se que as práticas alimentares parecem estar relacionadas à etiologia da deficiência nutricional nesse período de vida, pois se constatou um incremento nos níveis de hemoglobina a cada mês de duração do AME e declínio desses níveis com o aleitamento não exclusivo[11].

No desenvolvimento físico do bebê, o ato de sugar o seio é importante para a mandíbula, dentição e músculos da face, contribuindo também para outros benefícios como o bom desenvolvimento da fala. No ato de amamentar, a criança estimula, num exercício físico contínuo, a musculatura e a ossatura bucal, proporcionando a harmonia facial. Isso direciona o crescimento de estruturas importantes, como o seio maxilar para respiração, fonação, e tônus muscular, crescimento ântero-posterior dos ramos mandibulares, anulando o retrognatismo mandibular. Além disso, ele impede alterações no sistema estomatognático, a saber: prognatismo mandibular, musculatura labial superior hipotônica, musculatura labial

inferior hipertônica, atresia de palato, interposição de língua e atresia do arco superior e evita más oclusões, como mordida aberta anterior, mordida cruzada posterior e aumento de saliência[1,7].

O seio materno funciona como aparelho ortodôntico natural. Ao sugar, o bebê coloca a língua na posição correta dentro da boca e faz uma verdadeira “ordenha” do bico do seio. As arcadas (ainda sem dentes), bochechas e língua movimentam-se harmoniosamente e toda a função neuromuscular da boca desenvolve-se de forma equilibrada[1,7].

Além disto, o AM tem sido apontado como um fator importante para o desenvolvimento craniofacial adequado. O ato de mamar no peito provê ótimo exercício da musculatura orofacial, estimulando favoravelmente as funções da respiração e deglutição, o que não acontece quando a mamadeira é utilizada. Quando o bebê suga corretamente o seio materno, ocorre um perfeito vedamento da passagem de ar pela boca, o que obriga a realizar a sucção e a deglutição e respirar pelo nariz[12].

Os estudos[1,12,13] apresentados comprovam a relevância do AM, principalmente o exclusivo, no crescimento e desenvolvimentos saudável da criança. Há que se ressaltar ainda, entretanto, a importância desse leite para as crianças nascidas pré-termo.

De acordo com o UNICEF[1], no mundo nascem, por ano, 20 milhões de bebês prematuros e com baixo peso, dos quais um terço morre antes de completar o primeiro ano de vida. Nove em cada 10 recém-nascidos com peso inferior a 1.000g morrem antes de completar o primeiro mês de vida. Para a sobrevivência dessas crianças, o aleitamento materno é fundamental, pois o leite das mães de prematuros apresenta diferenças no aporte protéico-energético e nos constituintes imunológicos, em relação ao produzido pelas mães de recém-nascidos a termo[1,6,13].

Para o RNPT (Recém-Nascido Pré-Termo), a recomendação do AM tem sido defendida com base nas propriedades imunológicas do Leite Humano (LH), por seu papel na maturação gastrintestinal, na formação do vínculo mãe-filho e no melhor desempenho neurocomportamental apresentado pelas crianças amamentadas[14].

Durante o aleitamento, a coordenação da sucção/deglutição dos prematuros é maior e está comprovado que os níveis da pressão parcial de oxigênio transcutânea, a saturação de oxigênio e a temperatura corporal são mais elevados do que os

obtidos durante a alimentação com mamadeira, confirmando que a alimentação ao seio é mais fisiológica[12,14].

A tese de que as doenças da prematuridade decorram de um desequilíbrio entre as defesas antioxidantes e a exposição a radicais livres liberados após hipóxia ou injúria por reperfusão, cujo excesso traria risco de enterocolite necrosante, displasia broncopulmonar, hemorragia intraventricular e retinopatia da prematuridade, é defendida por alguns autores que acreditam que o RNPT não apresenta proteção bem desenvolvida contra o estresse oxidativo e LH (leite Humano) seria vantajoso, já que este oferece melhor proteção antioxidante que os leites artificiais[1,14].

A literatura refere ainda, que a incidência de qualquer infecção, inclusive enterocolite necrosante, sepse e meningite, é significativamente menor nos RN de muito baixo peso (RNMBP) alimentados com LH, quando comparados àqueles que recebem exclusivamente leite artificial[12,14].

Além disso, quando a mãe fica no hospital com o RNPT durante a sua internação, ocorre a produção materna de anticorpos contra microrganismos nosocomiais da unidade neonatal, o que é importante para o recém-nascido na prevenção de infecção durante a permanência hospitalar[14].

No que se refere ainda à importância do aleitamento materno, estudo recente sobre a avaliação da mineralização óssea em recém-nascido pré-termo constatou crescimento ósseo adequado em recém-nascidos, com risco para doença metabólica óssea, quando alimentados com leite humano seja da própria mãe ou do banco de leite[15].

Estudo atual[17] ressalta que a proteção do aleitamento materno não se restringe apenas à infância e à vida adulta, mas também é marcante na economia familiar, porque restringe a alimentação artificial e custos indiretos com uso de medicamentos.

As evidências acumuladas sobre o aleitamento materno são crescentemente conclusivas sobre sua importância, não apenas para o binômio mãe/filho, mas para todo o ciclo da vida[1,16.] Estudo que avaliou crianças em período pré-escolar, na região semiárida de Alagoas, constatou um efeito protetor do AME contra o sobrepeso em crianças de um a cinco anos[16].

O AME também parece proteger contra o aparecimento dos diabetes mellitus Tipo I. Estima-se que 30% dos casos de *diabetes* mellitus Tipo I poderiam ser

evitados se 90% das crianças até três meses não recebessem leite de vaca[1]. A exposição precoce ao leite de vaca (antes dos quatro meses) pode ser um determinante dessa doença e pode aumentar seu risco em 50%.

A questão da AME é de tal relevância que deve ser uma prioridade não apenas dos governos, mas da sociedade civil como um todo, que deveria apoiar e incentivar essa prática. A relevância do tema não permite que sua discussão se restrinja aos comitês de especialistas, aos gestores e formuladores de políticas e programas, mas deve sim caracterizar-se como um dos itens dos direitos humanos[17].

As vantagens da amamentação descobertas pela ciência e difundidas na sociedade não têm sido suficientes para garantir a mudança de valores culturais capazes de reverter a sempre presente tendência ao desmame[5].

Para melhorar ainda mais os indicadores de saúde, há necessidade de incrementar os programas de proteção, promoção e apoio ao aleitamento materno exclusivo, bem como estender o período de licença-maternidade, de modo a evitar o desmame precoce[2].

A literatura ressalta que, apesar das vantagens do AM estarem bem definidas e haver evidências científicas sólidas para a saúde da criança, o desmame vem ocorrendo cada vez mais precocemente, despertando o interesse dos pesquisadores em detectar as causas de desmame e os seus fatores de risco[18].

Dentre as causas mais destacadas para o desmame precoce estão: o desconhecimento pela mãe das vantagens do aleitamento natural; a falta de experiência anterior; fatores socioculturais; mães adolescentes; aquisição de mamadeiras e chupetas; insucesso familiar na prática da amamentação; dificuldades técnicas no ato de amamentar; doenças da mama; causas relacionadas ao lactente e, sobretudo, a intenção de não amamentar. São apontados ainda, como fatores associados à ocorrência do desmame precoce, a primiparidade, o tipo do hospital de nascimento, o trabalho materno, o desconhecimento ou atualização dos profissionais e agentes de saúde sobre as práticas corretas de amamentação[19,20].

Em contrapartida, existem fatores que influenciam positivamente a manutenção do aleitamento materno exclusivo. Os estudos[1,19] apontam intervenções com evidências cientificas de impacto positivo para o aumento das taxas de amamentação e para o seu retorno quando abandonada. Os meios indicados incluem aconselhamento individual, auxilio de agentes da comunidade, visitas

domiciliares, suporte familiar e programas educativos durante o pré-natal e o puerpério.

Estudos[21,22] revelam que o programa de atenção humanizada, Método Mãe Canguru, mostra-se eficaz no que diz respeito ao incentivo ao aleitamento materno exclusivo, assim como ações educativas realizadas em unidades básicas de saúde. Para isso, há necessidade de se garantir que a equipe trabalhe de forma multidisciplinar e integrada nas atividades educativas como forma de continuar os ajustes necessários à implementação da Educação em Saúde efetiva, integral e humanizada.

O tipo de hospital, a permanência em alojamento conjunto e o tipo de parto também influenciam a manutenção do aleitamento materno nos seis primeiros meses de vida[19].

Vale ressaltar que todos esses benefícios devem ser do conhecimento das lactantes, pois a amamentação exclusiva, além do aspecto saudável, pode diminuir os custos da família com leites, bicos e mamadeiras e prejuízos de falta ao trabalho por motivo de doença da criança[19].

Programas educativos consistentes e uma assistência integral à mulher que priorizem as mães sem experiência com amamentação e contemplem prevenção de traumas mamilares, incentivo à pratica do aleitamento em livre demanda e desestímulo ao uso de chupeta, assim como a importância de promover um cuidado diferenciado, orientando as mães sobre o AM, assistindo- as em um contexto biopsicossocial e desvendando mitos e crenças sobre a amamentação, são ações recomendadas em diferentes estudos[43,45].

É importante ressaltar que a estender a duração do aleitamento não depende de estratégias isoladas, mas da combinação de diferentes intervenções colocadas em prática em todo o ciclo gravídico-puerperal[19].

1.1.2 A Prevalência do Aleitamento Materno no Brasil

Na década de 1970, as taxas de mortalidade infantil foram altas no país, muito em função do pequeno período de AM que apresentava média de 2,5 meses[24]. Esse panorama estimulou instituições internacionais e nacionais a iniciarem uma verdadeira força tarefa para o incentivo ao aleitamento.

A partir da década de 80, foram propostas diversas estratégias e levadas a efeito várias campanhas para aumentar a prevalência da amamentação no Brasil, Em consequência, os dados nacionais mostram que houve um incremento nos índices de aleitamento materno nas duas últimas décadas. No entanto, esse incremento não é uniforme e varia com o local e com as características da população[23].

A melhora nos índices de AM pode ser atribuída a inúmeros fatores, dentre eles: campanhas governamentais de incentivo ao aleitamento materno nos três níveis (federal estadual e municipal); promoção de cursos (aconselhamento e de manejo clínico da amamentação, entre outros); melhor preparação dos profissionais de saúde; crescimento na implantação de bancos de leite humano; campanhas como Semana Mundial da Amamentação e Dia Nacional de Doação de Leite Humano que contribuem para a mobilização social, Norma de Atenção Humanizada ao Recém-Nascido de Baixo Peso (Método Canguru); e Norma Brasileira de Comercialização de Alimentos para Lactentes e Crianças de Primeira Infância, Bicos, Chupetas e Mamadeiras (NBCAL) transformada na lei nacional 11.265, em 2006, e a IHAC[24].

A NBCAL é bastante relevante como estratégia para incentivo e controle do AM. *"O Brasil é um dos poucos países onde há uma política nacional de aleitamento materno coordenada no nível federal. E também onde as normas de controle de comercialização dos ditos 'substitutos do leite materno' é exemplo para outras nações"*. Tudo isso impacta diretamente em uma maior conscientização da população[4].

Com base em estudos e evidências científicas dos benefícios do AME, as organizações internacionais reviram sua posição quanto à recomendação do tempo de manutenção da amamentação exclusiva. Assim, a OMS que até 2002 recomendava AME por quatro meses, atualmente recomenda a introdução de alimentos complementares em torno dos seis meses de vida do bebê[1].

Todos os esforços para elevar os índices de adesão das mulheres ao AME, desde a implantação do Programa Nacional de Incentivo ao Aleitamento Materno, no início da década de 1980, tiveram impacto indiscutível no avanço da prática do aleitamento materno natural no Brasil. Os últimos estudos têm mostrado o aumento da prevalência do aleitamento materno nas diversas regiões do país, muito

provavelmente decorrente dos programas governamentais e do envolvimento dos profissionais de saúde nesta luta [4, 24].

O Ministério da Saúde realizou, pela segunda vez, um estudo nacional [4] sobre a Prevalência do AM, que envolveu todas as capitais brasileiras, Distrito Federal e outros 239 municípios. O estudo é o mais atual no mapeamento do aleitamento materno, tem ampla abrangência e totalizou informações de aproximadamente 118 mil crianças. Os resultados evidenciaram um aumento no tempo médio do período de AM no país que progrediu de 296 para 342 dias. A pesquisa mostra também um aumento no percentual de crianças entre 9 e 12 meses que se mantiveram em amamentação em comparação aos dados da primeira pesquisa, realizada em 1999. No primeiro estudo, 42,4% das crianças nesta faixa etária se mantiveram em AM, e em 2008, o percentual elevou-se para 58,7%[4].

O estudo apresenta ainda o mapa da média (em dias) da prevalência do AME em todo o território nacional.

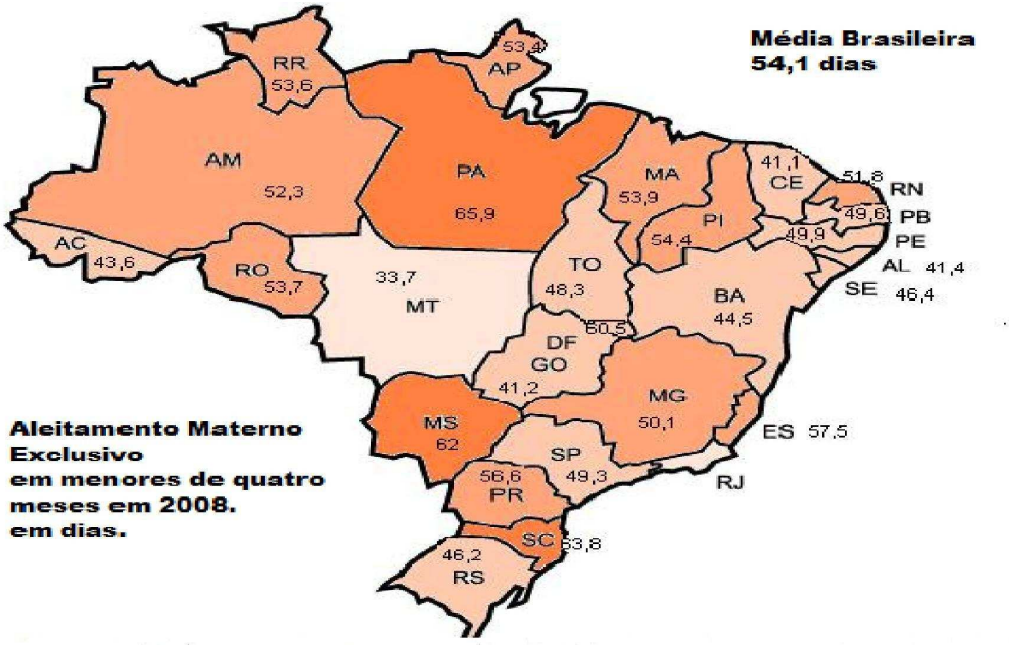

Figura 1. Mapa da Prevalência do Aleitamento Materno nas Capitais Brasileiras e no Distrito Federal. Brasília, 2008.

*Fonte: ll Pesquisa de Prevalência do aleitamento Materno nas Capitais Brasileiras e no Distrito Federal. Ministério da saúde. 2008.

A média nacional de AME aumentou, passando de 23,4 dias em 1999 para 54,1 em 2008[4].

O estado da união que apresentou a melhor média de AME em dias foi o Pará (65,9) e o de menor média foi Mato Grosso (33,7). Santa Catarina apresentou a segunda melhor média (63,8) e, a seguir, os estados de Mato Grosso do Sul (62) e o Distrito Federal (60,6). São Paulo, o estado mais desenvolvido da união, apresentou uma das médias mais baixas (49,8).

Os dados gerais da pesquisa apontam que as *capitais brasileiras* com os resultados mais relevantes foram; Belém (PA) que apresentou o maior índice de AME, Macapá (AP) a maior duração de AM; Campo Grande (MS) a capital que mais avançou nos índices de AME e São Luis (MA) que teve os melhores resultados em relação à amamentação na primeira hora; Fortaleza (CE) foi a capital onde houve maior incremento percentual de crianças amamentadas no final do primeiro ano de vida [4].

Os aumentos mais expressivos nos índices de AM ocorreram nas regiões Norte e Nordeste e a menor modificação na região Sul. [4]

Os resultados em termos de índice de AME em crianças menores de quatro meses também aumentaram. Em 1999, o percentual era de 35%, passando para 52% em 2008[4].

Quanto ao aleitamento na primeira hora de vida, outra recomendação considerada importante, o estudo revelou que 67,7% das crianças pesquisadas foram colocadas ao seio materno neste período, variando em algumas capitais. São Luis obteve os melhores dados de aleitamento materno na primeira hora de vida (83,5%) e Salvador 58,5%[4].

Os resultados desse amplo estudo são animadores, entretanto se for levada em consideração a recomendação da Organização Mundial de Saúde (OMS), que preconiza como um bom resultado quando 80% das crianças com menos de seis meses estão em AME, conclui-se que as estratégias governamentais para melhorar a prevalência do AM tiveram sua eficácia atestada, contudo é preciso maior empenho, divulgação e monitoramento constante, para se atingir a meta estabelecida como adequada em todas as regiões do país, pois o Brasil está com apenas 41% de crianças nessa condição.

A IHAC, idealizada pela OMS e UNICEF para promover, proteger e apoiar a amamentação, foi incorporada pelo MS em 1992 e, desde então, com o apoio das

secretarias estaduais e municipais, tem capacitado profissionais, realizado avaliações, reavaliações e estimulado a rede hospitalar para o credenciamento dos hospitais, que se tornam referência em amamentação para seu município, região e estado[4].

Essa iniciativa é uma das estratégias governamentais que vem sendo implantada em todo o território nacional, com vistas a melhorar a prevalência do AM, especialmente o exclusivo, e influir positivamente na taxa de morbimortalidade infantil.

1.1.3 A Iniciativa do Hospital Amigo da Criança

O Brasil foi um dos participantes, em 1990, do encontro realizado em Florença (Itália), promovido pela OMS e o UNICEF, quando foram discutidos mecanismos e ações que pudessem ser desenvolvidos para proteção, promoção e apoio ao aleitamento materno. Nesse encontro, foi idealizada a “Iniciativa Hospital Amigo da Criança” com a finalidade de apoiar, proteger e promover o aleitamento materno, mediante a mobilização de profissionais de saúde e funcionários de hospitais e maternidades para mudanças em rotinas e condutas, visando prevenir o desmame precoce[25,26].

A IHAC pode ser considerada uma campanha de caráter mundial, que enfatiza a importância dos estabelecimentos de saúde (hospitais/maternidades) na tríade proteção, promoção e apoio ao aleitamento materno[25,26].

Os motivos que levaram a OMS e o UNICEF a optarem por atuar junto aos hospitais se devem a fatores envolvidos no desestímulo à amamentação relacionada a informações errôneas e práticas inadequadas atribuídas a instituições e profissionais de saúde[1,26].

Hospitais Amigos da Criança devem funcionar como polos multiplicadores para outros hospitais. Assim, uma vez credenciados, passam a atuar como local de treinamento de equipes multiprofissionais da área da saúde. Os hospitais passam a ser vistos como “referência em aleitamento materno” em nível local ou regional. [27]

No Brasil, a IHAC é coordenada pelo MS, Programa Nacional de Incentivo ao Aleitamento Materno (PNIAM). Os estabelecimentos de saúde para se tornarem Hospitais Amigos da Criança precisam preencher critérios estabelecidos pelo PNIAM

e cumprir 80% do conjunto de metas no processo de avaliação, envolvendo várias etapas. A instituição credenciada IHAC vinculada ao SUS, recebe pagamento diferenciado: 40% a mais em atendimentos pré-natal e 10% na assistência ao parto[26].

Para a concretização da IHAC são necessários alguns requisitos como a sensibilização e a capacitação dos profissionais envolvidos na assistência às mulheres, seus bebês e suas famílias, por intermédio de três cursos com objetivos específicos: Curso de Sensibilização para gestores com duração de 12 horas; Curso de Manejo clinico para profissionais, com 20 horas; e Curso de Formação de Avaliadores que tem a duração de 40 horas[27].

Os critérios globais da IHAC compreendem a adesão aos “Dez Passos para o sucesso do Aleitamento materno” e ao Código Internacional de Comercialização dos Substitutos do Leite Materno (ou à legislação nacional, no caso do Brasil, a NBCAL pelas maternidades certificadas). Os dez passos são recomendações que favorecem a amamentação a partir de práticas e orientações no período pré-natal, no atendimento à mãe e ao recém-nascido ao longo do trabalho de parto, durante a internação após o parto e nascimento e no retorno ao domicilio, com apoio da comunidade[28].

Os dez passos para promover o aleitamento materno são:

1) Ter uma norma escrita sobre aleitamento materno que deve ser rotineiramente transmitida a toda a equipe de cuidados de saúde;

2) Treinar toda equipe de cuidados de saúde, capacitando-a para implementar esta norma;

3) Informar todas as gestantes sobre as vantagens e o manejo do aleitamento materno;

4) Ajudar as mães a iniciar a amamentação na primeira hora de vida 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-nascidos nenhum outro alimento ou bebida além do leite materno, a não ser que seja indicado pelo médico;

7) Praticar o alojamento conjunto permitir que mães e bebês permaneçam juntos 24 horas por dia;

8) Encorajar o aleitamento sob livre demanda;

9) Não dar bicos artificiais ou chupetas a crianças amamentadas ao seio;

10) Encorajar a formação de grupos de apoio à amamentação para onde as mães devem ser encaminhadas, logo após a alta do hospital ou ambulatório[27].

As evidências mostram que os dez passos devem ser praticados em conjunto, o que exige apoio continuado às mães, bem como capacitação e treinamento de todos os profissionais da instituição, mesmo aqueles não envolvidos diretamente na assistência[27].

Para a concretização da IHAC, uma condição presente em todos os programas é o apoio dos dirigentes dos hospitais, assim como a sensibilização e o treinamento maciço e continuado de profissionais de saúde em cursos consistentes[27].

No Brasil, em 1992, o Instituto Materno-Infantil de Pernambuco (IMP), em Recife, foi o primeiro estabelecimento de saúde a receber a placa de Hospital Amigo da Criança. Em 1993, foram credenciados o Hospital Guilherme Álvaro, de Santos, São Paulo, e a maternidade Escola Assis Chateaubriand, de Fortaleza, Ceará[25].

Hoje 140 países já aderiram à iniciativa e estão contabilizados mais de 20 mil hospitais credenciados em todo o mundo[29].

No Brasil, estão habilitados 335 hospitais de acordo com o último levantamento realizado[30]. O Mapa abaixo apresenta a distribuição dos HAC pelas regiões brasileiras.

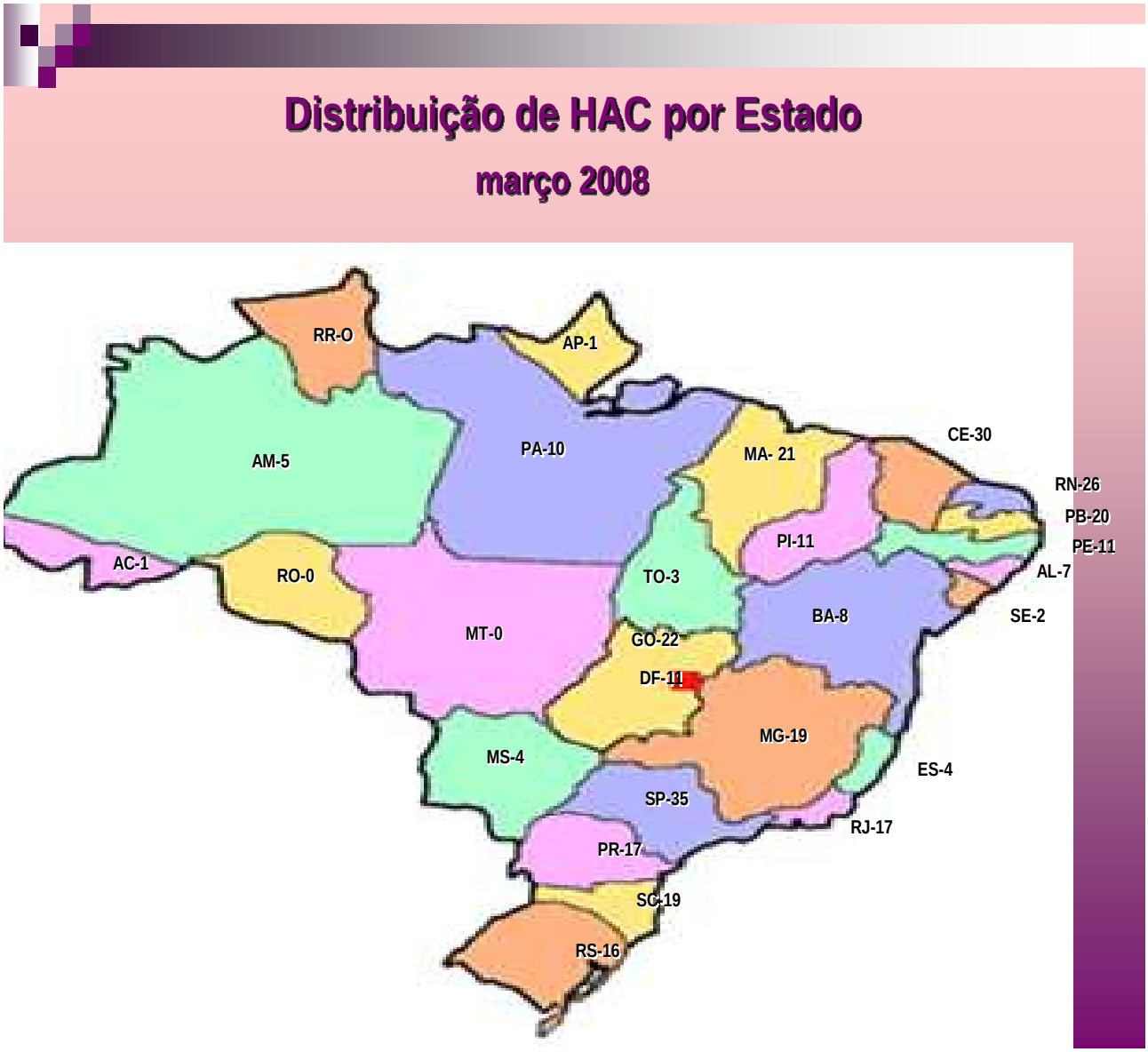

Figura 2. Distribuição dos hospitais credenciados pela IHAC nos estados da federação. 2008.

*Fonte: Ministério da Saúde Secretaria de atenção a saúde Departamento de ações Programáticas Estratégicas Área Técnica de Saúde da Criança e aleitamento Materno.

A IHAC credenciou 21 hospitais na região Norte, 145 na Nordeste, 38 na região Centro-Oeste, 79 na Sudeste e 52 na Sul [30].

Em São Paulo são 35 Hospitais. Embora seja o estado com maior número de instituições habilitadas, este número é insuficiente, pois somente 21% das Crianças nascem em hospitais Amigos da Criança. O último credenciamento em São Paulo ocorreu em 2005, assim, há cinco anos, não há interesse de hospitais na inserção à iniciativa, mesmo sendo o Brasil o único país que dá um incentivo financeiro para a instituição credenciada[29,31].

A Declaração de Innocenti enfatiza que o aleitamento materno é processo único e uma atividade que, mesmo tomada isoladamente, é capaz de reduzir a morbimortalidade infantil ao diminuir a incidência de doenças infecciosas. Também proporciona nutrição de alta qualidade para a criança, contribuindo para seu crescimento e desenvolvimento; contribui para a saúde da mulher, reduzindo riscos de certos tipos de câncer e de anemia e ampliando o espaçamento entre partos; proporciona benefícios econômicos para a família e à nação e, quando bem adotado, proporciona satisfação à maioria das mulheres[29].

Esses benefícios aumentam quando a amamentação é exclusiva na infância e, com a manutenção do aleitamento, na época de introdução da alimentação complementar[29].

A Iniciativa Hospital Amigo da Criança está implantada no Brasil há 18 anos e foram realizadas avaliações para verificar o cumprimento dos dez passos para o sucesso do aleitamento. De outubro de 1999 a Abril de 2000, avaliadores do Ministério da Saúde analisaram 137 instituições, ou seja, 90% do total das 152 credenciadas, a época[31]. Os resultados desta avaliação revelaram que 92% dos hospitais cumpriam todos os passos e a avaliação de cada passo evidenciou que os mais cumpridos foram: o seis (não dar aos recém-nascidos nenhum outro alimento ou bebida além do leite materno, a não ser que seja indicado pelo médico); o oito (encorajar o aleitamento materno sob livre demanda) e o nove (não dar bicos artificiais ou chupetas a crianças amamentadas ao seio)[31,32].

Outros estudos foram realizados com o objetivo de avaliar a evolução da IHAC no Brasil, de 1992 a 2004. Foram credenciados 312 IHAC no Brasil, nos anos de 1997, 2003 e 2004. Em 2004, dos 4347 hospitais do SUS com leitos obstétricos, 205 possuem IHAC. Ocorreram 2.227.971 partos nos hospitais do SUS em 2004, e desses, 565.990 foram realizados nos IHAC. A conclusão é que o número de HAC é muito pequeno quando comparado ao número de hospitais com leitos obstétricos do SUS no Brasil[33].

Mais alguns requisitos foram acrescentados, a partir de dezembro de 2004, para um estabelecimento de saúde receber o título de IHAC. O Ministério da Saúde considerou que é necessário o cumprimento dos critérios globais estabelecidos, como os "Dez passos para o sucesso do aleitamento materno", e também de dez novos requisitos. A portaria 756/16 inclui: garantia de registros civis a pelo menos 70% dos recém-nascidos, comprovação do cumprimento da Norma Brasileira de

Comercialização de Alimentos para Lactentes e limite de taxas de cesarianas. Nos últimos anos, avaliação e análise dos dados mostram menor número de habilitações de IHAC[32].

A falta de adesão das instituições à IHAC é lamentável, pois esta estratégia tem se mostrado relevante na determinação do aumento da prevalência do AME.

Os estudos[19,34] que analisaram a prevalência do AM concluíram que houve diferença significativa do tempo do AME das crianças nascidas em HAC comparadas com aquelas que não nasceram em instituições credenciadas.

Outra pesquisa[24], que comparou o AME em crianças nascidas em HAC com as nascidas em outro tipo de hospital, identificou que mães, que residem em municípios que não possuem HAC, têm 2,2 vezes mais chances de introduzir outro alimento antes do tempo preconizado. Apontou, também, que crianças nasceram em outro tipo de hospital apresentam 1,5 vezes mais chance de não estar em AME nos primeiros quatro meses e as mulheres primíparas, com menos de 20 anos, têm 1,2 vezes mais chance de abandonar o AME antes de a criança completar quatro meses.

A IHAC é comprovadamente importante para o AM. Há, entretanto, que se monitorar e avaliar continuamente o impacto desse programa nos índices de AME.

2 OBJETIVOS

Geral

- Verificar o tempo médio do aleitamento materno exclusivo de crianças nascidas em um Hospital Amigo da Criança (IHAC).

Específicos

- Identificar as dificuldades encontradas pelas mães no aleitamento.

- Identificar os motivos do desmame precoce, quando ocorrer.

- Relacionar o tempo de aleitamento materno com as variáveis: estado civil, idade materna, peso do bebê ,dificuldades encontradas e orientações recebidas.

3 MÉTODO

3.1 Tipo e Local da Pesquisa

Trata-se de estudo longitudinal, de coorte, descritivo exploratório com abordagem quantitativa, realizado em um hospital Municipal, localizado na zona leste do município de São Paulo, que atende a usuários do Serviço Único de Saúde (SUS).

A instituição possui 207 leitos assim distribuídos: 20 leitos de clínica cirúrgica, 55 de clínica médica, 30 para atendimento psiquiátrico, 21pediátrico, 7 de Unidade de Terapia Intensiva Adulto e 13 unidades de neonatologia, 18 para observação adulto, 13 para observação infantil, 30 para puerpério (alojamento conjunto e ginecologia). A maternidade tem uma média de 140 partos/ mês, dos quais em torno de 25% são cesarianos e 75% partos normais.

A Instituição, em 2003, iniciou um trabalho incisivo para obter o credenciamento na IHAC cujos objetivos principais são: promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno.

O processo para credenciar o hospital envolveu várias etapas e todas as instâncias e serviços da instituição. Os primeiros passos para esta empreitada começaram com um contato com a Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo e a verificação das condições do hospital para se adequar aos critérios necessários para o credenciamento. Isto posto, deu-se início à etapa de sensibilização de gestores e de todos os profissionais envolvidos na assistência direta e/ou indireta. São responsáveis pela assistência direta os profissionais da área da saúde (médicos, enfermeiros, técnicos, auxiliares, nutricionistas) e pela assistência indireta, todos os demais funcionários como os da zeladoria, manutenção, entre outros.

Assim, após cumprir todos os requisitos e se submeter à avaliação da Secretaria Municipal e do Ministério da Saúde, o hospital obteve o credenciamento em 2005.

Em 20/04/2009 ocorreu a primeira reavaliação dos 10 passos e em 25/02/2011 a segunda reavaliação, que apresentaram os seguintes dados: os passos 1,2 e 4 parcial/cumprido; o 3 não pôde ser avaliado por não ocorrência de

parto no momento; e os restantes 5,6,7,8,9 e 10 foram cumpridos. Quanto a outros critérios estabelecidos pelo MS, o que avalia 70% dos RNs na alta com registro, não é cumprido totalmente. O cumprimento da NBCAL é parcial, devido a algumas alterações no manual e normas.

O hospital tem grande empenho em atingir os objetivos de promoção e incentivo ao aleitamento materno por isso, além de implantar e seguir os dez passos da IHAC, lança mão de outras iniciativas para envolver a mulher no processo de aleitar, que se inicia na internação no centro obstétrico e continua no parto, pós-parto e puerpério. No alojamento conjunto, onde permanece com o bebê, recebe a visita diária de profissionais qualificados para orientá-la sobre o aleitamento materno e dar o apoio necessário para o seu sucesso. Conta também com o método da mãe canguru. São empregadas ainda pela instituição outras estratégias que visam dar apoio à nutriz, como o agendamento de retorno dos recém-nascidos (RN) prematuros, e de alto risco ao ambulatório do hospital e agendamento de retorno para todos os binômios no ambulatório de aleitamento materno, após 10 dias da alta. No ambulatório, é realizada pela enfermeira a consulta de puericultura, que tem também o objetivo de orientar e esclarecer as dúvidas das mães. Além disso, a instituição conta com posto de coleta de leite humano, sala de armazenamento de leite e sala de porcionamento de leite para RNs prematuros.

3.2 Amostra

A amostra foi constituída por mulheres, que deram à luz no referido hospital, nos meses de janeiro, fevereiro e na primeira de semana de março de 2010. A necessidade de ampliar a coleta para a primeira semana de março ocorreu por causa de à diminuição do número de partos nesse período, por problemas administrativos.

Assim, a amostra foi por conveniência e dela fizeram parte as 225 puérperas que atenderam aos seguintes critérios de inclusão:

- ser mãe de Recém-Nascido sem patologia, a termo ou prematuro;
- possuir telefone residencial ou celular;
- estar amamentando exclusivamente, no momento da alta;

- aceitar fazer parte do estudo assinando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice A).

Das 225 puérperas que integraram inicialmente a amostra, 19 foram excluídas por não terem sido localizadas por contato telefônico, na segunda etapa da coleta dos dados.

3.3 Coletas de dados

3.3.1 Instrumento para Coleta de dados

Para a coleta de dados foi criado um instrumento (Apêndice B), composto de quatro partes: a primeira possibilitou coletar os dados sócio demográficos das mulheres incluindo: idade, escolaridade, estado civil, profissão, situação empregatícia, renda mensal familiar e número de pessoas no domicílio. A segunda parte referiu-se aos antecedentes obstétricos e constou de variáveis como: gestação, paridade, tipo de parto, data do parto e dado do Recém-Nascido (peso e capurro). A terceira parte foi constituída pelos dados referentes a: amamentação dos filhos anteriores e do atual; dificuldades no aleitamento e orientações recebidas. A quarta parte possibilitou o monitoramento do aleitamento no decorrer dos seis meses de vida do bebê e compreendeu questões sobre o tipo de aleitamento praticado, dificuldades encontradas e motivo do desmame (quando ocorreu).

3.3.2 Procedimentos para a coleta de dados

Os dados foram coletados pela pesquisadora em duas etapas distintas. Na primeira, a pesquisadora compareceu ao Alojamento Conjunto do Hospital de 2º a 6º feira, no período da manhã, para identificar as mães que se encontravam de alta hospitalar. Nesse momento, abordou as puérperas e explicou o objetivo da pesquisa, sua participação voluntária, a possibilidade de interromperem sua participação quando desejassem; solicitou sobre a entrevista que seria realizada naquele momento e as entrevistas posteriores que ocorreriam via telefone, por seis

meses. A mulher foi informada também que os riscos dela e de seu bebê para participar do estudo seriam mínimos. As que aceitaram integrar a amostra assinaram o Termo de Consentimento Livre Esclarecido (Apêndice A).

A seguir, a mãe foi entrevistada individualmente, em local privativo quando foram preenchidas as partes um dois e três do instrumento (Apêndice B).

A segunda etapa da coleta dos dados foi o monitoramento do aleitamento materno, efetuado por via telefônica, que perdurou até que o bebê completasse seis meses de vida. Esta etapa teve início 15dias após a alta hospitalar da mãe e do bebê e prosseguiu por 30, 60, 90, 120 e 180 dias.

No momento do monitoramento a cada telefonema, em razão do próprio comprometimento ético e profissional, algumas dúvidas das mães foram esclarecidas, sempre relacionadas ao binômio.

A censura de algumas mães foi realizado após seis tentativas infrutíferas de contato telefônico e, antes da próxima data do monitoramento, e elas foram excluída da amostra.

3.3.3 Procedimentos éticos

De acordo com a Resolução 196/96, que trata de pesquisas com seres humanos, todas as mulheres que aceitaram participar da pesquisa assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice A), onde constam os objetivos do estudo, as atividades a serem desenvolvidas, a participação voluntária das mulheres, a informação de que os dados coletados poderão ser utilizados para outras pesquisas ou publicações e a garantia do sigilo de suas respostas e identidades. Além disto, o Projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Prefeitura Municipal de São Paulo e aprovado sob número nº435-09- CEP-SMS CAAE: 0216.0.162.000-09. Foi também solicitada e concedida autorização formal da Diretoria da instituição hospitalar onde a pesquisa foi realizada (Apêndice C).

4 ANÁLISE ESTATÍSTICA

As variáveis qualitativas foram expressas através das frequências absolutas e relativas e as quantitativas, pelas estatísticas descritivas: média e mediana para resumir as informações e desvio padrão, mínimo e máximo para indicar variabilidade dos dados. Para a comparação do tempo de aleitamento materno com as variáveis qualitativas (estado civil, orientação e dificuldade encontrada) foi aplicado o teste não paramétrico de Mann-Whitney, por causa da falta de normalidade. Para a comparação com as variáveis quantitativas (peso do bebê e idade) foi realizada uma análise correlação, por meio o coeficiente de Pearson, que é uma medida entre -1 e 1, em que o valor zero indica que as variáveis analisadas não possuem correlação (o comportamento de uma variável independe da outra). Também foi aplicado um teste de significância. Vale lembrar que os testes feitos para a correlação verificam se o coeficiente de correlação é igual a zero (Ho: Coef. Correlação=0), ou seja, indicam se a correlação pode ser considerada nula, o que significaria que as duas variáveis não são correlacionadas. Construímos também os diagramas de dispersão, que é o cruzamento das duas variáveis.

O Teste Exato de Fisher ($p>0,05$) foi usado para averiguar correlação entre a variável dificuldade encontrada pela mãe na internação com o desmame. Os cálculos estatísticos foram realizados utilizando-se o software SPSS for Windows versão 13.0 - Statistical Pachage for the Social Science. O nível de significância assumido foi de 0,05.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

As 225 mães que aleitavam seus filhos exclusivamente, por ocasião da alta hospitalar, foram elegíveis para integrar a amostra. Entretanto, durante o monitoramento do aleitamento exclusivo, realizado por um período de seis meses, com contato telefônico no D15, D30, D60, D90, D120, D150 e D180, ocorreram desligamentos, que totalizaram 19 mães (perda de contato). No D15 foram perdidas 14 mães, no D30, três e D60, duas. A informação em relação ao tempo de aleitamento materno exclusivo foi conseguida de 206 mães, embora não tenham sido todas seguidas durante os 180 dias, pós-alta da maternidade.

O fluxo abaixo demonstra as perdas e as exclusões por desmame:

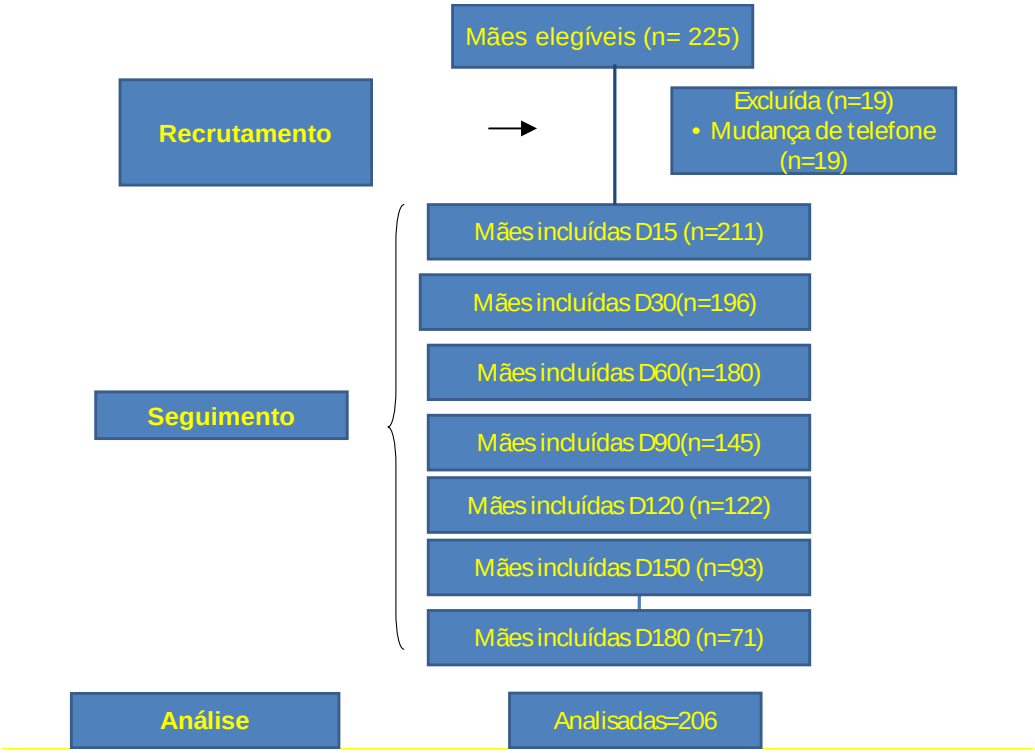

Figura 3. Fluxo das mães do estudo. São Paulo, 2010.

Os resultados do estudo serão apresentados na seqüência abaixo descriminada.

5.1. Dados demográficos
5.2. Dados obstétricos
5.3. Dados sobre amamentação
5.4. Monitoramentos do aleitamento materno
5.5. Relação entre o tempo de AME e as variáveis: estado civil, idade materna, peso do bebê, dificuldades encontradas pelas mães no aleitamento na internação e orientações recebidas.

5.1 Dados demográficos

Tabela 1. Distribuição da amostra, segundo estado civil, grau de instrução, situação empregatícia, renda familiar e número de pessoas no Domicilio. São Paulo, 2010.

Variável	**N**	**%**
Estado Civil		
Casada	33	14,7
Solteira	62	27,6
Separada	4	1,8
União Consensual	125	55,6
Viúva	1	0,3
Grau de Escolaridade		
Analfabeto	2	0,8
Fundamental incompleto	60	27,4
Fundamental completo	39	17,0
Médio incompleto	39	17,0
Médio completo	83	37,0
Superior	2	0,8
Situação Empregatícia		
Empregada	13	5,8
Desempregada	62	27,6
Do Lar	126	56,0
Estudante	24	10,6
Renda Familiar (Salário mínimo*)*		
0 a 1	84	37,3
2 a 3	119	53,0
> 3	22	9,7
Número de pessoas no domicilio		
2 a 4	123	54,7
5 a 7	84	37,4
8 a 10	10	4,4
> 11	8	3,5
Total	**225**	**100**

A média de idade que compôs a amostra inicial (225) foi de 25,7 anos de idade (DP de 7,3), o que caracteriza um grupo jovem de mulheres.

Resultado semelhante foi encontrado em outros estudos[19,35] sobre aleitamento materno, em que as mulheres eram jovens. Em um deles a maioria das mães (53%) tinha entre 14 e 23 anos; no outro, a idade média foi de 25,8 anos (DP de 6,9).

Pela Tabela 1 observa-se que a maioria (70,3%) tem companheiro fixo, sendo 14,7% de casadas e 55,6% viviam em união consensual. Vários estudos mostram a tendência atual dos casais viverem em união consensual. Em um deles[19,53] o percentual de mulheres que vivia em união com seus companheiros foi 56% e um outro refere que a maioria das mães mantinha união estável.

Os dados sócio demográficos indicaram, ainda, que a maioria (54%) cursou o nível médio. Destas 37% o concluíram e 56% declararam-se do lar. A renda familiar da maioria (53%) estava entre 2 e 3 salários mínimos e a maioria das famílias (54,7%) era constituído por 2 a 4 pessoas.

Estes resultados são semelhantes ao de outros estudos[19,35] sobre aleitamento materno, no que diz respeito ao perfil sócio demográfico das mulheres no primeiro, as mães eram também jovens com grau de escolaridade média de 9,2 anos, dos quais 65,1% não exerciam atividade remunerada. No outro, a maioria das mães (55%) tinha o nível fundamental incompleto e 89%, no momento do estudo, não exercia atividade remunerada.

No que se refere à renda familiar, o resultado é semelhante a um estudo que aponta que a maioria das famílias (73,9%) vivia com renda entre 1 e 3 salários[35] Entretanto, em estudo que analisou a situação sócio demográfica de mães da zona rural e urbana, a renda cai, pois a maioria era da zona rural e 68,5% ganhavam menos que um salário mínimo[36].

5.2 Dados obstétricos

A análise dos dados obstétricos e do recém-nascido (RN) revelou que o peso médio dos bebês foi de 3.139,7g (DP 507,3). A média da idade gestacional dos bebês ao nascer (Capurro) foi de 271,3 (DP 10,3), aproximadamente 39 semanas. Resultados semelhantes foram encontrados em estudo que analisou a manutenção do aleitamento em HAC, cujo resultado apresentou o seguinte dado: o peso médio dos RNs foi de 3.344,8g e a idade gestacional dos bebês ao nascer foi de 39 semanas[35].

Tabela 2. Distribuição da amostra segundo tipo de parto, gestação e paridade. São Paulo, 2010.

Variável	**N**	**%**
Normal	180	80,0
Cesário	42	18,7
Fórceps	3	1,3
Total	**225**	**100**
Gestação		
Uma	81	36,0
Duas	68	30,2
Três ou mais	76	33,8
Total	**225**	**100**
Paridade		
Um	90	40,0
Dois	65	28,9
Três ou mais	70	31,1
Total	**225**	**100**

Na Tabela 2, observa-se que 80% das mulheres tiveram partos normais e 18,7% parto operatório. Esta instituição em estudo se beneficia com a assistência ao parto normal realizado por enfermeiras obstétricas e esses resultados são excelentes comparados com a média nacional de tipos de parto, pois, na realidade, a maioria dos partos é cesariana, principalmente na rede privada de saúde. No Sistema Único de Saúde, onde são atendidas 76% dos partos, as taxas de cesariana aumentaram de 25%, em 1999, para 32%, em 2007[37].

Estudo realizado em 2009 em HAC, o percentual do parto vaginal foi de 67,4% e o de cesárea, 32,6%. O maior percentual de partos operatórios, nesta instituição que é pública, provavelmente se deve ao fato de ser este um hospital de referência para patologias obstétricas[35].

Em instituição que atende usuárias de planos de saúde e onde foi realizado estudo sobre aleitamento, o percentual de partos operatórios encontrados foi de 84% e o de parto normal, de 16%, o que reitera os dados, do Ministério da Saúde, em que, no setor de saúde suplementar, a taxa de cesariana aumentou de 64,5%, em 2003, para 83,7%, em 2006 [37,42].

A taxa de cesariana, incluindo SUS e serviços privados, era de 40% em1996, reduziu para 37% em 1999 e aumentou 45% em 2006[37].

Em relação ao número de gestações e paridade, 36% das mulheres eram primigestas e 40% primíparas. Estes resultados são semelhantes aos de outros estudos que indicaram 34,3% e 47,1%, respectivamente[35,36].

5.3 Dados sobre amamentação

Os dados sobre amamentação revelam que a maioria das mães (58,6%) amamentou seus filhos anteriormente e destas 67,4% referiram não terem tido problemas para amamentar, enquanto 32,6% alegaram alguma dificuldade. Em estudo semelhante, um percentual maior de mães (88%) amamentou os filhos anteriores, 75,1% dos quais não encontraram dificuldade e 24,9% tiveram dificuldade [35].

Quanto à intenção de amamentar este filho, 100% das mães referem pretender amamentá-los exclusivamente. Em outro estudo, o percentual de mulheres que manifestaram intenção de aleitar foi menor (79,3%)[35].

E, ainda, outro estudo revela que (86,5%), manifestaram a intenção de amamentar[38].

Tabela 3. Distribuição da amostra segundo dados do aleitamento anterior e atual. São Paulo, 2010.

Dificuldade na Amamentação anterior	**N**	**%**
Não	89	67,4
Sim	43	32,6
Total	132	100
Dificuldade na Amamentação atual		
Não	157	69,8
Sim	68	30,2
Total	225	100

Ao comparar as mesmas mães que referiram dificuldades em amamentar filhos anteriores e o atual, observa-se, na Tabela 3, que os resultados sobre o aleitamento do bebê atual e o do anterior são semelhantes, pois 69,8% das mães referiram não encontrar dificuldade nesta amamentação e 67,4%, na anterior.

A amamentação, quando bem sucedida e encarada como um acontecimento positivo, pode influenciar a mulher na repetição da experiência.

Das 132 mães que tiveram dificuldade na amamentação anterior, 32,6% indicaram a fissura ou trauma mamilar como o maior problema. O trauma mamilar é citado em inúmeros trabalhos como o principal obstáculo das mães no processo de aleitar[39,40].

Na situação atual, das 68 mulheres que relataram dificuldade, 70,5% referiram-se à pega como maior obstáculo. Por isso um profissional capacitado e comprometido pode fazer a diferença no auxilio as mães no início do aleitamento.

Na IHAC as orientações são valorizadas e constituem um dos pilares de sustentação da iniciativa. Dos dez (10) passos que a compõem, cinco (3,5,6,7,8,9) dizem respeito à orientação das mães e os hospitais credenciados devem efetuá-las com base nesses passos..

Tabela 4. Distribuição da amostra segundo orientações recebidas sobre amamentação durante internação (baseline). (N=225) São Paulo, 2010.

Variável	**N (225)***	**%**
Orientação		
Não	2	0,9
Sim	223	99,1
Tipo de orientação		
Posição do bebê	220	98,7
Pega do mamilo e auréola	221	99,1
Ordenha das mamas	206	92,4
Armazenamento do leite	28	12,6
Tempo em cada mama	163	73,4
Livre demanda	215	96,4
Importância do Aleitamento Materno	214	96,0
Uso de Bicos e Chupetas	67	30,0

* Duas mães não receberam nenhum tipo de orientação

Observa-se na Tabela 4, abaixo, que duas mães das 225 alegaram que não receberam nenhuma orientação durante o período em que estiveram internadas, mas a grande maioria (99,1%) recebeu as orientações.

Estudo que avaliou as orientações recebidas por mães internadas em HAC identificou que 77% receberam algum tipo de orientação na maternidade[36], resultado inferior ao encontrado neste trabalho.

Pelos dados da Tabela 4, nota-se que dos oito (8) itens que compõem o elenco de orientações, cinco (5) foram indicados por mais de 90% das mães como

efetivamente efetuados pela equipe de saúde do hospital. Os três itens restantes foram indicados como recebidos por um percentual menor, sendo (2) itens, os menos orientados, o armazenamento do leite referido por 30% e o uso de bicos e chupetas por apenas 12,6% das mães o referiram.

Esta disparidade entre as orientações foi observada também em outro estudo[59], no qual 100% das mães referiram ter sido orientadas sobre o posicionamento do bebê durante a mamada e apenas 6,6%, sobre a ordenha.

Outro estudo[35] encontrou resultados bastante positivos no que se refere à orientação das mães quanto à posição e pega, visto, pois 96,9% das mães confirmaram esta orientação, mas a discrepância entre as orientações foi evidenciada, quanto à ordenha, visto que apenas 54,1% das mães se referiram a esta orientação.

Os profissionais de saúde que manejam o aleitamento materno não podem ignorar que a orientação é uma das estratégias mais eficazes na manutenção do aleitamento materno. Neste sentido diversas publicações[19,35,38,41] enfatizam o impacto positivo das orientações sobre a continuidade do aleitamento materno.

O apoio às mães nos primeiros dias após o parto, quando a criança inicia a amamentação, é primordial para evitar o trauma mamilar que sabidamente é um empecilho para à continuidade do aleitar e que pode ser desencadeado por uma pega incorreta. Ressalte-se que neste estudo, embora 99,1% das mães tenham sido orientadas, a pega correta de mamilo e auréola foi a dificuldade mais apontada por elas (70,5%).

5.4 Monitoramentos do aleitamento materno

Para a análise estatística foi considerada a amostra de 206 mães, das quais se teve informação sobre o AME, em algum momento do período de monitoramento que ocorreu aos 15, 30, 60, 90, 120, 150 e 180 dias, após o parto.

Tabela 5. Distribuição das mães por tipo de aleitamento no decorrer dos 180 dias de Monitoramento. São Paulo, 2010.

Tipo de Aleitamento	Dias de monitoramento													
	15		30		60		90		120		150		180	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
AE	199	94,3	182	92,9	145	80,6	122	84,1	93	6,2	71	76,3	68	95,8
AM	6	2,84	11	5,6	25	13,9	17	11,7	22	18	21	22,6	03	4,2
AA	6	2,84	03	1,5	10	5,6	06	4,1	07	5,7	01	1,1	-	-
Total	211		196		180		145		122		93		71	
missing	14		03		02		0		0		0		0	

A Tabela 5 permite visualizar que no 15º dia após a alta hospitalar foi possível o contato telefônico com 211 mães, havendo, portanto, um missing de 14 mães; no 30° houve um missing de 3 e no 60°, a perda foi de mais 2. A partir daí foi possível o contato com todas aquelas que mantinham o AME, sendo eliminadas as que introduziam algum tipo de alimento ou desmamavam o bebê.

No início do monitoramento das 211 mães contatadas, 94,3% mantinham o AME. Ao final do monitoramento (180dias) 68 mães permaneciam em AME. Observa-se que no seguimento *missing*, ou seja, as mães com as quais não se conseguiu contato e que foram excluídas da amostra, as perdas foram maiores no início do acompanhamento. Aos 60 dias houve o maior número de abandono do AME e o maior número de desmame.

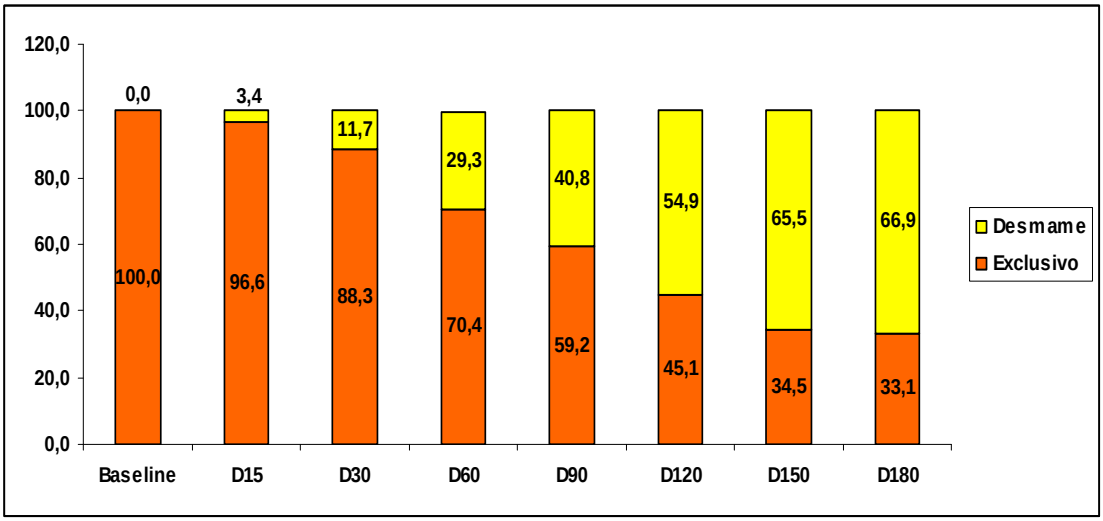

Figura 4. Distribuição percentual das mães segundo a manutenção do aleitamento materno exclusivo nos períodos de avaliação pós-alta (n=206). São Paulo. 2010.

Observa-se na Baseline da Figura 4, que corresponde ao dia da alta hospitalar, que 100% das mães (225) estavam aleitando seus filhos exclusivamente. Aos 15 dias, 96,6% mantinham a AME, percentual que caiu para 33,1% aos 180 dias. Embora tenha havido um decréscimo importante no percentual de mães que mantiveram o AME até os 180 dias, este resultado é mais expressivo que o de outro estudo35 que avaliou, em São Paulo, a manutenção do AME em HAC, onde o percentual de mães amamentando exclusivamente na alta era de 99% e decaiu para 6% aos 180dias.

Estudo de coorte 19 que avaliou a manutenção do aleitamento materno, os resultados foram semelhantes ao do presente estudo, pois 92% das mulheres amamentavam no início e 31% mantiveram o AME até os 180 dias.

O percentual de 33,1% de mães aleitando exclusivamente aos 180 dias depois do parto, encontrado neste estudo, pode ser avaliado como razoável se for considerado o indicador da OMS de aleitamento exclusivo para crianças menores de seis meses, uma vez, que para obter conceito bom deveria atingir os percentuais entre 50% e 89% e muito bom, a partir de 90%.

A IHAC é uma estratégia mundialmente empregada na promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno, principalmente o exclusivo. Estudos realizados em outros países demonstram o impacto da iniciativa nas taxas de aleitamento materno.

Para ilustrar a importância da IHAC e como essa estratégia se expande em âmbito mundial, comparam-se os dados obtidos nesta analise com os de outros países onde ao AME foi implantada.

No Chile, estudo de coorte que avaliou a tendência do aleitamento materno antes e após a adoção da IHAC observou um expressivo aumento dos percentuais de AME das crianças até o 6º mês de vida, passando de 16% para 43,1%. Esses resultados favoráveis foram atribuídos a capacitação da equipe de saúde em nível nacional, a revisão e adequação das normas ministeriais de alimentação das crianças menores de 2 anos, maior ênfase sobre aleitamento materno na formação dos profissionais de saúde e o monitoramento do Código de Substitutos do Leite Materno.

Na Rússia, estudo que avaliou a implementação da IHAC e seu impacto na prática da amamentação, comparando hospitais com e sem HAC, demonstrou que o AME alcançou 88,9% nos hospitais credenciados e 32,6% nos não credenciados.

Nos Estados Unidos da América, o Hospital Boston Medical Center recebeu a designação de Hospital Amigo da Criança em 1999 e obteve crescimento das taxas de aleitamento de 58% para 87% de mães em AME.

No estudo atual não foi possível analisar o impacto da IHAC nas taxas de aleitamento, pois não era conhecida a prevalência do AME antes do credenciamento da instituição, mas esperava-se um percentual mais expressivo.

Tabela 6. Estatística descritiva do tempo de aleitamento exclusivo (em dias). São Paulo, 2010.

N	Média	Mediana	Desvio Padrão	Mínimo	Máximo	Percentil	
						25	75
206	112,93	113,00	59,09	3	180	54,75	180

A Tabela 6 evidencia que a média de AME nos 180 dias analisados foi de 112,93 dias e a mediana 113 dias. Observa-se, também, uma amplitude grande entre o mínimo de dias (3) e o máximo (180 dias). Das 206 mães, 25% aleitaram exclusivamente por até 54,7 dias e 75% de 3 a 180 dias. A média encontrada pode ser considerada boa, uma vez que a média nacional foi de 54,1 dias, como

demonstra o estudo[4] mais recente (2008) sobre a prevalência do aleitamento materno exclusivo.

Os autores atribuem este aumento na média a diversas estratégias e políticas de incentivo ao aleitamento materno, entre elas a iniciativa Hospital Amigo da Criança. Entretanto, a média do AME na cidade de São Paulo foi de 49,3 dias, baixa para uma das mais importantes capitais da federação e a que apresenta maior número de hospitais credenciados na IHAC (35)[4,27]. Outras capitais de estados brasileiros apresentaram médias mais expressivas de AME, Belém é a que apresentou melhores resultados com 65,9 dias, Santa Catarina (63,8) e Mato Grosso do Sul (62)[4].

A literatura disponibiliza estudos que apontam a IHAC como estratégia capaz de influir positivamente na prevalência do AME, como um realizado em HAC que concluiu que a iniciativa favoreceu sua manutenção[35].

Outros estudos, [70] que avaliaram HAC encontraram mediana de AME de 98 dias e 105 dias AM, resultados melhores do que o encontrado na pesquisa nacional realizada pelo MS.

As médias do AME desta pesquisa nacional, embora tenham melhorado, ainda estão longe de atingir a recomendada pela OMS (180) dias. No estudo atual a média obtida aproxima-se mais da recomendação.

O monitoramento do AME permitiu identificar as dificuldades das mães no decorrer do período de seis meses. Na Tabela 7 estão especificados os problemas referidos por elas em cada período e que constituíram obstáculo ao processo de aleitar, mas que não obrigatoriamente levaram à interrupção da amamentação.

Tabela 7. Distribuição das dificuldades referidas pelas mães no decorrer do Monitoramento do aleitamento. São Paulo, 2010.

	Dias de Monitoramento													
Dificuldades	15		30		60		90		120		150		180	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Leite fraco/pouco Leite	11	42,3	11	64,7	15	40,5	15	55,6	8	30,8	6	37,5	2	66,7
Trabalho/estudo	-	-	4	23,5	13	35,1	11	40,7	10	38,4	7	43,8	1	33,3
Cólica RN	-	-	-	-	2	5,4	-	-	-	-	-	-	-	-
Doença RN	1	3,9	-	-	4	10,9	1	3,7	3	11,5	2	12,5	-	-
Doença da Mãe	1	3,9	-	-	-	-	-	-	3	11,5	-	-	-	-
RN recusa aleitamento	-	-	1	5,9	2	5,4	-	-	1	3,9	-	-	-	-
Crenças	-	-	-	-	-	-	-	-	1	3,9	1	6,2	-	-
Trauma mamilar/Fissura	11	42,3	1	5,9	1	2,7	-	-	-	-	-	-	-	-
Mastite	2	7,6	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
total	26	100	17	100	37	100	27	100	26	100	16	100	3	100

Observa-se na Tabela 7 que, dentre os principais problemas citados como dificultadores do aleitamento, destaca-se a impressão de leite fraco ou pouco leite referido pelas mães em todos os períodos analisados, (15 d, 30 d, 60 d, 90 d, 120 d, 150 d e 180 d). A volta ao trabalho ou ao estudo foi a segunda dificuldade mais mencionada, apenas aos 15d não houve menção a este problema. Entretanto no 15º dia, o trauma mamilar teve percentual de 42,3% de referência e a mastite 7,6%.

O percentual encontrado neste estudo para trauma mamilar e fissura foi mais baixo do que no de outros autores, porém esses são os dois problemas mais referidos na literatura como impeditivos ou dificultadores da amamentação[42].

Em estudo que avaliou a dificuldade das mães para aleitar, 61% delas citarem o trauma mamilar e 19%, o ingurgitamento (que pode causar a mastite) como obstáculos à amamentação. Em outro estudo que avaliou o aleitamento em HAC, em 2009, as dificuldades mais encontradas no primeiro monitoramento foram, também, o trauma mamilar (84,3%) e a dor ao amamentar (72,3%)[35]. Outro estudo reafirma o trauma mamilar como uma dificuldade na primeira quinzena pós-parto, apresentando um percentual de 47,6%[43].

Pesquisa[44] que analisou a IHAC concluiu que a Iniciativa foi fator de proteção contra a mastite lactacional e o trauma mamilar, uma vez que o percentual de mastite encontrado foi 3,6% e não foi observado nenhum caso de fissura.

A dedicação e o apoio da equipe de saúde são fundamentais para o sucesso da amamentação e na prevenção dos traumas e mastites, que ocorrem nos primeiros dias de puerpério. É importante para o enfermeiro conhecer estas dificuldades e intervir para que não ocorram e a lactação seja bem sucedida.

As dificuldades enfrentadas pelas mulheres no processo de aleitar podem ser preditivas de desmame. A Tabela 8 apresenta o percentual das mães que desmamaram os filhos com 15, 30, 60, 90, 120 e 150 dias, por dificuldades ou por outros fatores que foram classificadas nesta pesquisa como causas indiretas ou diretas do abandono do AME.

Consideram-se como causa indireta: leite fraco ou pouco leite; a volta ao trabalho ou ao estudo; a indicação do pediatra; cólicas do recém-nascido (RN); doença do RN; doença da mãe; RN recusou mama; crenças ou falta de motivo e, como causas diretas, o trauma mamilar/ fissura e a mastite.

Tabela 8. Dificuldades na amamentação que foram causas diretas ou indiretas do desmame, Nos diversos períodos. São Paulo. 2010.

Dif. Dificuldade

Des. Desmame

Dificuldade	**D15**				**D30**				**D60**				**D90**				**D120**				**D150**				**D180**				**Total**	
Causas Indiretas	**Dif.**		**Des.**		**Dif.**		**Des.**		**Dif.**		**Des.**		**Dif.**		**Des.**		**Dif.**		**Des.**		**Dif.**		**Des.**		**Dif.**		**Des.**		**Des.**	
	n	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**
Leite fraco ou pouco leite	11	39,2	7	58,3	11	57,9	7	50	15	36,6	13	37	15	51,7	11	47,8	8	25	7	24,1	6	26	6	27,3	2	66.6	2	66,6	53	38,5
Trabalho ou estudo	-	-	-	-	4	21	4	29	13	31,7	12	34,2	11	38	11	47,8	10	31,3	9	31	7	30,4	7	31,9	1	33.4	1	33,4	44	32
Indicação Pediatra	2	7,2	2	16,7	2	10,5	2	14	2	4,9	2	5,7	2	6,9	1	4,4	4	12,5	4	13,8	5	21,8	5	22,8	-	-	-	-	16	11,7
Cólica RN	-	-	-	-	-	-	-	-	2	4,9	1	3	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	0,7
Doença Rn	1	3,6	-	-	-	-	-	-	4	9,7	2	5,7	1	3,4	-	-	3	9,3	2	7	2	8,7	1	4,5	-	-	-	-	5	3,6
Doença da Mãe	1	3,6	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	3	9,3	3	10,3	-	-	-	-	-	-	-	-	3	2,1
Rn recusou mama	-	-	-	-	1	5,3	1	7,2	2	4,9	2	5,7	-	-	-	-	1	3,2	1	3,4	-	-	-	-	-	-	-	-	4	2,8
Crenças	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	3,2	1	3,4	1	4,4	1	4,5	-	-	-	-	2	1,5
Sem Motivo	-	-	-	-	-	-	-	-	2	4,9	2	5,7	-	-	-	-	2	6,2	2	7	2	8,7	2	9	-	-	-	-	6	4,3
Causas Diretas																														
Trauma mamilar ou Fissura	11	39,2	3	25	1	5,3	-	-	1	2,4	1	3	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	4	2,8
Mastite	2	7,2	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Total	**28**	**100**	**12**	**100**	**19**	**100**	**14**	**100**	**41**	**100**	**35**	**100**	**29**	**100**	**23**	**100**	**32**	**100**	**29**	**100**	**23**	**100**	**22**	**100**	**3**	**100**	**3**	**100**	**138**	**100**

Observa-se na Tabela 8 que as dificuldades mais referidas aos 15 dias de monitoramento foram leite fraco ou pouco leite (39,2%) e trauma mamilar (39,2%). Das mães que abandonaram o AME neste período a maioria (58,3%) alegou não o trauma mamilar, mas o leite fraco para o desmame.

Nota-se, ainda, que a referência ao leite fraco ou pouco leite continua a ocorrer em maior percentual por todo o período, de monitoramento e foi a causa indireta mais alegada para o desmame (38,5%), seguida da volta ao trabalho/estudo (32%) e indicação do pediatra (11,7%).O abandono do AME por causa direta obteve percentual baixo (2,8%).

Diversos artigos[36,42,43,45] relacionam o trauma mamilar, o ingurgitamento e outros problemas relacionados à mama ao abandono do aleitamento. Estudo recente[35] observou diferença estatisticamente significativa na manutenção do aleitamento exclusivo entre mães que tiveram e aqueles que não tiveram problemas relacionados às mamas, ou seja, as mulheres que apresentaram alguma intercorrência mamária desmamaram seus filhos com menos tempo do que as outras. Nessa pesquisa, entretanto o trauma – fissura e a mastite não foram as dificuldades que mais levaram ao desmame.

Algumas mães referiram que desmamaram porque seu leite era fraco ou ter pouco leite, outros estudos[36,35,39,46] fazem esta referência indicando-a como o argumento mais frequentemente citado para a introdução de complementos.

Estudo que avaliou a interrupção do aleitamento materno observou que as principais causas do desmame foram leite secou (35,2%), leite fraco (17,5%), leite insuficiente (6,0%)[20].

O leite fraco é um fator cultural, um mito, pois a grande maioria das mulheres tem leite suficiente para sustentar a criança. Esta percepção errônea pode estar vinculada ao desconhecimento das mães quanto aos valores do seu leite, sobre como o leite materno é produzido, ao fato de relacionar o choro do bebê à carência de alimento, o que nem sempre é verdadeiro.

A cultura interfere fortemente nas crenças maternas e a ingerência de outras pessoas (avós, vizinhas), no que tange ao leite fraco, pode levar as mães a acreditarem que não são capazes de produzir leite em quantidade suficiente, mesmo quando são orientadas. Assim, o acompanhamento das mães, pela equipe de apoio, nos primeiros seis meses, para incentivar a continuidade do AME é uma estratégia fundamental.

Estudo que avaliou o desmame em prematuros observou que fatores culturais foram responsáveis por 56% dos desmames[21].

Um dos estudos[35] mais recentes sobre aleitamento mostra que 21,4% das mães referiram que seu leite secou e 13,9% indicaram outros problemas referentes à quantidade e qualidade do leite para interromper o aleitamento exclusivo.

Há que se considerar também que, em algumas circunstâncias, a mãe não quer amamentar e justifica a interrupção do aleitamento com o argumento de leite fraco ou pouco leite, pois precisa dar uma satisfação para si mesma e para os outros por não nutrir o filho com o próprio leite. Neste estudo, apenas 4,3% das mulheres assumiram que desmamaram sem motivo.

Os resultados demonstram que as dificuldades relacionadas diretamente ao ato de aleitar (fissura, ingurgitamento) não foram as que mais influenciaram no desmame. Alegações como leite fraco e diminuição do leite podem indicar desconhecimento da mãe ou aleitamento inadequado. Mães que não amamentam de forma correta, ou seja, não deixam o bebê mamar tempo suficiente ou por livre demanda podem produzir menos leite. Outros estudos corroboram estas afirmações[18,39,46.]

O segundo motivo mais indicado pelas mulheres para a introdução de complemento, ou seja, de abandono do AME, foi a volta ao trabalho/estudo (32%). Outros estudos[35,46] apontam o trabalho/estudo da mãe como causa de desmame.

Um deles,[46] que avaliou as causas do desmame precoce, obteve um resultado superior ao do estudo atual, pois indica o trabalho/estudo materno como a maior causa de desmame (70%).

Observa-se, ainda na Tabela 8, que o abandono do AME, segundo referência das mães, foi influenciado em 11,7% das vezes pelo pediatra que indicou a complementação do leite materno com fórmulas industrializadas.

Os autores [47,48] apontam a influência dos profissionais como uma das causas do desmame precoce, atribuindo a eles falta de atitude e práticas negativas, assim como falta de capacitação no manejo adequado do aleitamento. Entretanto, poucos atribuem diretamente ao pediatra a responsabilidade pela introdução de complemento com fórmulas lácteas, chás e outros alimentos antes dos seis meses de vida do bebê[49].

Giugliani [48], porém, faz referência a estudo que confirma a recomendação de pediatras para a introdução de complementos, como água, chá e outros alimentos e sua influência no desmame.

Os médicos envolvidos na IHAC devem ter uma visão diferenciada sobre a introdução de complementação ao AM porque recebem capacitação específica. O Passo seis (6) da IHAC é explícito ao recomendar que não seja dado ao recém-nascido nenhum outro alimento ou bebida além do leite materno, mas faz a ressalva de que o complemento seja com indicação médica. Entretanto, os médicos que acompanham as mães após a alta, em geral, não estão envolvidos nos preceitos da Iniciativa e recomendam indiscriminadamente a complementação, induzindo desta forma o desmame precoce.

Quando as mães têm algum suporte de profissionais comprometidos com o AME, após a alta, algumas vezes é possível reverter a situação de aleitamento não exclusivo, para o exclusivo. Narchi[19] e Giugliani[48] enfatizam esta estratégia no restabelecimento do AME.

A política de acompanhamento do binômio mãe-filho, com retorno até o décimo dia após a alta, pode fortalecer a estratégia de reversão para o AME, quando houver abandono do complemento, inadequadamente indicado.

5.5 Relação entre o tempo de AME e as variáveis: estado civil, idade materna, peso do bebê, dificuldades encontradas na internação e orientações recebidas.

Apresentam-se a seguir as correlações entre o tempo de manutenção do aleitamento exclusivo e as variáveis: estado civil, idade materna, peso do bebê, dificuldades encontradas no aleitamento na internação e orientações recebidas, consideradas de interesse para o estudo, pois a literatura[18,21,34,35,36,38] as apresentam como os fatores que mais interferem na manutenção do aleitamento materno.

Tabela 9. Tempo de aleitamento exclusivo e estado civil da mãe. São Paulo. 2010.

Estado Civil AME	N	Média	Mediana	Desvio Padrão	Mínimo	Máximo
Casada/ União consensual	145	117,50	118,00	60,39	3	180
Solteira/Separada/ Viúva	61	102,07	109,00	54,84	10	180
Total	206	112,93	113,00	59,098	3	180

pvalor = 0,074

Pelos resultados da Tabela 9, pode-se afirmar que, para a amostra estudada, não houve diferença relevante entre o tempo de aleitamento materno exclusivo e o estado civil das mulheres analisadas, embora a média de dias de manutenção do aleitamento exclusivo das que tinham companheiro fixo tenha sido maior (117,50 dias).

Estudo que avaliou o AM em um município de São Paulo identificou que a mulher que tem uma união estável, com companheiro (casada ou amasiada), amamenta significativamente mais tempo do que a solteira, separada ou viúva[18].

Entretanto, estudo de 2009 [35] que analisou o AME em HAC não encontrou diferença. Significativa entre o tempo de aleitamento e o estado civil das mães.

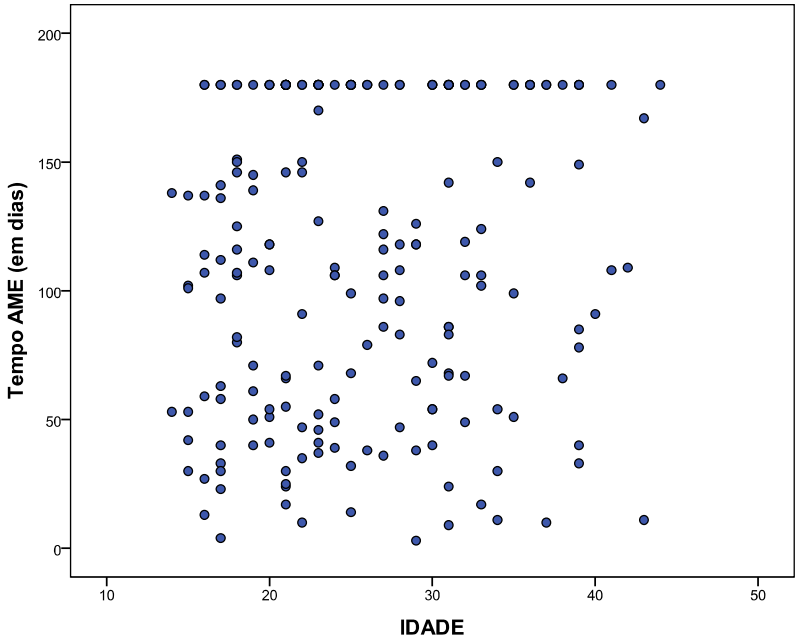

Figura 5. Dispersão entre a Idade da mãe e o tempo de aleitamento exclusivo (c.correlação = 0,100 – p=0,153) São Paulo, 2010.

Na Figura 5, observa-se que não houve correlação estatisticamente significante entre o tempo de aleitamento materno exclusivo e a variável idade materna. Ao contrário desse achado, estudos[35, 50] que analisam a relação entre a manutenção do AM e a idade da mãe apontam diferença significativa entre estas variáveis, pois há evidências de que as adolescentes deixam de aleitar mais cedo do que as mães com idade maior. Entretanto, outros estudos[21,35] que avaliaram esta relação corroboram os achados do estudo atual, porquanto também, não encontraram diferença estatisticamente significante entre o tempo de AME e a idade materna.

Como já esclarecido anteriormente, participaram deste estudo todas as mães que, na ocasião da alta hospitalar, estavam praticando o AME, inclusive as mães de 19 prematuros. Apesar da inclusão dessas crianças, o peso médio dos Recém-Nascidos, foi de 3.139,7g.

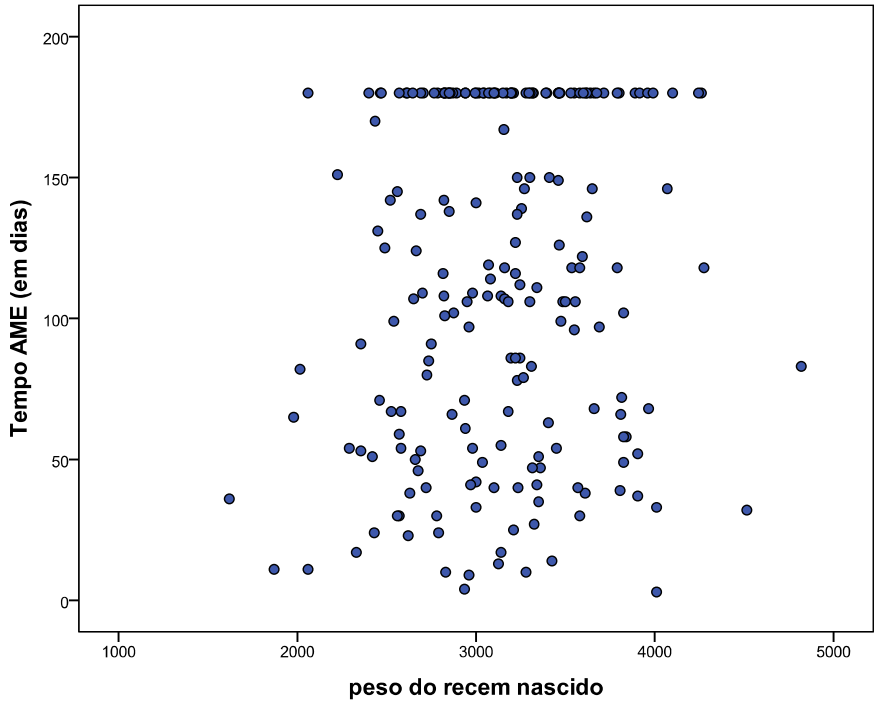

Figura 6. Dispersão entre o peso do RN e o tempo de aleitamento exclusivo (c.correlação = 0, 118 – p=0, 077) São Paulo, 2010.

A Figura 6 demonstra que não houve correlação estatisticamente significante entre o tempo de aleitamento materno exclusivo e o peso do recém-nascido.

Pesquisa semelhante[35] corrobora esses achados, pois também, não identificou diferença significativa entre o peso do bebê e AME.

Estudos[51,52,53] que analisam o AM em crianças prematuras constataram maior dificuldade no sugar e na efetividade da amamentação, mas o suporte à mãe pode representar a diferença entre o aleitar exclusivamente ou não, mesmo para crianças prematuras. Um deles [53] aponta que bebês prematuros cuidados no Programa Mãe Canguru tiveram maior tempo de AME do que bebês prematuros não incluídos nesse programa.

Tabela 10. Tempo de aleitamento exclusivo segundo dificuldades encontradas. São Paulo, 2010.

Problemas com amamentação atual	N	Média	Mediana	Desvio Padrão	Mínimo	Máximo
Não	140	119,54	123,00	58,77	4	180
Sim	66	98,91	104,00	57,76	3	180
Total	206	112,93	113,00	59,09	3	180

p-valor = 0,017

Observa-se na Tabela 10 que as mulheres que apresentaram dificuldades na amamentação tiveram, em média, tempo menor de aleitamento materno exclusivo ($p<0,05$), ou seja, a dificuldade na amamentação influencia o tempo de aleitamento materno exclusivo.

Figueredo[35], em seu estudo, encontrou os mesmos resultados, uma vez que as mulheres com dificuldade de amamentar na consulta de retorno apresentaram tempo de aleitamento exclusivo estatisticamente menor do que o mostrado por mulheres sem dificuldades.

As orientações e o apoio adequado dos profissionais de saúde, nos primeiros dias após o parto, são imprescindíveis para a mãe. Giugliani[48] em uma revisão sistemática comprovada a influência do aconselhamento na manutenção do AME, que o aumentou em até 13 vezes.

A atuação dos profissionais de saúde no manejo e suporte às mães e sua relação com o AME é fundamental e está sobejamente provada na literatura. O treinamento da equipe e o ensinar a mãe a amamentar e manter a lactação estão explicitados nos passos dois, três e cinco da IHAC.

Outro estudo[54] demonstra que as dificuldades estão fortemente associadas ao desmame.

O bem-estar das mães deve ser considerado acima de tudo, não só a manutenção da amamentação. As orientações e o apoio devem garantir também a qualidade de vida das mães.

Estudo que analisou a qualidade de vida de mulheres no puerpério encontrou diferença significativa entre mães que apresentaram ou não, trauma mamilar e ou ingurgitamento mamário[55].

Tabela11. Distribuição das mães que encontraram dificuldade no aleitamento durante internação e época do desmame. São Paulo, 2010.

Problema no aleitamento	DESMAME																					
	15 desmame			30 desmame			60 desmame			90 desmame			120 desmame			150 desmame			180 desmame		
	Sim	Não	P	Sim	Não	P	Sim	Não	P	Sim	Não	P	Sim	Não	P	Sim	Não	P	Sim	Não	P
Sim	3 (4,5%)	63 (95,5%)	0,40	3 (4,8%)	59 (95,2%)	0,032	6 (10,9%)	49 (89,1%)	**0,038**	1 (2,5%)	39 (97,5%)	0,52	3 (8,3%)	33 (91,7%)	0,42	1 (4,5%)	21 (95,5%)	0,24	0 (0)	14 (100%)	
Não	3 (2,1%)	137 (97,9%)		0 (0)	132 (100%)		4 (3,2%)	121 (96,8%)		5 (4,8%)	100 (95,2%)		4 (4,7%)	82 (95,3%)		0 (0)	71 (100%)		0 (0)	57 (100%)	
Total	6	200		3	191		10	170		6	139		7	115		1	92		0	71	

$p < 0,05$

A Tabela 11 dispõe dados sobre as mães que manifestaram ou não dificuldade ou problemas para amamentar, durante o período em que estiveram internadas, e sua correlação com o desmame nos períodos monitorados 15D, 30D, 60 D, 90D, 120D, 150D, e 180d. Para esta correlação foi aplicado o Teste Exato de Fisher (p>0,05).

Observa-se na Tabela 11 que as mães, que citaram o problema na pré-alta, no 60D apresentaram um percentual de desmame significativamente maior que aquelas que não tiveram dificuldades (10,9% v.s 3,3% , p=0,038).

A reflexão sobre esses achados é relevante, visto que eles apontam para uma questão importante: *problemas no início da lactação podem repercutir tardiamente e afetar no tempo de duração do AME.* Esta constatação é um alerta aos profissionais que orientam as mães e dão suporte após o parto. Deve-se recorrer a todos os meios possíveis para evitar que as mulheres sofram com desconfortos, inseguranças e medos ligados ao papel de nutriz para que possam ter sucesso no aleitamento.

Nota-se, ainda na Tabela 11 que no D30 o valor p= 0,032, é estatisticamente significativo, mas por haver mais de 20% das caselas com valor menor que 5, este resultado deve ser apreciado com cautela.

As Tabelas de 12 a 20 apresentam a relação entre as orientações recebidas na internação e o tempo de manutenção do aleitamento exclusivo. Observa-se, na Tabela 12, que duas mães alegaram não ter recebido nenhuma orientação durante o período de internação, assim a amostra nas tabelas de 13 a 20 será de 204 mães. Observa-se que parece pouco plausível que duas mães não tenham sido orientadas por nenhum profissional, em nenhum dos locais por onde passaram durante a internação (centro obstétrico, alojamento conjunto e unidade neonatal).

Os resultados encontrados, nestas tabelas, estão em percentual na maioria das vezes e não em média e mediana, optou-se por converter em percentual o número de mães, para facilitar a discussão com outros estudos.

Tabela 12. Tempo de aleitamento exclusivo relacionado às orientações recebidas. São Paulo. 2010.

Orientações recebidas durante a internação	N	Média	Mediana	Desvio Padrão	Mínimo	Máximo
Não	2	91,50	91,50	34,65	67	116
Sim	204	113,14	113,00	59,30	3	180
Total	206	112,93	113,00	59,09	3	180

p-valor = 0,631

Das 206 mães monitoradas, a maioria (99%) citou ter recebido orientações sobre o aleitamento materno. A média de dias de amamentação exclusiva dessas mulheres em relação às outras foi maior 113,14 dias e 91,5 dias, respectivamente.

As orientações são importantes, pois podem representar uma forma de apoio às mães e melhorar sua auto-estima no que se refere à sua capacidade de aleitar.

Para comparar o tempo de aleitamento materno com a variável qualitativa *orientação* foi aplicado o teste não paramétrico de Mann-Whitney, devido à falta de normalidade, e identificou-se que não houve diferença estatisticamente significante entre as orientações recebidas e o tempo de aleitamento materno exclusivo das mães monitoradas.

O percentual de mães que receberam orientação foi alto e esse resultado era esperado tendo em vista a filosofia do hospital credenciado desde 2005 como HAC. Esse achado é indicativo de que o passo três relacionado a informar as mães sobre as vantagens e o manejo do aleitamento materno está sendo cumprido a contento.

Apesar e as orientações serem bastante importantes na manutenção do AM especialmente o exclusivo, nem todas as gestantes e puérperas as recebem.

Estudo[38] recente, que analisa o conhecimento de primíparas sobre aleitamento materno, revela que 86,9% das mães referiam receber orientações. Em contrapartida, outra pesquisa [56], que avaliou Hospitais da rede privada do interior de São Paulo, identificou que apenas 38,2% das primiparas e 61,5% das multíparas receberam algum tipo de orientação.

Outros estudos[57,58], que avaliaram a relação entre orientação das mães e continuidade do AM, mostram a validade de ensinar as mães e seu impacto no

processo de aleitar. O primeiro mostrou que as mulheres, que receberam orientação durante o pré-natal, tiveram probabilidade duas vezes maior de praticar o AME ou o predominante aos 3 e 6 meses, em comparação com as gestantes que não receberam orientação. O segundo evidenciou que as mães que receberam orientação logo após o parto tiveram uma chance 1,7 vezes maior de obter escore acima da média no teste de conhecimentos no final do 1º mês após o parto e apresentaram uma chance significantemente maior de oferecer AME no final dos 1º e 3º meses e de 8,2 vezes maior no 3º mês.

A análise estatística evidenciou que, no 6º mês, a razão de chance foi alta, mas não significativa, entretanto, nesse período, o AME foi mais prevalente nas mães com maior conhecimento.

As orientações ministradas às mães no hospital onde o estudo foi desenvolvido têm início no momento em que a mulher se interna para dar à luz e estão baseadas no elenco de itens que compõem o conteúdo preconizado pela IHAC. Assim, todas as mães devem ser orientadas quanto a: posição de aleitar, a pega correta, a ordenha manual, armazenamento do leite, tempo de mamada em cada mama, livre demanda, importância do aleitamento e a não utilização de bicos e chupetas.

As Tabelas a seguir (13 a 20) mostram a relação entre cada uma das oito orientações que compõem o elenco do que deve ser ministrado às mães e seu reflexo no tempo de manutenção da amamentação exclusiva (N=204).

Optou-se por analisar as Tabelas 13 e 14 conjuntamente, pois a maioria dos estudos apresenta assim seus resultados.

Tabela 13. Tempo de aleitamento exclusivo e orientação recebida sobre a posição de aleitar. São Paulo, 2010.

Orientação Posição de aleitar	N	Média	Mediana	Desvio Padrão	Mínimo	Máximo
Não	3	138,33	180,00	72,17	55	180
Sim	201	112,76	112,00	59,23	3	180
Total	204	113,14	113,00	59,30	3	180

p-valor = 0,396

Tabela 14. Tempo de aleitamento exclusivo segundo a orientação recebida sobre a pega. São Paulo, 2010.

Orientação pega	N	Média	Mediana	Desvio Padrão	Mínimo	Máximo
Não	2	98,00	98,00	60,81	55	141
Sim	202	113,29	113,00	59,42	3	180
Total	204	113,14	113,00	59,30	3	180

p-valor = 0,703

Observa-se na Tabela 13, que das 204 mães, três (1,4%) referiram não ter recebido orientação especificamente sobre esse item e na Tabela 11, duas mães (0,9%) alegaram não ter recebido orientação sobre a pega.

Esses itens (posição e pega) são enfocados pela maioria dos programas de orientação de gestantes ou puérperas, porque a posição inadequada do bebê pode ocasionar a pega incorreta e causar o trauma mamilar, um dos principais problemas que as mães encontram ao aleitar e que podem interferir na continuidade do aleitamento.

Estudo[59] que avaliou a promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno, corrobora a afirmativa acima visto que 90% dos profissionais, nesse estudo, declararam orientar as mães sobre posicionamento e pega.

No estudo atual, pelos testes estatísticos realizados, a falta de orientação sobre esses itens não influenciou o tempo de manutenção do AME.

Estudo[35] realizado em 2009 mostra que a pega e a posição inadequada acarretaram um risco de 2,7 vezes do não aleitamento materno exclusivo, em relação a crianças com pega e posição adequada, mas também não evidenciou diferença estatisticamente significativa entre o tempo de manutenção do AME entre mães orientadas ou não sobre esses dois itens.

No estudo atual, pelos testes estatísticos realizados, a orientação sobre estes itens não influenciou no tempo de manutenção do AME.

Tabela 15. Tempo de aleitamento exclusivo segundo orientação recebida sobre Ordenha. São Paulo, 2010.

Orientação Ordenha	N	Média	Mediana	Desvio Padrão	Mínimo	Máximo
Não	16	112,69	116,50	62,38	11	180
Sim	188	113,18	113,00	59,21	3	180
Total	204	113,14	113,00	59,30	3	180

p-valor = 0,944

O item ordenha manual do leite foi mencionado por 16 mães (7,8%) como não orientado, percentual maior que o encontrado sobre a falta de orientação de posição e pega.

O ensino da ordenha manual é fundamental principalmente na prevenção de ingurgitamento mamário que pode evoluir para a mastite. Segundo a OMS[60] a mastite lactacional é a terceira causa mais indicada pelas mães para o desmame. O fato de orientar as mães na ordenha pode significar o diferencial entre ter ou não esta patologia. No presente estudo 92,2% das mães foram orientadas.

A Tabela 8 (p.43) evidencia que duas (2) mães tiveram mastite, entretanto isto não foi causa de abandono do AME.

Trabalho que avaliou o conhecimento de puerperas em um HAC mostrou que 84,3% das mães receberam orientação sobre a retirada do leite materno.[61]

A IHAC é reconhecida**Erro! Indicador não definido.** como importante na prevenção das mastites e consequentemente na manutenção do AME.

Embora a IHAC seja reconhecida na manutenção do AME, não foi encontrada no presente estudo diferença significativa, neste aspecto, entre as mães orientadas ou não.

Resultado semelhante é evidenciado em estudo[35] que também avaliou estas variáveis em HAC e demonstrou não haver diferença estatística entre mães orientadas ou não.

Tabela 16. Tempo de aleitamento exclusivo segundo orientação recebida sobre armazenamento do leite. São Paulo, 2010.

Orientação Armazenamento	N	Média	Mediana	Desvio Padrão	Mínimo	Máximo
Não	177	114,42	116,00	57,72	3	180
Sim	27	104,70	99,00	69,44	9	180
Total	204	113,14	113,00	59,30	3	180

p-valor = 0,485

Outra orientação considerada importante é o armazenamento do leite após a ordenha. Na Tabela 16 observa-se que o número de mães orientadas (27) foi pequeno e correspondeu a 13,1.

O passo 5 da IHAC preconiza: *mostrar às mães como amamentar e como manter a lactação, mesmo se vierem a ser separadas dos seus filhos.* Isto quer dizer que a mãe deve ser instruída a realizar corretamente a ordenha e o armazenamento, pois, ainda que volte às suas atividades laborais, poderá manter o aleitamento, mesmo o exclusivo.

Os passos da IHAC, para serem considerados cumpridos, precisam atingir percentual igual ou maior que 80%[62]. Assim o resultado de 13,1% pode ser avaliado como sofrível, na instituição analisada.

A falta de conhecimento destas técnicas poderá levar a mulher a desmamar o filho, se ela não ordenhar e armazenar o leite, gradativamente haverá a diminuição da lactação, a introdução de outros alimentos e, consequentemente, o desmame.

A literatura apresenta vários estudos[18,35,46] que apontam a volta ao trabalho ou ao estudo como o fator mais alegado pelas mães para o desmame precoce. Uma das causas prováveis para isto pode ter sido a falta de orientação sobre a possibilidade de não interromper a amamentação pelo imperativo do trabalho.

No presente estudo, a segunda causa mais referida para o desmame foi a volta ao trabalho (32%) e pode estar relacionada à falta de atenção dos profissionais que não orientaram adequadamente as mães sobre como ordenhar e armazenar o leite, o que permitiria trabalhar sem necessariamente desmamar a criança.

Estudo [31] que avaliou o cumprimento dos passos em Hospitais Amigos da Criança ressalta a importância da orientação dada às mães sobre o armazenamento do leite para a continuidade da amamentação.

Pelos resultados encontrados, observa-se que os profissionais não valorizaram a orientação sobre o armazenamento. As crenças e os valores da equipe de saúde influenciam a atitude da mãe frente ao aleitamento. Esperava-se que a equipe desse hospital, por sua capacitação em IHAC, não deixasse nenhum item sem orientação.

Tabela 17. Duração do aleitamento exclusivo segundo orientação recebida sobre o tempo da mamada. São Paulo, 2010.

Orientação Tempo da mamada	N	Média	Mediana	Desvio Padrão	Mínimo	Máximo
Não	53	121,58	131,00	56,18	9	180
Sim	151	110,00	108,00	60,42	3	180
Total	204	113,02	112,00	59,43	3	180

p-valor = 0,244

Na Tabela 17, observa-se que 53 mães (26,1%) não receberam orientação sobre o tempo em que o bebê deve permanecer sugando em cada mama, resultado considerado inadequado para os padrões estabelecidos pelo MS[62].

O tempo que o bebê permanece na sucção do mesmo peito é fundamental, porque é no final da mamada que o leite tem maior teor de lipídeos (leite posterior) e sua ingestão influencia o crescimento e ganho de peso do bebê. Quando as mães não são orientadas sobre esse aspecto, muitas vezes interrompem a mamada antes de o bebê sugar o leite mais rico em gordura, impedindo, por isso, seu ganho de peso. Este comportamento pode levar a mãe a pensar, erroneamente, que seu leite é insuficiente ou não apresente os componentes adequados à nutrição do filho.

Embora a orientação sobre o tempo de cada mamada seja muito importante na manutenção do AME, essa variável não teve diferença estatisticamente significativa entre as mães orientadas ou não. Estudo[35] semelhante que avalia a manutenção do AME em HAC encontrou resultados que corroboram esses achados, porquanto também não encontrou diferença estatisticamente significativa entre as

mães que receberam ou não orientação sobre o intervalo das mamadas e o tempo de duração do AME.

O Passo oito (8) da IHAC preconiza “o encorajar o aleitamento sob livre demanda”, o que significa que é o bebê quem determina o intervalo entre as mamadas.

Tabela 18. Tempo de aleitamento exclusivo segundo orientação recebida sobre a livre demanda. São Paulo, 2010.

Orientação Livre demanda	N	Média	Mediana	Desvio Padrão	Mínimo	Máximo
Não	7	118,29	124,00	55,18	41	180
Sim	197	112,95	112,00	59,56	3	180
Total	204	113,14	113,00	59,30	3	180

p-valor = 0,803

Na Tabela 18, observa-se que a maioria das mães, 197 (96,6%), recebeu orientação sobre livre demanda e apenas 7 (3,4%) não receberam. Por esse resultado, pode-se considerar o passo como adequadamente cumprido. Estudo [59] que avaliou esse passo encontrou resultado semelhante, com 93,6% das mães que foram orientadas.

Em outro estudo[35], esse passo foi considerado não cumprido, pois 79,1% das mulheres receberam orientação sobre ele, entretanto a falta de orientação não influiu significativamente na duração da amamentação.

Apesar da falta de evidência da relação entre a não orientação e o desmame, estudo[40] que avaliou os fatores preditivos da interrupção do aleitamento materno apontou que horários predeterminados para amamentar facilitam a interrupção da AME.

Na pesquisa em foco, não foi constatada diferença estatisticamente significativa entre o tempo de AME e a orientação desse item.

Tabela 19. Tempo de aleitamento exclusivo segundo orientação recebida sobre a importância da amamentação. São Paulo, 2010.

Orientação Importância da amamentação	N	Média	Mediana	Desvio Padrão	Mínimo	Máximo
Não	7	104,71	106,00	64,25	30	180
Sim	197	113,44	114,00	59,27	3	180
Total	204	113,14	113,00	59,30	3	180

p-valor = 0,690

Na Tabela 19, observa-se que 197 mães (96,5%) receberam orientação sobre a importância do aleitamento materno. Embora não haja um passo específico sobre a importância da orientação às mães sobre aleitamento materno, basicamente os dez passos constituem um elenco de itens que visam informar a mulher sobre os benefícios, vantagens e manejo correto da amamentação e, consequentemente sobre sua importância enquanto nutriente para a criança.

Neste estudo, não foi observada diferença significativa entre a duração da amamentação entre as mães orientadas ou não sobre esse item.

Tabela 20. Tempo de aleitamento exclusivo segundo orientação recebida sobre o uso de bicos e chupetas. São Paulo, 2010.

Orientação Uso de bicos e chupetas	N	Média	Mediana	Desvio Padrão	Mínimo	Máximo
Não	141	112,68	112,00	57,87	3	180
Sim	63	114,16	118,00	62,85	10	180
Total	204	113,14	113,00	59,30	3	180

p-valor = 0,785

A Tabela 20 indica que apenas 63 mães (30,8%) receberam orientação sobre o uso de bicos e chupetas. O Passo 9 da IHAC preconiza: *não oferecer bicos artificiais ou chupetas a crianças amamentadas ao seio.* Pelos resultados obtidos esse passo não foi considerado cumprido.

Estudos[28,40,59] em algumas instituições observaram que a aplicação do passo (9) é realizada em maior percentual em hospitais públicos com HAC implantada e em proporção menor na rede privada.

Na cultura brasileira, o oferecimento de chupeta à criança é prática bastante comum. As mães, principalmente as menos instruídas, alegam que introduzem a chupeta no hábito do bebê, porque consideram bonita a criança com esse adereço e também porque consideram que acalma. A orientação das mães sobre os inconvenientes e contra indicações dos bicos é fundamental para a manutenção do aleitamento exclusivo.

O estudo de Soares et al.[61] corrobora essas afirmativas, pois considera que mães com nível socioeconômico mais elevado e com maior acesso à informação possam estar mais conscientes dos malefícios do uso da chupeta. Os autores identificaram associação entre o uso de chupeta e o desmame precoce.

O uso de bicos, chupetas e mamadeiras em hospitais e maternidades pode indicar pouca convicção no aleitamento materno e dificuldades para o manejo da amamentação. Os bicos e as chupetas, além de contribuírem para o desmame, podem ser vistos pela mãe como uma alternativa fácil ao primeiro obstáculo que encontrar após a saída do hospital[63].

Neste estudo, não foi observada diferença significativa entre a duração da amamentação entre as mães orientadas ou não sobre esse item.

Entretanto, outros estudos[34,35,50,64] comprovam a associação estatisticamente significativa entre uso de chupetas e desmame precoce.

A orientação e a manutenção do uso de bicos e chupetas reforçam a necessidade do acompanhamento após a alta. Estudo [65] que avaliou impacto da implantação da IHAC concluiu também que há a necessidade de acompanhar após a alta, para garantir o apoio, promoção e proteção AME.

6 CONCLUSÕES

Os resultados deste estudo permitem concluir que as características sociodemográficas das mães que integraram a amostra foram:

- média de idade de 26 anos com variação de 14 a 43;
- 54% chegaram ao ensino médio e 37% o concluíram;
- 70,3% tinham companheiro fixo, dentre as quais 55,6% viviam em união consensual e 14,7% eram casadas;
- 56% não exerciam atividade remunerada;
- a renda familiar de 53% delas variou entre 2 e 3 salários mínimos.

As características obstétricas da amostra evidenciaram que:

- 80% tiveram parto normal e 18,7% parto cesário;
- 40% eram primíparas;
- a média da idade gestacional à época do nascimento dos bebês foi de 271,3 dias, o que corresponde a aproximadamente 39 semanas de gestação;
- o peso médio dos recém - nascidos foi de 3139,7g;

O monitoramento do AME aos 15, 30, 60, 90, 120, 150 e 180 dias após a alta hospitalar demonstrou que:

-a mediana de AME foi 113 dias e a média 112,9 dias;
- 33,1% das mães mantiveram o AME por 180 dias;
- A dificuldade mais referida no início da amamentação foi a pega (70,5%) e durante o monitoramento foi a impressão de leite fraco/pouco.
- os motivos mais alegados para o desmame foram o leite fraco/pouco (38,5%); a volta ao trabalho/estudo (32%) e indicação do pediatra (11,7%).
- 99,1% das mães foram orientadas sobre a amamentação durante a internação e os itens menos orientados foram o uso de bicos artificiais e o armazenamento do leite.
- Houve correlação estatisticamente significativa entre o tempo de manutenção do AME e a variável dificuldades encontradas na amamentação.
- Houve diferença significativamente maior de desmame aos 60 d nas mulheres que tiveram dificuldade na pré-alta.

- Não houve correlação estatisticamente significativa entre o tempo de manutenção do AME e as variáveis: estado civil da mãe; idade materna; peso do recém-nascido e orientações recebidas sobre amamentação.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A instituição onde o estudo foi realizado recebeu o selo de Hospital Amigo da Criança em 2005 e desde então, nunca se avaliou a repercussão da introdução da iniciativa nos índices de aleitamento materno após a alta hospitalar e no decorrer do período no qual ele deve ser mantido.

A avaliação e o controle de qualquer projeto institucional objetivam conhecer os desvios e as dificuldades e analisar os resultados no sentido de retomar o curso preestabelecido e imprimir maior qualidade e melhor desempenho.

O hospital, ao se candidatar à certificação de Amigo da Criança, efetua um investimento considerável na estrutura física, organizacional e de recursos humanos e o conceito de atendimento é redirecionado aos objetivos de apoio, promoção e proteção ao aleitamento materno. Assim, conhecer os resultados e o alcance dos objetivos propostos no bojo do projeto são fundamentais para sua continuidade e eficácia.

O objetivo maior da IHAC é a melhoria dos índices de AM, principalmente o exclusivo. Assim esta pesquisa pretende ter contribuído para o conhecimento dos resultados do trabalho e esforço que a instituição como um todo levou a efeito.

A falta de investigação dos níveis de AM e AME praticadas pelas mães egressas desse hospital, antes da implantação da IHAC, não permitiu a avaliação do impacto da iniciativa nos índices de aleitamento. Entretanto, a partir dos achados desta pesquisa será possível monitorar resultados futuros, pois haverá parâmetros para comparação.

Os resultados da IHAC no hospital não estão perfeitos, mas evidenciam o esforço que o corpo de profissionais da instituição tem empreendido para apoiar o AM. Há que ressaltar que estes esforços não podem ser isolados e a comunidade como um todo deve ser envolvido, em especial os profissionais que darão continuidade à assistência a estas mulheres na rede básica. Portanto, a implantação de modelos que possam promover e apoiar o AM na atenção primária, como a Rede Amamenta Brasil e a Iniciativa Unidade Básica Amiga da Amamentação (IUBAAM), deve ser estimulada no município para que ocorra o continuum da assistência e se

obtenham melhores resultados, assim como a diminuição das taxas de morbimortalidade infantil.

REFERÊNCIAS

1 Carvalho MR, Tamez RN. Amamentação: bases científicas. 3. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2010.

2 Franco SC, Nascimento MB, Reis MAM, Issler H, Grisi SJFE. Aleitamento materno exclusivo em lactentes atendidos na rede pública do município de Joinville, Santa Catarina, Brasil. Rev Bras Saúde Mater Infant. [online]. 2008 Sep; 8(3): 291-7. [capturado 25 maio 2009]. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S151938292008000300008&script=sci_arttext. Doi: 10.1590/S1519-38292008000300008.

3 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 Materno Infant. [online]. 2003; 3(2): 195-204 [capturado 25 maio 2009]. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S151938292003000200010&lng=en. Doi: 10.1590/S1519-38292003000200010

4 Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. ll Pesquisa de Prevalência do Aleitamento Materno nas Capitais Brasileiras e Distrito Federal. Brasília: Editora do Ministério da Saúde; 2009.[capturado 4 abril de 2010] Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pesquisa_prevalencia_aleitamento_materno.pdf.

5 Kummer SC, Giugliani ERJ, Susin LO, Folletto JL, Lermen NR, Wu VYJ et al. Evolução do padrão de aleitamento materno. Rev Saúde Pública. [online]. 2000 Apr; 34(2): 143-8. [capturado 29 maio 2009]. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003489102000000200007&lng=en. Doi: 10.1590/S0034-89102000000200007.

6 Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. UNICEF. Promovendo o aleitamento materno [online]. 2ª ed. Brasília; 2007. [capturado 20 jul. 2009]. Disponível em: http://www.unicef.org/brazil/pt/aleitamento.pdf

7 Bervian J, Fontana M, Caus B. Relação entre amamentação, desenvolvimento motor bucal e hábitos bucais: revisão de literatura. RFO. 2008; 13(2): 76-81.

8 Toma TS, Rea MF. Benefícios da amamentação para a saúde da mulher e da criança: um ensaio sobre as evidências Cad saúde pública 24 (supl 2) S235- S-246 2008.

9 Antunes LS, Antunes LAA, Corvino MPF, Maia LC. Amamentação natural como fonte de prevenção em saúde. Ciên Saúde Coletiv. 2008 Feb; 13(1): 103-9. [capturado em vinte nove de maio 2009] Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141381232008000100015&lng=en. Doi: 10.1590/S1413-81232008000100015.

10 Strassburger SZ, Vitolo MR, Pitrez PM, Jone MH, Stein RT. Erro alimentar nos primeiros meses de vida e sua associação com asma e atopia em pré-escolares. J. Pediatr. (Rio J.) [on line]. 2010, vol.86, n.5, PP. 391-399. ISSN 0021-7557. doi: 10..1590/S0021-75572010000500007.[Capturado em treze de Dez. 2010].

11 Oliveira AS, Silva RCR, Fiaccone RL, Pinto EJ, Assis AMO. Efeito da duração da amamentação exclusiva e mista sobre os níveis de hemoglobina nos primeiros seis meses de vida: um estudo de seguimento. Cad. Saúde Pública [on line].2010. vol.26, n.2, PP. 409-417. ISSN 0102-311X. doi: 10.1590/S0102-311X2010000200020. [Capturado em treze de Dez. 2010].

12 Alto LAM, Soviero VM, Alves MU, Ramos MEB. Aleitamento materno no crescimento e desenvolvimento de recém-nato. p.1n. [online]. [capturado 23 mar. 2010]. Disponível em: http://www.profala.com/artpediatria4.htm

13 Braga DF, Machado MMT, Bosi MLM. Amamentação exclusiva de recém-nascidos prematuros: percepções e experiências de lactantes usuárias de um serviço público especializado. Rev Nutr. 2008 June; 21(3): 293-302.

14 Nascimento MBR, Issler H. Aleitamento materno em prematuros: manejo clínico hospitalar. J Pediatr. 2004 Nov; 80(5): S163-S172.

15 Quintal VS. Avaliação da mineralização óssea em recém nascidos pré-termo e termo adequados para a idade gestacional, alimentados com leite humano. [tese de doutorado]. São Paulo: Universidade de São Paulo; 2009.

16 Ferreira HS, Vieira EDF, Cabral Junior CR, Queiroz MDR. Aleitamento materno por trinta dias ou mais é fator de proteção contra sobrepeso em pré-escolares da região semearia de Alagoas. Rev. Assoc. Med. Bras. [on line]. 2010, vol.56, n.1, PP. 74-80. ISSN 0104-4230. doi: 10.1590/S0104-42302010000100020. [Capturado em treze de Dez. 2010].

17 Caminha MFS, Vilneide B, Arruda IKG, Batista Filho M. Aspectos históricos, científicos, socioeconômicos e institucionais aleitamento materno. Rev. Bras. Saúde Mater. Infant. [on line]. 2010, vol.10, n.1, PP. 25-37. ISSN 1519-3829. doi: 10.1590/S1519-38292010000100003.[Capturado em quinze de Dez. 2010].

18 Uchimura NS, Gomes AC, Uchimura TT, Yamamoto AE, Miyazato, P, Rocha SF. Estudo dos fatores de risco para desmame precoce. Acta Sci. 2001 Jun; 23(3): 713-718.

19 Narchi ZN, Fernades QAR, Dias AL, Novasi HD. Variáveis que influenciam a manutenção do aleitamento materno exclusivo. Rev Esc Enferm USP. [online]. 2009 Mar; 43(1): 87-94 [capturado 20 maio de 2009]. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S008062342009000100011&lng=en. doi: 10.1590/S0080-62342009000100011.

20 França GVA, Brunken GS, Silva SM, Escuder M, Venancio SI. Determinantes da amamentação no primeiro ano de vida em Cuiabá, Mato Grosso. Rev Saúde Pública vol.41 no.5; 41(5):711-718 São Paulo Oct.2007.

21 Alves AML, Silva EHAA, Oliveira AC. Desmame precoce em prematuros participantes do Método Mãe Canguru. Rev Soc Bras Fonoaudiol. 2007 Mar; 12(1): 23-8.

22 Oliveira CB, Frechiani JM, Silva FM, Maciel ELN. As ações de educação em saúde para crianças e adolescentes nas unidades básicas da região de Maruípe no município de Vitória. Ciênc Saúde Coletiva. 2009; 14(2): 635-644.

23 Organização Mundial da Saúde. Evidências científicas dos dez passos para o sucesso no aleitamento materno. Brasília: OMS; 2001.

24 Rede Amamenta Brasil: Londrina é referência nacional. [capturado em 20 de maio de 2010]. Disponível em: http://www.aleitamento.com/a_artig; id_artigos=1887

25 Lamounier JA. Promoção e incentivo ao aleitamento materno: iniciativa Hospital Amigo da Criança. J Pediatr. [online]. 1996; 72(6):363-8. [capturado 29 maio 2009]. Disponível em: http://www.jped.com.br/conteudo/96-72-06-363/port.pdf.

26 Lamounier JA. Experiência Iniciativa Hospital Amigo da Criança. Rev Assoc Med Brasil. 1998; 44(4): 319-24.

27 Albuquerque RMASC. Revitalização e expansão da iniciativa Hospital Amigo da Criança no Brasil: desafios e perspectivas. Boletim Eletrônico Soespe. [capturado em vinte de maio de 2010] Disponível em: http://www.sbp.com.br/pdfs/Boletim_Eletronico_N%C2%BA73.pdf

28 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(5): 409-414.

29 UNICEF (Fundo das Nações Unidas). Placar dos Hospitais Amigos da Criança; Declaração de Innocenti. [capturado em 2 de junho de 2010]. Disponível em: http://www.unicef.org/brazil/pt/activities_9994.htm

30 Mesa Redonda: Promoção, Proteção e Apoio Ao Aleitamento Materno e a Iniciativa Hospital Amigo da Criança. Evidências científicas mostram que o desmame precoce é a causa mais importante de morbi-mortalidade infantil. Disponível em: <http://www.sbp.com.br]apresentações]Mesa-RedondaIHAC.ppt>

31 Araujo MFM, Otto AFN, Schmitz BAS. Primeira avaliação do cumprimento dos “Dez Passos para o Sucesso do Aleitamento Materno” nos Hospitais Amigos da criança do Brasil. Rev. Bras. Saúde Mater Infant. 2003 Dec; 3(4): 411-419.

32 Lamounier JA, Bouzada MCF, Janneu AMS, Maranhão AGK, Araujo MFM, Vieira GO, et al. Iniciativa Hospital Amigo da Criança, mais de uma década no Brasil: repensando o futuro. Rev. Paul Pediatr. 2008 June; 26(2): 161-169.

33 Araujo MFM, Schmitz BAS. Doze anos de evolução A Iniciativa Hospital Amigo da Criança no Brasil. Rev. Panam Salud Publica. 2007; 22(2): 91-99.

34 Kishi RGB, Caccia-Bava MCGG, Martinez EZ. Prevalência do aleitamento materno exclusivo e fatores associados entre crianças menores de 6 meses cadastradas em Unidades de Saúde da Família. Rev. APS. 2009; 12(1):54-61.

35 Figueiredo SF. Avaliação da Iniciativa hospital Amigo da Criança na prática do Aleitamento Materno Exclusivo nos Primeiros Seis Meses de Vida em uma Maternidade Pública da Cidade de São Paulo. [dissertação de mestrado] Universidade Federal de São Paulo. 2009. [Capturado em 03 de Março de 2011].

36 Pinhiero PM, Machado MMT, Lindsay AC, Silva AVS. Prevalência de aleitamento materno em mulheres egressas de um hospital amigo da criança em Quixadá-Ce. Rev. Rene; 11(2):94-102, abr.-jun. 2010.tab. [Capturada em treze de Dez.2010].

37 Ministério da Saúde. Saúde Brasil 2008. 20 anos do Sistema Único da Saúde (SUS) no Brasil. Brasília/DF. [Capturado em 28 de Agosto de 2011] Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/saude_brasil_2008_web_20_11.pdf

38 Azevedo DS, Reis ACS, Freitas LV, Costa PB, Pinheiro PNC, Damasceno AKC. Conhecimento de primíparas sobre os benefícios do aleitamento materno. Rev. Rene 11(2): 53-62, abr.-jun. 2010. Tab [Capturado em treze de Dez. 2010].

39 Giugliani ERJ. Problemas comuns na lactação e seu manejo. J. Pediatr, (Rio de Janeiro), 2004; 80(5supl). S147. 154

40 Vieira GO, Martins CC, Vieira TO, Oliveira NF, Silva LR. Fatores predilitivos da interrupção do aleitamento materno exclusivo no primeiro mês de lactação. J. Pediatr. (Rio J.) [on line]. 2010, vol.86, n.5, pp. 441-444. ISSN 0021-7557. doi: 10.1590/S0021-75572010000500015. [Capturado em treze de Dez. 2010].

41 Haider R, Kabir I,Ashworth A, Huttly SRA. Effect of community-based peer counselors on exclusive breastfeeding practices in Dhaka, Bangladesh: a randomized controlled trial. Lancet, 356:1643-1647, 2000.

42 Fernandes RAQ, Lima Lara AC.Breastfeeding: helping mothers at home, after discharge from hospital. Online Brazilian Journal of Nursing.2006. 5(2): [Capturado em quinze de Maio de 2011]. Available from: http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/352.

43 Montrone AVG, Arantes CIS, Nassar ACS, Zanon T. Trauma mamilar e a prática de amamentar: estudo com mulheres no inicio da lactação. Rev APS, v.9,n.2, p. 168-174, jul.] dez.2006.[capturado em 07 de Junho de 2011].

44 Vieira GO, Silva LR, Mendes CMC, Vierira TO. Mastite Lactacional e a iniciativa Hospital Amigo da Criança, Feira de Santana, Bahia, Brasil. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro vol.22 (6): 1193-1200, June 2006 doi: 10.1590/S0102-311x2006000600008. [Capturado em dezenove de Maio de 2010]. Disponível em: HTTP://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102311x20060006000

45 Sanches MTC. Fatores relacionados às dificuldades no estabelecimento da amamentação. Amamentação Bases Científica. 3. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2010. Cap.6 pag.102

46 Ferreira ES, Silva CV, Ribeiro CA. Desmame precoce: motivos e condutas alimentares adotadas pelas mães de crianças atendidas na consulta de enfermagem, no centro assistencial cruz de malta. Rev. Soc. Bras. de Enfermeiros Pediatras/ Volume 1, número 0 [Capturado em 07 de Junho de 2011]. Disponível: http: //www.sobep.org.br/revista/component/zine/article/57-desmame

47 Carvalho MR. Manejo Ampliado da amamentação. In: Amamentação Bases Cientifica. 3. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2010. Cap.23 pag.329.

48 Giugliani ERJ. Amamentação exclusiva. In: Amamentação Bases Cientifica. 3. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2010. Cap.2 pag.29.

49 Ravagnani F. Pediatras-Vilões do desmame precoce. Artigo [Capturado em sete de Junho de 2011]. Disponível em:
http: / /noticias.uol.com.bri/nterr/euteis2/003 /101/1u/lt27u38739.jhtm#

50 Parizoto GM, Parada CMGL, Venâncio SI, Carvalhaes MABL. Tendência e determinantes do aleitamento materno exclusivo em crianças menores de 6 meses. J. Pediatr. 2009 June; 85(3): 201-208. [capturado em]. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0021-75572009000300004&lng=en. Doi: 10.1590/S0021-75572009000300004

51 Scochi CGS, Ferreira FY, Góes FSN, Ferecini GM, Leite AM. Alimentação Láctea e Prevalência do Aleitamento Materno em Prematuros Durante Internação em um Hospital Amigo da Criança de Ribeirão Preto-SP, Brasil.
Artigos Originais Cienc. Cuid. Saúde 2008 Abr] Jun; 7(2): 145-154[Capturado em quinze de Abril de 2010]. Disponível em:
www.abebe.org.br/arquivos/poster/066%20Oresumo/20fernanda%20dos%20Nogueira.pdf

52 Nascimento MBR, Issler H. Amamentação do prematuro: experiência de um Hospital Amigo da Criança. J Hum Lact. [online]. 2005; 21(1): 47-52. [capturado em 30 de junho de 2009] Disponível em:
http://www.aleitamento.med.br/a_artigos.asp?id=x&id_artigo=843&id_suboria=5

53 Ameida H, Venancio SI, Sanches MTC, Onuki D. Impacto do método canguru nas taxas de aleitamento materno exclusivo em recém-nascidos de baixo peso. J.

Pediatr. (Rio J.) [on line]. 2010, vol. 86, n.(3),[Capturado em treze de Dezembro de 2010] PP. 250-253. ISSN 0021-7557. doi: 10.1590/S0021-75572010000300015.

54 Frota DAL, Marcopito LF. Amamentação entre mães adolescentes e não adolescentes. Rev. Saúde Pública. 2004,38 (1): 85-92.

55 Lara ACL. Qualidade de vida de mulheres no puerperio mediato. Dissertação mestrado. USP 2009. [Capturado em 30 de Junho de 2011] Disponível em: http://tede.ung.br/tde_busca/arquivo.php?codArquivo=98

56 Vasconcelos CTM, Tavares MM, Vasconcelos Neto JA, Bezerra RMSR, Ferreira AIM. Aleitamento Materno e alojamento conjunto: conhecimento da puérperas em um hospital amigo da criança. Rev. RENE; 9(3): 44-51, jul.-set.2008. [Capturado em dezenove de Maio de 2010] Disponível em:

57 Mattar CN, Chong YS, Chan YS, Chew A, Tan P, Chan YH, et al. Simple antenatal preparation to improve brastfeeding practice: a randomized controlled trial. Obstet Gynecol. 2007;109(1):73-80.

58 Susin LRO, Giugliani ERJ, Kummer SC, Maciel M, Benjamin ACW, Machado DB, Barcaro M, Draghetti V. Uma estratégia simples que aumenta os conhecimentos das mães em aleitamento materno e melhora as taxas de amamentação. J. Pediatr. (Rio J.). 1998;74(5):468-375: aleitamento materno, lactação, leite materno.[Capturado em 15 de Dezembro de 2010].

59 Almeida GG, Spiri WC, Julian CMCM, Paiva BSR. Proteção, promoção e apoio ao aleitamento materno em um hospital universitário. Ciênc. Saúde coletiva vol.13 (2):487-494 Rio de Janeiro Mar/Apr.2008 [Capturado em vinte de Maio de 2010].doi: 10.1590/S1413-81232008000200024

60 Word Health Organization. Mastitis causes and management. Geneva: Word Health Organization, 2000.

61 Soares MEM, Giugliani ERJ, Braun ML, Salgado ACN, Oliveira AP, Aguiar PR. Uso de chupeta e sua relação com o desmame precoce em população de crianças nascidas em Hospital Amigo da Criança. J. Pediatr. (Rio J) 2003;79(4):309-16;aleitamento, lactação.[Capturado em trinta de Maio de 2009]

62 Brasil. Ministério da Saúde. Fundação Oswaldo Cruz. Instituto Fernandes Figueira. Grupo de Defesa da saúde da Criança. Iniciativa Hospital Amigo da

Criança: guia de avaliadores externos. Brasília(DF): Editora do Ministério da Saúde; 1993.

63 Siveira FJF, Lamounier JA. Influência do uso da chupeta e do tabagismo materno na amamentação. Rev. Med Minas Gerais 2003;13:120-7. [Capturado em Quinze de Julho de 2011].

64 Silva MB, Albernaz EP, Mascarenhas MLW, Silveira RB. 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. Rev. Bras. Saúde Mater. Infant. Vol.8 (3):275-284 Recife July/Sept.2008 [Capturado em vinte de Maio de 2010]. doi: 10.1590/S1519-38292008000300006

65 Caldeira AP, Gonçalves E. Avaliação de impacto da Iniciativa Hospital Amigo da Criança. J. Pediatr. (Rio J.) vol.83 (2):127-32 Porto Alegre Mar./Apr.2007 [Capturado em vinte de Maio de 2010].
doi: 10.1590/S0021-75572007000200006