

Hospital Amigo da Criança: prevalência de aleitamento materno exclusivo aos seis meses e fatores intervenientes*

BABY-FRIENDLY HOSPITAL: PREVALENCE OF EXCLUSIVE BREASTFEEDING AT 6 MONTHS AND INTERVENING FACTORS

HOSPITAL AMIGO DEL NIÑO: LA PREVALENCIA DE LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA HASTA LOS SEIS MESES Y LOS FACTORES QUE INTERVIENEN

Sonia Fontes Figueredo¹, Maria José Guardia Mattar², Ana Cristina Freitas de Vilhena Abrão³

RESUMO

O objetivo da pesquisa foi identificar o padrão de aleitamento materno exclusivo nos primeiros seis meses de vida de crianças nascidas em um Hospital Amigo da Criança e os fatores que contribuíram para o desmame precoce. Estudo de coorte prospectivo com 261 mães e crianças. Os dados foram avaliados utilizando-se a análise de sobrevivência através da construção da curva de Kaplan-Meier e teste de Log-Rank para a análise univariada. Foi realizada análise multivariada utilizando-se o modelo de Regressão de Cox com riscos proporcionais. Ao longo dos seis meses, o aleitamento materno exclusivo praticado com 30, 90, 120, 150 e 180 dias foi 75%, 52%, 33%, 19% e 5,7%, respectivamente. Na análise multivariada, as variáveis que mostraram risco para o desmame precoce foram a intercorrência mamária hospitalar e, na consulta de retorno, a posição inadequada e a associação das duas anteriores. A Iniciativa Hospital Amigo da Criança favoreceu o aleitamento materno exclusivo.

DESCRIPTORES

Aleitamento materno
Promoção da saúde
Política de Saúde
Avaliação de Programas e Projetos de Saúde
Enfermagem materno-infantil

ABSTRACT

The objective of this research was to identify the pattern of exclusive breastfeeding (EBF) in the first 6 months of infants born in a Baby-Friendly Hospital and the factors that contribute to early weaning. This was a prospective cohort study with 261 mothers and children. The data were analyzed via the construction of a Kaplan-Meier survival curve, and the log-rank test was used for the univariate analysis. A multivariate analysis was performed using the Cox proportional-hazards regression model. During the 6 months, the percentage of mothers who practiced EBF for 30, 90, 120, 150 and 180 days was 75%, 52%, 33%, 19% and 5.7%, respectively. In the multivariate analysis, the variables that conferred a risk for early weaning were the hospital and the occurrence of a follow-up visit due to mammary complication, improper positioning and the association of both of these factors. The Baby-Friendly Hospital Initiative favored EBF.

DESCRIPTORS

Breast feeding
Health promotion
Health Policy
Program evaluation
Maternal-child nursing

RESUMEN

El objetivo de la investigación fue identificar el patrón de lactancia materna exclusiva en los primeros seis meses de vida de niños nacidos en un Hospital Amigo del Niño y los factores que contribuyeron para el destete precoz. Estudio de cohorte prospectivo realizado con 261 madres y niños. Fue utilizado el análisis de sobrevivencia a través de la construcción de la curva de Kaplan-Meier y el test de Log-Rank para el análisis univariado. Para el análisis multivariado se usó el modelo de Regresión de Cox con riesgos proporcionales. Durante seis meses, la lactancia materna exclusiva practicada con 30, 90, 120, 150 y 180 días fue del 75%, 52%, 33%, 19% y 5,7%, respectivamente. En el análisis multivariado, las variables que mostraron riesgo para el destete precoz fueron por algún tipo de problema mamario en el hospital y, en la consulta de retorno, la posición inadecuada y la asociación de las dos anteriores. La Iniciativa Hospital Amigo del Niño favoreció la lactancia materna exclusiva.

DESCRIPTORES

Lactancia materna
Promoción de la salud
Política de Salud
Evaluación de Programas y Proyectos de Salud
Enfermería materno-infantil

* Extraído da dissertação "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, Brasil", Universidade Federal de São Paulo, 2009. ¹ Mestre em Ciências. Enfermeira do Hospital Maternidade Leonor Mendes de Barros, São Paulo, SP, Brasil. soniafontes@ajato.com.br ² Pediatra. Consultora da Área Técnica da Saúde da Criança e Aleitamento Materno pelo Ministério da Saúde para o Estado de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil. mjgmattar@hotmail.com ³ Doutora em Enfermagem. Professora Adjunta, Escola Paulista de Enfermagem, Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil. ana.abrao@unifesp.br

INTRODUÇÃO

O aleitamento materno é o modo mais adequado de fornecer alimento e proteção à criança, além de facilitar o estabelecimento do vínculo afetivo do binômio-mãe-filho. Entretanto, nos últimos 100 anos, houve um declínio mundial do aleitamento materno. A partir da década de 1970 a Organização Mundial de Saúde (OMS) e o Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) iniciaram esforços de conscientização sobre as vantagens do aleitamento materno e, em 1991, lançaram a Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC), com a finalidade de apoiar, proteger e promover o aleitamento materno, como forma de mobilizar os profissionais de saúde e funcionários de hospitais para mudanças nas rotinas e condutas, visando ao decréscimo do desmame precoce. O conjunto de medidas para atingir as metas foi denominado de *Dez Passos para o Sucesso do Aleitamento Materno*⁽¹⁾.

Inúmeros estudos mostram o impacto positivo da IHAC na prática e no aumento da duração do aleitamento materno, trazendo novos conhecimentos a respeito dessas metas⁽¹⁻²⁾. As pesquisas internacionais realizadas sobre a IHAC mostram que após sua implantação houve aumento do início do aleitamento materno⁽³⁾, das taxas de amamentação durante a internação⁽⁴⁾, do aleitamento materno exclusivo (AME) na alta⁽⁵⁾, da duração do AME⁽⁵⁻⁷⁾ e do aleitamento materno total^(6,8) e diminuição das infecções do trato gástrico e do eczema tóxico⁽⁶⁾. Da mesma forma, os estudos nacionais realizados até o momento evidenciam aumento da duração do AME⁽⁹⁻¹³⁾, do aleitamento materno (AM)⁽¹⁰⁾ e das taxas do AME e AM total de crianças internadas em Unidade de Terapia Intensiva⁽¹⁴⁾.

Apesar da prática da amamentação estar em ascensão, os índices ainda estão muito aquém do recomendado pela OMS, que é o aleitamento materno exclusivo até seis meses e complementado com outros alimentos até dois anos ou mais. Essa recomendação advém das inúmeras vantagens que esta prática traz, tanto para a mulher, quanto para a criança⁽¹⁵⁾.

No Brasil, a implementação da IHAC teve início em 1992. Atualmente há 333 hospitais credenciados, sendo 38 na região oeste, 23 hospitais na norte, 137 na região nordeste, 82 na sudeste, e 53 na região Sul⁽¹⁶⁾. Em São Paulo há 41 Hospitais Amigos da Criança (HAC)⁽¹⁶⁾. O Hospital Leonor Mendes de Barros recebeu este título em 2000 e desde então nenhum estudo foi realizado para avaliar o impacto dessa política na prática e na duração do aleitamento materno, com mulheres atendidas na Instituição.

Esta pesquisa teve como objetivo identificar o padrão de AME nos primeiros seis meses de vida de crianças nascidas em um HAC e os fatores que contribuíram para o desmame precoce.

MÉTODO

Foi realizada pesquisa com uma coorte prospectiva de mães e lactentes, cujo parto e nascimento ocorreram no Hospital Maternidade Leonor Mendes de Barros. O Hospital está localizado na região sudeste da cidade de São Paulo e é reconhecido pelo seu trabalho de assistência materno-infantil de alto risco e incentivo ao aleitamento materno.

Foram incluídas no estudo as mães internadas no Alojamento Conjunto que compareceram à consulta de retorno ambulatorial, estavam amamentando seus filhos e possuíam telefone. Os critérios de exclusão foram: crianças nascidas fora da instituição, mães que moravam fora do município de São Paulo e mães estrangeiras.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de São Paulo (nº 0827/07) e do Hospital Maternidade Leonor Mendes de Barros (nº 005/07). Todos os cuidados éticos foram observados e as participantes assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido após terem sido esclarecidas sobre os objetivos da investigação e a confidencialidade dos dados.

A coleta de dados foi iniciada em julho de 2007 e finalizada em julho de 2008 e as variáveis estudadas foram:

- *maternas*: idade, escolaridade, situação conjugal, trabalho fora de casa, licença maternidade, renda familiar, número de gestações, paridade, experiência anterior em aleitamento materno, local do pré-natal, orientação sobre AM durante o pré-natal, tipo de parto, tipo de anestesia, intercorrência mamária durante a internação e na consulta de retorno.
- *neonatais*: idade gestacional, sexo, peso de nascimento e peso de alta.
- *referentes à IHAC*: passo 4 (contato pele a pele, aleitamento materno na sala de parto); passo 5 (orientação de AM durante a internação, ajuda para amamentar, como amamentar, como posicionar e colocar o bebê no peito, produção de leite, massagem nas mamas, ordenha do leite); passo 6 (oferta de outros alimentos); passo 7 (alojamento conjunto); passo 8 (livre demanda); passo 9 (oferta de bico ou chupetas) e passo 10 (apoio após a alta hospitalar).

A variável AM foi analisada seguindo a classificação da OMS⁽¹²⁾, que designa AME quando a criança recebe apenas leite materno; predominante, quando recebe leite materno, água ou bebidas à base de água, tais como água açucarada, chá e suco; misto, quando recebe leite materno e outro leite e artificial, quando recebe somente leite artificial.

A coleta dos dados foi realizada em duas etapas. A primeira ocorreu no ambulatório de retorno do hospital.

Apesar da prática da amamentação estar em ascensão, os índices ainda estão muito aquém do recomendado pela OMS, que é o aleitamento materno exclusivo até seis meses e complementado com outros alimentos até dois anos ou mais.

A cada dia, foi feito um levantamento das puérperas que estavam aguardando a consulta de retorno agendada em torno de 7 a 10 dias após a alta e foram selecionadas aquelas que preenchiam os critérios de inclusão. A segunda etapa foi realizada por meio de entrevista por telefone durante os seis primeiros meses de vida da criança ou até o desmame total. Foram programados seis telefonemas, sendo o primeiro por volta de 30 dias, o 2º, 3º, 4º, 5º e 6º por volta dos 60, 90, 120, 150 e 180 dias, respectivamente.

Para o cálculo amostral, utilizou-se o número de crianças internadas no Centro de Parto Normal e no alojamento conjunto nos anos de 2005 e 2006. A média encontrada foi de 5.481 crianças. Utilizando-se um erro amostral de 4%, obteve-se um número total de 234 crianças. Optou-se por aumentar em 20% o tamanho da amostra pelo receio da ocorrência de perdas ao longo da pesquisa, característico em estudos de coorte. Assim, a amostra calculada foi de 278 binômios na consulta de retorno ambulatorial. Houve a exclusão de três díades pelo fato da consulta de retorno ter ocorrido após 20 dias e de 14 porque não foi possível dar continuidade às entrevistas por telefone. Dessa forma, a amostra final foi de 261 díades.

A análise estatística foi feita inicialmente pela exploração das diferentes características avaliadas por meio de análise descritiva. As variáveis quantitativas foram expressas em termos de média e desvio padrão, nos casos em que a variável apresentava-se normalmente distribuída ou em termos de mediana. Para o tempo de ocorrência do aleitamento não exclusivo foram usadas técnicas de análise de sobrevivência por meio da construção da curva de Kaplan-Meier⁽¹⁷⁾. A análise univariada foi realizada por meio do teste de Log-rank⁽¹⁷⁾ e para a análise multivariada utilizou-se o modelo de Regressão de Cox⁽¹⁴⁾. Os testes estatísticos realizados foram bicaudais

e adotou-se um p-valor menor do que 0,05 para indicar significância estatística.

Toda a análise estatística foi realizada com o uso do software estatístico SPSS 16.0 para Windows (SPSS Inc.) com exceção da Generalização do Teste Exato de Fisher que foi realizado pelo STATA 8.2 (INTERCOOLED STATA 8.2 for Windows) e armazenada em planilha de Excel.

RESULTADOS

Quanto às características da população estudada, observou-se que a idade das 261 mulheres incluídas no estudo variou de 14 a 44 anos, com escolaridade média de 9 anos. A maioria delas vivia com o companheiro e não trabalhava fora de casa. Dentre as 91 mulheres que trabalhavam fora, aproximadamente 87% estavam em licença-maternidade. A maioria (73,9%) possuía renda entre 1 a 3 salários mínimos. Quanto aos antecedentes obstétricos, mais da metade das mulheres pesquisadas eram primíparas (55,2%) e tiveram parto vaginal (67,4%). Dentre as múltíparas, 88% haviam amamentado previamente por um tempo mediano de 12 meses.

Para as características neonatais, a mediana de idade gestacional foi de 39 semanas, o sexo feminino foi o mais frequente e a média do peso ao nascer foi de 3345 gramas.

Dos sete passos avaliados, três deles não atingiram 80% de realização (passos 4, 5 e 8) o que configura seu não cumprimento. Os demais variaram entre 87 a 100% de realização

A Figura 1 mostra o padrão de aleitamento materno praticado na alta hospitalar, na consulta de retorno e ao longo dos seis meses.

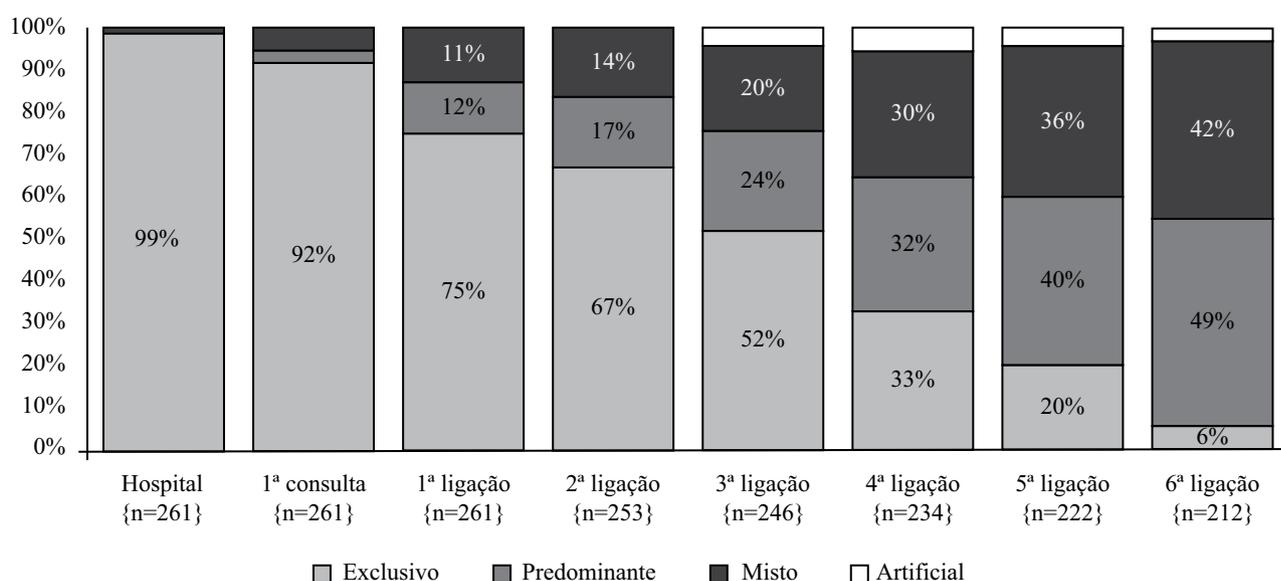


Figura 1 – Distribuição do tipo de aleitamento materno ao longo do acompanhamento – São Paulo, SP, 2009.

A análise de sobrevivência mostrou que a probabilidade AME foi de 95% aos 30 dias, 74% aos 60 dias, 63% aos 90 dias, 45% aos 120 dias, 26% aos 150 dias e 15% aos 180 dias. Na análise univariada, as variáveis estatisticamente significativas no tempo até a ocorrência do aleitamento não exclusivo foram: primiparidade ($p=0,04$; $HR=1,3$), amamentação prévia ($p=0,023$; $HR=1,7$), intercorrência mamária durante hospitalização ($p=0,001$; $HR=1,6$), intercorrência mamária na consulta de retorno ($p<0,001$; $HR=1,7$), dificuldade de amamentar ($p=0,003$; $HR=1,5$), posição inadequada ($p=0,030$; $HR=1,5$) e pega inadequada ($p=0,05$; $HR=1,4$).

Mostraram-se marginalmente significativas as variáveis trabalho fora de casa ($p=0,07$; $HR=1,3$) e não receber orientação de pega e posição ($p=0,09$; $HR=1,8$).

O modelo final da análise multivariada encontra-se disposto nos dados da Tabela 1, na qual se verifica que as variáveis independentes associadas ao tempo até a ocorrência do aleitamento não exclusivo foram: intercorrência mamária durante a hospitalização, intercorrência mamária no retorno, posição e interação entre intercorrência mamária no retorno e posição.

Tabela 1 – Modelo final da análise multivariada para risco de aleitamento não exclusivo – São Paulo, SP, 2009.

	Hazard Ratio	IC 95%	p-valor
Intercorrência mamária hospitalar (Sim x Não)	1,374	[1,027 - 1,838]	0,032
Intercorrência mamária na consulta de retorno (Sim x Não)	1,271	[0,901 - 1,793]	0,173
Posição (Inadequada x Adequada)	1,100	[0,703 - 1,723]	0,676
Intercorrência mamária no retorno e posição	2,446	[1,182 - 5,061]	0,016

DISCUSSÃO

Na alta hospitalar, o AME foi praticado por quase 99% mulheres da presente investigação (Figura 1). No HAC as mulheres recebem orientação e apoio, atividades que fazem parte da política de incentivo ao AM. Resultado semelhante foi identificado no estudo realizado na República Tcheca que avaliou o tipo de aleitamento na alta entre os HAC e outros hospitais sem esse título. A média de AME foi 90,3% nos HAC e 87,6% nos demais⁽⁵⁾.

Nos meses subsequentes, observou-se tendência de queda no AME e crescimento dos outros tipos de aleitamento. Nos meses 1, 2, 3, 4, 5 e 6 a prevalência foi de 75%, 67%, 52%, 33%, 19% e 6% respectivamente. Estudos de coorte semelhantes já foram realizados, com resultados diferentes.

Na Turquia, pesquisa com 297 crianças nascidas em um HAC, as taxas de AME aos 15 dias, 2, 4 e 6 meses foram discretamente melhores, de 97,4%, 76,1%, 53,7% e 9,3% respectivamente⁽⁷⁾. No Brasil, estudo em Itaúna (MG) identificou prevalências menores de AME sendo de 62,6% no 1º mês, 19,5% no 4º e de 5,3% no 6º mês⁽¹⁸⁾. Em São Paulo, pesquisa mostrou que somente 13,8% das crianças eram amamentadas exclusivamente aos três meses e apenas 1,6% aos seis⁽¹⁹⁾.

No cálculo da probabilidade da criança estar em AME nos meses avaliados, observou-se que esta diminui à medida que aumentam os dias de vida da criança. Tais resultados são esperados, uma vez que são frequentes outras práticas que interferem no AME, como o uso de água, chás, sucos e leite artificial. A introdução de outros líquidos é mais acentuada a partir dos 30 dias de vida da criança.

Em pesquisa realizada pelo Ministério da Saúde (MS) sobre a prevalência de AM nas capitais brasileiras, observou-se a introdução de água em 13,6% das crianças no primeiro mês de vida, de chás em 15,3% e de outros leites, 17,8%. Esses percentuais variaram de acordo com diferentes regiões do País e tenderam ao aumento conforme aumentava o tempo de vida da criança⁽²⁰⁾.

Com relação aos passos da IHAC, a avaliação foi feita segundo os critérios estabelecidos pelo MS⁽²¹⁾. Para considerar o cumprimento, a OMS preconiza o atendimento de pelo menos 80% de cada passo. Os passos não cumpridos não apresentaram significância estatística.

No passo 4 (contato pele a pele), os resultados verificados mostraram que essa prática esteve presente em 72,4% das mulheres avaliadas. Apesar da alta porcentagem, esse passo foi considerado não cumprido, visto que deveria ter sido de pelo menos 80%. Vários estudos mostram que são inúmeros os benefícios desse passo, pois o contato precoce mãe-bebê logo após o nascimento facilita a sucção correta, reduz o choro da criança, aumenta as taxas de AME, bem com de AM total e influencia positivamente a relação mãe-filho⁽¹⁻²⁾. Estudo comprovou que o cumprimento desse passo representa uma probabilidade duas vezes maior da mulher continuar amamentando de 1 a 3 meses após o nascimento, em comparação com o grupo controle⁽²²⁾. Em outro estudo, o contato precoce não mostrou significância estatística⁽²³⁾.

O passo 5 refere-se a procedimentos relacionados à manutenção da lactação. Em relação à ajuda da enfermagem para amamentação, orientação de pega e posição

para amamentar, o passo foi cumprido, pois 94,9% das mães referiram que receberam ajuda para amamentar e 96,9% relataram que foram orientadas quanto a pega e posição. Com relação à produção de leite, apenas 30% relataram ter recebido tal orientação. Quanto à orientação sobre massagem nas mamas 72,8% receberam orientação e, quanto à extração do leite, 54,1% disseram que foram orientadas. Pouco mais da metade das mulheres receberam orientação para a retirada de leite. Como apenas alguns itens foram atendidos, considerou-se que esse passo não foi cumprido, pois não atingiu 80% na média. Orientações fornecidas às mães sobre a técnica da amamentação favorecem o sucesso do AM⁽¹⁻²⁾.

Pode-se supor que, pelo fato das mulheres ficarem pouco tempo internadas (48 horas), a prioridade dos profissionais pode estar centrada em orientações mais efetivas com relação a pega e posição do bebê e massagem nas mamas. A produção do leite e a extração deixam de ser prioridade, porque o problema não é identificado, surgindo após a alta. O tempo de permanência no hospital poderia ser ampliado para minimizar as intercorrências e permitir à mulher o aprendizado e a experiência do cuidado consigo e com o filho.

O passo 8 preconiza AM sob livre demanda, o que significa que a mãe deve reconhecer os sinais de fome da criança. Nesse passo, 79,1% das mães relataram que foram orientadas. Como o esperado é 80%, considerou-se que não foi cumprido. A amamentação sob livre demanda aumenta a produção do leite⁽¹⁻²⁾.

A análise univariada revelou que, dentre os fatores que contribuíram para o desmame precoce, estava o trabalho fora de casa. Esse achado vem corroborar os resultados da pesquisa nacional de 2009, na qual mulheres que não trabalhavam fora de casa apresentaram porcentagem de AME maior que as que trabalhavam fora e sem licença-maternidade (43,9% e 26,8%, respectivamente)⁽¹⁷⁾. Estudo em Uberlândia durante campanha de vacinação com menores de seis meses mostrou que o trabalho fora de casa representou um risco de 2,7 vezes maior de desmame⁽²⁴⁾.

Não receber orientação de pega e posição durante o pré-natal representou um risco para o AM não exclusivo das crianças cujas mães receberam orientação. Essa questão foi analisada no estudo realizado com um grupo experimental, que recebeu orientação durante o pré-natal e um grupo controle que não recebeu orientação de pega e posição. As mulheres do grupo intervenção apresentaram escores mais altos de pega e posição quando comparadas às do grupo controle. A duração da amamentação durante as seis primeiras semanas foi 92% (intervenção) *versus* 29% (controle)⁽²⁵⁾.

Outro estudo de intervenção foi realizado na Inglaterra, com a participação de 60 mulheres no grupo controle e 62 no de intervenção, que recebeu orientação de um membro

da equipe sobre a pega e a posição efetiva para amamentar. Aos sete dias, estavam amamentado 60,4% das mães do grupo controle e 70% do grupo intervenção. No entanto, a diferença encontrada não foi estatisticamente significativa. Na análise das seis semanas, 30,8% do controle e 36,2% da intervenção estavam amamentando, porém a diferença também não foi significativa. A dor aos sete dias foi ligeiramente menor no grupo intervenção comparado com o controle, mas sem significância estatística⁽²⁶⁾.

As primíparas mostraram risco maior de AM não exclusivo em relação às secundíparas ou múltiplas. Estudo realizado em Feira de Santana (BA) mostrou que as múltiplas apresentaram maiores chances de oferecer AM e AME quando comparadas às primíparas⁽²⁷⁾.

Quanto à amamentação prévia, as mães sem experiência de amamentação apresentaram risco maior para o desmame em relação às demais. Resultado semelhante foi encontrado em pesquisa desenvolvida no México com 265 mulheres trabalhadoras e com filhos entre três e seis meses de vida, em que os principais fatores para o desmame foram conhecimentos inadequados sobre AM, não ter experiência anterior em amamentação, planejar amamentar menos de três meses e não ter facilidade para amamentar no trabalho⁽²⁸⁾.

A intercorrência mamária durante a hospitalização ou na consulta de retorno representou risco para o desmame precoce. Estudo realizado em Pelotas com 951 mães mostrou que 37% apresentou problemas mamários, sendo o trauma mamilar o mais frequente. O risco de não estar em AME foi 31% maior para essas mães do que para as que não apresentaram problemas mamários⁽⁹⁾. Quando presente, a dificuldade para amamentar mostrou um risco para a interrupção do AME em relação às crianças cujas mães não apresentaram dificuldade. A dificuldade referida por um maior número de mulheres (72,3%) foi a dor ao amamentar, que teve como causa principal os traumas mamilares.

O posicionamento e a apreensão inadequados ao amamentar representaram um risco em relação àquelas crianças cuja posição e pega estavam corretas. Durante a mamada, o posicionamento e a pega inadequadas podem desencadear o aparecimento de traumas mamilares, o que leva à redução do tempo de amamentação. Estudo de caso-controle realizado com puérperas mostrou que aquelas cujo filho era posicionado de forma inadequada tiveram duas vezes mais chances de apresentar traumas mamilares. Quando a apreensão estava incorreta, as chances de ocorrência de traumas mamilares foram de três a quatro vezes maiores⁽²⁹⁾.

O HAC tem papel importante no AME, mas ao longo do tempo há perda do fator protetor. É possível afirmar que mesmo as mulheres que recebem orientação desde o pré-natal precisam de apoio contínuo da equipe de saúde, de familiares e de centros de incentivo ao AM durante a

internação e nos meses que se seguem. A mulher precisa ser vista em sua realidade de vida, dentro do contexto familiar, levando em consideração seus anseios, desejos, medos e expectativas.

CONCLUSÃO

O estudo permitiu concluir que a IHAC favoreceu o AME praticado por mulheres cujos filhos nasceram no Hospital Maternidade Leonor Mendes de Barros. O padrão de AME no Hospital foi alto no início e foi diminuindo ao longo do

acompanhamento. Os fatores que contribuíram para o desmame precoce foram o trabalho fora de casa, não receber orientação de pega e posição, primiparidade, mães sem experiência prévia de amamentação, intercorrência mamária durante a hospitalização e na consulta de retorno, dificuldade para amamentar e posicionamento e apreensão inadequados ao amamentar.

A IHAC tem um papel importante no incentivo, na promoção e no apoio à amamentação, mas há necessidade de apoio contínuo das unidades básicas de saúde para continuidade do AME até os seis meses.

REFERÊNCIAS

1. Organização Mundial da Saúde (OMS). Evidências científicas dos “Dez Passos para o Sucesso do Aleitamento Materno. Brasília: OMS; 2001.
2. Figueredo SF, Mattar MJG, Abrão ACF. Iniciativa Hospital Amigo da Criança: uma política de promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno. *Acta Paul Enferm.* 2012;25(3):459-63.
3. Chalmers B, Levitt C, Heaman M, O’Brien B, Sauve R, Kaczorowski J; Maternity Experiences Study Group of the Canadian Perinatal Surveillance System, Public Health Agency of Canada. Breastfeeding rates and hospital breastfeeding practices in Canadá: a national survey of women. *Birth.* 2009;36(2):122-32.
4. Broadfoot M, Britten J, Tappin DM, MacKenzie JM. The Baby Friendly Hospital Initiative and breastfeeding rates in Scotland. *Arch Dis Fetal Neonatal Ed.* 2005;90(2):114-6.
5. Mydlilova A, Sipek A, Vignerova J. Breastfeeding rates in baby-friendly and non-baby-friendly hospitals in the Czech Republic from 2000 to 2006. *J Hum Lact.* 2009;25(1):73-8.
6. Kramer MS, Chalmers B, Hodnett ED, Sevkovskaya Z, Dzikovich I, Shapiro S, et al.; PROBIT Study Group (Promotion of Breastfeeding Intervention Trial). Promotion of Breastfeeding Intervention Trial (PROBIT): a randomized trial in the Republic of Belarus. *JAMA.* 2001;285(4):413-20.
7. Duyan Camurdan A, Ozkan S, Yuksel D, Pasli F, Sahin F, Beyazova U. The effect of the baby-friendly hospital initiative on long-term breast feeding. *Int J Clin Pract.* 2007;61(8):1251-5.
8. Abolyan LV. The breastfeeding support and promotion in Baby-Friendly Maternity Hospital and Not-as-Yet Baby-Friendly Hospitals in Rússia. *Breastfeed Med.* 2006;1(2):71-8.
9. Silva MB, Albernaz EP, Mascarenhas MLW, Silveira RB. Influencia 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 Matern Infant* [Internet]. 2008[citado 2009 jan. 25];8(3):275-84. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbsmi/v8n3/a06v8n3.pdf>
10. Caldeira AP, Gonçalves E. Assessment of the impact of implementing the Baby-Friendly Hospital Initiative. *J Pediatr (Rio J)* [Internet]. 2007 [cited 2008 Feb 15];83(2):127-32. Available from: http://www.scielo.br/pdf/jped/v83n2/en_v83n2a06.pdf
11. Venâncio SI, Saldiva SRDM, Escuder MMLE, Giugliani ER. The Baby-Friendly Hospital Initiative shows positive effects on breastfeeding indicators in Brasil. *J Epidemiol Community Health.* 2012;66(10):914-8.
12. Sampaio PF, Moraes CL, Reichenheim ME, Oliveira AS, Lobato G. Nascer em Hospital Amigo da Criança no Rio de Janeiro, Brasil: um fator de proteção ao aleitamento materno? *Cad Saúde Pública.* 2011;27(7):1349-61.
13. Ramos CV, Almeida JAG, Saldiva SRDM, Pereira LMR, Alberto NSMC, Teles JBM, et al. Prevalência do aleitamento materno exclusivo e os fatores a ele associados em crianças nascidas nos hospitais amigos da criança de Terezina – Piauí. *Epidemiol Serv Saúde.* 2010;19(2):115-24.
14. Vannuchi MTO, Monteiro CA, Rea MF, Andrade SM, Matsuo T. Iniciativa Hospital Amigo da Criança e aleitamento materno em uma unidade de neonatologia. *Rev Saúde Pública* [Internet]. 2004[2007 set. 27];38(3):422-8. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v38n3/20660.pdf>
15. World Health Organization (WHO). Infant and young child nutrition. Fity-Fourth Health Assembly, WHA54.2. Geneva: WHO; 2001.
16. Brasil. Ministério da Saúde; Secretaria de Atenção à Saúde, Área Técnica de Saúde da Criança e Aleitamento Materno. Iniciativa Hospital Amigo da Criança [Internet]. Brasília; 2011 [citado 2011 ago. 17]. Disponível em: http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/iniciativa_hospital_amigo_crianca.pdf
17. Altman DG. *Practical statistics for medical research.* London: Chapman & Hall; 1991. Analysis of survival times; p. 365-95.

18. Chaves RG, Lamounier JA, César CC. Factors associated with duration of breastfeeding. *J Pediatr (Rio J)* [Internet]. 2007[citado 2008 jan. 2];83(3):241-6. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/jped/v83n3/v83n3a09.pdf>
19. Bueno MB, Souza JMP, Paz SMRS, Souza SB, Cheung PPY, Augusto RA. Duração da amamentação após a introdução de outro leite: seguimento de coorte de crianças nascidas em um hospital universitário em São Paulo. *Rev Bras Epidemiol* [Internet]. 2002 [citado 2009 jun. 17];5(2):145-52. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbepid/v5n2/02.pdf>
20. Saldiva SRDM, Venancio SI, Gouveia AGC, Castro AL, Escuder MM, Giugliani ER. Influência regional no consumo precoce de alimentos diferentes do leite materno em menores de seis meses residentes nas capitais brasileiras e Distrito Federal. *Cad Saúde Pública*. 2011;27(11):2253-62.
21. 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: Ed. MS; 1993.
22. Moore ER, Anderson GC, Bergman N. Early skin-to-skin contact for mothers and their healthy newborn infants. *Cochrane Database Syst Rev*. 2007;(3):CD003519.
23. Narchi NZ, Fernandes RQ, Dias LA, Novais DH. Variables that influence the maintenance of exclusive breastfeeding. *Rev Esc Enferm USP* [Internet]. 2009 [cited 2009 Sept 10];43(1):87-94. Available from: http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v43n1/en_11.pdf
24. Salustiano LPQ, Diniz ALD, Abdallah VOS, et al. Fatores associados à duração do aleitamento materno em crianças menores de seis meses. *Rev Bras Ginecol Obstet*. 2012;34(1):28-33
25. Duffy E, Percival P, Kershaw E. Positive effects of antenatal group teaching session on postnatal nipple pain, nipple trauma and breast feeding rates. *Midwifery*. 1997;13(4):189-96.
26. Woods A, Dykes F, Bramwell R. An intervention study using a breastfeeding positioning and attachment tool. *Clin Eff Nurs*. 2002;6(3-4):134-42.
27. Vieira GO, Almeida JAG, Silva LR, Cabral VA, Santana Netto PV. Fatores associados ao aleitamento materno e desmame em Feira de Santana, Bahia. *Rev Bras Saúde Matern Infant*. 2004;4(2):143-50.
28. Navarro-Estrella M, Duque-López MX, Trejo y Perez JA. Factores que influyen en el abandono temprano de lactancia por mujeres trabajadoras. *Salud Pública Mex* [Internet]. 2003[citado 2008 jul. 19];45(4):276-84.[citado 2008 jan. 12]. Disponible en: <http://www.scielo.org.mx/pdf/spm/v45n4/a06v45n4.pdf>
29. Coca KP, Gamba MA, Silva RS, Abrão ACFV. Does breastfeeding position influence the onset of nipple trauma? *Rev Esc Enferm USP* [Internet]. 2009[citado 2009 Jan 12];43(2):446-52. Available from: http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v43n2/en_a26v43n2.pdf