

CONJUNTO DE MEDIDAS PARA O INCENTIVO DO ALEITAMENTO MATERNO EXCLUSIVO INTRA-HOSPITALAR: EVIDÊNCIAS DE REVISÕES SISTEMÁTICAS

Bundle of measures to support intrahospital exclusive breastfeeding: evidence of systematic reviews

Kelly Pereira Coca^{a,*}, Vânia Lopes Pinto^a, Flavia Westphal^a,
Pâmilla Nayara Alves Mania^a, Ana Cristina Freitas de Vilhena Abrão^a

RESUMO

Objetivo: Identificar as principais recomendações encontradas em revisões sistemáticas relacionadas aos fatores de proteção do aleitamento materno exclusivo intra-hospitalar.

Fonte de dados: Revisão integrativa partindo da questão norteadora: Quais são as evidências identificadas na literatura relacionadas aos fatores de proteção ao aleitamento materno exclusivo no período intra-hospitalar? Foi realizada uma busca nas bases de dados Cochrane Library, PubMed/MEDLINE e LILACS por meio do descritor *Breast Feeding* e da palavra *Breastfeeding*. Os critérios de inclusão foram revisões sistemáticas publicadas entre 2007 e 2016 que respondiam à questão norteadora; e os critérios de exclusão, revisões sistemáticas que analisaram o aleitamento de crianças prematuras e com má formação orofacial. A amostra foi composta por oito revisões sistemáticas.

Síntese dos dados: As recomendações relacionadas aos fatores de proteção ao aleitamento materno exclusivo intra-hospitalar encontradas nas revisões sistemáticas foram: o contato pele a pele precoce; a permanência da criança em alojamento conjunto; a intervenção na dor mamilar durante a amamentação; a restrição do uso de suplementação para lactentes; o aleitamento materno sob livre demanda; e as intervenções educativas por meio de suporte individual e/ou em grupos durante a internação. O conjunto de medidas proposto incluiu todas as seis práticas apresentadas.

Conclusões: A revisão possibilitou a identificação de evidências que embasaram as medidas propostas com a finalidade de incentivar o aleitamento materno exclusivo intra-hospitalar, iniciado na sala de parto e seguido pela internação até a alta hospitalar.

Palavras-chave: Aleitamento materno; Desmame; Alojamento conjunto; Fatores de risco.

ABSTRACT

Objective: To identify the main recommendations found in systematic reviews regarding exclusive breastfeeding protective factors.

Data source: Integrative review based on the guiding question: What evidence is found in literature regarding the protective factors of exclusive breastfeeding during the intrahospital period? A search was conducted in the Cochrane Library, PubMed/MEDLINE and LILACS database using the keyword "Breast Feeding" and the word "Breastfeeding". Systematic reviews published from 2007 to 2016 that answered the guiding question were included in the study, whereas systematic reviews that analyzed breastfeeding of preterm infants and breastfeeding of children with orofacial malformation were excluded. The sample included eight systematic reviews.

Data synthesis: The recommendations related to the protective factors for exclusive in-hospital breastfeeding found in the systematic reviews were: early skin-to-skin contact, rooming-in care, intervention for treating painful nipples during breastfeeding, restriction of infant supplementation, baby-led breastfeeding and educational interventions and support for mothers during hospital stay. The proposed measures included the six practices presented as protective factors.

Conclusions: The review enabled the identification of evidence to support the recommended measures from delivery room to hospital discharge, with the aim of encouraging breastfeeding and preventing intrahospital weaning,

Keywords: Breast feeding; Weaning; Rooming-in care; Risk factors.

*Autor correspondente. E-mail: kcocaepm@hotmail.com (K.P. Coca).

^aUniversidade Federal de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil.

Recebido em 15 de novembro de 2016; aprovado em 14 de abril de 2017; disponível on-line em 13 de abril de 2018.

INTRODUÇÃO

É conhecida a superioridade do leite humano em relação a outras formas de alimentação, sendo o aleitamento materno exclusivo (AME) o melhor alimento para a criança.¹ Tal prática representa impacto significativo na saúde pública no mundo, capaz de evitar a morte de 823 mil crianças menores de 5 anos de idade e de 20 mil mulheres a cada ano, além de uma economia de 300 bilhões de dólares, segundo estimativas feitas em 2016.²

Apesar das recomendações e dos benefícios da amamentação, observa-se uma grande dificuldade em aumentar as taxas do AME.^{3,4} O último estudo de prevalência no Brasil demonstrou que 87,3% das crianças com 30 dias de vida estavam em aleitamento materno (AM) e, destas, apenas 47,5% em AME. As crianças com 180 dias de vida apresentaram menor taxa de AM, 68,6%, ao passo que a exclusividade estava presente em apenas 7,7% delas.⁵

Situações especiais como prematuridade, condições de saúde que separam a mãe do recém-nascido, introdução de fórmula artificial, rotina hospitalar que limita a prática do AM, uso de medicamentos que contraindicam a amamentação, presença de dor e/ou lesão mamilar, experiência negativa materna na amamentação anterior, retorno da mãe ao trabalho antes dos seis meses de vida da criança, insegurança materna, mitos da sociedade, falta de apoio da família e despreparo dos profissionais de saúde estão relacionados ao desmame precoce.^{3,4} A falta de preparo da mulher em relação à amamentação também é um fator que influencia na redução do AM.⁶ Também representam fatores limitadores ao estímulo à amamentação o cansaço físico materno, a rotina intensa de cuidados, a dificuldade de posicionamento e pega e sucção inadequadas da criança na mama.^{7,8}

O AM precoce também é visto como um desafio, pelas baixas taxas de amamentação nas primeiras horas de vida em todo o mundo.² O início precoce da amamentação representa fator fundamental para a sua continuidade exclusiva e prolongada, não apenas pela oferta de colostro e seus benefícios nos primeiros dias pós-parto, mas também pela necessidade de adaptação da criança e da mãe ao processo.² A prática de estímulo ao AM durante a internação exige a atuação dos profissionais de saúde envolvidos, de forma contínua e persistente. A disponibilidade de profissionais treinados para promover e apoiar o AM é fator fundamental para essa prática, especialmente em situações de dificuldades.⁶ Dessa forma, destaca-se a importância do estabelecimento de medidas de proteção ao AM que envolvam todos os profissionais de saúde da área para diminuir o desmame precoce.

Percebe-se que as recomendações para o estímulo ao AM são inúmeras, no entanto, na prática observa-se que a aplicação é feita de forma aleatória. Apesar da existência de uma política mundial de incentivo ao AM, chamada Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC), muitas instituições, especialmente as privadas, não aderem ao programa pela autonomia da rotina

institucional e gestão de seus indicadores de saúde. Todavia, independentemente da obtenção do título IHAC, entende-se que a prática de estímulo ao AM é recomendação unânime para uma adequada assistência de saúde à mulher e ao seu filho. A realização de um conjunto de medidas poderá incrementar as taxas de AME dos recém-nascidos e prevenir o desmame precoce.

Diante do exposto, o estudo teve como objetivo identificar as principais recomendações encontradas em revisões sistemáticas relacionadas aos fatores de proteção do AME intra-hospitalar.

MÉTODO

Revisão integrativa seguindo as seis etapas estabelecidas: elaboração da pergunta norteadora, descrição dos critérios de inclusão e exclusão dos artigos, busca na base de dados, análise dos dados obtidos, discussão e apresentação dos resultados.⁹ Optou-se por esse método com a intenção de buscar suporte para propor um conjunto de medidas direcionado à proteção ao AME intra-hospitalar, por meio das recomendações atuais.

A pergunta norteadora foi: Quais são as evidências identificadas na literatura relacionadas aos fatores de proteção ao AME no período intra-hospitalar?

Os critérios de inclusão dos estudos foram: revisões sistemáticas que trataram especificamente da pergunta norteadora da pesquisa, publicadas entre janeiro de 2007 e novembro de 2016. Foram excluídas as que analisaram o aleitamento de crianças prematuras e com má-formação orofacial. A busca das publicações foi realizada nas bases de dados Cochrane Library (Cochrane), *US National Library of Medline* (PubMed/MedLine) e Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), com o descritor em *Medical Subject Headings* (MeSH) *Breast Feeding* e a palavra *Breastfeeding*.

Na base de dados Cochrane foram encontradas, a partir do descritor e da palavra relacionada, 82 e 100 revisões, respectivamente, enquanto na LILACS foram identificadas cinco e três revisões. Já no PubMed o resultado foi de 1.633 publicações na busca pela palavra, uma vez que esta apresentou maior abrangência de artigos. Após a exclusão dos estudos em duplicidade e dos que não correspondiam à temática proposta, a amostra foi composta por oito revisões sistemáticas (Tabela 1). Depois da identificação da amostra, seguiu-se com a análise dos dados por meio da leitura das revisões na íntegra para a busca das ações intra-hospitalares que contribuíram para o AME.

RESULTADOS

As recomendações relacionadas aos fatores de proteção ao AME intra-hospitalar encontradas nas revisões sistemáticas foram: contato pele a pele precoce; permanência da criança em alojamento

conjunto (AC); intervenção na dor mamilar durante a amamentação; restrição do uso de suplementação para lactentes; AM sob livre demanda; e intervenções educativas por meio de suporte individual e/ou em grupos durante a internação. Os resultados das revisões sistemáticas selecionadas são apresentados na Tabela 2.

DISCUSSÃO

As revisões encontradas trouxeram as evidências existentes das práticas de cuidado da mulher e de recém-nascidos no processo de amamentação, nos primeiros dias após o parto. As recomendações permitiram identificar seis ações que contribuem para o AME no período intra-hospitalar.

O contato pele a pele precoce

A rotina hospitalar de assistência ao parto, por muitos anos, priorizou os primeiros cuidados da criança recém-nascida, entre eles colocar em berço aquecido e enrolar a criança em campo esterilizado, após o nascimento. No entanto, o contato com sua mãe, imediatamente após o nascimento, tem sido recomendado pela Fundação para as Ações Unidas para a Infância (UNICEF),¹⁸ baseado em diversos benefícios em curto, médio e longo prazo que a prática pode oferecer, tanto para a criança quanto para a mulher.²

Imediatamente após o nascimento, o recém-nascido passa por um momento de inatividade alerta, que pode durar 40 minutos. Durante esse período, o contato da criança direto com a pele da mãe, além do desenvolvimento do vínculo, propicia níveis favoráveis de batimentos cardíacos e respiração da criança, além de facilitar a amamentação precoce e diminuir o choro.¹⁹

No que se refere ao seu efeito no AM, uma revisão sistemática verificou os efeitos benéficos e adversos do contato precoce pele a pele na exclusividade e duração da lactação, cuja amostra foi de 34 estudos envolvendo um total de 2.177 díades mãe-filho.¹² A revisão sistemática concluiu que o contato precoce entre mãe e bebê associou-se ao AME no terceiro dia pós-parto e entre um e quatro meses pós-parto, apesar da grande heterogeneidade dos resultados e da qualidade metodológica variada.¹²

A permanência em alojamento conjunto

O AC é previsto e obrigatório de acordo com o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA).²⁰ Trata-se de um sistema hospitalar de internação em que o recém-nascido saudável permanece ao lado de sua mãe 24 horas por dia, logo após o nascimento e até a alta hospitalar.²¹

A prática do AC é considerada uma medida facilitadora para o início do AM e prevista pela Portaria MS/GM nº 1.016/2003, que obriga aos hospitais e maternidades vinculados ao Sistema Único de Saúde (SUS) a implantarem esse sistema. Também preconizada pela IHAC, embasa-se nas vantagens de estimular o AM sob livre demanda, favorecer os laços afetivos entre mãe e filho por meio do relacionamento precoce e contínuo, prevenir infecção hospitalar e possibilitar o cuidado da criança pela sua mãe, o que permite o reconhecimento das necessidades do filho e o esclarecimento de dúvidas com os profissionais de saúde.²²

A revisão sistemática realizada em 2016 identificou 26 ensaios com o propósito de avaliar a duração de qualquer AM e tempo de aleitamento exclusivo relacionado à prática de AC. No entanto, apenas um estudo clínico randomizado com

Tabela 1 Revisões sistemáticas selecionadas para o estudo.

N.	Título da revisão sistemática	Autores	Ano
1	Interventions for promoting the initiation of breastfeeding ¹⁰	Lisa Dyson, Felicia M McCormick and Mary J Renfrew	2005
2	Support for healthy breastfeeding mothers with healthy term babies ¹¹	Mary J Renfrew, Felicia M McCormick, Angela Wade, Beverley Quinn and Therese Dowswell	2012
3	Early skin-to-skin contact for mothers and their healthy newborn infants ¹²	Elizabeth R Moore, Gene C Anderson, Nils Bergman and Therese Dowswell	2012
4	Breastfeeding promotion interventions and breastfeeding practices: a systematic review ¹³	Sarah Haroon, Jai K Das, Rehana A Salam, Aamer Imdad, Zulfiqar A Bhutta	2013
5	Baby-led compared with scheduled (or mixed) breastfeeding for successful breastfeeding ¹⁴	Anne Fallon, Deirdre Van der Putten, Cindy Dring, Edina H Moylett, Gerard Fealy and Declan Devane	2014
6	Interventions for treating painful nipples among breastfeeding women ¹⁵	Cindy-Lee Dennis, Kim Jackson and Jo Watson	2014
7	Early additional food and fluids for healthy breastfed full-term infants ¹⁶	Hazel A Smith and Genevieve E Becker	2016
8	Rooming-in for new mother and infant versus separate care for increasing the duration of breastfeeding ¹⁷	Sharifah Halimah Jaafar, Jacqueline J Ho and Kim Seng Lee	2016

176 mulheres e seus respectivos filhos foi incluído. Esse ensaio clínico comparou a condição de internação da dupla mãe-bebê em quatro grupos: contato pele a pele logo após o nascimento seguido de AC; sem contato pele a pele ao nascer seguido de AC; sem contato pele a pele ao nascer seguido de berçário nas primeiras 24 horas de vida; e sem contato pele a pele ao nascer seguido de AC com atraso de até três horas após o nascimento. Nos grupos em que o cuidado era feito separadamente, as mamas aconteciam sete vezes ao dia. Nos grupos de AC, as mamas eram em livre demanda.¹⁷ A taxa de AME no quarto dia pós-parto, antes da alta hospitalar, foi maior no grupo de AC, embora os resultados não tenham apontado diferença entre os grupos quanto à duração de qualquer AM até o quarto mês.¹⁷

Apesar do número limitado de ensaios clínicos randomizados para avaliar o efeito da permanência em sistema de AC na duração da amamentação, os benefícios são múltiplos e não há razão para não o praticar. A exposição da criança em contato

precoce e prolongado nos primeiros dias de vida poderá propiciar ambiente de aprendizado e possibilidade de estabelecimento do AM, diminuindo o risco de desmame.²²

Intervenção na dor mamilar durante a amamentação

O relato de queixa de dor durante a amamentação representa um grande desafio para o profissional da saúde devido à precocidade de seu aparecimento, nas primeiras duas semanas pós-parto, sendo uma das principais causas de desmame precoce.^{7,17} Apesar de frequente, muitas mulheres acreditam tratar-se de um problema normal, agravando ainda mais a situação, até que ela resolva pedir ajuda.²³

Inicialmente a mulher pode apresentar apenas um leve desconforto na região, nos primeiros dias de exposição dos mamilos à sucção da criança, mas há dor moderada a intensa em 36 a 96% das mulheres que amamentam,²⁴ sendo a presença de

Tabela 2 Síntese das conclusões relacionadas aos fatores de proteção ao aleitamento materno das revisões do estudo.

N.	Objetivo da revisão sistemática	Conclusão da revisão sistemática
1	Avaliar a efetividade das intervenções educativas na taxa de início do AM.	As intervenções educativas e o apoio à mãe nos primeiros dias de vida aumentaram as taxas de iniciação do AM em comparação com cuidados habituais.
2	Avaliar a efetividade do suporte da mulher durante a amamentação.	O suporte, individual e/ou em grupo, incrementou a duração do AME em 4 a 6 semanas e em 6 meses, respectivamente.
3	Avaliar o efeito do contato pele a pele precoce na amamentação.	O contato pele a pele precoce apresentou efeito positivo na taxa de AM 1 a 4 meses após o nascimento com aumento da duração em 42 dias. Contudo, o momento exato do contato pele a pele, o tempo e a técnica utilizada não estão bem definidos.
4	Identificar o efeito das intervenções educativas nas taxas de AM até 48 horas pós-parto, no 1º mês e entre 1 e 5 meses.	As intervenções educativas aumentaram significativamente as taxas de AM ao nascer em 43%, no 1º mês em 30% e entre 1 a 5 meses para 90%. A intervenção individual aumentou em 60% as taxas de AM.
5	Avaliar o aleitamento materno sob livre demanda em comparação ao programado no sucesso da amamentação.	O AM sob livre demanda deve ser estimulado, conforme as recomendações atuais. No entanto, não há evidência que avalie o efeito do AM sob livre demanda <i>versus</i> controlado.
6	Avaliar o efeito das intervenções no alívio da dor mamilar e seu impacto na duração e exclusividade do AM.	O leite materno mostrou-se igualmente benéfico na dor mamilar de curta duração em relação à outra intervenção como a lanolina. O impacto da intervenção na duração e exclusividade do AM não foi identificado pela baixa qualidade dos estudos para a obtenção dessas informações.
7	Avaliar os benefícios e malefícios dos alimentos ou fluidos adicionais para crianças a termo saudáveis em aleitamento e determinar o calendário e o tipo de suplemento.	Não foi observada diferença do uso de leite artificial nas taxas de AM no momento da alta hospitalar, embora as crianças tenham apresentado menores taxas de AME aos 3 meses de vida. As evidências de benefícios e possíveis efeitos negativos da suplementação de crianças na duração do AM foram limitadas pela baixa qualidade dos estudos encontrados.
8	Avaliar o efeito da permanência em AC <i>versus</i> separação mãe-bebê na duração do AM.	A taxa de AME no 4º dia pós-parto, antes da alta hospitalar, foi significativamente maior no grupo mãe-bebê em AC.

AM: aleitamento materno; AME: aleitamento materno exclusivo; AC: alojamento conjunto.

lesão mamilar a principal causa de dor aguda.¹⁹ Diversos são os tratamentos sugeridos, além da correção da causa, como a pega e o posicionamento inadequados da criança.

O impacto da dor mamilar na duração e exclusividade do AM foi analisado por uma revisão sistemática realizada em 2014, que avaliou as intervenções existentes para o manejo da dor mamilar e sua relação com a amamentação. A revisão incluiu quatro estudos clínicos, contemplando 656 mulheres e um total de cinco diferentes tipos de intervenções para dor mamilar e/ou lesão mamilar: protetor de glicerina, concha de proteção, apenas lanolina, apenas leite materno e pomada em geral (ex., antifúngico e antibacteriano). Todos os estudos incluíram orientação educativa quanto à correção de pega e posicionamento da criança na mama e cuidados de rotina.¹⁵

A aplicação do leite materno nos mamilos mostrou-se benéfico nos primeiros dias pós-parto para prevenir a dor mamilar antes do sétimo e décimo dias, uma vez que, após esse período, o nível de dor relatado pelas mulheres encontrava-se em grau leve. Não foram identificadas evidências científicas suficientes quanto ao uso dos demais tratamentos existentes para a melhora da percepção da dor mamilar das mulheres, quando em uso isolado ou associado entre eles. Quanto à duração e à exclusividade do AM, não foi encontrada diferença entre os tipos de tratamento propostos, visto a falta de qualidade dos ensaios clínicos existentes para identificar essas informações.¹⁵

Restrição do uso de suplementação para lactentes

A suplementação ou fórmula infantil corresponde ao leite industrializado que, na sua maioria, é elaborado a partir do leite de vaca, recomendado pela Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP) apenas para crianças impossibilitadas de serem amamentadas.²⁵ Embora exista uma recomendação específica, observa-se que o uso é frequente, especialmente entre mães com dificuldade para amamentar.²⁶ A restrição do uso de leite artificial e a não oferta de água e chás para crianças de 0 a 6 meses de vida são recomendações da Organização Mundial de Saúde (OMS) como ação de proteção ao AME.¹

Na revisão sistemática publicada em 2016, foram incluídos nove estudos com 2.226 crianças com o objetivo, dentre outros, de avaliar a exclusividade do aleitamento na presença de alimentos ou líquidos adicionais para crianças a termo saudáveis menores de seis meses de vida.¹⁶

Quanto ao uso de leite artificial, não foi observada diferença do uso de complemento nas taxas de AM no momento da alta hospitalar, mas as crianças apresentaram menores taxas de AME aos três meses de vida.¹⁶

No que diz respeito ao uso de água com glicose nas primeiras 12 horas após o nascimento, observou-se uma redução

nos episódios de hipoglicemia em comparação com o AME, no entanto, sem diferença significativa quando utilizado nas 12 horas subsequentes. Essa suplementação não trouxe prejuízos ou benefícios quanto à duração do AM.¹⁶

A qualidade da evidência existente acerca do uso de fórmulas e demais líquidos foi insuficiente para sugerir qualquer mudança na prática do AME.¹⁶ A exposição da criança a outros leites e/ou líquidos, que não o leite materno, poderá diminuir os benefícios garantidos pelo AME e, ainda, interferir no padrão de sucção da criança com a introdução de outros métodos de alimentação como a mamadeira, considerada fator de risco para o desmame.^{2,26}

Aleitamento materno sob livre demanda

Também chamada de alimentação guiada pelo bebê, o AM sob livre demanda refere-se ao tempo e à duração da mamada determinados pelas necessidades da criança. São benefícios dessa prática: atender às necessidades da criança conforme a demanda, ganho de peso mais rápido, menos icterícia neonatal, menos choro, maior estímulo da mama e prevenção do ingurgitamento mamário, além de a mãe aprender a responder à criança.¹⁸

A revisão sistemática que avaliou os efeitos da amamentação sob livre demanda em comparação com a programada ou mista, no sucesso da amamentação para recém-nascidos saudáveis, não encontrou ensaios clínicos randomizados para responder aos objetos propostos.¹⁴ Os autores afirmaram ser necessária maior clareza para definir a amamentação em livre demanda, sendo que a divergência desse conceito entre os dois estudos da revisão impossibilitou a comparação dos resultados. Como recomendação, sugeriram que nenhuma alteração deva ser feita nas diretrizes atuais sem a identificação de novas evidências.¹⁴

As intervenções educativas: suporte individual e/ou em grupo

A educação é um importante e complexo instrumento do profissional da saúde para o cuidado, ferramenta que possibilita o estreitamento de vínculo com os pacientes e a promoção da qualidade de vida da população.²⁷ A promoção e o apoio para a mulher que amamenta têm papel fundamental no sucesso do aleitamento materno.^{6,21} Nessa temática foram encontradas três revisões sistemáticas que abordaram o impacto das intervenções educativas no AM e de suporte à mulher em ações individuais e/ou em grupos.

No que se refere à intervenção educativa em saúde e sua eficácia no AM, a revisão sistemática realizada em 2005 analisou o efeito nas taxas de iniciação da amamentação.¹⁰ Após a inclusão de cinco estudos, com o total de 582 mulheres no pós-parto, observou-se aumento significativo do número de mulheres que iniciaram a amamentação após a intervenção.

A intercessão educativa incluiu rodas de conversas realizadas diariamente no ambiente hospitalar pelo consultor de lactação, contato telefônico após 48 horas da alta, além do agendamento de visita à clínica de AM com este profissional uma semana após a alta até o desmame ou quando a criança chegasse a um ano de idade.¹⁰

Quanto às intervenções de suporte individual e/ou em grupo, a revisão sistemática realizada em 2012 encontrou 52 estudos randomizados controlados em 21 países, que incluiu 56.451 binômios.¹¹ Desses estudos, 22 foram realizados tanto em enfermarias pós-parto hospitalares como em clínicas comunitárias: cinco estudos em hospitais com o título Amigos da Criança; 30 apenas em ambientes comunitários, e outro estudo em cinco hospitais (dois adaptados às normas da IHAC e três com a certificação).¹¹ As formas de intervenção mencionadas neste estudo incluíram desde o treinamento adicional, o suporte individual e em grupo realizado em ambiente hospitalar ou na comunidade, até o contato via telefone para o apoio da amamentação.¹¹ No geral, 36 dos 52 estudos relatam que as pessoas que prestaram apoio à amamentação tiveram treinamento adicional para fornecer esse apoio à mulher. Em três estudos, os profissionais eram certificados em nível internacional pelo *International Board Certified Lactation Consultant* (IBCLC).¹¹ O suporte em grupo, realizado tanto por leigos quanto por profissionais de saúde, treinados ou não, foi o mais utilizado nos estudos e demonstrou impacto positivo sobre os resultados da amamentação. Todas as formas de apoio analisadas mostraram efeito significativo nas taxas de início da amamentação, no aumento na duração e sua exclusividade, comprovando a necessidade desse suporte durante todo o processo de gestação e pós-parto. As mulheres que receberam suporte presencial apresentaram cerca de 20% menos probabilidade de abandonar o AME.¹¹

A revisão publicada em 2013 também averiguou os tipos de aconselhamento em AM (individual e em grupo) com o objetivo de verificar seu efeito nas taxas de AM até 48 horas pós-parto, no primeiro mês e entre 1 e 5 meses.¹³ A intervenção em geral demonstrou efeito significativo com o aumento em 43% do AME até 48 horas pós-parto. Ao comparar o tipo de intervenção, a revisão demonstrou aumento de 60% entre mulheres que receberam suporte individual.¹³

Conjunto das práticas analisadas

Ao analisar todas as recomendações relacionadas aos fatores de proteção ao AME intra-hospitalar encontradas nas revisões sistemáticas — objeto do presente estudo —, identificou-se que cinco das seis práticas fazem parte da estratégia global IHAC,

que estabelece, dentre outras ações de proteção, os “Dez passos para o sucesso do aleitamento materno”. Lançada pela UNICEF e pela OMS no início da década de 1990, é parte da estratégia concebida em resposta ao chamado para a ação da Declaração de Innocenti, que tem enfoque na necessidade de aumentar as taxas de amamentação.¹⁸

A IHAC no Brasil teve início em março de 1992 com a ação do Programa Nacional de Incentivo ao Aleitamento Materno (PNIAM) e do Grupo de Defesa da Saúde da Criança, com o apoio da UNICEF e da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS). Após esse período, estudo mostrou impacto significativo nas taxas de AM em crianças nascidas em hospital credenciado. A pesquisa revelou que o tempo de AME nas nascidas com o título *versus* sem o título foi, respectivamente, de 60,2 e 48,1 dias. As chances de amamentação na primeira hora aumentaram em 9% para quem nasce em IHAC.²¹ Atualmente são 323 instituições credenciadas no país, ou seja, 10% dos hospitais do Brasil.²⁸ Embora os resultados tenham sido significativos, acredita-se que muitas instituições não estejam engajadas, tanto pela dificuldade em cumprir as exigências para o credenciamento da IHAC^{22,28} como por se tratar de uma política pública que envolve interesse e benefícios apenas para as que prestam serviços pelo SUS.²²

Contudo, acredita-se que a obtenção do título IHAC deva ser incentivada. No entanto, as práticas baseadas em evidência no cuidado da mulher e da criança estão além da política de incentivo ao AM e podem ser implantadas por todos os hospitais e maternidades. As evidências encontradas mostraram que as seis práticas de incentivo ao AM intra-hospitalar são efetivas e incrementam as taxas de AME, embora exista limitação metodológica de alguns estudos.

CONCLUSÃO

O contato pele a pele precoce, a permanência da criança em AC, a intervenção na dor mamilar durante a amamentação, a restrição do uso de suplementação para lactentes, o AM sob livre demanda e as intervenções educativas por meio de suporte individual e/ou em grupos durante a internação foram as recomendações encontradas e configuram a proposta do conjunto de medidas para o incentivo ao AME intra-hospitalar.

Financiamento

O estudo não recebeu financiamento.

Conflito de interesses

Os autores declaram não haver conflito de interesses.

REFERÊNCIAS

1. World Health Organization. Department of Nutrition for Health and Development. The Optimal Duration of Exclusive Breastfeeding: Report of an Expert Consultation. Geneva: WHO; 2002.
2. Victora CG, Bahl R, Barros AJ, França GV, Horton S, Krasevec J, et al. Breastfeeding in the 21st century: epidemiology, mechanisms, and lifelong effect. *Lancet*. 2016;387:475-90.
3. Sanches MT, Buccini GS, Gimeno SG, Rosa TE, Bonamigo AW. Factors associated with interruption of exclusive breastfeeding in low birth weight infants receiving primary care. *Cad Saúde Pública*. 2011;27:953-65.
4. Araújo OD, Cunha AL, Lustosa LR, Nery IS, Mendonça RC, Campelo SM. Breastfeeding: factors that cause early weaning. *Rev Bras Enferm*. 2008;61:488-92.
5. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. II Pesquisa de Prevalência de Aleitamento Materno nas Capitais Brasileiras e Distrito Federal. Brasília: Ministério da Saúde; 2009.
6. Almeida JM, Luz SA, Ued FV. Support of breastfeeding by health professionals: integrative review of the literature. *Rev Paul Pediatr*. 2015;33:355-62.
7. Coca KP, Gamba MA, Silva RS, Abrão AC. Does breastfeeding position influence the onset of nipple trauma? *Rev Esc Enferm USP*. 2009;43:445-8.
8. Carvalhaes MA, Correa CR. Identification of difficulties at the beginning of breastfeeding by means of protocol application. *J Pediatr (Rio J)*. 2003;79:13-20.
9. Mendes KD, Silveira RC, Galvão CM. Integrative literature review: a research method to incorporate evidence in health care and nursing. *Texto Contexto Enferm*. 2008;17:758-64.
10. Dyson L, McCormick FM, Renfrew MJ. Interventions for promoting the initiation of breastfeeding. *Cochrane Database Syst Rev*. 2005;CD001688.
11. Renfrew MJ, McCormick FM, Wade A, Quinn B, Dowswell T. Support for healthy breastfeeding mothers with healthy term babies. *Cochrane Database Syst Rev*. 2012;CD001141.
12. Moore ER, Anderson GC, Bergman N, Dowswell T. Early skin-to-skin contact for mothers and their healthy newborn infants. *Cochrane Database Syst Rev*. 2012;(5):CD003519.
13. Haroon S, Das JK, Salam RA, Imdad A, Bhutta ZA. Breastfeeding promotion interventions and breastfeeding practices: a systematic review. *BMC Public Health*. 2013;13:S20.
14. Fallon A, Putten DV, Dring C, Moylett EH, Fealy G, Devane D. Baby-led compared with scheduled (or mixed) breastfeeding for successful breastfeeding. *Cochrane Database Syst Rev*. 2014;7:CD009067.
15. Dennis CL, Jackson K, Watson J. Interventions for treating painful nipples among breastfeeding women. *Cochrane Database Syst Rev*. 2014;12:CD007366.
16. Smith HA, Becker GE. Early additional food and fluids for healthy breastfed full-term infants. *Cochrane Database Syst Rev*. 2016;8:CD006462.
17. Jaafar SH, Ho JJ, Lee KS. Rooming-in for new mother and infant versus separate care for increasing the duration of breastfeeding. *Cochrane Database Syst Rev*. 2016;8:CD006641.
18. Fundo das Nações Unidas para a Infância. Iniciativa Hospital Amigo da Criança: revista, atualizada e ampliada para o cuidado integrado: módulo 1: histórico e implementação. Brasília: Ministério da Saúde; 2008.
19. Matos TA, Souza MS, Santos EK, Velho MB, Seibert ER, Martins NM. Precocious skin-to-skin contact between mother and child: meanings to mothers and contributions for nursing. *Rev Bras Enferm*. 2010;63:998-1004.
20. Brasil. Presidência da República. Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. Brasília: Câmara dos Deputados; 2015.
21. Brasil. Ministério da Saúde. Área Técnica de Saúde da Criança e Aleitamento Materno. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Secretaria de Atenção à Saúde. Iniciativa Hospital Amigo da Criança. Brasília: Ministério da Saúde; 2011.
22. Brasil. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministério. Portaria nº 1.153, de 22 de maio de 2014. Redefine os critérios de habilitação da Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC), como estratégia de promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno e à saúde integral da criança e da mulher, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: Ministério da Saúde; 2014.
23. Cervellini MP, Gamba MA, Coca KP, Abrão AC. Injuries resulted from breastfeeding: A new approach to a known problem. *Rev Esc Enferm USP*. 2014;48:346-56.
24. Pugh LC, Buchko BL, Bishop BA, Cochran JF, Smith LR, Lerew DJ. A comparison of topical agents to relieve nipple pain and enhance breastfeeding. *Birth*. 1996;23:88-93.
25. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Saúde da criança: aleitamento materno e alimentação complementar. 2ª ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2015.
26. Buccini GS, Benício MH, Venâncio SI. Determinants of using pacifier and bottle feeding. *Rev Saúde Pública*. 2014;48:571-82.
27. Sousa LB, Torres CA, Pinheiro PN, Pinheiro AK. Health education practices in Brazil: thinking over the nursing practice. *Rev Enferm UERJ*. 2010;18:55-60.
28. UNICEF Brasil [Internet]. Iniciativa Hospital Amigo da Criança. Lista dos Hospitais Amigos da Criança. 2014 [cited 2017 Apr 7]. Available from: https://www.unicef.org/brazil/pt/activities_9998.htm