

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

Influence of breastfeeding support on the exclusive breastfeeding of babies in the first month of life and born in the city of Pelotas, State of Rio Grande do Sul, Brazil

Mírian Barcellos da Silva ¹
 Elaine P. Albernaz ²
 Maria L. W. Mascarenhas ³
 Regina B. da Silveira ⁴

¹⁻⁴ Programa de Pós-Graduação. Mestrado em Saúde e Comportamento. Universidade Católica de Pelotas, Rua Almirante Barroso, 1202, Sala G-109. Pelotas, RS, Brasil. CEP: 96.010-280. E-mail: mirianbarcellossilva@hotmail.com

Abstract

Objectives: to measure exclusive breastfeeding rates in the first month and compare the feeding practices of children born in the hospital adopts the Baby Friendly Hospital Initiative (BFHI) with other hospitals practices in Pelotas, Rio Grande do Sul, Brazil.

Methods: a quasi-experimental study nested in a cohort. The research comprises two separate components: hospital screening and home monitorship of one-month (30%). 973 mothers and their babies were monitored from an initial sample of 2741 mothers.

Results: being born in hospitals which do not adopt the BFHI has increased the risk of absence of breastfeeding support, of babies not suckling in the first hour and receiving pacifier and tea at the hospital. The prevalence of one-month exclusive breastfeeding was 60%. Children born in the hospital which adopts BFHI had a larger rate of exclusive breastfeeding with one month and the use of pacifier has shown a negative association with the outcome.

Conclusions: the intervention was positive and the impact would be greater if the "ten steps" implementation were total during the collection phase. The breastfeeding promotion efforts should continue after releasing the patient through the counseling groups and maybe, with the follow up until six month, the results could be better.

Key words *Breast feeding, Infant, newborn, Hospitals*

Resumo

Objetivos: medir os índices de aleitamento exclusivo no primeiro mês e comparar o padrão alimentar das crianças nascidas no hospital que adota a Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC), com os demais hospitais de Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil.

Métodos: estudo quase-experimental, aninhado a uma coorte. A pesquisa contou com dois componentes: triagem hospitalar e acompanhamento domiciliar de um mês (30%); foram acompanhados 973 pares mãe-bebê de uma amostra inicial de 2741 mães.

Resultados: nascer em hospitais que não adotam a IHAC aumentou o risco das mães não terem sido incentivadas para o aleitamento, dos bebês não mamarem na primeira hora e receberem chupeta e chá no hospital. A prevalência de aleitamento exclusivo com um mês foi de 60%. As crianças nascidas no hospital IHAC tiveram maior índice de aleitamento exclusivo com um mês e o uso de chupeta mostrou uma associação negativa com o desfecho.

Conclusões: a intervenção foi positiva e o impacto seria maior se a implantação dos "dez passos" fosse total, na coleta de dados. O incentivo ao aleitamento deve continuar através da formação de grupos de aconselhamento às mães e, talvez, com o acompanhamento até o sexto mês, se alcançasse melhores resultados.

Palavras-chave *Aleitamento materno, Recém-nascido, Hospitais*

Introdução

Apesar do reconhecimento da importância do aleitamento, os índices de aleitamento exclusivo (AME) ainda são baixos e a duração do aleitamento é insatisfatória na maioria dos países.¹

Até os seis meses de idade, o leite materno supre as necessidades protéicas e calóricas do bebê, não havendo necessidade de complementação. Após os seis meses, até os dois anos ou mais, a Organização Mundial da Saúde (OMS) indica a manutenção do aleitamento, acompanhado de alimentação complementar.²

Além de fornecer total nutrição para o bebê, o leite materno é de fácil digestibilidade e transmite anticorpos, garantindo proteção contra diarreia,³⁻⁵ infecções respiratórias⁴⁻⁶ e manifestações atópicas,³ além de fortalecer o vínculo afetivo mãe-bebê.^{7,8}

A OMS e o Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) não recomendam o uso de chupeta ou outros fluídos não nutritivos, por interferirem na duração do aleitamento⁹⁻¹¹ e diminuírem seu efeito protetor.^{5,12}

Um estudo ecológico, realizado na América Latina e Caribe, evidenciou que 55% dos óbitos infantis por doenças diarreica e respiratória seriam preveníveis se houvesse AME nos primeiros três meses de idade e aleitamento parcial até o primeiro ano de vida.¹³

Outro estudo mostrou que crianças que não receberam leite materno tiveram um risco 14 vezes maior de morrer por diarreia, quando comparadas a crianças amamentadas exclusiva ou predominantemente.⁴

Victora *et al.*⁶ demonstraram que crianças não amamentadas no primeiro ano de vida tiveram um risco de hospitalização por pneumonia 17 vezes maior do que aquelas em AME. O risco aumentou para 61 vezes nas crianças não amamentadas abaixo dos três meses, mostrando uma maior proteção nos primeiros meses.

Devido aos benefícios do aleitamento, a OMS e o UNICEF emitiram uma declaração, visando sua promoção: os "dez passos para o sucesso da amamentação". Como estratégia para implementar os dez passos, desenvolveu-se a Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC): uma campanha de caráter mundial que enfatiza a importância dos estabelecimentos de saúde na tríade proteção, promoção e apoio ao aleitamento materno. O Brasil está entre os doze primeiros países a adotar essa conduta.^{14,15}

Pelotas, com cerca de 350.000 habitantes, foi, em 2004, contemplada com o primeiro Hospital Amigo da Criança da cidade, o Hospital Universitário São Francisco de Paula (HUSFP).

Este estudo avalia o impacto da implantação dos "dez passos para o sucesso da amamentação", da Iniciativa Hospital Amigo da Criança, no HUSFP, nas taxas de AME no primeiro mês de vida dos bebês, comparando com os índices de amamentação das crianças nascidas nos demais hospitais da cidade.

Métodos

Esse estudo com delineamento quase-experimental está inserido em uma coorte que avaliou vários desfechos e contou com dois componentes: perinatal (triagem hospitalar) e acompanhamento (visitas domiciliares com um, três e seis meses).

Para o componente perinatal, foram entrevistadas mães de crianças que nasceram em todas as maternidades de Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil, de setembro de 2002 a maio de 2003, estimando-se a ocorrência de 400 partos por mês.

Foram utilizadas informações do componente perinatal e de acompanhamento e, como desfecho, o aleitamento materno exclusivo com um mês de vida. A amostra foi selecionada aleatoriamente e de aproximadamente 30% das mães entrevistadas no perinatal, através do pacote estatístico SPSS, para visita domiciliar, aos trinta dias de vida do bebê.

O cálculo do tamanho da amostra foi baseado em intervalo de confiança de 95%, poder estatístico de 90% para exposições variando entre 15 e 80%, estimando-se um risco relativo de 2,0 para os possíveis desfechos; acrescentou-se 15% para possíveis perdas e controle de fatores de confusão. Com isso, a amostra necessária foi de 600 pares mãe-bebê, mas, como o estudo fazia parte de uma coorte que contemplava outros desfechos, a amostra final foi de 973 pares mãe-bebê.

Foram elegíveis os recém-nascidos cujas mães residissem na zona urbana da cidade de Pelotas e que não apresentassem problemas que contra-indicassem a amamentação, como malformações congênitas graves e soro positividade materna para HIV. As mães incluídas no estudo, após devidamente esclarecidas, assinaram termo de consentimento livre e esclarecido e responderam a questionários padronizados e acompanhados de manuais de instruções. Foram consideradas perdas as mães que não foram localizadas ou recusaram-se a participar ou a continuar no estudo.

O projeto foi aprovado pelas Comissões de Pesquisa e Ética em Saúde da Santa Casa de Misericórdia de Pelotas e Fundação de Apoio Universitário, Comitê de Ética em Pesquisa da Univer-

sidade Federal do Rio Grande do Sul e Comissão Científica da Universidade Católica de Pelotas.

O controle de qualidade foi realizado através da aplicação de questionário sintetizado a uma amostra aleatória de 10% da população estudada.

As categorias de aleitamento utilizadas foram as preconizadas pela OMS e foram consideradas em AME as crianças que recebiam leite materno como única fonte de alimentação e hidratação.¹⁶

As variáveis utilizadas foram: renda familiar, escolaridade e idade dos pais, cor materna, primiparidade, tabagismo na gravidez, trabalho materno, tipo de parto, sexo do recém-nascido, número de consultas pré-natal, tempo de gestação, peso do recém-nascido, parto em hospital IHAC e uso de chupeta.

Para a inserção de dados utilizou-se o programa Epi-Info 6.0, com dupla digitação e posterior limpeza dos dados. Para a análise, foi utilizado o pacote estatístico SPSS for Windows, com cálculo das frequências das variáveis, análise bivariada e multivariada. A análise multivariada, por regressão logística, foi processada conforme o modelo hierárquico construído, com base na revisão de literatura. Assim, os fatores socioeconômicos situados em um primeiro nível puderam influenciar as outras variáveis, excetuando-se as demográficas. No segundo nível, estão as características maternas; no terceiro, as do bebê e, no quarto, os fatores pós-natais, que poderão exercer uma influência direta sobre o desfecho.

Para as comparações foram empregados os testes qui-quadrado e exato de Fisher, quando indicado. O nível de significância foi $p < 0,05$ sendo mantidas no modelo as variáveis com um $p < 0,20$, em cada nível, por serem consideradas fatores de confusão em potencial.

Resultados

Ocorreram 3449 nascimentos; 81% (2799) eram bebês cujas mães residiam na cidade de Pelotas. Das 2799 crianças, 29 nasceram no domicílio, mas foram incluídas, pois receberam atendimento hospitalar após o parto. Dez pacientes tiveram alta antecipada e 26 apresentaram soro positividade para HIV, sendo excluídas. Quatorze mães (0,4%) não aceitaram participar do estudo e oito recusaram devido ao óbito precoce dos bebês. A população final entrevistada no hospital foi de 2741, representando 98% da população-alvo.

Foram selecionados, aleatoriamente, 973 pares mãe-bebê para o acompanhamento domiciliar. No acompanhamento de um mês, foram realizadas 951

visitas, totalizando 2,3% entre perdas e exclusões: 12 óbitos após a alta hospitalar; três não foram localizados; dois mudaram de cidade e cinco foram excluídos (um por soro positividade materna para HIV, com diagnóstico tardio; dois por doença mental materna e dois por adoção). A população final representou 98% da amostra objetivada. Ao analisar as características da população estudada, observou-se que não houve diferenças entre os participantes dos componentes perinatal e de acompanhamento.

Na fase de coleta de dados, o terceiro passo da IHAC era cumprido parcialmente, pois todas as gestantes que faziam o pré-natal no ambulatório do HUSFP eram informadas sobre as vantagens do aleitamento materno. No entanto, o referido hospital atendia gestantes provenientes de outras unidades de saúde, onde a qualidade do pré-natal não pode ser avaliada. Os passos quatro e sete também não eram cumpridos totalmente, pois, apesar de se praticar o alojamento conjunto, o contato precoce mãe-bebê, em caso de parto cesáreo, não era realizado, retardando a primeira mamada e separando mãe-bebê por algumas horas. Os demais passos eram cumpridos integralmente.

A renda familiar de 68% da população foi de, no máximo, três salários mínimos. Um terço dos pais tinha nove ou mais anos de escolaridade e, a maioria deles, entre 20 e 34 anos. O grau de escolaridade das mães foi semelhante ao dos pais e 67% delas tinha entre 20 e 34 anos. A maioria das mães eram brancas (73%); de cada quatro, uma fumou durante a gestação, e 39% teve parto cesáreo. Aproximadamente 76% fizeram seis ou mais consultas de pré-natal. A taxa de prematuridade foi de 12% e baixo peso esteve presente em 9% da amostra. Cerca de 22% das pacientes teve seu parto no hospital com IHAC.

A Tabela 1 mostra a distribuição da amostra conforme o hospital de nascimento. No hospital com IHAC, 76% da amostra recebiam até três salários mínimos, enquanto 66% da população dos demais hospitais tinham essa renda. Constatou-se que a escolaridade dos pais era menor nas crianças nascidas no hospital com IHAC e houve diferenças significativas também para as variáveis: idade dos pais (os do hospital com IHAC eram mais jovens), cor materna (maior número de não brancas no hospital com IHAC) e número de consultas pré-natal (menor número no hospital com IHAC). Nasceram também mais prematuros e bebês de baixo peso no hospital com IHAC em relação aos demais hospitais da cidade.

Na Tabela 2, foram utilizadas informações do componente perinatal para as quatro primeiras variáveis ($n=2741$). Para as demais ($n=951$),

Tabela 1

Características demográficas, socioeconômicas e reprodutivas da população estudada em hospital Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC)* e demais hospitais. Pelotas, Rio Grande do Sul, 2003.

Variável	IHAC		Outros hospitais		Valor p
	n	%	n	%	
Renda familiar†					
<1	17	7,9	67	8,9	< 0,01
1-3	148	68,5	429	56,7	
3,1-6	28	13	166	21,9	
>6	23	10,6	95	12,5	
Escolaridade paterna‡					
≥9	55	25,5	262	34,6	0,04
5-8	103	47,7	334	44,1	
0-4	41	19	125	16,5	
Ignorada	17	7,9	36	4,8	
Idade paterna‡					
<20	22	10,2	39	5,2	0,02
20-34	127	58,8	495	65,4	
≥35	67	31	223	29,5	
Escolaridade materna‡					
≥9	70	32,4	318	42	<0,01
5-8	91	42,1	312	41,2	
0-4	55	25,5	127	16,8	
Cor materna					
Não branca	69	31,9	191	25,2	0,05
Branca	147	68,1	566	74,8	
Idade materna‡					
<20	52	24,1	129	17	0,03
20-34	140	64,8	508	67,1	
≥35	24	11,1	120	15,9	
Primiparidade					
Não	132	61,1	445	58,8	0,54
Sim	84	38,9	312	41,2	
Tabagismo na gravidez					
Não	161	74,5	564	74,5	0,99
Sim	55	25,5	193	25,5	
Trabalho materno					
Não	148	68,5	490	64,7	0,3
Sim	68	31,5	267	35,3	
Tipo de parto					
Normal	142	65,7	451	59,6	0,1
Cesariana	74	34,3	306	40,4	
Sexo do RN					
Masculino	109	50,5	389	51,4	0,81
Feminino	107	49,5	368	48,6	
Número de consultas pré-natal					
≥6	148	68,5	594	78,5	< 0,01
0-5	68	31,5	163	21,5	
Tempo de gestação					
≥37 semanas	178	82,4	674	89	< 0,01
<37 semanas	38	17,6	83	11	
Peso do recém-nascido (gramas)					
≥2500	187	86,6	699	92,3	< 0,01
<2500	29	13,4	58	7,7	
Total	216	100	757	100	

*Hospital que adota Iniciativa Hospital Amigo da Criança; †Em salários mínimos; ‡Em anos completos.

Tabela 2

Diferenças observadas entre os hospitais com e sem Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC) em relação às práticas alimentares e ao apoio materno. Pelotas, Rio Grande do Sul, 2003.

Variável	IHAC				RR (IC95%)#	Valor p
	Sim		Não			
	n	%	n	%		
Amamentação na primeira hora*						
Sim	302	48,6	672	31,7	1,00	<0,001
Não	265	42,6	1337	63,1	1,42 (1,30-1,56)	
Bebês doentest†	55	8,8	110	5,2	-	
Trouxe chupeta para o hospital*						
Não	267	42,9	695	32,8	1,00	<0,001
Sim	355	57,1	1424	67,2	1,18 (1,09-1,27)	
O bebê recebeu chupeta no hospital*						
Não	517	83,1	1476	69,7	1,00	<0,001
Sim	101	16,2	621	29,3	1,81 (1,50-2,19)	
Bebês doentest†	4	0,6	22	1,0	-	
O bebê recebeu chá no hospital*						
Não	614	98,7	2034	96,0	1,00	<0,001‡
Sim	4	0,6	63	3,0	4,64 (1,70-12,70)	
Bebês doentest†	4	0,6	22	1,0	-	
Problema para amamentar**						
Não	139	65,9	464	62,7	1,00	<0,001
Sim	72	34,1	276	37,3	1,09 (0,89-1,35)	
Orientações no hospital sobre dificuldades com a amamentação**						
Sim	148	70,1	318	43,0	1,00	<0,001
Não	63	29,9	422	57,0	1,91 (1,54-2,37)	
Auxílio da equipe hospitalar no início da amamentação**						
Sim	152	72,0	317	42,8	1,00	<0,001
Não	59	28,0	423	57,2	2,04 (1,63-2,56)	
Orientações no hospital sobre retirada manual do leite**						
Sim	116	55,0	170	23,0	1,00	<0,001
Não	95	45,0	570	77,0	1,71 (1,47-2,00)	
Orientações no hospital sobre como dar o leite materno na ausência da mãe**						
Sim	90	42,7	124	16,8	1,00	<0,001
Não	121	57,3	616	83,2	1,45 (1,29-1,64)	
O apoio hospitalar influenciou para o aleitamento materno**						
Sim	154	73,0	341	46,1	1,00	<0,001
Não	57	27,0	399	53,9	2,00 (1,58-2,52)	

#Risco relativo e intervalo de confiança de 95%; † bebês afastados das mães por doença no pós-parto, excluídos da análise;

‡ Teste exato de Fisher; * dados do componente perinatal (n=2741); ** dados do componente do primeiro acompanhamento (n=951).

utilizou-se as informações do componente de acompanhamento de um mês. Foram excluídos da análise os bebês que, por doença, estavam afastados das mães na primeira hora de vida ou até o momento da

entrevista. Cerca de 50% dos bebês mamaram na primeira hora no hospital com IHAC e 32% nos demais. Para aqueles que nasceram em maternidades que não adotam a IHAC, o risco de não mamar na

Tabela 3

Análise bivariada dos fatores associados à interrupção do aleitamento materno exclusivo no primeiro mês de vida. Pelotas, Rio Grande do Sul, 2003.

Variável	Aleitamento materno exclusivo				RR (IC95%)#	Valor p
	Sim		Não			
	n	%	n	%		
Renda familiar †						
<1	46	8	37	9,8	1,00	0,41
1-3	334	58,3	225	59,5	0,90 (0,70 - 1,17)	
3,1-6	115	20,1	77	20,4	0,90 (0,67 - 1,21)	
>6	78	13,6	39	10,3	0,75 (0,53 - 1,06)	
Escolaridade paterna ‡						
≥9	200	34,9	106	28	1,00	0,06
5-8	252	44	179	47,4	1,20 (0,99 - 1,45)	
0-4	88	15,4	76	20,1	1,34 (1,07 - 1,68)	
Ignorada	33	5,8	17	4,5	0,98 (0,65 - 1,49)	
Idade paterna ‡						
≥35	183	31,9	101	26,7	1,00	
20-34	356	62,1	252	66,7	1,17 (0,97 - 1,40)	0,23
<20	34	5,9	25	6,6	1,19 (0,85 - 1,67)	
Escolaridade materna ‡						
≥9	234	40,8	145	38,4	1,00	0,33
5-8	241	42,1	154	40,7	1,02 (0,85 - 1,22)	
0-4	98	17,1	79	20,9	1,17(0,95 - 1,44)	
Cor materna						
Não branca	162	28,3	93	24,6	1,00	0,21
Branca	411	71,7	285	75,4	1,12 (0,93 - 1,35)	
Idade materna ‡						
≥35	82	14,3	60	15,9	1,00	0,43
20-34	390	68,1	242	64	0,91 (0,73 - 1,13)	
<20	101	17,6	76	20,1	1,02 (0,79 - 1,31)	
Primiparidade						
Não	348	60,7	215	56,9	1,00	0,24
Sim	225	39,3	163	43,1	1,10 (0,94 - 1,29)	
Tabagismo na gravidez						
Não	438	76,04	271	71,7	1,00	0,1
Sim	135	23,6	107	28,3	1,16 (0,98 - 1,37)	
Trabalho materno						
Não	529	92,3	340	89,9	1,00	0,2
Sim	44	7,7	38	10,1	1,18 (0,92 - 1,52)	
Tipo de parto						
Normal	358	62,5	225	59,5	1,00	0,36
Cesariana	215	37,5	153	40,5	1,08 (0,92 - 1,26)	
Sexo do Recém-nascido						
Masculino	306	53,4	184	48,7	1,00	0,15
Feminino	267	46,6	194	51,3	1,12 (0,96 - 1,31)	
Numero de consultas pré-natal						
≥6	441	77	301	79,6	1,00	0,33
0-5	132	23	77	20,4	0,91 (0,75 - 1,11)	
Tempo de gestação						
≥37 semanas	509	88,8	332	87,8	1,00	0,64
<37 semanas	64	11,2	46	12,2	1,06 (0,84 - 1,34)	
Peso do recém-nascido (gramas)						
≥2500	523	91,3	351	92,9	1,00	0,38
<2500	50	8,7	27	7,1	0,87 (0,67 - 1,20)	
Parto em hospital IHAC						
Sim	138	24,1	73	19,3	1,00	0,08
Não	435	75,9	305	80,7	1,19 (0,97 - 1,46)	
Chupeta						
Não	298	52	118	31,2	1,00	<0,001
Sim	275	48	260	68,8	1,71 (1,44 - 2,04)	
Total	573	100	378	100		

Risco relativo e intervalo de confiança de 95% de não mamar exclusivamente no primeiro mês; † em salários mínimos; ‡ em anos completos; IHAC=Iniciativa Hospital Amigo da Criança.

Tabela 4

Análise multivariada dos fatores associados à interrupção do aleitamento materno exclusivo no primeiro mês, conforme modelo hierárquico. Pelotas, Rio Grande do Sul, 2003.

Variável	OR* (IC95%)	OR** (IC95%)	Valor p
Escolaridade paterna [‡]			
≥9	1,00	1,00	0,14
5-8	1,34 (0,99-1,82)	1,31 (0,94-1,83)	
0-4	1,63 (1,11-2,40)	1,63 (1,05-2,54)	
Ignorada	0,97 (0,52-1,83)	1,05 (0,54-2,05)	
Idade paterna [‡]			
≥35	1,00	1,00	0,11
20-34	1,28(0,96-1,72)	1,45 (1,03-2,05)	
<20	1,33(0,75-2,36)	1,43 (0,75-2,73)	
Cor materna [‡]			
Não branca	1,00	1,00	0,08
Branca	1,21 (0,90-1,62)	1,32 (0,97-1,80)	
Sexo do recém-nascido [‡]			
Masculino	1,00	1,00	0,12
Feminino	1,21 (0,93-1,57)	1,23 (0,94-1,60)	
Tabagismo na gravidez [§]			
Não	1,00	1,00	0,10
Sim	1,28 (0,95-1,72)	1,30 (0,95-1,77)	
Trabalho materno [§]			
Não	1,00	1,00	0,13
Sim	1,34(0,85-2,12)	1,43 (0,90-2,29)	
Número de consultas pré-natal [§]			
≥6	1,00	1,00	0,14
0-5	0,85 (0,62-1,17)	0,77 (0,54-1,09)	
Peso do recém-nascido (gramas)			
≥2500	1,00	1,00	0,13
<2500	0,80 (0,49-1,31)	0,65 (0,37-1,14)	
Parto em hospital IHAC [†]			
Sim	1,00	1,00	0,07
Não	1,33 (0,96-1,82)	1,37 (0,98-1,91)	
Chupeta [†]			
Não	1,00	1,00	<0,001
Sim	2,39 (1,82-3,14)	2,45 (1,86-3,24)	

* Odds Ratio bruta e intervalo de confiança de 95% de não mamar exclusivamente no primeiro mês; **Odds Ratio ajustada e intervalo de confiança de 95% de não mamar exclusivamente no primeiro mês; ‡ Modelo 1=renda familiar, escolaridade dos pais, idade dos pais, cor materna e sexo do recém-nascido; § Modelo 2=escolaridade paterna, idade paterna, cor materna, sexo do recém-nascido, tabagismo na gravidez, trabalho materno, número de consultas pré-natal, tempo de gestação e peso do recém-nascido; ** †Modelo 4=escolaridade paterna, idade paterna, cor materna, sexo do recém-nascido, tabagismo na gravidez, trabalho materno número de consultas pré-natal, peso do recém-nascido, parto em hospital IHAC e uso da chupeta; IHAC=Iniciativa Hospital Amigo da Criança.

primeira hora aumentou em 42%. Evidenciou-se que não mamar na primeira hora aumentou o risco de não mamar exclusivamente ao seio com um mês de vida (RR=1,24, $p=0,01$; dado não apresentado em tabela).

Nos hospitais sem IHAC, 67% das mães levaram

chupeta para a maternidade. Os bebês nascidos nessas maternidades tiveram um risco 81% maior de receber chupeta antes da alta hospitalar e, quanto ao uso do chá, o risco foi quase 5 vezes maior.

Não houve diferença estatisticamente significa-

tiva entre os hospitais, quanto a problemas relacionados à amamentação. Constatou-se que, da amostra total de 951 mães, 37% teve problemas, sendo a fissura mamária o mais encontrado. Pode-se observar que, em 70% dos nascimentos em hospital com IHAC, as mães foram orientadas sobre as dificuldades com a amamentação, e 72% receberam auxílio da equipe; esse percentual caiu para 43% quando os nascimentos ocorreram nos demais hospitais da cidade.

No hospital com IHAC, mais da metade das mães foi orientada sobre a retirada manual do leite materno; nos restantes, menos de um quarto recebeu orientação. Pode-se constatar que, nos hospitais que não adotam a IHAC, o risco da mãe não ter sido orientada no hospital sobre como dar o leite materno, quando houvesse necessidade de se afastar do bebê, aumentou em 45%.

Aproximadamente três em cada quatro mães que tiveram filhos em hospital com IHAC relataram que o apoio hospitalar as influenciou para o aleitamento materno e, menos da metade delas, nos demais hospitais.

A Tabela 3 mostra os fatores associados ao AME no primeiro mês de vida. A prevalência de AME foi de 60%, no total da amostra. Apenas o uso de chupeta mostrou associação estatisticamente significativa: quem usou, teve um risco 71% maior de não estar em AME. As crianças nascidas em hospital com IHAC tiveram maior índice de AME; porém essa diferença não se mostrou estatisticamente significativa ($p=0,08$). Observou-se que, para as mães com problemas para amamentar, o risco de o bebê não mamar exclusivamente ao seio, com um mês, aumentou em 31% ($p<0,001$, dado não apresentado na Tabela).

A análise multivariada encontra-se na Tabela 4 e incluiu todas as variáveis associadas ao desfecho, com valor de $p\leq 0,20$, conforme a análise bivariada. As variáveis que, na Tabela 2, tiveram um $p\leq 0,20$, foram também para análise multivariada, em razão das diferenças encontradas entre as populações dos hospitais. Inicialmente, foram incluídas renda familiar, escolaridade e idade paternas, escolaridade e idade maternas, cor materna e sexo do recém-nascido. A renda familiar, bem como a escolaridade e idade maternas, apresentaram uma associação com $p>0,20$, sendo retiradas dos modelos seguintes.

Para análise das variáveis do segundo nível, incluiu-se tabagismo na gravidez, trabalho materno, tipo de parto e número de consultas de pré-natal. Nenhuma delas esteve associada de forma estatisticamente significativa ao desfecho, mas, com exceção da variável tipo de parto, permaneceram no

modelo por apresentarem $p\leq 0,20$. No terceiro nível foram incluídas as variáveis tempo de gestação e peso do recém-nascido; esta última permaneceu no modelo. No quarto nível, foram analisadas as questões quanto ao uso de chupeta e a IHAC. Somente a primeira mostrou associação estatisticamente significativa com o desfecho ($p<0,001$), enquanto nascer em hospital com IHAC mostrou uma tendência positiva (valor de p próximo ao limite de significância).

A análise do aleitamento materno exclusivo no primeiro mês, nos hospitais com e sem IHAC, não mostrou diferença estatisticamente significativa nas associações avaliadas.

Discussão

A IHAC tem sido responsável por mudanças expressivas nas taxas de iniciação da amamentação, bem como sua exclusividade e duração.¹⁷ Muitos esforços tem sido feitos para a implantação desse programa no maior número possível de hospitais, já que estudos têm comprovado sua eficiência.¹⁸ Para isso, é necessário que se cumpram os "Dez passos para o sucesso do aleitamento materno" na íntegra, pois cada um deles tem fundamentação específica.¹⁹ Isso é ainda mais relevante nos países em desenvolvimento, pois o AME contribui para reduzir a morbimortalidade infantil.^{3-5,14}

Um dos hospitais incluídos no estudo estava em processo para obtenção do título de Hospital Amigo da Criança e adotara parcialmente a IHAC no momento da coleta de dados. Somente após o período da triagem, este passou a cumprir todos os "dez passos", tendo recebido o título posteriormente. Para o presente estudo, não foram analisadas as orientações no pré-natal (passo 3) e após a alta (passo 10). O sétimo passo foi o último a ser cumprido, por questões técnicas, conforme já descrito anteriormente. Essa foi uma das principais limitações do estudo. É possível que a prevalência de AME, na população desse hospital, seja maior agora; porém não há dados disponíveis para verificar essa hipótese, embora os resultados mostrassem esta tendência.

Outra observação, que igualmente poderia ter influenciado os índices de AME no primeiro mês, é o fato de que as populações dos hospitais apresentaram diferenças estatisticamente significativas, quanto à distribuição de algumas variáveis, como socioeconômicas, demográficas, número de consultas pré-natal, peso de nascimento e idade gestacional. A população do hospital com IHAC apresentou os piores índices, até mesmo por ser centro

de referência de gestação de alto risco.

A literatura demonstra uma associação entre o uso de chupeta e uma menor duração do aleitamento.⁹⁻¹¹ Neste estudo, a prevalência encontrada com um mês foi de 56%, semelhante à observada por Barros *et al.*¹⁰ em Guarujá, São Paulo, (54,8%) e menor do que a encontrada por Victora *et al.*¹¹ em Pelotas, Rio Grande do Sul (85%). As crianças que nasceram em hospitais sem IHAC, tiveram um risco elevado de receber chupeta e chá, mesmo antes da alta hospitalar. Em relação ao uso de chupeta, chá ou outros fluidos não nutritivos, além de favorecerem o desmame precoce, predisõem o aparecimento de diarreia,⁵ pelo risco de contaminação a que ficam expostas.

Embora as diferenças encontradas entre os hospitais, quanto ao uso de chupeta e chá, sejam significativas, o fator cultural ainda dificulta a implantação dos passos seis e nove. É necessário suporte continuado para reduzir essas práticas. Uma constatação importante é que, apesar de 57% das mães terem levado chupeta para o hospital com IHAC, somente 16% dos bebês fizeram uso, mostrando a importância de proibir o uso de chupeta nas maternidades (passo nove).

Em relação aos problemas para amamentar, independente do hospital e orientações recebidas, fissura mamária foi o mais encontrado. Muitas mães também tiveram engurgitamento mamário e demora na descida do leite. Esses achados mostram a importância da orientação, não só no pré-natal e pós-parto imediato, mas também após a alta hospitalar (passo 10), quando as mães apresentam essas intercorrências. Isto é realizado através do estabelecimento de uma rede de aconselhamento e acompanhamento às mães.^{18,20-23} É necessário que haja uma estrutura que forneça, portanto, soluções para os problemas que as mães venham a encontrar concretamente durante a amamentação. Quando avaliado o suporte oferecido às mães, os resultados foram positivos no hospital com IHAC.

Quanto à importância do aleitamento na primeira hora (passo quatro), vários estudos têm demonstrado que o tempo transcorrido entre o nascimento e o momento da primeira mamada é um marco decisivo na instalação, assim como um preditor do tempo de amamentação.^{20,24} Neste estudo, quem nasceu em hospital sem IHAC, teve menor chance de mamar na primeira hora.

A prevalência de AME com um mês (60%) foi semelhante à encontrada em outros estudos.^{21,24} Quando avaliados por hospital de nascimento, quem nasceu em hospital sem IHAC, teve maior risco de não estar em AME com um mês. Embora sem signi-

ficância estatística, a tendência positiva observada, com um maior índice de amamentação exclusiva, nos nascimentos ocorridos em hospital com IHAC, é consistente com a literatura científica.²⁵ Ressalta-se ainda que, apesar da diferença entre a prevalência de AME, nos hospitais com e sem IHAC, não ter sido significativa, fatores considerados importantes no apoio e promoção ao aleitamento materno foram mais freqüentes no hospital que adotava a IHAC. Como exemplo, os bebês mamaram mais na primeira hora, as mães levaram menos chupeta para o hospital, os bebês usaram menos chupeta e chá no hospital e todo o apoio dado às mães pela equipe hospitalar, no hospital com IHAC, mostrou resultados satisfatórios e atingiram seu objetivo maior que foi motivar as mães para o AME.

O fumo na gestação é um importante fator de risco para o nascimento de bebês com baixo peso, bem como para menor ocorrência de aleitamento materno.²⁶ Nesta pesquisa, um número expressivo de mulheres (26%) fumou durante a gravidez. Comparando com estudos de 1982 e 1993, na mesma cidade,²⁷ houve uma discreta redução no consumo do tabaco na gestação (35,7% e 33,5%, respectivamente). Isso sugere que houve uma mudança no hábito de fumar, pelo menos entre as gestantes, nos últimos dez anos, porém com valores ainda muito elevados, evidenciando a necessidade de esforços para reduzir esses valores considerados altos e prejudiciais à prática da amamentação e à saúde das mães e bebês.

Cabe enfatizar que a idade e a escolaridade do pai exerceram influência sobre o AME no primeiro mês, pois permaneceram no modelo hierárquico, mesmo após terem sido ajustadas para os possíveis fatores de confusão. Embora sem significância estatística, observou-se uma concordância com outros estudos científicos,²⁸ o que reforça a importância de se valorizar e analisar os fatores paternos quando se avalia amamentação.

Os resultados mostraram que a intervenção foi positiva e que, provavelmente, eles seriam mais promissores, se a implantação dos "dez passos" fosse total, por ocasião da coleta de dados. Vários estudos têm comprovado que o incentivo e o apoio à amamentação elevam as taxas de AME.²⁹ Quanto mais contínua a intervenção, maior o impacto e este suporte ao AME deve iniciar durante o pré-natal, continuar nas maternidades, por ocasião do nascimento, com seguimento através da formação de grupos de aconselhamento. A expansão da IHAC, principalmente nos países em desenvolvimento, contribuirá positivamente para reduzir a morbimortalidade infantil.

Referências

1. UNICEF (United Nations International Children's Emergency Fund). The state at the world's children 2002: leadership. Available from: http://www.unicef.org/publications/files/pub_sowc02_en.pdf [2003 Dez 12]
2. WHO (World Health Organization). Infant and young child nutrition: global strategy on infant and young child feeding. Geneva; 2002. (Fifty-fifth World Health Assembly; A55/15).
3. Kramer MS, Chalmers B, Hodnett ED, Sevkovskaya Z, Dzikovich I, Shapiro S, Collet JP, Vanilovich I, Mezen I, Ducruet T, Shishko G, Zubovich V, Mknuk D, Gluchanina E, Dombrovskiy V, Ustinovitch A, Kot T, Bogdanovich N, Ovchinnikova L, Helsing E. Promotion of Breastfeeding Intervention Trial (PROBIT): a randomized trial in the Republic of Belarus. *JAMA*. 2001; 285: 413-20.
4. Victora CG, Smith PG, Vaughan JP, Nobre LC, Lombardi C, Teixeira AM, Fuchs SMC, Moreira LB, Gigante LP, Barros FC. Evidence for protection by breast-feeding against infant deaths from infectious diseases in Brazil. *Lancet*. 1987; 2: 319-22.
5. Brown KH, Black RE, Lopez de Romaña G, Creed de Kanashiro H. Infant-feeding and their relationship with diarrheal and other diseases in Huascar (Lima), Peru. *Pediatrics*. 1989; 83: 31-40.
6. Victora CG, Barros FC, Santos IS, Flores JA. Impact of breast feeding on admission for pneumonia during post-neonatal period in Brazil: nested case-control study. *BMJ*. 1999; 318: 1316-20.
7. Zavaschi MLS, Costa F, Lorenzon SF, Michellon MN. Promoção da saúde mental da criança. In: Duncan BB, Schmidt MI, Giugliani ERJ, editores. *Medicina ambulatorial: condutas clínicas em atenção primária*. 2. ed. Porto Alegre: Artes Médicas; 1996. p. 100-8.
8. Fergusson DM, Woodward LJ. Breast feeding and later psychosocial adjustment. *Paediatr Perinat Epidemiol*. 1999; 13: 144-57.
9. Howard CR, Howard FM, Lanphear B, deBlicke EA, Eberly S, Lawrence RA. The effects of early pacifier use on breastfeeding duration. *Pediatrics*. 1999; 103: e33.
10. Barros FC, Victora CG, Semer TC, Filho ST, Tomasi E, Weiderpass E. Use of pacifiers is associated with decreased breast-feeding duration. *Pediatrics*. 1995; 95: 497-9.
11. Victora CG, Behague DP, Barros FC, Olinto MTA, Weiderpass E. Pacifier use and short breastfeeding duration: cause, consequence or coincidence? *Pediatrics*. 1997; 99: 445-53.
12. Victora CG, Smith PG, Vaughan P, Nobre LC, Lombardi C, Teixeira AMB, Fuchs SC, Moreira LB, Gigante LP, Barros FC. Infant feeding and deaths due to diarrhea. *Am J Epidemiol*. 1989; 129: 1032-41.
13. Betrán AP, de Onís M, Lauer JA, Villar J. Ecological study of effect of breastfeeding on infant mortality in Latin America. *BMJ*. 2001; 323: 1-5.
14. Brasil. Ministério da Saúde. Pesquisa Nacional sobre Demografia e Saúde. Últimos dados sobre a situação do aleitamento materno no Brasil. Brasília; 1996.
15. Lamounier JA. Experiência iniciativa Hospital Amigo da Criança: Departamento de Pediatria da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais (Belo Horizonte). *Rev Assoc Med Bras*. 1998; 44: 319-24.
16. OMS (Organizacion Mundial de la Salud), OPS (Organizacion Panamericana de la Salud). Indicadores para evaluar las prácticas de lactancia materna. Ginebra; 1991 (OMS/CED/SER/91, 14).
17. Lamounier JA. Promoção e incentivo ao aleitamento materno: IHAC. *J Pediatr*. (Rio de J). 1996; 72: 363-8.
18. Saadeh R, Akre J. Ten steps to successful breastfeeding: a summary of the rationale and scientific evidence. *Birth*. 1996; 23: 154-60.
19. WHO (World Health Organization). Division of Child Health and Development. Evidence for the ten steps to successful breastfeeding. Geneva; 1998.
20. Haider R, Ashworth A, Kabir I, Huttly SR. Effect of community-based peer counsellors on exclusive breastfeeding practices in Dhaka, Bangladesh: a randomised controlled trial. *Lancet*. 2000; 356: 1643-7.
21. Barros FC, Semer TC, Filho ST, Tomasi E, Victora CG. The impact of lactation centres on breastfeeding patterns, morbidity and growth: a birth cohort study. *Acta Paediatr*. 1995; 84: 1221-6.
22. Albernaz E, Victora CG, Haisma H, Wright A, Coward WA. Lactation counseling increases breast-feeding duration but not breast milk intake as measured by isotopic methods. *J Nutr*. 2003; 133: 205-10.
23. Morrow AL, Guerrero ML, Shults J, Calva JJ, Lutter C, Bravo J, Ruiz-Palacios G, Morrow RC, Butterfoss FD. Efficacy of home-based peer counseling to promote exclusive breastfeeding: a randomized controlled trial. *Lancet*. 1999; 353: 1226-31.
24. Alikasifoglu M, Erginoz E, Gur ET, Baltas Z, Beken B, Arvas A. Factors influencing the duration of exclusive breastfeeding in a group of Turkish women. *J Hum Lact*. 2001; 17: 220-6.
25. Pérez A, Valdes V. Santiago breastfeeding promotion program: preliminary results an intervention study. *Am J Obstet Gynecol*. 1991; 165: 2039-45.
26. Leung GM, Ho LM, Lam TH. Maternal, paternal and environmental tobacco smoking and breast feeding. *Paediatr Perinat Epidemiol*. 2002; 16: 236-45.
27. Horta BL, Victora CG, Barros FC, Santos IS, Menezes AMB. Tabagismo em gestantes de área urbana da região sul do Brasil, 1982 e 1993. *Rev Saúde Pública*. 1997; 31: 247-53.
28. Nichols S, Dillon-Remy M, Thomas-Murray T, Baker N. Socio-demographic and health system factors in relation to exclusive breast-feeding in Tobago. *West Indian J*. 2002; 51: 89-92.
29. Albernaz E, Victora CG. Impacto do aconselhamento face a face sobre a duração do aleitamento materno exclusivo: um estudo de revisão. *Rev Panam Salud Publica*. 2003; 14: 17-24.

Recebido em 25 de novembro de 2006

Versão final apresentada em 19 de maio de 2008

Aprovado em 7 de julho de 2008