

Promoção, incentivo e apoio ao aleitamento materno em uma maternidade de alto risco

K. P. C. Santos¹; A. A. Fagundes¹; D. G. Silva¹

¹Departamento de Nutrição, Universidade Federal de Sergipe, CEP- 49100-000, São Cristóvão-SE, Brasil

karen_nutriufs@hotmail.com

(Recebido em 23 de dezembro de 2014; aceito em 31 de agosto de 2015)

A prática do aleitamento materno traz imensos benefícios para o binômio mãe-filho, porém, não mais que 39% das crianças em todo o mundo são amamentadas exclusivamente durante os primeiros seis meses. Assim, o estudo teve como objetivo analisar a promoção, o incentivo e o apoio ao aleitamento materno, em uma maternidade de alto risco do município de Aracaju-SE, com subsídio no material técnico 'Dez Passos para o Sucesso do Aleitamento Materno' da Iniciativa Hospital Amigo da Criança. Trata-se de um estudo transversal realizado em puérperas, cujo instrumento de coleta de dados foi um questionário semiestruturado aplicado às mães que estavam de alta e que não apresentavam contraindicação para realização do aleitamento materno. Foram avaliados os passos de 4 a 10 do referido material e os resultados mostraram que apenas o cumprimento do Passo 7, referente a prática do alojamento conjunto, esteve em total conformidade com as recomendações. O Passo 9 apresentou resultados satisfatórios sobre não oferecer mamadeira a bebês amamentados (91,7%), contudo, o uso de chupeta apresentou prevalências indesejáveis (36,3%). Os resultados menos satisfatórios foram encontrados nos Passos 4, 6 e 10 referente ao contato pele a pele na primeira hora de vida, não oferecer ao recém-nascido bebida ou alimento que não seja o leite materno e encaminhamento das puérperas a grupos de apoio à amamentação depois da alta, respectivamente. Assim, percebe-se a necessidade de capacitar os profissionais de saúde quanto às orientações adequadas sobre aleitamento materno às mães, visto que as ações de promoção, do incentivo e do apoio à amamentação são fundamentais para as mães e crianças.

Palavras-chave: Aleitamento materno, desmame precoce, recém-nascido.

Promotion, encouragement and support of breastfeeding in a high-risk maternity

The practice of breastfeeding brings immense benefits to the mother and child, but not more than 39% of children worldwide are exclusively breastfed for the first six months. Thus, the study aimed to analyze the promotion, encouragement and support for breastfeeding in maternity high risk in the city of Aracaju-SE, with allowance in the technical material 'Ten Steps to Successful Breastfeeding' Initiative Baby Friendly Hospital. This is a cross-sectional study among women, whose data collection instrument was a semi-structured questionnaire administered to the mothers who were high and who had no contraindication to perform breastfeeding. We evaluated the steps 4-10 of said material and the results showed that only the fulfillment of Step 7, regarding rooming, was in full compliance with the recommendations. Step 9 showed good results on not offer bottle to breastfed babies (91.7%), however, the use of pacifiers showed undesired prevalence (36.3%). The less satisfactory results were found in Steps 4, 6 and 10 referring to skin contact in the first hour of life, do not offer newborn food or drink other than breast milk of mothers and referral to support groups will breastfeeding after discharge, respectively. Thus, we see the need to train health professionals on appropriate guidelines on breastfeeding to mothers, since the promotion, encouragement and support for breastfeeding are critical for mothers and children.

Keywords: Breastfeeding, early weaning, newborn.

1. INTRODUÇÃO

O Aleitamento Materno é a mais sábia e natural estratégia de vínculo, afeto, proteção e nutrição para a criança e se constitui como a mais sensível, econômica e eficaz intervenção para redução da morbimortalidade infantil [1]. A amamentação reduz as causas de mortalidade neonatal por infecções como: diarreia, pneumonia, bronquites, gripes, dentre outras doenças infecciosas [2, 3].

Os benefícios a longo prazo do aleitamento materno estão associados com a redução do risco de desenvolvimento de doenças cardiovasculares, diabetes mellitus, câncer antes dos 15 anos e sobrepeso/obesidade [1, 2, 4]. O efeito protetor do leite materno contra o sobrepeso/obesidade é de crescente importância em virtude do problema da obesidade infantil em todas as regiões do mundo, em particular nos países desenvolvidos [4]. Cabe ressaltar, também, os benefícios que amamentação causa na saúde materna a curto e longo prazo, que incluem a redução do risco de hemorragias no pós-parto

precoce, a redução do risco de depressão pós-parto, e a redução da incidência do câncer de mama e de ovário [3, 5, 6].

Apesar dos diversos benefícios que estão envolvidos na prática do Aleitamento Materno, as taxas de amamentação no Brasil, e na maioria dos países do mundo, encontram-se aquém do preconizado pela Organização Mundial de Saúde (OMS) [7]. Recomenda-se que o aleitamento materno seja exclusivo até o sexto mês de idade e complementar até os dois anos ou mais [1].

Diversos estudos confirmam que as taxas de aleitamento estão elevadas nos primeiros dias de vida, no entanto, não mais que 39% das crianças em todo o mundo são amamentadas exclusivamente durante os primeiros seis meses [7, 8]. Recentemente, a OMS instituiu seis metas para melhorar a nutrição materno infantil, a fim de serem alcançadas até 2025. Um dos objetivos é aumentar para pelo menos 50% o número de crianças em aleitamento materno exclusivo durante os primeiros seis meses de vida [9].

De acordo com a II Pesquisa de Prevalência de Aleitamento Materno nas Capitais Brasileiras e Distrito Federal, realizada pelo Ministério da Saúde (MS) em 2008, apenas 41% das crianças brasileiras menores de seis meses estão em Aleitamento Materno Exclusivo (AME), com a maior taxa na região Norte (45,9%) e menor na região Nordeste (37%) [10]. Quanto à capital analisada, Aracaju, apenas 35% das crianças com seis meses são amamentadas exclusivamente [10].

Diante da prevalência reduzida de aleitamento materno no mundo e de sua importância na saúde materno infantil, o Fundo das Nações Unidas para a Infância (Unicef), juntamente com a OMS, implantaram, em 1990, a Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC). O objetivo era buscar mecanismos e ações que pudessem ser desenvolvidas a fim de promover o incentivo, a promoção e o apoio ao aleitamento materno, por meio da implantação dos ‘Dez Passos para o Sucesso do Aleitamento Materno’, estabelecido na segunda meta da *Declaração de Innocenti*, que visa resgatar o direito da mulher de aprender e praticar a amamentação com sucesso [11].

Para obter o título de Hospital Amigo da Criança (HAC) as maternidades brasileiras devem preencher alguns aspectos que incluem o cumprimento de, no mínimo, 80% dos critérios globais estabelecidos para cada um dos ‘Dez Passos para o Sucesso do Aleitamento Materno’, além de estarem de acordo com o Código Internacional de Comercialização dos Substitutos do Leite Materno [12].

O Brasil foi um dos pioneiros na implementação da IHAC, que aconteceu em 1992, por meio do Programa Nacional de Incentivo ao Aleitamento Materno (PNIAM) e do Grupo de Defesa da Saúde da Criança, com apoio do Unicef, da Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) e da OMS [11].

Vários são os fatores que interferem na prática do aleitamento materno levando ao desmame precoce. Problemas mamários são apresentados como um dos principais fatores de risco para a interrupção do aleitamento materno, sendo a IHAC fator de proteção para estes problemas [13, 14, 15, 16]. O Reduzido nível socioeconômico, a inserção no mercado de trabalho, a falta de conhecimento da mãe sobre a importância do aleitamento materno e a influência de familiares, também contribuem para a menor duração da amamentação [13, 14, 15].

As condutas realizadas no pós-parto representam relevante influência sobre esta prática: a permanência em alojamento conjunto, o contato precoce entre mãe e filho, a não complementação da amamentação com fórmulas infantis, a assistência no parto e o encaminhamento de mães para grupos de apoio estão intimamente ligados com o sucesso do AME [17, 18, 19].

Estas condutas estão relacionadas com o cumprimento dos ‘Dez Passos para o Sucesso do Aleitamento Materno’, fato que justifica a realização desse estudo com a utilização deste instrumento. Além disso, os hospitais credenciados apresentam diferenças significativas no que diz respeito ao cumprimento dos Dez Passos, em relação àqueles não credenciados na IHAC [19].

Em virtude do número reduzido de estudos realizados em maternidade especializada no atendimento de gestantes e recém-nascidos de alto risco não credenciada na IHAC e em razão da importância que o leite materno exerce no desenvolvimento e na recuperação da saúde dos recém-nascidos de risco, o presente estudo teve como objetivo analisar a promoção, o incentivo e o apoio ao aleitamento materno em uma maternidade de alto risco do município de Aracaju-SE, por meio do cumprimento de sete passos presentes no instrumento ‘Dez Passos para o Sucesso do Aleitamento Materno’, da Iniciativa Hospital Amigo da Criança [12, 20].

2. METODOLOGIA

Trata-se de um estudo observacional, transversal, realizado em uma maternidade pública de alto risco de Aracaju-SE não credenciada na IHAC. Essa é a única maternidade de alta complexidade presente no estado, inaugurada em 2006 e considerada centro de referência da região [21]. A coleta de dados foi realizada entre os meses de janeiro e fevereiro de 2014.

A pesquisa foi desenvolvida em puérperas que estavam em alojamento conjunto, no período do pós-parto imediato e de alta hospitalar. Foi critério de exclusão da amostra mães que apresentavam alguma doença que impossibilitasse a realização do aleitamento materno, como infecções pelo vírus HIV, psicose, choque, tuberculose, dentre outras doenças. Igualmente, não foram entrevistadas puérperas que estavam internadas a mais de oito dias e/ou que o bebê estava internado em Unidade de Cuidados Especiais (UCE) no momento da entrevista. As informações necessárias para a inclusão das puérperas na amostra foram encontradas nos prontuários das pacientes e no censo de alta, que ficava sob responsabilidade da equipe de enfermagem.

O cálculo amostral foi realizado considerando a média anual de partos dessa maternidade, segundo listagem fornecida pela própria instituição, considerando a prevalência média de aleitamento materno nacional descrita na literatura científica [10], com erro amostral de 5% e perda de 10%, perfazendo um total de 80 indivíduos.

O instrumento de coleta de dados da pesquisa foi um questionário desenvolvido com subsídios na ferramenta de monitoramento da IHAC específico para as mães [12]. Foi constituído de perguntas objetivas, com fácil nível de entendimento, facilitando a coleta de dados em mães que apresentavam baixo nível de escolaridade, e foi pré-testado em população com características semelhantes.

O instrumento contemplou questões relacionadas ao Passo 4 (contato pele a pele entre mãe e filho na primeira hora de vida), Passo 5 (mostrar às mães como amamentar e como manter a lactação mesmo se vierem a ser separadas dos filhos), Passo 6 (não oferecer a recém-nascidos bebida ou alimentos que não seja o leite materno, a não ser que haja indicação médica), Passo 7 (praticar o alojamento conjunto, 24 horas por dia), Passo 8 (incentivar o aleitamento materno sob livre demanda), Passo 9 (não oferecer bicos artificiais ou chupetas a crianças amamentadas) e Passo 10 (promover a formação de grupos de apoio à amamentação e encaminhar as mães a esses grupos após a alta da maternidade) [12].

Os passos 1, 2 e 3 não foram analisados neste estudo por não contemplarem práticas realizadas durante o período do pós-parto. Os mesmos correspondem respectivamente, à presença de norma escrita sobre o aleitamento materno que devem ser informadas à equipe de saúde; sobre educação permanente dos profissionais de saúde; e orientação pertinentes ao aleitamento materno na assistência pré-natal [12].

As mães que se enquadravam nos critérios de inclusão estabelecidos pela pesquisa foram procuradas em seu respectivo leito, sendo informadas sobre os objetivos e a relevância do estudo, da importância de sua contribuição e do sigilo das informações coletadas utilizadas apenas para fim de pesquisa. As puérperas que aceitaram participar assinaram voluntariamente o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Os dados obtidos foram tabulados no Excel (2010) e analisados no programa SPSS for Windows, versão 19.0 (SPSS Inc. Chicago, Estados Unidos). Foram extraídas frequências e aplicado Teste Qui-quadrado para avaliar associações entre as variáveis tipo de parto/uso de complemento e uso de chupeta/uso de mamadeira.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Sergipe (UFS), com número do Parecer nº 496.987, de 2013, conforme preconizado pela Resolução do Conselho Nacional de Saúde nº 466/12 [22].

3. RESULTADOS

Foram entrevistadas 84 puérperas. Apenas quatro mulheres que preencheram o critério de inclusão da pesquisa se recusaram a participar. Do total de entrevistadas 62,5% (n=50) das mães estavam de alta e 37,5% (n=30) mães e bebês estavam de alta. A idade das entrevistadas variou de 14 a 43 anos ($X = 25,64$; e $DP = \pm 7,93$). Quanto ao tipo de parto, 58,8% (n=47) tiveram partos cesarianos

e 41,3% (n=33) partos normais. Dos bebês nascidos na maternidade, 22,5% (n=18) em algum momento foram internados em Unidade de Cuidados Especiais (UCE).

Apenas 16,3% (n= 5) das mães tiveram contato com seu filho imediatamente ou até cinco minutos após o parto, como preconizado pela IHAC, contra 16,3% (n=13) que não seguraram o bebê, pois a criança precisou ser internada em UCE. A maioria dos recém-nascidos (67,5%) teve contato com sua mãe mais de cinco minutos após o parto, com uma média de 30 minutos para ocorrer o primeiro contato, sendo que 76,6% (n=52) destas afirmaram que o atraso no primeiro contato ocorreu com justificativa médica.

O contato pele a pele ocorreu em 16,7% (n=11) das entrevistadas e nenhuma das puérperas ficou o tempo recomendado pela IHAC, de uma hora em contato direto. A média de tempo do contato direto foi de 11 minutos (DP= \pm 8,38). A justificativa mais frequente para o término do contato foi o pedido da mãe (54,5%), seguido da decisão médica com justificativa (27,3%) e da decisão médica sem justificativa (18,2%). A Tabela 1 apresenta os principais achados relacionados às informações sobre o aleitamento materno na internação e na alta.

Tabela 1. Distribuição das informações sobre o aleitamento materno na internação e na alta. Aracaju-SE, 2014.

Critérios	n (%)
Passo 4	
Contato pele a pele	11 (16,7)
- Ficou em contato direto 1h ou mais	0 (0,0)
Recebeu ajuda para a procura dos sinais para iniciar a amamentação	25 (38,5)
Recebeu ajuda com a amamentação	31 (64,6)
Passo 5	
Recebeu ajuda para extrair o leite com as mãos	38 (52,1)
Recebeu ajuda continuada com a amamentação	22 (75,9)
Mães que não receberam ajuda com amamentação na primeira vez, mas foram ajudadas em outro momento	19 (86,4)
Passo 6	
Ofereceu outro tipo de alimento	59 (80,8)
Passo 7	
Estava em alojamento conjunto	80 (100,0)
Passo 8	
Recebeu informações sobre como identificar se o bebê está com fome	26 (32,5)
- Receberam informações adequadas	2 (7,5)
Recebeu informações sobre a frequência e o período da amamentação	57 (71,3)
- Receberam informações adequadas	19 (32,5)
Passo 9	
Os bebês receberam cuidados sem o uso de mamadeira	66 (91,7)
O bebê usou chupeta	29 (36,3)
Passo 10	
Encaminhamento para grupo de apoio à amamentação depois da alta	12 (16,4)

O Passo 5 da publicação ‘Dez Passos para o Sucesso do Aleitamento Materno’ refere-se à orientação às mães de como amamentar e manter a lactação mesmo se estiverem separadas dos filhos [12]. Dentre aquelas que os profissionais de saúde não conseguiram auxiliar com a amamentação no primeiro contato, 86,4% (n=50) destas foram atendidas em outro momento durante o período em que estiveram internadas. Para 48,8% (n=24) das entrevistadas a ajuda era oferecida, depois de seis horas após o parto, para 31,7% (n=16) antes de seis horas e para 19,5% (n=10) na segunda vez em que foram amamentar seu bebê.

No momento da entrevista 91,3% (n=73) das puérperas alegaram estar amamentando. Entretanto, a alimentação complementar ocorreu em 80,8% (n=59) das crianças que estavam em aleitamento materno, sendo o alimento oferecido fórmula infantil (100%). As justificativas referidas pelas puérperas para o uso de tal alimento foram: 86,4% (n=51) por razão médica, 1,7% (n=01) por

escolha pessoal e 11,9% (n=07) não souberam explicar o motivo pelo qual aquele alimento estava sendo oferecido ao seu bebê.

Todas as mães avaliadas estavam em alojamento conjunto com bebê, no entanto, 63,8% (n=51) delas informaram que ficaram longe de seu filho em algum momento depois do parto, sendo que 94,1% (n=48) das separações foram por razões justificadas e aceita pela IHAC. As separações ocorriam, geralmente, quando a mãe deixava o leito e a criança ficava em cuidado de terceiros (43,8%) e porque o bebê estava internado em UCE (39,6%). As demais justificativas foram que o recém-nascido ou a mãe passaram por procedimento médico e que a mãe estava doente e desorientada para cuidar do seu filho.

A Tabela 2 apresenta as informações referentes ao Passo 8 que as puérperas receberam por profissionais de saúde no período da internação.

Tabela 2. Distribuição das Informações recebidas pelas mães sobre os sinais de fome e sobre a frequência e a duração da mamada (Passo 8). Aracaju-SE, 2014.

Informações sobre os sinais em que o bebê está com fome	n (%)
Fica agitado e pode chorar	24 (92,3)
O bebê abre a boca procura pelo peito, copo ou bico	4 (15,4)
Põe a mão na boca	3 (11,5)
Movimenta a cabeça para frente e para trás, franzindo as sobrancelhas	1 (3,8)
Informações sobre o período e a frequência que o bebê deve ser alimentado	n %
O bebê deve se amamentado por quanto tempo desejar	26 (45,6)
O bebê deve ser alimentado de 2h em 2h ou 3h em 3h ou sempre que ele estiver com fome	23 (40,4)
O bebê deve ser alimentado "sob livre demanda"	20 (35,1)
O bebê deve ser alimentado em um horário rígido ou durante um período específico de tempo	14 (24,6)
Acordar o bebê se ele estiver dormindo por muito tempo ou se o peito ficar cheio demais	7 (12,3)

Das crianças que estavam sendo amamentadas 91,7% (n=66) não foram alimentadas com mamadeira, no entanto, 36,3% (n=29) dos bebês usaram chupeta. Não foram encontrados resultados significativos entre o tipo de parto e uso de complemento (p= 0,059). No entanto, crianças que foram alimentadas com mamadeiras foram mais propensas a usarem chupeta (p= 0,015).

Foi reduzido o número de mães receberam informações de onde conseguir ajuda em caso de dificuldade com a amamentação depois que voltassem para casa. Destas, 91,7% (n=11) sabiam informar corretamente o local mais adequado para procurar ajuda, referenciando os centros de serviços comunitários (81,8%) e na própria maternidade (18,2%).

4. DISCUSSÃO

O contato direto esteve pouco presente na pesquisa e sua duração não foi suficiente, como estabelecido no Passo 4 [12]. O contato pele a pele precoce, associado ao início da amamentação nesse momento, interfere positivamente na duração do aleitamento após a alta [23]. As rotinas de cuidado imediato estabelecidas nas maternidades resultam na prorrogação do contato precoce entre mãe e filho [23]. No entanto, tratando-se de uma maternidade de atendimento à gestante de alto risco, as condições clínicas das puérperas e do recém-nascido devem ser consideradas, podendo ser este um dos fatores que contribui no atraso do primeiro contato [24].

O primeiro contato entre mães e bebês ocorria, na maioria das vezes, entre 30 a 60 minutos após o parto e uma menor parcela apresentou contato imediato, semelhante ao observado no estudo

realizado em uma maternidade de alto risco, no estado de São Paulo, idêntico a instituição analisada [25].

A região Nordeste é a que apresenta os menores índices de aleitamento materno na primeira hora de vida (66,9%) [10]. A amamentação quando iniciado na primeira hora após o nascimento tem o potencial de reduzir, aproximadamente, 22% das mortes neonatais e aumentar a duração do aleitamento materno exclusivo, fazendo-se necessário o apoio à amamentação neste momento [25, 26]. Entretanto, vários são os fatores que interferem na prática da amamentação logo após o nascimento, dentre eles destaca-se o parto cesariano, as condições clínicas maternas e do recém-nascido, o baixo conhecimento dos profissionais de saúde, o teste rápido anti-HIV, o não credenciamento como HAC, dentre outros [27, 28].

Técnicas de posicionamento e ordenha manual do leite das mamas são orientações que devem ser informadas a todas as mães para que em necessidades de afastamento do bebê, o aleitamento materno seja mantido (Passo 5) [12]. A ordenha manual previne, ainda, o aparecimento de problemas mamários que estão frequentemente associados à interrupção da amamentação [18]. Mais da metade das mães foram orientadas quanto à ordenha manual do leite, superior ao encontrado em outros estudos nacionais e internacionais [19, 23, 29]. O encaminhamento de puérperas à sala de manejo presente na instituição pode estar relacionado ao número de mães que sabem ordenhar o leite.

O Passo 6 refere-se a não oferecer ao recém-nascido bebida ou outro tipo de alimento que não seja o leite materno, a não ser que haja indicação médica. Embora seja elevada a prevalência de mães que estão amamentando, é expressivo o número de crianças que receberam outro alimento, além do leite materno, superior, inclusive, ao divulgado em estudos anteriores [19, 29, 30]. Similar ao estudo de Ortiz *et al.* (2011)[19], aproximadamente 90% da alimentação complementar é resultado de prescrição médica e 94,2% das crianças receberam fórmulas infantis como complemento. No entanto, Meirelles *et al.* (2012) [31], ao avaliarem as razões para prescrição de complemento em um Hospital Amigo da Criança do Rio de Janeiro, verificaram que 91% das justificativas para tal uso não estavam de acordo com os critérios estabelecidos pela IHAC.

Observou-se que dentre os sete passos analisados, somente o Passo 7, referente a prática do alojamento conjunto esteve totalmente em conformidade com as recomendações, uma vez que, mais de 80% do critério estabelecido para essa etapa estava de acordo com a OMS e Unicef [12].

A literatura destaca que a prática dos ‘Dez Passos para o Sucesso do Aleitamento Materno’ foca na maior duração do aleitamento materno exclusivo. Neste contexto, o alojamento conjunto (Passo 7) é uma das estratégias comprovadamente efetiva na adoção da amamentação, embora por si só não represente um fator condicionante para essa prática [32, 34].

Estudos comprovam que a utilização do complemento alimentar intra-hospitalar está associada com a redução do aleitamento materno exclusivo [27]. Chandry *et al.* (2014) [34] avaliaram se o uso de complemento alimentar durante a internação influenciavam na amamentação de primíparas que tinham intenção de amamentar exclusivamente. Os resultados mostraram que o uso da fórmula durante a permanência na maternidade entre a população do estudo foi associado com um risco quase duas vezes maior de não amamentar exclusivamente entre 30 a 60 dias e um risco quase três vezes maior de interrupção do aleitamento materno em 60 dias [34].

Foi significativo, também, o número de mães que não sabiam identificar os sinais dos bebês para demonstrar que estão com fome. A IHAC recomenda que o aleitamento materno seja feito sob livre demanda (Passo 8), entretanto, poucas mães receberam informações suficientes para fazê-lo adequadamente. Fonseca *et al.* (2011)[35] em sua pesquisa realizada entre 48 puérperas que estavam internadas em alojamento conjunto em um Hospital Universitário do Triângulo Mineiro, identificaram que é baixo o conhecimento das mães sobre a duração e a frequência das mamadas.

O Passo 9, similar ao passo 7, apresentou resultados satisfatórios, no que se refere a não oferecer mamadeira a bebês que estão em aleitamento materno, contudo, o uso de chupeta apresentou prevalências indesejáveis. Esses resultados se assemelham com um estudo realizado em maternidades de Salvador/BA não credenciadas na IHAC, no qual, ocorreu apenas o cumprimento integral entre o sétimo e o nono passo [19].

O uso de chupeta e de mamadeira estão associados à redução na duração do aleitamento materno. É provável que esta prática implique a redução do número de mamadas por dia e como consequência menor estimulação da sucção e menor produção de leite, o que leva à necessidade de suplementação muitas vezes com fórmulas lácteas, existindo assim a necessidade de conscientizar as

mães dos malefícios que tal prática exerce na saúde do bebê [15, 35, 36]. Além da relação com o desmame precoce, o uso de chupeta é um veículo de contaminação por microrganismos, podendo comprometer a saúde do recém-nascido[37]. A chupeta também é contraindicada porque seu uso pode desencadear problemas fonoaudiológicos e odontológicos [37].

Na região Nordeste, 43,6% das crianças menores de um ano usa chupeta, sendo que Aracaju é uma das capitais em que esta prática é mais difundida (46,4%), ficando atrás apenas de Salvador/BA (48,7%) [10].

A dificuldade em encaminhar as mães para grupos de apoio ao aleitamento materno após a alta hospitalar (Passo 10) foi expressiva na instituição avaliada como em outros estudos [17, 19, 38]. O não cumprimento dessa etapa pode interferir na continuação e duração do aleitamento materno. Um exemplo interessante ocorreu na Filadélfia, em que 89% dos hospitais alegam dar vários tipos de apoio na alta hospitalar como telefonemas, visitas domiciliares e encaminhamento a grupos de apoio e clínicas de lactação [39].

Resultados significativos foram encontrados entre o uso de chupeta e mamadeira: crianças que se alimentaram com mamadeira foram mais propensas a usarem chupeta, embora sejam poucos os estudos que relacionem essas duas variáveis. Cotrim *et al.* (2002)[40] estudaram a prevalência do uso da chupeta e sua associação com as práticas alimentares e observaram que havia uma maior prevalência de uso de mamadeira entre crianças que usavam chupeta. Além disso, associado ou não ao uso da mamadeira, o uso da chupeta interfere, significativamente, na amamentação acarretando no desmame precoce [36, 40].

O tipo de parto é indicado como um fator de risco para o oferecimento de fórmulas infantis a recém-nascidos. Diversos estudos encontraram relações entre essas duas variáveis, apesar da presente pesquisa não ter detectado o mesmo [30, 36]. Sugere-se que o uso de fórmulas infantis para estas crianças é feito de forma indiscriminada, visto o elevado número de crianças que não estavam em AME.

Vale ressaltar que a presente pesquisa teve como base informações coletada por questionários aplicados às puérperas, estando susceptível a viés de informação, principalmente no que tange às questões que exigiam noção de tempo no momento do pós-parto imediato. Outro aspecto limitante da pesquisa relaciona-se ao momento em que algumas mães foram abordadas, principalmente aquelas que já estavam se preparando para deixar a maternidade, por apresentarem pressa ao passar algumas informações, decorrente da ansiedade de ir para casa. Apesar dessas limitações, considera-se que o estudo contribui com a identificação de aspectos que podem ser modificados sobre a correta orientação para o incentivo da prática da amamentação. Novas orientações dentro desse universo influenciariam no aprimoramento da promoção ao aleitamento materno na instituição.

5. CONCLUSÃO

As ações de promoção, incentivo e apoio ao aleitamento materno adotadas pela instituição avaliada não apresentaram dados satisfatórios, quando comparados à prática dos Dez Passos, uma vez que, somente um dentre os sete passos analisados alcançaram os resultados desejados.

As orientações de incentivo ao aleitamento materno na internação e na alta foram pouco expressivas, bem como o conhecimento das mães quanto aos sinais de fome e da duração e frequência da mamada. Assim, percebe-se a necessidade de capacitar os profissionais da saúde quanto à implementação dos 'Dez Passos para o Sucesso do Aleitamento Materno', independente do credenciamento como Hospital Amigo da Criança, uma vez que a adoção destas etapas desempenha um papel relevante na duração do aleitamento materno.

REFERÊNCIA

1. Brasil. Ministério da Saúde. Saúde da criança: nutrição infantil: aleitamento materno e alimentação complementar. Brasília; 2009.
2. Antunes LS, Antunes LAA, Corvino MPF, Maia LC. Amamentação natural como fonte de prevenção em saúde. *Ciênc Saúde Colet.* 2008;13(1):103-109.

3. Pound CM, Unger SL. Iniciativa Hospital Amigo da Criança. Proteção, promoção e apoio ao aleitamento materno no século XXI. *Paediatr Child Health*.2012, 17(6):17-327.
- 4 Black RE, Victora CG, Walker SP, Bhutta ZA, Christian P, de Onis M, et al, and the Maternal and Child Nutrition Study Group. Maternal and child undernutrition and overweight in low-income and middleincome countries. *Lancet*. 2013;382:427-51.
5. Jordan SJ, Cushing-Haugen KL, Wicklund KJ, Doherty JAE, Rossing MA. O aleitamento materno e o risco de câncer epitelial de ovário. *Cancer Cause Control*. 2012; 23(6):919-927.
6. Kramer MS, Kakuma R. Optimal duration of exclusive breastfeeding. *Cochrane Database Syst Rev* 2012;CD003517.
7. Childinfo. Unicef. Alimentação infantil e jovem. [acesso 8 de fev 2014]. Disponível em: http://www.childinfo.org/breastfeeding_iycf.php
8. Chalmers B, Levitt C, Heaman M, O'Brien B, Sauve R, Kaczorowski J. Taxas de aleitamento materno e práticas de amamentação do hospital no Canadá: um levantamento nacional das mulheres. *Birth*. 2009; 36(2):122-132.
9. World Health Organization. Discussion paper. Proposed global targets for maternal, infant and young child nutrition. Geneva: World Health Organization; 2012.
10. Brasil. Ministério da Saúde. II Pesquisa de Prevalência de Aleitamento Materno nas Capitais Brasileiras e Distrito Federal. Brasília; 2009.
11. Lamounier JA. Promoção e incentivo ao aleitamento materno: Iniciativa Hospital Amigo da Criança. *J Pediatr*. Rio de Janeiro. 1998; 72(6).
12. Organização Mundial de Saúde. Iniciativa Hospital Amigo da Criança, revista, atualizada e ampliada para o cuidado integrado. Seção 4. Hospital de auto avaliação e acompanhamento. Geneva: WHO; 2009.
13. Abreu FCP, Fabbro MRC, Wernet M. Fatores que intervêm na amamentação exclusiva: revisão integrativa. *Rev Rene*. 2013; 14(3):610-9.
14. Barbosa JAG, Santos FPC, Silva PMC. Fatores associados à baixa adesão ao aleitamento materno exclusivo e ao desmame precoce. *Rev Tecer*. 2013; 6(11):154-165.
15. Rodrigues NA, Gomes ACG. Aleitamento materno: fatores determinantes do desmame precoce. *Enferm. Rev*. 2014; 17(1):30-48.
16. Rocci E, Fernandes EAQ. Dificuldades no aleitamento materno e influência no desmame precoce. *Rev Bras Enferm*. 2014; 67(1): 22-7, doi 10.5935/0034-7167.20140002
17. Almeida GG, Spiri WC, Juliani, CMC, Paiva BSR. Proteção, promoção e apoio ao aleitamento materno em um hospital universitário. *Ciênc Saúde Colet*. 2008; 13(2):487-494.
18. Declercq E, Labbok MH, Sakata C, O'Hara M. A. Práticas Hospitalares e Probabilidade de Mulheres de Cumprir sua Intenção de Amamentar . *American Journal Public Health*. 2009; 99(5):929-936.
19. Ortiz PN, Rolim RB, Souza MFL, Soares PL, Vieira TO, Vieira GO et al. Comparando-se as práticas do aleitamento materno em hospitais amigos e não-amigos da criança e Salvador, Bahia. *Rev. Bras. Saúde Mater Infant*. 2011; 11(4).
20. Scocchi, CGS, Ferreira FY, Góes FSN, Fujinaga, CI, Ferecini GM, Leite AM. Alimentação láctea e prevalência do aleitamento materno em prematuros durante internação em um Hospital Amigo da Criança de Ribeirão Preto-SP, Brasil. *Cienc Cuid Saude*. 2008; 7(2):145-154.
21. Maternidade Nossa Senhora de Lourdes [Internet]. Fundação hospitalar de saúde. Aracaju, Sergipe. [citado em 2014 Feb 20]. Disponível em: http://www.fhs.se.gov.br/index.php?option=com_content&view=article&id=79&Itemid=475.
22. Brasil. Ministério da Saúde. Iniciativa Hospital Amigo da Criança. Área Técnica de Saúde da Criança e Aleitamento Materno. Brasília; 2011.
23. Souza MF, Ortiz PN, Soares PL, Vieira TO, Vieira GO, Silva LR. Avaliação da promoção do aleitamento materno em Hospitais Amigos da Criança. *Rev Paul Pediatr*. 2011; 29(4):502-508.
24. Matos TA, Souza MS, Santos EKA, Velho MB, Seibert ERC, Martins NM. Contato precoce pele a pele entre mãe e filho: significado para mães e contribuições para a enfermagem. *Rev Bras Enferm*. 2010; 63(6):998-1004.
25. Siqueira FPC, Colli M. Prevalência do contato precoce entre mãe e recém-nascido em um Hospital Amigo da Criança. *Rev enferm UFPE on line*. 2013; 7(11):6455-61.
26. Venancio SI, Escuder MML, Saldiva SRDM, Giugliani ERJ. A prática do aleitamento materno nas capitais brasileiras e Distrito Federal: situação atual e avanços. *J Pediatr*. 2010; 86(4).
27. Esteves TMB, Daumas RP, Oliveira MIC, Andrade CAF, Leite IC. Fatores associados à amamentação na primeira hora de vida: revisão sistemática. *Rev Saúde Pública*. 2014;48(4):697-703, doi: 10.1590/S0034-8910.2014048005278.
28. Belo MNM, et al. Aleitamento materno na primeira hora de vida em um Hospital Amigo da Criança: prevalência, fatores associados e razões para sua não ocorrência. *Rev Bras Saúde Mater Infant*. 2014; 14 (1): 65-72.

29. Abul-Fadl MA, Shawky M, El-Taweel A, Cadwell K, Turner-Maffei C. Avaliação de Conhecimentos, Atitudes e Prática das mães Para os Dez Passos para o Sucesso do Aleitamento Materno no Egito. *Breastfeeding Med.* 2012; 7(3):173-178.
30. Lopes FO, Oliveira MIC, Brito AS, Fonseca VM. Fatores associados ao uso de suplementos em recém-natos em alojamento conjunto no município do Rio de Janeiro, 2009. *Ciênc Saúde Colet.* 2013; 18(2):431-439.
31. Brasil. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Brasília, 2012 [citado 2014 Abr 22]. Disponível em: http://www.conselho.saude.gov.br/web_comissoes/conep/index.html.
32. Narchi NZ, Fernandes RAQ, Dias LA, Novais DH. Variáveis que influenciam a manutenção do aleitamento materno exclusivo. *Rev Esc Enferm USP.* 2009; 43(1):87-94.
33. Meirelles CAB, Oliveira MIC, Mello RR, Varela MAB, Fonseca VM. Justificativas para uso de suplemento em recém-nascidos de baixo risco de um Hospital Amigo da Criança. *Cad Saúde Pública.* 2008; 24(9):2001-2012.
34. Chantry C, Dewey K, Peerson J, Wagner E, Nommsen-Rivers L. Inhospital formula use increases early breastfeeding cessation among firsttime mothers intending to exclusively breastfeed. *J Pediatr.* 2014; 164:1339-45.
35. Fonseca MO, Parreira BDM, Machado DC, Machado ARM. Aleitamento Materno: Conhecimento de Mães Admitidas no Alojamento Conjunto de um Hospital Universitário. *Ciênc Cuid Saúde.* 2011; 10(1):141-149.
36. Queluz MC, Pereira MJB, Santos CB, Leite AM, Ricco RG. Prevalência e determinantes do aleitamento materno exclusivo no município de Serrana, São Paulo, Brasil. *Rev Esc Enferm USP.* 2012; 46(3):537-43.
37. Tunes, RORJ, Silva, KR. Principais repercussões do uso da chupeta no aleitamento materno exclusivo: uma revisão de literatura. *Periódico Científico do Núcleo de Biociência Centro Universitário Metodista Izabela Hendrix.* 2014; 4(7):01-06.
38. Albuquerque KA, Maria OM. Cumprimento dos Dez Passos para o Sucesso do Aleitamento Materno em Hospitais Amigo da Criança em Pernambuco/Recife. *Rev enferm UFPE on line.* 2010; 4 (3):1441-1449.
39. Crivelli-Kovach A, Chung EK. Uma Avaliação das Políticas de Amamentação do Hospital na Área Metropolitana de Filadélfia 1994-2009: Uma comparação com a Iniciativa Hospital Amigo da Criança, Dez Passos. *Breastfeeding Med.* 2011; 6(2):77-84.
40. Cotrim LC, Venancio SI, Escuder MML. Uso de chupeta e amamentação em crianças menores de quatro meses no estado de São Paulo. *Rev Bras Saúde Mater Infant.* 2002; 2(3):245-252.