Universidade de São Paulo
Faculdade de Saúde Pública

Padrão de aleitamento materno em menores de seis
meses do Município de Ribeirão Preto segundo apoio
recebido em maternidades e no acompanhamento
ambulatorial

Adriana Passanha

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-
Graduação em Nutrição em Saúde Pública para
obtenção do título de Mestre em Ciências.

Área de Concentração: Nutrição em Saúde
Pública

Orientadora: Maria Helena D'Aquino Benício

São Paulo

2012

Padrão de aleitamento materno em menores de seis
meses do Município de Ribeirão Preto segundo apoio
recebido em maternidades e no acompanhamento
ambulatorial

Adriana Passanha

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-
Graduação em Nutrição em Saúde Pública da
Faculdade de Saúde Pública da Universidade de
São Paulo para obtenção do título de Mestre em
Ciências.

Área de Concentração: Nutrição em Saúde
Pública

Orientadora: Maria Helena D'Aquino Benício

São Paulo

2012

É expressamente proibida a comercialização deste documento, tanto na sua forma impressa como eletrônica. Sua reprodução total ou parcial é permitida **exclusivamente** para fins acadêmicos e científicos, desde que na reprodução figure a identificação do autor, título, instituição e ano da dissertação.

Dedicatória

*Dedico esta dissertação a alguém
muito especial, por quem eu tenho
grande carinho e que é um dos
maiores responsáveis pelo meu
ingresso e pela continuação
no mestrado. Que você continue
a ser essa pessoa abençoada, e
que encontre seu verdadeiro caminho.*

AGRADECIMENTOS

Agradeço a **Deus** por cada benção e cada conquista durante toda a minha vida e ao longo da realização desse mestrado. Sem Ele, nada teria sido possível.

À minha **família**, em especial meus pais e meu irmão, por todo o apoio, amor, carinho, compreensão e paciência, desde sempre e, principalmente, nessa fase tão importante da minha vida.

A todos os amigos que estiveram comigo nos diversos momentos desse mestrado, em especial à **Nanda** (pela cumplicidade e amizade inabaláveis há mais de dez anos, por cada conversa e conselho que tivemos, e por ser essa amiga sempre presente nas horas boas e ruins); à **Lú** (pela amizade e pelas confissões compartilhadas desde o início da faculdade, e por, muitas vezes, me entender apenas com um olhar ou com poucas palavras); à **Pat** (pelos momentos sérios e engraçados vivenciados durante a pós, e por ter se tornado essa amiga maravilhosa em tão pouco tempo); à **Gabi Buccini** e à **Rê** (que se tornaram, além de colegas de disciplinas e trabalhos, grandes amigas); à **Sá** e à **Vivi** (verdadeiros exemplos de profissionalismo, por toda a contribuição para meu aprimoramento – não só profissional, mas também pessoal –, e por, além de tudo, serem amigas tão queridas); à **Lú Maron, Dani, Dri e Ma** (“afilhadas do PAP” e amigas especiais praticamente desde que nos conhecemos); à **Amanda** (que, apesar da distância física, foi aquela amiga sempre presente nas várias fases da minha vida); a **todos os amigos** que não citei o nome aqui, mas com quem compartilhei minhas angústias e alegrias, e que sempre se mostraram os melhores que alguém pode ter.

Ao **Rafa (Mon Amour)**, que em tão pouco tempo me deu tanta força e inspiração para buscar sempre mais do que eu achei que poderia, por toda a confiança na minha carreira e pela perfeição de todos os momentos vivenciados.

À minha orientadora **Maria Helena D’Aquino Benício**, por todo o aprendizado que tive ao longo do mestrado, pela paciência, carinho e compreensão em muitos momentos, por me tranquilizar nas mais diversas situações, e por todos os exemplos de como ser excelente profissional e pessoa. Agradeço, e muito, por ter sido sua aluna.

À professora **Sônia Ioyama Venâncio**, que desde o início do mestrado contribuiu diretamente com a construção e execução deste projeto, pelas excelentes e únicas oportunidades de aprendizado, e por me ensinar que é possível fazer pesquisa com tanto amor e carinho.

À professora **Sônia Buongiorno de Souza**, pelas valiosas contribuições no meu exame de qualificação e por todos os ensinamentos proporcionados durante essa pós.

À professora **Maria Antonieta de Barros Leite Carvalhaes**, pelas preciosas considerações sobre esta dissertação, que me fizeram olhar para o trabalho de maneira mais crítica e reflexiva.

À doutora **Tereza Setsuko Toma**, que foi fundamental para a concepção do tema desta dissertação, pela ajuda fornecida antes mesmo do meu ingresso no mestrado, e por cada ensinamento proporcionado acerca do assunto deste trabalho.

À doutora **Keiko Miyasaki Teruya**, pela disponibilidade em ministrar o treinamento minucioso para aplicação do questionário utilizado nesta dissertação, e pelo passeio cultural em Santos.

À **Marcia** e a **toda a equipe do AMAMUNIC de Ribeirão Preto**, pela competência e excelência no trabalho realizado e por me receber e me acolher tão bem. Sem vocês, esta dissertação não teria sido possível.

A **todas as maternidades de Ribeirão Preto**, pelo aceite na participação deste trabalho e pelo tempo disponibilizado para a realização das entrevistas necessárias.

À participação de **cada mãe e responsável que respondeu ao questionário do AMAMUNIC**, essencial para que esta dissertação se concretizasse.

À **Larissa**, pela sempre disponibilidade em me ajudar nos mais diversos momentos, e às demais colegas de pós **Ana Paula**, **Dani Canella** e **Babi**, pelas reflexões e risadas compartilhadas ao longo do mestrado, e pelas oportunidades em participar de outros projetos, fazendo com que eu não ficasse restrita apenas a esta dissertação.

À **Jaqueline Müller**, ao **Rafael Claro** e ao **Daniel Bandoni**, por ouvirem e conversarem pacientemente sobre minhas ideias de projetos antes mesmo de eu entrar no mestrado, e por todo o auxílio fornecido no pré-projeto do processo seletivo da pós.

Às secretárias **Alessandra**, **Vânia**, **Ângela** e **Antônia**, por cada informação fornecida, pela paciência em muitos momentos de ansiedade e prazos curtos, e por exercerem a profissão com tamanha competência.

Ao **Zé**, ao **Bastos** e à **Roseli**, pelos cafés descontraídos e por ajudarem em diversos momentos, desde abrir a porta do departamento quando eu chegava muito cedo à FSP até a salvar documentos e pertences valiosos em consequência de fortes chuvas.

À professora **Ana Maria Cervato Mancuso**, a perfeita união de carinho e competência, que desde o PAP têm me ensinado muito sobre tudo.

À professora **Ana Maria Dianezi Gambardella**, a perfeita união de bom humor e capacidade, com quem eu também venho aprendendo muito desde o PAP.

Às equipes do **Projeto Bandeira Científica** e do **Projeto Extensão Médica Acadêmica**, pela oportunidade de participação, pela contribuição com meu amadurecimento profissional e por me fazer ver a realidade de forma mais próxima e real.

A todos que participaram dessa minha jornada e que não tiveram o nome citado, mas que contribuíram de alguma forma com minha formação, obrigada de todo o coração.

APRESENTAÇÃO

As bases conceituais da presente dissertação estão apresentadas na “Introdução”. Nos “Métodos”, estão as informações sobre coleta de dados do estudo. Na parte “Resultados e Discussão” estão apresentados os artigos científicos no formato a serem publicados. A seguir, as “Considerações finais” do estudo. Na seção “Resumo das atividades desenvolvidas”, estão listadas as atividades realizadas ao longo do mestrado. No “Cronograma geral de atividades” está discriminado o período em que tais atividades foram desenvolvidas. Por fim, na parte “Publicações realizadas”, estão apresentadas os trabalhos publicados no decorrer do mestrado.

RESUMO

Passanha, A. **Padrão de aleitamento materno em menores de seis meses do município de Ribeirão Preto segundo apoio recebido em maternidades e no acompanhamento ambulatorial** [dissertação de mestrado]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da USP; 2012.

Introdução. A Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC) foi idealizada pela OMS e pelo UNICEF para promover, proteger e apoiar o aleitamento materno no âmbito hospitalar. Já a Rede Amamenta Brasil foi criada pelo Ministério da Saúde com o mesmo objetivo; porém, no âmbito da atenção básica. **Objetivo.** Avaliar a influência do apoio propiciado pelas maternidades e pelos locais de seguimento ambulatorial sobre o padrão de aleitamento materno de crianças menores de seis meses do Município de Ribeirão Preto – SP. **Métodos.** Foram coletados dados referentes à caracterização das maternidades e à implementação dos “Dez Passos para o Sucesso do Aleitamento Materno” da IHAC mediante entrevista com o chefe do serviço de neonatologia de cada local. Informação sobre a Rede – realização da Oficina de Trabalho em Aleitamento Materno – foi fornecida pela Secretaria de Saúde do município. Características das crianças, suas mães, hospital de nascimento e local de seguimento ambulatorial foram obtidas com base no Projeto Amamentação e Municípios 2011. O efeito do fator de estudo sobre a amamentação exclusiva (AME) e predominante (AMP) foi avaliado mediante análise de regressão múltipla de Poisson com variância robusta. No modelo múltiplo foram incluídas como ajuste as variáveis que apresentaram $p < 0,20$ na análise bruta e modificaram em mais de 10% a razão de prevalência do fator de estudo. **Resultados.** Foram estudadas 916 crianças. A maioria (58,9%) nasceu de parto cesárea. A prevalência de AME foi de 33,2% e de AMP, 16,3%. Das sete maternidades do município, três são públicas e estão credenciadas na IHAC. Das 40 unidades de saúde, 15 realizaram a Oficina da Rede. O total de passos cumpridos por cada maternidade variou de 1 a 10, e somente um local cumpriu todos os passos. A prevalência de AME foi maior quando o passo relacionado ao não uso de bicos artificiais foi cumprido. A de AMP tendeu a aumentar quanto maior foi o número de passos cumpridos, e o passo referente a grupos de apoio à amamentação aumentou essa prevalência. O AME foi mais prevalente em locais que realizaram a Oficina da Rede. **Conclusões.** Cumprir maior número de passos mostrou tendência ascendente no aumento da prevalência de AMP. O passo 10 também aumentou essa prevalência, e o passo 9 aumentou a de AME. Este desfecho foi mais prevalente em locais que participaram da Oficina da Rede. Os achados deste estudo podem servir como subsídios para outras localidades incentivarem o aleitamento materno.

Palavras-chave: Maternidades. Centros de Saúde. Aleitamento Materno.

ABSTRACT

Passanha, A. **Breastfeeding pattern in children less than six months in the city of Ribeirão Preto, SP, Brazil according support received in maternity hospitals and in ambulatorial attendance** [dissertation]. São Paulo (BR): Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo; 2012.

Introduction. The Baby Friendly Hospital Initiative (BFHI) was idealized by WHO and UNICEF to promote, protect and support breastfeeding in the hospital sphere. The *Rede Amamenta Brasil* was created by Ministry of Health with the same objective; however, in the primary health care sphere. **Objective.** To evaluate the influence of support offered by maternity hospitals and ambulatory attendance places on breastfeeding pattern in children less than six months in the city of *Ribeirão Preto, SP, Brazil*. **Methods.** Data related to maternity hospitals characterization and implementation of IHAC's "Ten Steps to Successful Breastfeeding" were collected during an interview with responsible doctor by the neonatology service of each place. Information about *Rede Amamenta Brasil* – participation on *Oficina de Trabalho em Aleitamento Materno* – was given by City's Secretary of Health. Characteristics of children, their mothers, birth hospital and ambulatory attendance place were obtained by *Projeto Amamentação e Municípios* 2011. The effect of factor study on exclusive (EB) and predominant (PB) breastfeeding was evaluated by Poisson multiple regression analysis with robust variance. Variables with $p < 0,20$ and that modified in more than 10% prevalence ratio of factor study were included in the multiple model. **Resultados.** The number of studied children was 916. The most part (58.9%) was born by Cesarean delivery. The prevalence of EB was 33.2%, and PB, 16.3%. Among seven maternity hospitals of the studied city, three are public and accredited by BFHI. Among 40 primary care units, 15 made the *Oficina da Rede*. Total number of met steps for each maternity hospital range from 1 to 10, and only one place met all steps. The prevalence of EB was higher when step referred to no offer artificial teats or pacifiers was met. The prevalence of PB tended to increase when the number of met steps raised, and the step related to breastfeeding support groups increased this prevalence. The EB was more prevalent in places that realized the *Oficina da Rede*. **Conclusions.** Meeting higher number of steps showed ascendant trend on increasing prevalence of PB in children less than six months. The step 10 also increase this prevalence, and the step 9 increase the prevalence of EB. This outcome was more prevalent in places that participated of the *Oficina da Rede*. The findings of this study can be useful to other places encourage breastfeeding.

Keywords: Hospitals, Maternity. Health Centers. Breast Feeding.

ÍNDICE

1	INTRODUÇÃO	12
1.1	O ALEITAMENTO MATERNO	12
1.2	A INICIATIVA HOSPITAL AMIGO DA CRIANÇA (IHAC)	13
1.3	CREDENCIAMENTO NA IHAC NO BRASIL	14
1.4	DIFICULDADES PARA IMPLANTAR E EXPANDIR A IHAC E MEIOS DE SUPERÁ-LAS	17
1.5	A IHAC NO MUNDO E NO BRASIL	18
1.6	A IHAC NO ESTADO DE SÃO PAULO	18
1.7	RELAÇÃO ENTRE A IHAC E O ALEITAMENTO MATERNO	19
1.8	A REDE AMAMENTA BRASIL	27
1.9	CREDENCIAMENTO NA REDE	27
2.0	RELAÇÃO ENTRE A REDE E O ALEITAMENTO MATERNO	28
2.1	DIAGNÓSTICO DO PADRÃO DE AMAMENTAÇÃO	28
2	JUSTIFICATIVA	30
3	OBJETIVOS	31
3.1	OBJETIVO GERAL	31
3.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	31
4	MÉTODOS	32
4.1	DELINEAMENTO E POPULAÇÃO DE ESTUDO	32
4.1.1	Critérios de inclusão e exclusão e tamanho amostral	32
4.2	O MUNICÍPIO DE RIBEIRÃO PRETO	33
4.3	COLETA DE DADOS	34
4.3.1.	Primeira Etapa	34
	- Treinamento para aplicação do Instrumento de Auto-avaliação Hospitalar	35
4.3.2.	Segunda Etapa	35
	- O Projeto Amamentação e Municípios (AMAMUNIC)	35
4.4	VARIÁVEIS DE ESTUDO	36
4.5	ANÁLISE DOS RESULTADOS	38

4.6 ASPECTOS ÉTICOS	39
5 RESULTADOS E DISCUSSÃO	40
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	80
7 RESUMO DAS ATIVIDADES DESENVOLVIDAS	81
8 CRONOGRAMA GERAL DE ATIVIDADES	82
9 PUBLICAÇÕES DO PERÍODO	83
10 REFERÊNCIAS	85
11 CURRÍCULO LATTES DO AUTOR (ALUNO)	90
12 CURRÍCULO LATTES DO ORIENTADOR	91

ANEXOS

Anexo 1 – Instrumento de Auto-Avaliação Hospitalar Adaptado

Anexo 2 – Questionário do projeto AMAMUNIC

Anexo 3 – Figuras complementares ao artigo

Anexo 4 – Parecer do Comitê de Ética da Faculdade de Saúde Pública

Anexo 5 – Folha de Rosto

Anexo 6 – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido aos hospitais

Anexo 7 – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido ao município

Anexo 8 – Orçamento Financeiro Detalhado e Fonte de Financiamento

Anexo 9 – Parecer do exame de qualificação

1 INTRODUÇÃO

1.1 O ALEITAMENTO MATERNO

O aleitamento materno oferece inúmeros benefícios para a saúde da criança, sendo a melhor maneira de promover seu desenvolvimento integral, pois o leite materno fornece os nutrientes necessários para a criança iniciar uma vida saudável (OMS, 2001; WHO, 2001). Nenhum outro alimento ou leite industrializado modificado é capaz de oferecer ao bebê todos os ingredientes do leite materno. Este alimento apresenta composição específica que se ajusta às necessidades nutricionais do lactente, e é compatível com suas limitações metabólicas e fisiológicas (WHO, 2001). Ademais, não representa ônus para o orçamento familiar (OMS, 2001).

Além da composição adequada de nutrientes, o leite materno possui diversos componentes imunológicos que atuam na defesa do organismo do lactente, prevenindo a incidência e a gravidade de inúmeras doenças (UNICEF, 2002). Estudo realizado em 2000 observou que a diarreia é quase três vezes mais frequente entre crianças não amamentadas, mesmo após o controle de fatores de confusão (BENÍCIO e MONTEIRO, 2000). A amamentação também tem sido mostrada como potencial fator de proteção para a mortalidade infantil (LAMOUNIER, 1998; JONES et al., 2003; LABBOK, 2007; LAMOUNIER et al., 2008; TOMA e REA, 2008), principalmente quando o início é precoce – no primeiro dia ou na primeira hora de vida (EDMOND et al., 2006; MULLANY et al., 2008).

Apesar do consenso acerca das inúmeras vantagens do aleitamento materno e da mobilização mundial nas últimas décadas para recuperação da cultura da amamentação, o desmame precoce ainda é uma prática comum em todo o mundo (UNICEF, 2002; VENÂNCIO et al., 2002; WHO, 2003). Os índices da frequência e da duração do aleitamento materno vêm contrariando os esforços de inúmeros programas oficiais e não governamentais de incentivo ao aleitamento materno em níveis nacional e mundial (MONTRONE, 2002). Em todo o mundo, apenas 35,0% dos lactentes menores de quatro meses são amamentados exclusivamente, e o desmame precoce é associado a altos índices de mortalidade infantil (WHO, 2003).

A prática do aleitamento materno no Brasil está muito aquém da recomendação da Organização Mundial da Saúde (OMS), no sentido de que o

aleitamento materno deve ser exclusivo até os seis meses e complementado com outros alimentos até os dois anos de idade ou mais (WHO, 2001). A Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde (BRASIL, 2008a), realizada no ano de 2006, observou que 39,8% das crianças menores de seis meses estavam em aleitamento materno exclusivo.

Segundo a Pesquisa de Prevalência de Aleitamento Materno nas Capitais Brasileiras e Distrito Federal (BRASIL, 2009), que coletou dados em 2008, a prevalência de aleitamento materno exclusivo das crianças brasileiras é de 41,0%. Em São Paulo, capital, o quadro é semelhante: esta prevalência é de 39,1%. De acordo com os parâmetros da OMS (WHO, 2003) para interpretação de indicadores de aleitamento materno, os referidos valores são considerados “razoáveis”.

1.2 A INICIATIVA HOSPITAL AMIGO DA CRIANÇA (IHAC)

São diversos os fatores que podem contribuir para a não amamentação, mas os cuidados prestados às mulheres e às crianças são fundamentais para o sucesso do aleitamento materno. Por isso, a OMS e o UNICEF (Fundo das Nações Unidas para a Infância) lançaram, em 1989, o documento “Promoção, Proteção e Apoio ao Aleitamento Materno: o papel especial dos serviços materno-infantis”, o qual estabeleceu os “Dez Passos para o Sucesso do Aleitamento Materno” (“Dez Passos...”). São eles (OMS, 1989):

1. Ter uma norma escrita sobre aleitamento materno, que deve ser rotineiramente transmitida a toda a equipe do serviço.
2. Treinar toda a equipe, capacitando-a para implementar essa norma.
3. Informar todas as gestantes atendidas sobre as vantagens e o manejo da amamentação.
4. Ajudar a mãe a iniciar a amamentação na primeira meia hora após o parto.
5. Mostrar às mães como amamentar e como manter a lactação, mesmo se vierem a ser separadas de seus filhos.
6. Não dar ao recém-nascido nenhum outro alimento ou bebida além do leite materno, a não ser que tenha indicação clínica.
7. Praticar o alojamento conjunto – permitir que mães e bebês permaneçam juntos 24 horas por dia.

8. Encorajar a amamentação sob livre demanda.
9. Não dar bicos artificiais ou chupetas a crianças amamentadas.
10. Encorajar o estabelecimento de grupos de apoio à amamentação, para onde as mães devem ser encaminhadas por ocasião da alta hospitalar.

Para que os “Dez Passos...” não permanecessem na teoria, a OMS e o UNICEF idealizaram, em 1990, a Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC) – a qual foi efetivamente iniciada em 1991 (VANNUCHI et al., 2004; UNICEF, 2012). Trata-se de uma estratégia mundial destinada a facilitar a incorporação dessas recomendações em maternidades (TOMA et al., 2009). Seu objetivo é mobilizar os funcionários dos estabelecimentos de saúde para que mudem condutas e rotinas responsáveis pelos elevados índices de desmame precoce (UNICEF, 2012).

Ainda na década de 90 um conjunto de metas chamado "Declaração de Innocenti" foi produzido e adotado pelos participantes do encontro "Aleitamento Materno: Uma Iniciativa Global", a fim de resgatar o direito da mulher de aprender e praticar a amamentação com sucesso. O Brasil figurou entre os 12 países escolhidos para dar início à IHAC, assumindo um compromisso formal de tornar os "Dez Passos..." uma realidade em seus hospitais (LAMOUNIER, 1998).

A IHAC foi incorporada pelo Ministério da Saúde como ação prioritária em 1992. Desde então, com o apoio das Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde, vem capacitando profissionais de saúde, realizando avaliações e estimulando a rede hospitalar para o credenciamento como Hospital Amigo da Criança (HAC). Ao ser reconhecido como HAC, o estabelecimento se torna referência em amamentação para seu município, região e estado. Nestes locais, as mães são orientadas e apoiadas para o sucesso da amamentação desde o pré-natal até o puerpério, aumentando dessa forma a prevalência de aleitamento materno exclusivo e continuado e reduzindo a morbimortalidade materna e infantil – o que tem despertado grande interesse por parte dos gestores de maternidades (UNICEF, 2012).

1.3 CREDENCIAMENTO NA IHAC NO BRASIL

O processo de credenciamento inicia-se com o preenchimento, pelo hospital, do Instrumento de Auto-avaliação Hospitalar, que é encaminhado à Secretaria

Estadual de Saúde para análise. Se não houver atendimento aos requisitos deste formulário, o local deve se organizar para cumprir as exigências necessárias. Quando o local atende aos requisitos, a Secretaria designa um avaliador da IHAC para realizar a pré-avaliação (UNICEF e OMS, 2008; BRASIL, 2011a).

Quando o hospital não é avaliado satisfatoriamente na pré-avaliação, a equipe hospitalar deve trabalhar para atender aos requisitos estabelecidos, de acordo com o prazo estipulado pela Secretaria Estadual da Saúde (BRASIL, 2011b). Caso o local seja aprovado neste processo, a Secretaria solicita ao Ministério da Saúde a Avaliação Global da unidade e encaminha dois avaliadores (um externo ao Estado e um do próprio Estado) para realizar o procedimento (UNICEF e OMS, 2008; BRASIL, 2011a).

Se a maternidade não for aprovada nesta etapa de Avaliação Global, firma-se com o local um certificado de compromisso conferido pelo Ministério da Saúde, com validade de 6 meses; neste este período, o local é avaliado apenas em relação aos aspectos não cumpridos (se a referida etapa ocorrer após esse período, o hospital é avaliado sob todos os aspectos novamente). Quando os critérios da Avaliação Global são atendidos ocorre o credenciamento na IHAC (UNICEF e OMS, 2008; BRASIL, 2011a).

No Brasil, além dos “Dez Passos...”, o credenciamento na Iniciativa abrange o cumprimento de outros dez critérios adicionais, descritos pela Portaria nº80, de 24 de fevereiro de 2011 (BRASIL, 2011b):

- I. Comprovar cadastramento no Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde;
- II. Comprovar cumprimento à Norma Brasileira de Comercialização de Alimentos para Lactentes e Crianças na Primeira Infância;
- III. Não estar respondendo à sindicância no Sistema Único de Saúde;
- IV. Não ter sido condenado judicialmente, nos últimos dois anos, em processo relativo à assistência prestada no pré-parto, parto, puerpério e período de internação em unidade de cuidados neonatais;
- V. Dispor de profissional capacitado para a assistência à mulher e ao recém-nascido no ato do parto;

VI. Garantir, a partir da habilitação, que pelo menos 70% dos recém-nascidos saiam de alta hospitalar com o Registro de Nascimento Civil, comprovado pelo Sistema de Informações Hospitalares, mediante incentivo instituído pela Portaria nº 938/GM, 20 de maio de 2002;

VII. Possuir comitê de investigação de óbitos maternos, infantis e fetais implantado e atuante, que forneça trimestralmente ao setor competente da Secretaria Municipal de Saúde e/ou da Secretaria Estadual de Saúde as informações epidemiológicas e as iniciativas adotadas para a melhoria na assistência, para análise pelo Comitê Estadual e envio semestral ao Comitê Nacional de Prevenção do Óbito Infantil e Fetal;

VIII. Apresentar taxa percentual de cesarianas conforme a estabelecida pelo gestor estadual/municipal, tendo como referência as regulamentações procedidas do Ministério da Saúde^a;

IX. Apresentar tempo de permanência hospitalar mínima de 24 horas para parto normal e de 48 horas para parto cesariana;

X. Permitir a presença de acompanhante no Alojamento Conjunto.

É importante ressaltar que o cumprimento destes critérios adicionais no processo de credenciamento à IHAC só é exigido no Brasil (BRASIL, 2011a).

A placa comemorativa de HAC, fornecida pelo UNICEF, tem validade de três anos. As reavaliações para determinar se os HAC mantêm a conformidade com as exigências incluem visitas de avaliadores externos às unidades e devem ser feitas com intervalo máximo de três anos, ou quando houver denúncia de irregularidades (BRASIL, 2011a; 2011b).

O descredenciamento ocorre quando a maternidade deixa de atender a algum dos requisitos da IHAC e não consegue cumpri-lo no período de um ano. Neste intervalo, são realizadas diversas avaliações da Secretaria Estadual da Saúde; se o local atingir um resultado satisfatório em alguma dessas avaliações, retorna à Iniciativa por mais um triênio. Por isso é importante que o hospital realize o monitoramento interno de suas práticas periodicamente (BRASIL, 2011a).

^a Os hospitais cujas taxas de cesarianas estão acima das estabelecidas pelo gestor estadual/municipal deverão apresentar redução dessas taxas pelo menos no último ano e comprovar que o hospital está adotando medidas para atingir as taxas estabelecidas.

Entretanto, atender e dar continuidade ao cumprimento dos requisitos estabelecidos pela Iniciativa pode representar um grande desafio para muitos hospitais em função de suas realidades (LAMOUNIER, 1998; LAMOUNIER et al., 2008; PHILIPP e MEREWOOD, 2004).

1.4 DIFICULDADES PARA IMPLANTAR E EXPANDIR A IHAC E MEIOS DE SUPERÁ-LAS

As dificuldades enfrentadas para a implantação e expansão da IHAC são de naturezas diversas. Entre os profissionais de saúde, nota-se grande resistência inicial à realização das mudanças preconizadas pela Iniciativa. A maioria dos profissionais que lida com gestantes, mães e recém-nascidos tem pouco conhecimento no manejo da amamentação (PHILIPP e MEREWOOD, 2004; LAMOUNIER et al., 2008).

Também existe a crença de que a amamentação natural é algo instintivo e, portanto, não necessita ser trabalhada com as parturientes e/ou seus familiares, ou ainda com os próprios profissionais de saúde. A permissão do uso de bicos artificiais em maternidades e a alimentação por fórmulas infantis nestes locais podem indicar pouca convicção no aleitamento materno e constituem grandes obstáculos para seu manejo e para o sucesso da IHAC (OMS, 2001; LAMOUNIER et al., 2008). Acredita-se, ainda, que a adição de critérios criados pelo Ministério da Saúde tenha freado a expansão da IHAC em todo o país (ARAÚJO e SCHMITZ, 2007; LAMOUNIER et al., 2008; TOMA et al., 2009).

Para superar as dificuldades da IHAC é necessário capacitar profissionais de saúde e demais pessoas envolvidas com aleitamento materno, inclusive de voluntários da comunidade das áreas de referência dos hospitais (MONTRONE, 2002; LAMOUNIER et al., 2008). A aplicação de estratégias educativas que envolvam gestores e funcionários das maternidades com a finalidade de implantar mudanças na atenção à saúde é outra maneira de fomentar a Iniciativa. Se o contexto político-institucional é favorável a esta aplicação, as chances de sucesso são grandes. Exemplos de estratégias educativas viáveis são cursos para sensibilizar gestores hospitalares em relação à IHAC e para formar multiplicadores em manejo da lactação (TOMA et al., 2009).

No Brasil, os hospitais credenciados na IHAC recebem incentivos financeiros para procedimentos de parto normal e cesariana; os valores repassados estão fixados pela Portaria GM/MS nº1117 (BRASIL, 2004). Este repasse de verba também pode ser considerado uma estratégia importante de apoio na adesão à Iniciativa.

1.5 A IHAC NO MUNDO E NO BRASIL

Em 1992, havia 52 HAC em 12 países. Em 1999, um total de 14637 hospitais foi credenciado na IHAC, sendo 1788 na África, 1172 na América Latina/Caribe, 10428 na Ásia, 780 no Centro-Oeste, 230 na Europa Oriental e 239 em outros países industrializados (PHILIPP e MEREWOOD, 2004). Atualmente existem mais de 20 mil hospitais com o título de IHAC em 156 países do mundo (BRASIL, 2011a).

Em 1992, o Ministério da Saúde e o Grupo de Defesa da Saúde da Criança, com o apoio do UNICEF e da Organização Pan-Americana de Saúde, credenciaram o primeiro Hospital Amigo da Criança do Brasil: o Instituto Materno Infantil de Pernambuco, em Recife (LAMOUNIER, 1998). Entre 1992 e julho de 2010 foram credenciados 359 hospitais na IHAC no Brasil. Porém, neste mesmo período, 26 foram descredenciados; há, portanto, 337 HAC no país, o que representa 6,2% de aproximadamente 5340 maternidades brasileiras (BRASIL, 2011a).

As ações visando estimular os hospitais e maternidades a se tornarem "Amigos da Criança" no país são coordenadas pela Área Técnica de Saúde da Criança e Aleitamento Materno do Ministério da Saúde; mundialmente, esta coordenação é realizada pela OMS e pelo UNICEF (LAMOUNIER et al., 2008).

1.6 A IHAC NO ESTADO DE SÃO PAULO

A Iniciativa foi implantada no Estado em 1992, quando o Hospital Guilherme Álvaro, em Santos, foi credenciado como HAC. Em dezembro de 1997 havia quatro HAC no Estado de São Paulo e nenhum na capital (TOMA et al., 2009).

Diante desse quadro, em 1998 efetivou-se o investimento da IHAC no Estado, com a realização de diversos cursos a fim de sensibilizar gestores e chefias de serviços, objetivando atingir mais de 300 maternidades públicas e filantrópicas do Estado. Com isso, o número de HAC no Estado de São Paulo aumentou significativamente (TOMA et al., 2009).

Atualmente, São Paulo é o Estado com o maior número de HAC do país, com 41 hospitais credenciados em 2010. Dados do ano de 2008 mostram que a cobertura de nascimentos em HAC do referido Estado foi de 15,0%. Para o mesmo ano, a cobertura nacional foi de 23,0% (TOMA et al., 2009; BRASIL, 2011a).

1.7 RELAÇÃO ENTRE A IHAC E O ALEITAMENTO MATERNO

A Iniciativa visa enfrentar um dos principais fatores que contribuem para prejudicar o aleitamento materno: as práticas de saúde que interferem na amamentação. Apesar das práticas inadequadas nas maternidades não serem consideradas as únicas responsáveis pelos baixos índices de aleitamento materno (OMS, 2001), e da evidência que a IHAC contribui para o aumento constante no aleitamento materno exclusivo e total em diversos países, inclusive no Brasil (PHILIPP et al., 2003; REA, 2003), cuidados apropriados podem constituir um importante requisito para aumentá-las (OMS, 2001).

A interpretação de cada um dos “Dez Passos...” é apresentada a seguir:

Passo 1. Ter uma norma escrita sobre aleitamento materno, que deve ser rotineiramente transmitida a toda a equipe do serviço.

Uma política documentada é fundamental para a equipe saber o que precisa ser feito e atuar de maneira mais consistente, além de facilitar o monitoramento e a avaliação dos passos alcançados (OMS, 2001; PHILIPP e MEREWOOD, 2004; TOMA et al., 2009). Esta política deve incluir os “Dez Passos...”, a Norma Brasileira de Comercialização de Alimentos para Lactentes e Crianças na Primeira Infância, Bicos, Chupetas e Mamadeiras, e o Código Internacional de Comercialização dos Substitutos do Leite Materno. É recomendável que a descrição desta política seja feita em linguagem simples, para que funcionários e usuários compreendam-na sem dificuldades (TOMA et al., 2009; UNICEF e OMS, 2009a).

Para que uma norma de aleitamento materno seja efetiva, práticas apropriadas devem ser incluídas e práticas inapropriadas devem ser restringidas nas rotinas hospitalares, toda a equipe deve praticar a norma e seus tópicos relevantes devem ser constantemente monitorados e reavaliados (OMS, 2001).

Passo 2. Treinar toda a equipe, capacitando-a para implementar essa norma.

Para que as mudanças almejadas sejam alcançadas é necessário que os funcionários sejam informados sobre a política que está sendo implementada. Os profissionais que lidam com gestantes, mães e recém-nascidos devem receber no mínimo 20 horas de capacitação para manejo em aleitamento materno e 3 horas de atividade prática com supervisão (TOMA et al., 2009; UNICEF e OMS, 2009a). O treinamento clínico efetivo pode fazer a diferença entre o sucesso e a falha da amamentação (OMS, 2001; PHILIPP e MEREWOOD, 2004).

A necessidade de incluir aspectos práticos da amamentação em treinamentos básicos é essencial para seu incremento e para atualizar práticas já existentes na equipe hospitalar. Aprimorar o conhecimento e aumentar as habilidades da equipe são fundamentais para que a norma seja integralmente implantada (OMS, 2001).

Passo 3. Informar todas as gestantes atendidas sobre as vantagens e o manejo da amamentação.

Este passo se aplica apenas às maternidades que possuem serviço de pré-natal. Durante este período as gestantes devem ser informadas sobre os benefícios da amamentação e como praticá-la, bem como alertadas sobre campanhas de distribuição de fórmulas infantis. A importância de realizar o teste de HIV (bem como a orientação individual sobre a substituição do leite materno para mães HIV-positivas) também está incluída neste passo (PHILIPP e MEREWOOD, 2004; TOMA et al., 2009; UNICEF e OMS, 2009a).

O principal benefício da informação no pré-natal é incentivar as mães a praticar o aleitamento materno e evitar possíveis dificuldades. A preparação nesta fase pode apresentar um importante efeito na amamentação, principalmente em relação ao manejo da lactação e ao fortalecimento da autoconfiança da mãe para amamentar. Ademais, informar sobre as vantagens da amamentação pode influenciar mães que ainda não decidiram sobre a alimentação de seu filho (OMS, 2001).

Passo 4. Ajudar a mãe a iniciar a amamentação na primeira meia hora após o parto.

Os recém-nascidos saudáveis devem ser colocados em contato pele a pele com a mãe logo após o parto, permanecendo assim por no mínimo uma hora. Se o neonato

mostrar sinais de prontidão para mamar as mães devem receber toda a ajuda necessária, mesmo que esta ajuda implique em adiar os procedimentos médico-hospitalares de rotina (OMS, 2001; PHILIPP e MEREWOOD, 2004; TOMA et al., 2009; UNICEF e OMS, 2009a).

O contato pele a pele instantes após o nascimento propicia ao neonato a oportunidade de mamar nos seus primeiros momentos de vida, fortalecendo o vínculo mãe-filho ainda na sala de parto e contribuindo para a efetividade da amamentação a longo prazo (OMS, 2001).

Passo 5. Mostrar às mães como amamentar e como manter a lactação, mesmo se vierem a ser separadas de seus filhos.

As mães devem receber o apoio necessário para amamentar e aprender a avaliar a manifestação de prontidão para mamar de seu filho e a realizar a pega adequada e a ordenha manual das mamas. Mães que estiverem separadas dos filhos por razões justificáveis devem receber apoio para manter a produção de leite e, quando aplicável, oferecê-lo no copo aos seus filhos (TOMA et al., 2009; UNICEF e OMS, 2009a).

Algumas mães, principalmente as primíparas, apresentam dificuldades durante a lactação, as quais podem ser agravadas quando são separadas de seus filhos por algum motivo (doença ou trabalho, por exemplo). É preciso demonstrar a todas as mães como ordenhar manualmente o leite materno, de forma que seus filhos continuem recebendo seu leite e a lactação seja mantida. Em todos os momentos, o apoio e o incentivo para superar as dificuldades fazem-se necessários (OMS, 2001).

Passo 6. Não dar a recém-nascido nenhum outro alimento ou bebida além do leite materno, a não ser que tenha indicação clínica.

O aleitamento materno deve ser exclusivo durante todo o período em que mãe e filho estiverem internados. As razões médicas aceitáveis para substituição parcial ou total do leite materno são poucas, e devem ser de fácil acesso aos funcionários da maternidade. É necessário que a justificativa da prescrição de substitutos seja devidamente anotada no prontuário hospitalar, e que sua aquisição seja do mesmo modo que um medicamento é comprado pelo estabelecimento, não devendo ser

obtidos por intermédio de empresas com interesses comerciais (OMS, 2001; PHILIPP e MEREWOOD, 2004; TOMA et al., 2009; UNICEF e OMS, 2009a).

Muitas vezes, oferecer fórmula infantil, soro glicosado ou água a recém-nascidos antes da primeira mamada (alimentação pré-láctea) ou associada ao aleitamento materno (suplementação) constitui-se em prática comum em algumas maternidades, assim como o fornecimento de “substitutos do leite materno” durante a gravidez ou na alta hospitalar. Tais condutas relacionam-se fortemente com o desmame precoce, e dar fórmulas infantis (mesmo em forma de propaganda), mamadeiras, garrafas de água esterilizada ou bicos plásticos às mães não está de acordo com o Código Internacional de Comercialização de Substitutos do Leite Materno. Mães que apresentem qualquer dificuldade para amamentar devem receber toda a ajuda necessária, de forma que outros tipos de alimentos e suplementos não sejam oferecidos (a não ser que haja indicações médicas aceitáveis). Restringir estas atitudes é uma importante intervenção a favor do aleitamento materno (OMS, 2001).

Passo 7. Praticar o alojamento conjunto – permitir que mães e bebês permaneçam juntos 24 horas por dia.

Mães e filhos saudáveis devem ficar juntos durante toda a internação hospitalar. Se houver necessidade de períodos de separação, estes devem ser breves e com a finalidade de atender a procedimentos médico-hospitalares necessários (TOMA et al., 2009; UNICEF e OMS, 2009a).

Diversas maternidades possuem berçários para recém-nascidos saudáveis nascidos de parto normal; outras têm alojamento conjunto parcial, mantendo neonatos no berçário durante a noite (onde, muitas vezes, são alimentados com fórmulas infantis ou água). O cuidado em berçário aumenta a probabilidade de dificuldades com a amamentação, restringe a interação entre mãe e filho e aumenta a demanda sobre o tempo da equipe. O alojamento conjunto é importante para mães e recém-nascidos, independente de como o neonato é alimentado (OMS, 2001).

Passo 8. Encorajar a amamentação sob livre demanda.

Este passo refere-se à prática de amamentar o recém-nascido sempre que este mostrar sinais de prontidão para mamar. O estabelecimento de horários para as

mamadas, seja em relação a sua duração ou a seus intervalos, não deve ocorrer (TOMA et al., 2009; UNICEF e OMS, 2009a).

Na rotina hospitalar tradicional, o número de total de mamadas diárias varia de 6 a 8; entretanto, alguns neonatos podem requerer um número maior do que este intervalo abrange, pois a frequência e a duração das mamadas variam tanto entre recém-nascidos quanto para o mesmo recém-nascido. Ressalta-se que o passo 8 relaciona-se diretamente com o passo 7, pois a amamentação verdadeiramente irrestrita só é possível com o alojamento conjunto, o que permite à mãe atender seu filho sempre que ele mostrar sinais de disposição para mamar. Além disso, o aleitamento materno sob livre demanda propicia a duração da amamentação por um período mais prolongado (OMS, 2001).

Passo 9. Não dar bicos artificiais ou chupetas a crianças amamentadas.

Recém-nascidos que estão em aleitamento materno não devem receber nenhum tipo de bico artificial, pois essa atitude pode interferir negativamente na sucção por alterar a dinâmica oral do neonato, afetar a frequência das mamadas (ocasionando prejuízos na produção de leite materno e levando ao desmame precoce) e transmitir infecções quando os bicos artificiais não são corretamente higienizados. Ademais, o hábito de sugar outros tipos de bicos pode provocar traumas mamilares nas mães (OMS, 2001; PHILIPP e MEREWOOD, 2004; TOMA et al., 2009; UNICEF e OMS, 2009a).

O uso de mamadeiras pode ser considerado o único método alternativo para alimentação do recém-nascido quando a amamentação não ocorre, e o de chupetas para acalmar recém-nascidos sem oferecer-lhes uma alimentação. A utilização de bicos artificiais em maternidades leva a crer que profissionais da saúde os consideram seguros e torna pais mais propensos a continuarem ou mesmo iniciarem seu uso. Este passo relaciona-se com o passo 6 pois geralmente os suplementos são administrados aos recém-nascidos em mamadeiras. É necessário que a utilização de bicos artificiais seja eliminada dos hospitais e, quando houver restrição do aleitamento materno, a alimentação deve ser oferecida em copinho (OMS, 2001).

Passo 10. Encorajar o estabelecimento de grupos de apoio à amamentação, para onde as mães devem ser encaminhadas por ocasião da alta hospitalar.

A equipe hospitalar é responsável por encaminhar mães a locais onde possam ter ajuda e apoio ao aleitamento materno, considerando que após a alta hospitalar podem ocorrer dificuldades na lactação. Exemplos destes locais são unidades básicas de saúde, ambulatório da própria maternidade, ou grupos da comunidade regional. Todas as mães devem receber esta orientação de encaminhamento (TOMA et al., 2009; UNICEF e OMS, 2009a).

A falta de apoio contínuo às mães é um fator fundamental para a cessação precoce da amamentação. O suporte ininterrupto para manutenção do aleitamento materno pode ser oferecido de diversas formas, seja envolvendo a equipe hospitalar, a atenção primária ou a comunidade, o que aumentará as chances de sucesso do aleitamento materno a longo prazo (OMS, 2001).

A IHAC tem sido uma estratégia fundamental para orientar e apoiar a mulher, para que ela possa decidir pela prática do aleitamento materno exclusivo até os seis meses, e continuado até os dois anos de idade ou mais, e com isso melhorar os índices de aleitamento materno no país. Além da implementação das estratégias já existentes de promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno, para alcançar esse objetivo é necessário estabelecer e implantar outras ações, sobretudo as de controle e avaliação, para garantir a qualidade e a continuidade das iniciativas realizadas (ARAÚJO et al., 2003; UNICEF e OMS, 2009b).

Para que haja continuidade do aleitamento materno é necessário que as mães recebam o suporte necessário durante a internação hospitalar e obtenham alta dos hospitais com seus filhos em aleitamento materno exclusivo. No momento do parto e do pós-parto a mulher precisa de apoio para a amamentação; estas ações são fundamentais para a mulher decidir sobre a alimentação do seu filho (ARAÚJO et al., 2003; SILVA et al., 2008; UNICEF e OMS, 2009b).

Dados da Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde de 2006 (BRASIL, 2008a) mostram que 43,0% das crianças brasileiras são amamentadas na primeira hora de vida; dentre aquelas pertencentes à área urbana, 41,6% beneficiaram-se de tal prática. Segundo parâmetros da OMS (WHO, 2003), estes valores de prevalência são

classificados como “razoáveis”. A II Pesquisa de Prevalência de Aleitamento Materno nas Capitais Brasileiras e Distrito Federal (BRASIL, 2009) mostra que a prevalência nacional de recém-nascidos amamentados na primeira hora de vida é de 67,7%, e na cidade de São Paulo é de 62,4%; estes valores são considerados “bons” pelos critérios da OMS (WHO, 2003).

Ainda são escassos os estudos com o intuito de mostrar o impacto da IHAC sobre o início e duração do aleitamento materno exclusivo e continuado em nível populacional (ARAÚJO e SCHMITZ, 2007; LABBOK, 2007).

Estudo realizado em Taiwan que examinou a associação entre o número de passos vivenciados por mães e aleitamento materno nos momentos de internação hospitalar, e 1 mês e 3 meses depois observou que apenas 1% delas vivenciou os “Dez passos...”, e que o nível de aleitamento materno foi maior com o aumento do número de práticas vivenciadas nos três períodos de análise, encontrando uma relação dose-resposta, mesmo após controle dos fatores de confusão (CHIEN et al., 2007).

Estudo conduzido nos Estados Unidos que avaliou o impacto de 6 dos “Dez Passos...” (passos 4, 6, 7, 8, 9 e 10) na duração do aleitamento materno entre mães que iniciaram a amamentação e pretendiam mantê-la por mais de 2 meses observou que mães que não vivenciaram nenhum dos passos tiveram probabilidade 13 vezes maior de interromper o aleitamento materno precocemente (menos de 6 semanas) em relação às mães que vivenciaram todos os 6 passos avaliados, e que os passos 4, 6 e 9 estiveram mais fortemente associados com a amamentação por mais de 6 semanas (DIGIROLAMO et al., 2008).

Com o objetivo de examinar a tendência da amamentação exclusiva antes e após a implantação da IHAC, estudo envolvendo 14 países em desenvolvimento observou associação significativa no aumento anual de 1,54 pontos percentuais nas taxas de aleitamento materno exclusivo em lactentes com até dois meses e 1,11 pontos percentuais em crianças com menos de seis meses posteriormente à implementação da Iniciativa (ABRAHAMS e LABBOK, 2009).

Intervenção realizada em maternidades da República de Belarus modelada nos “Dez Passos...” da IHAC, tendo como foco principal a promoção do aleitamento materno, reduziu o risco de doenças gastrintestinais e dermatológicas em lactentes e

aumentou a duração do aleitamento materno exclusivo, sendo ambos os resultados obtidos de forma significativa (KRAMER et al., 2001). Na Suíça, estudo realizado em 2003 mostrou que as taxas de amamentação exclusiva foi significativamente maior entre lactentes de 0 e 5 meses que nasceram em maternidades credenciadas na Iniciativa, e que a duração total do aleitamento materno foi maior entre recém-nascidos de hospitais que cumpriam os “Dez Passos...” (MERTEN et al., 2005).

Estudo realizado em 64 municípios do Brasil mostrou que crianças que nasceram em HAC apresentaram aumento na razão de prevalência em 9% de serem amamentadas na primeira hora de vida e em 6% de serem amamentadas no primeiro dia em casa. Entre os menores de dois meses, nascer em HAC resultou em aumento de 13% na razão de prevalência de estar em aleitamento materno exclusivo até os dois meses de idade. A Iniciativa também diminuiu a prevalência do uso de chupetas (VENÂNCIO et al., 2011).

Com o objetivo de avaliar o impacto do treinamento da IHAC sobre as práticas de amamentação, estudo realizado na Região Nordeste do Brasil observou que a maternidade que recebeu a intervenção apresentou melhora dessas práticas no próprio local, nas frequências de aleitamento materno exclusivo de crianças nascidas no referido hospital até os 6 meses e no cumprimento dos passos 4 ao 10 em relação à maternidade que não recebeu o treinamento (COUTINHO et al., 2005).

Em uma cidade do Estado de Minas Gerais, observou-se que a duração mediana do aleitamento materno aumentou significativamente após a implantação da IHAC em todas as maternidades locais: a amamentação total passou de 8,9 para 11,6 meses; a amamentação exclusiva passou de 27 dias para 3,5 meses (CALDEIRA e GONÇALVES, 2007). Resultados semelhantes foram constatados em uma cidade do Rio Grande do Sul: a duração mediana do aleitamento materno exclusivo passou de 1 mês para 2 meses após a implantação da Iniciativa, e o aleitamento materno total também aumentou de forma significativa (BRAUN et al., 2003).

Dados de 1998 obtidos no Estado de São Paulo mostraram que nascer em hospitais não credenciados na IHAC aumenta em 1,5 vezes a chance de não estar em amamentação exclusiva nos primeiros quatro meses de vida, e que mães que residir em municípios que não possuem HAC têm 2,2 vezes mais chance de introduzir outro alimento na dieta de seus filhos (VENÂNCIO et al., 2002).

Entretanto, apesar das ações adotadas nas instituições hospitalares para incentivo à amamentação, o alcance destas medidas torna-se questionável sem um apoio efetivo das Unidades Básicas de Saúde (UBS) (CALDEIRA et al., 2008). Com isso, algumas ações foram lançadas no Brasil visando focar o incentivo ao aleitamento materno no âmbito da atenção primária em saúde, incluindo a Iniciativa Unidade Básica Amiga da Criança (no Paraná) e a Iniciativa Unidade Básica Amiga da Amamentação (no Rio de Janeiro) (BRASIL, 2011b).

Considerando-se o potencial de promoção do aleitamento materno de tais unidades (CALDEIRA et al., 2008), a necessidade de que a amamentação fosse compreendida pelos profissionais e pela sociedade como um processo biológico, social e cultural, e a importância de se estabelecer uma estratégia de nível nacional para promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno na atenção básica, o Ministério da Saúde instituiu, em 2008, a Rede Amamenta Brasil (BRASIL, 2008b).

1.8 A REDE AMAMENTA BRASIL

A Rede Amamenta Brasil (Rede), tendo a atenção básica como foco da promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno no âmbito do Sistema Único de Saúde, dá continuidade ao trabalho de incentivo à amamentação realizado nas maternidades devido às suas ações pró-aleitamento materno serem efetuadas em unidades básicas de saúde, postos de saúde, centros de saúde e unidades de saúde da família (BRASIL, 2008b; 2011b). Um de seus principais objetivos é contribuir para a redução da mortalidade materna e infantil através do aumento dos índices de aleitamento materno (BRASIL, 2012).

1.9 CREDENCIAMENTO NA REDE

A unidade básica de saúde é certificada na Rede quando (BRASIL, 2012):

- pelo menos 80,0% de sua equipe participam da Oficina de Trabalho em Aleitamento Materno;
- monitora os indicadores de aleitamento materno de sua área de abrangência utilizando o SISVAN web;
- concretiza no mínimo uma ação pactuada ao final da Oficina;

- e constrói e implanta fluxograma de atendimento ao binômio mãe-filho no período de amamentação.

Cada unidade da Rede possui um tutor responsável (BRASIL, 2012).

2.0 RELAÇÃO ENTRE A REDE E O ALEITAMENTO MATERNO

O trabalho desempenhado pela atenção básica, iniciado durante o pré-natal e continuando logo após a alta hospitalar, constitui oportunidade ótima para identificar os riscos para o desmame precoce e estabelecer medidas de intervenção (LAMOUNIER et al., 2008). Informar sobre as vantagens do aleitamento materno pode influenciar mães que ainda não decidiram sobre a alimentação de seu filho (OMS, 2001); ademais, muitas dificuldades em relação à manutenção da amamentação surgem nos primeiros meses de vida da criança (OLIVEIRA e CAMACHO, 2002), e a atenção básica constitui um ambiente incentivador dessa prática (OLIVEIRA et al., 2003).

O trabalho do agente comunitário de saúde, com busca ativa de mãe e filho após a alta hospitalar, promove a sequência das práticas hospitalares de incentivo à amamentação, e também constitui oportunidade ímpar para identificar os fatores que podem levar ao desmame precoce e intervir de forma satisfatória (MONTRONE, 2002; LAMOUNIER et al., 2008).

Ainda não existem na literatura estudos que avaliem o impacto da Rede sobre as prevalências de aleitamento materno. Entretanto, há evidências de que os cuidados desempenhados pelas UBS's com caráter pró-amamentação têm impacto positivo na duração do aleitamento materno exclusivo (OLIVEIRA e CAMACHO, 2002; OLIVEIRA et al., 2003). E para que este impacto seja avaliado corretamente, é fundamental traçar o diagnóstico de amamentação de uma certa localidade, padronizando indicadores e categorias dessa prática (BRASIL, 2009).

2.1 DIAGNÓSTICO DO PADRÃO DE AMAMENTAÇÃO

A coleta de dados sobre a situação do aleitamento materno no Brasil iniciou-se na década de 80, época em que foram evidenciados seus benefícios e padronizados indicadores e categorias dessa prática. A primeira estimativa sobre a frequência da amamentação exclusiva foi a da Pesquisa Nacional sobre Mortalidade Infantil e

Planejamento Familiar, de 1986 (BRASIL, 2009). A partir de então, surgiram outras pesquisas que possibilitaram traçar um diagnóstico do padrão nacional de aleitamento materno, como a Pesquisa Nacional sobre Saúde e Nutrição (1989) e a Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde (1996 e 2006); no entanto, o foco destes inquéritos era muito mais abrangente do que relatar as práticas de amamentação do país (VENÂNCIO e MONTEIRO, 1998; BRASIL, 2009).

Em 1999, o Ministério da Saúde coordenou a I Pesquisa de Prevalência do Aleitamento Materno nas Capitais Brasileiras e Distrito Federal, obtendo informações sobre a situação da amamentação nas capitais brasileiras durante a Campanha Nacional de Vacinação. Esta pesquisa auxiliou na formulação de políticas públicas nos locais estudados. Em 2008 ocorreu a segunda edição da Pesquisa, tornando possível verificar a evolução do aleitamento materno e fornecer subsídios para planejamento de ações (BRASIL, 2009; VENÂNCIO et al., 2010a).

Grande parte dos municípios do Estado de São Paulo possui informações acerca do padrão de aleitamento materno das crianças menores de um ano obtidas pelo Projeto de Amamentação e Municípios (AMAMUNIC), e da mesma forma que a pesquisa de âmbito nacional, os dados são coletados durante a Campanha Nacional de Vacinação (VENÂNCIO et al., 2010b).

Essa base de dados torna possível analisar em nível municipal a associação entre o desempenho de cada instituição em relação ao cumprimento dos “Dez Passos...” e o padrão de amamentação obtido pelo AMAMUNIC no município.

2 JUSTIFICATIVA

Os benefícios do aleitamento materno para a lactante e para o lactente, a importância do papel atribuído aos profissionais, às maternidades e aos locais que realizam o acompanhamento de rotina dessa população, e as muitas dificuldades encontradas pelos estabelecimentos de saúde na sustentabilidade das práticas de incentivo à amamentação são aspectos fundamentais a serem considerados para promover, proteger e apoiar o aleitamento materno.

O presente estudo pretende avaliar as práticas pró-aleitamento materno realizadas por hospitais e por locais de acompanhamento ambulatorial e sua relação com o padrão de amamentação nos primeiros seis meses de vida, com o intuito de dar subsídios para o aprimoramento das práticas de apoio ao aleitamento materno despendidas pelo município estudado e por outras localidades.

A análise de tais práticas tanto em maternidades credenciadas na Iniciativa quanto naquelas não credenciadas, bem como em unidades que realizaram ou não a Oficina de Trabalho em Aleitamento Materno da Rede, possibilitará melhor expansão dos resultados encontrados, pois a abrangência dos achados não ficará restrita apenas às maternidades pertencentes à IHAC, nem às unidades pertencentes à Rede.

3 OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GERAL

- Avaliar a influência do apoio propiciado pelas maternidades e pelos locais de seguimento ambulatorial sobre o padrão de aleitamento materno de crianças menores de seis meses no Município de Ribeirão Preto – SP em 2011.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Descrever as características das crianças menores de seis meses e de suas respectivas mães;
- Avaliar as maternidades do Município segundo o cumprimento dos “Dez Passos...”;
- Estudar a influência da condição de cada uma das maternidades quanto ao cumprimento dos “Dez Passos...” sobre o padrão de aleitamento materno.
- Explorar a influência das unidades básicas de saúde que participaram da Oficina de Trabalho em Aleitamento Materno da Rede Amamenta Brasil sobre o padrão de aleitamento materno.

4 MÉTODOS

4.1 DELINEAMENTO E POPULAÇÃO DE ESTUDO

Estudo do tipo transversal realizado no ano de 2011. Na primeira etapa do estudo (executada em fevereiro de 2011) foram avaliadas, pela autora do projeto, todas as maternidades localizadas no município de Ribeirão Preto em relação ao cumprimento dos “Dez Passos...” da Iniciativa. Na segunda etapa (realizada em agosto de 2011) foi efetuado, pela Secretaria Municipal da Saúde de Ribeirão Preto (sob supervisão do Instituto de Saúde), o inquérito transversal do Projeto AMAMUNIC 2011.

4.1.1 Critérios de inclusão e exclusão e tamanho amostral

Foram estabelecidos dois critérios de inclusão para elegibilidade do município: ter pelo menos um HAC e participar do AMAMUNIC em 2011. Alguns municípios foram considerados potenciais candidatos para o estudo (como Campinas, Jundiaí, Ribeirão Preto, e São Bernardo do Campo); entretanto, o Município de Ribeirão Preto aceitou prontamente realizar o AMAMUNIC de 2011 e mostrou grande interesse em participar do estudo.

Todas as crianças menores de um ano são elegíveis para fazer parte do Projeto AMAMUNIC. No entanto, em municípios onde há um grande número de crianças vacinadas (mais de 4000), há a necessidade de se trabalhar com amostras. Os planos amostrais são definidos por sorteio sistemático em dois estágios: no primeiro, são sorteados os postos de vacinação (conglomerados) e no segundo, são sorteadas as crianças em cada posto. A amostra desenvolvida é considerada equiprobabilística, pois todas as crianças têm a mesma probabilidade de pertencer à amostra sorteada: postos maiores apresentam maior probabilidade de serem sorteados no primeiro estágio, e crianças dos postos menores apresentam maior probabilidade de serem sorteadas no segundo estágio. O cálculo amostral considera a prevalência de amamentação no município, o número de postos de vacinação e o total de crianças menores de um ano vacinadas em cada posto – tendo como base as planilhas de Campanhas de Vacinação do ano anterior (INSTITUTO DE SAÚDE, 2010a).

No presente estudo, foram avaliadas crianças com idade até seis meses, ou seja, com metade da idade máxima definida pelo Projeto AMAMUNIC. Foram excluídas das análises todas as crianças que não nasceram em Ribeirão Preto; aquelas que nasceram no referido município em hospitais sem serviço de maternidade ou em unidades básicas de saúde; e aquelas sem informações sobre município e local de nascimento.

No Inquérito AMAMUNIC 2011 realizado no município de Ribeirão Preto, foram coletados dados de 1755 crianças menores de um ano. A amostra do presente estudo, composta por crianças elegíveis para compor a pesquisa, foi constituída por 916 crianças.

4.2 O MUNICÍPIO DE RIBEIRÃO PRETO

Como pode ser observado na Figura A, o Município de Ribeirão Preto situa-se na região Nordeste do Estado de São Paulo, a 313km da capital (PREFEITURA DA CIDADE DE RIBEIRÃO PRETO, 2012). Em 2010, a cidade possuía 614.759 habitantes, sendo 99,7% de área urbana (FUNDAÇÃO SEADE, 2012).

Figura A. Estado de São Paulo e localização da Capital e do Município de Ribeirão Preto. Fundação SEADE, 2010.

Em 2011, o número de nascidos vivos no município foi de 11790, sendo a quase totalidade (99,7%) de ocorrência hospitalar (SINASC, 2012). A taxa de mortalidade infantil em Ribeirão Preto, no ano de 2010, foi de 9,56 por mil nascidos vivos (FUNDAÇÃO SEADE, 2012).

Em Ribeirão Preto há sete hospitais com serviço de maternidade, sendo três deles HAC (DATASUS, 2011). As unidades de saúde totalizam 40, incluindo 30 unidades básicas de saúde (sendo 5 distritais), 2 centros de saúde escola, 1 centro médico social comunitário, 1 unidade de pronto atendimento médico e 6 unidades de saúde da família (PREFEITURA DA CIDADE DE RIBEIRÃO PRETO, 2012). Em 2011, 15 destas unidades básicas já haviam realizado a Oficina de Trabalho em Aleitamento Materno da Rede Amamenta Brasil^b.

4.3 COLETA DE DADOS

4.3.1 Primeira Etapa

Na primeira etapa do estudo foram coletadas informações com relação às práticas hospitalares de apoio ao aleitamento materno mediante entrevistas realizadas pela autora do projeto com o responsável pelo serviço de neonatologia de cada maternidade. Para tanto, foram obtidos dados referentes à implementação dos “Dez Passos...” da IHAC com o Instrumento de Auto-avaliação Hospitalar adaptado (Anexo 1). Este Instrumento foi desenvolvido para que estabelecimentos de saúde avaliem como suas práticas se relacionam aos “Dez Passos...” e, dessa forma, obtenham um diagnóstico das ações de incentivo à amamentação vigentes em cada local (UNICEF e OMS, 2009b). No presente estudo, a adaptação do Instrumento refere-se à utilização de uma parte do material, e não à modificação de seu conteúdo.

O uso do Instrumento de Auto-avaliação Hospitalar pode ser integrado a qualquer análise periódica de práticas de cuidados de saúde de modo a possibilitar a identificação antecipada de alguma deterioração nas práticas (UNICEF e OMS, 2009b), e já foi utilizado em outros estudos para avaliação destas práticas (CATTANEO e BUZZETTI, 2001; TOMA e MONTEIRO, 2001; ARAÚJO et al., 2003; ALMEIDA et al., 2008). Neste instrumento há um conjunto de perguntas para cada um dos “Dez Passos...”. O passo somente será considerado cumprido quando todas as perguntas referentes ao mesmo forem respondidas com “sim”.

Para determinar se a maternidade é pública ou privada, foi consultada a página eletrônica do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (DATASUS, 2011).

^b Informação fornecida pela Secretaria Municipal da Saúde de Ribeirão Preto.

- Treinamento para aplicação do Instrumento de Auto-avaliação Hospitalar

Anteriormente à realização da primeira etapa do estudo, a autora do projeto participou de um treinamento para aplicar o referido Instrumento. Este treinamento foi ministrado pela Doutora Keiko Miyasaki Teruya, pediatra do Hospital Guilherme Álvaro em Santos (SP) – hospital credenciado na IHAC desde 1994 – e avaliadora global de Hospitais Amigos da Criança pelo Ministério da Saúde.

Durante sua realização, foram discutidas, de forma minuciosa, todas as questões do Instrumento, para que as informações fossem obtidas fidedignamente. Posteriormente, realizou-se um pré-teste do Instrumento, onde a autora aplicou-o à enfermeira-chefe do Hospital Guilherme Álvaro.

A duração total do treinamento (incluindo a aplicação do Instrumento) foi de 2 horas.

4.3.2 Segunda Etapa

Na segunda etapa do estudo, as informações sobre o padrão de aleitamento materno, local de seguimento ambulatorial e características das crianças e de suas mães foram coletadas pelo Projeto AMAMUNIC em 2011, seis meses após a primeira etapa. As normas para o preenchimento do questionário seguiram o Manual do Entrevistador da “Avaliação de práticas alimentares no primeiro ano de vida em dias nacionais de vacinação” (INSTITUTO DE SAÚDE, 2010b).

- O Projeto Amamentação e Municípios (AMAMUNIC)

O AMAMUNIC foi criado em 1998 com o objetivo de disponibilizar aos gestores municipais uma ferramenta para diagnóstico e monitoramento da situação da amamentação, tendo em vista a discussão de estratégias para implementar políticas locais de promoção ao aleitamento materno. Desde então, são realizados levantamentos epidemiológicos anuais sobre amamentação e práticas de desmame nos municípios do Estado de São Paulo, no Dia Nacional de Vacinação (VENÂNCIO et al., 2010b). As vantagens em coletar dados durante a campanha de vacinação referem-se à agilidade na obtenção de informações e o custo relativamente menor em comparação a inquéritos domiciliares (SANTOS et al., 2008).

Entre os anos 1998 e 2008, 53,0% dos 645 municípios do Estado participaram do AMAMUNIC, sendo que a maioria destes participou duas ou mais vezes. Tem-se observado, neste período, expressiva melhora dos índices de amamentação exclusiva em diversos municípios participantes do Projeto (VENÂNCIO et al., 2010a; 2010b).

A adesão do município à proposta é espontânea; aqueles que optam por participar do AMAMUNIC recebem um treinamento para sua realização. As informações são coletadas por questionários (Anexo 2), aplicados às mães durante a campanha de vacinação, o qual inclui questões sobre o consumo alimentar nas últimas 24 horas das crianças. A Secretaria Municipal de Saúde é responsável pela digitação dos dados no software AMAMUNIC (VENÂNCIO et al., 2010b).

Considerando que o Instrumento de Auto-avaliação Hospitalar adaptado foi preenchido nos seis meses anteriores à realização do projeto AMAMUNIC, foi possível captar a situação de aleitamento materno das crianças menores de seis meses que nasceram ou receberam cuidados nos hospitais do município estudado e que, com isso, foram potencialmente expostas ao cumprimento dos “Dez Passos...”.

4.4 VARIÁVEIS DE ESTUDO

A variável resposta do presente estudo é o padrão de aleitamento materno dos recém-nascidos (exclusivo ou predominante). A classificação deste padrão será feita de acordo com a OMS (WHO, 2008) em:

Aleitamento Materno Exclusivo: a criança recebe apenas leite materno, de sua mãe ou leite materno ordenhado ou obtido por Banco de Leite Humano, e não recebe outros líquidos ou sólidos (com exceção de xaropes, medicamentos, suplementação vitamínica ou de minerais);

Aleitamento Materno Predominante: a criança recebe leite materno como fonte predominante de nutrição, mas pode receber água ou bebidas à base de água – como água ou chá –, ou, ainda, suco de frutas.

O fator de estudo corresponde às práticas hospitalares de apoio ao aleitamento materno e ao local de seguimento ambulatorial.

As variáveis do presente estudo e as respectivas categorizações são apresentadas no quadro a seguir.

Quadro A. Variáveis a serem estudadas.

		VARIÁVEL	CATEGORIAS
Desfecho	Padrão de alei- tamento materno	Exclusivo	Sim/ Não
		Predominante	Sim/ Não
Nível Individual (covariáveis)	Características das crianças	Idade da criança	Dias completos
		Sexo	Masculino Feminino
		Peso ao nascer	<2500 gramas 2500 gramas e mais
		Tipo de parto	Vaginal Cesárea
	Características das mães	Idade	<20 anos 20 -35 anos 35 anos e mais
		Paridade	Primípara Múltipara
		Situação de trabalho	Trabalha fora Não trabalha fora Licença maternidade
		Escolaridade	≤ 8 anos de estudo 9 -12 anos de estudo 12 anos de estudo e mais
Nível das Maternida- des (fator de estudo)	Características das maternidades e dos locais que realizam seguimento ambulatorial com relação às práticas de apoio pró- amamentação	Cumprimento dos 10 passos	Tercis
		Cumprimento do passo 1	Sim/ Não
		Cumprimento do passo 2	Sim/ Não
		Cumprimento do passo 3	Sim/ Não
		Cumprimento do passo 4	Sim/ Não
		Cumprimento do passo 5	Sim/ Não
		Cumprimento do passo 6	Sim/ Não
		Cumprimento do passo 7	Sim/ Não
		Cumprimento do passo 8	Sim/ Não
		Cumprimento do passo 9	Sim/ Não
	Cumprimento do passo 10	Sim/ Não	
Nível do seguimento ambulatorial	Local de acompanhamento ambulatorial	Privado Público não-Rede [#] Público da Rede [#]	

[#]“Público não-Rede”: locais públicos que não realizaram a Oficina de Trabalho em Aleitamento Materno;
“Público da Rede”: locais públicos que realizaram a Oficina de Trabalho em Aleitamento Materno.

4.5 ANÁLISE DOS RESULTADOS

Foi realizada análise descritiva (frequências, proporções e médias) de todas as variáveis estudadas. Inicialmente, a associação entre as variáveis independentes e cada variável resposta foi avaliada por análise bruta utilizando o teste de qui-quadrado. O efeito individualizado dos fatores de estudo sobre o padrão de aleitamento foi avaliado mediante análise de regressão de Poisson com variância robusta. A partir desta análise foram obtidos os valores de Razão de Prevalência (RP) brutos e seus respectivos intervalos com 95% de confiança (IC95%). Foi utilizada a regressão de Poisson com variância robusta para as estimativas pontuais e intervalares porque a regressão logística superestima as associações das variáveis independentes com o desfecho, considerando que os eventos estudados não são raros (BARROS e HIRAKATA, 2003; COUTINHO et al., 2008).

Foram realizadas análises em separado para cada desfecho: aleitamento materno exclusivo (sim e não) e aleitamento materno predominante (sim e não). No caso dos “Dez Passos...”, a análise de cada desfecho foi realizada em duas etapas: na primeira delas, foi estimada a influência de um escore de pontos que expressa o número de passos cumpridos por cada maternidade; para essa análise, considerou-se o cumprimento total dos passos em tercís. Na segunda etapa, estimou-se a influência do cumprimento de cada um dos “Dez Passos...”. A análise da influência do acompanhamento ambulatorial, em locais privados, em locais públicos que participaram da Oficina da Rede Amamenta Brasil e em locais públicos que não participaram da Oficina, foi realizada em separado.

Em todas as análises múltiplas foram incluídas como variáveis de ajuste as pertencentes ao nível individual que apresentaram $p < 0,20$ na análise bruta e que ao serem introduzidas no modelo múltiplo modificaram em mais de 10% a razão de prevalência do fator de estudo.

As variáveis que apresentam valores de RP entre zero e um devem ser interpretadas como fatores que diminuem a prevalência de estar em amamentação (exclusiva ou predominante), e aquelas com valores acima de um como fatores que aumentam a prevalência de cada desfecho estudado.

O *software* Stata/SE 11.1 foi utilizado em todas as etapas de análise. A significância da associação entre fator de estudo e desfecho foi considerada quando $p < 0,05$.

4.6 ASPECTOS ÉTICOS

Para o desenvolvimento da pesquisa foram considerados, em todas as suas etapas, os princípios éticos fundamentais que norteiam a pesquisa envolvendo seres humanos, descritos e estabelecidos pela Resolução CNS 196/96 e suas complementares. Este projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo (Anexo 4)^c e pela Secretaria Municipal da Saúde de Ribeirão Preto (Anexo 5).

Foi feito um primeiro contato com as maternidades via telefone, para verificação do atual gestor da unidade e para explicar a proposta do estudo. Após a confirmação de interesse em participar do estudo, foi agendada a entrevista com o médico responsável pelo serviço de neonatologia a ser entrevistado. A entrevista ocorreu após a leitura e o preenchimento do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo 6). A Secretaria Municipal da Saúde de Ribeirão Preto também recebeu um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo 7), correspondente à participação no Projeto AMAMUNIC.

O sigilo e confidencialidade dos dados das maternidades e das mães foram garantidos durante toda a execução do estudo. As informações coletadas na presente pesquisa foram e serão utilizadas apenas para fins científicos, sendo publicadas em revistas e divulgadas em eventos científicos.

^c O projeto foi submetido ao referido Comitê de Ética em período anterior à definição do município que seria estudado. Com a confirmação da participação de Ribeirão Preto no estudo, enviou-se um adendo ao Comitê com esta informação, o qual também foi aprovado (ambos os documentos encontram-se no Anexo 5).

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados e discussão desta dissertação serão apresentados no formato de artigo científico, de acordo com as “Diretrizes para outra forma de apresentação de Tese e Dissertação dos Programas de Pós Graduação da Faculdade de Saúde Pública da USP” (Deliberação da Comissão de Pós Graduação em sua sessão 9ª/2008, de 05/06/2008).

A presente dissertação resultou em dois artigos científicos. As figuras e tabelas referentes aos artigos são apresentadas após as referências de cada manuscrito.

Artigo 1: Influência das práticas de cuidados em maternidades no padrão de aleitamento materno: Município de Ribeirão Preto, SP, Brasil

Resumo

OBJETIVO. Avaliar a influência do apoio propiciado pelas maternidades sobre o padrão de aleitamento materno em crianças menores de seis meses no Município de Ribeirão Preto. **MÉTODOS.** Estudo transversal, onde foram avaliadas as maternidades do município estudado em relação ao cumprimento dos “Dez Passos para o Sucesso do Aleitamento Materno” e as crianças menores de seis meses com relação a informações sobre amamentação e demais características. Foram incluídas no estudo somente crianças que nasceram nas maternidades do município avaliado. **RESULTADOS.** Observa-se que a amamentação predominante tende a ser mais prevalente quanto maior o número de passos cumpridos pelas maternidades. As prevalências de amamentação exclusiva e predominante tendem a aumentar quando cada passo é cumprido. O passo relacionado a não oferecer bicos artificiais à crianças amamentadas associou-se à maior prevalência de amamentação exclusiva. Já o passo referente ao estabelecimento de grupos de apoio à amamentação esteve associado ao aumento da prevalência de aleitamento materno predominante. **CONCLUSÕES.** O cumprimento do maior número de passos, bem como o cumprimento de cada um deles, mostrou tendência ascendente da prevalência de aleitamento materno. As informações encontradas no presente estudo podem servir como subsídios para outras localidades com características semelhantes promoverem, protegerem e apoiarem o aleitamento, por meio de ações pró-amamentação realizadas em maternidades.

Palavras-chave: Maternidades; Aleitamento Materno; Crianças.

Article 1: Influency of maternal-care practices on predominant breastfeeding pattern: City of *Ribeirão Preto*, SP, Brazil

Abstract

OBJECTIVE. To evaluate the influence of support offered by maternities hospitals on breastfeeding pattern in children under six months in the city of *Ribeirão Preto*, SP, Brazil. **METHODS.** Cross-sectional study, where hospital maternities were evaluated about the compliance of “Ten Steps to Successful Breastfeeding” and the children under six months about breastfeeding and other characteristics. Only children who were birth in the evaluated city were included in the present study. **RESULTS.** The prevalence trend of predominant breastfeeding was higher when the number of met steps increased. The prevalence of exclusive and predominant breastfeeding trend to increase when each step was met. The step related to no offer artificial teats or pacifiers to breastfed children was associated to higher prevalence of exclusive breastfeeding. Yet, the step related to establishment breastfeeding support groups increased the prevalence of predominant breastfeeding. **CONCLUSIONS.** The compliance of higher number of steps, even the compliance of each one, showed ascendant trend on prevalence of breastfeeding. This prevalence was associated with the establishment of breastfeeding support groups. The results of the present study can be useful to other places promote, protect and support breastfeeding, by incentive actions realized by hospital maternities.

Key words: Hospitals, Maternity; Breast Feeding; Child.

O que se sabe sobre o assunto

As práticas hospitalares pró-amamentação despendidas pela Iniciativa Hospital Amigo da Criança vêm contribuindo para o aumento da prevalência do aleitamento materno no mundo todo, mas os estudos sobre como se dá essa influência ainda são escassos na literatura científica.

O que este estudo acrescenta

Este estudo avaliou a influência das práticas hospitalares pró-amamentação sobre o padrão de aleitamento materno até os seis meses de vida, a fim de fornecer subsídios para aprimorar as práticas de incentivo à amamentação propiciadas pelas maternidades do município estudado e de outras localidades.

Introdução

O aleitamento materno oferece inúmeros benefícios para a saúde da criança, sendo a melhor maneira de promover seu desenvolvimento integral (OMS, 2001; WHO, 2001). Nenhum outro alimento ou leite industrializado é capaz de oferecer ao lactente todos os ingredientes do leite materno, pois somente este alimento apresenta composição específica que se ajusta às suas necessidades nutricionais e limitações metabólicas e fisiológicas (WHO, 2001). Entretanto, a prática de amamentação no Brasil está aquém da recomendação da Organização Mundial da Saúde (OMS), no sentido de que o aleitamento materno deve ser exclusivo até os seis meses e complementado com outros alimentos até os dois anos de idade ou mais (WHO, 2001). São diversos os fatores que podem contribuir para a não amamentação, mas os cuidados prestados às mulheres e às crianças são fundamentais para seu sucesso. Por isso, a OMS e o UNICEF (Fundo das Nações Unidas para a Infância) idealizaram, em 1990, a Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC) – efetivamente iniciada em 1991 (VANNUCHI et al., 2004; UNICEF, 2012). Para que a maternidade seja credenciada como Hospital Amigo da Criança (HAC), precisa cumprir os “Dez Passos para o Sucesso do Aleitamento Materno” (OMS, 1989) (Quadro 1).

A Iniciativa visa enfrentar um dos principais fatores que contribuem para prejudicar o aleitamento materno: as práticas de saúde que interferem na

amamentação. Apesar das práticas inadequadas nas maternidades não serem consideradas as únicas responsáveis pela baixa prevalência de aleitamento materno (OMS, 2001), e da evidência que a IHAC contribui para o aumento constante da amamentação (REA, 2003), são escassos os estudos com o intuito de mostrar o impacto da IHAC sobre o início e duração do aleitamento materno em nível populacional (BRAUN et al., 2003; ARAÚJO e SCHMITZ, 2007a; LABBOK, 2007). Sendo assim, o objetivo deste estudo é avaliar a influência do apoio propiciado pelas maternidades sobre o padrão de aleitamento materno em crianças menores de seis meses no Município de Ribeirão Preto.

Métodos

Estudo transversal, realizado em duas etapas: na primeira (fevereiro/2011) foram avaliadas todas as maternidades localizadas no município de Ribeirão Preto em relação ao cumprimento dos “Dez Passos...”; para tanto, foram entrevistados os médicos responsáveis pelo serviço de neonatologia de cada hospital, utilizando parte do Instrumento de Auto-avaliação Hospitalar (UNICEF e OMS, 2009). Na segunda etapa (agosto/2011) foi realizado o Projeto Amamentação e Municípios (AMAMUNIC) 2011, para coletar informações sobre o padrão de aleitamento materno e características das crianças e de suas mães.

Considerando que o Instrumento de Auto-avaliação Hospitalar foi preenchido seis meses antes do AMAMUNIC, foi possível captar o padrão de aleitamento materno das crianças menores de seis meses que nasceram ou receberam cuidados nos hospitais do município estudado e que, com isso, foram potencialmente expostas ao cumprimento dos “Dez Passos...”.

Desde 1998, grande parte dos municípios do Estado de São Paulo possui informações acerca do perfil de amamentação de menores de um ano durante a Campanha Nacional de Vacinação contra a Poliomielite com a realização do AMAMUNIC (VENÂNCIO et al., 2010).

Todas as crianças menores de um ano são consideradas elegíveis para integrar o AMAMUNIC. No entanto, em municípios onde mais de 4000 crianças são vacinadas (caso de Ribeirão Preto), é necessário trabalhar com amostras. Os planos

amostrais são definidos por sorteio sistemático em dois estágios: no primeiro, são sorteados os postos de vacinação (conglomerados) e no segundo, são sorteadas as crianças em cada posto. A amostra desenvolvida é equiprobabilística, pois todas as crianças têm a mesma probabilidade de pertencer à amostra: postos maiores apresentam maior probabilidade de sorteio no primeiro estágio, e crianças dos postos menores, maior probabilidade de sorteio no segundo estágio (INSTITUTO DE SAÚDE, 2010).

No presente estudo, foram incluídas somente crianças menores de seis meses. Foram excluídas todas as crianças que não nasceram em Ribeirão Preto; que nasceram no município mas em hospitais sem serviço de maternidade ou outros locais; e aquelas sem informações sobre município e local de nascimento.

O município de Ribeirão Preto preencheu os dois critérios de inclusão para entrada no estudo: ter pelo menos um HAC e participar do AMAMUNIC 2011. A cidade está a 313km da capital (PREFEITURA DA CIDADE DE RIBEIRÃO PRETO, 2012). Em 2010, havia 614.759 habitantes no município, sendo 99,7% de área urbana; neste ano, a taxa de mortalidade infantil, em 2010, foi de 9,56 por mil nascidos vivos (FUNDAÇÃO SEADE, 2012). No ano de 2011, ocorreram 11.790 nascimentos vivos, quase todos (99,7%) de ocorrência hospitalar (SINASC, 2012).

Os desfechos do presente estudo são o aleitamento materno exclusivo (AME) – onde a criança recebe apenas leite materno, de sua mãe ou leite materno ordenhado ou obtido por Banco de Leite Humano, e não recebe outros líquidos ou sólidos (com exceção de xaropes, medicamentos, suplementação vitamínica ou de minerais) – e aleitamento materno predominante (AMP) – onde a criança recebe leite materno como fonte predominante de nutrição, mas pode receber água ou bebidas à base de água, como chá ou suco de frutas (WHO, 2008).

Para determinar se a maternidade é pública ou privada, foi consultada a página eletrônica do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (DATASUS, 2011). As covariáveis corresponderam às características das crianças e das mães. As das crianças foram: idade (em meses completos), sexo (masculino ou feminino), peso ao nascer ($<2500\text{g}$ ou $\geq 2500\text{g}$) e tipo de parto (vaginal ou cesárea). Das mães, foram: faixa etária (<20 anos, de 20 a 35 anos, ou 35 anos e mais), paridade (primípara ou múltipara), situação de trabalho (trabalha fora, não trabalha fora ou licença

maternidade) e escolaridade (≤ 8 anos de estudo, de 9 a 11 anos, ou ≥ 12 anos). O fator de estudo corresponde às práticas hospitalares de apoio ao aleitamento materno.

A associação entre variáveis independentes e desfecho (análise bruta) foi avaliada pelo teste de qui-quadrado. O efeito individualizado do fator de estudo sobre cada desfecho foi analisado por regressão múltipla de Poisson com variância robusta, obtendo-se os valores de Razão de Prevalências (RP) brutos e seus respectivos intervalos com 95% de confiança (IC95%). Foi utilizada a regressão de Poisson com variância robusta porque a regressão logística superestima as associações das variáveis independentes com o desfecho (BARROS e HIRAKATA, 2003).

A análise foi realizada de duas formas: primeiramente, foi estimada a influência do número total de passos cumpridos por cada maternidade; para essa análise, considerou-se o cumprimento dos passos em tercís. Posteriormente, estimou-se a influência do cumprimento de cada um dos “Dez Passos...”. Para a modelagem múltipla foram incluídas como variáveis de ajuste aquelas que apresentaram $p < 0,20$ na análise bruta e que ao serem introduzidas no modelo múltiplo modificaram em mais de 10% o coeficiente do fator de estudo. Foram realizados três modelos múltiplos: no Modelo 1, a influência dos passos foi controlada por idade da criança e faixa etária materna; no Modelo 2, foi incluída a escolaridade da mãe; e no Modelo 3 (realizado apenas para o desfecho AMP), adicionou-se a variável tipo de parto.

As variáveis que apresentam valores de RP entre zero e um devem ser interpretadas como fatores que diminuem a prevalência dos desfechos, e aquelas com valores acima de um como fatores que aumentam sua prevalência.

O *software* Stata/SE 11.1 foi utilizado em todas as etapas de análise. A significância da associação foi considerada quando $p < 0,05$.

Este projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética da Faculdade de Saúde Pública e pela Secretaria Municipal da Saúde de Ribeirão Preto. A entrevista com o médico de cada maternidade ocorreu após leitura e preenchimento do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. A Secretaria Municipal da Saúde de Ribeirão Preto também recebeu um Termo de Consentimento, referente à participação no AMAMUNIC.

Resultados

A população dos menores de um ano vacinados durante a Campanha de Vacinação foi composta por 6978 crianças. Destas, 1755 participaram do AMAMUNIC 2011. No presente estudo, foram incluídas as 916 crianças menores de seis meses.

Das sete maternidades do Município de Ribeirão Preto, três são públicas e estão credenciadas na IHAC (DATASUS, 2011). Estes locais, em 2011, foram responsáveis por 54,9% dos nascimentos vivos de ocorrência hospitalar (SINASC, 2012).

O escore de passos cumpridos por cada maternidade variou de 1 a 10, sendo que somente uma delas cumpriu todos os passos. Em média, foram cumpridos seis passos. Os HAC cumpriram, em média, oito passos; os não-HAC, apenas três passos.

A Figura 1 apresenta a distribuição de maternidades pertencentes ou não à IHAC segundo cumprimento de cada passo. Deve-se ressaltar que o passo 3 não se aplica em três das maternidades estudadas, pois só pode ser avaliado em locais que possuam serviço próprio de pré-natal ou clínica de pré-natal anexa ao hospital.

Quase todos os passos avaliados satisfatoriamente foram cumpridos pelos HAC; o passo 5 foi cumprido por duas das três maternidades da IHAC e por uma das maternidades não-HAC. Os passos 6, 7 e 8 foram cumpridos por seis maternidades; o passo 9 foi cumprido por quatro maternidades. Os demais passos foram cumpridos por apenas duas maternidades. Os passos 1, 2, 3, 4, 5 e 10 foram os menos cumpridos pelos HAC. É importante destacar que os passos 1, 2 e 4 foram cumpridos pelas mesmas maternidades; e que o mesmo aconteceu com os passos 6 e 8.

A prevalência de AME foi 33,2%, e de AMP foi 16,3%. O percentual de crianças que receberam leite materno nas últimas 24 horas foi de 82,8%. No primeiro dia em casa, 75,5% das crianças estavam em aleitamento materno exclusivo, e, no momento da entrevista, 70,9% usavam bicos artificiais (mamadeira, chuquinha ou chupeta). A maioria das crianças (57,6%) nasceu em HAC (dados não apresentados em tabelas).

A Tabela 1 mostra a caracterização da população estudada, a prevalência de AME e de AMP segundo tais características e os resultados da análise bruta. O

percentual de crianças que nasceram com baixo peso ao nascer foi de 8,7%. O parto cesárea predominou na população estudada (58,9%). A maior parte das mães (74,4%) encontrava-se na faixa etária entre 20 e 35 anos de idade. Houve discreto predomínio de primíparas e de mães que não trabalhavam fora (51,2% e 51,1%, respectivamente). A maioria das mulheres (54,6%) possuía entre 9 e 11 anos de estudo.

A prevalência de AME diminuiu com o aumento da idade da criança; porém, no caso do AMP, aumentou até os 4 meses, reduziu entre 4 e 5 meses e aumentou novamente no último período. Ser do sexo feminino e nascer com peso igual ou maior a 2500g apresentaram maiores valores de prevalência tanto para AME quanto para AMP. O AMP foi mais prevalente entre crianças que nasceram de parto vaginal, ao passo que, para AME, a prevalência não diferiu entre os tipos de parto. A multiparidade, a licença-maternidade, aumento da idade da mãe e maior escolaridade materna mostraram maiores prevalências para AME e menores para AMP.

A Tabela 2 mostra a prevalências de AME e AMP, o cumprimento dos “Dez Passos...” e os resultados da análise bruta. Verifica-se que houve mais crianças não expostas ao cumprimento dos passos 1, 2, 4 e 5. Também é possível verificar que, de modo geral, a prevalência de AME e de AMP tende a aumentar quando cada um dos passos é cumprido. Quando se realiza a análise por tercís, observa-se tendência de aumento de AMP quanto maior é o número de passos cumpridos. Porém, observou-se que nenhuma criança não-exposta ao cumprimento dos passos 6 e 8 estava em AMP no momento da entrevista; portanto, a influência de tais passos sobre este desfecho não pode ser estudada.

A Figura 2 apresenta a proporção de crianças expostas ao cumprimento de cada passo. Quase todas as crianças foram expostas aos passos 6, 7 e 8. Os passos com menor frequência de exposição foram 1, 2 e 4. Um quarto da população estudada foi exposta ao cumprimento de todos os passos.

Para o desfecho AME, as variáveis idade da criança, faixa etária materna e escolaridade da mãe atenderam aos critérios de entrada para incorporação no modelo múltiplo; no caso do AMP, as variáveis que atenderam a tais critérios foram idade da criança, faixa etária materna, escolaridade da mãe e tipo de parto.

A Tabela 3 mostra os resultados da análise múltipla. A prevalência de AME se elevou com o aumento no número de passos cumpridos, e na análise ajustada por idade da criança, faixa etária materna e escolaridade da mãe, essa elevação foi significativa quando os hospitais cumpriram de 5 a 8 passos. Para AMP, observou-se relação dose-resposta significativa de aumento da prevalência conforme aumenta o número de passos cumpridos na análise controlada por idade da criança e faixa etária materna ($p=0,001$), e a significância se mantém quando escolaridade materna é acrescentada ao modelo ($p=0,012$). Ao adicionar tipo de parto, a significância torna-se discretamente superior ao nível crítico ($p=0,057$), mas a mesma tendência de aumento é observada.

Em relação a cada um dos “Dez Passos...”, o cumprimento do passo 9 foi associado ao aumento significativo da prevalência de AME na análise ajustada por idade da criança, faixa etária materna e escolaridade da mãe. No caso do AMP, verificou-se que o cumprimento dos passos 1, 2, 4, 5, 9 e 10 associou-se à elevação da prevalência quando a análise foi controlada por idade da criança e faixa etária materna. Ao se inserir a variável escolaridade materna, somente o cumprimento do passo 10 apresentou significância com aumento do AMP, e esta significância se manteve quando tipo de parto foi acrescentado no modelo.

Discussão

No presente estudo, observou-se que a prevalência de AME foi maior quando mais passos foram cumpridos, e mostrou-se significativa quando os hospitais cumprem de 5 a 8 passos. Constatou-se que a prevalência de AMP em menores de seis meses apresenta relação dose-resposta com a elevação do número de passos cumpridos pelas maternidades, mesmo após controle estatístico por idade da criança, faixa etária materna e escolaridade da mãe. Este aumento apresenta significância discretamente superior ao nível crítico quando se inclui tipo de parto no modelo, mas a tendência ascendente é mantida.

No entanto, apenas um quarto das crianças foi exposta ao cumprimento de todos os passos. A literatura mostra que a duração do aleitamento materno apresenta associação positiva com o número total de passos cumpridos pelas maternidades

(CATTANEO e BUZZETTI, 2001; CHIEN et al., 2007; ABRAHAMS e LABBOK, 2009) bem como com o cumprimento de determinados passos, como os de número 4, 6, e 9 (DIGIROLAMO et al., 2008), e do número 8 (MERTEN et al., 2005; CASÁS, 2008).

Não foi identificada na literatura associação entre cumprimento dos “Dez passos...” e AME (CATTANEO e BUZZETTI, 2001; MERTEN et al., 2005; CHIEN et al., 2007). Entretanto, estudo realizado em 64 municípios do Brasil mostrou que crianças que nasceram em HAC apresentaram aumento de 13% na razão de prevalência de estar em AME até os dois meses de vida (VENÂNCIO et al., 2011).

Não vivenciar nenhum dos “Dez Passos...” pode aumentar em mais de sete vezes a chance de interrupção precoce de amamentação (DIGIROLAMO et al., 2008). Estudo que examinou a associação entre número de passos vivenciados por mães e aleitamento materno (CHIEN et al., 2007) constatou que apenas 1,0% delas foram expostas a todos os passos da IHAC, e que a prevalência de aleitamento materno aumentou com a elevação do número de práticas vivenciadas, mesmo após controle dos fatores de confusão. Na Itália, após treinamento para que hospitais se credenciassem na IHAC, não foi encontrada associação com o cumprimento dos passos analisados (4, 5, 6, 7, 8 e 9) e melhora da prevalência de amamentação aos seis meses (CATTANEO e BUZZETTI, 2001).

Outros trabalhos encontraram resultados semelhantes aos do presente estudo: na análise do cumprimento dos “Dez Passos...”, observou-se que o cumprimento de todos os passos foi melhor nas maternidades públicas (TOMA e MONTEIRO, 2001) e naquelas credenciadas na IHAC (CHIEN et al., 2007). Em Ribeirão Preto, todas as maternidades públicas são HAC. É plausível supor algumas dificuldades encontradas pelas maternidades privadas para se tornarem HAC: apresentar taxa de cesariana em conformidade com o estabelecido por gestor municipal, ou pelo menos apresentar redução dessas taxas no último ano, é um critério adicional adotado pelo Brasil para que hospitais sejam credenciados na IHAC (BRASIL, 2011), e muitos estabelecimentos não conseguem adotar medidas para reduzir tais taxas. Ainda, a alta rotatividade de funcionários e exigência de procedimentos específicos por parte dos convênios podem prejudicar a articulação de informações no trabalho e levar cada

profissional a adotar estratégias específicas em sua rotina, incluindo a oferta de orientações diferenciadas às mães internadas, nem sempre a favor da amamentação.

Estudo realizado no município de São Paulo constatou que o passo 5 apresentou melhores frequências de cumprimento nos hospitais privados (TOMA e MONTEIRO, 2001). No presente estudo, dentre as três maternidades públicas, uma não cumpriu o passo 5, ao passo que uma das privadas o cumpriu. Este passo apresentou aumento significativo da prevalência de AMP até os seis meses após ajuste por idade da criança e faixa etária materna. É fundamental mostrar às mães como amamentar e como manter a lactação em diversas situações que ela pode enfrentar, a fim de garantir que o lactente receba leite materno mesmo nestes momentos e que a amamentação seja uma experiência exitosa a longo prazo (OMS, 2001).

Todavia, estudo realizado em Taiwan (CHIEN et al., 2007) obteve resultados ligeiramente diferentes: os passos 1, 2, 3 e 5 apresentaram melhores índices de cumprimento, e o passo 4 foi um dos menos cumpridos. O baixo cumprimento do passo 4 pode indicar pouco reconhecimento à importância de colocar o recém-nascido em contato pele a pele com a mãe logo após o parto, pois mesmo nos partos cesáreos esse contato pode ocorrer se a equipe estiver bem treinada e sensibilizada (ARAÚJO e SCHMITZ, 2007a) – o que está diretamente relacionado ao passo 2. Esta relação entre os passos 4 e 2 também pode ser estendida ao passo 1, pois o treinamento da equipe hospitalar é prejudicado quando não há uma norma sobre amamentação nas maternidades (UNICEF e OMS, 2009). Ademais, treinar a equipe é essencial para que todos os passos sejam cumpridos na íntegra, e somente profissionais treinados podem oferecer às mães o apoio e a orientação efetivos para o sucesso da amamentação (ALMEIDA et al., 2008). Destaca-se que estes passos (1, 2 e 4) foram cumpridos pelas mesmas maternidades de Ribeirão Preto, e que os três mostraram-se associados ao aumento da prevalência de AMP na análise ajustada por idade da criança e faixa etária materna.

O cumprimento do passo 3 foi avaliado em quatro maternidades, e constatou-se que duas o cumpriram. É importante destacar que o incentivo à amamentação deve se iniciar ainda no pré-natal, o que pode ser decisivo para sua manutenção (SILVEIRA et al., 2008). Embora este passo não tenha se associado a maior

prevalência de AME nem de AMP entre os menores de seis meses, mostrou que tende a aumentar essa prevalência, reforçando a importância de seu cumprimento pelas maternidades, independente de seu credenciamento na IHAC.

Estudo realizado em Salvador (Brasil) encontrou que, dentre os HAC, os passos 6, 7 e 9 foram os mais cumpridos (ORTIZ et al., 2011). Estudo sobre cumprimento dos “Dez Passos...” pelos HAC do Sudeste do Brasil mostrou que os passos 6 a 9 foram os mais cumpridos (ARAÚJO e SCHMITZ, 2007b). Os achados são semelhantes aos do presente estudo: os passos 6, 7, 8 e 9 foram os mais cumpridos pelos HAC. O elevado cumprimento do passo 6 indica que a maioria das maternidades não aceita doação de substitutos do leite materno por empresas alimentícias (ARAÚJO et al., 2003), tornando o ambiente hospitalar favorável à amamentação – sobretudo com o alto cumprimento dos passos 7 e 8, pois o alojamento conjunto e a amamentação sob livre demanda estão fortemente relacionados: a amamentação sem horários pré-estabelecidos é viável quando mãe e filho permanecem juntos 24 horas por dia (OMS, 2001).

No presente estudo, os passos 6 e 8 apresentaram tendência em elevar a prevalência de AME. Porém, não foi possível detectar sua influência na prevalência de AMP. É provável que isso tenha ocorrido pelo fato de todas as crianças em AMP terem sido expostas ao cumprimento destes passos, o que superestimou os valores de RP a níveis irreais. Ainda, o passo 7 foi o único que mostrou tendência a diminuição das prevalências estudadas – embora essa redução não tenha alcançado significância estatística. Não foram encontradas explicações plausíveis para tal achado; possivelmente, algumas particularidades da população estudada que não foram exploradas poderiam elucidar o resultado encontrado.

Das sete maternidades estudadas, quatro cumpriram o passo 9, e todos os HAC do município apresentaram cumprimento do passo. Este passo apresentou aumento significativo da prevalência de AME quando a análise foi ajustada pelas variáveis de confusão idade da criança, faixa etária materna e escolaridade da mãe.

O uso de bicos artificiais está associado à interrupção precoce do AME (LAMOUNIER, 2003; PARIZOTO et al., 2009). Estudo realizado no município de Bauru, interior do Estado de São Paulo, mostrou que crianças que usavam chupeta apresentaram o dobro de chance de não estarem em AME aos 6 meses de vida

(PARIZOTO et al., 2009). O uso de chupetas ocorre, principalmente, para acalmar recém-nascidos em diversas situações; e o uso de mamadeiras pode ser considerado o principal método alternativo para alimentação do recém-nascido quando a amamentação não ocorre (OMS, 2001; LAMOUNIER, 2003).

A utilização de bicos artificiais em maternidades leva a crer que profissionais da saúde os consideram seguros e torna pais mais propensos a continuarem ou mesmo iniciarem seu uso (OMS, 2001). Com isso, as mães podem ficar mais susceptíveis a esse comportamento posteriormente (ALMEIDA et al., 2008). A associação observada entre o cumprimento do passo 9 e o aumento na prevalência de AME mostra a importância de não se incentivar o uso de bicos artificiais para o sucesso da amamentação.

No entanto, o fato de apenas duas maternidades cumprirem o passo 10 é preocupante, pois encorajar o estabelecimento de grupos de apoio à amamentação possibilita apoio contínuo às lactantes, ampliando o incentivo deste ato para além do período de internação hospitalar (OMS, 2001; BRAUN et al., 2003; ALMEIDA et al., 2008). No presente estudo, este passo aumentou a prevalência de AMP significativamente quando a análise foi ajustada por todas as variáveis de confusão.

Pode-se dizer que o passo 10 é o único que não está diretamente relacionado à esfera hospitalar das maternidades, por referir-se ao estabelecimento de grupos de apoio à amamentação para os quais as mães devem ser encaminhadas após a alta do hospital. Como esse passo representa a continuidade das ações implantadas pela IHAC ao nível das maternidades, esperava-se que apresentasse associação com pelo menos um dos desfechos estudados. O fato de este passo ter se associado ao AMP, onde as crianças recebem leite materno como fonte predominante de nutrição e não são alimentadas com outros tipos de leite, mostra a importância de tais grupos de apoio na contribuição para a melhora nas prevalências de aleitamento materno.

Entretanto, é importante destacar que as maternidades não devem cumprir apenas os passos 9 e 10 para que as prevalências de amamentação de sua região melhorem. Apesar das associações encontradas, cumprir todos os passos da IHAC simultaneamente é mais efetivo para melhora dos indicadores de amamentação do que cumprir apenas alguns deles (DIGIROLAMO et al., 2008).

No presente estudo, a prevalência de AME aumentou com o aumento da idade e da escolaridade maternas, e foi maior entre as múltiparas e as mães em licença-maternidade, o que está de acordo com a literatura (VENÂNCIO et al., 2002; VENÂNCIO e MONTEIRO, 2006). No entanto, o contrário foi observado em relação ao AMP. É plausível supor que tais características estejam associadas positivamente somente com a prevalência de AME, e mostrem associação negativa com as prevalências de AMP.

No tocante a limitações metodológicas, o cumprimento dos “Dez Passos...” foi avaliado entrevistando somente um profissional de cada maternidade. Entretanto, este profissional é o médico responsável pelo serviço de neonatologia, e presumiu-se que este seria o profissional mais indicado para relatar quais passos eram cumpridos. Estudo comparativo entre enfermeiros e médicos sobre conhecimento dos “Dez Passos...” constatou que médicos apresentaram conhecimentos ligeiramente superiores aos dos enfermeiros (NIGAM et al., 2010). Ademais, não foram coletadas algumas informações que poderiam complementar os achados, como outras ações pró-amamentação praticadas pelas maternidades, intenção da mãe de amamentar, experiências prévias com amamentação, características das crianças que poderiam dificultar o aleitamento materno (como prematuridade), etc. Ainda assim, foi possível observar que o número de ações pró-amamentação despendidas pelas maternidades estudadas influencia positivamente as prevalências de AME e de AMP.

Conclusões

A prevalência de AME aumentou quando os hospitais cumpriram mais passos, e a de AMP mostrou tendência a aumento quanto maior o número de passos cumpridos. Na análise em separado para cada passo, observou-se que o cumprimento de cada um também tende a aumentar essas prevalências. Não oferecer bicos artificiais e estabelecer grupos de apoio à amamentação para onde as mães são encaminhadas após a alta hospitalar, mostraram, respectivamente, associação positiva com a prevalência de AME e de AMP no município de Ribeirão Preto.

As informações encontradas no presente estudo podem servir como subsídios para outras localidades com características semelhantes promoverem, protegerem e

apoiarem o aleitamento materno, por meio de ações pró-amamentação despendidas por maternidades. Faz-se necessário incentivar constantemente a implementação e a avaliação de tais ações nesses locais, para o estímulo contínuo da melhora da prevalência de aleitamento materno.

Referências

Abrahams SW, Labbok MH. Exploring the impact of the Baby-Friendly Hospital Initiative on trends in exclusive breastfeeding. *Int Breastfeed J*. 2009; 4:11. 6p.

Almeida GG, Spiri WC, Juliani CMC, Paiva BSR. Proteção, promoção e apoio ao aleitamento materno em um hospital universitário. *Ciênc. Saúde Coletiva*. 2008; 13(2): 487-94.

Araújo MFM, Otto AFN, Schmitz BAS. Primeira avaliação do cumprimento dos “Dez Passos para o Sucesso do Aleitamento Materno” nos Hospitais Amigos da Criança do Brasil. *Rev Bras Saúde Matern Infant*. 2003; 3(4): 411-9.

Araújo MFM, Schmitz BAS. Doze anos de evolução da Iniciativa Hospital Amigo da Criança no Brasil. *Rev Panam Salud Pública*. 2007a; 22(2): 91-9.

Araújo MFM, Schmitz BAS. Reassessment of baby-friendly hospitals in Brazil. *J Hum Lact*. 2007b; 23(3): 246-52.

Barros AJD, Hirakata VN. Alternatives for logistic regression in cross-sectional studies: an empirical comparison of models that directly estimate the prevalence ratio. *BMC Med Res Methodol*. 2003; 3:21. 13p.

Braun MLG, Giugliani ERJ, Soares MEM, Giugliani C, Oliveira AP, Danelon CMM. Evaluation of the impact of the Baby-Friendly Hospital Initiative on rates of breastfeeding. *Am J Public Health*. 2003; 93(8): 1277-9.

Casás SI. Lactancia materna en un hospital comarcal: factores socioculturales y sanitarios que pueden influir en su elección y mantenimiento. *Enferm Clin*. 2008; 18(3): 142-6.

Cattaneo A, Buzzetti R. Effect on rates of breast feeding of training for the Baby Friendly Hospital Initiative. *BMJ*. 2001; 323 (7325): 1358-62.

Chien LY, Tai CJ, Chu KH, Ko YL, Chiu YC. The number of Baby Friendly hospital practices experienced by mothers is positively associated with breastfeeding: a questionnaire survey. *Int J Nurs Stud*. 2007; 44(7): 1138-46.

DATASUS – Banco de Dados do sistema Único de Saúde [homepage na internet]. Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde. 2011 [acesso em 16 fev 2011]. Disponível em: <http://cnes.datasus.gov.br>.

DiGirolamo AM, Grummer-Strawn LM, Fein SB. Effect of maternity-care practices on breastfeeding. *Pediatrics*. 2008; 122(2 Supl): 43-9.

Fundação SEADE – Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados [homepage na internet]. Perfil Municipal de Ribeirão Preto. 2012 [acesso em 13 fev 2012]. Disponível em: <http://www.seade.gov.br/produtos/perfil/perfil.php>.

Instituto de Saúde. Avaliação de práticas alimentares no primeiro ano de vida em dias nacionais de vacinação: Manual do Coordenador Municipal. Instituto de Saúde/SES/ SP. São Paulo; 2010.

Labbok MH. Aleitamento materno e a Iniciativa Hospital Amigo da Criança: mais importante e com mais evidências do que nunca. *J Pediatr (Rio J)*. 2007; 83(2): 99-101.

Lamounier, JA. O efeito de bicos e chupetas no aleitamento materno. *Jornal de Pediatria*. 2003;79 (4): 284-286.

Merten S, Dratva J, Ackermann-Liebrich U. Do Baby-Friendly Hospitals influence breastfeeding duration on a national level? *Pediatrics*. 2005; 116(5): 702-8.

Nigam R, Nigam M, Wavre RR, Deshpande A, Chandorkar RK. Breastfeeding practices in Baby Friendly Hospitals of Indore. *Indian J Pediatr*. 2010; 77(6): 689-90.

OMS – Organização Mundial da Saúde. Promoção, Proteção e Apoio ao Aleitamento Materno: o papel especial dos serviços materno-infantis. Genebra; 1989.

OMS – Organização Mundial da Saúde. Evidências científicas dos dez passos para o sucesso no aleitamento materno. Brasília (DF); 2001.

Ortiz PN, Rolim RB, Souza MFL, Soares PL, Vieira TO, Vieira GO, et al. Comparing breast feeding practices in Baby Friendly and non-accredited hospitals in Salvador, Bahia. *Rev Bras Saúde Matern Infant*. 2011; 11(4):405-13.

Parizoto GM, Parada CMGL, Venâncio SI, Carvalhaes MABL. Tendência e determinantes do aleitamento materno em crianças menores de 6 meses. *J Pediatr (Rio J)*. 2009; 85(3): 201-208.

Prefeitura da Cidade de Ribeirão Preto [homepage na internet]. 2012 [acesso em 13 fev 2012]. Disponível em: <http://www.ribeiraopreto.sp.gov.br>.

Rea MF. Reflexões sobre a amamentação no Brasil: de como passamos a 10 meses de duração. *Cad Saúde Publica*. 2003; 19(1 Supl): 37-45.

Silveira RB, Albernaz E, Zuccheto LM. Fatores associados ao início da amamentação em uma cidade do sul do Brasil. *Rev Bras Saúde Matern Infant*. 2008; 8(1): 35-43.

SINASC - Sistema de Informações de Nascidos Vivos [homepage na internet]. Nascidos Vivos - Ribeirão Preto (SP). 2012 [acesso em 13 fev 2012]. Disponível em: <http://www.ribeiraopreto.sp.gov.br/ssauade/vigilancia/vigep/tabnet/i16nascidos.php>.

Toma TS, Monteiro CA. Avaliação da promoção do aleitamento materno nas maternidades públicas e privadas do Município de São Paulo. *Rev Saúde Pública*. 2001; 35(5): 409-14.

UNICEF e OMS - Fundo das Nações Unidas para a Infância e Organização Mundial da Saúde. Iniciativa Hospital Amigo da Criança: revista, atualizada e ampliada para o cuidado integrado. Módulo 4 - Autoavaliação e monitoramento do hospital. Brasília (DF); 2009.

UNICEF - Fundo das Nações Unidas para a Infância [homepage na internet]. Iniciativa Hospital Amigo da Criança. 2012 [acesso em 16 fev 2012]. Disponível em: http://www.unicef.org/brazil/pt/activities_9994.htm.

Vannuchi MTO, Monteiro CA, Rea MF, Andrade SM, Matsuo T. Iniciativa Hospital Amigo da Criança e aleitamento materno em unidade de neonatologia. *Rev Saúde Pública*. 2004; 38(3): 422-8.

Venâncio SI, Escuder MML, Kitoko P, Rea MF, Monteiro CA. Frequência e determinantes do aleitamento materno em municípios do Estado de São Paulo. *Rev Saúde Pública*. 2002; 36(3): 313-8.

Venâncio SI, Monteiro CA. Individual and contextual determinants of exclusive breast-feeding in São Paulo, Brazil: a multilevel analysis. *Public Health Nutr*. 2006; 9(1): 40-6.

Venâncio SI, Saldiva SRDM, Castro ALS, Gouveia AGC, Santana AC, Pinto JCC, et al. Projeto Amamentação e Municípios: a trajetória de implantação de uma estratégia para a avaliação e monitoramento das práticas de alimentação infantil no Estado de São Paulo, no período de 1998-2008. *BEPA – Boletim Epidemiológico Paulista*. 2010; 7(83): 4-15.

WHO – World Health Organization. The optimal duration of exclusive breastfeeding: a systematic review. Geneva; 2001.

WHO – World Health Organization. Indicators for assessing infant and young child feeding practices: conclusions of a consensus meeting held 6–8 November 2007. Washington (D.C.); 2008.

QUADROS, TABELAS E FIGURAS DO ARTIGO 1:

Quadro 1. Os “Dez Passos para o Sucesso do Aleitamento Materno”.

1. Ter uma norma escrita sobre aleitamento materno, que deve ser rotineiramente transmitida a toda a equipe do serviço.
2. Treinar toda a equipe, capacitando-a para implementar essa norma.
3. Informar todas as gestantes atendidas sobre as vantagens e o manejo da amamentação.
4. Ajudar a mãe a iniciar a amamentação na primeira meia hora após o parto.
5. Mostrar às mães como amamentar e como manter a lactação, mesmo se vierem a ser separadas de seus filhos.
6. Não dar ao recém-nascido nenhum outro alimento ou bebida além do leite materno, a não ser que tenha indicação clínica.
7. Praticar o alojamento conjunto – permitir que mães e bebês permaneçam juntos 24 horas por dia.
8. Encorajar a amamentação sob livre demanda.
9. Não dar bicos artificiais ou chupetas a crianças amamentadas.
10. Encorajar o estabelecimento de grupos de apoio à amamentação, para onde as mães devem ser encaminhadas por ocasião da alta hospitalar.

Tabela 1. Proporção de crianças em AME e em AMP e respectivas RP e IC95% segundo características das crianças e das mães. Município de Ribeirão Preto, 2011.

Variável	N	AME (%)	RP (IC95%)	p	AMP (%)	RP (IC95%)	p
<i>Faixa etária da criança</i>				<0,001[¶]			0,093[¶]
>1 mês	123	62,2	1		8,5	1	
1 -2 meses	135	45,5	0,73 (0,58;0,92)		14,4	1,70 (0,78;3,68)	
2 -3 meses	152	38,1	0,61 (0,48;0,79)		17,7	2,08 (0,99;4,34)	
3 -4 meses	185	28,7	0,46 (0,35;0,60)		25,6	3,01 (1,51;5,99)	
4 -5 meses	161	23,6	0,38 (0,28;0,52)		12,6	1,49 (0,67;3,29)	
5 -6 meses	160	11,5	0,18 (0,12;0,29)		16,2	1,91 (0,85;4,30)	
<i>Sexo</i>				0,358			0,108
Masculino	474	31,8	1		14,0	1	
Feminino	442	34,7	1,09 (0,91;1,31)		18,6	1,33 (0,94;1,39)	
<i>Peso ao nascer</i>				0,158			0,326
<2500g	78	26,0	1		11,9	1	
2500g e mais	817	34,1	1,32 (0,90;1,95)		16,8	1,40 (0,71;2,76)	

Tipo de parto				0,992			
Cesárea	540	33,2	1		12,2	1	0,001
Vaginal	376	33,2	1,00 (0,91;1,10)		22,5	1,84 (1,31;2,61)	
Faixa etária materna							
<20 anos	103	22,6	1	0,044[¶]	34,8	1	0,002[¶]
20 -35 anos	188	37,3	1,65 (1,14;2,40)		14,6	0,42 (0,28;0,62)	
35 anos e mais	105	35,3	1,57 (1,00;2,44)		13,3	0,38 (0,20;0,72)	
Paridade				0,001			0,701
Primípara	415	29,6	1		17,3	1	
Múltipara	398	40,9	1,38 (1,14;1,68)		16,2	0,93 (0,65;1,34)	
Situação de trabalho				<0,001[¶]			0,536 [¶]
Trabalha fora	163	23,5	1		15,5	1	
Não trabalha fora	415	35,5	1,52 (1,12;2,06)		18,9	1,22 (0,74;2,01)	
Licença maternidade	234	42,5	1,81 (1,32;2,49)		13,4	0,90 (0,51;1,59)	
Escolaridade				0,106[¶]			0,001[¶]
≤ 8 anos de estudo	189	32,0	1		25,4	1	
9 -12 anos de estudo	444	34,5	1,08 (0,84;1,38)		16,6	0,65 (0,44;0,96)	
12 anos de estudo e mais	181	40,2	1,26 (0,95;1,66)		9,7	0,38 (0,21;0,68)	

Em negrito: $p < 0,20$

[¶] p de tendência linear.

Tabela 2. Proporção de crianças em AME e em AMP e respectivas RP e IC95% segundo cumprimento dos “Dez Passos...”. Município de Ribeirão Preto, 2011.

Variável	N	AME (%)	RP (IC95%)	p	AMP (%)	RP (IC95%)	p
<i>Passos (tercis)</i>				0,822 [¶]			<0,001[¶]
1 a 4	371	32,3	1		10,1	1	
5 a 8	315	34,5	1,07 (0,86;1,32)		18,8	1,87 (1,19;2,92)	
10	230	32,9	1,02 (0,80;1,29)		23,5	2,32 (1,49;3,65)	
<i>Passo 1[§]</i>				0,621			0,011
Não	563	32,6	1		13,4	1	
Sim	353	34,2	1,05 (0,87;1,27)		20,9	1,56 (1,11;2,20)	
<i>Passo 3*</i>				0,527			0,165
Não	140	36,0	1		15,8	1	
Sim	405	33,1	0,92 (0,70;1,20)		22,6	1,43 (0,86;2,35)	
<i>Passo 5</i>				0,657			0,016
Não	546	32,7	1		13,4	1	
Sim	370	34,1	1,04 (0,86;1,26)		20,5	1,53 (1,08;2,16)	
<i>Passo 6[†]</i>				0,388			---
Não	14	21,4	1		0,0	---	
Sim	902	33,4	1,56 (0,57;4,27)		16,5	---	
<i>Passo 7</i>				0,113			0,971
Não	38	44,4	1		16,0	1	
Sim	878	32,8	0,74 (0,51;1,08)		16,3	1,02 (0,41;2,54)	
<i>Passo 9</i>				0,639			<0,001
Não	371	32,3	1		10,1	1	
Sim	545	33,8	1,05 (0,87;1,27)		20,8	2,06 (1,38;3,09)	
<i>Passo 10</i>				0,936			<0,001
Não	511	33,3	1		11,6	1	
Sim	405	33,1	0,99 (0,82;1,20)		22,6	1,95 (1,37;2,77)	

[§] Os resultados para o Passo 1 são os mesmos para os Passos 2 e 4.

* Em 3 hospitais, o cumprimento do passo “não se aplica”.

[†] Os resultados para o Passo 6 são os mesmos para o Passo 8. Tais passos não puderam ser avaliados para o desfecho AMP pela baixa frequência de AMP em crianças não-expostas ao cumprimento dos passos 6 e 8 no momento da entrevista.

[¶] p de tendência linear.

Em negrito e itálico: $p < 0,05$.

Tabela 3. Razões de Prevalência ajustadas segundo cumprimento dos “Dez Passos...”. Município de Ribeirão Preto, 2011.

Variável	AME		AMP		
	Modelo 1 ^a RP (IC95%)	Modelo 2 ^b RP (IC95%)	Modelo 1 ^a RP (IC95%)	Modelo 2 ^b RP (IC95%)	Modelo 3 ^c RP (IC95%)
<i>Passos (tercis)</i>	<i>p=0,424</i>	<i>p=0,101</i>	<i>p=0,001</i>	<i>p=0,012</i>	<i>p=0,057</i>
1 a 4	1	1	1	1	1
5 a 8	1,18 (0,96;1,45)	1,30 (1,05;1,61)	1,61 (1,01;2,58)	1,38 (0,82;2,32)	1,27 (0,72;2,25)
10	1,07 (0,85;1,35)	1,20 (0,94;1,54)	2,21 (1,39;3,50)	1,88 (1,12;3,15)	1,71 (0,94;3,11)
<i>Passo 1[§]</i>					
Não	1	1	1	1	1
Sim	1,05 (0,87;1,26)	1,10 (0,91;1,34)	1,49 (1,05;2,11)	1,30 (0,89;1,90)	1,19 (0,80;1,79)
<i>Passo 3*</i>					
Não	1	1	1	1	1
Sim	0,97 (0,76;1,25)	1,00 (0,77;1,30)	1,53 (0,89;2,63)	1,51 (0,88;2,59)	1,49 (0,87;2,55)
<i>Passo 5</i>					
Não	1	1	1	1	1
Sim	1,04 (0,87;1,25)	1,09 (0,91;1,32)	1,47 (1,03;2,09)	1,30 (0,89;1,88)	1,20 (0,80;1,78)
<i>Passo 6</i>					
Não	1	1	---	---	---
Sim	1,20 (0,52;2,75)	1,26 (0,55;2,88)	---	---	---
<i>Passo 7</i>					
Não	1	1	1	1	1
Sim	0,77 (0,53;1,11)	0,80 (0,56;1,16)	0,82 (0,32;2,07)	0,68 (0,27;1,70)	0,66 (0,26;1,66)
<i>Passo 9</i>					
Não	1	1	1	1	1
Sim	1,14 (0,94;1,36)	1,26 (1,04;1,54)	1,87 (1,23;2,85)	1,59 (0,99;2,54)	1,43 (0,84;2,45)
<i>Passo 10</i>					
Não	1	1	1	1	1
Sim	1,08 (0,90;1,29)	1,18 (0,96;1,44)	1,89 (1,29;2,76)	1,65 (1,11;2,47)	1,55 (1,01;2,39)

[§] Os resultados para o Passo 1 são os mesmos para os Passos 2 e 4.

*Em 3 hospitais, o cumprimento do passo “não se aplica”.

^a Modelo 1: controle por idade da criança + faixa etária materna

^b Modelo 2: Modelo 1 + escolaridade materna

^c Modelo 3: Modelo 2 + tipo de parto

Em negrito e itálico: p<0,05.

* Em 3 hospitais, o cumprimento do passo 3 “não se aplica”.

Figura 1. Distribuição (n) das maternidades com e sem título de HAC segundo cumprimento de cada passo. Município de Ribeirão Preto, 2011.

* Em 3 hospitais, o cumprimento do passo 3 “não se aplica”.

Figura 2. Proporção (%) de crianças expostas ao cumprimento de cada passo. Município de Ribeirão Preto, 2011.

Artigo 2: Influência da Rede Amamenta Brasil sobre o padrão de aleitamento materno: município de Ribeirão Preto, SP, Brasil

Resumo

A Rede Amamenta Brasil tem a atenção básica como foco da promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno no âmbito do Sistema Único de Saúde. O objetivo deste estudo é avaliar a influência do apoio propiciado pelos locais onde crianças realizam o acompanhamento ambulatorial sobre o padrão de aleitamento materno em crianças menores de seis meses no Município de Ribeirão Preto, SP. Estudo transversal, onde foram avaliadas crianças menores de seis meses com relação a informações sobre aleitamento materno e demais características durante a Campanha Nacional de Vacinação. A prevalência de amamentação exclusiva foi significativamente maior (RP=1,41 e IC=1,01;1,95) entre as crianças que realizam seguimento ambulatorial em locais que realizaram a Oficina de Trabalho em Aleitamento Materno da Rede Amamenta Brasil, mesmo após ajuste por variáveis de confusão. Faz-se necessário incentivar constantemente a implementação e a avaliação de ações pró-amamentação em locais onde são realizados os seguimentos ambulatoriais, para o estímulo contínuo na melhoria das prevalências de amamentação.

Palavras-chave: Centros de Saúde; Aleitamento Materno; Saúde Pública.

Article 2: Influeny of the *Rede Amamenta Brasil* on breastfeeding pattern: city of *Ribeirão Preto, SP, Brazil*

Abstract

The *Rede Amamenta Brasil* have the primary health care as focus to promote, protect and support breastfeeding in the Sistema Único de Saúde. The objective of this study is evaluate the influence of support offered by places where children realized their ambulatory attendance on breastfeeding pattern in children under six months in the city of *Ribeirão Preto, SP, Brazil*. Cross-sectional study, where children under six months were evaluated about pattern of breastfeeding and other characteristics during National Campaign of Vaccination. The prevalence of exclusive breastfeeding was significant higher (PR=1.41, CI=1.01;1.95) among children who realized their ambulatory attendance in places that did the *Oficina de Trabalho em Aleitamento Materno da Rede Amamenta Brasil*, even after adjust of confounding variables. It is necessary the constantly incentive the implementation and evaluation of pro-breastfeeding actions in places where are realized ambulatory attendance, for the continuous stimulus in make better prevalence of breastfeeding.

Keywords: Health Centers; Breast Feeding; Public Health.

Introdução

O aleitamento materno oferece inúmeros benefícios para a saúde da criança, sendo a melhor maneira de promover seu desenvolvimento integral (OMS, 2001; WHO, 2001). Nenhum outro alimento ou leite industrializado modificado é capaz de oferecer ao lactente todos os ingredientes do leite materno, pois somente este alimento apresenta composição específica que se ajusta às suas necessidades nutricionais e limitações metabólicas e fisiológicas (WHO, 2001).

A prática do aleitamento materno no Brasil está muito aquém da recomendação da Organização Mundial da Saúde (OMS), no sentido de que o aleitamento materno deve ser exclusivo até os seis meses e complementado com outros alimentos até os dois anos de idade ou mais (WHO, 2001). Segundo a II Pesquisa de Prevalência de Aleitamento Materno nas Capitais Brasileiras e Distrito Federal (BRASIL, 2009), a prevalência de aleitamento materno exclusivo (AME) das crianças brasileiras menores de seis meses é de apenas 41,0%. Em São Paulo, capital, o quadro é semelhante: esta prevalência é de 39,1%. De acordo com os parâmetros da OMS (WHO, 2003) para interpretação de indicadores de aleitamento materno, tais valores são classificados como “razoáveis”.

São diversos os fatores que podem contribuir para a não amamentação, mas os cuidados prestados às mulheres e às crianças são fundamentais para seu sucesso (LAMOUNIER et al., 2008). Desde a década de 80, muitas ações e políticas públicas vêm sendo desenvolvidas no Brasil na tentativa de recuperar a prática do aleitamento materno (BRASIL, 2011). Em 1990, a OMS e o UNICEF (Fundo das Nações Unidas para a Infância) idealizaram a Iniciativa Hospital Amigo da Criança (UNICEF, 2012), que tem sensibilizado e mobilizado os profissionais de saúde na área hospitalar no sentido de incentivar o ato de amamentar (CALDEIRA et al., 2008).

Entretanto, o alcance das medidas adotadas nas instituições hospitalares torna-se questionável sem um apoio efetivo dos locais onde as crianças realizam o seguimento ambulatorial, como as Unidades Básicas de Saúde (UBS) (CALDEIRA et al., 2008). Com isso, algumas ações foram lançadas no Brasil visando focar o incentivo ao aleitamento materno no âmbito da atenção primária em saúde, incluindo

a Iniciativa Unidade Básica Amiga da Criança (no Paraná) e a Iniciativa Unidade Básica Amiga da Amamentação (no Rio de Janeiro) (BRASIL, 2011).

Considerando-se o potencial de promoção do aleitamento materno de tais unidades (CALDEIRA et al., 2008), a necessidade de que a amamentação fosse compreendida pelos profissionais e pela sociedade como um processo biológico, social e cultural, e a importância de se estabelecer uma estratégia de nível nacional para promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno na atenção básica, o Ministério da Saúde instituiu, em 2008, a Rede Amamenta Brasil. Esta Rede abrange UBS's, postos de saúde, centros de saúde e unidades de saúde da família como locais para promover, proteger e apoiar o aleitamento materno no âmbito do Sistema Único de Saúde (BRASIL, 2008; 2011).

O trabalho desempenhado pela atenção básica, iniciado durante o pré-natal e continuando logo após a alta hospitalar, constitui oportunidade ótima para identificar os riscos para o desmame precoce e estabelecer medidas de intervenção (LAMOUNIER et al., 2008). Informar sobre as vantagens do aleitamento materno pode influenciar mães que ainda não decidiram sobre a alimentação de seu filho (OMS, 2001); ademais, muitas dificuldades em relação à manutenção da amamentação surgem nos primeiros meses de vida da criança (OLIVEIRA e CAMACHO, 2002), e a atenção básica constitui um ambiente incentivador dessa prática (OLIVEIRA et al., 2003).

Os cuidados desempenhados pelas UBS's com caráter pró-amamentação têm impacto positivo na duração do AME (OLIVEIRA e CAMACHO, 2002; OLIVEIRA et al., 2003). E para que este impacto seja avaliado corretamente, é fundamental traçar o diagnóstico de amamentação de uma certa localidade, padronizando indicadores e categorias dessa prática (BRASIL, 2009).

No Brasil, a coleta de dados sobre a situação do aleitamento materno no Brasil iniciou-se na década de 80 (BRASIL, 2009). No Estado de São Paulo, começou em 1998 com o Projeto de Amamentação e Municípios (AMAMUNIC), e desde então grande parte dos municípios possui informações acerca do padrão de aleitamento materno das crianças menores de um ano obtidas por este projeto, que conta com dados coletados durante a Campanha Nacional de Vacinação (VENÂNCIO et al., 2010). Essa base de dados torna possível analisar em nível

municipal a associação entre o tipo de seguimento ambulatorial e o padrão de amamentação obtido pelo AMAMUNIC.

Os benefícios do aleitamento materno para a lactante e para o lactente, e a importância do papel atribuído aos profissionais e aos locais que realizam o acompanhamento de rotina dessa população são aspectos fundamentais a serem considerados para promover, proteger e apoiar o aleitamento materno. Sendo assim, o objetivo deste estudo é avaliar a influência do apoio propiciado pelos locais onde crianças realizam o acompanhamento ambulatorial sobre o padrão de aleitamento materno em crianças menores de seis meses no Município de Ribeirão Preto, SP.

Métodos

Trata-se de um estudo transversal, onde foi efetuado, em agosto de 2011, o inquérito transversal do AMAMUNIC, para coletar as informações sobre o perfil de aleitamento materno e demais características das crianças estudadas e de suas respectivas mães.

O município de Ribeirão Preto situa-se na região Nordeste do Estado de São Paulo, a 313km da capital (PREFEITURA DA CIDADE DE RIBEIRÃO PRETO, 2012). Em 2010, a cidade possuía 614.759 habitantes, sendo 99,7% de área urbana (FUNDAÇÃO SEADE, 2012). No ano de 2011, o número de nascidos vivos no município foi de 11.790, sendo a quase totalidade (99,7%) de ocorrência hospitalar (SINASC, 2012). A taxa de mortalidade infantil em Ribeirão Preto, em 2010, foi de 9,56 por mil nascidos vivos (FUNDAÇÃO SEADE, 2012).

Em Ribeirão Preto há 40 unidades de saúde, incluindo 30 UBS's (sendo 5 distritais), 2 centros de saúde escola, 1 centro médico social comunitário, 1 unidade de pronto atendimento médico e 6 unidades de saúde da família (PREFEITURA DA CIDADE DE RIBEIRÃO PRETO, 2012). Em 2011, 15 destas unidades básicas realizaram a Oficina de Trabalho em Aleitamento Materno da Rede Amamenta Brasil^d.

Para que a UBS seja certificada na Rede, é necessário que: pelo menos 80,0% de sua equipe participem da Oficina de Trabalho em Aleitamento Materno; monitore

^d Informação fornecida pela Secretaria Municipal da Saúde de Ribeirão Preto.

os indicadores de aleitamento materno de sua área de abrangência utilizando o SISVAN web; concretize no mínimo uma ação pactuada ao final da Oficina; e construa e implante fluxograma de atendimento ao binômio mãe-filho no período de amamentação. Cada unidade da Rede possui um tutor responsável, para acompanhar o desenvolvimento das ações do local em aleitamento materno e auxiliar a equipe em eventuais dificuldades (BRASIL, 2012).

Para fazer parte do Projeto AMAMUNIC, todas as crianças menores de um ano são consideradas elegíveis. No entanto, em municípios onde há um grande número de crianças vacinadas (mais de 4000), há a necessidade de se trabalhar com amostras. Os planos amostrais são definidos por sorteio sistemático em dois estágios: no primeiro, são sorteados os postos de vacinação (conglomerados) e no segundo, são sorteadas as crianças em cada posto. Como todas as crianças têm a mesma probabilidade de pertencer à amostra sorteada, esta é considerada equiprobabilística: postos maiores apresentam maior probabilidade de serem sorteados no primeiro estágio, e crianças dos postos menores apresentam maior probabilidade de serem sorteadas no segundo estágio. O cálculo amostral considera a prevalência de amamentação no município, o número de postos de vacinação do local e o número de crianças menores de um ano vacinadas em cada posto – tendo como base as planilhas de Campanhas de Vacinação do ano anterior à pesquisa (INSTITUTO DE SAÚDE, 2010).

No presente estudo, foram avaliadas crianças com idade até seis meses, ou seja, com metade da idade máxima definida pelo Projeto AMAMUNIC. Foram excluídas das análises todas as crianças que não nasceram em Ribeirão Preto; aquelas que nasceram no referido município mas em hospitais sem serviço de maternidade, unidades básicas de saúde e outros locais; e aquelas sem informações sobre município e local de nascimento. Tais critérios foram adotados porque o presente estudo integra outro trabalho, intitulado “Influência das práticas de cuidados em maternidades no padrão de aleitamento materno: Município de Ribeirão Preto, SP, Brasil”.

Os desfechos do presente estudo são o AME – onde a criança recebe apenas leite materno, de sua mãe ou leite materno ordenhado ou obtido por Banco de Leite Humano, e não recebe outros líquidos ou sólidos, com exceção de xaropes,

medicamentos, suplementação vitamínica ou de minerais – e o aleitamento materno predominante (AMP) – onde a criança recebe leite materno como fonte predominante de nutrição, mas pode receber água ou bebidas à base de água, como chá ou suco de frutas (WHO, 2008).

As covariáveis corresponderam às características das crianças e das mães. As das crianças foram: idade (em anos completos), sexo (masculino ou feminino), peso ao nascer (menor de 2500g ou 2500g e mais) e tipo de parto (vaginal ou cesárea). Das mães, foram: faixa etária (menor de 20 anos, de 20 a 35 anos, ou 35 anos e mais), paridade (primípara ou multípara), situação de trabalho (trabalha fora, não trabalha fora ou licença maternidade) e escolaridade (menor ou igual a 8 anos de estudo, de 9 a 11 anos de estudo, ou 12 anos de estudo e mais). O fator de estudo corresponde ao seguimento ambulatorial, estratificado entre local “particular”, “público não-Rede” (locais públicos que não realizaram a Oficina de Trabalho em Aleitamento Materno) e “público da Rede” (locais públicos que realizaram a Oficina de Trabalho em Aleitamento Materno).

A associação entre as variáveis independentes e a variável resposta foi avaliada por análise bruta utilizando o teste de qui-quadrado. O efeito individualizado do fator de estudo sobre o padrão de aleitamento materno foi avaliado mediante análise de regressão de Poisson com variância robusta. A partir desta análise foram obtidos os valores de Razão de Prevalências (RP) brutos e seus respectivos intervalos com 95% de confiança (IC95%). Foi utilizada a regressão de Poisson com variância robusta para as estimativas pontuais e intervalares porque a regressão logística pode superestimar as associações das variáveis independentes com o desfecho quando o desfecho estudado não é raro (BARROS e HIRAKATA, 2003).

Em todas as análises múltiplas foram incluídas como variáveis de ajuste as pertencentes ao nível individual que apresentaram $p < 0,20$ na análise bruta e que ao serem introduzidas no modelo múltiplo modificaram em mais de 10% a razão de prevalência do fator de estudo. Para o desfecho AME, as variáveis que atenderam ao critério para entrada na análise múltipla foram idade da criança, faixa etária materna e escolaridade da mãe. Para o desfecho AMP, as variáveis que atenderam ao critério foram idade da criança, faixa etária materna, escolaridade da mãe e tipo de parto.

Foram realizados dois modelos múltiplos: no Modelo 1, a influência do local de acompanhamento ambulatorial foi controlada por idade da criança, faixa etária materna e escolaridade da mãe; e no Modelo 2 (realizado apenas para o desfecho AMP), adicionou-se a variável tipo de parto na análise.

As variáveis que apresentam valores de RP entre zero e um devem ser interpretadas como fatores que diminuem a prevalência de estar em AME ou AMP, bem como as RP com valores acima de um devem ser interpretadas como fatores que aumentam a prevalência do desfecho estudado.

A análise dos dados foi realizada no *software* Stata/SE 11.1. A significância da associação entre fator de estudo e desfecho foi considerada quando $p < 0,05$.

Para o desenvolvimento da pesquisa foram considerados, em todas as suas etapas, os princípios éticos fundamentais que norteiam a pesquisa envolvendo seres humanos. Este projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo e pela Secretaria Municipal da Saúde de Ribeirão Preto. O Município também um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, referente à participação no AMAMUNIC.

Resultados

A população dos menores de um ano vacinados durante a Campanha de Vacinação contra a Poliomelite foi composta por 6978 crianças. Destas, 1755 participaram do AMAMUNIC 2011. No presente estudo, foram incluídas as 916 crianças menores de seis meses.

A prevalência de AME foi de 33,2%, e de AMP foi de 16,3%. O percentual de crianças que receberam leite materno nas últimas 24 horas foi de 82,8%. No primeiro dia em casa, 75,5% das crianças estavam em AME, e, no momento da entrevista, 70,9% usavam algum tipo de bico artificial (mamadeira, chuquinha ou chupeta). A maioria (57,6%) das crianças nasceu em HAC (dados não apresentados em tabelas).

A Tabela 1 mostra a caracterização da população estudada, as prevalências de AME e de AMP segundo tais características e os resultados da análise bruta. O percentual de crianças que nasceram com menos de 2500g foi de 8,7%. O parto

cesárea predominou na população estudada (58,9%). A maior parte das mães (74,4%) tinha entre 20 e 35 anos de idade. Houve predomínio de primíparas e de mães que não trabalhavam fora (51,2% e 51,1%, respectivamente). A maioria das mulheres (54,6%) possuía entre 9 e 11 anos de estudo. O peso médio ao nascer foi de 3140,2kg (dp=16,70). A média de idade das crianças foi de 94,6 dias (dp=1,63), e das mães, foi 27,3 anos (dp=0,22) (dados de média não apresentados na Tabela).

A Tabela 2 apresenta a caracterização do seguimento ambulatorial das crianças e os valores de RP e IC95%. Apenas 10,6% das crianças realizaram o acompanhamento em UBS's que participaram a Oficina da Rede. As proporções para AME não mostraram diferenças estatisticamente significantes entre os locais de seguimento ambulatorial; porém, para AMP, observa-se diferença significativa, sendo que a maior frequência de AMP foi encontrada em crianças que são acompanhadas pela rede pública. A prevalência deste desfecho foi maior nos locais públicos (RP=2,21; IC=1,74;3,30 – dados não apresentados na Tabela 2).

A Tabela 3 mostra os resultados da análise múltipla. A prevalência de AME foi significativamente maior (RP=1,41 e IC=1,01;1,95) entre as crianças que realizam seguimento ambulatorial em locais que fizeram a Oficina da Rede, mesmo após controle das variáveis de confusão. No caso do AMP, os valores de RP são maiores em locais públicos em comparação aos privados (mesmo quando a análise é controlada por idade da criança, faixa etária materna e escolaridade da mãe: RP=1,67 e IC=1,03;2,72 – dados não apresentados na Tabela 3). Ainda para este desfecho, a prevalência foi significativamente maior entre os locais não-Rede quando a análise foi controlada por idade da criança, faixa etária materna e escolaridade materna; porém, ao se inserir tipo de parto no modelo, a significância foi perdida.

Discussão

A prevalência de AME aumentou de forma significativa entre as crianças que fazem acompanhamento ambulatorial em UBS's pertencentes à Rede Amamenta Brasil, mesmo após controle das variáveis de confusão. Para AMP, os locais públicos apresentaram maiores prevalências do que locais privados; entretanto, ter participado

da Oficina de Trabalho em Aleitamento Materno da Rede não elevou a prevalência deste desfecho de forma significativa.

Estudos apontam que quando a UBS desempenha atividades pró-amamentação, como a realização de grupos de apoio ao aleitamento materno tanto com gestantes quanto com nutrízes, a duração do aleitamento materno aumenta de forma significativa (OLIVEIRA e CAMACHO, 2002; OLIVEIRA et al., 2003; FALEIROS et al., 2005; OLIVEIRA et al., 2005; CARDOSO et al., 2008; PEREIRA et al., 2010).

Estudo realizado no município do Rio de Janeiro constatou que, após a implementação da Iniciativa Unidade Básica Amiga da Amamentação – estratégia semelhante à Rede (OLIVEIRA et al., 2005) –, a prevalência de AME em menores de seis meses e de amamentação até o primeiro ano de vida aumentou de forma significativa (CARDOSO et al., 2008). Outro estudo que buscou identificar fatores associados à prevalência de AME em menores de seis meses em relação às ações de promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno realizadas em UBS's observou que os grupos de apoio à amamentação e as orientações sobre seu manejo aumentaram a prevalência de AME de forma significativa (PEREIRA et al., 2010).

Ainda, estudo de intervenção realizado no município de Montes Claros (Minas Gerais), com base no treinamento da Iniciativa Unidade Básica Amiga da Amamentação, constatou que, nos locais onde a intervenção foi realizada, a duração de AME aumentou de forma significativa (CALDEIRA et al., 2008).

É importante ressaltar que as UBS's, por fazerem parte da rede pública de atendimento à saúde da população, são as principais responsáveis pelo acompanhamento das gestantes durante o pré-natal (OLIVEIRA e CAMACHO, 2002; OLIVEIRA et al., 2003). O benefício central da informação no pré-natal é incentivar as gestantes a praticarem o aleitamento materno e evitarem possíveis dificuldades, pois a preparação nesta fase pode apresentar um importante efeito na amamentação, principalmente com relação ao manejo da lactação e ao fortalecimento da autoconfiança da mãe para amamentar (OMS, 2001).

Ademais, estes locais também são considerados os principais responsáveis pelo acompanhamento das crianças na puericultura e na pediatria. Assim, dão continuidade ao trabalho iniciado durante o pré-natal e àquele desempenhado pelas

maternidades no período de internação hospitalar para realização do parto, identificando eventuais dificuldades das mães em amamentar e estabelecendo medidas de intervenção (OLIVEIRA e CAMACHO, 2002; OLIVEIRA et al., 2003).

No presente estudo, o percentual de crianças menores de seis meses em AME foi de 33,2%. Em relação à Pesquisa de Prevalência de Aleitamento Materno em Municípios Brasileiros, realizada em 227 municípios do país no ano de 2008, este percentual foi de 40,8% em Ribeirão Preto (BRASIL, 2010), valor superior ao achado neste estudo. Entretanto, a comparação entre os resultados do AMAMUNIC de 1999 no município (PEREIRA et al., 2004) e do mesmo inquérito realizado em 2011 mostra evolução positiva do indicador, que elevou-se de 12,7% para 33,2%. Conforme esperado, com o aumento da prevalência de AME no período, o percentual de AMP diminuiu no período, 32,9% em 1999 e 16,3% em 2011 entre os menores de seis meses.

No presente estudo, a prevalência de AME aumentou com o aumento da idade e da escolaridade maternas, e foi maior entre as múltiparas e as mães em licença-maternidade, o que está de acordo com a literatura (VENÂNCIO et al., 2002; VENÂNCIO e MONTEIRO, 2006). No entanto, o contrário foi observado em relação ao AMP. É plausível supor que tais características estejam associadas positivamente somente com a prevalência de amamentação exclusiva, e mostrem associação negativa com as prevalências de AMP.

Estimativas recentes apontam que a promoção do AME é a intervenção isolada em saúde pública com maior potencial para diminuir as taxas de mortalidade infantil, fato de especial importância em países subdesenvolvidos (TOMA e REA, 2008). Na década de 90, estudo ecológico realizado em 140 municípios do Ceará observou que a promoção do AME, a maior utilização dos serviços de pré-natal e o aumento em investimentos na educação materna podem reduzir as taxas de mortalidade infantil, pois se mostraram significativamente associados com tal redução (SOUZA et al., 1999). Outros estudos realizados a partir do ano 2000 também mostram associação inversa entre AME e mortalidade infantil (ESCUDEIR et al., 2003; GEIB et al., 2010), o que reforça a relevância do incentivo ao ato de amamentar exclusivamente até os seis meses, incluindo a atenção básica como um dos focos principais das políticas de aleitamento materno.

Em suma, a Rede Amamenta Brasil é considerada uma estratégia facilitadora para promoção, proteção e apoio à amamentação no âmbito da atenção básica à saúde. Pode-se afirmar que, com essa estratégia, o aleitamento materno é incentivado longitudinalmente nas unidades de saúde: durante o pré-natal, no período pós-natal (quando a mãe tem alta hospitalar e retorna para seu domicílio), e em eventuais futuras gestações de uma mesma mulher (FALEIROS et al., 2005).

O incentivo constante ao aleitamento materno ainda se constitui em um desafio aos profissionais de saúde, uma vez que a amamentação depende de inúmeros fatores, como as condições de vida e trabalho, o momento vivido pela mulher, suas experiências anteriores e, também, a compreensão que a sociedade tem a respeito do ato de amamentar. Ajudar a mulher a estabelecer e manter essa prática é, portanto, uma tarefa bastante complexa (FUJIMORI et al., 2010). A capacitação de profissionais de saúde, seu maior envolvimento na equipe de trabalho e o adequado gerenciamento das unidades podem levar a um melhor aproveitamento do potencial já existente na rede básica de saúde, otimizando as ações de promoção, proteção e apoio à amamentação (OLIVEIRA e CAMACHO, 2002; FUJIMORI et al., 2010).

Destaca-se, ainda, que o Município de Ribeirão Preto vêm desenvolvendo, desde 1988, diversas ações para incentivo ao aleitamento materno, em parceria com o Núcleo de Aleitamento Materno da Escola de Enfermagem da cidade. Estas ações incluem a adesão de três das sete maternidades à Iniciativa Hospital Amigo da Criança, as comemorações realizadas na Semana Mundial de Aleitamento Materno, o incentivo ao diagnóstico da situação de amamentação através de realizações periódicas do Inquérito AMAMUNIC, dentre outras (PREFEITURA DA CIDADE DE RIBEIRÃO PRETO, 2012).

Ainda assim, foi possível observar que a realização da Oficina de Trabalho em Aleitamento Materno da Rede Amamenta Brasil, que ocorreu em mais de um terço de suas unidades de saúde, aumentou de forma significativa a prevalência de AME em menores de seis meses. Como essa Oficina envolve, no mínimo, 80% dos funcionários de cada local, é plausível supor que influenciasse positivamente a prevalência de um dos indicadores estudados.

Este é o primeiro estudo que avaliou o efeito da Rede Amamenta Brasil sobre as prevalências de aleitamento materno. O presente estudo pode ser considerado um

exemplo de metodologia relativamente simples para analisar a influência dos locais de seguimento ambulatorial na prevalência de AME e de AMP em menores de seis meses, podendo constituir em importante ferramenta de avaliação para gestores de saúde, ainda mais considerando a escassez de estudos sobre a influência dos cuidados prestados pelas UBS's nas prevalências de amamentação.

A Rede Amamenta Brasil, tendo a atenção primária como foco da promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno, ainda é uma estratégia recentemente implementada no Brasil, bem como no município de Ribeirão Preto. Com isso, torna-se necessária a realização de estudos mais aprofundados, com o objetivo de testar a influência do grau de implantação dessa estratégia no município e em outras localidades sobre as prevalências de aleitamento materno.

Conclusões

A prevalência de AME mostrou-se significativamente maior quando o acompanhamento ambulatorial foi realizado em UBS's que realizaram a Oficina de Trabalho em aleitamento Materno da Rede Amamenta Brasil, mesmo após ajuste por variáveis de confusão. Para AMP, a prevalência foi maior quando o acompanhamento foi realizado em locais públicos, mas sem diferença quando comparou-se locais públicos não-Rede e locais públicos da Rede.

As informações encontradas no presente estudo podem servir como subsídios para outras localidades promoverem, protegerem e apoiarem o aleitamento materno no âmbito da atenção básica. Faz-se necessário incentivar constantemente a implementação e a avaliação de ações pró-amamentação em locais onde são realizados os seguimentos ambulatoriais, para o estímulo contínuo na melhoria das prevalências de amamentação.

Referências

Barros AJD, Hirakata VN. Alternatives for logistic regression in cross-sectional studies: an empirical comparison of models that directly estimate the prevalence ratio. BMC Med Res Methodol. 2003; 3:21.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria MS/GM nº 2799 de 18 de novembro de 2008. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS –, a Rede Amamenta Brasil. Diário Oficial. 19 nov 2008; Seção 1:124.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Pesquisa de Prevalência de Aleitamento Materno nas Capitais Brasileiras e Distrito Federal. Brasília (DF); 2009.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Pesquisa de Prevalência de Aleitamento Materno em Municípios Brasileiros. Brasília (DF); 2010.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde, Área Técnica de Saúde da Criança e Aleitamento Materno. Rede Amamenta Brasil: os primeiros passos (2007-2010). Brasília (DF); 2011.

Brasil. Ministério da Saúde [homepage na internet]. Rede Amamenta Brasil. 2012 [acesso em 16 fev 2012]. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/saude/cidadao/visualizar_texto.cfm?idtxt=30133.

Caldeira AP, Fagundes GC, Aguiar GN. Intervenção educacional em equipes do Programa de Saúde da Família para promoção da amamentação. Rev Saúde Pública. 2008; 42(6): 1027-33.

Cardoso LO, Vicente AST, Damião JJ, Rito RVVF. Impacto da implementação da Iniciativa Unidade Básica Amiga da Amamentação nas prevalências de aleitamento materno e nos motivos de consulta em uma unidade básica de saúde. J Pediatr (Rio J). 2008; 84(2): 147-53.

Escuder MML, Venâncio SI, Pereira JCR. Estimativa de impacto da amamentação sobre a mortalidade infantil. Rev Saúde Pública. 2003; 37(3): 319-25.

Faleiros JJ, Kalil G, Casarin DP, Laque-Júnior PA, Santos IS. Avaliação do impacto de um programa de puericultura na promoção da amamentação exclusiva. Cad Saúde Pública. 2005; 21(2): 482-9.

Fujimori E, Nakamura E, Gomes MM, Jesus LA, Rezende MA. Aspectos relacionados ao estabelecimento e à manutenção do aleitamento materno exclusivo na perspectiva de mulheres atendidas em uma unidade básica de saúde. Interface Comun, Saúde, Educ. 2010; 14(33): 315-27.

Fundação SEADE – Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados [homepage na internet]. Perfil Municipal de Ribeirão Preto. 2012 [acesso em 13 fev 2012]. Disponível em: <http://www.seade.gov.br/produtos/perfil/perfil.php>.

Geib LTC, Fréu CM, Brandão M, Nunes ML. Determinantes sociais e biológicos da mortalidade infantil em coorte de base populacional em Passo Fundo, Rio Grande do Sul. Ciênc Saúde Coletiva. 2010; 15(2): 363-70.

Instituto de Saúde. Avaliação de práticas alimentares no primeiro ano de vida em dias nacionais de vacinação: Manual do Coordenador Municipal. Instituto de Saúde/SES/ SP. São Paulo; 2010.

Lamounier JA, Bouzada MCF, Janneu AMS, Maranhão AGK, Araújo MFM, Vieira GO, Vieira TO. Iniciativa Hospital Amigo da Criança, mais de uma década no Brasil: repensando o futuro. *Rev Paul Pediatr*. 2008; 26(2): 161-9.

Oliveira MIC, Camacho LAB. Impacto das Unidades Básicas de Saúde na duração do aleitamento materno exclusivo. *Rev Bras Epidemiol*. 2002; 5(1): 41-51.

Oliveira MIC, Camacho LAB, Tedstone AE. A method for the evaluation of primary health care units' practice in the promotion, protection and support of breastfeeding: results from the State of Rio de Janeiro, Brazil. *J Hum Lact*. 2003; 19(4): 365-73.

Oliveira MIC, Camacho LAB, Souza IEO. Promoção, proteção e apoio à amamentação na atenção primária à saúde no Estado do Rio de Janeiro, Brasil: uma política de saúde pública baseada em evidência. *Cad Saúde Pública*. 2005; 21(6): 1901-10.

OMS – Organização Mundial da Saúde. Evidências científicas dos dez passos para o sucesso no aleitamento materno. Brasília (DF); 2001.

Pereira MJB, Reis MCG, Nakano AMS, Santos CB, Villela MRGB, Lourenço MCP. Indicadores do aleitamento materno no município de Ribeirão Preto, São Paulo. *Rev Bras Epidemiol*. 2004; 7(1): 36-43.

Pereira RSV, Oliveira MIC, Andrade CLT, Brito AS. Fatores associados ao aleitamento materno exclusivo: o papel do cuidado na atenção básica. *Cad Saúde Pública*. 2010; 26(12): 2343-54.

Prefeitura da Cidade de Ribeirão Preto [homepage na internet]. 2012 [acesso em 13 fev 2012]. Disponível em: <http://www.ribeiraopreto.sp.gov.br>.

SINASC - Sistema de Informações de Nascidos Vivos [homepage na internet]. Nascidos Vivos - Ribeirão Preto (SP). 2012 [acesso em 13 fev 2012]. Disponível em: <http://www.ribeiraopreto.sp.gov.br/ssauade/vigilancia/vigep/tabnet/i16nascidos.php>.

Souza ACT, Cufino E, Peterson KE, Gardner J, Amaral MIV, Ascherio A. Variations in infant mortality rates among municipalities in the state of Ceará, Northeast Brazil: an ecological analysis. *Int J Epidemiol*. 1999; 28(2): 267-75.

Souza SNDH, Migoto MT, Rossetto EG, Mello DF. Prevalência de aleitamento materno e fatores associados no município de Londrina-PR. *Acta Paul Enferm*. 2012; 25(1): 29-35.

Toma TS, Rea, MF. Benefícios da amamentação para a saúde da mulher e da criança: um ensaio sobre as evidências. *Cad Saúde Pública*. 2008; 24(2 Supl): 235-46.

UNICEF - Fundo das Nações Unidas para a Infância [homepage na internet]. Iniciativa Hospital Amigo da Criança. 2012 [acesso em 16 fev 2012]. Disponível em: http://www.unicef.org/brazil/pt/activities_9994.htm.

Venâncio SI, Escuder MML, Kitoko P, Rea MF, Monteiro CA. Frequência e determinantes do aleitamento materno em municípios do Estado de São Paulo. *Rev Saúde Pública*. 2002; 36(3): 313-8.

Venâncio SI, Monteiro CA. Individual and contextual determinants of exclusive breast-feeding in São Paulo, Brazil: a multilevel analysis. *Public Health Nutr*. 2006; 9(1): 40-6.

Venâncio SI, Saldiva SRDM, Castro ALS, Gouveia AGC, Santana AC, Pinto JCC, et al. Projeto Amamentação e Municípios: a trajetória de implantação de uma estratégia para a avaliação e monitoramento das práticas de alimentação infantil no Estado de São Paulo, no período de 1998-2008. *BEPA – Boletim Epidemiológico Paulista*. 2010; 7(83): 4-15.

WHO – World Health Organization. The optimal duration of exclusive breastfeeding: a systematic review. Geneva; 2001.

WHO – World Health Organization. Global strategy for infant and young child feeding. Geneva; 2003.

WHO – World Health Organization. Indicators for assessing infant and young child feeding practices: conclusions of a consensus meeting held 6–8 November 2007. Washington (D.C.); 2008.

QUADROS, TABELAS E FIGURAS DO ARTIGO 2:

Tabela 1. Proporção de crianças em AME e em AMP e respectivas RP e IC95% segundo características das crianças e das mães. Município de Ribeirão Preto, 2011.

Variável	N	AME (%)	RP (IC95%)	p	AMP (%)	RP (IC95%)	p
<i>Faixa etária da criança</i>				<0,001[¶]			0,093[¶]
>1 mês	123	62,2	1		8,5	1	
1 -2 meses	135	45,5	0,73 (0,58;0,92)		14,4	1,70 (0,78;3,68)	
2 -3 meses	152	38,1	0,61 (0,48;0,79)		17,7	2,08 (0,99;4,34)	
3 -4 meses	185	28,7	0,46 (0,35;0,60)		25,6	3,01 (1,51;5,99)	
4 -5 meses	161	23,6	0,38 (0,28;0,52)		12,6	1,49 (0,67;3,29)	
5 -6 meses	160	11,5	0,18 (0,12;0,29)		16,2	1,91 (0,85;4,30)	
<i>Sexo</i>				0,358			0,108
Masculino	474	31,8	1		14,0	1	
Feminino	442	34,7	1,09 (0,91;1,31)		18,6	1,33 (0,94;1,39)	
<i>Peso ao nascer</i>				0,158			0,326
<2500g	78	26,0	1		11,9	1	
2500g e mais	817	34,1	1,32 (0,90;1,95)		16,8	1,40 (0,71;2,76)	
<i>Tipo de parto</i>				0,992			
Cesárea	540	33,2	1		12,2	1	0,001
Vaginal	376	33,2	1,00 (0,91;1,10)		22,5	1,84 (1,31;2,61)	
<i>Faixa etária materna</i>				0,044[¶]			0,002[¶]
<20 anos	103	22,6	1		34,8	1	
20 -35 anos	188	37,3	1,65 (1,14;2,40)		14,6	0,42 (0,28;0,62)	
35 anos e mais	105	35,3	1,57 (1,00;2,44)		13,3	0,38 (0,20;0,72)	
<i>Paridade</i>				0,001			0,701
Primípara	415	29,6	1		17,3	1	
Múltipara	398	40,9	1,38 (1,14;1,68)		16,2	0,93 (0,65;1,34)	
<i>Situação de trabalho</i>				<0,001[¶]			0,536 [¶]
Trabalha fora	163	23,5	1		15,5	1	
Não trabalha fora	415	35,5	1,52 (1,12;2,06)		18,9	1,22 (0,74;2,01)	
Licença maternidade	234	42,5	1,81 (1,32;2,49)		13,4	0,90 (0,51;1,59)	
<i>Escolaridade</i>				0,106[¶]			0,001[¶]
≤ 8 anos de estudo	189	32,0	1		25,4	1	
9 -12 anos de estudo	444	34,5	1,08 (0,84;1,38)		16,6	0,65 (0,44;0,96)	
12 anos de estudo e mais	181	40,2	1,26 (0,95;1,66)		9,7	0,38 (0,21;0,68)	

Em negrito: p<0,20

[¶] p de tendência linear.

Tabela 2. Proporção de crianças em aleitamento materno exclusivo (AME) e aleitamento materno predominante (AMP) e razões de prevalência (RP) segundo seguimento ambulatorial. Município de Ribeirão Preto, 2011.

Variável	N	AME (%)	RP (IC95%)	p [†]	AMP (%)	RP (IC95%)	p [†]
<i>Local de seguimento ambulatorial</i>				0,664			<0,001
Particular	379	34,8	1		9,72	1	
Público não-Rede [#]	420	32,0	0,92 (0,76;1,12)		21,5	2,21 (1,46;3,34)	
Público da Rede [#]	95	34,4	0,99 (0,72;1,35)		21,4	2,20 (1,25;3,90)	

[†] p de tendência linear.

[#] “Público não-Rede”: locais públicos que não realizaram a Oficina de Trabalho em Aleitamento Materno; “Público da Rede”: locais públicos que realizaram a Oficina de Trabalho em Aleitamento Materno

Tabela 3. Razões de prevalência (RP) para aleitamento materno exclusivo (AME) e aleitamento materno predominante (AMP) segundo local de seguimento ambulatorial. Município de Ribeirão Preto, 2011.

Variável	AME	AMP	
	Modelo 1 ^a RP (IC95%)	Modelo 1 ^a RP (IC95%)	Modelo 2 ^b RP (IC95%)
<i>Local de seguimento ambulatorial</i>	p=0,056 [†]	p=0,103 [†]	p=0,283 [†]
Particular	1	1	1
Público não-Rede [#]	1,12 (0,90;1,39)	1,71 (1,04;2,81)	1,56 (0,93;2,61)
Público da Rede [#]	1,41 (1,01;1,95)	1,52 (0,78;2,97)	1,35 (0,69;2,67)

[†] p de tendência linear.

[#] “Público não-Rede”: locais públicos que não realizaram a Oficina de Trabalho em Aleitamento Materno; “Público da Rede”: locais públicos que realizaram a Oficina de Trabalho em Aleitamento Materno

^a Modelo 1: controle por idade da criança, faixa etária materna e escolaridade da mãe.

^b Modelo 2: Modelo 1 + tipo de parto

Em negrito e itálico: p<0,05.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A prevalência de AME aumentou quando os hospitais cumpriram mais passos, e a de AMP mostrou relação dose-resposta com tendência a aumento quanto maior o número de passos cumpridos. Cumprir cada um dos “Dez Passos...” também mostrou tendência a aumento da prevalência dos desfechos estudados, sendo que tal aumento foi significativo para o passo 9 no caso do AME e para o passo 10 no caso do AMP após controle por variáveis de confusão.

O AME foi mais prevalente quando o acompanhamento ambulatorial foi realizado em UBS's que realizaram a Oficina de Trabalho em Aleitamento Materno da Rede Amamenta Brasil após ajuste dos fatores de confusão.

As maternidades de Ribeirão Preto foram, por um lado, bastante heterogêneas no que tange o cumprimento dos “Dez Passos...”: o total de passos cumpridos variou de 1 a 10, sendo que apenas uma maternidade cumpriu todos os passos. Por outro lado, determinados passos foram cumpridos pelas mesmas maternidades: os passos 1, 2 e 4 e também os passos 6 e 8 apresentaram padrão semelhante, mostrando, ao mesmo tempo, certa homogeneidade destas maternidades.

Os achados do presente estudo permitem afirmar que quanto maior o número de ações pró-amamentação despendidas pelas maternidades, mais intensa é sua influência positiva nas prevalências de AME e de AMP. Também possibilitam afirmar que o não oferecimento de bicos artificiais e o estabelecimento de grupos de apoio à amamentação para onde as mães devem ser encaminhadas após a alta hospitalar, exercem, respectivamente, importante influência nas prevalências de AME e AMP. Ainda, pode-se dizer que a realização da Oficina da Rede associou-se positivamente com a prevalência de AME, mesmo em um município que desenvolve diversas estratégias para incentivo à amamentação.

As informações encontradas neste estudo podem servir como subsídios para outros locais com características semelhantes desenvolverem ações de promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno. São necessárias outras pesquisas para elucidar aspectos de como se dá essa influência e que ampliem a área de abrangência do presente estudo, a fim de expandir os achados para um maior número de localidades.

7 RESUMO DAS ATIVIDADES DESENVOLVIDAS

- Cumprimento de créditos em disciplinas (de caráter obrigatório e eletivo);
- Realização de 02 (dois) estágios do Programa de Aperfeiçoamento do Ensino – PAE em duas disciplinas (Educação Nutricional no segundo semestre de 2010, e Nutrição em Saúde Pública no primeiro semestre de 2011);
- Reestruturação do projeto de mestrado (incluindo revisão de literatura e reuniões com pesquisadores da área e com a orientadora);
- Coleta de dados relacionados ao cumprimento dos “Dez Passos...” em cada uma das maternidades do Município de Ribeirão Preto (após treinamento para aplicação do questionário utilizado na coleta);
- Participação no evento “Avaliação das Práticas de Alimentação Infantil em Campanhas de Vacinação (Projeto AMAMUNIC)”, para aprofundar os conhecimentos acerca do Projeto AMAMUNIC e aprimorar a tabulação e a análise dos dados do inquérito;
- Submissão do projeto ao Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Saúde Pública e à Secretaria Municipal da Saúde de Ribeirão Preto;
- Realização do exame de qualificação (em 15 de abril de 2011);
- Participação no Projeto AMAMUNIC, para auxiliar na coleta de dados da pesquisa (em 13 de agosto de 2011);
- Participação no VIII Congresso Brasileiro de Epidemiologia, com apresentação de trabalho na modalidade “pôster”.
- Participação no Congresso World Nutrition Rio 2012, com apresentação de trabalho na modalidade “comunicação oral curta”.

8 CRONOGRAMA GERAL DE ATIVIDADES

Atividades do 1º ano (2010-2011)

[illegible]

Atividades do 2º ano (2011-2012)

[illegible]

Atividades do 3º ano (2012)

[illegible]

9 PUBLICAÇÕES DO PERÍODO

- Artigos completos publicados em periódicos

Gouveia LAG, **Passanha A**, Rodrigues G, Mansur VN, Sab NP, Passadore MD. Efeito da ingestão de frutas, hortaliças, vitaminas A, C e E sobre o desenvolvimento do câncer colorretal. *Nutrição Brasil.*, 2011; 10(6): 376-80.

Passanha A, Thomaz FS, Pereira LRB, Amâncio G, Stein JA, Nacif M. Imagem corporal de atletas de voleibol de um clube de São Paulo. *Revista Brasileira de Fisiologia do Exercício.* 2011; 10(2): 96-9.

Gouveia LAG, **Passanha A**. Nutrição, hidratação e suplementação para jogadores de futebol. *Revista Brasileira de Fisiologia do Exercício.* 2011; 10(3): 166-71.

Passanha A, Garcia HS, Cervato-Mancuso AM, Andrade SC, Vieira VL. Caracterização do consumo de leite em idosos. *Revista Brasileira de Crescimento e Desenvolvimento Humano (Impresso).* 2011; 21(2): 319-26.

Passanha A, Cervato-Mancuso AM, Silva MEMP. Elementos protetores do leite materno na prevenção de doenças gastrintestinais e respiratórias. *Revista Brasileira de Crescimento e Desenvolvimento Humano.* 2010; 20(2): 351-60.

- Trabalhos apresentados em congressos internacionais (formato pôster)

Passanha A, Cervato-Mancuso AM, Silva MEMP. Protective elements of breast milk in the prevention of gastrointestinal and respiratory diseases. II Congresso Internacional de Saúde da Criança e do Adolescente, 2010. São Paulo: Anais do CISCA - II Congresso Internacional de Saúde da Criança e do Adolescente.

Gambardella AMD, Oliveira JSM, Oliveira JR, Garcia HS, **Passanha A**, Pereira FN. Perceptions about the concept of nutrition among graduate students. II World Congress of Public Health Nutrition, 2010. Porto: Abstracts of the II World Congress of Public Health Nutrition.

Cervato-Mancuso AM, **Passanha A**, Garcia HS, Oliveira JSM, Pereira FN, Oliveira JR. Behavior of nutrition students under the influence of knowledge acquired during the course.

II World Congress of Public Health Nutrition, 2010. Porto: Abstracts of the II World Congress of Public Health Nutrition.

- Trabalhos apresentados em congressos internacionais (comunicação oral curta)

Passanha A, Benício MHD'A, Venâncio SI, Reis MCG. O cumprimento dos “Dez Passos para o Sucesso do Aleitamento Materno” em Hospitais Amigos da Criança do Município de Ribeirão Preto, SP, Brasil. 2012. Rio de Janeiro: World Nutrition Rio 2012.

- Trabalhos apresentados em congressos nacionais (formato pôster)

Cervato-Mancuso AM, **Passanha A**, Lima DS, Maron LR, Dianezi-Gambardella AM. Produção de vídeo como recurso didático: experiência na disciplina de Educação Nutricional. III Seminário Inovações em Atividades Curriculares, 2011. Campinas: Caderno de Resumos do III Seminário Inovações em Atividades Curriculares: Experiências no Ensino Superior.

Passanha A, Benício MHD'A, Venâncio SI. Avaliação do cumprimento dos “Dez Passos para o Sucesso do Aleitamento Materno” em maternidades do Município de Ribeirão Preto. 2011. São Paulo: VIII Congresso Brasileiro de Epidemiologia.

Ricardo CZ, Vieira VL, Andrade SC, **Passanha A**, Garcia HS, Tanaka ACD'A. Avaliação de intervenção nutricional em um Centro para Crianças e Adolescentes do Município de São Paulo. XXI Congresso Brasileiro de Nutrição - CONBRAN, 2010. Joinville: Anais do XXI Congresso Brasileiro de Nutrição e I Ibero-Americano de Nutrição.

10 REFERÊNCIAS

Abrahams SW, Labbok MH. Exploring the impact of the Baby-Friendly Hospital Initiative on trends in exclusive breastfeeding. *Int Breastfeed J*. 2009; 4:11. 6p.

Almeida GG, Spiri WC, Juliani CMM, Paiva BSR. Proteção, promoção e apoio ao aleitamento materno em um hospital universitário. *Ciênc. Saúde Coletiva*. 2008; 13(2): 487-94.

Araújo MFM, Otto AFN, Schmitz BAS. Primeira avaliação do cumprimento dos “Dez Passos para o Sucesso do Aleitamento Materno” nos Hospitais Amigos da Criança do Brasil. *Rev Bras Saúde Matern Infant*. 2003; 3(4): 411-9.

Araújo MFM, Schmitz BAS. Doze anos de evolução da Iniciativa Hospital Amigo da Criança no Brasil. *Rev Panam Salud Pública*. 2007a; 22(2): 91-9.

Barros AJD, Hirakata VN. Alternatives for logistic regression in cross-sectional studies: an empirical comparison of models that directly estimate the prevalence ratio. *BMC Med Res Methodol*. 2003; 3(21): 13p.

Benício MHD'A, Monteiro CA. Tendência secular da doença diarreica na infância na cidade de São Paulo (1984-1996). *Rev Saúde Pública*. 2000; 34(6 Supl): 83-90.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº1117, de 07 de junho de 2004. Altera os valores de remuneração dos procedimentos das Tabelas do Sistema de Informação Ambulatorial do SUS (SIA/SUS) e Sistema de Informação Hospitalar do SUS. *Diário Oficial União*. 08 jun 2004; Seção 1:58-63.

Brasil. Ministério da Saúde. PNDS 2006 – Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher: Relatório (Versão Preliminar). Brasília (DF); 2008a.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria MS/GM nº 2799, de 18 de novembro de 2008. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS –, a Rede Amamenta Brasil. *Diário Oficial*. 19 nov 2008b; Seção 1:124.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Pesquisa de Prevalência de Aleitamento Materno nas Capitais Brasileiras e Distrito Federal. Brasília (DF); 2009.

Brasil. Ministério da Saúde. Iniciativa Hospital Amigo da Criança. Brasília (DF); 2011a.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria SAS nº80, de 24 de fevereiro de 2011. Estabelece as normas para o processo de habilitação do Hospital Amigo da Criança integrante do Sistema Único de Saúde – SUS. *Diário Oficial União*. 1 mar 2011b; Seção 1:50-1.

Brasil. Ministério da Saúde [homepage na internet]. Rede Amamenta Brasil. 2012 [acesso em 16 fev 2012]. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/saude/cidadao/visualizar_texto.cfm?idtxt=30133.

Braun MLG, Giugliani ERJ, Soares MEM, Giugliani C, Oliveira AP, Danelon CMM. Evaluation of the impact of the Baby-Friendly Hospital Initiative on rates of breastfeeding. *Am J Public Health*. 2003; 93(8): 1277-9.

Caldeira AP, Gonçalves E. Avaliação de impacto da implantação da Iniciativa Hospital Amigo da Criança. *J Pediatr (Rio J)*. 2007; 83(2): 127-32.

Cattaneo A, Buzzetti R. Effect on rates of breast feeding of training for the Baby Friendly Hospital Initiative. *BMJ*. 2001; 323 (7325): 1358-62.

Chien LY, Tai CJ, Chu KH, Ko YL, Chiu YC. The number of Baby Friendly hospital practices experienced by mothers is positively associated with breastfeeding: a questionnaire survey. *Int J Nurs Stud*. 2007; 44(7): 1138-46.

Coutinho SB, Lima MC, Ashworth A, Lira PIC. Impacto de treinamento baseado na Iniciativa Hospital Amigo da Criança sobre práticas relacionadas à amamentação no interior do Nordeste. *J Pediatr (Rio J)*. 2005; 81(6): 471-7.

Coutinho LMS, Scazufca M, Menezes PR. Métodos para estimar razão de prevalência em estudos de corte transversal. *Rev Saúde Pública*. 2008; 42(6): 992-8.

DATASUS – Banco de Dados do sistema Único de Saúde [homepage na internet]. Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde. 2011 [acesso em 16 fev 2011]. Disponível em: <http://cnes.datasus.gov.br>.

DiGirolamo AM, Grummer-Strawn LM, Fein SB. Effect of maternity-care practices on breastfeeding. *Pediatrics*. 2008; 122(2 Supl): 43-9.

Edmond KM, Zandoh C, Quigley MA, Amenga-Etego S, Owusu-Agyei S, Kirkwood BR. Delayed breastfeeding initiation increases risk of neonatal mortality. *Pediatrics*. 2006; 117(3): 380-6.

Fundação SEADE – Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados [homepage na internet]. Perfil Municipal de Ribeirão Preto. 2012 [acesso em 13 fev 2012]. Disponível em: <http://www.seade.gov.br/produtos/perfil/perfil.php>.

Instituto de Saúde. Avaliação de práticas alimentares no primeiro ano de vida em dias nacionais de vacinação: Manual do Coordenador Municipal. Instituto de Saúde/SES/ SP. São Paulo; 2010a.

Instituto de Saúde. Avaliação de práticas alimentares no primeiro ano de vida em dias nacionais de vacinação: Manual do Entrevistador. Instituto de Saúde/SES/ SP. São Paulo; 2010b.

Jones G, Steketee RW, Black RE, Bhutta ZA, Morris SS; Bellagio Child Survival Study Group. How many child deaths can we prevent this year? *Lancet*. 2003; 362(9377): 65-71.

Kramer MS, Chalmers B, Hodnett ED, Sevkovskaya Z, Dzikovich I, Shapiro S, et al. Promotion of Breastfeeding Intervention Trial (PROBIT): A randomized trial in the Republic of Belarus. *JAMA*. 2001; 285(4): 413-20.

Labbok MH. Aleitamento materno e a Iniciativa Hospital Amigo da Criança: mais importante e com mais evidências do que nunca. *J Pediatr (Rio J)*. 2007; 83(2): 99-101.

Lamounier JA. Experiência Iniciativa Hospital Amigo da Criança. *Rev Assoc Méd Bras*. 1998; 44(4): 319-24.

Lamounier JA, Bouzada MCF, Janneu AMS, Maranhão AGK, Araújo MFM, Vieira GO, et al. Iniciativa Hospital Amigo da Criança, mais de uma década no Brasil: repensando o futuro. *Rev Paul Pediatr*. 2008; 26(2): 161-9.

Merten S, Dratva J, Ackermann-Liebrich U. Do Baby-Friendly Hospitals influence breastfeeding duration on a national level? *Pediatrics*. 2005; 116(5): 702-8.

Montrone VG. Formação de agentes comunitários para a promoção do aleitamento materno e da estimulação do bebê. Barueri: Manole; 2002. Aleitamento Materno; p.13-20.

Mullany LC, Katz J, Li YM, Khatri SK, LeClerq SC, Darmstadt GL, et al. Breast-feeding patterns, time to initiation, and mortality risk among newborns in Southern Nepal. *J Nutr*. 2008; 138(3): 599-603.

OMS – Organização Mundial da Saúde. Promoção, Proteção e Apoio ao Aleitamento Materno: o papel especial dos serviços materno-infantis. Genebra; 1989.

OMS – Organização Mundial da Saúde. Evidências científicas dos dez passos para o sucesso no aleitamento materno. Brasília (DF); 2001.

Philipp BL, Malone KL, Cimo S, Merewood A. Sustained breastfeeding rates at a US Baby-Friendly Hospital. *Pediatrics*. 2003; 112 (3): 234-6.

Philipp BL, Merewood A. The Baby-Friendly way: the best breastfeeding start. *Pediatr Clin N Am*. 2004; 51(3): 761-83.

Prefeitura da Cidade de Ribeirão Preto [homepage na internet]. 2012 [acesso em 13 fev 2012]. Disponível em: <http://www.ribeiraopreto.sp.gov.br>.

Rea MF. Reflexões sobre a amamentação no Brasil: de como passamos a 10 meses de duração. *Cad Saúde Publica*. 2003; 19(1 Supl): 37-45.

Santos LMP, Paes-Sousa R, Silva-Júnior JB, Victora CG. National Immunization Day: a strategy to monitor health and nutrition indicators. *Bull World Health Organ.* 2008; 86(6): 474-9.

Silva MB, Albernaz EP, Mascarenhas MLW, Silveira RB. Influência do apoio à amamentação sobre o aleitamento materno exclusivo dos bebês no primeiro mês de vida e nascidos na cidade de Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil. *Rev Bras Saúde Matern Infant.* 2008; 8(3): 275-84.

SINASC - Sistema de Informações de Nascidos Vivos [homepage na internet]. Nascidos Vivos - Ribeirão Preto (SP). 2012 [acesso em 13 fev 2012]. Disponível em: <http://www.ribeiraopreto.sp.gov.br/ssau/vigilancia/vigep/tabnet/i16nascidos.php>.

Toma TS, Monteiro CA. Avaliação da promoção do aleitamento materno nas maternidades públicas e privadas do Município de São Paulo. *Rev Saúde Pública.* 2001; 35(5): 409-14.

Toma TS, Rea MF. Benefícios da amamentação para a saúde da mulher e da criança: um ensaio sobre as evidências. *Cad Saúde Pública.* 2008; 24(2 Supl): 235-46.

Toma TS, Venâncio SI, Rea MF. Iniciativa Hospital Amigo da Criança: uma reflexão sobre processos educativos para a implantação de práticas apropriadas de atenção a mães e recém-nascidos em São Paulo. *BIS – Boletim do Instituto de Saúde.* 2009; 48: 55-7.

UNICEF - Fundo das Nações Unidas para a Infância. *The State of the World's Children 2002: Leadership.* Nova Iorque; 2002.

UNICEF e OMS - Fundo das Nações Unidas para a Infância e Organização Mundial da Saúde. *Iniciativa Hospital Amigo da Criança: revista, atualizada e ampliada para o cuidado integrado. Módulo 1 - histórico e implementação.* Brasília (DF); 2008.

UNICEF e OMS - Fundo das Nações Unidas para a Infância e Organização Mundial da Saúde. *Iniciativa Hospital Amigo da Criança: revista, atualizada e ampliada para o cuidado integrado. Módulo 2 – Fortalecendo e sustentando a Iniciativa Hospital Amigo da Criança: um curso para gestores.* Brasília (DF); 2009a.

UNICEF e OMS - Fundo das Nações Unidas para a Infância e Organização Mundial da Saúde. *Iniciativa Hospital Amigo da Criança: revista, atualizada e ampliada para o cuidado integrado. Módulo 4 - Autoavaliação e monitoramento do hospital.* Brasília (DF); 2009b.

UNICEF - Fundo das Nações Unidas para a Infância [homepage na internet]. *Iniciativa Hospital Amigo da Criança.* 2012 [acesso em 16 fev 2012]. Disponível em: http://www.unicef.org/brazil/pt/activities_9994.htm.

Vannuchi MTO, Monteiro CA, Rea MF, Andrade SM, Matsuo T. Iniciativa Hospital Amigo da Criança e aleitamento materno em unidade de neonatologia. *Rev Saúde Pública*. 2004; 38(3): 422-8.

Venâncio SI, Monteiro CA. A tendência da prática da amamentação no Brasil nas décadas de 70 e 80. *Rev Bras Epidemiol*. 1998; 1(1): 40-9.

Venâncio SI, Escuder MML, Kitoko P, Rea MF, Monteiro CA. Frequência e determinantes do aleitamento materno em municípios do Estado de São Paulo. *Rev Saúde Pública*. 2002; 36(3): 313-8.

Venâncio SI, Escuder MML, Saldiva SRDM, Giugliani ERJ. A prática do aleitamento materno nas capitais brasileiras e Distrito Federal: situação atual e avanços. *J Pediatr (Rio J)*. 2010a; 86(4): 317-24.

Venâncio SI, Saldiva SRDM, Castro ALS, Gouveia AGC, Santana AC, Pinto JCC, et al. Projeto Amamentação e Municípios: a trajetória de implantação de uma estratégia para a avaliação e monitoramento das práticas de alimentação infantil no Estado de São Paulo, no período de 1998-2008. *BEPA – Boletim Epidemiológico Paulista*. 2010b; 7(83): 4-15.

Venâncio SI, Saldiva SRDM, Escuder MML, Giugliani ERJ. The Baby-Friendly-Hospital Initiative shows positive effects on breastfeeding indicators in Brazil. *J Epidemiol Community Health*. 2011; 11: 5p.

WHO – World Health Organization. The optimal duration of exclusive breastfeeding: a systematic review. Geneva; 2001.

WHO – World Health Organization. Global strategy for infant and young child feeding. Geneva; 2003.

WHO – World Health Organization. Indicators for assessing infant and young child feeding practices: conclusions of a consensus meeting held 6–8 November 2007. Washington (D.C.); 2008.

11 CURRÍCULO LATTES DO AUTOR (ALUNO)

Adriana Passanha

Curriculum Vitae

Dados Pessoais

Nome Adriana Passanha
Nascimento 06/05/1986 - São Paulo/SP - Brasil
CPF 35040790880

Formação Acadêmica/Titulação

- 2010** Mestrado em Nutrição em Saúde Pública.
Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, FSP/ USP, Brasil
Título: Padrão de aleitamento materno em menores de seis meses do Município de Ribeirão Preto segundo apoio recebido em maternidades
Orientador: Maria Helena D Aquino Benício
Bolsista do(a): Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo
- 2009 - 2010** Aperfeiçoamento em Aprimoramento Profissional.
Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, FSP/ USP, Brasil
Título: Atendimento em grupo para cuidadores de crianças e adolescentes de seis a quatorze anos: relato de caso e elaboração de protocolo
Orientador: Maria Elisabeth Machado Pinto e Silva
Bolsista do(a): Fundação do Desenvolvimento Administrativo
- 2005 - 2008** Graduação em Nutrição.
Centro Universitário São Camilo - Campus Pompeia, SAO CAMILO, Sao Paulo, Brasil
Título: Fatores de risco e de proteção associados ao câncer de cólon e reto: um enfoque nutricional
Orientador: Mariana Doce Passadore

Formação complementar

- 2011 - 2011** Curso de curta duração em Inquéritos de Saúde.
Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, FSP/ USP, Brasil
- 2009 - 2009** Treinamento de Medidas Antropométricas.
Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, FSP/ USP, Brasil
- 2007 - 2007** Curso de curta duração em Tópicos Avançados em Nutrição Esportiva.
Centro Universitário São Camilo, CUSC, Brasil
- 2006 - 2006** Curso de curta duração em Primeiros Socorros.
Centro Universitário São Camilo, CUSC, Brasil

12 CURRÍCULO LATTES DO ORIENTADOR

Maria Helena D Aquino Benicio

Curriculum Vitae

Dados Pessoais

Nome Maria Helena D Aquino Benicio
Nascimento 20/11/1945 - São Paulo/SP - Brasil
CPF 48389412853

Formação Acadêmica/Titulação

- 2010** Livre Docência.
 Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, FSP/ USP, Brasil
 Título: Estimativas da prevalência de desnutrição infantil nos 5507 municípios brasileiros em 2006, Ano de obtenção: 2010
- 1977 - 1983** Doutorado em Medicina (Medicina Preventiva).
 Universidade de São Paulo, USP, São Paulo, Brasil
 Título: FATORES DE RISCO DE BAIXO PESO AO NASCER EM RECEM-NASCIDOS VIVOS - MUNICIPIO DE SÃO PAULO, 1978, Ano de obtenção: 1983
 Orientador: JOSE MARIA PACHECO DE SOUZA
- 1973 - 1974** Especialização em Nutrição.
 Institucion Mexicana de Assitencia a la Niños, IMAN, México
 Título: Correlaciones Biológicas y Ambientales de La Estatura Del Niño a los 7,5 Años
- 1970 - 1972** Especialização - Residência médica.
 Universidade Federal de São Paulo, UNIFESP, São Paulo, Brasil
 Título: Pediatria
- 1964 - 1969** Graduação em Medicina.
 Universidade Federal de São Paulo, UNIFESP, São Paulo, Brasil, Ano de obtenção: 1969

Atuação profissional

1. Universidade de São Paulo - USP

Vínculo institucional

- 2010 - Atual** Vínculo: Servidor público , Enquadramento funcional: Professor Associado , Carga horária: 40, Regime: Dedicção Exclusiva
- 1978 - 1982** Vínculo: Servidor público , Enquadramento funcional: Auxiliar de Ensino, Regime: Dedicção Exclusiva
- 1978 - 2010** Vínculo: Servidor público , Enquadramento funcional: Professor doutor , Carga horária: 40, Regime: Dedicção

**ANEXO 1 – INSTRUMENTO DE AUTO-AVALIAÇÃO HOSPITALAR
ADAPTADO**

QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO DAS PRÁTICAS HOSPITALARES¹

¹(adaptado de OMS e UNICEF, 2009)

Nome da Instituição: _____

Respondente: _____

Cargo: _____ **Data:** ____/____/____

O hospital é: <i>[marcar <u>todas</u> as alternativas aplicáveis]</i>	
☐ Um hospital maternidade ☐ Um hospital geral ☐ Um hospital universitário	☐ Um hospital público ☐ Um hospital particular ☐ Outro (especificar): _____

Número de leitos reservados na maternidade para o pós-parto: _____

Número médio de mães com bebês nascidos a termo em ala(s) de pós-parto: _____

O hospital possui instalação(ões) para lactentes que necessitam de cuidados especiais (baixo peso ao nascer, prematuros, etc.)? ☐ Sim ☐ Não *[Em caso afirmativo:]*

Nome da instalação: _____

Existem áreas na ala de maternidade designadas como berçários? ☐ Sim ☐ Não

Há leitos reservados para casos de gravidez de alto risco? ☐ Sim ☐ Não

Os profissionais abaixo têm responsabilidade direta por assistir mulheres que amamentam:

☐ Enfermeiras ☐ Parteiras ☐ Enfermeiras de UTIN/cuidados especiais ☐ Consultores de lactação ☐ Nutricionistas ☐ Clínicos gerais	☐ Pediatras ☐ Obstetras ☐ Conselheiros em alimentação de lactentes ☐ Auxiliares e técnicos de enfermagem ☐ Outros (especificar:) ☐
--	---

PASSO 1. Ter uma política de aleitamento materno escrita que seja rotineiramente transmitida a toda equipe de cuidados de saúde

	SIM	NÃO
1.1 A unidade de saúde possui uma política de aleitamento materno/alimentação de lactentes que contempla todos os 10 Passos Para o Sucesso do Aleitamento Materno em serviços de maternidade?	☐	☐
1.2 A política protege o aleitamento materno pela proibição de toda a promoção de substitutos do leite materno, mamadeiras e bicos?	☐	☐
1.3 A política proíbe a distribuição de brindes com amostras ou materiais promocionais desses produtos para gestantes, entre outros, bem como presentes para a equipe e para o hospital?	☐	☐
1.4 A política de aleitamento materno/alimentação de lactentes está disponível para consulta por todos da equipe que prestam cuidados a mães e bebês?	☐	☐
1.5 Um resumo da política de aleitamento materno/alimentação de lactentes, incluindo assuntos relacionados aos 10 Passos, ao Código Internacional de Comercialização dos Substitutos do Leite Materno e resoluções subsequentes da AMS, está exposto em todas as áreas da unidade de saúde que atende mães, lactentes e/ou crianças?	☐	☐
1.6 O resumo das políticas está afixado em idioma(s) e linguagem comumente entendidos pelas mães e pela equipe?	☐	☐
1.7 Há um mecanismo para avaliação da eficácia da política?	☐	☐
1.8 Todas as políticas ou normas relacionadas a aleitamento materno e alimentação de lactentes estão de acordo com evidências científicas atuais?	☐	☐

PASSO 2. Capacitar toda a equipe de cuidados de saúde nas práticas necessárias para implementar esta política

	SIM	NÃO
2.1 Todos os integrantes da equipe que prestam cuidados a gestantes, mães e lactentes são orientados sobre a política de aleitamento materno/alimentação de lactentes do hospital quando começam a trabalhar?	☐	☐
2.2 Os integrantes da equipe que cuidam de gestantes, mães e bebês estão cientes da importância do aleitamento materno e têm familiaridade com a política da unidade e serviços destinados a proteger, promover e apoiar a amamentação?	☐	☐
2.3 Os integrantes da equipe que prestam cuidados a gestantes, mães e lactentes (ou todos os integrantes, caso ocupem com frequência cargos com esta responsabilidade) receberam treinamento em promoção e apoio ao aleitamento materno até seis meses após a contratação, a não ser que tenham recebido treinamento equivalente em outro lugar?	☐	☐
2.4 O treinamento abrange todos os Dez Passos para o Sucesso do Aleitamento Materno e o Código Internacional de Comercialização dos Substitutos do Leite Materno?	☐	☐
2.5 O treinamento do corpo clínico é de pelo menos 20 horas no total, incluindo um mínimo de 3 horas de prática clínica supervisionada?	☐	☐
2.6 O treinamento da equipe não clínica é suficiente, tendo em vista seus papéis, para que adquiram as habilidades e os conhecimentos necessários para incentivar as mães a alimentarem seus lactentes com sucesso?	☐	☐
2.7 Os integrantes da equipe clínica que cuidam de gestantes, mães e lactentes estão aptos a responder a questões simples sobre promoção e apoio do aleitamento materno e cuidados de saúde para mães que não amamentam?	☐	☐
2.8 A equipe não clínica, tais como atendentes, assistentes sociais, funcionários administrativos, dos setores de copa e limpeza, estão aptos a responder questões simples sobre aleitamento materno e sobre como fornecer apoio para mães na alimentação de seus bebês?	☐	☐
2.9 A unidade providenciou treinamento especializado em gerenciamento da lactação para integrantes específicos da equipe?	☐	☐

PASSO 3. Informar todas as gestantes sobre os benefícios e o manejo do aleitamento materno

Observação:

Se o hospital não possui serviço de pré-natal ou clínica de pré-natal satélite, as questões relacionadas ao Passo 3 não são aplicáveis e não precisam ser respondidas.

	SIM	NÃO
3.1 O hospital possui uma clínica de pré-natal ou clínicas de pré-natal satélites?	☐	☐
3.2 Em caso afirmativo, as gestantes que tiveram acesso aos serviços de pré-natal foram informadas sobre a importância e o manejo do aleitamento materno?	☐	☐
3.3 Os registros de pré-natal indicam se o aleitamento materno tem sido discutido com as gestantes?	☐	☐
3.4 As orientações fornecidas durante o pré-natal, sejam verbais ou escritas, abrangem os tópicos essenciais relacionados à importância e ao manejo do aleitamento materno?	☐	☐
3.5. As gestantes estão protegidas da promoção comercial (tanto verbal como escrita) e de reuniões em grupo sobre alimentação artificial?	☐	☐
3.6. As gestantes que tiveram acesso aos serviços de pré-natal estão aptas a descrever os riscos da oferta de suplementos paralela à amamentação nos primeiros seis meses de vida?	☐	☐
3.7 As gestantes que tiveram acesso aos serviços de pré-natal estão aptas a descrever a importância do contato pele a pele desde cedo entre mães e filhos e do alojamento conjunto?	☐	☐
3.8 Os registros do acompanhamento pré-natal da mãe são disponibilizados quando iniciado o trabalho de parto?	☐	☐
3.9 A unidade de saúde leva em conta a intenção da mulher de amamentar quando decide sobre o uso de sedativos, analgésicos ou anestésicos (se usados), durante o trabalho de parto?	☐	☐
3.10 A equipe da unidade de saúde está ciente dos efeitos de tais medicamentos sobre o aleitamento materno?	☐	☐

PASSO 4. Ajudar as mães a iniciar o aleitamento materno na primeira meia hora após o nascimento

Este passo é agora interpretado como:

Colocar os bebês em contato direto com a mãe logo após o parto por pelo menos uma hora e incentivar a mãe a identificar se o bebê está pronto para ser amamentado, oferecendo ajuda, se necessário

	SIM	NÃO
4.1 Os bebês que nasceram de parto vaginal ou cesariana sem anestesia geral foram colocados em contato pele a pele com suas mães imediatamente após o nascimento e suas mães foram encorajadas a continuar esse contato por pelo menos uma hora?	☐	☐
4.2 Os bebês que nasceram por cesariana com anestesia geral foram colocados em contato pele a pele com suas mães assim que elas ficaram alertas, e os mesmos procedimentos foram seguidos?	☐	☐
4.3 Todas as mães recebem, neste período, ajuda para reconhecer os sinais de que seus bebês estão prontos para mamar e recebem ajuda, se necessário?	☐	☐
4.4 As mães de bebês em unidades de cuidados especiais são estimuladas a segurar seus bebês, com contato pele a pele, a menos que haja uma razão justificável para não fazê-lo?	☐	☐

PASSO 5. Mostrar às mães como amamentar e como manter a lactação mesmo se vierem a ser separadas dos filhos

	SIM	NÃO
5.1 A equipe oferece a todas as mães que amamentam ajuda com a amamentação de seus bebês na segunda mamada ou num intervalo de até 6 horas após o parto?	☐	☐
5.2 A equipe é capaz de descrever as informações que fornece e demonstrar as habilidades que ensina às mães que amamentam e não amamentam para assisti-las na alimentação bem sucedida dos seus bebês?	☐	☐
5.3 Os integrantes da equipe ou conselheiros que têm treinamento especializado em manejo do aleitamento materno e lactação estão disponíveis em tempo integral para aconselhar as mães durante sua estadia na unidade de saúde e na preparação para alta?	☐	☐
5.4 A equipe oferece orientações sobre outras opções de alimentação e cuidados com os seios para mães de bebês em unidades de cuidados especiais que decidiram por não amamentá-los?	☐	☐
5.5 As mães que amamentam são capazes de demonstrar o posicionamento e a pega corretos para a amamentação?	☐	☐
5.6 As mães que amamentam sabem mostrar como extrair manualmente o leite materno ou recebem informações sobre essa prática e orientações quanto a onde obter ajuda com ela, caso necessitem?	☐	☐
5.7 As mães que nunca amamentaram ou que já tiveram problemas com a amamentação no passado recebem atenção e apoio especiais da equipe nos períodos pré-natal e pós-parto?	☐	☐
5.8 As mães de bebês em unidades de cuidados especiais que estejam planejando amamentar são auxiliadas, nas primeiras 6 horas após o parto, a estabelecer e manter a lactação pela expressão frequente do leite e são orientadas com que frequência devem fazê-lo?	☐	☐

PASSO 6. Não oferecer a recém-nascidos bebida ou alimento que não seja o leite materno, a não ser que haja indicação *médica*

	SIM	NÃO
6.1 Os dados do hospital indicam que pelo menos 75% dos bebês nascidos a termo que receberam alta no ano anterior foram amamentados exclusivamente (ou alimentados exclusivamente com leite materno) do nascimento à alta ou, caso contrário, que houve razões médicas aceitáveis ou escolhas informadas?	☐	☐
6.2 Os bebês são amamentados e não recebem alimento ou bebida que não o leite materno, a não ser por razões médicas aceitáveis ou escolhas informadas?	☐	☐
6.3 A unidade de saúde cuida para que não sejam divulgados ou distribuídos quaisquer materiais que recomendem a alimentação com substitutos do leite materno, mamadas com tempo determinado ou outras práticas inadequadas?	☐	☐
6.4 Todos os procedimentos ou padrões clínicos relacionados à amamentação e alimentação de lactentes estão em conformidade com os padrões da IHAC e com diretrizes baseadas em evidências científicas?	☐	☐

PASSO 7. Praticar o alojamento conjunto – permitir que mães e recém-nascidos permaneçam juntos – 24 horas por dia

	SIM	NÃO
7.1 A mãe e o bebê ficam juntos e/ou alojados conjuntamente imediatamente após o nascimento?	☐	☐
7.2 As mães que tiveram partos cesarianos ou outros procedimentos com anestesia geral ficam junto com seus bebês e/ou iniciam o alojamento conjunto assim que estão aptas a responder às necessidades dos seus bebês?	☐	☐
7.3 As mães e os lactentes permanecem juntos (alojamento conjunto ou cama conjunta) 24 horas por dia, a menos que a separação seja plenamente justificada?	☐	☐

PASSO 8. Incentivar o aleitamento materno sob livre demanda

	SIM	NÃO
8.1 As mães são orientadas a como reconhecer os sinais que indicam quando seus bebês estão com fome?	☐	☐
8.2 As mães são estimuladas a alimentar seus bebês sempre e por quanto tempo os bebês quiserem?	☐	☐
8.3 As mães que amamentam são informadas de que se seus bebês dormirem muito elas devem acordá-los e tentar a amamentação e que se seus seios ficarem cheios elas também devem tentar amamentá-los?	☐	☐

PASSO 9. Não oferecer bicos artificiais ou chupetas a crianças amamentadas

	SIM	NÃO
9.1 Os bebês recebem cuidados sem o uso de mamadeiras?	☐	☐
9.2 A equipe fornece às mães informações sobre os riscos associados à alimentação com leite ou outros líquidos em mamadeiras?	☐	☐
9.3 Os bebês recebem cuidados sem o uso de chupetas?	☐	☐

PASSO 10. Promover a formação de grupos de apoio à amamentação e encaminhar as mães a esses grupos após a alta da maternidade

	SIM	NÃO
10.1 A equipe discute com as mães que estão perto de receber alta como elas alimentarão seus bebês após retornarem para casa?	☐	☐
10.2 O hospital possui um sistema de cuidados continuados para mães após elas receberam alta, como consultas de pós-natal ou aconselhamento em lactação, visitas domiciliares ou telefonemas?	☐	☐
10.3 A unidade promove a formação e/ou a coordenação de grupos de apoio à mãe e outros serviços comunitários que ofereçam apoio às mães na alimentação de seus bebês?	☐	☐
10.4 Para que recebam apoio com a amamentação, as mães são encaminhadas a consultas de acompanhamento ou grupos de apoio à mãe, conselheiros comunitários ou outros serviços de apoio comunitário, como centros de cuidados primários de saúde ou de cuidados materno-infantis, se disponíveis?	☐	☐
10.5 As mães têm acesso, antes da alta, a materiais impressos com informações sobre onde obter apoio continuado?	☐	☐
10.6 As mães são estimuladas a consultar, logo após a alta (de preferência de 2 a 4 dias após o parto e mais uma vez após a segunda semana), um profissional de saúde ou pessoa qualificada em apoio à amamentação na comunidade que possa avaliar como elas estão alimentando seus bebês e oferecer apoio, se necessário?	☐	☐
10.7 A unidade permite o aconselhamento em amamentação/alimentação de lactentes oferecido por conselheiros de grupos de apoio à mãe em seus serviços materno-infantis?	☐	☐

INSTITUTO DE SAÚDE/SES-SP
Projeto Amamentação e Municípios - 2010

Nº _____ (CÓDIGO PARA DIGITAÇÃO)		☐ RECUSA	
01-DATA: ____/____/____	02-ENTREVISTADOR: _____	03-MUNICÍPIO: _____	04-UF: _____
05-LOCAL DE VACINAÇÃO: _____		06-ÁREA ☐ Urbana ☐ Rural	
07-DATA DE NASCIMENTO DESTA CRIANÇA ____/____/____		☐ Não há informação (ENCERRE A ENTREVISTA)	
08-SEXO DA CRIANÇA:	☐ Masculino ☐ Feminino		
09-QUAL O SEU PARENTESCO COM ESTA CRIANÇA?	☐ Mãe ☐ Pai ☐ Outro ou nenhum parentesco		
10-A CRIANÇA MORA NESTA CIDADE?	☐ Sim ☐ Não		
<p>- O(A) SENHOR(A) PODE ME DIZER QUAIS ALIMENTOS ESTA CRIANÇA TOMOU OU COMEU DESDE ONTEM DE MANHÃ ATÉ HOJE DE MANHÃ? EU VOU FALAR O NOME DE CADA ALIMENTO E O(A) SR.(A) ME RESPONDE SIM OU NÃO. (Q. 11 à Q. 34)</p>			
11-TOMOU LEITE DE PEITO?	☐ Sim ☐ Não (PASSE P/Q. 13) ☐ Não Sabe (PASSE P/Q. 13)		
12-QUANTAS VEZES?	(Anotar 8 se forem 8 vezes ou mais) ☐ Não sabe		
13-TOMOU ÁGUA?	☐ Sim ☐ Não ☐ Não Sabe		
14-TOMOU CHÁ?	☐ Sim ☐ Não ☐ Não Sabe		
15-TOMOU OUTRO LEITE?	☐ Sim ☐ Não (PASSE P/Q.17) ☐ Não Sabe (PASSE P/Q. 17)		
16-A CRIANÇA RECEBEU ESSE OUTRO LEITE (Leia as alternativas e assinale apenas uma)			
☐ Só durante o dia? ☐ Só à noite? ☐ De dia e de noite? ☐ Não Sabe			
17-TOMOU MINGAU DOCE OU SALGADO?	☐ Sim ☐ Não ☐ Não Sabe		
18-COMEU FRUTA EM PEDAÇO OU AMASSADA?	☐ Sim ☐ Não ☐ Não Sabe		
19-COMEU COMIDA DE SAL (DE PANELA, PAPA, SOPA)	☐ Sim ☐ Não (PASSE P/Q.26) ☐ Não Sabe (PASSE P/Q.26)		
20-QUANTAS VEZES?	☐ 1 vez ☐ 2 vezes ☐ 3 vezes ou mais ☐ Não Sabe		
21-A COMIDA OFERECIDA FOI: (Leia as alternativas. Se necessário assinale mais de uma alternativa)			
☐ Igual à da família? ☐ Preparada só para a criança? ☐ Industrializada (de potinho)? ☐ Não Sabe			
Q.21 _____		(Código para Digitação)	
22-ESSA COMIDA FOI (Leia as alternativas. Se necessário assinale mais de uma alternativa)			
☐ Em pedaços? ☐ Amassada? ☐ Passada pela peneira? ☐ Liquidificada? ☐ Não Sabe			
Q.22 _____		(Código para Digitação)	
23-A COMIDA TINHA ALGUM TIPO DE CARNE DE BOI, FRANGO, PEIXE, MIÚDOS?	☐ Sim ☐ Não ☐ Não Sabe		
24-A COMIDA TINHA FEIJÃO, EM CALDO OU GRÃO?	☐ Sim ☐ Não ☐ Não Sabe		
25-A COMIDA TINHA LEGUMES E/OU VERDURAS?	☐ Sim ☐ Não ☐ Não Sabe		
26-TOMOU SUCO DE FRUTA NATURAL OU ÁGUA DE COCO?	☐ Sim ☐ Não ☐ Não Sabe		
ENTREVISTADOR, LEMBRAR DE DIZER: "- DESDE ONTEM DE MANHÃ ATÉ HOJE DE MANHÃ ESSA CRIANÇA":			
27-TOMOU SUCO INDUSTRIALIZADO OU ÁGUA DE COCO EM CAIXINHA?	☐ Sim ☐ Não ☐ Não Sabe		
28-TOMOU REFRIGERANTE?	☐ Sim ☐ Não ☐ Não Sabe		
29-TOMOU CAFÉ?	☐ Sim ☐ Não ☐ Não Sabe		
30-RECEBEU ALIMENTO ADOÇADO COM AÇÚCAR, MEL, MELADO, ADOÇANTE?	☐ Sim ☐ Não ☐ Não Sabe		
31-COMEU BOLACHA, BISCOITO OU SALGADINHO?	☐ Sim ☐ Não ☐ Não Sabe		
32-TOMOU OU COMEU OUTROS ALIMENTOS?	☐ Sim ☐ Não ☐ Não Sabe		
33-USOU MAMADEIRA OU CHUQUINHA?	☐ Sim ☐ Não ☐ Não Sabe		
34-USOU CHUPETA?	☐ Sim ☐ Não ☐ Não Sabe		

35-EM QUE MUNICÍPIO ESTA CRIANÇA NASCEU? _____ (Anote o nome) 9 ☐ Não Sabe	
36-EM QUE HOSPITAL ESTA CRIANÇA NASCEU? _____ (Anote o nome)	
998 ☐ Nasceu em casa 9 ☐ Não Sabe	
Q.36 ☐ HAC (Digitador localize o nome desse Hospital na lista de Hospitais Amigo da Criança)	
37-QUAL FOI O TIPO DE PARTO?	1 ☐ Normal 2 ☐ Fórceps 3 ☐ Cesárea 9 ☐ Não Sabe
38-A CRIANÇA MAMOU NA PRIMEIRA HORA DE VIDA, LOGO APÓS O PARTO?	1 ☐ Sim 2 ☐ Não 9 ☐ Não Sabe
39-O(A) SR.(A) ESTÁ COM A CADERNETA DE SAÚDE DA CRIANÇA EM MÃOS? (Considere apenas a nova Caderneta do Ministério da Saúde - capa azul e rosa)	1 ☐ Sim 2 ☐ Não (PASSE P/ Q.43)
40- [Se for a Mãe da criança]: - A SRA. LEU A CADERNETA? 1 ☐ Sim, inteira 2 ☐ Sim, algumas partes 3 ☐ Não leu [Outros acompanhantes]: 9 ☐ Não é a mãe (PASSE P/ Q.41)	
ENTREVISTADOR, VEJA OS CRÁFICOS DA CADERNETA DE SAÚDE (PARA MENINAS E MENINOS) E ANOTE (Q.41 E Q.42)	
41- NA CADERNETA TEM PELO MENOS 2 REGISTROS DE PESO NO GRÁFICO DE CRESCIMENTO?	
PARA MENINA (página 46 E 47) 1 ☐ Sim 2 ☐ Não	PARA MENINO (página 56 E 57) 1 ☐ Sim 2 ☐ Não
42- NA CADERNETA TEM PELO MENOS 2 REGISTROS DE ALTURA NO GRÁFICO DE CRESCIMENTO?	
PARA MENINA (página 48 E 49) 1 ☐ Sim 2 ☐ Não	PARA MENINO (página 58 E 59) 1 ☐ Sim 2 ☐ Não
43-QUAL O PESO DESTA CRIANÇA AO NASCER? <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> g (Se necessário, anote da Caderneta) 9999 ☐ Não Sabe	
44-ONDE COSTUMAM LEVAR A CRIANÇA PARA AS CONSULTAS DE ROTINA? (Assinale apenas uma alternativa)	
1 ☐ Serviço Particular ou Convênio	
2 ☐ Rede Pública: _____ (Anote o nome)	
9 ☐ Não Sabe/Não se aplica	
Q.44 → Se REDE PÚBLICA especificar: 2 ☐ UBS 3 ☐ PACS/PSF 4 ☐ Outros (Código para Digitação)	
FAZER AS PERGUNTAS DO QUADRO ABAIXO APENAS PARA CRIANÇAS MENORES DE 4 MESES (Q. 45 à Q.49)	
45-LOGO APÓS O NASCIMENTO, COM QUANTOS DIAS A CRIANÇA RECEBEU ALTA DA MATERNIDADE?	
____ Anote em dias. (PASSE P/ Q.46) 998 ☐ Nasceu em casa [(Se for a mãe, PASSE P/ Q.50). (Se NÃO for a mãe Encerre a Entrevista)]	
999 ☐ Não Sabe [(Se for a mãe, PASSE P/ Q.50). (Se NÃO for a mãe Encerre a Entrevista)]	
NO PRIMEIRO DIA EM CASA, APÓS ALTA DA MATERNIDADE A CRIANÇA	
46-MAMOU NO PEITO?	1 ☐ Sim 2 ☐ Não 9 ☐ Não Sabe
47-TOMOU OUTRO LEITE?	1 ☐ Sim 2 ☐ Não 9 ☐ Não Sabe
48-TOMOU ÁGUA?	1 ☐ Sim 2 ☐ Não 9 ☐ Não Sabe
49-TOMOU CHÁ?	1 ☐ Sim 2 ☐ Não 9 ☐ Não Sabe
FAZER AS PERGUNTAS ABAIXO QUANDO O ACOMPANHANTE FOR A MÃE DA CRIANÇA (Q. 50 à Q. 55)	
50-QUAL É A IDADE DA SRA.? _____ (Anos completos)	
51-ESTA CRIANÇA É O PRIMEIRO FILHO?	1 ☐ Sim 2 ☐ Não (Considere apenas filhos nascidos vivos)
52-A SRA. SABE LER E ESCRIVER?	1 ☐ Sim 2 ☐ Não
53-QUAL A ÚLTIMA SÉRIE QUE CURSOU COM APROVAÇÃO? (Assinale abaixo)	54-E GRAU? (Assinale abaixo)
0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐	1 ☐ 2 ☐ 3 ☐
0 ☐ SEM ESCOLARIDADE 1 ☐ ENSINO FUNDAMENTAL	2 ☐ ENSINO MÉDIO 3 ☐ SUPERIOR
Q.53 Q.54 (Código para Digitação)	
55-SOBRE O TRABALHO, NESTE MOMENTO A SRA.: (Leia as alternativas e assinale apenas uma)	
1 ☐ Está trabalhando fora 2 ☐ Não está trabalhando fora 3 ☐ Está sob Licença Maternidade	
Observações:	

FIGURAS COMPLEMENTARES AO ARTIGO 1

Figura 3. Frequência de Aleitamento Materno Exclusivo (AME) e de Aleitamento Materno Predominante (AMP) segundo idade da criança. Município de Ribeirão Preto, 2011.

Figura 4. Distribuição (n) do número de passos cumpridos por cada maternidade. Município de Ribeirão Preto, 2011.

* Em 3 hospitais, o cumprimento do passo 3 “não se aplica”.

Figura 5. Distribuição (n) das maternidades segundo cumprimento de cada passo. Município de Ribeirão Preto, 2011.

Figura 6. Proporção (%) de crianças nascidas em maternidades segundo o número total de passos cumpridos. Município de Ribeirão Preto, 2011.

**ANEXO 4 – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA DA FACULDADE DE
SAÚDE PÚBLICA**

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA - COEP

Faculdade de Saúde Pública
Universidade de São Paulo

OF.COEP/435/10

7 de dezembro de 2010.

Prezadas pesquisadora e orientadora,

O Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo – COEP **analisou**, em sua **10ª/10 Sessão Ordinária**, realizada em **03/12/2010**, de acordo com a Resolução n.º 196/96 do Conselho Nacional de Saúde – CNS e suas complementares, o protocolo de pesquisa n.º 2186, intitulado **"PADRÃO DE ALEITAMENTO MATERNO EM MENORES DE SEIS MESES SEGUNDO APOIO RECEBIDO EM MATERNIDADES"**, área temática **GRUPO III**, sob responsabilidade da pesquisadora **Adriana Passanha** e orientação da Professora **Maria Helena d'Aquino Benício**, considerando-o **APROVADO**.

Cabe lembrar que, conforme a Resolução CNS 196/96, são deveres do(a) pesquisador(a): 1. Comunicar de imediato qualquer alteração no projeto e aguardar manifestação deste Comitê de Ética em Pesquisa para dar continuidade à pesquisa; 2. Manter sob sua guarda e em local seguro, pelo prazo de 5 (cinco) anos, os dados da pesquisa, contendo fichas individuais e todos os demais documentos recomendados pelo COEP, no caso eventual auditoria; 3. Comunicar formalmente a este Comitê quando houver o encerramento da pesquisa; 4. Elaborar e apresentar relatórios parciais e final; 5. Justificar perante o COEP interrupção do projeto ou a não publicação dos resultados.

Atenciosamente,

Claudio Leone
Professor Titular

Coordenador do Comitê de Ética em Pesquisa – FSP/USP

Ilm.ª Sr.ª

Prof.ª Assoc. **Maria Helena d'Aquino Benício**

Departamento de Nutrição

Faculdade de Saúde Pública da USP

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA - COEP

Faculdade de Saúde Pública
Universidade de São Paulo

OF.COEP/105/11

25 de março de 2011.

Prezadas pesquisadora e orientadora,

O Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, em sua **2ª/11 Sessão Ordinária**, realizada em **18/3/2011**, analisou, de acordo com a Resolução n.º 196/96 do Conselho Nacional de Saúde e suas complementares, o **adendo** ao protocolo de pesquisa n.º **2186**, intitulado **"PADRÃO DE ALEITAMENTO MATERNO EM MENORES DE SEIS MESES SEGUNDO APOIO RECEBIDO EM MATERNIDADES"**, do **grupo III**, sob responsabilidade da pesquisadora **Adriana Passanha** e orientação da Professora **Maria Helena D'Aquino Benício**, que define o município de Ribeirão Preto como participante da pesquisa, considerando o **APROVADO**.

Cabe lembrar que, de acordo com a Res. CNS 196/96, são deveres do(a) pesquisador(a):
1) Comunicar de imediato qualquer alteração no projeto e aguardar manifestação deste Comitê de Ética em Pesquisa para dar continuidade à pesquisa; 2) Manter sob sua guarda e em local seguro, pelo prazo de 5 (cinco) anos, os dados da pesquisa, contendo fichas individuais e todos os demais documentos recomendados pelo COEP, no caso eventual auditoria; 3) Comunicar formalmente a este Comitê quando houver o encerramento da pesquisa; 4) Elaborar e apresentar relatórios parciais e final; 5) Justificar perante o COEP interrupção do projeto ou a não publicação dos resultados.

Atenciosamente,

Prof. Dr. Cláudio Leone**Coordenador do Comitê de Ética em Pesquisa - FSP/USP**

Ilma. Sra.

Profa. Dra. **Maria Helena D'Aquino Benício**

Departamento de Nutrição

Faculdade de Saúde Pública da USP

MINISTÉRIO DA SAÚDE
Conselho Nacional de Saúde
Comissão Nacional de Ética em Pesquisa - CONEP

FOLHA DE ROSTO PARA PESQUISA ENVOLVENDO SERES HUMANOS				FR - 396991	
Projeto de Pesquisa Padrão de aleitamento materno em menores de seis meses do Município de Ribeirão Preto segundo apelo recebido em maternidades					
Área de Conhecimento 4.00 - Ciências da Saúde - 4.06 - Nutrição - Nenhum				Grupo Grupo III	Nível Não se aplica
Área(s) Temática(s) Especial(is)				Fase Não se aplica	
Uniformes Serviços de Saúde da Criança, Maternidades, Aleitamento Materno					
Sujeitos na Pesquisa					
Nº de Sujeitos no Centro 500	Total Brasil 900	Nº de Sujeitos Total 500	Grupos Especiais Criança e ou menores de 18 anos		
Placebo NÃO	Medicamentos NÃO	Wash-out NÃO	Sem Tratamento Específico NÃO	Banco de Materiais Biológicos NÃO	
Pesquisador Responsável					
Pesquisador Responsável Adriana Passanha			CPF 350.407.908-80	Identidade 353783682	
Área de Especialização NUTRIÇÃO EM SAÚDE PÚBLICA			Maior Titulação APERFEIÇOAMENTO	Nacionalidade BRASILEIRA	
Endereço RUA CARAPUTINGA, 679			Bairro FREGUESIA DO Ó	Cidade SÃO PAULO - SP	
Código Postal 02926-000	Telefone / 39783084		Fax	Email adriana.passanha@gmail.com	
Termo de Compromisso					
Declaro que conheço e cumpro os requisitos da Res. CNS 196/96 e suas complementares. Comprometo-me a utilizar os materiais e dados coletados de maneira adequada para os fins previstos no protocolo e assegurar os resultados sejam estes favoráveis ou não.					
Aceito as responsabilidades pela construção científica do projeto acima.					
Data: 10/01/2011			Assinatura		
Instituição Proponente					
Nome Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo			CNPJ 83.025.530/0017-71	Nacional/Internacional Nacional	
Unidade/Orgão Departamento de Nutrição			Participação Estrangeira NÃO	Projeto Multicêntrico NÃO	
Endereço Av. Dr. Arnaldo, 716			Bairro Cerroqueira César	Cidade São Paulo - SP	
Código Postal 01248-904	Telefone (11) 3061-7779		Fax (11) 3061-7742	Email coep@fsp.usp.br	
Termo de Compromisso					
Declaro que conheço e cumpro os requisitos da Res. CNS 196/96 e suas complementares e como esta instituição tem condições para o desenvolvimento deste projeto, autorizo sua execução.					
Nome: SANDRA ROBERTA GOMES FERREIRA VIEIRA			Assinatura		
Data: 10/01/2011			Assinatura		
Instituição Co-Participante					
Nome Secretaria Municipal da Saúde de Ribeirão Preto			CNPJ J.	Nacional/Internacional Nacional	
Unidade/Orgão Secretaria Municipal da Saúde de Ribeirão Preto			Participação Estrangeira NÃO	Projeto Multicêntrico NÃO	
Endereço Rua Prudente de Moraes, 457			Bairro Centro	Cidade Ribeirão Preto - SP	
Código Postal 14015-100	Telefone 16-39779300		Fax	Email	
Termo de Compromisso					
Declaro que conheço e cumpro os requisitos da Res. CNS 196/96 e suas complementares.					
Nome: Dr. Stênio José Corrêa Miranda					
Secretário Municipal da Saúde					

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO AOS HOSPITAIS

Título do Projeto: PADRÃO DE ALEITAMENTO MATERNO EM MENORES DE SEIS MESES DO MUNICÍPIO DE RIBEIRÃO PRETO SEGUNDO APOIO RECEBIDO EM MATERNIDADES

Pesquisador Responsável: Adriana Passanha

Este projeto tem o objetivo de avaliar a influência do apoio propiciado pelos hospitais sobre o padrão de aleitamento materno de crianças menores de seis meses no Município de Ribeirão Preto – SP em 2011.

Para tanto será necessário coletar informações referentes às práticas de apoio ao aleitamento materno, mediante entrevista com a chefia do serviço de neonatologia, utilizando instrumento elaborado pelo UNICEF e pela OMS em 2009. Trata-se de um questionário simples e objetivo, onde as respostas são fechadas (sim ou não). A entrevista será realizada presencialmente (no próprio hospital) pela pesquisadora responsável. É necessário que esta entrevista ocorra em Fevereiro de 2011, devido às etapas subsequentes do projeto; porém, a entrevista será agendada de acordo com a disponibilidade do local (preferencialmente durante o período estipulado).

A próxima etapa do projeto envolve a análise do banco de dados do Projeto Amamentação e Municípios de 2011 (AMAMUNIC 2011), o qual é realizado anualmente durante a Campanha Nacional de Vacinação e constitui-se de questionários aplicados às mães de crianças menores de um ano, com questões sobre o consumo alimentar da criança nas últimas 24 horas. O questionário também inclui o local de nascimento destas crianças, bem como características das mães entrevistadas.

Após a coleta de dados das duas etapas descritas anteriormente os dados serão analisados considerando as respostas das entrevistas de cada hospital e as informações obtidas pelo AMAMUNIC 2011.

Durante e após a execução do projeto, todas as informações coletadas serão mantidas em sigilo. Em momento algum serão divulgados nomes de hospitais, funcionários, pacientes, participantes do AMAMUNIC 2011 ou de qualquer sujeito da pesquisa. O banco de dados não estará disponível para livre acesso em nenhum momento. Apenas pessoas diretamente relacionadas ao projeto terão acesso aos dados com as informações sobre os hospitais e sobre o AMAMUNIC 2011.

Eu, _____
após ler e receber explicações sobre a pesquisa, e ter meus direitos de:

1. receber resposta a qualquer pergunta e esclarecimento sobre todos os procedimentos relacionados ao projeto;
2. retirar o consentimento a qualquer momento e deixar de participar do estudo;
3. não identificação do hospital e ser mantido o caráter confidencial das informações relacionadas à privacidade;
4. procurar esclarecimentos com o Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, no telefone (11) 3061-7779 ou Av. Dr. Arnaldo, 715 – Cerqueira César, São Paulo - SP, em caso de dúvidas ou notificação de acontecimentos não previstos.

Declaro estar ciente do exposto e autorizar que a maternidade _____

_____ participe da pesquisa.

Assinatura: _____

Cargo: _____

Número funcional ou de matrícula: _____

Nome da instituição: _____

Eu, *Adriana Passanha*, declaro que forneci todas as informações, referentes ao projeto, ao participante.

_____ Data: ____/____/_____.
Telefone: 3061-7849

TERMO DE COMPROMISSO

O Projeto Amamentação e Municípios – Avaliação de Práticas Alimentares no Primeiro Ano de Vida em Dias Nacionais de Vacinação em 2011 pretende verificar a situação atual da amamentação e da alimentação complementar nos municípios paulistas, fornecendo subsídios para a avaliação e o planejamento das políticas de aleitamento materno no estado de São Paulo.

O treinamento terá duração de 8 horas, contemplando a capacitação para a realização de todas as etapas da pesquisa. Os participantes receberão manuais contendo todas as orientações para os supervisores e entrevistadores.

O instrumento proposto para coleta de dados incluirá, para as crianças menores de um ano, questões sobre o consumo nas últimas 24 horas de leite materno, outros tipos de leite e outros alimentos, seguindo as recomendações da OMS para levantamentos sobre amamentação. Serão elaboradas amostras por conglomerados em dois estágios, a fim de definir o sorteio das crianças menores de um ano que comparecerem à segunda etapa da campanha de vacinação de 2011.

Eu, representante do município Ribeirão Preto, declaro interesse em participar da Pesquisa e autorizo a inclusão dos dados coletados neste município em um Banco de Dados do Instituto de Saúde, bem como a divulgação dos resultados obtidos.

Data: 18/05/11 DRA MARIA CRISTINA BARBOSA
 Nome do Representante: MÁRCIA C. GUERRA DOS REIS
 Cargo: Equipe Proj. de Criança e Adolescente
 Assinatura: Márcia C. Guerra
Maria Cristina Barbosa

**ANEXO 8 – ORÇAMENTO FINANCEIRO DETALHADO E FONTE DE
FINANCIAMENTO**

ORÇAMENTO FINANCEIRO DETALHADO E FONTE DE FINANCIAMENTO

A pesquisadora se responsabilizará pelo custo da pesquisa por meio da reserva técnica de sua bolsa FAPESP (processo número 2010/06737-7).

Para o projeto foram previstos os seguintes gastos:

Material/Recursos	Valor estimado
Impressão, encadernação e xerox	R\$ 200,00
Despesas com transporte (público, rodoviário, táxi)	R\$ 600,00
Estadia – período de coleta dos dados	R\$ 500,00
Participação em eventos científicos	R\$ 2000,00
TOTAL	R\$ 3300,00

As chamadas telefônicas referentes ao contato com a Secretaria Municipal da Saúde de Ribeirão Preto e as maternidades foram realizadas na Faculdade de Saúde Pública, em espaço próprio para este tipo de atividade. Portanto, os gastos despendidos com estas chamadas não estão computados no orçamento do projeto.

Universidade de São Paulo
Faculdade de Saúde Pública

Janus

RELATÓRIO DE QUALIFICAÇÃO

Relatório do Exame de Qualificação do(a) Senhor(a) Adriana Passanha no Programa de Mestrado em Nutrição em Saúde Pública do(a) Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo realizado em 15 de Abril de 2011.

Após declarada aberta a sessão, o(a) Sr(a) Presidente passa a palavra ao candidato para exposição e a seguir aos examinadores para as devidas arguições que se desenvolvem nos termos regimentais. Em seguida, a Comissão Examinadora proclama o resultado:

Participantes da Banca	Instituição	Resultado
Maria Helena D Aquino Benicio (Presidente)	FSP - USP	<u>Aprovada</u>
Sonia Buongermino de Souza	FSP - USP	<u>Aprovada</u>
Sonia Ioyama Venancio	Externo	<u>Aprovada</u>

Resultado Final: _____

Eu, (nome) Alessandra Feitoso (assinatura) A. Feitoso, lavrei o presente relatório, que assino juntamente com os(as) Senhores(as) examinadores.

São Paulo, 15 de Abril de 2011.

Sonia Buongermino de Souza
Sonia Buongermino de Souza

Sonia Ioyama Venancio
Sonia Ioyama Venancio

Maria Helena D Aquino Benicio
Maria Helena D Aquino Benicio
Presidente da comissão examinadora