

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA  
FACULDADE DE MEDICINA  
PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE**

**Cristina Elias Marques**

**INFLUÊNCIA DA AMAMENTAÇÃO E DO CONTATO MÃE-FILHO NA  
PRIMEIRA HORA DE VIDA NOS ÍNDICES DE ALEITAMENTO MATERNO**

**UBERLÂNDIA**

**2012**

**CRISTINA ELIAS MARQUES**

**INFLUÊNCIA DA AMAMENTAÇÃO E DO CONTATO MÃE-FILHO NA  
PRIMEIRA HORA DE VIDA NOS ÍNDICES DE ALEITAMENTO MATERNO**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde da Universidade Federal de Uberlândia, como requisito parcial para a obtenção do título de mestre em Ciências da Saúde.

Área de concentração: Ciências da Saúde

Linha de pesquisa: O leite humano e o processo de aleitamento materno na nutrição infantil

Orientadora: Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Vânia Olivetti Steffen Abdallah

**UBERLÂNDIA**

**2012**

**CRISTINA ELIAS MARQUES**

**INFLUÊNCIA DA AMAMENTAÇÃO E DO CONTATO MÃE-FILHO NA  
PRIMEIRA HORA DE VIDA NOS ÍNDICES DE ALEITAMENTO MATERNO**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde da Universidade Federal de Uberlândia, como requisito parcial para a obtenção do título de mestre em Ciências da Saúde.

Área de concentração: Ciências da Saúde

Linha de pesquisa: O leite humano e o processo de aleitamento materno na nutrição infantil

Orientadora: Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Vânia Olivetti Steffen Abdallah

**Uberlândia, 31 de outubro de 2012**

**Banca Examinadora:**

---

Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Vânia Olivetti Steffen Abdallah (Orientadora) – UFU

---

Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Angélica Lemos Debs Diniz – UFU

---

Prof. Dr. Roberto Gomes Chaves – UFSJ

Dedico este trabalho à memória de meu querido pai, ***Geraldo Marques Pires***, dócil agricultor que trabalhou a terra com o amor de suas mãos e que por causa disso a terra retribui generosamente com bons frutos. A sua força, amor e sabedoria me fizeram crescer em todos os aspectos da minha vida.

À minha mãe, ***Cristina Elias Rosa***, mulher de alma humilde e batalhadora, por seu amor e por seus ensinamentos... Jesus Cristo disse: “Se há alguém superior dentre vós que seja para servir”... Prometo esforçar-me em seguir o seu exemplo de serviço e dedicação ao próximo.

Ao meu esposo, ***Paulo Henrique Souza Couto***, meu companheiro, que eu moldo e por quem sou moldada; o oleiro e o barro; o jardineiro e o jardim, guiados pelo amor... A isso chamamos de família. Amo você!

## AGRADECIMENTOS

Ao meu Deus, que é três vezes Santo, por me instigar na luta pelo dom supremo da vida, meu rochedo e minha fortaleza, autor de minha vida, presença viva em minhas vitórias e realizações, força que me direcionou, me orientou e me conduziu na realização do sonho de mestrado em minha vida.

À Profa. Dra. Vânia Olivetti Steffen Abdallah, agradeço imensamente por seu incentivo, apoio e paciência, por sua orientação precisa na condução deste estudo e pelas oportunidades oferecidas ao meu desenvolvimento profissional. Muito obrigada por ser um exemplo pessoal e profissional na minha história!

Ao Prof. Dr. Rogério de Melo Costa Pinto, por sua atenção, paciência e por seu trabalho na análise estatística dos dados.

Ao Prof. Dr. Morun Bernardino Neto, por sua prontidão e dedicação na organização e análise estatística dos dados.

À nutricionista Angela Maria de Moraes Oliveira, coordenadora do Banco de Leite Humano do HC-UFU, por me incentivar e apoiar na busca de novos conhecimentos em aleitamento materno e por ceder o espaço do Banco de Leite para realização da coleta de dados.

Às funcionárias do Banco de Leite Humano do HC-UFU, pelo carinho com que me acolheram e pelos ensinamentos no atendimento às mães e bebês neste serviço.

Aos alunos de iniciação científica, Gabriela Gonçalves Machado e Luiz Fernando Campos Bruno, pela prontidão, responsabilidade e pela imensa colaboração na coleta e organização dos dados.

À amigas do mestrado, Luana Rodrigues Ferreira Silva e Alderi Lopes Rabelo, pelos momentos de estudos compartilhados, pela alegria e amizade e pelo agradável convívio.

Às puérperas, meus sinceros agradecimentos, por se disporem a fornecer informações que possibilitaram a concretização deste estudo, estímulo para prosseguir nas pesquisas buscando uma melhor assistência à saúde.

Aos órgãos de fomento FAPEMIG e CNPq, pelo apoio financeiro concedido que auxiliou na realização deste estudo.

A todos, que direta ou indiretamente contribuíram para a realização desta pesquisa.  
Muito obrigada!



Ilustração da etnia Guarani/Kaiowá (Mato Grosso do Sul)

Fonte: BRASIL (2008)

**“Não é o quanto fazemos, mas quanto amor colocamos naquilo que fazemos.  
Não é o quanto damos, mas quanto amor colocamos em dar.”**

**Madre Tereza de Calcutá**

## RESUMO

**MARQUES, Cristina E. Influência da amamentação e do contato mãe-filho na primeira hora de vida nos índices de aleitamento materno. Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Uberlândia, Uberlândia, 2012.**

Evidências científicas comprovam que o aleitamento materno é uma estratégia de redução da mortalidade infantil e de promoção da saúde física, mental e psíquica da criança e da mulher que amamenta. Este trabalho objetivou avaliar a influência do tempo de início da primeira mamada e do contato precoce mãe-filho no estabelecimento e manutenção do aleitamento materno. Trata-se de um estudo coorte prospectivo realizado em um hospital público universitário que é referência regional em Minas Gerais. A população do estudo foi composta por 812 duplas mães/recém-nascidos. Foram utilizados dois questionários e uma ficha para a coleta dos dados. Foram analisados o tempo de início da primeira mamada e o contato precoce mãe-filho e a presença do aleitamento materno no 1º, 3º e 6º mês de vida da criança. Foram realizadas análise bivariada e regressão linear múltipla. Dos 812 binômios mãe-filho, 329 (40,5%) amamentaram na primeira hora de vida e 529 (65,1%) estabeleceram contato com a mãe na sala de parto. As análises bivariada e multivariada demonstraram que o início precoce da amamentação e do contato entre mãe e filho estão diretamente relacionados à manutenção do aleitamento materno e ao aleitamento materno exclusivo no 1º, 3º e 6º mês de vida da criança. Conclui-se que tanto a amamentação na primeira hora de vida como a prática do contato precoce mãe-filho influenciaram positivamente o estabelecimento e a manutenção do aleitamento materno. As informações deste estudo contribuem para a elaboração de recomendações em saúde pública que estimulem o início precoce da interação mãe-filho.

**Descritores:** Aleitamento Materno; Avaliação de Serviços de Saúde; Comportamento de Sucção; Relações Mãe-Filho; Salas de Parto.

## ABSTRACT

**MARQUES, Cristina E. Influence of breastfeeding and mother-child contact during the first hour of life in breastfeeding rates. Thesis (MA) – Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Uberlândia, Uberlândia, 2012.**

Scientific evidence proves that breastfeeding is a strategy for reducing child mortality and also a strategy for promoting the physical, mental and psychic health of the child and breastfeeding woman. This study aimed at evaluating the influence of time as to beginning of first breastfeed and early mother-infant contact in establishing and maintaining breastfeeding. This was a prospective cohort study conducted in a public university hospital which is a regional reference in Minas Gerais. The study population consisted of 812 mothers/newborn babies. Two questionnaires and a card for data collection were used. The time of beginning of first breastfeeding and early mother-infant contact and the presence of breastfeeding in 1st, 3rd and 6th month of the child's life were analyzed. Bivariate analysis and multiple linear regressions were performed. Of the 812 mother-child binomials, 329 (40.5%) breastfed in the first hour of life and 529 (65.1%) made contact with the mother in the delivery room. The bivariate and multivariate analyzes showed that the early initiation of breastfeeding and contact between mother and child are directly related to the maintenance of breastfeeding and only mother's milk in the 1st, 3rd and 6th month of the child's life. It was concluded that both breastfeeding in the first hour of life and the practice of early mother-child contact positively influenced the establishment and maintenance of breastfeeding. The information from this study contributes to the development of public health recommendations that encourage early initiation of mother-child interaction.

**Descriptors:** Breastfeeding; Health Services Evaluation; Sucking Behavior, Mother-Child Relations; Delivery Rooms.

## LISTA DE QUADROS E FIGURAS

<b>Quadro 1</b> – Os “Dez Passos para o sucesso no aleitamento materno” da Iniciativa Hospital Amigo da Criança.....	20
<b>Quadro 2</b> – Resumo dos benefícios imediatos e no longo prazo do contato pele a pele da mãe e seu recém-nascido logo após o parto.....	24
<b>Quadro 3</b> – Benefícios imediatos e no longo prazo do aleitamento materno para a mãe e o lactente.....	26
<b>Quadro 4</b> – Desenho do estudo coorte prospectivo.....	31
<b>Figura 1</b> – Formação dos grupos para a análise multivariada. Correlação entre as variáveis e o estabelecimento do contato e da amamentação precoce.....	35
<b>Figura 2</b> - Formação dos grupos para a análise multivariada. Correlação entre estabelecimento do contato e da amamentação precoce e a manutenção do aleitamento materno.....	36
<b>Figura 3</b> – Fluxograma da composição da população de estudo.....	38
<b>Figura 4</b> – Curvas de sobrevida do tempo entre o nascimento e a primeira mamada. Uberlândia, Minas Gerais, 2010 – 2011.....	42
<b>Figura 5</b> - Curvas de sobrevida do tempo entre o nascimento e a primeira mamada entre as crianças nascidas de parto vaginal. Uberlândia, Minas Gerais, 2010 – 2011.....	43
<b>Figura 6</b> - Curvas de sobrevida do tempo entre o nascimento e a primeira mamada entre as crianças nascidas de parto cesáreo. Uberlândia, Minas Gerais, 2010 – 2011.....	43

**Figura 7** - Frequência de aleitamento materno exclusivo nos seis primeiros meses conforme estabelecimento do contato precoce mãe-filho. Uberlândia, Minas Gerais, 2010 – 2011.....61

**Figura 8** - Frequência de aleitamento materno exclusivo nos seis primeiros meses conforme estabelecimento do aleitamento materno precoce. Uberlândia, Minas Gerais, 2010 – 2011.....62

## LISTA DE TABELAS

<b>Tabela 1</b> - Características sócio-demográficas, obstétricas e do pré-natal das mães avaliadas Uberlândia, Minas Gerais, 2010 - 2011.....	39
<b>Tabela 2</b> - Dados sobre aleitamento materno das mães avaliadas: experiência prévia, orientação do pré-natal, desejo de amamentar e orientação durante a internação. Uberlândia, Minas Gerais, 2010 - 2011.....	40
<b>Tabela 3</b> - Práticas hospitalares relacionadas ao quarto passo da Iniciativa Hospital Amigo da Criança e ao aleitamento materno. Uberlândia, Minas Gerais, 2010 - 2011.....	41
<b>Tabela 4</b> - Características dos recém-nascidos e condições de nascimento. Uberlândia, Minas Gerais, 2010 - 2011.....	44
<b>Tabela 5</b> - Prevalência de aleitamento materno e aleitamento materno exclusivo (AME), segundo faixa etária da criança. Uberlândia, Minas Gerais, 2010 – 2011.....	45
<b>Tabela 6</b> - Uso de chupeta e mamadeira segundo faixa etária da criança. Uberlândia, Minas Gerais, 2010 – 2011.....	45
<b>Tabela 7</b> - Consumo de alimentos complementares segundo faixa etária da criança. Uberlândia, Minas Gerais, 2010 – 2011.....	46
<b>Tabela 8</b> - Variáveis maternas, da atenção hospitalar e do recém-nascido relacionadas ao estabelecimento do contato mãe-bebê precoce. Uberlândia, Minas Gerais, 2010 – 2011.....	48
<b>Tabela 9</b> - Variáveis maternas, da atenção hospitalar e do recém-nascido relacionadas ao estabelecimento do aleitamento materno precoce. Uberlândia, Minas Gerais, 2010 – 2011.....	50

<b>Tabela 10:</b> Correlação dos grupos e das variáveis com o estabelecimento do contato precoce mãe-filho. Uberlândia, Minas Gerais, 2010 – 2011.....	53
<b>Tabela 11:</b> Correlação dos grupos e das variáveis com o tempo de início da amamentação. Uberlândia, Minas Gerais, 2010 – 2011.....	55
<b>Tabela 12:</b> Relação entre o tempo de início da primeira mamada e o aleitamento materno exclusivo no 1º, 3º e 6º mês de vida da criança. Uberlândia, Minas Gerais, 2010 – 2011.....	57
<b>Tabela 13:</b> Relação entre contato precoce mãe-filho e aleitamento materno exclusivo no 1º, 3º e 6º mês de vida da criança. Uberlândia, Minas Gerais, 2010 – 2011.....	58
<b>Tabela 14</b> – Estabelecimento do contato precoce mãe-filho e situação do aleitamento materno no 1º, 3º e 6º mês de vida da criança. Brasil, 2010 – 2011.....	59
<b>Tabela 15</b> – Tempo de início da amamentação e situação do aleitamento materno no 1º, 3º e 6º mês de vida da criança. Brasil, 2010 – 2011.....	60

## LISTA DE SIGLAS

AM: Aleitamento materno

AME: Aleitamento materno exclusivo

CEP: Comitê de Ética em Pesquisa

CNS: Conselho Nacional de Saúde

HAC: Hospital Amigo da Criança

HC-UFU: Hospital de Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia

HIV: Vírus da Imunodeficiência humana

HTLV: Vírus linfotrófico da célula humana

IC: Intervalo de confiança

IHAC: Iniciativa Hospital Amigo da Criança

MS: Ministério da Saúde

OMS: Organização Mundial da Saúde

OPAS: Organização Pan-Americana da Saúde

OR: Odds ratio

p: Valor de p

PNDS: Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde

RN: Recém-nascido

SES: Secretaria de Estado da Saúde

SMAM: Semana Mundial de Aleitamento Materno

SPSS: Statistical Package for the Social Science

SUS: Sistema Único de Saúde

UNICEF: United Nations Children's Fund

WABA: World Alliance for Breastfeeding Action

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO.....</b>	<b>16</b>
1.1	Importância do Aleitamento materno.....	17
1.2	Iniciativa Hospital Amigo da Criança: Criação, Implementação e benefícios.....	19
1.3	O quarto passo da Iniciativa Hospital Amigo da Criança.....	21
1.4	Evidências científicas da importância da prática do quarto passo.....	22
<b>2</b>	<b>OBJETIVOS.....</b>	<b>27</b>
<b>3</b>	<b>CASUÍSTICA E MÉTODOS.....</b>	<b>29</b>
3.1	Local do estudo.....	30
3.2	Tipo de estudo.....	30
3.3	População de estudo.....	31
3.3.1	Critérios de inclusão e exclusão.....	31
3.4	Coleta de dados.....	32
3.4.1	Procedimentos para coleta de dados.....	32
3.4.2	Instrumentos para coleta de dados.....	33
3.5	Análise dos dados.....	34
<b>4</b>	<b>RESULTADOS .....</b>	<b>37</b>
<b>5</b>	<b>DISCUSSÃO.....</b>	<b>63</b>
<b>6</b>	<b>CONCLUSÕES.....</b>	<b>80</b>
	<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>82</b>
	<b>ANEXOS.....</b>	<b>100</b>
	<b>APÊNDICES.....</b>	<b>108</b>

## *1 INTRODUÇÃO*

---

## 1.1 O Aleitamento Materno e a sua importância

Segundo o Ministério da Saúde, “amamentar é muito mais do que nutrir a criança. É um processo que envolve interação profunda entre mãe e filho, com repercussões no estado nutricional da criança, em sua habilidade de se defender de infecções, em sua fisiologia e no seu desenvolvimento cognitivo e emocional, além de ter implicações na saúde física e psíquica da mãe”(BRASIL, 2009b).

O leite materno é o alimento infantil mais adequado às necessidades da criança. Só ele contém nutrientes que atendem apropriadamente todas as necessidades e peculiaridades fisiológicas e metabólicas dos recém-nascidos (SEWARD e SERDULA, 1984; MURAHOVSKI et al., 1987; WHO, 2001; AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS, 2012).

Recomenda-se o aleitamento materno exclusivo até os seis meses, e a amamentação complementada por outros alimentos até dois anos ou mais (WHO, 2001).

O aleitamento materno exclusivo (AME) é definido pela Organização Mundial de Saúde (OMS) como aquele no qual a criança recebe somente leite humano, sem outros líquidos ou sólidos, com exceção de gotas ou xaropes contendo vitaminas, suplementos minerais ou medicamentos (WHO, 1991).

Dentre os benefícios da amamentação para o recém-nascido, destacam-se: a redução da mortalidade infantil (JONES et al., 2003; ESCUDER, VENÂNCIO, PEREIRA, 2003; WHO, 2000; CHEN, ROGAN, 2004); a proteção contra diversas doenças agudas e crônicas, como: desnutrição (VICTORIA et al., 1992; VICTORA et al., 1998), meningite bacteriana, enterocolite necrosante, otite média, alergias (VAN ODIJK et al., 2003), infecções respiratórias (ALBERNAZ, MENEZES, CESAR, 2003), infecção do trato urinário, diarreia, obesidade infantil (POPKIN et al., 1990; VICTORA et al., 1997; DEWEY, 2003), pneumonia (WRIGHT et al., 1989; VICTORA et al., 1994; CÉSAR et al., 1999) e septicemia (TARRANT et al., 2010); a redução do risco de colesterol elevado, hipertensão e diabetes na vida adulta (GERSTEIN, 1994; GIMENO e SOUZA, 1998; STUEBE et al., 2005; HORTA et al., 2007; SMITHERS e MCINTYRE, 2010), o efeito positivo na inteligência (LUCAS et al., 1992; ANDERSON, JOHNSTONE, REMLEY, 1999) e na acuidade visual (BIRCH et al., 1993), especialmente para recém-

---

1 Citações de acordo com a NBR-1520/2002 da Associação Brasileira de Normas e Técnicas. Comissão de Estudos de Documentação, Rio de Janeiro

nascidos prematuros e de baixo peso e melhor desenvolvimento da cavidade bucal (LÉON-CAVA et al., 2002; BRASIL, 2009b; KRAMER, 2010).

Segundo a Academia Americana de Pediatria, o aleitamento materno confere proteção contra a síndrome da morte súbita do lactente, o diabetes insulínico dependente, a doença de Crohn, a colite ulcerativa, o linfoma, as doenças alérgicas e outras doenças crônicas do aparelho digestivo (DUIJTS et al., 2010; LADOMENOU et al., 2010; AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS, 2012).

A amamentação também traz numerosos benefícios para a saúde materna: redução da hemorragia pós-parto, involução uterina mais rápida, auxílio para retorno do peso pré-gestacional, redução do risco de câncer de mama e de ovário e retardo no reinício da ovulação, funcionando como um ótimo método contraceptivo nos primeiros seis meses do pós-parto (COLLABORATIVE GROUP ON HORMONAL FACTORS IN BREAST CANCER, 2002; AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS WORK GROUP ON BREASTFEEDING, 2012).

A importância do aleitamento materno estende-se também para as famílias e a sociedade, reduzindo os custos financeiros, uma vez que, os gastos com fórmulas infantis, bicos, mamadeiras e gás de cozinha são significativos para o orçamento familiar, especialmente em países em desenvolvimento (BRASIL, 2002; BRASIL, 2009b). O aleitamento materno tem a capacidade de melhorar a qualidade de vida das famílias, pois as crianças amamentadas adoecem menos, necessitam de menos atendimento médico, hospitalizações e medicamentos, o que conseqüentemente, implica menor absenteísmo dos pais no trabalho, bem como diminuição de situações estressantes. O processo de amamentação bem sucedido tem efeito na melhoria da qualidade de vida das famílias, pois mães, crianças e membros do núcleo familiar podem se sentir mais felizes, trazendo repercussão para as relações familiares (BRASIL, 2009b).

Embora a importância do aleitamento materno seja mundialmente reconhecida e apesar dos esforços de diversos organismos nacionais e internacionais, as taxas de aleitamento materno no Brasil, em especial as de amamentação exclusiva, estão bastante aquém do recomendado (BRASIL, 2009a).

A prática da amamentação é fortemente influenciada pelo meio em que a mãe está inserida. Para se obter sucesso no estabelecimento e manutenção do aleitamento materno faz-se necessário o suporte dos profissionais de saúde, da família e da comunidade.

Portanto, promover o aleitamento materno além de ser uma responsabilidade de todos, envolve os pais, a família, a comunidade, o sistema de saúde, o sistema educacional, a economia, os governos e os organismos internacionais, dentre outros (CARVALHO et al., 1996).

## **1.2 Iniciativa Hospital Amigo da Criança: Criação, implementação e benefícios**

Em 1990 foi realizado um encontro em Florença, na Itália, promovido pela Organização Mundial de Saúde (OMS) e pelo Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF), no qual foi produzido um conjunto de metas denominado "Declaração de Innocenti" que resgatou o direito da mulher de aprender e praticar a amamentação com sucesso (WHO/UNICEF, 1990; LAMOUNIER, 1996).

Em resposta ao chamado para a ação da Declaração de Innocenti, foi criada em 1990 pela OMS e UNICEF, a Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC), uma ação mundial, visando a promover, proteger e apoiar a prática do aleitamento materno.

A IHAC adota “Dez Passos para o Sucesso do Aleitamento Materno”(Quadro 1), um conjunto de medidas elaboradas para atingir as metas da Declaração de Innocenti (WHO/UNICEF, 1989).

Os “dez passos” consistem em um elenco de normas e rotinas que devem ser adotadas nas maternidades para enfrentar as práticas de saúde que interferem negativamente na amamentação, apoiar o aleitamento materno e aumentar as taxas de amamentação (WHO/UNICEF, 1990; LAMOUNIER, 1996).

O início da implantação da IHAC no Brasil foi em 1992 quando o Ministério da Saúde e o Grupo de Defesa da Saúde da Criança credenciaram, em Recife, o primeiro Hospital Amigo da Criança.

Desde o seu lançamento, o número de hospitais que adotam a Iniciativa Hospital Amigo da Criança tem aumentado, contando com mais de 20 mil hospitais credenciados em 156 países pelo mundo, incluindo o Brasil (WHO, 2009). No entanto, após crescimento inicial exponencial, houve uma desaceleração geral do processo a partir de 1996, com diferenças notáveis entre os países e dentro de cada país (BRASIL, 2011b).

No Brasil existem 333 hospitais credenciados. Desse total, 25% dos hospitais estão na região Sudeste, sendo que, no estado de Minas Gerais existem 21 “Hospitais Amigos da Criança” (BRASIL, 2011b).

**Quadro 1.** Os "Dez Passos para o sucesso no aleitamento materno" da Iniciativa Hospital Amigo da Criança.

- 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 a 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 estabelecimentos de saúde alcancem o credenciamento de Hospital Amigo da Criança (HAC), precisam se submeter à avaliação com base no cumprimento dos critérios globais de cada um dos “Dez passos para o sucesso do aleitamento materno”. No Brasil, o credenciamento ocorre quando a unidade cumpre, os "Dez Passos" e outros pré-requisitos estabelecidos na portaria MS (Ministério da Saúde) nº. 756/16, de dezembro de 2004 (BRASIL, 2004).

A importância da adoção dos passos da Iniciativa Hospital Amigo da Criança para o estabelecimento e manutenção do aleitamento materno foi demonstrada por vários estudos em âmbito nacional e internacional.

Os principais benefícios dessa iniciativa são: humanização do atendimento ao binômio mãe-filho, modificação de rotinas hospitalares, início precoce da amamentação, aumento das taxas de aleitamento materno, especialmente aleitamento materno exclusivo,

melhoria da saúde e redução da mortalidade das crianças (BRAUN, GIUGLIANI, SOARES, 2003; ABOLYAN, 2006; PHILIPP e RADFORD, 2006; ARAÚJO e SCHMITZ, 2007; CALDEIRA e GONÇALVES, 2007; DIGIROLAMO, GRUMMER-STRAWN, FEIN, 2008; BARTICK et al., 2010; GILLIS e SIGMAN-GRANT, 2010).

Dois estudos brasileiros realizados em Minas Gerais mostraram os efeitos positivos da IHAC nas taxas de amamentação, ou seja, o aumento significativo da prevalência e da duração do aleitamento materno (FERREIRA, 2005; CALDEIRA, GONÇALVES, 2007;).

Em contrapartida, hospitais com baixa taxa de adesão às práticas da IHAC têm registrado índices na duração do aleitamento materno exclusivo aquém do recomendado pelos padrões mundiais (BROADFOOT et al., 2005; CHALMERS et al., 2009; MERTEN, DRATVA, ACKERMANN-LIEBRICH, 2010).

Nesse contexto, muitos esforços têm sido feitos, em todo o mundo, para a implantação da IHAC no maior número possível de hospitais, uma vez que os estudos têm comprovado os seus efeitos no estabelecimento e manutenção do aleitamento materno.

### **1.3 O quarto passo da Iniciativa Hospital Amigo da Criança**

O quarto passo - "ajudar as mães a iniciar a amamentação na primeira meia hora após o nascimento", tem um significado amplo. Segundo a OMS, praticar o quarto passo significa: "colocar os bebês em contato pele a pele com suas mães imediatamente após o parto, por no mínimo uma hora, e encorajar as mães a reconhecerem quando seus bebês estão prontos para serem amamentados" (WHO, 2009).

Nos critérios globais da IHAC, a OMS recomenda colocar os bebês nascidos via parto normal ou por cesárea (sem anestesia geral) em contato pele a pele com suas mães imediatamente após o parto, e incentivar as mães a continuar com o contato por no mínimo uma hora; colocar os bebês nascidos por cesariana com anestesia geral em contato pele a pele com suas mães logo após a recuperação dos sentidos e da atenção das mesmas e seguir com os mesmos procedimentos; ajudar todas as mães a reconhecerem os sinais de que seus bebês estão prontos para serem amamentados e auxiliá-las a iniciar a amamentação na primeira meia hora após o nascimento; incentivar as mães de bebês que precisam de cuidados especiais a segurar seus filhos, com contato pele a pele, a menos que haja uma razão justificável para não fazê-lo (WHO, 2009).

Portanto, praticar esse passo envolve primordialmente estabelecer o contato pele a pele precoce entre o binômio mãe-filho, como também estimular e incentivar a primeira mamada o mais precocemente possível.

Para que ocorra o contato pele a pele efetivo, faz-se necessário colocar o bebê nu sobre o abdome da mãe, sem interrupção, permitindo ao recém-nascido que de forma ativa possa alcançar o seio materno, o que muitas vezes resulta em sucção ocorrendo, portanto, a primeira mamada (RIGHARD e ALADE, 1990).

O procedimento para o estabelecimento do contato pele a pele requer que o recém-nascido nu seja colocado em contato direto com a pele da mãe. Dessa forma, a mãe provê calor diretamente ao seu bebê, através da condução. Na prática profissional, logo após o nascimento o recém-nascido deve ser secado, colocado junto à mãe, e um cobertor deve ser colocado sobre o binômio para prevenir a perda de calor por convecção e evaporação (MERCER et al., 2007).

Frequentemente bebês saudáveis são separados de suas mães após o parto, e muitas vezes, não são colocados no seio materno por horas ou dias esperando o leite "descer". Isso constitui uma prática potencialmente prejudicial, tanto para o aleitamento materno como para o desenvolvimento da relação mãe-filho (WHO, 1998).

O início precoce do contato pele a pele e do aleitamento materno é muito importante. Na tentativa de se estabelecer a sucção há o contato mãe-filho, mesmo que não seja o contato preconizado como ideal, porém o contato em si não necessariamente resulta em sucção imediata. Entretanto, contato e sucção estão tão interligados que em muitos estudos, ambos os termos são usados sem distinção ou então, sem uma distinção clara (RIGHARD e ALADE, 1990; WIDSTROM et al., 1990).

#### **1.4 Evidências científicas da importância do quarto passo da IHAC**

A Semana Mundial do Aleitamento Materno (SMAM), celebrada anualmente de 1º a 7 de agosto, foi idealizada pela WABA (World Alliance for Breastfeeding Action – Aliança Mundial para Ação em Aleitamento Materno) e é comemorada desde 1992, em mais de 150 países, com o propósito de promover, proteger e apoiar o aleitamento materno.

A cada ano, a WABA define o tema central da campanha, que passa a ser discutido nos diversos países, unificando as comemorações em todo o mundo. A IHAC foi tema da Semana Mundial de Aleitamento Materno de 1992, 2007 e 2010. O quarto passo da IHAC

foi o tema da SMAM de 2007, cujo slogan era "Amamentação na primeira hora, proteção sem demora" (WABA, 2010).

Vários estudos comprovam os benefícios a curto e a longo prazo do contato pele a pele.

A curto prazo, o contato pele a pele cria um ambiente ótimo para a adaptação do recém-nascido à vida extra-uterina (MIKIEL-KOSTYRA, MAZUR, BOLTRUSZKO, 2002; WHO, 2009), regula a temperatura corporal, promove a colonização da sua pele com os microrganismos maternos e ainda auxilia no estabelecimento de uma flora bacteriana ideal devido ao consumo precoce de colostro (ODENT, 2002), uma vez que o contato precoce é um potencial mecanismo para a promoção do aleitamento materno precoce (RIGHARD e ALADE, 1990).

Além disso, o contato pele a pele oferece calor suficiente para manter o bebê aquecido. Alguns estudos comprovaram que os recém-nascidos que estabelecem o contato precoce apresentam temperatura corporal mais elevada do que aqueles colocados em berço aquecido ou agasalhados e colocados num berço comum (FARDIG, 1980; VAN DEN BOSCH, BULLOUGH, 1990; CARFOOT, WILLIAMSON, DICKSON, 2005;); apresentam temperatura da pele mais elevada quando em contato com a mãe, mesmo que o contato não seja pele a pele (FRANSSON, KARLSSON, NILSSON, 2005); e ao completar 4 horas de vida, apresentam-se mais tranquilos e com melhor coordenação motora (FERBER & MAKHOUL, 2004). Também há evidências da associação entre contato pele a pele e aumento da incidência do aleitamento hospitalar (ROWE-MURRAY e FISHER, 2002).

Uma metanálise realizada por Anderson et al. (2003) demonstrou os efeitos do contato precoce na instituição do aleitamento materno, e que a primeira mamada é estabelecida em 55 minutos pós-parto, se mãe e bebê estiverem bem.

Anderson et. al (2003) trataram da importância do estímulo sensorial do contato precoce (toque, calor e odor) como um poderoso estimulante vagal, responsável pela liberação de ocitocina materna. Esse hormônio, por sua vez, tem grande importância para o binômio mãe-filho: eleva a temperatura do peito da mãe mantendo o bebê aquecido (Anderson et. al, 2003), favorece o estabelecimento do vínculo (Nissen et. al, 1995) e a ejeção de leite, como também a contração uterina, que previne a hemorragia materna (Brasil, 2001).

Uma revisão da Cochrane de 2003 demonstrou a importância do contato pele a pele no estabelecimento do vínculo afetivo mãe-filho. As mães que praticaram o contato pele a pele apresentavam maiores escores de amor, contato e afeição com o bebê em comparação com aquelas que não o praticaram (ANDERSON et al., 2003). Outros estudos comprovam os efeitos do contato precoce mãe-filho na redução do choro dos recém-nascidos e da maior

comunicação das mães com seus bebês (ERLANDSSON et al., 2007; RENFREW, LANG, WOOLRIDGE, 2010).

A longo prazo, o contato pele a pele promove aumento da duração e do sucesso do aleitamento materno (RIGHARD e ALADE, 1990; VAIDYA, SHARMA, DHUNGEL, 2005; ANDERSON et al., 2007; MOORE e ANDERSON, 2007; MURRAY, RICKETTS, DELLAPORT, 2007), redução do índice de desmame total (FIGUEIREDO e GOULART, 1995), aumento dos índices do aleitamento materno exclusivo (BRAMSON et al., 2010) e consequente redução da mortalidade infantil (EDMOND et al., 2006).

No quadro abaixo (Quadro 2) extraído do manual do Ministério da Saúde, intitulado “Além da sobrevivência: Práticas integradas de atenção ao parto, benéficas para a nutrição e a saúde de mães e crianças” (BRASIL, 2011a) estão enumerados os principais benefícios do contato pele a pele para o binômio mãe-filho.

**Quadro 2:** Resumo dos benefícios imediatos e no longo prazo do contato pele a pele da mãe e seu recém-nascido logo após o parto.

Resumo dos benefícios imediatos e no longo prazo do contato pele-a-pele da mãe e seu recém-nascido logo após o parto			
Benefícios imediatos		Benefícios no longo prazo	
Lactente	Mãe	Lactente	Mãe
<ul style="list-style-type: none"> <li>•Melhora a efetividade da primeira mamada e reduz o tempo de obtenção de sucção efetiva</li> <li>•Regula/mantém a temperatura Corporal</li> <li>•Melhora a estabilidade cardiorrespiratória* (*Recém-nascidos prematuros)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>•Melhoram os comportamentos de afeto e vínculo da mãe</li> <li>•Diminui a dor causada pelo ingurgitamento mamário</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>•Existe associação positiva entre índices de aleitamento materno nos primeiros 4 meses pós parto e maior duração de Amamentação</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>•Melhoram os comportamentos de afeto e apego da mãe</li> </ul>

Fonte: BRASIL (2011a)

No ano de 2006, um estudo chamou a atenção mundial para a importância do quarto passo, ao concluir que o início da amamentação na primeira hora de vida evitaria um milhão de mortes de recém-nascidos e que, quanto maior a prorrogação da primeira mamada, maiores são as chances de mortalidade neonatal (EDMOND et al., 2006).

Outro estudo, demonstrou que os recém-nascidos amamentados na primeira meia hora de vida apresentam menores índices de internação em berçário (WIDSTROM et al., 1990).

Há inúmeras evidências científicas, apontando que o início precoce da amamentação aumenta a duração do aleitamento materno; permite o contato pele a pele; oferece o colostro como a primeira imunização da criança; promove melhores resultados no desenvolvimento da criança; favorece que os bebês aprendam a sugar de maneira mais eficiente e ainda aproveita o estado de alerta do bebê na primeira hora de vida, período no qual, o recém-nascido está bem acordado, com olfato aguçado, apresentando reflexos de movimento e a mãe, por sua vez, apresenta maior disposição para amamentar (WHO, 2009).

No quadro abaixo (Quadro 3), extraído do manual do Ministério da Saúde (2011), estão enumerados os principais benefícios do aleitamento materno para o binômio mãe-filho.

**Quadro 3:** Benefícios imediatos e no longo prazo do aleitamento materno para a mãe e o lactente.

Benefícios imediatos e no longo prazo do aleitamento materno para a mãe e o lactente			
Benefícios imediatos ( <i>da amamentação exclusiva o mais cedo possível</i> )		Benefícios no longo prazo	
Lactente	Mãe	Lactente	Mãe
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Previne a morbidade e mortalidade neonatais</li> <li>• O aleitamento materno logo após o parto está associado a maior duração da amamentação</li> <li>• O aleitamento materno logo após o parto está associado a maior duração do aleitamento materno exclusivo</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Estimula a liberação da ocitocina, que provoca a contração uterina</li> <li>• Possível efeito protetor nos transtornos do estado de ânimo materno</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Diminui o risco de:               <ul style="list-style-type: none"> <li>– Otite média aguda</li> <li>– Gastroenterite inespecífica</li> <li>– Hospitalização por infecção do trato respiratório inferior</li> <li>– Dermatite atópica</li> <li>– Obesidade</li> <li>– Diabetes tipo 1 e 2</li> <li>– Leucemia da infância</li> <li>– Síndrome da morte súbita infantil</li> <li>– Enterocolite necrosante</li> </ul> </li> <li>• Melhor desenvolvimento motor</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Amenorréia lactacional ajuda a postergar futuras gestações e protege as reservas de ferro materno</li> <li>• Diminui o risco de:               <ul style="list-style-type: none"> <li>– Diabetes tipo 2</li> <li>– Câncer de ovário</li> <li>– Câncer de mama</li> </ul> </li> <li>• Perda mais rápida de peso após a gravidez</li> </ul>

Fonte: BRASIL (2011a)

O estabelecimento do contato e do aleitamento materno precoce pode ser favorecido ou restringido por fatores biológicos, culturais, relativos à assistência à saúde e socioeconômicos (BOCCOLINI et al., 2008).

O desenvolvimento ostensivo de ações de apoio à amamentação dentro das instituições hospitalares que assistem ao parto e ao recém-nascido é reconhecido como medida capaz de modificar o perfil do aleitamento materno em uma população.

Diante de tudo isso, este estudo pretende analisar e avaliar a influência do contato precoce mãe-filho e do tempo de início da primeira mamada no estabelecimento e manutenção do aleitamento materno, no Hospital de Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia.

## *2. OBJETIVOS*

---

## **OBJETIVO GERAL**

- ❖ Avaliar a influência do contato precoce mãe-filho no estabelecimento e manutenção do aleitamento materno
- ❖ Avaliar a influência do tempo de início da primeira mamada no estabelecimento e manutenção do aleitamento materno.

## **OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- ❖ Descrever os principais fatores que influenciaram o contato mãe-filho na primeira hora de vida
- ❖ Descrever os principais fatores que influenciaram a amamentação na primeira hora de vida

### *3. CASUÍSTICA E MÉTODOS*

---

A pesquisa foi iniciada após aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) em Seres Humanos da Universidade Federal de Uberlândia-MG, sob o protocolo de registro 167/10 (Anexo A).

### **3.1. Local do estudo**

O estudo foi realizado no Hospital de Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia (HC-UFU), um hospital público formalmente conveniado com a rede do SUS e certificado como hospital público de ensino, sendo a única referência em alta complexidade para a macrorregião Triângulo Norte, e que desenvolve também ações de média complexidade e de atenção básica. Atualmente presta atendimento a uma população de 1.139.533 habitantes.

O HC-UFU realiza atividades de ensino, pesquisa e assistência, presta atendimento à população materno-infantil e possui ambulatórios de pediatria, pré-natal e ginecologia, além de unidades de internação como maternidade, UTI neonatal e pediátrica, pediatria, ginecologia e banco de leite humano.

A pesquisa foi realizada na Enfermaria de Ginecologia e Obstetrícia e no Banco de Leite Humano do HC-UFU.

### **3.2 Tipo de estudo**

Trata-se de um estudo analítico observacional do tipo coorte prospectivo.

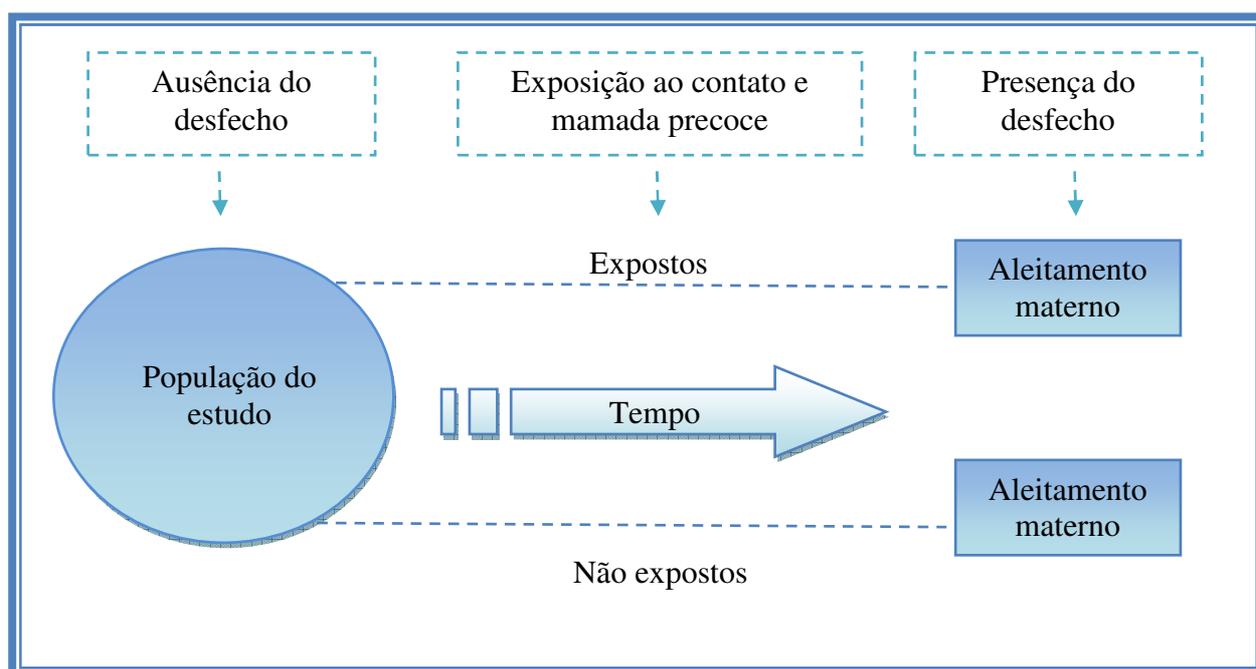
Segundo Lima-Costa e Barreto (2003), “estudos analíticos são aqueles delineados para examinar a existência de associação entre uma exposição e uma doença ou condição relacionada à saúde”. Neste estudo, foi examinada a existência de associação entre a amamentação e o contato mãe-filho precoce (exposição) e o estabelecimento do aleitamento materno (condição relacionada à saúde).

Os estudos observacionais são aqueles em que “o pesquisador não interfere no sentido de determinar quem vai ser exposto a um ou outro fator, apenas observa o que acontece com pessoas expostas e com as não expostas” (JORGE e RIBEIRO, 1999). Neste estudo, os investigadores não realizaram nenhuma alteração na rotina do serviço nem determinaram qual binômio mãe-filho seria exposto à condição de interesse.

O estudo de coorte é aquele em que “parte-se de indivíduos suscetíveis, expostos e não expostos, que são acompanhados para se detectar a ocorrência do evento” (JORGE e

RIBEIRO, 1999). Em um coorte “um grupo de pessoas é reunido, sem que nenhuma das pessoas tenha sofrido o desfecho de interesse, mas podendo vir a sofrer (FLETCHER e FLETCHER, 2006), o que ocorre neste estudo, uma vez que na população havia expostos e não expostos que foram acompanhados, e ao longo do tempo poderiam ou não sofrer o desfecho de interesse (estabelecimento e manutenção do aleitamento materno).

#### Quadro 4 – Desenho do estudo coorte prospectivo



### 3.3 População do estudo

A população do estudo foi composta por 812 duplas mães/recém-nascidos (binômios mãe-filho) cujo parto ocorreu no HC-UFU de julho a dezembro de 2010. As puérperas residiam em Uberlândia e concordaram livremente em participar do estudo.

#### 3.3.1 Critérios de inclusão e exclusão

Foram incluídas no estudo: mães cujo parto ocorreu no HC-UFU no período de 1º de julho a 31 de dezembro de 2010, residentes em Uberlândia, que consentiram em participar do estudo assinando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, cujos recém-nascidos tinham Idade Gestacional  $\geq 37$  semanas e peso de nascimento  $\geq 2000$  gramas.

Foram excluídos do estudo: óbito neonatal precoce; óbito materno; gemelaridade; uso de medicamentos contra-indicados para o aleitamento materno; sorologias maternas positivas para HIV ou para HTLV registradas em prontuário; recém-nascidos portadores de malformações graves.

### **3.4 Coleta de dados**

A coleta dos dados ocorreu de 1º de julho de 2010 a 30 de junho de 2011.

#### **3.4.1 Procedimentos para a coleta de dados**

Antes do início da pesquisa foi realizado estudo piloto, visando ao treinamento do entrevistador e à consolidação do questionário.

A coleta de dados ocorreu em duas etapas. A primeira etapa consistiu na aplicação do questionário à puérpera (Apêndice A) e no levantamento de informações do prontuário médico (Apêndice B), que ocorreram durante a internação do binômio no hospital.

Foram realizadas visitas diárias da aluna pesquisadora à Maternidade do HC-UFU no período de julho de 2010 a dezembro de 2010. A mesma não se ausentou da maternidade por um período superior a 48 horas, uma vez que, este é o tempo mínimo de internação hospitalar.

Para proceder a coleta de dados, a pesquisadora selecionava as participantes conforme os critérios de inclusão, por meio de consulta ao prontuário médico.

As pacientes selecionadas eram convidadas e esclarecidas quanto à realização da pesquisa. A aplicação do questionário foi realizada entre 12 e 48 horas após o parto, ou no momento mais apropriado para cada paciente.

Após o esclarecimento sobre o estudo e a obtenção da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, a pesquisadora aplicava o questionário (Apêndice A). As puérperas menores de 18 anos participaram da pesquisa após os seus representantes legais consentirem e assinarem o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo C), elaborado de forma específica para tal situação.

Posteriormente, a pesquisadora realizava a coleta de dados do prontuário médico da mãe e do recém-nascido, conforme Apêndice B.

A segunda etapa da coleta de dados ocorreu após a alta hospitalar, no período de agosto de 2010 a junho de 2011. Os dados foram coletados por ligações telefônicas

realizadas no 1º mês, 3º e 6º após o nascimento da criança. As ligações foram realizadas do Banco de Leite Humano do HC-UFU, conforme autorização do diretor geral do hospital (Anexo E).

Em cada momento de realização das ligações telefônicas foram feitas pelo menos 3 tentativas que se não fossem bem sucedidas, o binômio mãe-filho em questão era excluído da população de estudo. Portanto, os 812 binômios avaliados participaram de todos os momentos de avaliação.

### **3.4.2 Instrumentos para coleta de dados**

Foram utilizados dois questionários e uma ficha para a coleta dos dados da pesquisa.

O primeiro questionário elaborado através de revisão bibliográfica (COUTINHO et al., 2005; ; RAMOS, 2008; ARAÚJO et al., 2008; PARIZZOTO e ZORZI, 2008; BAPTISTA et al., 2009; BRASIL, 2009a; NIQUINI et al., 2009) foi aplicado por um único pesquisador à puérpera durante a internação no HC-UFU (Apêndice A). Por meio deste questionário foram levantadas informações sobre as características sócio-demográficas, obstétricas, do pré-natal e as práticas hospitalares relacionadas ao cumprimento do quarto passo da IHAC. Também foi realizado recordatório com a puérpera sobre o tempo de início da primeira mamada e o estabelecimento do contato mãe-filho (quarto passo da IHAC). Na tentativa de melhorar a precisão da resposta da mãe, buscou-se que a mesma recordasse o horário desses eventos com base nos horários das rotinas hospitalares, como a hora do nascimento, tempo de permanência no Centro Obstétrico e hora da admissão no alojamento conjunto. Foi realizada conferência do horário do nascimento e da chegada no Alojamento Conjunto com base nas anotações de enfermagem e na Ficha de Neonatologia. A resposta foi dada em minutos: foi considerada primeira mamada o momento do contato entre a boca do recém-nascido e a região mamilo-areolar da mãe, ocorrendo a sucção do seio materno. Foi considerado contato precoce, todo tipo de contato do recém-nascido com a mãe na primeira hora de vida. Foi considerado aleitamento materno precoce a amamentação da criança na primeira hora de vida.

O segundo questionário (Anexo D) foi utilizado durante as ligações telefônicas (segunda fase da coleta de dados da pesquisa). O mesmo foi elaborado em 1997 para a realização de inquérito em capitais brasileiras e padronizado desde 1998 para os inquéritos realizados no estado de São Paulo. Este instrumento segue as recomendações da OMS para a obtenção de indicadores sobre práticas de alimentação infantil em estudos

populacionais, utilizando dados atuais sobre alimentação infantil (current status) através de recordatório de 24 horas (WHO, 2001; KITOKO et al., 2000). Algumas questões do questionário original não foram utilizadas por terem sido contempladas no primeiro questionário (Anexo A).

Foi elaborada uma ficha (Apêndice B), em que constavam informações do prontuário médico da mãe e do recém-nascido, como evolução do trabalho de parto, características do recém-nascido, condições ao nascimento e dados sobre o aleitamento materno na alta hospitalar.

### 3.5 Análise estatística

Terminada a coleta dos dados da pesquisa, as informações foram tabuladas no programa *software* Microsoft Office Excel 2007, compondo assim o banco de dados do trabalho.

Para a análise descritiva dos dados foi utilizado o programa *Statistical Package for the Social Science (SPSS)* for Windows 8.0 para o cálculo das frequências das variáveis.

Foi realizado o teste do qui-quadrado e *Odds ratio* (OR) para verificar a associação entre o estabelecimento do quarto passo da IHAC e cada uma das variáveis estudadas.

Para realização da análise multivariada, as variáveis do estudo foram divididas em quatro grupos: características da atenção hospitalar, características maternas e sócio demográficas, características do pré-natal e relativas à amamentação e, por fim, as características do recém-nascido (Figura 1). A regressão linear múltipla foi aplicada para verificar a relação das variáveis estudadas com o início precoce da amamentação e do contato mãe-filho.

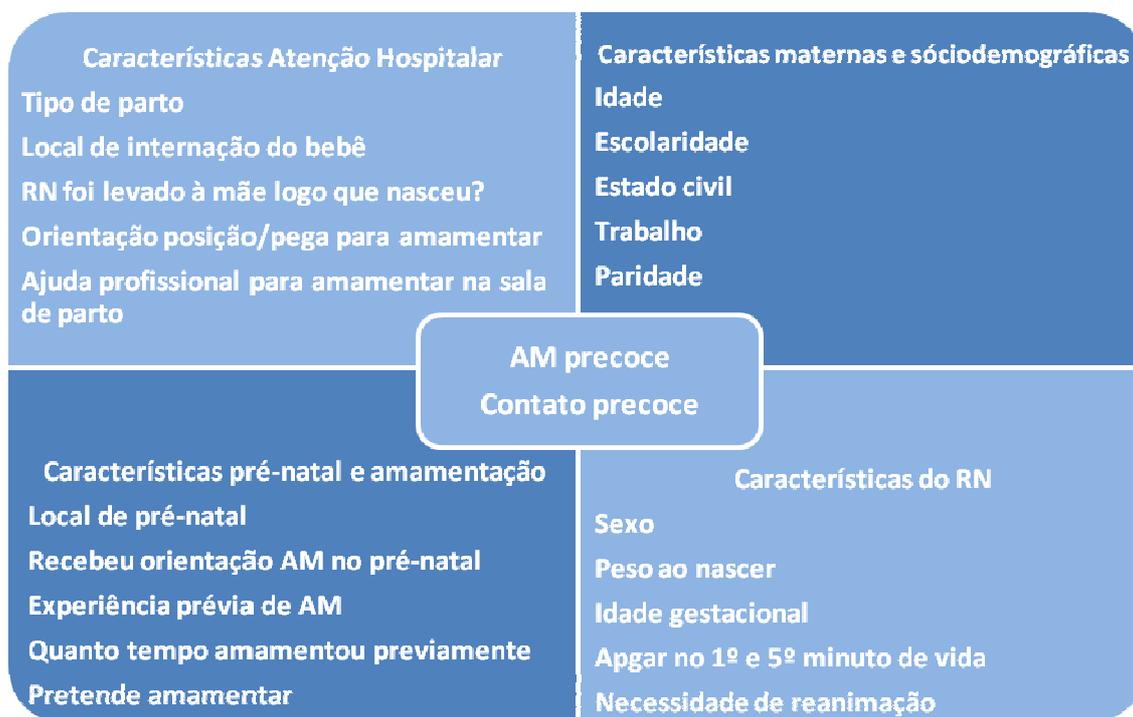
A regressão linear múltipla também foi utilizada para averiguar a correlação existente entre início precoce da amamentação e do contato precoce com a situação do aleitamento materno no 1º, 3º e 6º mês de vida da criança. Para tal, foram criados grupos: situação do aleitamento no 1º mês, situação do aleitamento no 3º mês e situação do aleitamento no 6º mês (Figura 2).

Foi realizada a análise de sobrevivência, uma técnica estatística utilizada para analisar a ocorrência de um fenômeno dicotômico quando o tempo é o objeto de interesse. O tempo de sobrevivência foi contado a partir do nascimento, considerado tempo zero. O contato

mãe-filho e a primeira mamada foram considerados os eventos que indicam a modificação do estado inicial (BUATAMENTE-TEIXARIA, FAERSTEIN, LATORRE, 2002).

Foi utilizado o software BioStat versão 5.0 para realização da análise multivariada das curvas de sobrevida.

Em todas as análises foi adotado intervalo de confiança de 95% (IC 95%) e nível de significância de 5% (valor de  $p < 0.05$ ).



**Figura 1:** Formação dos grupos de variáveis para a análise multivariada. Correlação entre as variáveis e o estabelecimento do contato e da amamentação precoce.

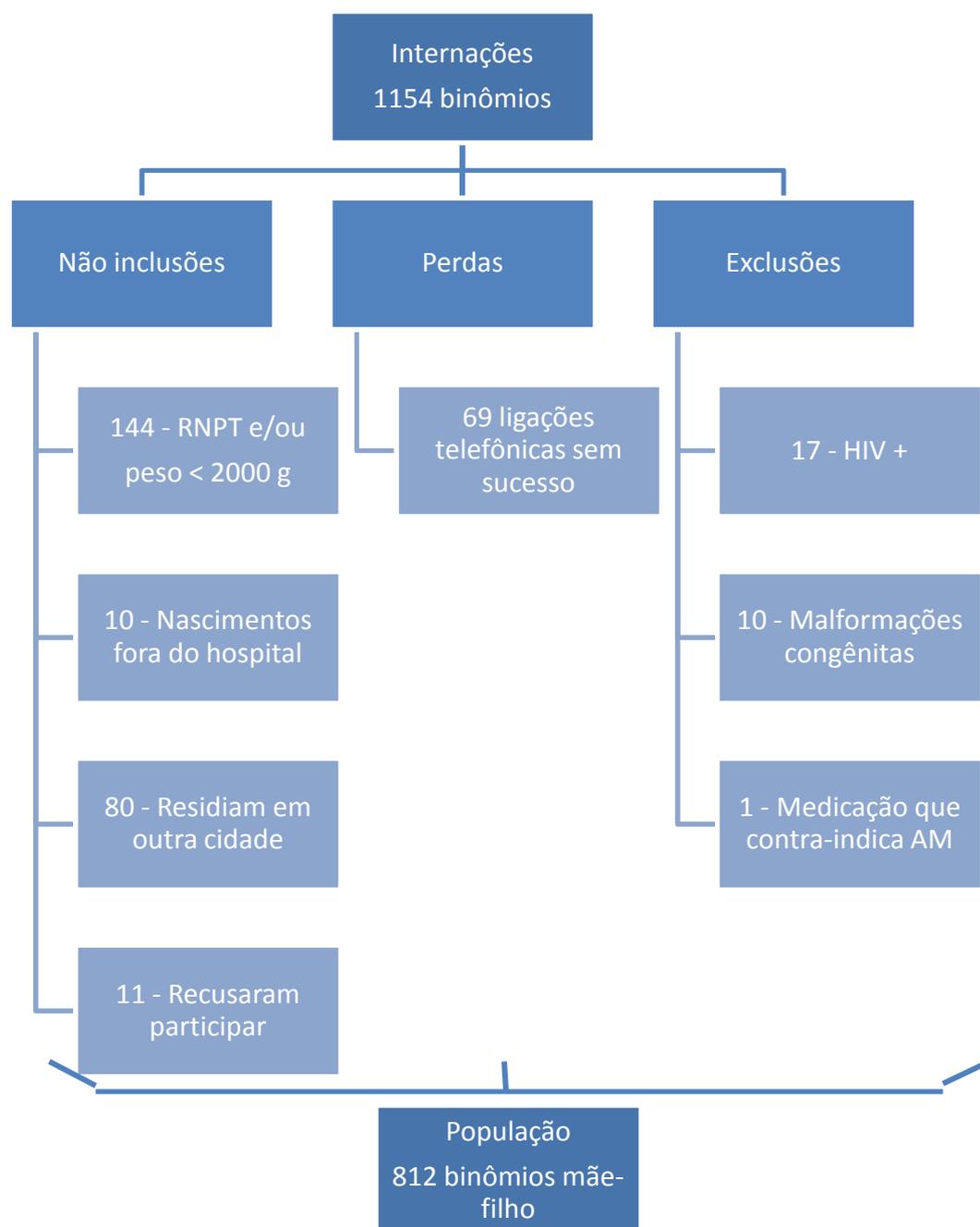


**Figura 2:** Formação dos grupos para análise multivariada. Correlação entre estabelecimento do contato e da amamentação precoce e a manutenção do aleitamento materno

## *4 RESULTADOS*

---

No período de julho a dezembro de 2010 foram internados 1154 binômios mãe-filho no Hospital de Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia. Destes, 812 binômios participaram do estudo.



**Figura 3:** Fluxograma da composição da população de estudo.

Na Tabela 1 são apresentadas as características sócio-demográficas das mães participantes, os dados obstétricos e os do pré-natal.

Observa-se maior frequência de mulheres com idade entre 20 a 34 anos (62,9%), com Ensino Médio Completo a Superior Incompleto (36,4%), união estável (45%), que não trabalhavam fora do lar (62,1%), primíparas (44,8%), que realizaram pré-natal em serviço público de saúde (96,8%) e tiveram parto cesáreo (66,7%). A idade média foi de 24,9 anos, sendo a idade mínima de 13 anos e a máxima de 44 anos. A idade mediana foi de 24 anos.

**Tabela 1:** Características sócio-demográficas, obstétricas e do pré-natal das mães avaliadas Uberlândia, Minas Gerais, 2010 - 2011.

(Continua)

<b>Variáveis</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Idade</b>		
< 20 anos	232	28,6
20 a 34 anos	511	62,9
≥ 35 anos	69	8,5
<b>Escolaridade</b>		
Primário Incompleto a Fundamental Incompleto	224	27,6
Fundamental Completo a Médio Incompleto	263	32,4
Médio Completo a Superior Incompleto	296	36,4
Ensino Superior Completo	29	3,6
<b>Estado civil</b>		
Solteira	197	24,3
Casada	236	29,1
União estável	365	45,0
Divorciada	14	1,7
<b>Trabalho fora do lar</b>		
Sim	308	37,9
Não	504	62,1
<b>Paridade</b>		
Primípara	364	44,8
Secundípara	272	33,5
Multípara	176	21,7

<b>Local de pré-natal</b>		
Público	779	96,8
Particular	17	2,1
Conveniado	9	1,1
<b>Tipo de parto</b>		
Vaginal	260	32,0
Cesárea	542	66,7
Fórceps	10	1,2
<b>Total</b>	<b>812</b>	<b>100%</b>

Na Tabela 2 verifica-se que a maioria das puérperas receberam orientação quanto ao aleitamento materno no pré-natal (52,7%), já haviam amamentado outro filho previamente (51,8%), referiram vontade de amamentar (99,6%) e foram orientadas quanto à posição e pega adequada para amamentar durante o período de internação (74,6%).

**Tabela 2:** Dados sobre aleitamento materno das mães avaliadas: experiência prévia, orientação do pré-natal, desejo de amamentar e orientação durante a internação. Uberlândia, Minas Gerais, 2010 - 2011.

<b>Variáveis</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Experiência prévia de aleitamento materno*</b>		
Sim	421	94
Não	27	6
<b>Orientação quanto ao aleitamento materno no pré-natal</b>		
Sim	428	52,7
Não	377	46,4
Não fez pré-natal	7	0,9
<b>Pretende amamentar</b>		
Sim	809	99,6
Não	3	0,4
<b>Recebeu orientação quanto à posição/pega para amamentar durante a internação</b>		
Sim	606	74,6
Não	206	25,4
<b>Total</b>	<b>812</b>	<b>100%</b>

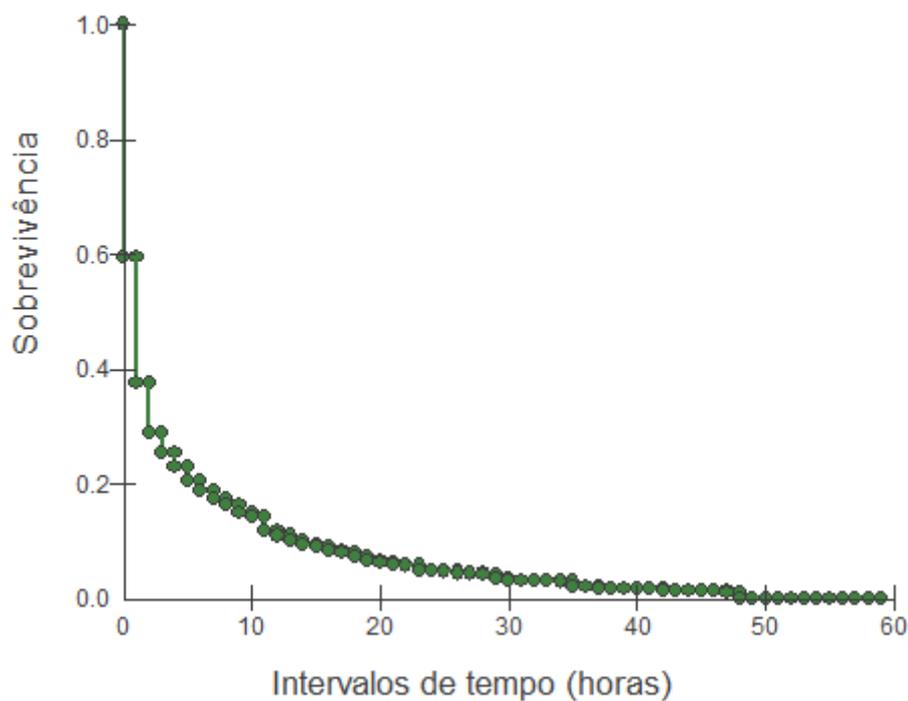
\* Excluindo-se as primíparas

Na tabela 3 verifica-se que entre os recém-nascidos participantes dos binômios avaliados, 679 recém-nascidos (83,6%) foram levados à sua mãe logo após o nascimento. Destes, 529 binômios mãe-filho (65,1%) estabeleceram o contato precoce na sala de parto. Observa-se também que 95% dos recém-nascidos estavam embrulhados no momento do contato e que a principal forma de contato estabelecido foi devido à prática da amamentação. Quanto ao aleitamento materno na primeira hora, observa-se que o mesmo ocorreu para 329 binômios mãe-filho (40,5%). Quanto à ajuda profissional para estabelecer a primeira mamada na sala de parto, 58% das mães relataram que receberam ajuda.

**Tabela 3:** Práticas hospitalares relacionadas ao quarto passo da Iniciativa Hospital Amigo da Criança e ao aleitamento materno. Uberlândia, Minas Gerais, 2010 - 2011.

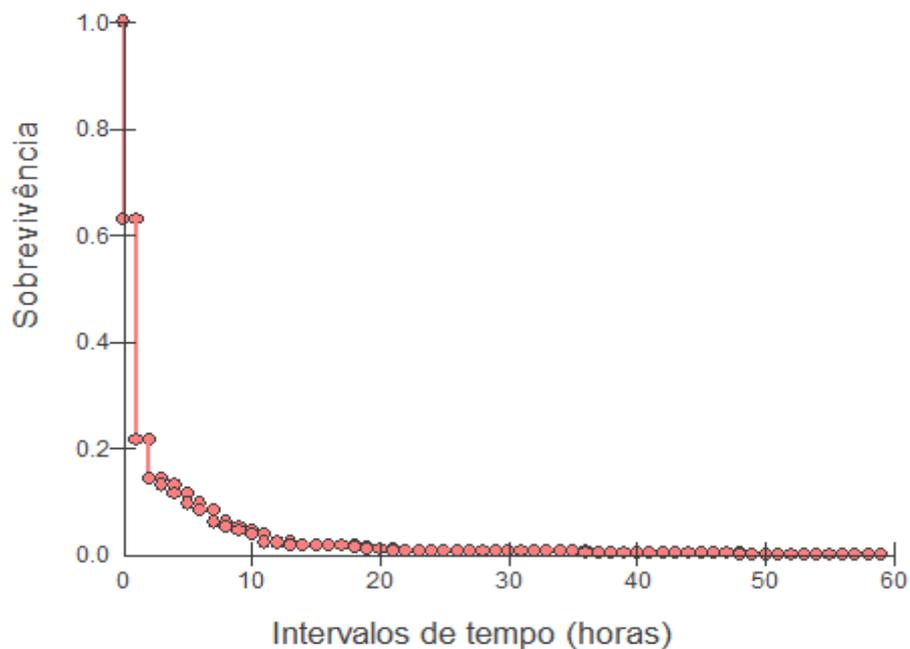
<b>Variáveis</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>O bebê foi levado à mãe logo após o nascimento</b>		
Sim	679	83,6
Não	133	16,4
<b>Houve contato mãe-bebê precoce</b>		
Sim	529	65,1
Não	283	34,9
<b>Forma de contato estabelecida</b>		
Rosto a Rosto	130	24,6
Sobre o colo ou peito	62	11,7
Contato devido amamentação	329	62,2
Sobre o abdome	8	1,5
<b>Como o bebê estava durante o contato</b>		
Despido	26	5,0
Embrulhado	503	95,0
<b>Amamentou na primeira hora</b>		
Sim	329	40,5
Não	483	59,5
<b>Recebeu ajuda para amamentar na sala de parto</b>		
Sim	471	58,0
Não	341	42,0
<b>Total</b>	<b>812</b>	<b>100%</b>

Na figura 4 observa-se a curva de sobrevivência do tempo de início da primeira mamada na população total.

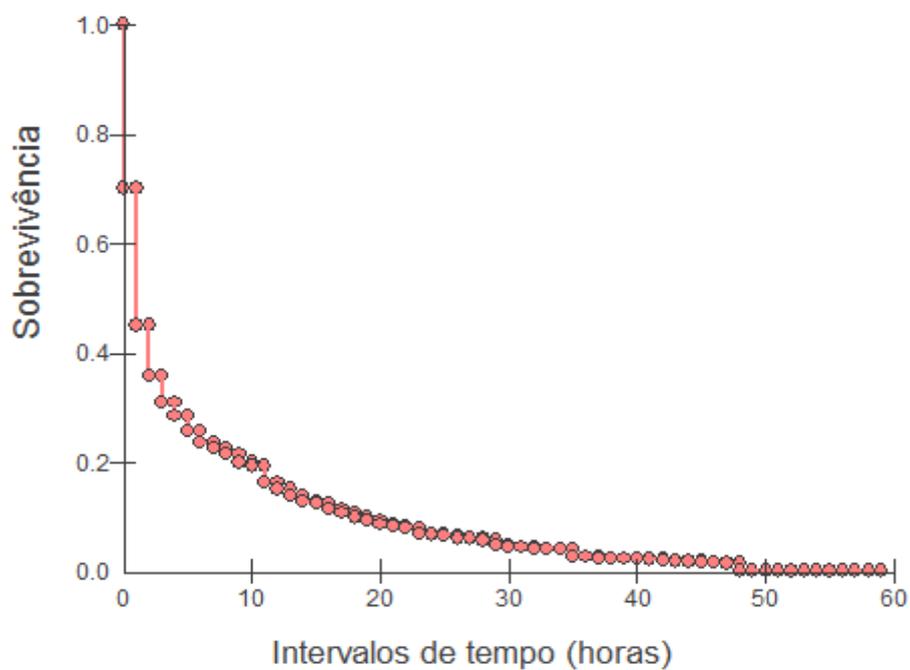


**Figura 4** – Curvas de sobrevida do tempo entre o nascimento e a primeira mamada. Uberlândia, Minas Gerais, 2010 – 2011.

Nas figuras 5 e 6 observam-se as curvas de sobrevivência do tempo de início da primeira mamada segundo o tipo de parto. O tempo mediano de início do aleitamento materno para o parto vaginal (gráfico 1) foi de 57 minutos e para o parto cesáreo (gráfico 2) foi de 120 minutos.



**Figura 5** – Curvas de sobrevivência do tempo entre o nascimento e a primeira mamada entre as crianças nascidas de parto vaginal. Uberlândia, Minas Gerais, 2010 – 2011.



**Figura 6** – Curvas de sobrevivência do tempo entre o nascimento e a primeira mamada entre as crianças nascidas de parto cesáreo. Uberlândia, Minas Gerais, 2010 – 2011.

Na Tabela 4 estão descritas as características dos recém-nascidos: 422 (52%) do sexo masculino; 749 (92,2%) apresentaram Apgar no 1º minuto entre 7 e 10 e todos os recém-nascidos (100%) tiveram Apgar no 5º minuto entre 7 e 10; 432 (53,2%) passaram por algum procedimento de reanimação na sala de parto; 642 (79,4%) foram para o Alojamento conjunto após sair do Centro Obstétrico.

**Tabela 4:** Características dos recém-nascidos e condições de nascimento. Uberlândia, Minas Gerais, 2010 - 2011.

<b>Variáveis</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Sexo do recém-nascido</b>		
Masculino	422	52,0
Feminino	390	48,0
<b>Apgar no 1º minuto</b>		
04 – 06	63	7,8
07 – 10	749	92,2
<b>Apgar no 5º minuto</b>		
04 – 06	0	0,0
07 – 10	812	100,0
<b>Procedimento de reanimação na sala de parto</b>		
<b>Sim</b>	<b>432</b>	<b>53,2</b>
Oxigênio inalatório	344	42,4
Ventilação por pressão positiva (VPP)	17	2,1
Oxigênio inalatório e VPP	71	8,7
<b>Não</b>	<b>380</b>	<b>46,8</b>
<b>Local de permanência do recém-nascido</b>		
Alojamento conjunto	645	79,4
Unidade neonatal	167	20,6
<b>Total</b>	<b>812</b>	<b>100%</b>

Na Tabela 5 estão apresentados os resultados referentes à prevalência do AM. Observa-se que 96,4% das crianças estavam em aleitamento materno no 1º mês de vida, 87,1% no 3º mês e 76,6% no 6º mês de vida. Quanto às taxas de AME, verificam-se 64,8% no 1º mês, 51,1% aos 3 meses e 45,1% aos 6 meses.

**Tabela 5:** Prevalência de aleitamento materno e aleitamento materno exclusivo (AME), segundo faixa etária da criança. Uberlândia, Minas Gerais, 2010 – 2011.

Variável	Faixa Etária		
	1 mês	3 meses	6 meses
<b>Aleitamento materno</b>			
Sim	783 (96,4%)	707 (87,1%)	622 (76,6%)
Não	29 (3,6%)	105 (12,9%)	190 (23,4%)
<b>AME</b>			
Sim	526 (64,8%)	415 (51,1%)	366 (45,1%)
Não	286 (35,2%)	397 (48,9%)	446 (54,9%)
Total	812 (100%)	812 (100%)	812 (100%)

Na tabela 6 observa-se que a maior frequência do uso de chupeta ocorreu no 3º mês de vida (40,5% das crianças). Quanto ao uso de mamadeira, verifica-se aumento progressivo ao longo do tempo, 29,2%, 37,2% e 46,7% dos recém-nascidos no 1º, 3º e 6º mês de vida, respectivamente.

**Tabela 6:** Uso de chupeta e mamadeira segundo faixa etária da criança. Uberlândia, Minas Gerais, 2010 – 2011.

Variável	Faixa Etária		
	1 mês	3 meses	6 meses
<b>Uso de chupeta</b>			
Sim	282 (34,7%)	329 (40,5%)	322 (39,7%)
Não	530 (65,3%)	483 (59,5%)	490 (60,3%)
<b>Uso de mamadeira</b>			
sim	237 (29,2%)	302 (37,2%)	379 (46,7%)
não	575 (70,8%)	510 (62,8%)	433 (53,3%)

Na tabela 7 será descrita a introdução de água, chás, sucos, outros leites e fórmulas, bem como de alimentos complementares à dieta das crianças segundo a faixa

etária. A observação desses dados faz-se importante, pois a introdução precoce de tais alimentos leva à conseqüente interrupção do AME.

O consumo de outro tipo de leite que não o materno foi mais frequente no 6º mês de vida da criança (37,7%). O consumo de água aumentou gradativamente ao longo do tempo e o seu uso foi mais frequente no 6º mês de vida da criança (51,5%). Houve maior frequência do consumo de chás no primeiro mês de vida da criança (18%) e o seu declínio foi ocorrendo gradualmente ao longo do tempo. O consumo de mingau foi mais frequente no 6º mês de vida da criança (6,9%). O consumo de fruta foi mais frequente no 6º mês de vida (33,5%) e nenhuma criança ingeria fruta no 1º mês de vida. Quanto ao consumo de suco (natural ou industrializado), verificou-se que o seu uso foi maior no 6º mês de vida (31%). Nenhuma criança fazia uso no primeiro mês de vida. Observa-se que nenhuma criança ingeria comida salgada (sopas, papas, comidas da família) no 1º mês de vida, e que o período de maior consumo foi no 6º mês de vida. O consumo de alimentos artificiais foi mais frequente no 6º mês de vida da criança (5,4%). Nenhuma criança ingeria alimentos artificiais com um mês de vida.

**Tabela 7:** Consumo de alimentos complementares segundo faixa etária da criança. Uberlândia, Minas Gerais, 2010 – 2011.

(Continua)

Variáveis	Faixa Etária		
	1 mês	3 meses	6 meses
<b>Consumo de outros leites</b>			
Sim	167 (20,6%)	240 (29,6%)	306 (37,7%)
Não	645 (79,4%)	572 (70,4%)	506 (62,3%)
<b>Consumo de água</b>			
Sim	108 (13,3%)	332 (40,9%)	418 (51,5%)
Não	704 (86,7%)	480 (59,1%)	394 (48,5%)
<b>Consumo de chá</b>			
Sim	146 (18,0%)	126 (15,5%)	91 (11,2%)
Não	666 (82,0%)	686 (84,5%)	721 (88,8%)
<b>Consumo de mingau</b>			
Sim	02 (0,2%)	14 (1,7%)	56 (6,9%)
Não	810 (99,8%)	798 (98,3%)	756 (93,1%)
<b>Consumo de fruta</b>			
Sim	0 (0,0%)	18 (2,2%)	272 (33,5%)
Não	812 (100%)	794 (97,8%)	540 (66,5%)
<b>Consumo de suco de fruta</b>			
Sim	0 (0,0%)	26 (3,2%)	252 (31,0%)

Não	812 (100%)	786 (96,8%)	560 (69,0%)
<b>Consumo de comida salgada*</b>			
Sim	0 (0,0%)	12 (1,5%)	226 (27,8%)
Não	812 (100%)	800 (98,5%)	586 (72,2%)
<b>Consumo de alimentos artificiais*</b>			
Sim	0 (0,0%)	14 (1,7%)	44 (5,4%)
Não	812 (100%)	798 (98,3%)	768 (94,6%)

\* comida salgada = comida de panela (preparada para a família)

\* alimentos artificiais = outros alimentos (não citados anteriormente) e sucos artificiais

Na tabela 8 a análise bivariada comprovou que as seguintes variáveis apresentam relação estatisticamente significativa com o estabelecimento do contato mãe-bebê precoce: idade, estado civil, tipo de parto, experiência prévia com a amamentação, levar o recém-nascido até a mãe após o nascimento, receber ajuda para amamentar na sala de parto, Apgar no 1º minuto de vida, realização de procedimentos de reanimação na sala de parto e local de internação do recém-nascido.

**Tabela 8:** Variáveis maternas, da atenção hospitalar e do recém-nascido relacionadas ao estabelecimento do contato mãe-bebê precoce. Uberlândia, Minas Gerais, 2010 – 2011.

(Continua)

Variáveis	Houve contato mãe-bebê precoce		Não houve contato mãe-bebê precoce		Odds Ratio (IC95%)	Valor p
	n	%	n	%		
<b>Idade</b>						
< 20	138	59,5	94	40,5	1,00	
20 a 34	350	68,5	161	31,5	1,48(1,07-2,04)	0,021*
≥ 35	41	59,4	28	40,6	0,99(0,57-1,72)	0,896
<b>Escolaridade</b>						
Primário Incompleto a Fundamental Incompleto	137	61,2	87	38,8	1,00	
Fundamental Completo a Médio Incompleto	183	69,6	80	30,4	1,45(0,99-2,11)	0,063
Médio Completo a Superior Incompleto	188	63,5	108	36,5	1,10(0,77-1,58)	0,647
Superior Completo	21	72,4	8	27,6	1,67(0,70-3,92)	0,330
<b>Estado civil</b>						
Solteira	119	60,4	78	39,6	1,00	
Casada	166	70,3	70	29,7	1,55(1,04-2,31)	0,038*
União estável	235	64,4	130	35,6	1,18(0,82-1,69)	0,400
Divorciada	9	64,3	5	35,7	1,18(0,38-3,65)	0,997
<b>Trabalho fora do lar</b>						
Sim	198	64,3	110	35,7	1,00	0,744
Não	331	65,7	173	34,3	1,06(0,78-1,43)	
<b>Paridade</b>						
Primípara	231	43,6	133	47,0	1,00	
Secundípara	179	33,8	93	32,9	1,29(0,94-1,78)	0,130
Múltípara	119	22,6	57	20,1	1,47(1,02-2,13)	0,048
<b>Tipo de parto</b>						
Vaginal	199	76,5	61	23,5	1,00	
Cesárea	326	60,1	216	39,9	0,46(0,33-0,64)	0,000*
Fórceps	4	40,0	6	60,0	0,20(0,05-0,74)	0,024*
<b>Local de pré-natal</b>						
Público	512	65,5	269	34,5	1,00	
Particular	12	70,6	5	29,4	1,26(0,44-3,63)	0,856
Conveniado	5	55,6	4	44,4	0,66(0,17-2,47)	0,788
<b>Orientação quanto ao aleitamento no pré-natal</b>						
Sim	289	67,5	139	32,5	1,00	
Não	238	63,1	139	36,9	0,82(0,61-1,10)	0,217
Não fez pré-natal	2	28,6	5	71,4	0,19(0,03-1,00)	0,078
<b>Experiência prévia de aleitamento materno</b>						
Sim	292	69,4	129	30,6	1,00	
Não	237	60,6	154	39,4	0,67(0,50-0,90)	0,011*

<b>Pretende amamentar</b>						
Sim	526	65,1	283	34,9	-	
Não	3	100,0	0	0,0	-	-
<b>O bebê foi levado à mãe logo após o nascimento</b>						
Sim	500	73,6	179	26,4	1,00	
Não	29	21,8	104	78,2	0,09(0,06-0,16)	0,000*
<b>Ajuda profissional para amamentar na sala de parto</b>						
Sim	392	83,2	79	16,8	1,00	0,000*
Não	137	40,2	204	59,8	0,13(0,09-0,19)	
<b>Mamou na primeira hora de vida</b>						
Sim	329	79	0	0,0	-	
Não	200	41,4	283	58,6	-	-
<b>Orientação profissional quanto à posição/pega para amamentar</b>						
Sim	400	66,0	206	34,0	1,00	
Não	129	62,6	77	37,4	0,86(0,62-1,19)	0,426
<b>Sexo do recém-nascido</b>						
Feminino	262	67,2	128	32,8	1,00	
Masculino	267	63,3	155	36,7	1,18(0,88-1,58)	0,274
<b>Apgar no 1º minuto</b>						
04 – 06	23	36,5	40	63,5	1,00	
07 – 10	506	67,6	243	32,4	3,62(2,12-6,18)	0,000*
<b>Apgar no 5º minuto</b>						
04 – 06	0	0,0	0	0,0	-	-
07 – 10	529	65,1	283	34,9	-	-
<b>Reanimação na sala de parto</b>						
Sim	231	53,5	201	46,5	1,00	
Não	298	78,4	82	21,6	3,16(2,32-4,31)	0,000*
<b>Local de permanência do recém-nascido</b>						
Alojamento conjunto	501	77,7	144	22,3	17,27(11,0-	0,000*
Unidade Neonatal	28	16,8	139	83,2	26,9)	
					1,00	

\* p < 0,05

Na tabela 9 a análise bivariada demonstrou que as seguintes variáveis tiveram relação estatisticamente significantes com o início precoce do aleitamento materno: paridade, tipo de parto, experiência prévia com a amamentação, levar o recém-nascido até a mãe após o nascimento, receber ajuda para amamentar na sala de parto, Apgar no 1º minuto de vida, realização de procedimentos de reanimação na sala de parto e local de internação do recém-nascido.

**Tabela 9:** Variáveis maternas, da atenção hospitalar e do recém-nascido relacionadas ao estabelecimento do aleitamento materno precoce. Uberlândia, Minas Gerais, 2010 – 2011.

(Continua)

Variáveis	Mamou na primeira hora		Não mamou na primeira hora		Odds Ratio (IC95%)	Valor p
	n	%	n	%		
<b>Idade</b>						
< 20	89	38.4	143	61.6	1.00	
20 a 34	214	41.9	297	58.1	1.16(0.84-1.59)	0.410
≥ 35	26	37.7	43	62.3	0.97(0.56-1.69)	0.957
<b>Escolaridade</b>						
Primário Incompleto a Fundamental Incompleto	83	37.1	141	62.9	1.00	
Fundamental Completo a Médio Incompleto	109	41.4	154	58.6	1.20(0.83-1.73)	0.371
Médio Completo a Superior Incompleto	124	41.9	172	58.1	1.38(0.63-3.01)	0.543
Superior Completo	13	44.8	16	55.2	1.22(0.86-1.75)	0.305
<b>Estado civil</b>						
Solteira	74	37.6	123	62.4	1.00	
Casada	96	40.7	140	59.3	0.88(0.59-1.29)	0.509
União estável	152	41.6	213	58.4	0.84(0.59-1.20)	0.347
Divorciada	7	50.0	7	50.0	0.60(0.20-1.78)	0.359
<b>Trabalho fora do lar</b>						
Sim	124	40.3	184	59.7	1.00	
Não	205	40.7	299	59.3	0.98(0.73-1.31)	0.907
<b>Paridade</b>						
Primípara	124	34.1	240	65.9	1.00	
Secundípara	126	46.3	146	53.7	1.67(1.21-2.31)	0.002*
Múltípara	79	44.9	97	55.1	1.58(1.02-2.28)	0.019*
<b>Tipo de parto</b>						
Vaginal	164	63.1	96	36.9	1.00	
Cesárea	163	30.1	379	69.9	0.20(0.05-0.74)	0.000*
Fórceps	2	20.0	8	80.0	0.46(0.33-0.64)	0.016*
<b>Local de pré-natal</b>						
Público	318	40.8	461	59.2	1.00	
Particular	6	35.3	11	64.7	1.26(0.46-3.45)	0.647
Conveniado	3	33.3	6	66.7	1.38(0.34-5.56)	0.651
<b>Orientação quanto ao aleitamento no pré-natal</b>						
Sim	183	42.8	245	57.2	1.00	
Não	144	38.2	233	61.8	1.21(0.91-1.60)	0.214
Não fez pré-natal	2	28.6	5	71.4	3.18(0.61-16.6)	0.289
<b>Experiência prévia de aleitamento materno</b>						
Sim	197	46.8	224	53.2	1.72(1.30-2.29)	0.000*

Não	132	33.8	259	66.2	1.00	
<b>Pretende amamentar</b>						
Sim	327	40.5	482	59.5	1.00	
Não	2	66.7	1	33.3	0.34(0.03-3.76)	0.378
<b>O bebê foi levado à mãe logo após o nascimento</b>						
Sim	313	46.1	366	53.9	6.25(3.63-10.8)	0.000*
Não	16	12.0	117	88.0	1.00	
<b>Contato mãe-bebê precoce</b>						
Sim	329	62.2	200	37.8	-	-
Não	0	0.0	283	100	-	-
<b>Ajuda profissional para amamentar na sala de parto</b>						
Sim	285	60.5	186	39.5	10.34(7.17-14.9)	0.000*
Não	44	12.9	297	87.1	1.00	
<b>Orientação profissional quanto à posição/pega para amamentar</b>						
Sim	244	40.3	362	59.7	1.00	
Não	85	41.3	121	58.7	1.04(0.76-1.44)	0.865
<b>Sexo do recém-nascido</b>						
Feminino	163	41.8	227	58.2	1.00	
Masculino	166	39.3	256	60.7	1.11(0.84-1.47)	0.476
<b>Apgar no 1° minuto</b>						
04 – 06	14	22.2	49	77.8	1.00	
07 – 10	315	42.0	434	58.0	2.54(1.38-4.68)	0.003*
<b>Apgar no 5° minuto</b>						
04 – 06	0	0.0	0	0.0	-	-
07 – 10	329	100	483	100	-	-
<b>Reanimação na sala de parto</b>						
Sim	142	32.9	290	67.1	1.00	
Não	187	49.2	193	50.8	1.98(1.49-2.63)	0.000*
<b>Local de permanência do recém-nascido</b>						
Alojamento Conjunto	319	49.5	326	50.5	15.36(7.95-29.6)	0.000*
Unidade Neonatal	10	6.0	157	94.0	1.00	

\* p &lt; 0,05

Na Tabela 10 observam-se os grupos de variáveis e as variáveis que apresentaram correlação com o estabelecimento do contato mãe-filho precoce. Observa-se que existe correlação entre as características da atenção hospitalar (grupo 1) e o estabelecimento do contato precoce mãe-filho. Entre as variáveis desse grupo, o tipo de parto, o local de internação do recém-nascido, levar o RN à mãe logo após o nascimento e a ajuda profissional para estabelecer a primeira mamada foram os que melhor explicaram a variância da variável dependente em torno da média. O local de internação do RN mostrou maior impacto na relação entre a variável dependente e o grupo.

Quanto aos fatores maternos e sócio-demográficos (grupo 2), não foi demonstrada correlação entre esse grupo e estabelecimento do contato precoce mãe-filho, apesar de apresentar uma significância limítrofe ( $\text{Sig (F)} = 0,06$ ). Entre as variáveis desse grupo, somente o número de filhos conseguiu explicar a variância da variável dependente em torno da média. A variável número de filhos apresentou relação direta com o estabelecimento do contato precoce mãe-filho, o que significa que quanto maior o número de filhos, maior a probabilidade de instituir o contato precoce.

Existe correlação entre os fatores do pré-natal e a amamentação (grupo 3) e o estabelecimento do contato precoce mãe-filho. Entre as variáveis do grupo, a experiência prévia com aleitamento apresentou significância limítrofe ( $\text{Sig (F)} = 0,06$ ) com o estabelecimento do contato. As outras variáveis não apresentaram correlação.

Existe correlação entre os fatores do recém-nascido (grupo 4) e o estabelecimento do contato precoce mãe-filho. Entre as variáveis do grupo, a idade gestacional, o Apgar no 1º e no 5º minuto de vida e a realização de procedimentos de reanimação na sala de parto foram os que melhor explicaram a variância da variável dependente em torno da média. A reanimação na sala de parto foi a variável que mostrou maior impacto na relação entre a variável dependente e o grupo.

**Tabela 10:** Correlação dos grupos e das variáveis com o estabelecimento do contato precoce mãe-filho. Uberlândia, Minas Gerais, 2010 – 2011.

Grupos	Variáveis Independentes	Sig (F)	r	R <sup>2</sup> ajustado	Coefficiente de correlação parcial	t	Valor p
<b>Grupo 1</b>		<0,0001	0,57	0,32			
Características da Atenção Hospitalar	Tipo de parto				0,07	2,63	0,0097*
	Local de internação do RN				0,39	9,04	<0,0001*
	Levar o RN à mãe				0,19	4,36	<0,0001*
	Orientação posição/pega				-0,02	0,74	0,46
	Ajuda profissional para AM				0,19	5,53	<0,0001*
<b>Grupo 2</b>		0,06	0,11	0,0068			
Fatores maternos e sócio-demográficos	Idade				-0,0016	0,49	0,62
	Escolaridade				0,0198	1,57	0,12
	Estado civil				0,0523	1,35	0,18
	Trabalho				-0,026	0,69	0,49
	Número de filhos				0,051	2,43	0,02*
<b>Grupo 3</b>		0,04	0,12	0,0077			
Fatores do pré-natal e amamentação	Local de pré-natal				0,06	0,77	0,44
	Orientação sobre AM				0,05	1,40	0,16
	Experiência prévia AM				0,07	1,80	0,07
	Quanto tempo amamentou				0,0007	0,51	0,61
	Pretende amamentar				-0,315	1,14	0,25
<b>Grupo 4</b>		<0,0001	0,35	0,11			
Fatores do recém-nascido	Sexo				-0,0353	1,11	0,27
	Peso ao nascimento				0,0	0,02	0,99
	Idade Gestacional				0,0084	4,04	<0,0001*
	Apgar 1º minuto				0,0352	2,16	0,03*
	Apgar 5º minuto				0,1068	3,61	0,0004*
	Reanimação na sala da parto				-0,1487	4,08	<0,0001*

AM: Aleitamento materno; RN: recém-nascido

\*Correlação significativa ( $p < 0,05$ )

r: Coeficiente de correlação; R<sup>2</sup> ajustado: Coeficiente de determinação ajustado; Sig (F): Significância do grupo com a variável dependente; t: Impacto da variável no seu grupo

Na tabela 11 observam-se os grupos de variáveis e as variáveis que apresentaram correlação com o estabelecimento do aleitamento materno precoce. Observa-se que existe correlação entre as características da atenção hospitalar (grupo 1) e o tempo de início da primeira mamada. Entre as variáveis desse grupo, o tipo de parto, o local de internação do recém-nascido e ajuda profissional para estabelecer a primeira mamada foram os que melhor explicaram a variância da variável dependente em torno da média. O local de internação do RN mostrou maior impacto na relação entre a variável dependente e o grupo. Estas variáveis apresentaram relação inversa com o tempo de início da primeira mamada, ou seja, o parto normal, a permanência do RN em alojamento conjunto e o suporte profissional na sala de parto contribuíram para uma redução no tempo para iniciar o aleitamento materno.

Também existe correlação entre os fatores maternos e sócio-demográficos (grupo 2) e o tempo de início da primeira mamada. Entre as variáveis desse grupo, a idade e o número de filhos foram os que melhor explicaram a variância da variável dependente em torno da média. O número de filhos mostrou maior impacto na relação entre a variável dependente e o grupo. A variável número de filhos apresenta relação inversa com o tempo de início da primeira mamada e a idade materna relação direta, o que significa que quanto maior o número de filhos, menor é o tempo para iniciar a primeira mamada e quanto maior a idade materna maior é o tempo para estabelecer a amamentação.

Existe correlação entre os fatores do pré-natal e a amamentação (grupo 3) e o tempo de início da primeira mamada. Entre as variáveis do grupo, somente a experiência prévia com aleitamento apresentou correlação estatisticamente significativa com o início da amamentação, tornando-se a variável que melhor explicou a variância da variável dependente em torno da média. A relação entre experiência prévia com amamentação e a variável dependente é inversa, o que significa que a experiência materna reduz o tempo para iniciar a primeira mamada.

Existe correlação entre os fatores do recém-nascido (grupo 4) e o tempo de início da amamentação. Entre as variáveis do grupo, o sexo do recém-nascido, a idade gestacional, o Apgar no 5º minuto de vida e a realização de procedimentos de reanimação na sala de parto foram os que melhor explicaram a variância da variável dependente em torno da média. A relação entre a variável dependente e as variáveis idade gestacional e Apgar no 5º minuto é inversa, isto é, quanto maior a idade gestacional do RN e o valor do Boletim de Apgar, menor é o tempo para iniciar a

amamentação. Em contrapartida, recém-nascidos do sexo masculino e a realização de procedimentos de reanimação na sala de parto aumentam o tempo de início do aleitamento materno.

**Tabela 11:** Correlação dos grupos e das variáveis com o tempo de início da amamentação. Uberlândia, Minas Gerais, 2010 – 2011.

Grupos	Variáveis Independentes	Sig (F)	r	R <sup>2</sup> ajustado	Coefficiente de correlação parcial	t	Valor p
<b>Grupo 1</b>		<0,0001	0,63	0,40			
Características da Atenção Hospitalar	Tipo de parto				-154,8	<b>4,77</b>	<b>&lt;0,0001*</b>
	Local de internação do RN				-636,2	<b>13,6</b>	<b>&lt;0,0001*</b>
	Levar o RN à mãe				-70,8	1,49	0,1387
	Orientação posição/pega				-62,5	1,81	0,07
	Ajuda profissional para AM				-168,3	<b>4,58</b>	<b>&lt;0,0001*</b>
<b>Grupo 2</b>		0,0169	0,13	0,01			
Fatores maternos e sócio-demográficos	Idade				9,94	<b>2,59</b>	<b>0,0107*</b>
	Escolaridade				-4,31	0,30	0,76
	Estado civil				34,05	0,77	0,4437
	Trabalho				-14,96	0,35	0,7264
	Número de filhos				-77,28	<b>3,23</b>	<b>0,0016*</b>
<b>Grupo 3</b>		0,0045	0,14	0,015			
Fatores do pré-natal e amamentação	Local de pré-natal				-163,08	1,68	0,0947
	Orientação sobre AM				0,60	0,01	0,9875
	Experiência prévia AM				-120,84	<b>2,56</b>	<b>0,0117*</b>
	Quanto tempo amamentou				-1,21	0,74	0,4598
	Pretende amamentar				-270,5	0,86	0,3907
<b>Grupo 4</b>		<0,001	0,37	0,13			
Fatores do recém-nascido	Sexo				72,9	<b>2,02</b>	<b>0,0453*</b>
	Peso ao nascimento				0,05	1,18	0,2387
	Idade Gestacional				-14,39	<b>6,14</b>	<b>&lt;0,0001*</b>
	Apgar 1º minuto				-34,3	1,86	0,0653
	Apgar 5º minuto				-116,6	<b>3,48</b>	<b>0,0007*</b>
	Reanimação na sala da parto				161,9	<b>3,92</b>	<b>0,0001*</b>

AM: Aleitamento materno; RN: recém-nascido

\*Correlação significativa ( $p < 0,05$ )

r: Coeficiente de correlação; R<sup>2</sup> ajustado: Coeficiente de determinação ajustado; Sig (F): Significância do grupo com a variável dependente; t: Impacto da variável no seu grupo

Com o objetivo de avaliar a influência do tempo de início da primeira mamada e do contato precoce mãe-filho na manutenção do aleitamento materno foi realizada análise bivariada (Tabelas 12 e 13) e multivariada (Tabelas 14 e 15)

Na tabela 12 observa-se que o início precoce da amamentação está diretamente relacionado ao aleitamento materno exclusivo no 1º mês, como também no 3º mês e no 6º mês de vida da criança. As crianças que não amamentaram na primeira hora de vida tiveram um risco 4,57% maior de não estarem em AME no 1º mês de vida, 5,94% no 3º mês de vida e 65,4% no 6º mês de vida.

Na tabela 13 verifica-se que o início precoce do contato entre mãe e filho está diretamente relacionado ao aleitamento materno exclusivo no 1º mês, no 3º mês e no 6º mês de vida da criança. As crianças que não tiveram contato precoce com suas mães apresentaram um risco 1,33% maior de não estarem em AME no 1º mês de vida, 1,91% no 3º mês de vida e 4,26 vezes o risco de as crianças não estarem em AME no 6º mês de vida.

**Tabela 12:** Relação entre o tempo de início da primeira mamada e o aleitamento materno exclusivo no 1º, 3º e 6º mês de vida da criança. Uberlândia, Minas Gerais, 2010 – 2011.

Variável	AME 1º mês		Odds Ratio (IC95%)	AME 3º mês		Odds Ratio (IC95%)	AME 6º mês		Odds Ratio (IC95%)
	sim	não		sim	não		sim	não	
<b>Mamou na primeira hora</b>									
Sim	274	55	4,57 (3,25-6,42) <sup>a</sup>	249	80	5,94 (4,34-8,14) <sup>b</sup>	300	29	65,36 (41,21- 103,7) <sup>c</sup>
Não	252	231		166	317		66	417	
<b>Total</b>	<b>526</b>	<b>286</b>		<b>415</b>	<b>397</b>		<b>366</b>	<b>446</b>	

a : valor p = 0,000

b : valor p = 0,000

c : valor p = 0,000

**Tabela 13:** Relação entre contato precoce mãe-filho e aleitamento materno exclusivo no 1º, 3º e 6º mês de vida da criança. Uberlândia, Minas Gerais, 2010 – 2011.

Variável	AME 1º mês		Odds Ratio (IC95%)	AME 3º mês		Odds Ratio (IC95%)	AME 6º mês		Odds Ratio (IC95%)
	sim	não		sim	não		sim	não	
<b>Contato precoce</b>									
Sim	376	153	2,18(1,61- 2,94) <sup>a</sup>	324	205	3,33(2,46- 4,52) <sup>b</sup>	340	189	17,78(11,44- 27,63) <sup>c</sup>
Não	150	133		91	192		26	257	
Total	526	286		415	397		366	446	

a : valor p = 0,0001

b : valor p = 0,0001

c : valor p = 0,0001

Na tabela 14 observa-se que existe correlação entre a situação do AM no 1º, 3º e 6º mês de vida da criança (grupo, 1, 2 e 3 respectivamente) e o estabelecimento do contato precoce mãe-filho. Em cada um desses grupos a variável AME mostrou maior impacto na relação entre a variável dependente e o grupo.

**Tabela 14** – Estabelecimento do contato precoce mãe-filho e situação do aleitamento materno no 1º, 3º e 6º mês de vida da criança. Uberlândia, Minas Gerais, 2010 – 2011.

Grupos	Variáveis Independentes	Sig (F)	r	R <sup>2</sup> ajustado	Coefficiente correlação parcial	t	Valor p
<b>Grupo 1</b>		<0,0001	0,18	0,03			
Situação do AM 1º mês	Aleitamento materno				0,09	1,05	0,2960
	AME				0,17	4,76	<0,0001
<b>Grupo 2</b>		<0,0001	0,28	0,08			
Situação do AM 3º mês	Aleitamento materno				0,13	2,60	0,0103
	AME				0,22	6,45	<0,0001
<b>Grupo 3</b>		<0,0001	0,53	0,28			
Situação do AM 6º mês	Aleitamento materno				0,07	1,83	0,0693
	AME				0,47	14,3	<0,0001

AM: Aleitamento materno; AME: Aleitamento materno exclusivo

\*Correlação significativa ( $p < 0,05$ )

r: Coeficiente de correlação; R<sup>2</sup> ajustado: Coeficiente de determinação ajustado

Sig (F): Significância do grupo com a variável dependente; t: Impacto da variável no seu grupo

Na tabela 15 observa-se que existe correlação entre o tempo de início da primeira mamada e a situação do AM no 1º, 3º e 6º mês de vida da criança (grupo, 1, 2 e 3 respectivamente). Nos grupos 1 e 3, a variável AME mostrou maior impacto na relação entre a variável dependente e o grupo.

**Tabela 15** – Tempo de início da amamentação e situação do aleitamento materno no 1º, 3º e 6º mês de vida da criança. Uberlândia, Minas Gerais, 2010 – 2011.

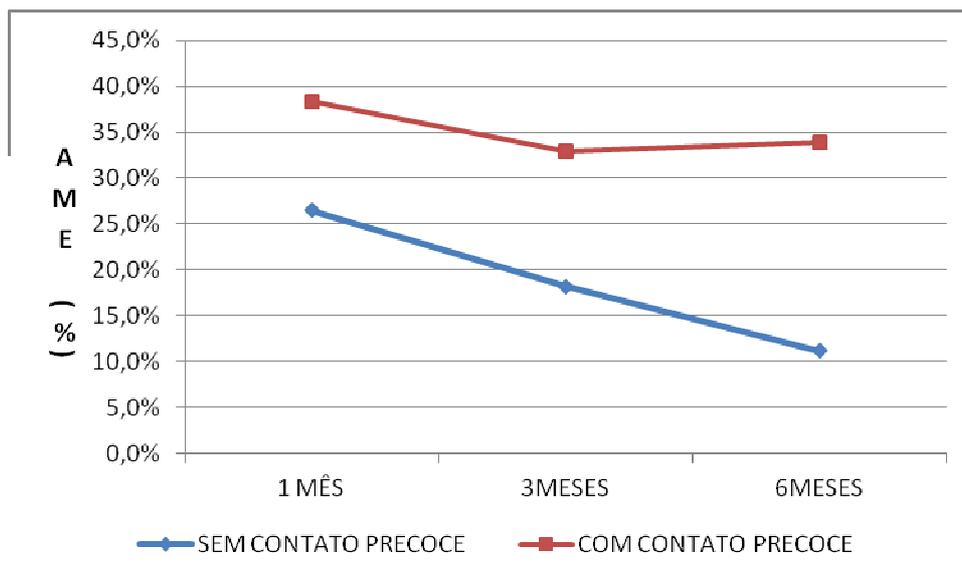
Grupos	Variáveis Independentes	Sig (F)	r	R <sup>2</sup> ajustado	Coefficiente correlação parcial	t	Valor p
<b>Grupo 1</b>		<0,0001	0,24	0,05			
Situação do	Aleitamento materno				-272.6	2.62	0.0099*
AM 1º mês	AME				-222.3	5.50	<0.0001*
<b>Grupo 2</b>		<0,0001	0,29	0,08			
Situação do	Aleitamento materno				-337.1	5.66	<0.0001*
AM 3º mês	AME				-144.7	3.62	<0.0001*
<b>Grupo 3</b>		<0,0001	0,47	0,22			
Situação do	Aleitamento materno				-348.7	7.55	<0.0001*
AM 6º mês	AME				-298.4	7.59	<0.0001*

AM: Aleitamento materno; AME: Aleitamento materno exclusivo

\*Correlação significativa ( $p < 0,05$ )

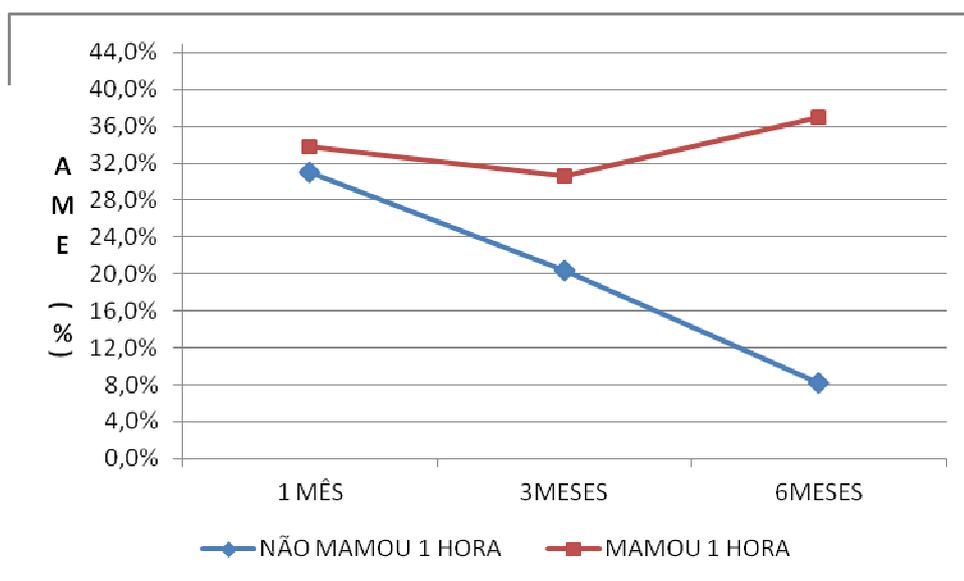
r: Coeficiente de correlação; R<sup>2</sup> ajustado: Coeficiente de determinação ajustado; Sig (F): Significância do grupo com a variável dependente; t: Impacto da variável no seu grupo

A figura 7 mostra as prevalências do AME ao longo do tempo segundo o estabelecimento do contato precoce mãe-filho. Observa-se que o grupo que não instituiu o contato precoce apresentou declínio progressivo das taxas de AME ao longo do tempo: 26,5% estavam em AME no 1º mês, 18,2% no 3º mês e 11,2% no 6º mês de vida. Em contrapartida, o grupo que estabeleceu o contato precoce apresentou prevalência de 38,3% de AME no 1º mês, 32,9% no 3º mês e 33,9% aos 6 meses.



**Figura 7:** Frequência de aleitamento materno exclusivo nos seis primeiros meses conforme estabelecimento do contato precoce mãe-filho. Uberlândia, Minas Gerais, 2010 – 2011.

Na figura 8 observa-se que a população de recém-nascidos que não amamentaram na primeira hora de vida apresentou declínio progressivo das taxas de AME ao longo do tempo, especialmente aos 6 meses de vida. As taxas de AME foram 31% no 1º mês, 20,4% no 3º mês e 8,1% no 6º mês de vida. Em contrapartida, o grupo que estabeleceu o aleitamento materno precocemente apresentou prevalência de 33,7% de AME no 1º mês, 30,7% no 3º mês e 36,9% aos 6 meses.



**Figura 8:** Frequência de aleitamento materno exclusivo nos seis primeiros meses conforme estabelecimento do aleitamento materno precoce. Uberlândia, Minas Gerais, 2010 – 2011.

## *5 DISCUSSÃO*

---

O quarto passo da IHAC é uma das estratégias para a promoção, proteção e apoio do aleitamento materno e baseia-se na capacidade de interação entre mãe e recém-nascido nos primeiros minutos de vida (REA, 2004). Este passo reforça a importância do estabelecimento precoce da primeira mamada, bem como a promoção do contato mãe-filho, o que deveria preceder o ato de amamentar, inclusive.

Há evidências científicas em relação aos benefícios advindos de tais práticas, como: melhor adaptação do recém-nascido à vida extra-uterina (MIKIEL-KOSTYRA, MAZUR, BOLTRUSZKO, 2002; WHO, 2009), regulação da temperatura corporal, colonização da pele do RN com os microrganismos maternos, o que traz proteção contra doenças futuras (ODENT, 2002), promoção do aleitamento materno precoce (RIGHARD e ALADE, 1990), aumento da incidência do aleitamento hospitalar (ROWE-MURRAY e FISHER, 2002), maior duração do aleitamento materno e melhor desenvolvimento da criança (WHO, 2009).

Em 2009 a OMS reformulou e revisou o conceito do quarto passo da IHAC, destacando ainda mais a importância do contato mãe-filho. Atualmente, praticar o quarto passo é "colocar os bebês em contato pele a pele com suas mães imediatamente após o parto, por no mínimo uma hora, e encorajar as mães a reconhecerem quando seus bebês estão prontos para serem amamentados" (WHO, 2009). Dessa forma, a primeira mamada não deve ser forçada, mas ao contrário, deve ocorrer de maneira natural, como consequência do contato pele a pele entre o binômio que vive um momento ímpar de emoção e vínculo. Guimarães (2006) e Rosa et al. (2010) destacam que a amamentação "em si" não é a ocorrência mais importante neste evento inicial, mas certamente, o fato de os profissionais da sala de parto atentarem para a interação mãe-bebê poderá resultar em amamentação. Assim, o contato precoce não necessariamente resulta em uma sucção imediata com objetivos nutricionais, mas traz recompensas incontestáveis para a mulher, no sentido de superação de todo o processo parturitivo.

Estudo clássico realizado por Klaus e Kennel (1978) mostraram a singularidade desse momento tão importante na vida da mãe e do filho e definiram o termo "apego" como uma relação singular e específica entre duas pessoas, que persiste ao longo do tempo. No estudo, observaram que logo após o parto, há um breve momento em que o apego da mãe floresce para com o filho, sendo este um período único na vida do binômio, cujos acontecimentos podem exercer efeito duradouro sobre a família. Estes autores fizeram acompanhamento de partos

domiciliares em uma população da Guatemala e observaram que pelo fato de a comunidade receber bem mães e recém-nascidos logo após o parto, as crianças estabeleciam com sucesso a amamentação em um curto período após o nascimento, e a longo prazo as mães se mostravam mais confiantes, mais sensíveis ao choro de seus filhos e mantinham a amamentação por mais tempo.

Posteriormente, em 1990, Righard e Alade (1990) chamaram a atenção para a importância do contato. No estudo que realizaram na Suécia foram observados recém-nascidos saudáveis que nasceram sem complicações. Ao nascimento, as crianças eram colocadas sobre o abdome da mãe, metade delas retiradas após 20 minutos de nascimento e a outra metade permanecia por tempo indefinido. Esses últimos, após algum tempo movimentavam-se em direção à mama e sugavam o seio materno vigorosamente. Os que foram separados da mãe, ao contrário, necessitaram de aprenderem a mamar.

A promoção do contato pele-a-pele entre mãe-filho tem sido objeto de diversos trabalhos científicos que comprovam os benefícios fisiológicos e psicossociais, tanto para a saúde da mãe quanto para a do recém-nascido (CRUZ, SUMAM e SPÍNDOLA, 2007; ALMEIDA e MARTINS, 2004)). Dentre os principais benefícios estão: promoção da amamentação logo após o parto, uma vez que aproveita o primeiro período de alerta e o comportamento inato do bebê de abocanhar e sugar a mama durante a primeira hora de vida (RIGHARD e ALADE, 1990); o estabelecimento de laços afetivos entre o binômio (BYSTROVA et al., 2009); a melhor adaptação do recém-nascido à vida extra-uterina (MIKIEL-KOSTYRA, MAZUR, BOLTRUSZKO, 2002; WHO, 2009); o aumento na duração do aleitamento materno (ANDERSON et al., 2012; BYSTROVA et al., 2009; MURRAY e RICKETTS, 2007; LABARÈRE et al., 2001), a redução do índice de desmame total e o aumento na prevalência de aleitamento materno exclusivo (OMS, 2001; MOORE e ANDERSON, 2007; FIGUEIREDO e GOULART, 1995; BRAMSON et al., 2010).

No presente estudo o contato visual entre mãe e filho ocorreu praticamente entre todos os binômios participantes. O contato físico ocorreu em 65,1 % da população, embora o contato pele a pele, como preconizado pela IHAC, tenha ocorrido apenas em 5 % dos binômios. Foi encontrada relação estatisticamente significativa de algumas variáveis com o contato precoce entre o binômio, entretanto independentemente desta análise, o contato entre o binômio mãe-filho está intimamente influenciado pelas práticas na condução do trabalho de parto e do parto

em si (MONTEIRO, 2006; LEITE, 2005; AWI e ALIKOR, 2004; MOORE e ANDERSON, 2007).

Neste contexto, os profissionais de saúde exercem um papel determinante na realização do contato precoce pele a pele por atuarem diretamente na assistência, podendo ser facilitadores ou complicadores desta prática (ARAUJO e SCHIMITZ, 2007; CRUZ, SUMAM e SPÍNDOLA, 2007). Por um lado, os profissionais podem estimular e facilitar o contato com a prorrogação dos cuidados de rotina e suporte profissional ou trazer prejuízos pelo desrespeito aos mecanismos fisiológicos do recém-nascido e às evidências científicas sobre o aleitamento materno (CRUZ, SUMAM e SPÍNDOLA, 2007; OMS, 2001).

Como suporte do profissional de saúde no momento do nascimento, é preciso oferecer tempo e ambiente tranquilo, auxiliar a mãe a posicionar-se confortavelmente, atentar para o estado de alerta e procura do bebê destacando os comportamentos positivos, favorecer a confiança materna e evitar manobras que apressem o bebê na amamentação (WHO, 2009).

Alguns procedimentos neonatais são essenciais para a vitalidade do recém-nascido, mas a separação mãe-bebê pode desencadear prejuízo ao início do apego e deixar escapar um momento essencial para o estabelecimento do vínculo (ROSA et al., 2010).

Muitas vezes os profissionais, com a justificativa de realizarem procedimentos imediatos junto ao recém-nascido, separam-no da mãe, justamente no momento em que a interação está sendo concretizada (ROSA et al., 2010). Neste sentido, faz-se importante o adiamento de alguns cuidados e rotinas realizados com o RN, evitando-se assim, a separação entre mãe e filho após o parto. (ROSA et al., 2010).

Além destas rotinas, há evidências de que as cesarianas, por diminuírem o estado de alerta do bebê após o nascimento e a grande disseminação da utilização de analgesias de parto, que resultam em sonolência materna; também dificultam a realização do contato precoce pele a pele mãe-filho (VENANCIO, 2003; CARVALHAES, CORREA, 2003).

Dessa forma, alguns autores destacam a importância da redução das separações desnecessárias entre o binômio mãe-filho com a diminuição dos procedimentos realizados no pós-parto imediato, ao estritamente necessário, quando se tratar de um bebê de baixo risco (CRUZ, SUMAM e SPÍNDOLA, 2007), uma vez

que, as evidências comprovam o quanto a separação mãe-filho é potencialmente prejudicial para o estabelecimento do vínculo familiar, seja porque a mulher, sendo privada de iniciar precocemente as manifestações emocionais de afeto que caracterizam o apego, pode, por exemplo, vir a sofrer distúrbios psíquicos de diversos graus no período puerperal (BOWLBY, 2002; WINNICOTT, 1982), ou seja porque a criança estará exposta a riscos potencialmente prejudiciais ao seu desenvolvimento psicoafetivo (BOING e CREPALDI, 2004; BOWLBY, 2002; KLAUS e KENNEL, 1993; WINNICOTT, 1982)

Segundo o conceito de Matos et al. (2010), o contato mãe-filho é “um momento natural, belo e exclusivo, de reconhecimento familiar, permeado de significados e benefícios para os dois seres ali envolvidos: o ser-mãe e o ser-filho”.

Isto pode ser comprovado por alguns estudos qualitativos que avaliaram o significado do contato para a mãe, cujos discursos revelam que o contato é um momento único, de naturalidade, de felicidade e até de alívio e força. Este é o momento em que acontece o primeiro reconhecimento do bebê e em que a mulher pode, pela primeira vez, apreciar o seu filho e vivenciar fortes sentimentos de emoção, referenciados de diferentes maneiras pelas puérperas (MATOS et al., 2010; MONTEIRO, GOMES, NAKANO, 2006). Segundo Barbosa, Orlandi e Dupas (2008), o momento do nascimento é um encontro íntimo e profundo entre mãe e filho, que traduz toda a espera decorrida da gestação.

Na presente pesquisa, foi possível demonstrar a importância e os efeitos do contato precoce entre a mãe e o filho, mesmo que este contato não tenha sido pele a pele, uma vez que tal prática contribuiu relevantemente para o início e a manutenção da amamentação. Ossandón et al. (2000) apontaram que o contato precoce mãe-filho favorece o início e a prevalência do AME até o 6º mês de vida da criança, o que também foi evidenciado neste estudo.

Entretanto, como esta pesquisa não avaliou a influência do contato pele a pele, e sim do contato físico precoce entre mãe e filho, na maioria das vezes com o bebê embrulhado, os resultados não podem ser comparados com os estudos que avaliaram o contato pele a pele.

Estes dados sugerem que mesmo se não for possível por algum motivo estabelecer o contato pele a pele, os profissionais devem propiciar outras formas de contato e proximidade entre o binômio mãe-filho, pois certamente é melhor do que mantê-los separados nesse momento crucial para o estabelecimento do vínculo entre

eles. O contato deve especialmente ser praticado naqueles casos em que a amamentação está contra-indicada (POSSOLI, 2009).

Discutida a importância do contato precoce mãe-bebê, destacaremos os fatores relacionados à amamentação na primeira hora de vida e os benefícios de tal prática.

O aleitamento materno é fundamental para a saúde infantil, materna, a família e a sociedade (REA, 2004; GIUGLIANI, 2004) e sua importância é amplamente conhecida e tem sido alvo de vários estudos.

Edmond et al. (2006) chamaram a atenção da comunidade científica ao comprovarem que o início da amamentação na primeira hora de vida evitaria um milhão de mortes de recém-nascidos e que, quanto mais se prorroga a primeira mamada, maiores são as chances de aumento da mortalidade neonatal.

Na literatura, alguns fatores são descritos como favoráveis à decisão materna pela amamentação: apoio familiar, mães mais velhas, mais instruídas, casadas, com experiência prévia positiva com o aleitamento e com condições adequadas no local de trabalho (FALEIROS, TREZZA, CARANDINA, 2006; ESCOBAR et al., 2002). Outros são frequentemente considerados como determinantes do desmame precoce: baixo nível educacional e socioeconômico maternos, paridade, a maternidade precoce, atenção dos profissionais de saúde no pré-natal, a necessidade de trabalhar fora do lar (FALEIROS, TREZZA, CARANDINA, 2006), intenção de amamentar, peso do recém-nascido ao nascimento, uso de chupeta e tempo de início da primeira mamada (CHAVES, LAMOUNIER e CÉSAR, 2007) .

Segundo Silveira e Lamounier (2006) os fatores que influenciam na duração e na prevalência da amamentação não atuam de forma independente e o efeito que cada um deles exerce sobre a duração da amamentação é variável e, muitas vezes, até contraditório. As explicações mais prováveis para as diferenças encontradas são a utilização de diferentes metodologias nas pesquisas realizadas e a diversidade das condições sócio-econômico-culturais das populações estudadas.

Inúmeras variáveis parecem interferir no estabelecimento do quarto passo da IHAC: biológicas, socioeconômicas, culturais, obstétricas, relativas ao pré-natal, condições de nascimento da criança, funcionamento do hospital, bem como a decisão pessoal da mãe em amamentar (GIUGLIANI, 2000; BOCCOLINI et al., 2008; ALMEIDA, NOVAK, 2004; SCOTT et al., 2001; PEREZ-ESCAMILLA et al., 1993; LINDENBERG, CABRERA ARTOLA, JIMENEZ, 1990). Dessa forma, o

conhecimento do perfil e das características da população estudada faz-se importante, já que esses fatores podem interferir em tais práticas.

No presente estudo, as variáveis sócio-demográficas maternas analisadas foram a idade, escolaridade, estado civil, trabalho e número de filhos.

A influência da idade materna sobre o tempo de início da amamentação é controversa. Há autores que associam o início tardio da amamentação às mulheres de maior idade, o que ocorreria em decorrência do risco aumentado de serem submetidas à cesariana, o que, por sua vez, aumentaria o intervalo de tempo entre o nascimento e a primeira mamada (BOCCOLINI et al., 2008; SILVEIRA, ALBERNAZ, ZUCCHETO, 2008). Por outro lado, alguns estudos apontam que mães muito jovens, menores de 18 anos, demoram um maior tempo para estabelecer a primeira mamada, provavelmente por comporem um grupo de maior risco de darem a luz a crianças com baixo peso ao nascer e/ou prematuros, fatores que dificultam a amamentação precocemente (SIMÕES, 2003; DENNIS, 2002; KUAN et al., 1999). Neste estudo, observou-se predomínio de mães jovens, cuja média de idade foi de 24,9 anos (tabela 1). Ao se avaliar a relação da idade materna com o início precoce da amamentação, não foi encontrada uma relação estatisticamente significativa através da análise bivariada (Tabela 16), o que também foi demonstrado no estudo de Khoury et al. (2005). Entretanto, a análise multivariada demonstrou haver relação estatisticamente significativa.

Também há controversas na literatura sobre a relação entre escolaridade materna e o tempo transcorrido para iniciar a amamentação. Alguns autores apontam que as mulheres com maior escolaridade apresentam maiores chances de iniciar precocemente o aleitamento materno (SIMARD et al., 2005; KHOURY et al., 2005; THEOFILOGIANNAKOU et al., 2006) embora Silveira, Albernaz e Zuccheto (2008), tenham demonstrado o contrário. Nesta pesquisa, apesar de as mulheres avaliadas apresentarem boa escolaridade, não foi demonstrada relação estatisticamente significativa dessa variável com o tempo de início da primeira mamada.

Alguns autores têm apontado a influência do estado civil sobre o tempo de início da primeira mamada. Segundo Khoury et al. (2005) e Kuan et al. (1999), as mulheres casadas possuem maior probabilidade de iniciar precocemente o aleitamento materno. No presente estudo, houve predomínio de união estável e não foi possível demonstrar uma associação entre estado civil e tempo de início do aleitamento. Particularmente, parece que o estado civil, em si, não determina o estabelecimento ou não da amamentação precoce, pois independente da situação conjugal declarada pela mãe, o

importante é o apoio e o incentivo do pai do bebê, especialmente na fase gestacional, o momento em que a mãe decide amamentar. Alguns autores apontaram que a atitude positiva do pai exerce efeito na motivação e na capacidade da mãe em amamentar (GIUGLIANI, 1994; ALMEIDA e NOVAK, 2004; FALEIROS, TREZZA, CARANDINA, 2006).

Neste estudo, a maioria da população não trabalhava fora de casa (62,1%) e não foi demonstrada relação deste fator com o estabelecimento da amamentação precoce, o que poderia ser esperado, pois o fato de a mulher trabalhar fora do lar parece ser um empecilho à manutenção do aleitamento materno e não à sua instituição. Nesse sentido, alguns autores apontam o trabalho como importante fator de desmame quando a mulher retorna ao mercado de trabalho (SILVA, 2003; REA et al., 1997; CIACCIA, RAMOS, ISSLER, 2003). Entretanto, nos estudos de Khoury et al. (2005) e Hawkins et al. (2007), foi observado que o trabalho materno formal reduz a probabilidade de as mulheres amamentarem precocemente.

A paridade também é citada como um fator que influencia a instituição da primeira mamada, e além do mais, é considerada um fator independente que prediz a intenção de amamentar. Estudos demonstram que quanto maior o número de filhos, maior é a experiência materna, e sua segurança para lidar com seu recém-nascido e iniciar o aleitamento materno. A razão para isso é que as mães primíparas são eventualmente mais jovens, com menor grau de instrução e menor experiência de vida (MCLNNES, LOVE E STONE, 2001; BOCCOLINI et al., 2008; HAMMER, BRYSON e AGRAS, 1999). De acordo com esses achados, na população avaliada neste estudo, quanto maior o número de filhos menor foi o tempo para iniciar o aleitamento materno.

É conhecido que o aconselhamento e orientação no pré-natal são muito importantes, pois a compreensão das mulheres acerca do tema influencia diretamente na sua atitude frente ao ato de amamentar. A assistência profissional recebida durante a fase gestacional é um fator que influencia relevantemente a prática da amamentação, sobretudo a prática do aleitamento exclusivo (SANTOS, SOLER, AZOUBEL, 2005). Quanto às características do pré-natal foi constatado que a maioria (96,8%) realizaram-no em serviço público de saúde, receberam orientação quanto ao aleitamento materno (52,7%), e a quase totalidade das mulheres entrevistadas (99,6%) referiram desejo de amamentar. Não foi demonstrada relação entre o local do pré-natal e o aleitamento materno precoce, o que de certa forma, tem sido observado na prática profissional, que mais importante do que o local aonde é realizado, é a orientação e a motivação

oferecidas à gestante, o que resulta no empoderamento e segurança dessa mulher, o que a faz decidir pela amamentação mesmo antes do nascimento da criança.

Também não foi comprovada a relação entre orientação sobre aleitamento materno no pré-natal e o início precoce da amamentação, embora Dennis (2002) tenha demonstrado o contrário. Isso pode ser justificado pelo fato de não bastar que a mulher receba algumas informações sobre as vantagens do AM; faz-se necessário que ela esteja inserida em um ambiente favorável à amamentação e receba apoio de um profissional habilitado sempre que necessário (GIUGLIANI e LAMOUNIER, 2004). Pereira et al. (2000), sugeriram em seu estudo, a necessidade de efetivo acompanhamento no pós-parto e durante todo o período do aleitamento para que as mulheres sejam orientadas e estimuladas à prática do aleitamento materno exclusivo, uma vez que a orientação no pré-natal pode não ser suficiente para a fixação de um número tão grande de informações que envolvem a amamentação.

Evidências científicas apontam que mulheres decididas a amamentar iniciam mais precocemente o aleitamento materno (DENNIS, 2002). Neste estudo, apesar de 99,6% das mulheres expressarem o desejo de amamentar, não foi observado relação estatisticamente significativa com a instituição da primeira mamada. Entretanto a experiência prévia em amamentar se mostrou significativa, o que também é referido por Boccolini et al. (2008). Nessa avaliação, deve-se levar em conta que as mulheres poderiam se sentir constrangidas ao responder que não desejavam amamentar o seu filho, pelo fato de a amamentação ser uma prática socialmente valorizada e instituída como responsabilidade e dever da mulher nos cuidados com a criança, e pelo fato de muitas mulheres compreenderem, de forma distorcida, o ambiente institucional hospitalar como um espaço onde amamentar é uma norma a ser cumprida pelas mães (NAKANO et al., 2007).

Há evidências de que a assistência hospitalar é fundamental para o estabelecimento da primeira mamada, do primeiro contato entre mãe e filho, bem como do vínculo entre eles. Quanto às características da atenção hospitalar, este estudo avaliou o tipo de parto, o local de internação do RN, a prática de levar o RN à mãe logo após o nascimento, orientação quanto à posição e pega para amamentar e ajuda profissional para amamentar na sala de parto.

Vários estudos comprovam que o tipo de parto é um dos mais importantes fatores quando se trata do início precoce da amamentação. Neste estudo foi observado que as mães submetidas à cesariana apresentaram um risco cerca de cinco vezes maior

de não amamentar na primeira hora de vida, sendo esses resultados corroborados por vários estudos que comprovam o papel do parto cesariano na prorrogação do estabelecimento do aleitamento materno (BOCCOLINI et al., 2008; ROWE-MURRAY e FISHER, 2002). O parto cesáreo está associado a menores taxas tanto de início quanto de duração do aleitamento materno, o que ressalta a importância da indicação adequada do tipo de parto (D'ORSI et al., 2005; MURPHY-SMITH, 2001). Isso pode ser explicado pelo fato de essa via de parto aumentar o tempo de separação mãe-bebê, causar a dor incisional e dificultar o contato entre o binômio mãe-filho devido ao efeito pós-anestésico e outros (WEIDERPASS et al., 1998; CARVALHAES & CORREA, 2003; FIGUEIREDO et al., 2004). Um estudo de Rowe-Murray e Fisher (2002) aponta que a cesárea representa um importante obstáculo ao início precoce da amamentação, pois as mulheres submetidas à cesariana experimentam um longo tempo entre o nascimento e o estabelecimento da primeira mamada quando comparadas àquelas submetidas ao parto vaginal. No presente estudo, ocorreram 542 partos cesáreos (66,7%), o que difere da orientação da Organização Mundial de Saúde, que recomenda uma taxa de cesárea em torno de 15,0% (WHO,1995). Foi observado que o tempo mediano para se iniciar a primeira mamada foi de 57 minutos após o parto normal e de 120 minutos para o parto cesáreo, e associação estatisticamente significativa entre o tipo de parto e o tempo da primeira mamada, comprovando que mulheres submetidas ao parto normal possuem mais chances de iniciar a amamentação precocemente.

Com relação ao local de permanência do RN, dos 812 recém-nascidos cujas mães foram entrevistadas, 642 (79,4%) permaneceram em Alojamento Conjunto após alta do Centro Obstétrico. O sistema de Alojamento Conjunto é uma prática preconizada de atendimento ao binômio mãe-filho que traz inúmeros benefícios, como: fortalecimento do vínculo mãe-filho, estímulo à prática do aleitamento materno sob livre demanda, redução do intervalo entre o parto e a primeira mamada e treinamento da puérpera para os cuidados com bebê (FALEIROS, TREZZA, CARANDINA, 2006). Na literatura há comprovações de que a internação do recém-nascido em berçário é um dos fatores que mais influenciam negativamente o tempo de início da primeira mamada. Conforme Boccolini et al. (2008), menos da metade desses bebês conseguem iniciar o aleitamento materno no primeiro dia de vida. Inúmeras condições relacionadas à mãe e ao recém-nascido são responsáveis pela separação mãe-filho, como a prematuridade, asfixia perinatal, malformações congênitas, comprometimento do estado de saúde da mãe, dentre outros (KILSZTAJN et al., 2003). Para se conseguir sucesso na redução

destas condições tem sido recomendado a realização de pré-natal adequado, assistência de qualidade ao trabalho de parto, parto e pós-parto, bem como à mãe e ao recém-nascido (RIGHARD & ALADE, 1990).

Na literatura há evidências de que a prática de não levar o bebê à mãe logo após o nascimento é um dos fatores que mais retardam o tempo entre o nascimento e a primeira mamada (RIGHARD E ALADE, 1990; MOORE e ANDERSON, 2007). Tal prática pode refletir a conduta profissional e as práticas institucionais na sala de parto, pois muitas vezes os profissionais priorizam a realização de procedimentos junto ao bebê para posteriormente levá-lo à mãe, enquanto a recomendação da OMS é priorizar o contato com a mãe, postergar os procedimentos médicos e cuidados não-urgentes por pelo menos uma hora e examinar o recém-nascido sobre o peito da mãe, sempre que possível (WHO, 2009; BOCCOLINI et al., 2008). Na população estudada, 679 mães (83,6%) afirmaram que receberam seus filhos logo após o nascimento. Os bebês que não foram levados à mãe logo após o nascimento apresentaram menor probabilidade de estabelecer tanto o contato precoce com a mãe na primeira hora de vida (OR 0,09; IC 95% 0,06 – 0,16; p=0,000) quanto a primeira mamada (OR 6,25; IC 95% 3,63 – 10,8; p=0,000).

Quanto aos cuidados na sala de parto, 471 (58%) participantes afirmaram ter recebido ajuda profissional para iniciar a amamentação na sala de parto. As mães que receberam suporte para iniciar o aleitamento tiveram dez vezes mais chances de amamentar na primeira hora de vida (OR 10,34; IC 95% 7,17 – 14,92, p=0,000). A importância do suporte profissional na sala de parto para o estabelecimento precoce da amamentação foi encontrada também em outros estudos (KHOURY et al., 2005; RIVA et al., 1999), o que concorre para a conscientização de que a mãe vive um momento de fragilidade e está na dependência do cuidar alheio, apresentando assim pouco ou nenhum poder de decisão para iniciar a amamentação de seu filho. Nesse sentido, os ideais e as ações do profissional de saúde mostram-se fundamentais para o efetivo estabelecimento da primeira mamada (BOCCOLINI et al., 2008).

Quanto à orientação profissional sobre a posição e pega para amamentar, a maioria das mães (74,6%) afirmaram que receberam tal orientação, entretanto não foi evidenciada relação estatisticamente significativa com a instituição precoce da primeira mamada. Alguns estudos evidenciaram que as mães orientadas e incentivadas a amamentar obtêm maior sucesso no estabelecimento do aleitamento materno (RIVA et al., 1999; KHOURY et al., 2005).

No grupo de características do RN foram avaliados o sexo, o peso de nascimento, idade gestacional, Boletim de Apgar no 1° e 5° minutos de vida, e a necessidade de reanimação na sala de parto.

Com relação ao sexo do recém-nascido, estudos demonstram a influência do sexo da criança no tempo entre o nascimento e a primeira mamada. Os recém-nascidos do sexo masculino, cujas mães são submetidas ao parto cesariano geralmente demoram mais a iniciar o aleitamento materno, o que pode refletir o status de saúde dos recém-nascidos. Existem comprovações da associação entre sexo masculino e eventos adversos da gravidez, que podem exercer sua influência através do peso ao nascer, morbidades específicas ou outros mecanismos. (GARCEZ e GIUGLIANI, 2005; BOCCOLINI et al., 2008). No presente estudo, assim como no estudo de Silveira, Albernaz e Zuccheto (2008), a análise bivariada não demonstrou relação estatisticamente significativa entre o sexo da criança e o estabelecimento da amamentação. Entretanto, a regressão linear múltipla mostrou uma correlação significativa entre sexo masculino e prorrogação do início da primeira mamada.

As condições do recém-nascido ao nascimento, avaliadas através da necessidade da realização de procedimentos para reanimação neonatal e a nota do Boletim de Apgar, apresentaram relação estatisticamente significativa com o estabelecimento da amamentação neste estudo. As crianças que demandam a realização de procedimentos de reanimação na sala de parto, com frequência requerem observação e/ou internação em unidades neonatais e frequentemente apresentam alterações clínicas que contra-indicam ou dificultam a sucção ao seio materno, havendo também um maior período de separação mãe-filho (BOCCOLINI et al., 2008; SILVEIRA, ALBERNAZ, ZUCCHETO, 2008; VELÁSQUEZ-MELÉNDEZ, MARTINS, 2004; KILSZTAJN et al., 2000). O escore de Apgar é um indicador da vitalidade do recém-nascido, quando baixo está relacionado à maior letalidade no período neonatal, tornando importante a adoção de medidas para o suporte adequado às crianças que nascem nessa condição (VELÁSQUEZ-MELÉNDEZ, MARTINS, 2004). Conforme Silveira, Albernaz e Zuccheto (2008), o Apgar no 5° minuto igual ou menor que 7 aumenta o risco de o bebê não mamar na primeira hora de vida. Nesta pesquisa os recém-nascidos apresentaram boas condições ao nascimento; todos apresentaram nota do Boletim de Apgar igual ou maior que 7 no 5° minuto de vida e foi demonstrada relação estatisticamente significativa entre Apgar no 1° e no 5° minuto de vida e o estabelecimento do aleitamento materno na primeira hora de vida.

Alguns autores apontam que o peso de nascimento é fator importante no estabelecimento da mamada precoce; quanto maior o peso maior a probabilidade de se estabelecer a primeira mamada, o que se deve possivelmente ao fato de a mãe sentir-se mais segura em cuidar de bebês com maior peso e também devido às condições de amadurecimento fisiológicas relacionadas ao peso de nascimento (BOCCOLINI et al., 2008; FURMAN, MINICH, HACK, 2002; XAVIER, JORGE, GONÇALVES, 1991). Xavier et al. (1991) evidenciaram que o peso ao nascer, pode interferir tanto no início quanto na duração do aleitamento materno. Na presente pesquisa não foi encontrada relação estatisticamente significativa entre peso ao nascimento e início precoce do aleitamento materno como no estudo de Silveira, Albernaz e Zuccheto (2008). Entretanto, todas as crianças tinham peso de nascimento igual ou maior que 2000g, critério utilizado para inclusão no estudo.

No presente estudo, foram incluídos apenas os binômios cuja idade gestacional era igual ou maior que 37 semanas, portanto, classificada como termo. Apesar disso, foi observado correlação estatisticamente significativa da idade gestacional e o tempo de início da primeira mamada (tabela 18). O mesmo não foi encontrado por Silveira, Albernaz e Zuccheto (2008). O nascimento prematuro tem sido referido na literatura como um dos fatores que dificultam e até impossibilitam o estabelecimento da amamentação precoce (XAVIER, JORGE, GONÇALVES, 1991; NASCIMENTO, ISSLER, 2004; FURMAN, MINICH, 2006; REZENDE et al., 2002).

Apesar de o aleitamento materno na primeira hora de vida do RN, ser uma prática recomendada pela OMS, apenas 40,5 % dos binômios estabeleceram a amamentação nesse período. Conforme a II Pesquisa de prevalência de aleitamento materno nas capitais brasileiras e no Distrito Federal (2009), 67,7% das crianças brasileiras mamaram na primeira hora de vida, percentual maior do que o encontrado na Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde (PNDS/2006), que foi de 43%. As regiões Norte, Centro-Oeste e Sul apresentaram os maiores percentuais de amamentação na primeira hora de vida (72,9% e 72,0% e 71,8%, respectivamente) e na região Sudeste, o menor (63,5%) (BRASIL, 2009a). Observa-se, que o percentual encontrado neste estudo (40,5%) foi inferior ao índice nacional e regional, sendo considerado um índice ruim segundo os critérios da OMS, que classifica o índice de aleitamento materno na primeira hora de vida em muito ruim (0 - 29%), ruim (30 - 49%), bom (50 - 89%) e muito bom (90 - 100%) (WHO, 2008).

A análise multivariada evidenciou que o grupo de variáveis com maior impacto sobre o início da amamentação foi o das características da assistência hospitalar (tabela 18), corroborando com as afirmações de Boccolini et al. (2008) e de Nakano et al. (2007), de que as mulheres no pós-parto imediato vivem um momento de fragilidade e que os seus sentimentos e desejos nem sempre são ouvidos e respeitados, isso as torna reféns da conduta profissional e das práticas institucionais vigentes nos serviços de saúde, uma vez que, são poucos os fatores maternos que explicam a instituição do aleitamento materno. Tal procedimento reforça o papel do profissional de saúde, que muitas vezes assume um papel normatizador e regulador do AM pautado em um saber científico construído, enquanto deveria agir com humanização, ética e respeito ao binômio mãe-bebê colaborando, assim, para o fortalecimento de seus vínculos (BOCCOLINI et al., 2008; NAKANO et al., 2007).

No intuito de verificar a influência do início precoce da amamentação na situação do aleitamento materno ao longo do tempo foi realizada análise bivariada (Tabela 16) e regressão linear múltipla (Tabela 18). As prevalências do aleitamento materno e do AME foram significativamente maiores no 1º, 3º e 6º mês de vida das crianças que amamentaram na primeira hora de vida, mostrando que existe correlação entre a situação do aleitamento no 1º, 3º e 6º mês de vida da criança e o início precoce da amamentação.

Esses achados são coincidentes com outros estudos, que demonstraram o papel do início precoce da primeira mamada no aumento da duração do aleitamento materno e na redução das chances de sua interrupção (FORSTER e MCLACHLAN, 2007; NAKAO et al., 2008; DENNIS, 2002). Neste sentido, Chaves, Lamounier e César (2007) apontaram que o início tardio da primeira mamada (após 6 horas de vida da criança) está relacionado a um menor tempo de aleitamento, como encontrado também por Caldeira e Goulart (2000).

Entretanto, sabe-se que o aleitamento é um ato cultural, social e político, de múltiplas e amplas dimensões (NARCHI et al., 2009). Dessa forma, apesar de a presente pesquisa ter comprovado a importância da amamentação na primeira hora de vida, diversos fatores podem ter colaborado para a decisão das mães em manter o aleitamento materno, como: apoio familiar, aspectos culturais, história de vida, emoções, influência dos meios de comunicação e da indústria de alimentos infantis, redes sociais de apoio, orientação, atenção e apoio do profissional de saúde, rotinas dos serviços de saúde e o papel dos processos educativos (FALEIROS, TREZZA e CARANDINA, 2006;

VENANCIO et al., 2002; VIEIRA, PINTO, FILHO, 2003; RÉA e BERQUÓ, 1990). Portanto, estudos devem ser conduzidos com o objetivo de analisar essa influência.

Os benefícios do aleitamento materno, principalmente o exclusivo, encontram-se bem definidos na literatura (FRANÇA et al., 2007). A OMS recomenda que a amamentação exclusiva deve ser praticada do nascimento aos seis meses de vida da criança (WHO, 2001). Contudo, o AME sofre influência de diversos fatores, os quais tem sido amplamente estudados e discutidos. Dentre os principais fatores, encontram-se os socioeconômicos e demográficos, como idade e escolaridade maternas e o fato de a mãe trabalhar fora de casa. Práticas culturais também podem influenciar, destacando-se a percepção materna sobre o ato de amamentar e suas dificuldades, e a introdução de líquidos não nutritivos e uso de chupeta, e outros, como orientações no pré-natal, condutas hospitalares, (alojamento conjunto, parto humanizado e mãe-canguru) e suporte pós-parto, condições psíquicas da mãe, o meio onde ela está inserida, suas condições biológicas e apoio social (AMADOR et al., 1992; COTRIM, VENÂNCIO e ESCUDER, 2002; FADUL e XAVIER, 1983; VENANCIO et al., 2002; FRANÇA et al., 2007; REZENDE et al. (2002). Segundo Nakano (1996) e Leite (2000) a mulher precisa avaliar e decidir sobre os fatores que envolvem sua vida durante a amamentação, uma vez que ela é fortemente influenciada pela sociedade em que vive. Partindo-se do princípio de que o aleitamento materno é construído a partir dos aspectos biológicos e sociais, as ações de promoção e incentivo ao AM devem considerar que a mãe é parte de um ambiente, cujos fatores podem dificultar que o ato de amamentar seja praticado com sucesso e com duração adequada. (ALMEIDA, 1999; FRANÇA et al., 2007).

Como o objetivo deste estudo foi avaliar a influência do quarto passo da IHAC na manutenção e duração do AM, outros fatores, como os citados anteriormente, não foram analisados e podem ter influenciado o desfecho avaliado.

No estudo de Salustiano et al. (2012) realizado na cidade de Uberlândia, os fatores que mais frequentemente se associaram à prática do desmame precoce foram o trabalho materno fora de casa, oferta de bicos ou chupetas às crianças, atendimento puerperal efetuado no serviço privado e primiparidade.

Um estudo longitudinal realizado na cidade de Itaúna (Minas Gerais) demonstrou que algumas variáveis estão associadas negativamente ao tempo de aleitamento exclusivo, como intenção de amamentar por menos de 12 meses, recém-nascidos com baixo peso ao nascimento e uso de chupeta (CHAVES, LAMOUNIER, CÉSAR, 2007). O menor tempo de aleitamento esteve associado à idade materna,

número de consultas no pré-natal, uso de tabaco ou álcool, tempo de início da primeira mamada e uso de chupeta.

Vale ressaltar que segundo Oliveira et al. (2005) são poucos os estudos que exploram as condições econômicas, conjuntamente com as variáveis da esfera biológica e com aquelas dos serviços de saúde enquanto preditoras da prática do aleitamento materno e da alimentação na infância. Além disso, muitos dos estudos adotam como amostras grupos selecionados, condições que podem distorcer os resultados.

Tendo em vista a importância da amamentação para a saúde da criança e de suas mães, devem ser direcionadas ações de promoção, proteção e apoio à amamentação, como também estratégias para que as mães tenham suporte teórico e emocional para tomarem a decisão de amamentar.

A partir de 1992, com a implantação do Programa Iniciativa Hospital Amigo da Criança no Brasil, o incentivo ao aleitamento materno ganhou um novo fôlego no circuito das políticas públicas (SOUZA, 1996).

Entretanto, a II Pesquisa de prevalência do aleitamento materno nas capitais e no Distrito Federal revelou que, apesar dos avanços alcançados ao longo de três décadas como resultado da Política Nacional de Aleitamento Materno, criada em 1981, o Brasil ainda está distante do cumprimento das metas propostas pela OMS e MS, de amamentação até o final do segundo ano de vida ou mais e aleitamento materno exclusivo até o sexto mês de vida. Além disso, verificou-se neste estudo a necessidade de intervenções no sentido de promover hábitos saudáveis de alimentação no primeiro ano de vida (BRASIL, 2009a).

A introdução de alimentos pode modificar o perfil do aleitamento materno e sua duração. Alimentação complementar é definida como a alimentação no período em que outros alimentos ou líquidos são oferecidos à criança, em adição ao leite materno. (WHO,1991).

Neste contexto, é conhecido que a introdução precoce desses alimentos complementares é desvantajosa para a nutrição da criança, reduz a duração do aleitamento materno e prejudica a absorção de nutrientes importantes existentes no leite materno, como o ferro e o zinco (WHO, 2001), além de estar associada ao aumento da morbimortalidade infantil, devido à menor ingestão de fatores de proteção contidos no leite materno e a maior risco de contaminação das crianças (VICTORA et al., 1987).

Neste estudo, a tabela 7 revela que a introdução de água, chás, sucos, outros leites e alimentos complementares ocorreu precocemente, daí a importância da orientação e atuação dos profissionais de saúde nesse período crítico (BRASIL, 2009a).

A prevalência do AME na presente pesquisa foi de 64,8% no 1º mês, 51,1% no 3º mês e 45% no 6º mês de vida da criança. Segundo os critérios da Organização Mundial de Saúde (WHO, 2008), os índices de AME em menores de 6 meses são classificados como muito ruim (0-11%), ruim (12-49%), bom (50-89%) e muito bom (90-100%).

Na PNDS/2006 o percentual de crianças em AME de 0 a 6 meses no Brasil foi de 39,8. Em 2009, a prevalência do AME em menores de 6 meses foi de 41% no conjunto das capitais brasileiras (BRASIL, 2009a).

Apesar de os índices de AM e AME encontrados neste estudo não atingirem os índices desejados, segundo a OMS, pode-se comprovar que o tempo transcorrido entre o nascimento e o momento da primeira mamada e do primeiro contato é um marco importante na instituição do aleitamento materno, assim como um preditor do tempo de amamentação. Dessa forma, podemos dizer que a exposição ao aleitamento e ao contato mãe-filho na primeira hora de vida da criança é capaz de modificar o perfil de amamentação de uma população, pois as taxas de aleitamento materno e de aleitamento materno exclusivo foram significativamente maiores no 1º, 3º e 6º mês de vida das crianças que sofreram tal exposição quando comparado às não expostas.

Este estudo reafirma e reforça a importância de se estabelecer a mamada e contato o mais precocemente possível, chamando a atenção dos profissionais de saúde para atuar na minimização dos fatores que sabidamente retardam o estabelecimento do quarto passo da IHAC.

## *6 CONCLUSÕES*

---

- ❖ O início precoce do contato entre mãe e filho influenciou positivamente o estabelecimento e a manutenção do aleitamento materno. A prevalência do AM e do AME no 1º, 3º e 6º mês de vida da criança foi significativamente maior quando as duplas mãe-bebê estabeleceram o contato na primeira hora após o nascimento.
  
- ❖ A amamentação na primeira hora de vida influenciou positivamente o estabelecimento e a manutenção do aleitamento materno. A prevalência do AM e do AME no 1º, 3º e 6º mês de vida da criança foi significativamente maior quando as duplas mãe-bebê estabeleceram a amamentação na primeira hora após o nascimento.
  
- ❖ Os principais fatores que influenciaram o contato mãe-filho na primeira hora de vida foram: idade, estado civil, tipo de parto, experiência prévia com a amamentação, levar o recém-nascido até a mãe após o nascimento, receber ajuda para amamentar na sala de parto, Apgar no 1º minuto de vida, realização de procedimentos de reanimação na sala de parto e local de internação do recém-nascido.
  
- ❖ Os principais fatores que influenciaram a amamentação na primeira hora de vida foram: paridade, tipo de parto, experiência prévia com a amamentação, levar o recém-nascido até a mãe após o nascimento, receber ajuda para amamentar na sala de parto, Apgar no 1º minuto de vida, realização de procedimentos de reanimação na sala de parto e local de internação do recém-nascido.

## *REFERÊNCIAS*

---

- ABOLYAN, L. V. The breastfeeding support and promotion in Baby-Friendly Maternity Hospitals and Not-as-Yet Baby-Friendly Hospitals in Russia. **Breastfeed Med.**, Nova Iorque, v. 01, n. 02, p. 71-8, 2006.
- ALBERNAZ, E. P.; MENEZES, A. M.; CESAR, J. A. Fatores de risco associados à hospitalização por bronquiolite aguda no período pós-natal. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 37, p. 37, 2003.
- ALMEIDA, J. A. G. **Amamentação: um híbrido de natureza e cultura**. Rio de Janeiro: Fiocruz; 1999.
- ALMEIDA, E. A.; MARTINS FILHO, J. O contato precoce mãe-filho e sua contribuição para o sucesso do aleitamento materno. **Rev Ciên Méd**, Campinas, v. 13, n. 4, p. 381-8, 2004.
- ALMEIDA, J. A. G.; NOVAK, F. R. Amamentação: um híbrido de natureza e cultura. **Jornal de Pediatria**, Rio de Janeiro, v. 80, n. 5, p. 119-125, 2004.
- AMADOR, M. et al. Adolescent mothers: do they breast-feed less? **Acta Paediatr Hung**, Budapeste, v. 32, n. 3, p. 269- 85, 1992.
- AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS, Section on Breastfeeding. Breastfeeding and the use of human milk. **Pediatrics**, Elk Grove Village, v. 129, n. 3, p. 827-41, 2012.
- ANDERSON, G. C. et al. Early skin-to-skin contact for mothers and their healthy newborn infants. . In: THE COCHRANE Database of Systematic Reviews, Issue 2, 2003.
- ANDERSON, G. C. et al. Early skin to skin contact for mothers and their healthy newborn infants. In: THE COCHRANE Database of Systematic Reviews, Issue 5, 2012.
- ANDERSON, G. C.; MOORE, E. R.; BERGMAN, N. Early skin-to-skin contact for mothers and their healthy newborn infants. In: THE COCHRANE Database of Systematic Reviews, Issue 3, 2007.
- ANDERSON, J. W.; JOHNSTONE, B. M.; REMLEY, D. T. Breast-feeding and cognitive development: a meta-analysis. **Am J Clin Nutr.**, Bethesda, v. 70, n. 4, p. 525-35, 1999.

AWI, D. D.; ALIKOR, E. A. The influence of pré and pos-partum factors on the time of contact between mother and her newborn after vaginal delivery. **Nigerian Journal of Medicine**, Lagos, v. 13, n. 3, p.272-5, 2004.

ARAÚJO, O. D. et al. Aleitamento materno: fatores que levam ao desmame precoce. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 61, n. 4, p. 488-492, 2008.

ARAÚJO, M. F. M.; SCHMITZ, B. A. S. Doze anos de evolução da Iniciativa Hospital Amigo da Criança. **Rev. Panam Salud Publica**, Washington, v. 22, n. 2, p. 91-99, 2007.

BAPTISTA, G. H. et al. Fatores associados à duração do aleitamento materno em crianças de famílias de baixa renda da região sul da cidade de Curitiba, Paraná, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 03, p. 596-604, 2009.

BARBOSA, V.; ORLANDI, F. S.; DUPAS, G. **Aleitamento materno na sala de parto: a experiência da puérpera**. In: Anais do 1º Congresso Sul Brasileiro de Aleitamento Materno e bancos de Leite Humano; 2008. Disponível em: [http://www.furb.br/formularios/aleitamento/anais/als/art\\_als\\_02.pdf](http://www.furb.br/formularios/aleitamento/anais/als/art_als_02.pdf).

BARTICK, M. et al. The Massachusetts Baby-Friendly Collaborative: Lessons Learned From an Innovation to Foster Implementation of Best Practices. **J Hum Lact**, Charlottesville, v. 26, n. 4, 2010.

BIRCH, E. E. et al. Breast feeding and optimal visual development. **Journal of Pediatric Ophthalmology & Strabismus**, Dallas, v.30, n. 01, p. 33-38, 1993.

BOCCOLINI, C. S. et al. Fatores que interferem no tempo entre o nascimento e a primeira mamada. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.24, n.11, p. 2681-2694, 2008.

BOING, E.; CREPALDI, M. A. Os efeitos do abandono no desenvolvimento psicológico do bebê e a importância do cuidado maternal como fator de proteção. **Estud Psicol**, Campinas, v. 21, n. 3, p. 211-226, 2004.

BOM ÂNGELO, M. L.; GOLDSTEIN, R. A. Aspectos emocionais presentes na amamentação. **Pediatr Mod**, [s.l.], v. 32, p. 182-8, 1996.

BOWLBY, J. Primórdios do comportamento do apego. In: Bowlby J. **Apego e perda: apego**. 3ª ed. São Paulo (SP): Martins Fontes; 2002. p. 329-69.

BRAMSON L. et al. Effect of early skin-to-skin mother--infant contact during the first 3 hours following birth on exclusive breastfeeding during the maternity hospital stay. **J Hum Lact**, , Charlottesville, v. 26, n. 2, p. 130-7, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **Além da sobrevivência: práticas integradas de atenção ao parto, benéficas para a nutrição e a saúde de mães e crianças**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011a.

BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Parto, Aborto e Puérperio: assistência humanizada à mulher**. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de ações programáticas e estratégicas. **Iniciativa Hospital Amigo da Criança**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011b.

BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de ações programáticas e estratégicas. **II Pesquisa de prevalência de aleitamento materno nas capitais brasileiras e Distrito Federal/ Ministério da Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009a.

BRASIL , MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portaria SAS/MS N° 756 de 16 de dezembro de 2004**. Estabelece as normas para o processo de habilitação do Hospital Amigo da Criança integrante do Sistema Único de Saúde - SUS. DOU: Diário oficial da União n° 242 2004 Dez 17, p. 99. Disponível em:  
<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/Port%20%20756%20.pdf>, acessado em 02/08/2012.

BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Estado da Saúde. **Cartilha Aleitamento materno: alimento da mãe para o filho**. Etnia: Guarani. Kaiowá. Caarapó, Mato Grosso do Sul, 2008.

BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Política de Saúde. Organização Pan Americana da Saúde. **Guia alimentar para crianças menores de dois anos**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Saúde da Criança: Nutrição Infantil, Aleitamento Materno e Alimentação Complementar**. Cadernos de Atenção Básica, n° 23, Brasília: Ministério da Saúde, 2009b.

BRAUN, M. L. G.; GIUGLIANI, E. R. J.; SOARES, M. E. M. Evaluation on the impact of the Baby-Friendly Hospital Initiative on rates of breastfeeding. **Amer J Public Health**, Nova Iorque, v. 93, p. 1277–1279, 2003.

BROADFOOT, M. et al. The Baby Friendly Hospital Initiative and breast feeding rates in Scotland **Arch Dis Child Fetal Neonatal**, v. 90, n. 02, p. 114-6, 2005.

BUATAMENTE-TEIXAIRA, M.T.; FAERSTEIN, E.; LATORRE, M. R. Técnicas de Análise de Sobrevida. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 3, p.579-594, 2002.

BYSTROVA, K. et al. Early contact versus separation: effects on mother-infant interaction one year later. **Birth**, Malden, v. 36, n.2, v. 97-109, 2009.

CALDEIRA A. P, GONÇALVES E. Assessment of the impact of implementing the Baby-Friendly Hospital Initiative. **Jornal de Pediatria**, Rio de Janeiro, v. 83, n. 02, p. 127-32, 2007.

CALDEIRA, A. P .; GOULART, E. M. A situação do aleitamento materno em Montes Claros, Minas Gerais: estudo de uma amostra representativa. **Jornal de Pediatria**, Rio de Janeiro, v. 76, p. 65-72, 2000.

CARFOOT, S.; WILLIAMSON, P.; DICKSON, R. A randomized con-trolled trial in the north of England examining the effects of skin-to-skin care on breast feeding. **Midwifery**, [s.l], v. 21, p. 71-9, 2005.

CARVALHAES, M. A. B. L.; CORREA, C. R. H. Identificação de dificuldades no início do aleitamento materno mediante aplicação de protocolo. **Jornal de Pediatria**, Rio de Janeiro, v. 79, n. 1, p. 13-20, 2003.

CARVALHO, M. S. et al. **Análise de Sobrevida: Teoria e Aplicação em Saúde**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2005.

CARVALHO, M. R. et al. **Lactância Materna**. In OPS. Acciones de Salud Materno Infantil a nível local segundo las metas de la Cumbre Mundial em favor de la infância. Washington (DC), 1996. p. 249-63.

CÉSAR, J. A. et al. Impact of breastféeeding on admission for pneumonia during postneonatal period in Brazil: nested case-control study. **British Medical Journal**, Londres, v.318, n. 7194, p. 1316-1320, 1999.

CHALMERS, B. et al. Breastfeeding rates and hospital breastfeeding practices in Canada: a national survey of women. **Birth.**, Malden , v. 36, n. 02, p. 122-32, 2009.

CHAVES, R. G.; LAMOUNIER, J. A.; CÉSAR, C. C. Fatores associados com a duração do aleitamento materno. **Jornal de Pediatria**, Rio de Janeiro, v. 83, n. 3, p. 241-246, 2007.

CHEN, A.; ROGAN, J. Breastfeeding and the risk of postneonatal death in the United States. **Pediatrics**, Elk Grove Village, v. 113, p. 435-9, 2004.

CIACCIA, M. C. C.; RAMOS, J. L. A.; ISSLER, H. Amamentação e trabalho da mulher: como conciliar. **Rev Paul Pediatr.**, São Paulo, v. 21, n. 3, p. 83-88, 2003.

COLLABORATIVE GROUP ON HORMONAL FACTORS IN BREAST CANCER. Breast cancer and breastfeeding: collaborative reanalysis of individual data from 47 epidemiological studies in 30 countries, including 50302 women with breast cancer and 96973 women without the disease. **Lancet** [S. l.], v. 360, p. 187-95, 2002.

COTRIM, L. C.; VENÂNCIO, S. I.; ESCUDER, M. M. L. Uso de chupeta e amamentação em crianças menores de quatro meses no estado de São Paulo. **Rev Bras Saúde Mater Infant, Recife**, v. 2, n. 3, p. 245-52, 2002.

COUTINHO, S. B. et al. Impacto de treinamento baseado na Iniciativa Hospital Amigo da Criança sobre práticas relacionadas à amamentação no interior do Nordeste. **Jornal de Pediatria**, Rio de Janeiro, v. 81, n. 06, p.471-477, 2005.

CRUZ, D. C. S, SUMAM, N. S, SPÍNDOLA, T. Os cuidados imediatos prestados ao recém-nascido e a promoção do vínculo mãebebê. **Rev Esc Enferm USP**, São Paulo, v. 41, n. 4, p. 690-7, 2007.

DENNIS, C.L. Breastfeeding Initiation and Duration: a 1990-2000 Literature Review. **J Obstet Enfermagem Neonatal. Gynecol**, v.31, n. 1, p. 12-32, 2002.

DEWEY, K. G. Is breastfeeding protective against child obesity? **J Hum Lact.**, [s.l.], v. 19, n. 1, p. 9-18, 2003.

DIGIROLAMO, A. M.; GRUMMER-STRAWN, L. M.; FEIN, S. B. Effect of maternity-care practices on breastfeeding. **Pediatrics**, Elk Grove Village, v. 122, n. 2, p. 43-49, 2008.

D'ORSI, E. et al. Qualidade da atenção ao parto nas maternidades do Rio de Janeiro. **Rev Saúde Pública**, São Paulo, v. 39, p. 645-654, 2005.

DUIJTS, L. et al. prolonged and exclusive breastfeeding reduces the risk of infectious diseases in infancy. **Pediatrics**, Elk Grove Village, v. 126, n. 1, p. 18-25, 2010.

EDMOND, K. M. et al. Delayed Breastfeeding Initiation Increases Risk of Neonatal Mortality. **Pediatrics**, Elk Grove Village, v.117, n. 03, p. 380-386, 2006.

ERLANDSSON, K. et al. Skin-to-skin care with the father after cesarean birth and its effect on newborn crying and prefeeding behavior. **Birth**, [s.l.], v. 34, n. 2, p. 105-14, 2007.

ESCOBAR, A. M. U. et al. Aleitamento materno e condições sócio-econômico-culturais: fatores que levam ao desmame precoce. **Rev Bras Saúde Mater Infant**, Recife, v. 2, n. 2, p. 253-61, 2002.

ESCUDE, M. M.; VENÂNCIO, S. I.; PEREIRA, J. C. Estimativa de impacto da amamentação sobre a mortalidade infantil. **Rev Saúde Pública**, São Paulo, v. 37, p. 319-25, 2003.

FADUL, F. D.; XAVIER, L. F. Fatores que contribuem para o desmame precoce. **Rev Bras Enferm**, Brasília, v. 36, n. 2, p. 213-20, 1983.

FALEIROS, F.T.V.; TREZZA, E.M.; CARANDINA, L. Aleitamento materno: fatores de influência na sua decisão e duração. **Rev. Nutr.**, Campinas, v. 19, n. 5, p. 623-630, 2006.

FARDIG, J.A. A comparison of skin-to-skin contact and radiant hesters in promoting neonatal thermoregulation. **J Nurse Midwifery**, v. 25, p. 19-28, 1980.

FERBER, S.G.; MAKHOUL, I.R. The effect of skin-to-skin contact (kangaroo care) shortly after birth on the neurobehavioral responses of the term newborn: A randomized, controlled trial. **Pediatrics**, Elk Grove Village, v. 113, p. 858-65, 2004.

FERREIRA, J. R. T. **Aleitamento materno exclusivo até o sexto mês em Barbacena, Minas Gerais: estudo comparativo entre Hospital Amigo da Criança e hospital convencional** [Dissertação de mestrado]. Belo Horizonte (MG): UFMG; 2005.

FIGUEIREDO, M. G. et al. Inquérito de avaliação rápida das práticas de alimentação infantil em São José do Rio Preto, SP, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 1, p. 172-9, 2004.

FIGUEIREDO, L. M.; GOULART, E. M. Análise da eficácia do Programa de Incentivo ao Aleitamento Materno em um bairro periférico de Belo Horizonte (Brasil): 1980/1986/1992. **Jornal de Pediatria**, Rio de Janeiro, v. 71, n. 4, p. 203-208, 1995.

FLETCHER, R. H. FLETCHER, S. W. **Epidemiologia clínica: elementos essenciais**. 4.ed. Porto Alegre: Artmed, 2006.

FORSTER, D. A.; MCLACHLAN, H. L. Breastfeeding Initiation and Birth Setting Practices: A Review of the Literature. **Journal of Midwifery & Women's Health**, v. 52, n. 3, p. 273-280, 2007.

FRANÇA et al. Determinantes da amamentação no primeiro ano de vida em Cuiabá, Mato Grosso. **Rev Saúde Pública**, São Paulo, v. 41, n. 5, p. 711-18, 2007.

FRANSSON, A. L.; KARLSSON, H.; NILSSON, K. Temperature variation in newborn babies: Importance of physical contact with the mother. **Arch Dis Child Fetal Neonatal**, v. 90, p. 500-4, 2005.

FURMAN, L.; MINICH, N.; HACK, M. Correlates of lactation in mothers of very low birth weight infants, **Pediatrics**, Elk Grove Village, v. 109, n. 4, p. 57, 2002.

GARCEZ, L. W.; GIUGLIANI, E. R. Population-based study on the practice of breastfeeding in children born with cleft lip and palate. **Cleft Palate Craniofac J**, v. 42, p. 687-93, 2005.

GERSTEIN, H. C. Cow's milk exposure and type I diabetes mellitus. A critical overview of the clinical literature. **Diabetes Care**, [S.l.], v. 17, p. 13-19, 1994.

GILLIS, M.; SIGMAN-GRANT, M. J. Principles of Health Care Ethics and the WHO/UNICEF 10 Steps to Successful Breastfeeding. **J Hum Lact**, , Charlottesville, v. 26, p. 11-14, 2010.

GIMENO, S. G. A.; SOUZA, J. M. P. Amamentação ao seio, amamentação com leite de vaca e o diabetes mellitus tipo I: examinando as evidências. **Rev. Bras. Epidemiol.** São Paulo, v.1, n. 01, p.4-13, 1998.

GIUGLIANI, E. R. J. Aleitamento materno: aspectos gerais. In: Duncan, B.B., editor. **Medicina ambulatorial**. 3. ed. Porto Alegre: Artmed; p. 219-31, 2004.

GIUGLIANI, E. R. J. Amamentação: como e por que promover. **Jornal de Pediatria**, Rio de Janeiro, v. 70, n. 3, p. 138-51, 1994.

GIUGLIANI, E. R. J. O aleitamento materno na prática clínica. **Jornal de Pediatria**, Rio de Janeiro, v. 76, n. 3, p. 238-252, 2000.

GIUGLIANI, E. R. J.; LAMOUNIER, J. A. Aleitamento materno: uma contribuição científica para a prática do profissional de saúde. **Jornal de Pediatria**, Rio de Janeiro, v. 80, n. 5 (Supl), p. S118, 2004.

GUIMARÃES, G. P. **A formação do apego pais/recém-nascido prétermo e/ou de baixo peso no método mãe-canguru**: uma contribuição da enfermagem [dissertação de mestrado]. Florianópolis (SC): Programa de Pós-Graduação em Enfermagem/UFSC; 2006.

HAMMER, L. D.; BRYSON, S.; AGRAS, S. Development of feeding practices during the first 5 years of life. **Arch Pediatr Adolesc Med**, Chicago, v.153, n. 2, p. 189-94, 1999.

HAWKINS, S.S. et al. The millennium cohort study child health GROUP. Maternal employment and breast-feeding initiation: findings from the Millennium Cohort Study. **Paediatric and Perinatal Epidemiology**, Oxford, v. 21, n. 3, p. 242–247, 2007.

HORTA, B. L. et al. **Evidence on the long-term effects of breastfeeding: systematic reviews and meta-analyses**. Geneva: World Health Organization, 2007.

JONES, G. et al. How many child deaths can we prevent this year? **Lancet**, Londres, v. 362, p. 65-71, 2003.

JORGE, M. T.; RIBEIRO, L. A. **Fundamentos para o conhecimento científico: áreas de saúde**. São Paulo: CLR. Balieiro, 1999.

KHOURY, A.J. et al. Breast-feeding initiation in lowincome women: role of attitudes, support, and perceived control. **Women's Health Issues**, v. 15, p. 64-72, 2005.

KILSZTAJN, S. et al. Assistência pré-natal, baixo peso e prematuridade no Estado de São Paulo, 2000. **Rev Saúde Pública**, São Paulo, v. 37, n. 3, p. 303-310, 2003.

KITOKO, P. M. et al. Situação do aleitamento materno em duas capitais brasileiras: uma análise comparada. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.16, p. 1111-19, 2000.

KLAUS, M.H.; KENNEL, J.H. **La relación madre-hijo**. Impacto de la separación o pérdida prematura en el desarrollo de la familia. Buenos Aires: Medica Panamericana; 1978.

KRAMER, M. S. “Breast is best”: the evidence. **Early Human Development**, [s. l.], v. 86, p. 729-732, 2010.

KUAN, L. W. et al. Health system factors contributing to breastfeeding success. **Pediatrics**, Elk Grove Village, v. 104, n. 3, p. 28, 1999.

LABARÈRE, J. et al. Initiation et Dureé de l’allaitement maternel dans les établissements d’Aix et Chambéry (France). **Arch Pediatr.**, Paris, v. 8, n. 8, p. 807-15, 2001.

LADOMENOU, F. et al. Protective effect of exclusive breastfeeding against infections during infancy: A prospective study. **Arch Dis Child**, Londres, v. 95, n. 12, p. 1004-1008, 2010.

LAMOUNIER J. A. Promoção e incentivo ao aleitamento materno: Iniciativa Hospital Amigo da Criança. **Jornal de Pediatria**, Rio de Janeiro, v. 72, n. 6, p. 363-368, 1996.

LAMOUNIER, J. A. et al. Iniciativa Hospital Amigo da Criança, mais de uma década no Brasil: repensando o futuro. **Rev. paul. pediatr.**, São Paulo, v. 26, n. 2, 2008.

LEITE, A.M. **Efeitos da amamentação materna sobre as respostas de estresse relacionada à dor durante a coleta de sangue para teste do pezinho em recém-nascidos á termo**, 2005, 153f. Tese (Doutorado) Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto. Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2005.

LEITE, A. M. **Comunicação não-verbal: uma contribuição para o aconselhamento em amamentação**. 2000, 149f. Dissertação (Mestrado), Escola de Enfermagem, Univeridade de São Paulo, São Paulo, 2000.

LEÓN-CAVA, N. et al. **Quantifying the benefits of breastfeeding**: a summary of the evidence. Pan American Health Organization, Washington, 2002.

LIMA-COSTA, M. F.; BARRETO, S. M. Tipos de estudos epidemiológicos: conceitos básicos e aplicações na área do envelhecimento **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, v. 12, n. 4, p. 189-201, 2003.

LINDENBERG, C. S.; CABRERA ARTOLA, R.; JIMENEZ, V. The effect of early postpartum mother-infant contact breastfeeding promotion on the incidence and continuation of breastfeeding. **Int J Nurs Stud.**, Oxford, v. 27, n. 3, p. 179-86, 1990.

LUCAS, A. et al. Breast milk and subsequent intelligence quotient in children born preterm. **Lancet**, Londres, v. 339, n. 8788, p. 261- 264, 1992.

MATOS et al. Contato precoce pele a pele entre mãe e filho: significado para mães e contribuições para a enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 63, n. 6, p. 998-1004, 2010.

MCLNNES, R. J., LOVE, J. G., STONE, D. H. Independent predictors of breastfeeding intention in a disadvantaged population of pregnant women. **BMC Public Health**, v. 1, p. 1-10, 2001.

MERCER, J.S. et al. Evidence-based practices for the fetal to newborn transition. **J Midwifery Womens Health**, v. 52, p. 262-272, 2007.

MERTEN, S. et al. Do baby-friendly hospitals influence breastfeeding duration on a national level? **Arch Pediatr.**, v. 17, n. 6, p. 804-5, 2010.

MIKIEL-KOSTYRA, K.; MAZUR, J.; BOLTRUSZKO, I. Effect of early skin-to-skin contact after delivery on duration of breastfeeding: a prospective cohort study. **Acta Paediatrica**, Oslo, v. 91, n.12, p. 1301-1306, 2002.

MONTEIRO, J. C. S.; GOMES, F. A.; NAKANO, A. M. S. Percepção das mulheres acerca do contato precoce e da amamentação em sala de parto. **Acta Paul Enferm**, v. 19, n. 4, p. 427-32, 2006.

MOORE, E. R.; ANDERSON, G. C. Randomized controlled Trial of very early mother-infant skin to skin contact and breastfeeding status. **Journal of Midwifery & Women's Health**, New York, Estados Unidos, v. 52, n. 2, p. 116-25, 2007.

MURAHOVSKI, J. et al. Curvas e tabelas de crescimento de lactentes brasileiros de zero a seis meses de idade alimentados exclusivamente com leite materno. **Jornal de Pediatria**, Rio de Janeiro, v.63, p. 153-75, 1987.

MURPHY-SMITH, M.M. et al. Baby Friendly Hospital Initiative improves breastfeeding initiation rates in a US hospital setting. **Pediatrics**, Elk Grove Village, v.108, p. 677-681, 2001.

MURRAY, E.K.; RICKETTS, S.; DELLAPORT, J. Hospital practices that increase breastfeeding duration: results from a population-based study. **Birth**, Malden, v. 34, n. 3, p. 202-211, 2007.

NAKANO, A. N. S. **O aleitamento materno no cotidiano feminino**. 1996, 170f. Tese (Doutorado), Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 1996.

NAKANO et al. O espaço social das mulheres e a referência para o cuidado na prática da amamentação. **Revista Latino Americana de Enfermagem**, v. 15, n. 2, p. 2-7, 2007.

NAKAO, Y. et al. Initiation of breastfeeding within 120 minutes after birth is associated with breastfeeding at four months among Japanese women: A self-administered questionnaire survey. **International Breastfeeding Journal**, v.10, n. 3, p. 1, 2008.

NARCHI, N.Z. et al. Variables that influence the maintenance of exclusive breastfeeding. **Rev Esc Enferm USP**, São Paulo, v.43, n. 1, p. 87-94, 2009.

NASCIMENTO, M. B. R.; ISSLER, H. Breastfeeding in premature infants: in-hospital clinical management. **Jornal de Pediatria**, Rio de Janeiro, v. 80 (supl.), p.S163-S172, 2004.

NIQUINI, R. P. et al. Fatores associados à introdução precoce de leite artificial, Município do Rio de Janeiro, 2007. **Rev. Bras. Epidemiol.**, São Paulo, v. 12, n.3, p. 446-457, 2009.

NISSEN, E. et al. Elevation of oxytocin levels early post partum in women. **Acta Obstet Gynecol Scand.**, Gothenburg, v. 74, n. 7, p. 530-3, 1995.

ODENT, M. **A Cientificação do amor**. Tradução Marcos de Noronha e Tália Gevaerd de Souza. Florianópolis: Saint Germain, 2002.

OLIVEIRA, L. P. M. et al. Duração Aleitamento Materno fazer, regime e Alimentar fatores Associados Segundo condições de Vida em Salvador, Bahia, Brasil . **Cad. Saúde Pública**, V. 21, N. 5, P. 1519-1530, 2005.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Evidências científicas dos dez passos para o sucesso no aleitamento materno**. Brasília: OPAS; 2001.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Iniciativa Hospital Amigo Da Criança: revista, atualizada e ampliada para o cuidado integrado**. Brasília: Ministério da Saúde; 2009.

OSSANDÓN, M. et al. Fomento de la lactancia materna, programa Iniciativa Hospital Amigo del Niño y la Madre, en Hospital Barros Luco Trudeau. **Rev. chil. pediatr.**, v. 71, n. 2, p. 98-106., 2000.

PARIZOTTO, J.; ZORZI, N. T. Aleitamento Materno: fatores que levam ao desmame precoce no município de Passo Fundo, RS. **Mundo saúde**, São Paulo, v. 32, n. 04, p. 466-474, 2008.

PEREIRA, G. S. et al. Conhecimentos maternos sobre amamentação entre puérperas inscritas em programa de pré-natal. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 2, p. 457-466, 2000.

PEREZ-ESCAMILLA, R. et al. Determinants of lactation performance across time in an urban population from Mexico. **Soc Sci Med**, v. 37, p. 1069-78, 1993.

PHILIPP, B. L.; RADFORD, A. Baby-Friendly: snappy slogan or standard of care? **Arch Dis Child Fetal Neonatal**, v. 91, n. 02, p. 145-9, 2006.

POPKIN, B. M. et al. Breastfeeding and diarrheal morbidity. **Pediatrics**, Elk Grove Village, v. 86, p. 874-82, 1990.

POSSOLI, G. T. **Fatores associados ao tempo entre o nascimento e o início da amamentação entre mães soronegativas que realizaram teste rápido anti-HIV em Hospitais Amigos da Criança no município do Rio de Janeiro, 2006**. Dissertação (Mestrado) - Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2009.

RAMOS, C. V. et al. Diagnóstico da situação do aleitamento materno no Estado do Piauí, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.24, n. 08, p. 1753-1762, 2008.

RÉA, M. F. Os benefícios da amamentação para a saúde da mulher. **Jornal de Pediatria**, Rio de Janeiro, 5 Supl: S 142-S6, 2004.

RÉA, M. F.; BERQUÓ, E. S. Impact of the Brazilian national breast-feeding programme on mothers in greater São Paulo. **Bull World Health Organ.**, v. 68, n. 3, p. 365-71, 1990.

RÉA, M. F. et al. Possibilidades e limitações da amamentação entre mulheres trabalhadoras formais. **Rev Saúde Pública**, São Paulo, v. 31, n. 2, p. 149-56, 1997.

RENFREW, M. J.; LANG, S.; WOOLRIDGE, M. W. Early versus delayed initiation of breastfeeding. *Cochrane Database Syst Rev*, Issue 2, 2010.

REZENDE, M. A. et al. O processo de comunicação na promoção do aleitamento materno. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 10, n. 2, p. 234-238, 2002.

RIGHARD, L.; ALADE, M. O. Effect of delivery room routines on success of first breast-feed. **Lancet**, Londres, v. 336, n. 8723, p. 1105-1107, 1990.

RIVA, E. et al. Factors associated with initiation and duration of breastfeeding in Italy. **Acta Paediatr**, v. 88, p.411-415, 1999.

ROSA et al. Mãe e filho: os primeiros laços de aproximação. **Revista da Escola de Enfermagem Anna Nery**, v. 14, n. 1, p. 105-12, 2010.

ROWE-MURRAY, H.J.; FISHER, J.R.W. Baby friendly hospital practices: cesarean section is a persistent barrier to early initiation of breastfeeding. **Birth**, Malden, v. 29, n. 2, p. 124-30, 2002.

SALUSTIANO, L. P. Q. et al. Fatores associados à duração do aleitamento materno em crianças menores de seis meses. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.**, v. 34, n. 1, p. 28-33, 2012.

SANTOS, V. L. F.; SOLER, Z.A. S.G.; AZOUBEL, R. Alimentação de crianças no primeiro semestre de vida: enfoque no aleitamento materno exclusivo. **Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.**, Recife, v. 5, n. 3, p. 283-291, 2005.

SCOTT, J.A. et al. Factors associated with breastfeeding at discharge and duration of breastfeeding. **J Paediatr Child Health**. v. 37, p. 254-61, 2001.

SEWARD, J. F.; SERDULA, M. K. Infant feeding and infant growth. **Pediatrics**, Elk Grove Village, v.74, n. 2, p. 728-62, 1984.

SILVA, I.A. Situação de amamentação entre mulheres trabalhadoras e aluna sde graduação e pós-graduação de uma universidade pública. **Acta Scient Cienc Saúde.**, v. 25, n. 2, p. 215-25, 2003.

SILVA, A. M, PINHEIRO, M. S. F., FREITAS, N. E. **Guia para normalização de trabalhos técnico-científicos : projetos de pesquisa, monografias, dissertações e teses** 4. ed. Uberlândia : EDUFU, 2004.

SILVEIRA, R. B; ALBERNAZ, E., ZUCCHETO, L. M. Fatores associados ao início da amamentação em uma cidade do sul do Brasil. **Rev Bras Saúde Matern Infant**, v. 8, n. 1, p. 35-43, 2008.

SILVEIRA, F. J. F.; LAMOUNIER, J. A. Fatores associados à duração do aleitamento materno em três municípios na região do Alto Jequitinhonha, Minas Gerais, Brasil **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 1, p. 69-77, 2006.

SIMARD, I. et. al. Influencing the initiation and duration of breastfeeding among low-income women followed by the Canada Prenatal Nutrition Program in 4 regions of Quebec. **J Hum Lact**, , Charlottesville, v. 21, n. 3, p. 327-337, 2005.

SIMÕES, V. M. F. et al. Características da gravidez na adolescência em São Luís, Maranhão. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 37, n. 5, p. 559-565, 2003.

SMITHERS, L.; MCINTYRE, E. The impact of breastfeeding--translating recent evidence for practice.**Aust Fam Physician**, v. 39, n. 10, p. 757-60, 2010.

SOUZA, L. M. B. M. **Promoção, proteção e apoio**. Apoio? Representações sociais em aleitamento materno. 1996. 138f. Dissertação (Mestrado), Instituto Fernandes Figueira, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de janeiro, 1996.

STUEBE, A.M. et al. Duration of lactation and incidence of Type 2 Diabetes. **J.A.M.A.**, v. 294, n. 20, p. 2601-10, 2005.

TARRANT, M. et al. Breast-feeding and Childhood Hospitalizations for Infections. **Epidemiology**, v. 21, n. 16, p. 847-54, 2010.

THEOFILOGIANNAKOU, M. et al. Breast-feeding in Athens, Greece: Factors Associated With Its Initiation and Duration. **J Pediatr Gastroenterol Nutr**, v. 43, n.3, p. 379-84, 2006.

VAIDYA, K.; SHARMA, A.; DHUNGEL, S. Effect of early motherbaby close contact over the duration of exclusive breastfeeding. **Nepal Med Coll J**, v.7, p. 138-40, 2005.

VAN DEN BOSCH, C.A.; BULLOUGH, C.H.; Effect of early suckling on term neonates core body temperature. **Ann Trop Paediatr**, v.10, p. 347-53, 1990.

VAN ODIJK, J. et al. Breastfeeding and allergic disease: a multidisciplinary review of the literature (1966-2001) on the mode of early feeding in infancy and its impact on later atopic manifestations. **Allergy**, v. 58, p. 833-43, 2003.

VELÁSQUEZ-MELÉNDEZ, G., MARTINS, E.F. Determinantes da mortalidade neonatal a partir de uma coorte de nascidos vivos, Montes Claros, Minas Gerais, 1997-1999. **Rev Bras Saúde Matern Infant**, Recife, v.4, n. 4, p.405-412, 2004.

VENÂNCIO, S. I. Dificuldades para o estabelecimento da amamentação: o papel das práticas assistenciais das maternidades. **Jornal de Pediatria**, Rio de Janeiro, v. 79, n. 1, p. 1-12, 2003.

VENÂNCIO, S. I. et al. Frequência e determinantes do aleitamento materno em municípios do Estado de São Paulo. **Rev Saúde Pública**, São Paulo, v. 36, n. 3, p. 313-8, 2002.

VICTORA, C.G. et al. Breast feeding and growth in Brazilian infants. **American Journal Clinical Nutrition**, Rockville, Estados Unidos, v.67, n. 3, p. 452-458, 1998.

VICTORA, C. G. et al. Breast-feeding, nutritional status, and other prognostic factors for dehydration among young children with diarrhoea in Brazil. **Bull World Health Organ**, v. 70, n. 4, p. 467-75, 1992.

VICTORA, C. G. et al. Evidence for protection by breast-feeding against infant deaths from infectious diseases in Brazil. **Lancet**, Londres, v. 2, n. 8554, p. 319-22, 1987.

VICTORA, C. G. et al. Risk factors for pneumonia among children in a brazilian metropolitan area. **Pediatrics**, Elk Grove Village, v.93, p. 977-85, 1994.

VICTORA, C. G. et al. The role of conceptual frameworks in epidemiological analysis: a hierarchical approach. **Int J Epidemiol**, v. 26, p. 224-6, 1997.

VIEIRA, M. L. F.; PINTO SILVA, J. L. C.; BARROS FILHO, A. A. A amamentação e a alimentação complementar de filhos de mães adolescentes são diferentes das de filhos de mães adultas? **Jornal de Pediatria**, Rio de Janeiro, v. 79, n. 4, p. 317-24, 2003.

XAVIER, C. C.; JORGE, S. M.; GONÇALVES, A. L. Prevalência do aleitamento materno em recém-nascidos de baixo peso. **Rev Saúde Pública**, São Paulo, v. 25, n. 5, p. 381-7, 1991.

WEIDERPASS, E. et al. Incidência e duração da amamentação conforme o tipo de parto: estudo longitudinal do sul do Brasil. **Rev Saúde Pública**, São Paulo, v. 32, p. 225-231, 1998.

WIDSTROM, A.M. et al. Short-term effects of early suckling and touch of the nipple on maternal behaviour. **Early Human Development**, Amsterdam, Holanda, v.21, n. 3, p. 153-163, 1990.

WINNICOTT, D. W. **A criança e o seu mundo**. 6ª ed. Rio de Janeiro (RJ): Zahar; 1982.

WORLD ALLIANCE FOR BREASTFEEDING ACTION. **World food day**  
Disponível em: <http://www.waba.org.my/pdf/worldfoodday.pdf>, acessado em 05/12/2010.

WORLD HEALTH ORGANIZATION; UNITED NATIONS CHILDRENS FUND. **Baby-Friendly Hospital Initiative**: revised, updated and expanded for integrated care. Geneva, Suíça, 2009.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Appropriate technology for birth**. *Lancet*, v.24, p. 436-7, 1995.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Collaborative Study Team on the Role of Breastfeeding on the Prevention of Infant Mortality. **Effect of breastfeeding on infant and child mortality due to infectious diseases in less developed countries: a pooled analysis**. *Lancet*, v. 355, p. 451-5, 2000.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Division of Child Health and Development. **Indicators for assessing breastfeeding practices**. Geneva, Suíça, 1991.

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.

WORLD HEALTH ORGANIZATION; UNITED NATIONS CHILDRENS FUND. **Protecting, promoting and supporting breastfeeding.** Geneva, Suíça, 1989.

WORLD HEALTH ORGANIZATION; UNITED NATIONS CHILDRENS FUND. **Innocenti Declaration on the protection, promotion and support of breastfeeding.** Meeting “Breastfeeding in the 1990s: A global initiative”. Co-sponsored by the United States Agency for International Development (AID) and the Swedish International Development Authority (SIDA), held at the Spedale degli Innocenti, Florence, Italy, on 30 July - 1 August, 1990.

WORLD HEALTH ORGANIZATION; UNITED NATIONS CHILDRENS FUND. **Implementing the ten steps to successful breastfeeding.** Geneva, Suíça; 1998.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **The optimal duration of exclusive breastfeeding: a systematic review.** Geneva: 2001.

WRIGHT, A. I. et al. Group Health Medical Associates. Breast feeding and lower respiratory tract illness in the first year of life. **BMJ**, v. 299, n. 6705, p. 946-9, 1989.

*ANEXOS*

---

## ANEXO A – PARECER CEP



Universidade Federal de Uberlândia  
 Pró-Reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação  
 COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA - CEP  
 Avenida João Naves de Ávila, nº. 2160 - Bloco J - Campus Santa Mônica - Uberlândia-MG -  
 CEP 38400-089 - FONE/FAX (34) 3239-4131; e-mail: [cep@propp.ufu.br](mailto:cep@propp.ufu.br); [www.comissoes.propp.ufu.br](http://www.comissoes.propp.ufu.br)

ANÁLISE FINAL Nº. 364/10 DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA PARA O PROTOCOLO REGISTRO CEP/UFU  
 167/10

Projeto Pesquisa: Análise da influência do tempo de início da primeira mamada e do contato precoce mãe-filho no estabelecimento do aleitamento materno.

Pesquisador Responsável: Vânia Olivetti Steffen Abdallah

De acordo com as atribuições definidas na Resolução CNS 196/96, o CEP manifesta-se pela aprovação do projeto de pesquisa proposto.

O protocolo não apresenta problemas de ética nas condutas de pesquisa com seres humanos, nos limites da redação e da metodologia apresentadas.

O CEP/UFU lembra que:

- a- segundo a Resolução 196/96, o pesquisador deverá arquivar por 5 anos o relatório da pesquisa e os Termos de Consentimento Livre e Esclarecido, assinados pelo sujeito de pesquisa.
- b- poderá, por escolha aleatória, visitar o pesquisador para conferência do relatório e documentação pertinente ao projeto.
- c- a aprovação do protocolo de pesquisa pelo CEP/UFU dá-se em decorrência do atendimento a Resolução 196/96/CNS, não implicando na qualidade científica do mesmo.

Data de entrega do relatório parcial: julho de 2011.

Data de entrega do relatório final: novembro de 2012.

SITUAÇÃO: PROTOCOLO DE PESQUISA APROVADO

OBS: O CEP/UFU LEMBRA QUE QUALQUER MUDANÇA NO PROTOCOLO DEVE SER INFORMADA IMEDIATAMENTE AO CEP PARA FINS DE ANÁLISE E APROVAÇÃO DA MESMA.

Uberlândia, 22 de junho de 2010

Prof. Dra. Sandra Terezinha de Farias Furtado  
 Coordenadora do CEP/UFU

Orientações ao pesquisador

- O sujeito da pesquisa tem a liberdade de recusar-se a participar ou de retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma e sem prejuízo ao seu cuidado (Res. CNS 196/96 - item IV.1.f) e deve receber uma cópia do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, na íntegra, por ele assinado (item V.2.d).
- O pesquisador deve desenvolver a pesquisa conforme delineada no protocolo aprovado e descontinuar o estudo somente após análise das razões da descontinuidade pelo CEP que o aprovou (Res. CNS item III.3.x), aguardando seu parecer, exceto quando perceber risco ou dano não previsto ao sujeito participante ou quando constatar a superioridade de regime oferecido a um dos grupos da pesquisa (item V.3) que requeiram ação imediata.
- O CEP deve ser informado de todos os efeitos adversos ou fatos relevantes que alterem o curso normal do estudo (Res. CNS item V.4). É papel de o pesquisador assegurar medidas imediatas adequadas frente a evento adverso grave ocorrido (mesmo que tenha sido em outro centro) e enviar notificação ao CEP e à Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA - junto com seu posicionamento.
- Eventuais modificações ou emendas ao protocolo devem ser apresentadas ao CEP de forma clara e sucinta, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas. Em caso de projetos do Grupo I ou II apresentados anteriormente à ANVISA, o pesquisador ou patrocinador deve enviá-las também à mesma, junto com o parecer aprobatório do CEP, para serem juntadas ao protocolo inicial (Res.251/97, item III.2.e). O prazo para entrega de relatório é de 120 dias após o término da execução prevista no cronograma do projeto.

## ANEXO B

**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

Você está sendo convidada para participar da pesquisa "*Influência da amamentação e do contato mãe-filho na primeira hora de vida nos índices de aleitamento materno*", realizada no Hospital de Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia sob a responsabilidade dos pesquisadores: Profa. Dra. Vânia Olivetti Steffen Abdallah; mestranda Cristina Elias Marques; Prof. Dr. Rogério Melo Costa Pinto; Gabriela Gonçalves Machado e Luiz Fernando Campos Bruno.

Nesta pesquisa nós estamos buscando verificar a associação existente entre o início precoce da amamentação e do contato mãe-filho com o estabelecimento do aleitamento materno na realidade do Hospital de Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia.

Fica assegurado que essa pesquisa terá a finalidade exclusivamente científica, que você não será identificada por ocasião da divulgação dos resultados e que será mantido o caráter confidencial das informações relacionadas com a sua privacidade.

Este estudo não oferece riscos à senhora e nem ao seu filho. A senhora não será exposta a qualquer tipo de teste ou substâncias, drogas ou dispositivos para a saúde.

As informações serão coletadas pela mestranda Cristina Elias Marques por meio da aplicação de um questionário com a senhora durante a internação no HC-UFU e também por ligações telefônicas, que serão feitas com 1 mês, 3 meses e 6 meses do nascimento do seu bebê.

Portanto, ao assinar esse termo a senhora concorda em responder o questionário e em receber as nossas ligações telefônicas.

Você não terá nenhum gasto nem ganho financeiro por participar da pesquisa.

Fica assegurado que você terá liberdade de retirar o seu consentimento a qualquer momento, e deixar de participar do estudo sem nenhum constrangimento ou prejuízo, no que será prontamente atendida.

Uma cópia deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido ficará com a senhora.

Qualquer dúvida a respeito da pesquisa a senhora poderá entrar em contato com:

*Comitê de Ética e Pesquisa-Universidade Federal de Uberlândia  
Av. João Naves de Ávila, nº2121, bloco J, Compus Santa Mônica - Uberlândia -MG,  
CEP: 38408-100; Fone: 34-3239 4131*

**Pesquisadores:**

Mestranda Cristina Elias Marques  
Universidade Federal de Uberlândia

Profa. Dra. Vânia Olivetti Steffen Abdallah  
Universidade Federal de Uberlândia  
Av. Pará, nº 1720 Bairro Umuarama  
Fone: (34) 3218-2112

\_\_\_\_\_  
Assinatura da aluna pesquisadora

\_\_\_\_\_  
Assinatura da orientadora

**Consentimento:**

Por este Termo de Consentimento, eu aceito participar do projeto citado acima, voluntariamente, após ter sido devidamente esclarecida.

Uberlândia, \_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2010.

\_\_\_\_\_  
Assinatura da participante da pesquisa

## ANEXO C

**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

Sua filha está sendo convidada para participar da pesquisa "*Influência da amamentação e do contato mãe-filho na primeira hora de vida nos índices de aleitamento materno*", realizada no Hospital de Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia sob a responsabilidade dos pesquisadores: Profa. Dra. Vânia Olivetti Steffen Abdallah; mestrandas Cristina Elias Marques; Prof. Dr. Rogério Melo Costa Pinto; Gabriela Gonçalves Machado e Luiz Fernando Campos Bruno.

Nesta pesquisa nós estamos buscando verificar a associação existente entre o início precoce da amamentação e do contato mãe-filho com o estabelecimento do aleitamento materno na realidade do Hospital de Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia.

Fica assegurado que essa pesquisa terá a finalidade exclusivamente científica, que a sua filha não será identificada por ocasião da divulgação dos resultados e que será mantido o caráter confidencial das informações relacionadas com a privacidade da mesma.

Este estudo não oferece riscos à participante da pesquisa e nem ao seu bebê. A mesma não será exposta a qualquer tipo de teste ou substâncias, drogas ou dispositivos para a saúde.

As informações serão coletadas pela mestrandas Cristina Elias Marques por meio da aplicação de um questionário com a sua filha durante a internação no HC-UFU e também por ligações telefônicas, que serão feitas com 1 mês, 3 meses e 6 meses do nascimento do bebê.

Portanto, ao assinar esse termo o/a senhor(a) concorda que sua filha responda ao questionário e que ela receba as nossas ligações telefônicas.

A participação na pesquisa não envolve nenhum gasto nem ganho financeiro.

Fica assegurado que o/a senhor(a) terá liberdade de retirar o seu consentimento a qualquer momento, para que sua filha deixe de participar do estudo sem nenhum constrangimento ou prejuízo, no que será prontamente atendida(o).

Uma cópia deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido ficará com o/a senhor(a).

Qualquer dúvida a respeito da pesquisa o/a senhor(a) poderá entrar em contato com:

*Comitê de Ética e Pesquisa-Universidade Federal de Uberlândia Av. João Naves de Ávila, nº2121, bloco J, Campus Santa Mônica - Uberlândia -MG,  
CEP: 38408-100; Fone: 34-3239 4131*

**Pesquisadores:**

Mestranda Cristina Elias Marques  
Universidade Federal de Uberlândia

Profa. Dra. Vânia Olivetti Steffen Abdallah  
Universidade Federal de Uberlândia  
Av. Pará, nº 1720 Bairro Umuarama  
Fone: (34) 3218-2112

\_\_\_\_\_  
Assinatura da aluna pesquisadora

\_\_\_\_\_  
Assinatura da orientadora

**Consentimento:**

Por este Termo de Consentimento, eu aceito que minha filha \_\_\_\_\_  
participe do projeto citado acima, voluntariamente, após ter sido devidamente esclarecida.

Uberlândia, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2010.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do representante legal da participante da pesquisa

## ANEXO D

**QUESTIONÁRIO PARA USO NAS LIGAÇÕES TELEFÓNICAS**

Puérpera n°:

1. A senhora pode me dizer quais alimentos sua criança tomou ou comeu desde ontem de manhã/tarde até hoje de manhã/tarde?

- Mamou no peito? ( ) sim ( ) não
- Tomou outro leite? ( ) sim ( ) não
- Tomou água? ( ) sim ( ) não
- Tomou chá? ( ) sim ( ) não
- Tomou mingau? ( ) sim ( ) não
- Comeu fruta em pedaço ou amassada? ( ) sim ( ) não
- Tomou suco de fruta? ( ) sim ( ) não
- Comeu comida salgada? (de panela, papa ou sopa) ( ) sim ( ) não
- Outros?

2. Usou chupeta? ( ) sim  
( ) não

3. Usou mamadeira ou chuquinha? ( ) sim  
( ) não

Observações:

**Fonte: WHO, 2001; KITOKO et al., 2000**

**ANEXO E – AUTORIZAÇÃO DA DIREÇÃO DO HOSPITAL****UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA  
HOSPITAL DE CLÍNICAS DE UBERLÂNDIA**

Autorizamos que os pesquisadores responsáveis (Profa. Dra. Vânia Olivetti Steffen Abdallah; Cristina Elias Marques; Prof. Rogério de Melo Costa Pinto; Luiz Fernando Campos Bruno; Gabriela Gonçalves Machado) pelo projeto de pesquisa intitulado "Análise da influência do tempo de início da primeira mamada e do contato precoce mãe-filho no estabelecimento do aleitamento materno", utilizem o telefone do Hospital de Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia com o objetivo de analisar e avaliar a influência do contato precoce mãe-filho e do tempo de início da primeira mamada no estabelecimento e manutenção do aleitamento materno.

Uberlândia, 19 de maio de 2010.

Prof. Dr. Manoel Sérgio Toliberal  
CRM 215 37 8204  
Assessor de Ciência e Tecnologia (135-737)

Prof. Dr. Luzmar de Paula Faria  
Diretor Geral do Hospital de Clínicas de Uberlândia

Prof. Dr. Luzmar de Paula Faria  
Diretor Geral  
CRM-MG nº 8064  
CPF 187.056.776-53

*APÉNDICES*

---

## APÊNDICE A

### QUESTIONÁRIO PARA ENTREVISTA COM A PUÉRPERA

Puérpera n<sup>o</sup>:

Idade Materna: \_\_\_\_ anos

Escolaridade materna: ( ) Sem escolaridade  
 ( ) Fundamental incompleto  
 ( ) Fundamental completo  
 ( ) Ensino médio incompleto  
 ( ) Ensino médio completo  
 ( ) Superior incompleto  
 ( ) Superior completo

Estado civil: ( ) casada ( ) união estável ( ) viúva ( ) divorciada

Trabalha fora do lar: ( ) sim ( ) não

Tipo de parto: ( ) vaginal ( ) cesariana ( ) fórceps

História Obstétrica: Gesta \_\_\_\_ Para \_\_\_\_ Aborto \_\_\_\_

Local de realização do pré-natal: \_\_\_\_\_

Recebeu orientações referentes á amamentação no pré-natal? ( ) sim ( ) não

Algum profissional de saúde levou o seu filho até a senhora logo após o nascimento?  
 ( ) sim ( ) não

Na primeira hora após o parto, a senhora recebeu seu filho para que o segurasse junto à pele? ( ) sim ( ) não

Como estava seu filho durante esse contato? ( ) despido ( ) embrulhado

Com quanto tempo após o parto a senhora amamentou seu neném pela primeira vez? \_\_\_\_\_

Recebeu ajuda para amamentar na sala de parto? ( ) sim ( ) não

Recebeu orientação quanto à posição e pega para amamentar? ( ) sim ( ) não

A senhora já amamentou outro(s) filho(s)? ( ) sim ( ) não Por quanto tempo? \_\_meses

A senhora tem vontade de amamentar seu bebê? ( ) sim ( ) não

Observações:

**APÊNDICE B****COLETA DE DADOS DO PRONTUÁRIO MÉDICO:****DADOS DA PUÉRPERA**Puérperan<sup>0</sup>:

Duração do trabalho de parto: \_\_\_\_\_ horas

Tipo de anestesia utilizada: ( ) peridural ( ) raquianestesia ( ) local ( ) nenhuma

Condições do períneo da mãe: ( ) íntegro ( ) episiotomia ( ) laceração perineal grau \_

Intercorrências durante o parto: ( ) sim ( ) não

**DADOS DO RECÉM-NASCIDO:**Recém-nascido n<sup>o</sup>:

Sexo: ( ) masculino ( ) feminino

Peso ao nascer: \_\_\_\_\_ gramas

Idade gestacional: \_\_\_\_\_ semanas

Local de permanência do recém-nascido imediatamente após o parto:

( ) Alojamento Conjunto

( ) UTI neonatal

( ) Cuidados Intermediários

( ) Sala de Observação de recém-nascido

Presença de anomalia congênita: ( ) sim ( ) não

Procedimento de reanimação na sala de parto:

( ) Oxigênio inalatório

( ) Ventilação por pressão positiva (máscara)

( ) Entubação orotraqueal

( ) Massagem cardíaca

( ) Uso de adrenalina

Apgar: 1<sup>o</sup> minuto \_\_\_\_\_ 5<sup>o</sup> minuto \_\_\_\_\_**DADOS SOBRE O ALEITAMENTO MATERNO NA MATERNIDADE**

Recém-nascido recebeu alta em: ( ) Aleitamento materno exclusivo

( ) Aleitamento materno misto

( ) Aleitamento Artificial

