

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA**

**FACULDADE DE MEDICINA**

**PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE DA  
UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA**

**PREVALÊNCIA DOS INDICADORES DO ALEITAMENTO MATERNO E DA  
ALIMENTAÇÃO PRÉ-LÁCTEA EM PAÍSES DE BAIXA E MÉDIA RENDA**

**CAMILA DE FREITAS RODRIGUES**

**UBERLÂNDIA-MG**

**2022**

**CAMILA DE FREITAS RODRIGUES**

**PREVALÊNCIA DOS INDICADORES DO ALEITAMENTO MATERNO E DA  
ALIMENTAÇÃO PRÉ-LÁCTEA EM PAÍSES DE BAIXA E MÉDIA RENDA**

Trabalho de Conclusão de Residência  
apresentado na Universidade Federal de  
Uberlândia, na Faculdade de Medicina como  
requisito para a conclusão da Residência  
Multiprofissional em Saúde da Criança.

Orientadora: Ana Elisa Madalena Rinaldi

UBERLÂNDIA-MG

2022

## RESUMO

**Objetivo:** Descrever a prevalência de aleitamento materno na primeira hora de vida (AM1h), aleitamento materno exclusivo (AME) nos três primeiros dias de vida e da alimentação pré-láctea também nos primeiros três dias de vida, em sete países de baixa e média renda. **Método:** Estudo do tipo transversal, realizado com dados das Pesquisas de Demografia e Saúde. Foram selecionados países com dados entre 2015 e 2018, que possuíam informações de alimentos pré-lácteos oferecidos nos três primeiros dias de vida, os quais foram: Angola, Chade, Filipinas, Guatemala, Índia, Jordânia e Ruanda. As crianças incluídas no estudo foram aquelas que estavam vivas no momento da entrevista, que moravam com seus responsáveis e menores de 24 meses, totalizando uma amostra de 96.611 crianças. As variáveis do estudo foram AM1h, AME nos três primeiros dias de vida e alimentos pré-lácteos com subdivisões em à base de leite e à base de água, também nos três primeiros dias. Os indicadores do aleitamento materno e dos alimentos pré-lácteos foram descritos em prevalências com seus respectivos intervalos de confiança (IC 95%). **Resultados:** A prevalência de AM1h variou de 23,5% a 81,3%, enquanto a de AME oscilou entre 13,8% e 95,8%, sendo que os países com os melhores e piores indicadores foram Ruanda e Chade, respectivamente. Com relação à oferta de pré-lácteos, foram vistos resultados proporcionalmente inversos, dado que Chade teve a maior prevalência (86,1%) e Ruanda a menor (4,1%). A prevalência de alimentos pré-lácteos à base de água foi maior no Chade e a de alimentos pré-lácteos à base de leite foi maior na Jordânia. Os alimentos pré-lácteos com maiores prevalências foram água pura (80,4%), fórmulas infantis (27,5%), leite (14,5%) e água com açúcar (14,4%); e os alimentos com menores prevalências foram soro caseiro (até 1,1%), xarope para cólicas (até 0,3%), suco de frutas (até 0,1%) e café (0,0%). **Conclusão:** Os indicadores de AM1h ainda são subótimos na maioria dos países. Nos três primeiros dias de vida, a prevalência do AME é superior ao consumo de alimentos pré-lácteos na maior parte dos países avaliados. Países com maiores prevalências de pré-lácteos parecem apresentar menores taxas de AME e de AM1h. **Palavras-chave:** Aleitamento materno na primeira hora de vida; Aleitamento materno exclusivo; Alimentação pré-láctea; Países de baixa e média renda

## ABSTRACT

**Objective:** To describe the prevalence of breastfeeding in the first hour of life (BF1h), exclusive breastfeeding (EBF) in the first days of life and pre-lacteal feeding also in the first three days of life, in seven low- and middle-income countries.

**Method:** Cross-sectional study, carried out with data from Demographic and Health Surveys. Countries with 2015, 2018, which had information on pre-lacteal data dated in the first three days of life, were selected, which were: Chad, Philippines, Angola, India, Jordan and Rwanda. The children included in this study were still alive at the moment of the interview, living with their guardians and under 24 months of life. The study variables were BF1h, EBF in the first three days after birth, and pre-lacteal food with subdivisions into milk-based and water-based, also in the first three after birth. The indicators of breastfeeding and pre-lacteal foods have been described in prevalence with their respective confidence intervals (95% CI). **Results:** The prevalence of BF1h ranged between 23.5% to 81.3%, while that of EBF ranged between 13.8% to 95.8%, with the countries with the best and worst indicators being Rwanda and Chad, respectively. Regarding the supply of pre-lacteal food, inverse proportional results were seen, with Chad having a higher prevalence (86.1%) and Rwanda the lowest (4.1%). The prevalence of water-based pre-lacteal foods was highest in Chad and that of milk-based pre-lacteal foods was highest in Jordan. The pre-lacteal foods with the highest prevalence were pure water (80.4%), infant formula (27.5%), milk (14.5%) and sugar water (14.4%); and the foods with the lowest prevalence were homemade whey (up to 1.1%), colic syrup (up to 0.3%), fruit juice (up to 0.1%) and coffee (0.0%). **Conclusion:** BF1h indicators are still suboptimal in most countries. In the first three days of life, the prevalence of EBF is higher than the consumption of pre-lacteal foods in most of the countries evaluated. Countries with higher prevalence of pre-lacteal seem to have lower rates of EBF and BF1h.

**Keywords:** Breastfeeding in the first hour of life; Exclusive breastfeeding; Pre-lacteal feeding; Low and middle income countries

## 1.INTRODUÇÃO

O aleitamento materno na primeira hora de vida (AM1h) é uma prática preconizada pela Organização Mundial da Saúde (OMS) e enfatizada pela Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC), que em seu 4º passo para o Sucesso do Aleitamento Materno estimula o contato precoce do binômio mãe-bebê (UNICEF e OMS, 2018). A ênfase nessa prática se apoia em seus benefícios, sendo eles o desenvolvimento do vínculo entre mãe e filho; contato pele a pele, que possibilita a colonização da pele da criança por meio da microbiota materna, estabilização cardiorrespiratória e da temperatura corporal; contato com o colostro, fonte de fatores imunológicos e nutricionais essenciais; e redução da mortalidade neonatal (COUTINHO e *col.*, 2005; SÁ e *col.*, 2016; SOUSA e *col.*, 2020).

Segundo Carvalho e *col.* (2016), nascer em hospitais amigos da criança aumenta as chances de o aleitamento ser iniciado na primeira hora de vida. A exposição aos 10 Passos Para o Sucesso do Aleitamento Materno, ainda dentro da maternidade, aumenta em mais de 30 vezes as chances de qualquer aleitamento e em cerca de 24 vezes a de aleitamento materno exclusivo (AME). O passo 6, que orienta não oferecer aos bebês nenhum tipo de alimento ou bebida além do leite materno, quando executado, aumenta as chances do AME em até 4 vezes (KIVLIGHAN e *col.*, 2019).

Para Oakley e *col.* (2018), o atraso no início do aleitamento materno está associado à demora na descida do colostro e à introdução de líquidos e fórmulas nos primeiros dias de vida. A existência de equipes multiprofissionais no ambiente intra-hospitalar tem sido vista como fator protetor ao aleitamento materno, tal fato se deve ao apoio vindo de diferentes áreas da saúde, possibilitando maior incentivo e reforço das recomendações oferecidas às puérperas (DEALMEIDA e *col.*, 2015). Maastrup e *col.* (2021) observaram em seu estudo que treinamentos periódicos de profissionais de saúde auxiliaram no aumento dos indicadores de AME na alta hospitalar, além de aumentar o contato pele a pele imediatamente após o parto e reduzir uso de protetores de mamilo.

Benedict *e col.* (2018) verificaram que em alguns países ainda persiste a crença de leite insuficiente ou fraco, principalmente quando a criança nasce com baixo peso e estatura ou prematuro. Dessa maneira, existe uma cultura baseada na compensação da insuficiência do leite materno, na qual são ofertadas fórmulas infantis ou outros alimentos, ainda nos primeiros dias de vida. Raihan *e col.* (2020) realizaram um estudo em Bangladesh, e observaram que quando crianças recebiam alimentos diferentes do leite materno nos três primeiros dias de vida, possuíam duas vezes menos chances de iniciar um aleitamento materno bem sucedido. Ademais, os autores identificaram que fatores tradicionais e culturais estão relacionados à introdução de outros alimentos e desmame ainda nesses primeiros dias.

Boccolini *e col.* (2014) avaliaram a oferta de pré-lácteos à base de leite em sete países da América Latina e no Caribe, e identificaram uma prevalência dessa prática em 22,9% de sua amostra, além disso, observaram que nascer de parto cesáreo aumenta significativamente as chances de não iniciar AME.

Victoria *e col.* (2016) reuniram inquéritos realizados em 153 países de baixa e média renda e observaram que 80% das crianças destes países recebiam leite materno em algum momento da vida, porém apenas metade delas foram amamentadas na primeira hora de vida (40%) e 37% delas estavam em AME. Além disso, os autores verificaram que a população de baixa renda tende a amamentar por mais tempo do que a de alta renda, em todos os países analisados, principalmente entre os países de média renda, e que o aumento da renda familiar pode estar associado à utilização de pré-lácteos à base de leite.

A identificação de dados atuais da oferta de alimentos pré-lácteos e indicadores de AME e AM1h em países de baixa e média renda pode auxiliar os profissionais de saúde destes locais na proteção e promoção das práticas recomendadas pela OMS e pela IHAC. Ademais, estes dados desempenham papel importante na elaboração e avaliação de políticas públicas (DEALMEIDA *e col.*, 2015; BERDE e OZCEBE, 2017), assim como no monitoramento do status dos países para alcançar as metas globais de aleitamento materno estabelecidas pela OMS e pela Organização das Nações Unidas para a Infância (UNICEF).

## **2.OBJETIVOS**

Descrever a prevalência de AM1h, AME nos três primeiros dias de vida e da alimentação pré-láctea também nos primeiros três dias de vida em sete países de baixa e média renda.

## **3. MÉTODOS**

### **3.1.Desenho, fonte dos dados e amostragem**

Estudo do tipo transversal, realizado com dados provenientes de pesquisas de demografia e saúde (*Demographic and Health Surveys* (DHS), que compõem o Programa DHS (*Demographic and Health Surveys Program*), cujo mesmo recebe dados de 94 países da África, Ásia e América Latina e Caribe. Os dados coletados se referem à demografia, saúde e nutrição (fatores socioeconômicos, comportamento reprodutivo, cuidados de pré-natal, parto e pós-natal, amamentação e nutrição, saúde infantil, dentre outros).

As DHS são pesquisas domiciliares, com representatividade nacional e que por meio de seus resultados auxiliam na construção de indicadores de saúde e na criação de políticas públicas. Essas pesquisas são realizadas normalmente a cada 5 anos, para permitir comparações ao longo do tempo.

Com relação à amostragem, todas as amostras das DHS são representativas de mulheres em idade fértil (15-49 anos) e de seus filhos menores de cinco anos. Desta forma, todas as estimativas realizadas são generalizadas para as crianças desta faixa etária em cada país selecionado. As amostras são desenhadas por meio de amostragem probabilística complexa, a qual inclui estratificação, conglomeração e ponderação. A seleção da amostra ocorre em dois estágios: primeiramente seleciona-se os conglomerados / unidades geográficas e em seguida, por meio do acesso à listagem do número total de domicílios presentes em cada conglomerado, são selecionados de 25 a 30 domicílios de cada unidade para compor a amostra.

O processo de seleção dos países para compor esse estudo está descrito na Figura 1. Inicialmente foram selecionados os países que apresentavam dados mais recentes (a partir de 2015) das DHS, com disponibilidade para download. Em seguida, foi verificado se os países selecionados possuíam dados referentes à oferta

de alimentos pré-lácteos nos 3 primeiros dias de vida. Os países sem dados das DHS no período citado ou que não possuíam informações sobre consumo de pré-lácteos foram excluídos do estudo. Foram selecionados sete países: Angola, Chade, Filipinas, Guatemala, Índia, Jordânia e Ruanda

As crianças incluídas no estudo foram aquelas residentes em países participantes do programa DHS, com dados a partir de 2015, vivas no momento da entrevista, que moravam com seus responsáveis e menores de 24 meses.

Quanto às questões éticas, os questionários utilizados pelo programa DHS foram aprovados pelos comitês de ética dos países participantes e o processo de submissão é descrito em cada relatório nacional (disponíveis no endereço <https://dhsprogram.com/methodology/Protecting-the-Privacy-of-DHS-Survey-Respondents.cfm>).

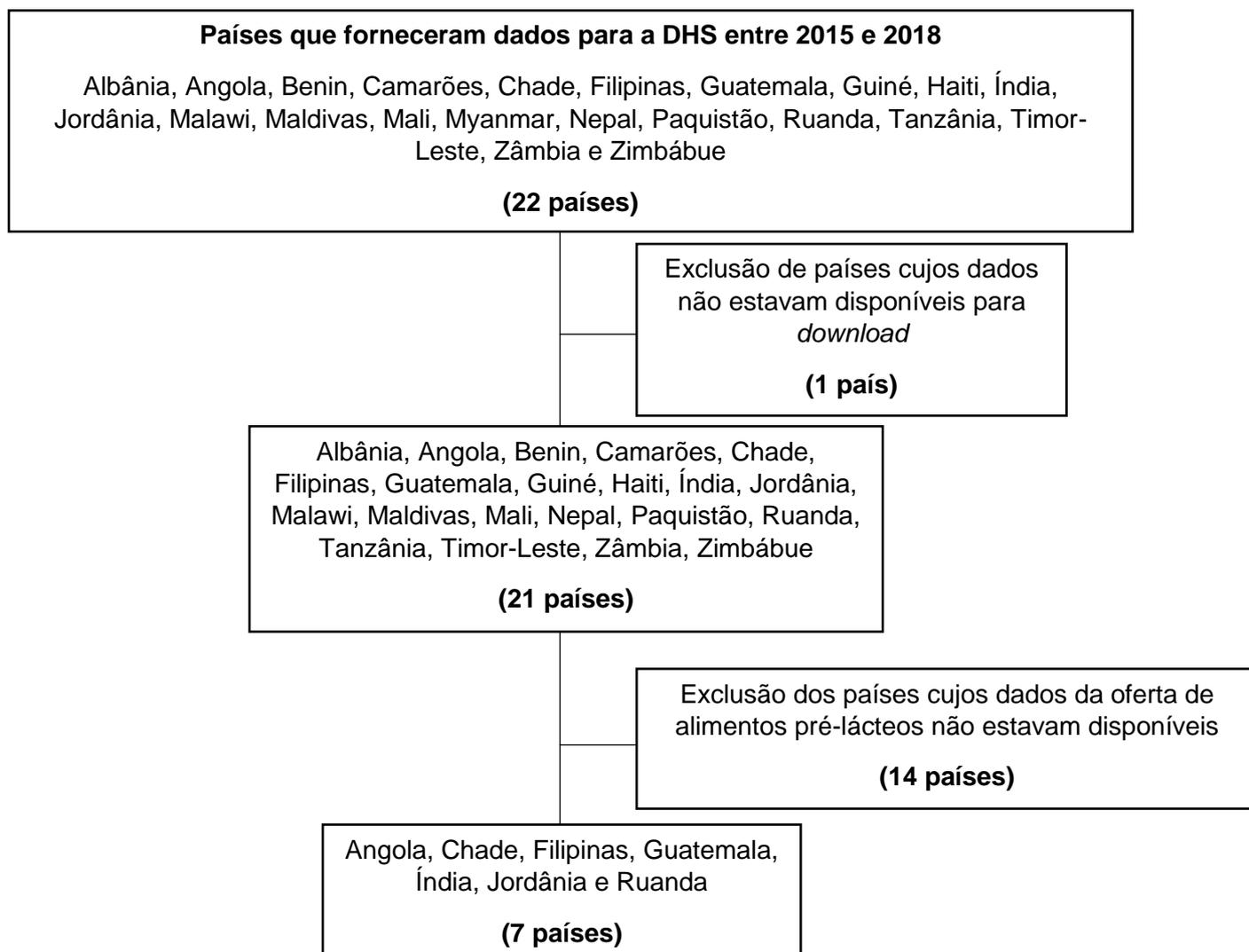


Figura 1. Fluxograma de seleção dos países participantes, com dados de Pesquisas Demográficas e de Saúde (2015 - 2018).

### 3.2. Variáveis do estudo

As variáveis selecionadas foram AM1h, AME nos três primeiros dias de vida e alimentos pré-lácteos e subdivisões dos pré-lácteos em à base de leite e à base de água, também nos 3 primeiros dias de vida.

A variável AM1h estava disponível nas DHS, no entanto as demais foram criadas para serem analisadas. A variável alimentos pré-lácteos foi criada somando todos os alimentos (leite, água pura, bebidas adoçadas, xarope, soro, suco, leite em pó, fórmula infantil, chá, café, Janam Ghutti, quissangua e mel) oferecidos para crianças nos 3 primeiros dias de vida, presentes nos bancos de dados de cada país. As subdivisões dos pré-lácteos foram feitas somando os alimentos à base de água (água pura, bebidas adoçadas, xarope, soro, suco, chá, café, Janam Ghutti e

Quissangua) e os a base de leite (leite, fórmula infantil, leite em pó). Janam Ghutti (solução de ervas) e Quissangua (bebida de milho) são alimentos específicos da Índia e Angola, respectivamente.

A variável AME nos três primeiros dias de vida representa o oposto das respostas para oferta de pré-lácteos, ou seja, crianças que não receberam nenhum desses alimentos, estavam em AME. Algumas dessas variáveis não estavam disponíveis em determinados países, e então foram identificadas como “sem dados” em nossos resultados.

As variáveis não respondidas durante a coleta de dados de cada país recebem o nome de “dados faltantes”, e variaram de 2,5% no Chade a 0,1% na Guatemala. Segundo as recomendações da OMS e UNICEF (2021), estes dados faltantes devem ser transformados em respostas negativas, assim, são somadas às respostas “não” de cada variável.

### **3.3. Análise estatística**

Os indicadores do aleitamento materno e dos alimentos pré-lácteos foram descritos em prevalências e seus respectivos intervalos de confiança de 95%. Todos os dados coletados foram analisados no programa estatístico Stata SE 14.2.

## **4. RESULTADOS**

A amostra variou de 3.179 na Ruanda a 93.432 na Índia. A prevalência de AM1h variou de 23,5% a 81,3%, enquanto a de AME oscilou entre 13,8% e 95,8%, sendo que os países com os melhores e piores indicadores foram Ruanda e Chade, respectivamente. Com relação à oferta de pré-lácteos, foram vistos resultados proporcionalmente inversos, dado que Chade teve a maior prevalência (86,1%) e Ruanda a menor (4,1%). A prevalência de alimentos pré-lácteos à base de água foi maior na Angola, no Chade e em Ruanda e a prevalência de alimentos pré-lácteos à base de leite foi maior nas Filipinas, Guatemala, Índia e Jordânia (Tabela 1).

Tabela 1. Prevalência de aleitamento materno exclusivo, aleitamento materno na primeira hora de vida e alimentação pré-láctea em sete países de média e baixa renda. Dados de Pesquisas Demográficas e de Saúde (2015 - 2018).

	Angola (2015-16) (IC95%)	Chade (2015) (IC95%)	Filipinas (2017) (IC95%)	Guatemala (2015) (IC95%)	Índia (2015-16) (IC95%)	Jordânia (2017-18) (IC95%)	Ruanda (2015) (IC95%)
AM1 <sup>h</sup>	48,9 (46,2-51,6)	23,5 (21,3-25,8)	57,0 (54,3-59,7)	63,6 (61,6-65,5)	42,1 (41,6-42,5)	66,4 (63,6-69,1)	81,3 (79,9-82,6)
AME	89,3 (87,8-90,6)	13,8 (12,2-15,5)	76,3 (73,2-79,1)	64,9 (63,0-66,8)	79,6 (79,2-79,9)	57,3 (54,6-60,1)	95,8 (95,0-96,4)
Pré-lácteos	10,6 (9,3-12,1)	86,1 (84,4-87,7)	23,6 (20,8-26,7)	35,0 (33,1-36,9)	20,3 (20,0-20,7)	42,6 (39,8-45,3)	4,1 (3,5-4,9)
Pré-lácteos à base de água	6,2 (5,2-7,3)	83,7 (82,0-85,3)	9,8 (8,0-11,8)	9,2 (8,2-10,4)	7,0 (6,7-7,2)	11,8 (10,1-13,8)	2,9 (2,4-3,6)
Pré-lácteos à base de leite	3,6 (2,8-4,6)	15,6 (13,8-17,5)	15,2 (13,1-17,5)	26,7 (25,1-28,3)	14,4 (14,0-14,7)	35,6 (33,0-38,3)	1,3 (0,9-1,7)

IC, intervalo de confiança; AME, aleitamento materno exclusivo; AM1h, aleitamento materno na primeira hora de vida

Dentre os alimentos pré-lácteos mais consumidos, destacaram-se a água pura (80,4% no Chade), as fórmulas infantis (27,5% na Jordânia e 25,6% na Guatemala), o leite (14,5% no Chade e 13,8% na Índia) e água com açúcar (14,4% no Chade) (Tabela 2).

Em contrapartida, os alimentos menos ofertados foram soro caseiro (0,0% nas Filipinas a 1,1% no Chade), xarope para cólicas (0,0% nas Filipinas a 0,3% no Chade), suco de frutas (0,0% na Guatemala a 0,1% no Chade e nas Filipinas) e café (0,0% no Chade e na Guatemala). Alimentos específicos de algumas culturas, como o Janam Ghutti (Índia) e a Quissangua (Angola), tiveram prevalência de oferta de 1,4% e 0,3%, respectivamente.

Tabela 2. Prevalência de alimentos pré-lácteos oferecidos a recém nascidos em sete países de média e baixa renda. Dados de Pesquisas Demográficas e de Saúde (2015 - 2018).

Pré-lácteo	Angola (2015-16) (IC95%)	Chade (2015) (IC95%)	Filipinas (2017) (IC95%)	Guatemala (2015) (IC95%)	Índia (2015-16) (IC95%)	Jordânia (2017-18) (IC95%)	Ruanda (2015) (IC95%)
Leite	SD	14,5 (12,8-16,4)	6,5 (5,5-7,8)	1,0 (0,8-1,4)	13,8 (13,5-14,1)	9,0 (7,4-10,8)	1,2 (0,9-1,7)
Leite em pó	3,6 (2,8-4,6)	SD	SD	SD	SD	SD	SD
Água pura	5,6 (4,6-6,7)	80,4 (78,4-82,2)	9,3 (7,5-11,3)	3,9 (3,2-4,6)	2,4 (2,3-2,6)	2,2 (1,5-3,3)	1,8 (1,3-2,3)
Açúcar / Bebidas adoçadas	0,3 (0,1-0,5)	14,4 (12,5-16,4)	0,5 (0,2-0,9)	3,3 (2,7-4,1)	1,9 (1,8-2,0)	5,6 (4,5-6,9)	0,3 (0,2-0,6)
Xarope para cólicas	SD	0,3 (0,1-0,5)	0,0 (0,0-0,1)	SD	0,3 (0,2-0,3)	0,0 (0,0-0,9)	0,2 (0,1-0,4)
Soro caseiro	SD	1,1 (0,8-1,5)	0,0 (0,0-0,0)	0,5 (0,3-0,8)	0,4 (0,3-0,4)	0,9 (0,6-1,3)	0,3 (0,1-0,6)
Suco de fruta	0,1 (0,0-0,4)	0,1 (0,0-0,3)	0,1 (0,0-0,3)	0,0 (0,0-0,1)	0,1 (0,1-0,1)	0,1 (0,0-0,4)	SD
Fórmula infantil	SD	1,4 (1,1-1,7)	8,9 (7,0-11,2)	25,6 (24,0-27,3)	0,7 (0,6-0,8)	27,5 (24,9-30,2)	0,0 (0,0-0,1)
Chás	0,0 (0,0-0,3)	0,4 (0,2-0,8)	0,0 (0,0-0,1)	1,9 (1,5-2,5)	1,2 (1,1-1,3)	6,5 (5,1-8,1)	0,2 (0,1-0,5)
Mel	0,0 (0,0-0,0)	0,3 (0,1-0,6)	0,6 (0,3-0,9)	0,1 (0,0-0,4)	2,5 (2,4-2,6)	0,1 (0,0-0,9)	SD
Café	SD	0,0 (0,0-0,1)	SD	0,0 (0,0-0,2)	SD	SD	SD
Janam Ghutti <sub>2</sub>	SD	SD	SD	SD	1,4 (1,3-1,5)	SD	SD
Quis-sangua <sub>3</sub>	0,3 (0,1-0,3)	SD	SD	SD	SD	SD	SD

SD, sem dados ; IC, intervalo de confiança

1: Janam Ghutti - solução de ervas

2: Quissangua - bebida de milho

## 5.DISCUSSÃO

O estudo analisou os indicadores do aleitamento materno e a oferta de pré-lácteos nos três primeiros dias de vida em países de baixa e média renda, totalizando uma amostra de 96.611 crianças menores de 24 meses. A prevalência de AM1h variou de 23,5% a 81,3% e a de AME nos três primeiros dias de vida oscilou entre 13,8% e 95,8%. Identificamos que, apesar do risco da oferta de pré-

lácteos promover desmame precoce, a prevalência do consumo destes ainda ultrapassa 40% em dois dos países analisados. A prevalência de oferta de pré-lácteos à base de leite foi maior do que a dos à base de água, com destaque para o consumo de fórmulas infantis.

Nguyen e *col.* (2020) avaliaram a prevalência de AME e oferta de pré-lácteos em Bangladesh, Vietnã e Etiópia, e identificaram que cerca de 50% das mães entrevistadas em Bangladesh e Vietnam ofereceram líquidos diferentes do leite materno nos primeiros dias de vida. Quanto às taxas de AME, as mesmas variaram entre 72% na Etiópia e 18% no Vietnã. Em seu estudo também identificaram que a oferta de pré-lácteos reduziu em até 3,5 vezes as chances do AME e que o AM1h tem papel importante no início de qualquer tipo de amamentação, exclusiva ou não. No estudo transversal de Das (2019), foram avaliadas as prevalências de oferta de pré-lácteos e AME na Índia, sendo 26% e 55%, indicadores piores do que os encontrados nos países asiáticos (Filipinas, Índia e Jordânia) avaliados no nosso estudo. Além disso, Das (2019) verificaram que crianças que tinham contato com pré-lácteos tinham cerca de 60% menos chances de serem amamentadas exclusivamente.

Em 2018, Temesgen, H. e *col.* realizaram uma metanálise composta por 28 estudos baseados em dados da Etiópia, e identificaram que um quarto das crianças estudadas recebem alimentos pré-lácteos nos primeiros dias de vida. Os fatores de risco para oferta de pré-lácteos observados em seu estudo foram moradia em área rural e ausência de aconselhamentos de profissionais de saúde e cuidados no pré-natal. Adicionalmente, os autores citaram dados de prevalência de outros países africanos e ressaltaram que os valores oscilam provavelmente devido a fatores demográficos, socioculturais ou pelas diferenças nas metodologias dos estudos.

Em nosso estudo também houve grande variação nos indicadores de AME, AM1h e de oferta de pré-lácteos (4,1% a 86,1%) nos países africanos, de forma que os países com os melhores e piores indicadores foram Ruanda e Chade, respectivamente. Segundo Yourkavitch (2018), Ruanda possuía histórico de taxas de baixo peso, déficit de altura e baixa prevalência de AME, assim, foi criada a Política Nacional de Alimentação e Nutrição, com o objetivo de fornecer estrutura para o enfrentamento desta situação sanitária. Além disso, fatores como a

composição familiar, escolaridade e cuidados de pré-natal podem explicar a divergência de indicadores entre estes dois países, visto que na Ruanda as mulheres têm menos filhos (média de 4,2 filhos), apenas 9% da população não teve nenhum tipo de ensino e 99% das mulheres têm acesso a consultas de pré-natal. Enquanto no Chade, as mulheres têm em média 6 filhos, 62% delas não têm nenhum nível educacional e apenas 64% conseguem acesso a pré-natal (INSEED, 2016; NISR, 2015).

Em 2018, a OMS e UNICEF publicaram um relatório referente ao AM1h, citando seus benefícios e as possíveis consequências de sua ausência. Dentre as consequências, então a menor probabilidade de sobrevivência e risco de vida do lactente. INSEED (2016) e NISR (2015) disponibilizaram índices de mortalidade de Ruanda e Chade, sendo que no primeiro ocorreram 32 mortes a cada 1000 nascidos vivos e no segundo 72 mortes, de modo que 34 delas foram no primeiro mês de vida. A mortalidade na infância pode ser consequência de múltiplos fatores, porém a baixa prevalência de AM1h no Chade, encontrada no nosso estudo, pode estar associada de forma negativa à taxa de sobrevivência infantil no país.

A realização de cesáreas sem indicação tem aumentado nos últimos anos e sua ocorrência está relacionada com menores indicadores de AM1h e atraso na descida do colostro. Como reflexo dessa prática intra-hospitalar, por vezes ocorre a introdução precoce de pré-lácteos à base de leite, prejudicando o início do aleitamento materno exclusivo. A OMS e UNICEF (2018) recomendam meios para evitar a introdução dos pré-lácteos e favorecer o contato pele a pele e AM1h, de modo que o treinamento continuado das equipes de profissionais de saúde, por meio de protocolos dentro das maternidades é essencial.

Assim como em nosso estudo, Rahmartani, Carson e Quigley (2020) igualmente descreveram a prevalência de oferta de diferentes tipos de pré-lácteos. Em seu estudo, utilizando as Pesquisas de Saúde Demográfica da Indonésia, as taxas de consumo de pré-lácteos foram de 45%, sendo que os alimentos oferecidos em maior quantidade foram fórmulas infantis (25%) e leite (14%). Ademais, os autores observaram que mães moradoras de áreas rurais e primíparas possuíam maiores chances de oferecer pré-lácteos nos três primeiros dias de vida e que houve

maior prevalência de consumo de fórmulas infantis entre crianças que não tiveram contato pele a pele no nascimento.

Na análise multinível incluindo 22 países da África Subsaariana, realizada por Berde e Ozcebe, (2017), a prevalência de oferta de pré-lácteos foi de 32,2%, e os alimentos mais oferecidos foram água pura (22,1%), leite diferente do leite materno (5,0%) e água com açúcar ou glicose (4,1%). Em nosso estudo, houve grande variação de oferta de pré-lácteos oferecidos entre os países Africanos, de forma que a água pura variou de 1,8% a 80,4% entre eles. Berde e Ozcebe, (2017) comentam em seu estudo que práticas culturais e crenças podem estar relacionadas com tamanha variação dentro do mesmo continente, e que mães adolescentes são mais propensas a oferecer pré-lácteos.

A OMS e UNICEF (2018) também relataram práticas culturais de consumo de alimentos pré-lácteos, que ocorrem inclusive dentro de maternidades cujos profissionais atuam sem embasamento científico. As práticas podem ser diversas, como oferta de mel por um membro da família específico, água com açúcar consumida ainda dentro do hospital e descarte do colostro.

Ainda sobre a oferta de diferentes tipos de pré-lácteos, Asim e *col.* (2020) realizaram um estudo no Paquistão, com dados da Pesquisa de Demografia e Saúde (2012-13). Neste país, a prevalência de pré-lácteos foi de 64,7% e os alimentos mais consumidos foram o leite diferente do materno (24,5%) e o mel/água com açúcar (21,8%). Além disso, Asim e *col.* (2020) avaliaram fatores de risco associados à alimentação pré-láctea e identificaram que um deles foi o atraso no início do aleitamento materno. Nosso estudo não avaliou dados do Paquistão devido à ausência de informações sobre pré-lácteos desde 2015, no entanto, comparando aos achados nossos achados, a prevalência de pré-lácteos no Paquistão (2013-13) foi maior que a encontrada em todos os países analisados, exceto no Chade.

A falta de padronização dos alimentos oferecidos em cada país avaliado é um fator limitante do nosso estudo, visto que pode haver alimentos que não estavam no questionário e foram oferecidos pelas mães, subestimando os dados obtidos. Além disso, há possibilidade de viés de recordação, pois as perguntas do questionário foram feitas dentro do período de vinte e quatro meses da vida das crianças, porém focadas nos três primeiros dias de vida, podendo ocorrer esquecimento neste

período longo, no entanto Li, R. e *col.* (2005) observaram em seu estudo que recordações maternas do início e duração a amamentação foram confiáveis e válidas por até 3 anos.

Nosso estudo analisou dados nacionais de sete países de média e baixa renda, de diferentes continentes, podendo auxiliar gestores de diferentes países na construção de programas e políticas governamentais que incentivem a promoção de AM1h, AME e redução de oferta de pré-lácteos.

## **6.CONCLUSÃO**

Os indicadores de AM1h ainda são subótimos na maioria dos países. Nos três primeiros dias de vida, a prevalência do AME é superior ao consumo de alimentos pré-lácteos na maior parte dos países avaliados. Países com maiores prevalências de pré-lácteos parecem apresentar menores taxas de AME e de AM1h.

## 7.REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ASIM, Muhammad *et al.* Prelacteal feeding practices in Pakistan: a mixed-methods study. *International Breastfeeding Journal*, Paquistão, v. 53, n. 15, p. 1-11, jan. 2020.

AKELLO, Racheal *et al.* Prelacteal feeding among infants within the first week of birth in eastern Uganda: evidence from a health facility-based crosssectional study. *International Breastfeeding Journal*, Uganda, v. 77, n. 16, p. 1-11, 12 out. 2021.

BENEDICT, Rukundo K *et al.* Trends and predictors of optimal breastfeeding among children 0-23 months, South Asia: Analysis of national survey data. *Matern Child Nutr*, v 14, 2018.

BERDE, Anselm s; OZCEBE, Hilal. Risk factors for prelacteal feeding in sub-Saharan Africa: a multilevel analysis of population data from twenty-two countries. *Public Health Nutrition*, África, v. 20, n. 11, p. 1953-1962, 26 abr. 2017.

BOCCOLINI, Cristiano Siqueira *et al.* Inequities in Milk-Based Prelacteal Feedings in Latin America and the Caribbean. *Journal Of Human Lactation*, América Latina, v. 31, n. 1, p. 89-98, 24 nov. 2014.

CARVALHO, Márcia Lazaro de *et al.* The baby-friendly hospital initiative and breastfeeding at birth in Brazil: a cross sectional study. *Reproductive Health*, Brasil, v. 13, n. 119, p. 208-265, 17 out. 2016.

COUTINHO, Sonia Bechara *et al.* Comparison of the effect of two systems for the promotion of exclusive breastfeeding. *Lancet*. 24 sep. 2005.

DAS, Aritra. Prelacteal feeding practice and maintenance of exclusive breast feeding in Bihar, India – identifying key demographic sections for childhood nutrition interventions: a cross-sectional. *Gates Open Research*, Índia, v. 1, n. 3, p. 1-13, 08 jan. 2019.

DEALMEIDA, Jordana Moreira *et al.* Support of breastfeeding by health professionals: integrative review of the literature. *Revista Paulista de Pediatria*, Uberaba, v. 33, n. 3, p.355-362, 27 jun. 2015.

DIBLEY, Michael J *et al.* Across-country comparisons of selected infant and young child feeding indicators and associated factors in four South Asian countries. *Food Nutr Bull.* 31(2):366–75, jun. 2010 Jun.

DUBIK, Stephen Dajaan *et al.* Prevalence and determinants of early initiation of breastfeeding (EIBF) and prelacteal feeding in Northern Ghana: A cross-sectional survey. *Plos One, Gana*, v. 2, n. 1, p. 1-11, 22 nov. 2021.

ESTEVEES, Tania Maria Brasil *et al.* Fatores associados à amamentação na primeira hora de vida: revisão sistemática. *Rev Saúde Pública [Internet]*. 2014.

FINNIE, Sheridan; PERÉZ-ESCAMILLA, Rafael; BUCCINI, Gabriela. Determinants of early breastfeeding initiation and exclusive breastfeeding in Colombia. Cambridge University Press (CUP). *Public Health Nutrition, Colombia*, v. 23, n. 3, p. 496-505, 7 out. 2019.

HERNÁNDEZ-VÁSQUEZ, Akram; CHACÓN-TORRICO, Horacio. Determinants of early initiation of breastfeeding in Peru: analysis of the 2018 demographic and family health survey. *Epidemiology And Health, Peru*, v. 41, n. 8, p. 1-8, 25 dez. 2019.

KIVLIGHAN, Katie T. *et al.* Improved breastfeeding duration with Baby Friendly Hospital Initiative implementation in a diverse and underserved population. *Birth Issues In Perinatal Care, United States*, v. 1, n. 47, p. 135-143, 01 dez. 2019.

MAASTRUP, Ragnhild *et al.* Improved exclusive breastfeeding rates in preterm infants after a neonatal nurse training program focusing on six breastfeeding-supportive clinical practices. *PloS one* vol. 16,2 e0245273. 3 Feb. 2021.

National Institute of Statistics, Economic and Demographic Studies (INSEED), Ministry of Public Health (MSP) and ICF International. *Chad Demographics and Health Survey and Multiple Indicators 2014-2015: Summary Report*. Rockville, Maryland, USA: INSEED, MSP and ICF International. 2016.

NDIRANGU, MN. *et al.* Trends and factors associated with early initiation of breastfeeding in Namibia: analysis of the Demographic and Health Surveys 2000-2013. *BMC Pregnancy Childbirth.* 18 (1): 171, 16 may. 2018.

NGUYEN, Phuong Hong. Early breastfeeding practices contribute to exclusive breastfeeding in Bangladesh, Vietnam and Ethiopia. *Maternal & Child Nutrition, Bangladesh*, v. 4, n. 16, p. 1-10, 22 abr. 2020.

OAKLEY, Laura et al. Early breastfeeding practices: Descriptive analysis of recent Demographic and Health Surveys. *Matern Child Nutr*, vol. 14,2, 2018.

PINHEIRO, J. M. F. *et al.* Prevalência e fatores associados à prescrição/solicitação de suplementação alimentar em recém-nascidos. *Rev. Nutr.*, 29(3), 367–375, 2016.

RAIHAN, Mohammad Jyoti *et al.* Feeding during the first 3 days after birth other than breast milk is associated with early cessation of exclusive breastfeeding. *Maternal & Child Nutrition*, v. 16, n. 3, p. 1-8, 11 fev. 2020.

RAHMARTANI, Lhuri D.; CARSON, Claire; QUIGLEY, Maria A. Prevalence of prelacteal feeding and associated risk factors in Indonesia: Evidence from the 2017 Indonesia Demographic Health Survey. *Plos One*, v. 2, n. 1, p. 1-19, 03 dez. 2020.

Rwanda National Institute of Statistics (NISR) [Rwanda], Ministry of Health (MOH) [Rwanda] and ICF International. Year of Publication. RDHS Key Findings from 2014-15. Rockville, Maryland, USA: NISR, MOH and ICF International. 2015.

SÁ, Naíza Nayla Bandeira de *et al.* Factors related to health services determine breastfeeding within one hour of birth in the Federal District of Brazil. *Rev Bras Epidemiol, Distrito Federal*, v. 3, n. 19, p. 509-524, out. 2016.

SOUSA, Priscilla Keylla Santos *et al.* Prevalence and factors associated with maternal breastfeeding in the first hour of life in full-term live births in southwest Bahia. *Epidemiol. Serv. Saude, Vitória da Conquista*, v. 2, n. 29, p. 1-12, fev. 2020.

TEMESGEN, H. *et al.* Prelacteal feeding and associated factors in Ethiopia: systematic review and meta-analysis. *Int Breastfeed J*, 13, 49, 2018.

VENANCIO, Sonia Isoyama *et al.* The Baby-Friendly Hospital Initiative shows positive effects on breastfeeding indicators in Brazil. *Journal Of Epidemiology And Community Health*, v. 66, n. 10, p.914-918, 11 nov. 2011.

VICTORA, CG. *et al.* Breastfeeding in the 21st century: epidemiology, mechanisms, and lifelong effect. *Lancet*, 2016.

UNICEF, WHO. Capture the Moment – Early initiation of breastfeeding: The best start for every newborn. New York: UNICEF; 2018

UNICEF. Indicadores para avaliar as práticas de alimentação de lactentes e crianças pequenas: definições e métodos de medição. Genebra, 2021.

UNICEF; WHO. Protecting, promoting and supporting breastfeeding in facilities providing maternity and newborn services: implementing the revised Baby-friendly Hospital Initiative. 2018.

WHO. Protecting, promoting and supporting breastfeeding in facilities providing maternity and newborn services. Geneva, 2017.

WHO, UNICEF. Global breastfeeding scorecard, 2019. Increasing commitment to breastfeeding through funding and improved policies and programmes. Geneva: World Health Organization and the United Nations Children's Fund, 2019.

YOURKAVITCH, Jennifer. Trends and Inequalities in Young Child Nutrition in Rwanda: Further Analysis of the 2014-15 Demographic and Health Survey. DHS Further Analysis Reports No. 109. Rockville, Maryland, USA. 2018.