



UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA

FACULDADE DE MEDICINA



PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE

**FATORES ASSOCIADOS AO ALEITAMENTO NA PRIMEIRA HORA DE VIDA E
AO ALEITAMENTO MATERNO EXCLUSIVO EM MATERNIDADES PÚBLICAS
E PRIVADAS**

ANGÉLICA TAVARES SANTOS DE MENEZES

UBERLÂNDIA-MG

2023

ANGÉLICA TAVARES SANTOS DE MENEZES

**FATORES ASSOCIADOS AO ALEITAMENTO NA PRIMEIRA HORA DE VIDA E
AO ALEITAMENTO MATERNO EXCLUSIVO EM MATERNIDADES PÚBLICAS
E PRIVADAS**

**Dissertação apresentada ao Programa de
Pós-Graduação em Ciências da Saúde da
Faculdade de Medicina 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.

**Orientadora: Prof^a. Dra. Ana Elisa
Madalena Rinaldi**

**Coorientadora: Prof^a. Dra. Luciana Saraiva
da Silva**

UBERLÂNDIA-MG

2023

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
Sistema de Bibliotecas da UFU, MG, Brasil.

M543f Menezes, Angélica Tavares Santos de, 1990-
2023 Fatores associados ao aleitamento na primeira hora de vida e ao aleitamento materno exclusivo em maternidades públicas e privadas [recurso eletrônico] / Angélica Tavares Santos de Menezes. - 2023.

Orientadora: Ana Elisa Madalena Rinaldi.

Coorientadora: Luciana Saraiva da Silva.

Dissertação (mestrado) - Universidade Federal de Uberlândia, Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde.

Modo de acesso: Internet.

Disponível em: <http://doi.org/10.14393/ufu.di.2023.7051>

Inclui bibliografia.

1. Ciências médicas. I. Rinaldi, Ana Elisa Madalena, 1982-, (Orient.). II. Silva, Luciana Saraiva da, 1988-, (Coorient.). III. Universidade Federal de Uberlândia. Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde. IV. Título.

CDU: 61

Glória Aparecida
Bibliotecária Documentalista - CRB-6/2047



UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA
Coordenação do Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde
Av. Pará, 1720, Bloco 2H, Sala 11 - Bairro Umuarama, Uberlândia-MG, CEP 38400-902
Telefone: (34) 3225-8628 - www.ppcs.famed.ufu.br - ppcs@famed.ufu.br



ATA DE DEFESA - PÓS-GRADUAÇÃO

Programa de Pós-Graduação em:	Ciências da Saúde				
Defesa de:	Dissertação de Mestrado Acadêmico Nº 02/PPCSA				
Data:	03.04.2023	Hora de início:	09:00h	Hora de encerramento:	11:20h
Matrícula do Discente:	12112CSD004				
Nome do Discente:	Angélica Tavares Santos de Menezes				
Título do Trabalho:	Fatores associados ao aleitamento na primeira hora de vida e ao aleitamento materno exclusivo em hospitais públicos e privados				
Área de concentração:	Ciências da Saúde				
Linha de pesquisa:	2: Epidemiologia da Ocorrência de Doenças e Agravos à Saúde				
Projeto de Pesquisa de vinculação:	Tendência Temporal Dos Indicadores Do Aleitamento Materno E Políticas Pró-Aleitamento Materno				

Reuniu-se em web conferência pela plataforma Mconf-RNP, em conformidade com a PORTARIA Nº 36, DE 19 DE MARÇO DE 2020 da COORDENAÇÃO DE APERFEIÇOAMENTO DE PESSOAL DE NÍVEL SUPERIOR - CAPES, pela Universidade Federal de Uberlândia, a Banca Examinadora, designada pelo Colegiado do Programa de Pós-graduação em Ciências da Saúde, assim composta: Professores Doutores: Maria Antonieta de Barros Leite Carvalhaes (UNESP), Daniela Marques de Lima Mota Ferreira (UFU) e Luciana Saraiva da Silva (UFU) co-orientadora em substituição a orientadora Profa. Dra. Ana Elisa Madalena Rinaldi (UFU) orientadora da candidata.

Iniciando os trabalhos a presidente da mesa, Dra. Luciana Saraiva da Silva, apresentou a Comissão Examinadora e a candidata, agradeceu a presença do público, e concedeu a Discente a palavra para a exposição do seu trabalho. A duração da apresentação da Discente e o tempo de arguição e resposta foram conforme as normas do Programa.

A seguir o senhor(a) presidente concedeu a palavra, pela ordem sucessivamente, aos(às) examinadores(as), que passaram a arguir o(a) candidato(a). Ultimada a arguição, que se desenvolveu dentro dos termos regimentais, a Banca, em sessão secreta, atribuiu o resultado final, considerando o(a) candidato(a):

Aprovada.

Esta defesa faz parte dos requisitos necessários à obtenção do título de Mestre.

O competente diploma será expedido após cumprimento dos demais requisitos, conforme as normas do Programa, a legislação pertinente e a regulamentação interna da UFU.

Nada mais havendo a tratar foram encerrados os trabalhos. Foi lavrada a presente ata que após lida e achada conforme foi assinada pela Banca Examinadora.



Documento assinado eletronicamente por **Luciana Saraiva da Silva, Professor(a) do Magistério Superior**, em 03/04/2023, às 11:18, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).



Documento assinado eletronicamente por **Maria Antonieta de Barros Leite Carvalhaes, Usuário Externo**, em 03/04/2023, às 11:19, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).



Documento assinado eletronicamente por **Daniela Marques de Lima Mota Ferreira, Professor(a) do Magistério Superior**, em 03/04/2023, às 11:21, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site https://www.sei.ufu.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0, informando o código verificador **4368282** e o código CRC **E6450205**.

DEDICATÓRIA

*Dedico este trabalho a minha vó
Inhorinha (in memoriam).*

AGRADECIMENTOS

À Deus por sempre guiar meus passos e ser minha fortaleza em todos os momentos da minha vida.

À minha orientadora Prof^ª Dra. Ana Elisa Madalena Rinaldi por ter me aceitado para trilharmos juntas na construção deste trabalho. Obrigada por compartilhar seu vasto conhecimento e por ser sempre tão gentil e paciente. Saiba que a tenho como um modelo de profissional.

À minha coorientadora Prof^ª Dra. Luciana Saraiva da Silva por ter aceitado participar deste trabalho, especialmente na reta final. Sempre contribuiu com valiosas considerações, com toda delicadeza e um olhar cuidadoso em tudo que faz.

À Prof^ª Dra. Vivian Mara Gonçalves de Oliveira Azevedo por ter contribuído com valiosas contribuições para este trabalho.

Às professoras membros da banca examinadora, a Prof^ª. Dra. Daniela Marques de Lima Mota Ferreira (UFU) e a Prof^ª. Dra. Maria Antonieta de Barros Leite Carvalhaes (UNESP) que prontamente aceitaram participar deste momento e pelas contribuições ao trabalho.

Ao meu esposo Anderson, por sempre me apoiar e ter sido meu maior incentivador à cursar o mestrado acadêmico e por ser sempre compreensivo em todos os momentos, principalmente nos mais difíceis.

À minha família, em especial a minha mãe Josefa e ao meu pai Arivaldo (*in memoriam*) por sempre me apoiar em todas as fases dos meus estudos e aos meus irmãos Alessandra, Acivaldo, Antônio e Alex por sempre torcerem por minhas conquistas.

À minha colega de mestrado, Amanda, pela troca de conversas e pela parceria nas disciplinas e aos colegas do GESMI (Grupo de Estudo em Saúde Materno-Infantil) por agregar conhecimentos ao longo desta jornada.

Ao Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde da Universidade Federal de Uberlândia e a Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de Minas Gerais (FAPEMIG) que proporcionaram a realização deste trabalho.

A todos que contribuíram de forma direta e indireta para a realização desta conquista.

*“Consagre ao Senhor tudo o que você faz, e os
seus planos serão bem-sucedidos”.*

Provérbios 16:3

APRESENTAÇÃO

A presente dissertação de Mestrado foi desenvolvida no Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde da Faculdade de Medicina na Universidade Federal de Uberlândia, sob orientação da Profa. Dra. Ana Elisa Madalena Rinaldi e coorientação da Profa. Dra. Luciana Saraiva da Silva. Essa dissertação é composta por introdução e fundamentação teórica; objetivos geral e específicos da dissertação e o artigo, que será submetido à apreciação da Revista de Saúde Pública (Fator de impacto JCR 2021: 2,772; Qualis CAPES em Saúde Coletiva: A1).

RESUMO

Introdução: O apoio e a promoção do aleitamento materno (AM) no ambiente intra-hospitalar pelos profissionais da saúde tem papel importante especialmente no suporte do aleitamento materno na primeira hora de vida (AM1h), na continuidade do aleitamento materno exclusivo (AME) até os seis meses e complementado até os dois anos de idade. **Objetivo:** Identificar os fatores relacionados às puérperas e às práticas dos profissionais de saúde associados com AM1h e AME no pós-parto imediato, em maternidades públicas e privadas. **Métodos:** Estudo transversal, realizado em maternidades públicas e privadas de Uberlândia/MG. A amostra foi composta por puérperas ≥ 18 anos, que foram entrevistadas a partir de um questionário contendo questões sobre informações sociodemográficas, gestacionais, do pós-parto, sobre as práticas dos profissionais de saúde no que tange ao manejo do AM e sobre AM e fórmulas infantis recebidas no pré-natal e na maternidade. Os desfechos foram AM1h e AME no momento da entrevista. A associação entre os fatores preditores e os desfechos foi verificada utilizando modelos de regressão logística múltipla. Foi considerado significativo estatisticamente um valor de $p < 0,05$. Todos os dados coletados foram digitados e analisados no programa estatístico Stata SE[®] versão 15.0. **Resultados:** O estudo mostrou que a frequência de AM1h foi de 53,7%, sendo 62,8% nas maternidades públicas e 10,1% nas privadas, sendo $p < 0,00$; e a frequência de AME foi de 67%, com 72,2% nas públicas e 52,3% nas privadas, sendo $p < 0,00$. As puérperas que foram atendidas nas maternidades privadas (OR=0,05; IC95%=0,02;0,11) apresentaram menores chances de AM1h e as puérperas que receberam informação sobre AM1h no pré-natal (OR=1,64; IC95%=1,02;2,64) apresentaram maiores chances de AM1h. Para o desfecho AME, as puérperas primíparas (OR=0,58 IC95%=0,35;0,95) e as que receberam auxílio para amamentar (OR=0,47; IC95%=0,23;0,94) tiveram menores chances em amamentar exclusivamente, enquanto as que amamentaram na 1ª hora de vida (OR=1,84 IC95%=1,10;3,09) apresentaram maiores chances de amamentarem exclusivamente no momento da entrevista. **Conclusão:** Os achados mostraram que as puérperas que foram atendidas em maternidades privadas, as que eram primíparas e as que receberam auxílio apresentaram as menores chances em amamentar nas maternidades. Ambas maternidades precisam de uma melhoria, embora a situação das privadas seja mais necessária. Assim, é necessário que os profissionais estejam habilitados para atender essas mães nestes momentos de dificuldade do pós-parto imediato e com isso é necessário melhorar as práticas nas unidades hospitalares, para que se fortaleçam como redes de apoio nos cuidados materno-infantis.

Palavras-chaves: Aleitamento materno; hospitais-maternidade; mães; profissionais de saúde.

ABSTRACT

Introduction: Breastfeeding (BF) in the intra-hospital environment plays an important role in supporting breastfeeding in the first hour of life (BF1h), in the continuity of exclusive breastfeeding up to six months and supplemented until two years of age, if necessary the support, promotion and protection of health professionals. **Objective:** To identify factors related to puerperal women and the practices of health professionals associated with BF1h and EBF in the immediate postpartum period, in public and private maternity hospitals. **Methods:** Cross-sectional study, carried out in public and private maternity hospitals in Uberlândia/MG. The sample consisted of puerperal women ≥ 18 years old, who were interviewed using a questionnaire containing questions about sociodemographic, gestational and postpartum information, about the practices of health professionals regarding BF management and about BF and formulas infants received in prenatal care and in the maternity. The outcomes were BF1h and EBF at the time of the interview. The association between predictors and outcomes was verified using multiple logistic regression models. A value of $p < 0.05$ was considered statistically significant. All collected data were entered and analyzed using the Stata SE[®] version 15.0 statistical program. **Results:** The study showed that the frequency of BF1h was 53.7%, 62.8% in public maternity hospitals and 10.1% in private ones; and the frequency of EBF was 67%, with 72.2% in public and 52.3% in private. puerperal women attended at private maternity hospitals (OR=0.05; 95%CI=0.02;0.11) were less likely to have BF1h and mothers who received information about BF1h during prenatal care (OR=1.64; 95%CI=1.02;2.64) were more likely to have BF1h. For the EBF outcome, primiparous mothers (OR=0.58 CI95%=0.35;0.95) and those who received help to breastfeed (OR=0.47; CI95%=0.23;0.94) were less likely to breastfeed exclusively, while those who breastfed in the 1st hour of life (OR=1.84 CI95%=1.10;3.09) were more likely to breastfeed exclusively. **Conclusion:** The findings showed that puerperal women who were treated in private maternity hospitals, those who were primiparous and those who received assistance had the lowest chances of breastfeeding in maternity hospitals. Thus, it is necessary that professionals are qualified to assist these mothers in these moments of difficulty in the immediate postpartum period and, therefore, it is necessary to improve practices in hospital units, so that they become stronger as support networks in maternal and child care.

Keywords: Breastfeeding; maternity hospitals; mothers; health professionals.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1: Ações, estratégias e programas da legislação brasileira para melhoria da assistência materno-infantil	20
--	----

Artigo

Fig. 1: Modelo conceitual para analisar o aleitamento materno na primeira hora de vida e o aleitamento materno exclusivo no pós-parto imediato no ambiente hospitalar.....	31
---	----

LISTA DE TABELAS

Artigo

Tabela 1. Características sociodemográficas, gestacionais e pós-parto das puérperas, Uberlândia-MG, 2018-2022.	42
Tabela 2. Informações sobre aleitamento materno e fórmulas infantis recebidas no pré-natal e no hospital, Uberlândia-MG, 2018-2022.....	43
Tabela 3. Associação dos fatores sociodemográficos, gestacionais e assistenciais e AM1h e AME no ambiente hospitalar. Uberlândia-MG, 2018-2022.	44
Tabela S1. Distribuição dos desfechos (AM1h e AME) para as características sociodemográficas, gestacionais e pós-parto das puérperas, Uberlândia-MG, 2018-2022.....	46
Tabela S2. Distribuição dos desfechos (AM1h e AME) para informações sobre aleitamento materno e fórmula infantis recebidas no pré-natal e no hospital. Uberlândia-MG, 2018-2022	47

LISTA DE ABREVIATURAS

AM	ALEITAMENTO MATERNO
AME	ALEITAMENTO MATERNO EXCLUSIVO
AM1h	ALEITAMENTO MATERNO NA PRIMEIRA HORA DE VIDA
FI	FÓRMULAS INFANTIS
IHAC	INICIATIVA HOSPITAL AMIGO DA CRIANÇA
LM	LEITE MATERNO
NBCAL	NORMA BRASILEIRA PARA COMERCIALIZAÇÃO DE ALIMENTOS PARA LACTENTES E CRIANÇAS DE PRIMEIRA INFÂNCIA
OMS	ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE
UNICEF	FUNDO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A INFÂNCIA

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	17
2. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	19
2.1. AÇÕES DE PROMOÇÃO E PROTEÇÃO DO ALEITAMENTO MATERNO NO AMBIENTE DAS MATERNIDADES	19
2.2. PRÁTICAS DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE E O ALEITAMENTO MATERNO NO PÓS-PARTO IMEDIATO NO AMBIENTE HOSPITALAR.....	21
3. JUSTIFICATIVA.....	23
4. OBJETIVOS.....	24
4.1. OBJETIVO GERAL	24
4.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS	24
5. ARTIGO.....	25
REFERÊNCIAS	54

1. INTRODUÇÃO

A Organização Mundial da Saúde (OMS) e o Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) recomendam que após o nascimento, os recém-nascidos sejam incentivados e estimulados para que sejam amamentados na primeira hora de vida e que este contato de início oportuno corrobora para o aleitamento materno exclusivo (AME) durante a internação hospitalar. Para isso, é necessário que as puérperas sejam orientadas a realizarem o início precoce da amamentação e que os recém-nascidos sejam colocados em contato pele a pele com a mãe ainda na sala de parto (WHO; UNICEF, 2021).

Para que ocorra o AME durante a permanência das mães nas unidades hospitalares, é necessário o incentivo e a colaboração dos profissionais da saúde. Os profissionais devidamente capacitados devem ter conhecimento do manejo do aleitamento materno (AM) (saber fazer) para estimular e defender de forma essencial esta prática, principalmente quando houver dúvidas sobre esta técnica. Os profissionais de saúde têm importante papel na contribuição e no suporte para que o aleitamento materno na 1ª hora de vida (AM1h) e o AME seja promovido e protegido dentro dos hospitais no puerpério imediato. É imprescindível o incentivo dos profissionais de saúde no acolhimento das mães e recém-nascidos para prestar esclarecimentos, estimular a troca de experiências e auxiliar no manejo do AM. Para isso, é necessário promover as ações de incentivo, promoção e apoio ao AM desde o pré-natal e durante o pós-parto (ALMEIDA *et al.*, 2015).

Diversos esforços devem ser realizados pelos países, uma vez que o AM1h e o AME ainda são realizados por menos da metade dos neonatos (42% e 41%, respectivamente) (WHO; UNICEF, 2018a). No Brasil, houve importantes avanços na prevalência do AM. Entre 1996 a 2006, a prevalência de recém-nascidos que foram amamentados na 1ª hora de vida aumentou de 31% para 43% (RINALDI, 2015) e em 2019, a prevalência foi de 62,4% (UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO, 2021). Neste sentido, é imprescindível o incentivo dos profissionais da saúde no acolhimento das mães e bebês para prestar esclarecimentos, estimular a troca de experiências e auxiliar no manejo do AM (ALMEIDA *et al.*, 2015).

Nos ambientes hospitalares, podem haver diferentes padrões de atendimento dentro de uma mesma maternidade, o que pode acarretar na decisão das mães em amamentarem, ressaltando que deve ser levado em consideração as divergentes condições socioculturais de cada puérpera. Nos hospitais-maternidades, a prática do AM1h é semelhante dentro de um mesmo ambiente, porém são divergentes entre hospitais. Os protocolos e rotinas hospitalares, o tipo e a forma com que ocorrem, a periodicidade e investimento de capacitações para os

profissionais da saúde podem desencadear uma veracidade para cada unidade em relação à amamentação (BOCCOLINI *et al.*, 2011).

Com o incentivo de políticas de saúde, profissionais qualificados e rede de apoio na sociedade civil, as mães terão mais êxito na amamentação após o parto com o apoio dos companheiros e família, instituições de saúde credenciadas como a Iniciativa Hospital Amigo da Criança (SINHA *et al.*, 2015). Adicionalmente, a promoção do AM desde o pré-natal também deve ser uma prática adotada (WHO; UNICEF, 2018b).

2. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

As principais práticas recomendadas pela OMS são: AM1h, AME até os seis meses de vida e AM até os vinte e quatro meses ou mais (WHO; UNICEF, 2021). Além das vantagens para o neonato, o leite materno (LM) promove saúde integral para a mãe e tem um papel importante na economia, gerando uma menor taxa de mortalidade (MENDES *et al.*, 2019). O AM caso fosse praticado de forma ideal, conseguiria evitar a morte de 823.000 crianças e 20.000 mães a cada ano no mundo (VICTORA *et al.*, 2016).

O AM é considerado importante fator preventivo de morbidade na infância e na vida adulta. Adicionalmente, proporciona melhor desenvolvimento e capacidade intelectual, física, social e até mesmo vantagens na economia do país, com resultados aos recém-nascidos, mães e a comunidade. Desta forma, o desenvolvimento de programas, ações e políticas que promovam, apoiem e protejam o AM é fundamental (HANSEN, 2016).

O ato de amamentar é influenciado por diversos motivos, dentre eles os culturais, sociais, econômicos e psicológicos. O AM para que seja motivado às mães, é necessário que haja uma articulação das redes de atenção à saúde e a influência da sociedade civil. Estas ações auxiliam na prevalência do aleitamento materno, no vínculo mãe-filho, previne a mortalidade infantil, além de promover saúde cognitiva do neonato e da mulher (ARANTES *et al.*, 2020).

2.1. AÇÕES DE PROMOÇÃO E PROTEÇÃO DO ALEITAMENTO MATERNO NO AMBIENTE DAS MATERNIDADES

O incentivo ao AM é considerado uma das intervenções em saúde em que não é necessário que haja uma grande estrutura pelas instituições de saúde para que a promoção seja efetuada, além de ser uma prática que pode ser realizada por todas as classes sociais (ROBERTS *et al.*, 2013).

A amamentação quando vista do contexto biológico, determinaria que todas as mulheres poderiam amamentar, porém há poucos casos específicos em que não é recomendada. É inevitável retratar que o ato de amamentar pode ser influenciado por inúmeros determinantes como os socioculturais e econômicos (ROLLINS *et al.*, 2016).

No ambiente hospitalar, foi necessária a criação de programas, ações e estratégias para que houvesse uma melhoria na assistência materno-infantil. Dentre estes, destacam-se o alojamento conjunto, bancos de leite humano, humanização no pós-parto, acompanhante na

sala de parto, os quais foram publicados pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2005; LAMOUNIER *et al.*, 2019).

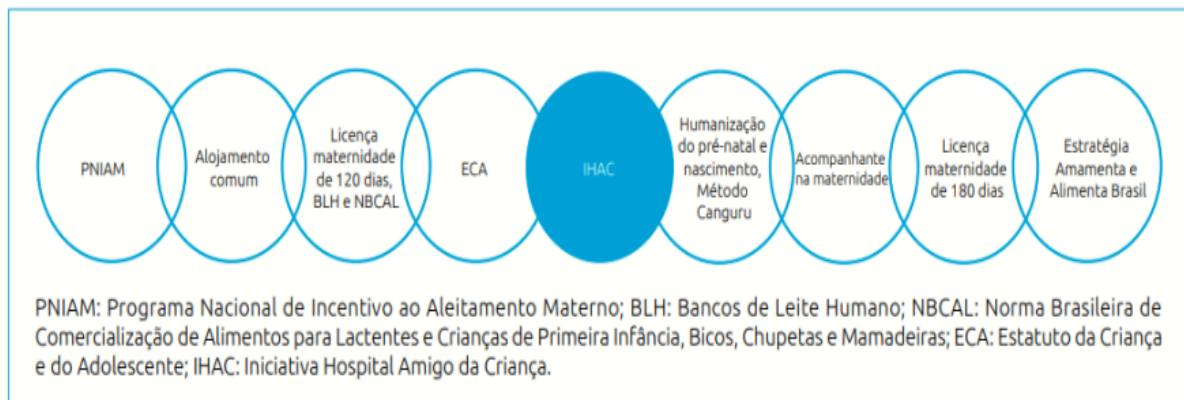


Figura 1: Ações, estratégias e programas da legislação brasileira para melhoria da assistência materno-infantil

Fonte: LAMOUNIER *et al.*, 2019.

Uma das principais iniciativas para o apoio, promoção e incentivo ao AM nos estabelecimentos hospitalares materno-infantis é a Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC), que estabelece os Dez Passos para o Sucesso do Aleitamento Materno. Destaca-se o Passo 4, o qual enfatiza a importância do auxílio para com as mães em iniciar o aleitamento materno ainda na sala de parto, desde que haja o contato pele a pele ainda na sala de parto, para que as mães possam identificar os sinais que o recém-nascido apresenta no início oportuno. O AM1h é considerado como um dos objetivos para reduzir a mortalidade neonatal. Para isso, os tipos de assistência ofertados nos hospitais podem intervir no início oportuno da amamentação, justamente neste momento em que as mães podem ter a escolha em amamentar reduzida, o que as tornam mais inerentes aos protocolos das unidades de saúde e dos profissionais envolvidos na assistência do pós-parto imediato. Um dos indicadores da alimentação infantil proposto pela OMS que deve ser realizada nos hospitais é o AM1h após o parto, justificado pelo fato de que a oferta precoce do colostro, contribui para o vínculo de mãe e filho e pelo estímulo à manutenção do AM. O estudo de Coutinho *et al.* (2005) evidenciou que o AM1h aumentou o percentual de neonatos em AME durante a permanência no hospital.

Nos hospitais, a adoção de medidas como a restrição do uso de suplementação para lactentes e da exibição de leite ou outros líquidos que não seja o LM podem ser favoráveis para que o AM seja estabelecido (COCA *et al.*, 2018). O uso de mamadeiras e chupetas pode gerar confusão de bico entre estes produtos e o seio materno, especialmente por interferir nas

habilidades orais dos lactentes, diminuindo assim o tempo de AME, sendo um dos motivos para o desmame precoce (BATISTA *et al.*, 2019). No Brasil, foi criada e publicada em 1988, a Norma Brasileira para Comercialização de Alimentos para Lactentes e Crianças de primeira infância (NBCAL) e, em 2006, esta Norma foi aprovada como lei (nº 11.265), que estabelece regras para a comercialização de alimentos para lactentes e crianças de primeira infância e de produtos de puericultura e correlatos com o propósito de fiscalizar e controlar a publicidade e comercialização desses produtos, para incentivar o AM, regulamentada pelo Decreto nº 9.579 (BRASIL, 2018).

2.2. PRÁTICAS DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE E O AM NO PÓS-PARTO IMEDIATO NO AMBIENTE HOSPITALAR

Um fator considerado importante para a melhoria nas unidades hospitalares é a capacitação dos profissionais para que estes venham a aprimorar seus conhecimentos e práticas. Estratégias em prol das políticas de saúde, como a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (Portaria GM/MS nº1996, 20 de agosto de 2007), visam a imprescindibilidade de aprimorar os cuidados institucionais, adotando uma formação dos profissionais com enfoque no espaço de trabalho como sendo um local de aperfeiçoamento contínuo. A Educação Permanente em Saúde deve ser realizada de forma que abranja não somente a área hospitalar, mas também a atenção primária (JESUS *et al.*, 2017).

Os profissionais da saúde, segundo Marques *et al.* (2010), são considerados redes de apoio fundamentais às mães no quesito amamentação, essencialmente no ambiente hospitalar do pós-parto imediato. Estes podem esclarecer sobre como o corpo no gestar pode ocasionar alterações anatômicas e fisiológicas e como influenciam no ato de amamentar, assim o auxílio no manejo da amamentação ofertado pelos profissionais é de extrema relevância, principalmente nas dificuldades encontradas nos primeiros dias de vida do neonato e principalmente às mães primíparas.

Dentro dos hospitais-maternidades, é importante que haja a articulação das equipes multidisciplinares para que as puérperas se beneficiem de atenção e cuidado, já que a atenção é feita de todas as áreas da saúde interligadas aos cuidados materno-infantis, sendo mais vistos do que se fossem realizados de forma isolada. De Moraes Alves *et al.* (2017) apontara, que nestas mesmas instituições de saúde, uma das causas mais comuns que se atrelam ao manejo incorreto são as dores e/ou fissuras decorrentes dos primeiros dias, e que são advindas do manejo incorreto. Desta forma, é necessário investigar de que forma que o AM1h e o AME são

influenciados pelas práticas e ações executadas dentro do ambiente intra-hospitalar, especialmente pelas condutas dos profissionais de saúde.

3. JUSTIFICATIVA

Nas unidades hospitalares, o incentivo ao AM às mães durante sua permanência, necessita da colaboração e da capacitação dos profissionais de saúde. Os profissionais devidamente capacitados devem ter conhecimento e realizar o manejo do AM para estimular e defender de forma essencial esta prática, principalmente quando houver dúvidas sobre esta técnica. As rotinas hospitalares juntamente com os recursos humanos e as práticas dos profissionais da saúde podem influenciar no tempo para que haja o início do AM1h, sendo que a depender do tipo da rede (pública ou privada) pode haver diferença em relação à qualidade do suporte no atendimento (BOCCOLINI *et al.*, 2011). Diante deste cenário, é necessário averiguar de que forma as condutas do AM1h e do AME são executadas e como são realizadas as organizações das rotinas hospitalares, enfatizando a percepção, conhecimento e atuação dos profissionais da saúde no manejo da amamentação no ambiente hospitalar, especialmente no período do pós-parto imediato.

4. OBJETIVOS

4.1. OBJETIVO GERAL

Identificar os fatores relacionados às puérperas e às práticas dos profissionais de saúde associados com AM1h e AME no pós-parto imediato, em maternidades públicas e privadas.

4.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Comparar as frequências de AM1h e AME nas maternidades públicas e privadas;

Descrever as experiências maternas prévias sobre amamentação nas maternidades públicas e privadas.

Descrever as práticas e o conhecimento dos profissionais da saúde sobre amamentação nas maternidades públicas e privadas;

Identificar a associação entre os fatores relacionados às puérperas e às práticas dos profissionais de saúde e o AM1h nas maternidades públicas e privadas;

Identificar a associação entre os fatores relacionados às puérperas e às práticas dos profissionais de saúde e o AME nas maternidades públicas e privadas.

Os resultados desta dissertação (formato alternativo) foram organizados em formato de artigo científico e será enviado à Revista de Saúde pública (Fator de impacto JCR 2021: 2,772; Qualis CAPES em Saúde Coletiva: A1).

5. ARTIGO

FATORES ASSOCIADOS AO ALEITAMENTO NA PRIMEIRA HORA DE VIDA E AO ALEITAMENTO MATERNO EXCLUSIVO EM MATERNIDADES PÚBLICAS E PRIVADAS

RESUMO

O objetivo do estudo foi identificar os fatores relacionados às puérperas e às práticas dos profissionais de saúde associados com aleitamento materno na 1ª hora de vida (AM1h) e aleitamento materno exclusivo (AME) no pós-parto imediato, em maternidades públicas e privadas. Estudo transversal realizado com puérperas (≥ 18 anos) recrutadas em duas maternidades públicas e duas maternidades privadas de Uberlândia, Minas Gerais. Foram coletadas informações sociodemográficas, gestacionais, do pós-parto, sobre as práticas dos profissionais de saúde no que tange ao manejo do AM e sobre AM e fórmulas infantis (FI) recebidas no pré-natal e na maternidade (fatores preditores). Os desfechos foram AM1h e AME. A associação entre os fatores preditores e os desfechos foi verificada utilizando modelos de regressão logística múltipla. A frequência de AM1h foi de 62,8% nas maternidades públicas e 10,1% nas privadas; e a frequência de AME foi de 72,2% nas públicas e 52,3% nos privados. Puérperas que foram atendidas nas maternidades privadas apresentaram menores chances de AM1h (OR=0,05; IC95%=0,02;0,11) e as puérperas que receberam informação sobre AM1h no pré-natal apresentaram maiores chances de AM1h (OR=1,64; IC95%=1,02;2,64). Para o AME, puérperas primíparas (OR=0,58 IC95%=0,35;0,95) e as que receberam auxílio para amamentar (OR=0,47; IC95%=0,23;0,94) tiveram menores chances em amamentar exclusivamente, enquanto as que amamentaram na 1ª hora de vida (OR=1,84 IC95%=1,10;3,09) apresentaram maiores chances de amamentarem exclusivamente. Em conclusão, ter sido atendida em maternidades privadas, ser primípara e ter recebido auxílio dos profissionais para amamentar estiveram associados à menor frequência do AM nas maternidades, enquanto ter recebido informação sobre AM1h no pré-natal e ter amamentado na 1ª hora de vida do neonato estiveram associados à maior frequência do AM nas maternidades.

Palavras-chaves: aleitamento materno, hospitais-maternidade, parturientes, profissionais da saúde.

ABSTRACT

The objective of the study was to identify the factors related to puerperal women and the practices of health professionals associated with breastfeeding in the 1st hour of life (BF1h) and exclusive breastfeeding (EBF) in the immediate postpartum period, in public and private maternity hospitals. Cross-sectional study carried out with puerperal women (≥ 18 years old) recruited from two public maternity hospitals and two private maternity hospitals in Uberlândia, Minas Gerais. Sociodemographic, gestational, postpartum information was collected on the practices of health professionals regarding BF management and on BF and infant formulas (IF) received during prenatal care and at the maternity (predictive factors). The outcomes were BF1h and EBF. The association between predictors and outcomes was verified using multiple logistic regression models. The frequency of BF1h was 62.8% in public maternity hospitals and 10.1% in private ones; and the frequency of EBF was 72.2% in public and 52.3% in private. Postpartum women who were treated at private maternity hospitals were less likely to have BF1h (OR=0.05; 95%CI=0.02;0.11) and mothers who received information about BF1h during prenatal care were more likely to have BF1h (OR= 1.64; CI95%=1.02;2.64). For EBF, primiparous mothers (OR=0.58 CI95%=0.35;0.95) and those who received help to breastfeed (OR=0.47; CI95%=0.23;0.94) had lower chances of breastfeeding exclusively, while those who breastfed in the 1st hour of life (OR=1.84 CI95%=1.10;3.09) were more likely to breastfeed exclusively. In conclusion, having been cared for in private maternity hospitals, being primiparous and having received help from professionals to breastfeed were associated with a lower frequency of BF in maternity hospitals, while having received information about BF1h during prenatal care and having breastfed in the baby's 1st hour of life were associated with higher BF frequency in maternity hospitals.

Keywords: breastfeeding, maternity hospitals, parturients, health professionals.

INTRODUÇÃO

A Organização Mundial da Saúde (OMS) e o Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) (1) enfatizam que o aleitamento na primeira hora de vida (AM1h) apresenta vantagens à saúde infantil e implica na redução da mortalidade e da morbidade materno-infantil, especialmente na redução do número das hospitalizações. Apesar desses benefícios, o AM1h no mundo é praticado por menos da metade dos recém-nascidos (42%), dado que está distante do objetivo global, que pretende alcançar pelo menos 70% de AM1h no ano de 2030 (2). No ano de 2017, um total de quase 78 milhões de recém-nascidos esperaram mais de uma hora para serem amamentados, sendo a grande parte nascida em países de baixa e média renda (3).

No Brasil, segundo o Estudo Nacional de Alimentação e Nutrição Infantil (4), a prevalência de AM1h foi de 62,4%. Estudos prévios (5,6) mostraram que neonatos que iniciaram a amamentação entre 2 e 23 horas após o nascimento apresentaram um risco 33% maior de óbito em comparação aos que iniciaram o AM1h. Já os neonatos que foram amamentados após 24 horas ou mais do nascimento, o risco de óbito duplicou em comparação aos que foram amamentados na 1ª hora de vida.

Durante a permanência hospitalar do binômio mãe-filho, para que o aleitamento materno exclusivo (AME) seja estabelecido, é necessário que as rotinas hospitalares se ajustem às demandas e que os profissionais estejam capacitados para auxiliar nos primeiros dias de vida do recém-nascido, para que o processo de amamentação aconteça de forma harmônica, já que a amamentação é considerada mais crítica neste período (3,7). Algumas recomendações que podem incentivar o AME no pós-parto em hospitais brasileiros foram identificadas no estudo de Coca *et al.* (8), que apontou evidências para o contato pele a pele, aleitamento materno (AM) sob livre demanda, alojamento conjunto, restrição da oferta de fórmulas infantis (FI), cuidados em casos de desconforto mamilar, suporte durante a internação, que devem ter início na sala de parto, durante a internação até a alta hospitalar. As redes de apoio ao AM nos hospitais podem auxiliar nas dificuldades encontradas para o início do AM e na continuidade exclusiva por pelo menos até os seis primeiros meses do recém-nascido (9).

No contexto das ações pró-aleitamento materno no ambiente intra-hospitalar, foi criada a Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC), proposta em 1991 pela OMS e UNICEF, pela qual foi assinada a Declaração de Innocenti, no ano de 1990. A finalidade da IHAC, segundo a OMS, é proporcionar a prática do AM e a prevenção do desmame precoce no ambiente hospitalar. O hospital credenciado como Amigo da Criança deve seguir os Dez Passos para o Sucesso do AM, sendo necessária capacitação intensiva dos profissionais da saúde com ênfase

na aquisição de competências para a prática e gestão clínica na promoção e proteção do AM. Mundialmente, a IHAC atualizou no ano de 2018, a imprescindibilidade de implantar os Dez Passos para o Sucesso do AM nas unidades hospitalares (10). Apenas 14% dos nascimentos ocorridos no mundo são realizados em hospitais Amigo da Criança, sendo que a meta para 2030 é que seja no mínimo 40% (2).

Atualmente, o número de hospitais credenciados à IHAC no mundo é de 22.000, espalhados em 150 países. O Brasil foi um dos primeiros países a implantar esta política, especificamente no ano de 1992. Segundo dados do Ministério da Saúde do ano de 2015, havia 326 certificados como Hospitais Amigo da Criança (11). A prevalência do AM1h entre os nascidos em Hospitais Amigo da Criança foi 11,7% maior em relação aos que não nasceram nestas instituições credenciadas. Este estudo também apontou que esta estratégia corrobora na eficiência dos cuidados com os recém-nascidos logo após o nascimento, favorecendo o contato pele a pele e a exposição ao AM de forma precoce (12).

Embora existam ações de apoio ao AM no pós-parto imediato e no ambiente hospitalar, ainda é necessário investigar o conhecimento e as habilidades das equipes de saúde durante as rotinas hospitalares (13). Diante deste cenário, é necessário averiguar de que forma as condutas do AM1h e do AME são executadas e como são realizadas as práticas hospitalares, enfatizando a atuação dos profissionais da saúde. Perante o exposto, o objetivo deste estudo foi identificar os fatores relacionados às puérperas e às práticas dos profissionais de saúde associados com AM1h e AME no pós-parto imediato, em maternidades públicas e privadas.

MÉTODOS

DELINEAMENTO DO ESTUDO E AMOSTRA

Trata-se de um estudo do tipo transversal, realizado em maternidades públicas e privadas na cidade de Uberlândia, Minas Gerais (MG). Os dados foram coletados entre o período de dezembro de 2018 a agosto 2022, ressaltando que a coleta foi interrompida entre 2020 e meados de 2021 em função da pandemia do Covid-19 (*Severe acute respiratory syndrome coronavirus*- SARS-CoV-2).

O município de Uberlândia fica localizado no estado de Minas Gerais, Brasil. Sua área territorial é de 4.115,206 km², com uma população de 604.013 habitantes, de acordo com o Instituto de Geografia e Estatística (14). Para a seleção das maternidades, foi solicitada a autorização para coleta de dados aos gestores responsáveis pelos hospitais com maternidade do

município (n=oito, sendo seis privados e dois públicos). Não houve autorização para a coleta em três hospitais privados e um hospital privado não foi incluído por ausência de partos no período da coleta. Sendo assim, a coleta foi realizada em quatro hospitais (maternidades), sendo dois privados e dois públicos. Embora a coleta não tenha sido realizada em todos os hospitais com maternidade do município, a maioria (mais de 70%) dos partos do município ocorreram nos hospitais participantes do estudo. Até o momento de finalização da coleta de dados da pesquisa, nenhum hospital era credenciado pela IHAC.

A amostra das puérperas foi obtida a partir de cálculo amostral baseado no número de leitos em cada hospital, no número de partos realizados mensalmente, no tempo médio de internação das puérperas e na frequência de mães que amamentam nos primeiros dias de vida dentro do hospital, acrescido de 10% para considerar as possíveis perdas. O número médio de partos realizados mensalmente nos últimos três a cinco meses antes de realizar o estudo nos hospitais (maternidades) públicos foi de 450 e nos hospitais (maternidades) privados foi de 171. Em função do questionário ser composto basicamente por variáveis categóricas, adotou-se um cálculo mais conservador, cuja prevalência para os desfechos foi de 50%, adotando-se um erro máximo de 5% e a confiança de 95%. Desta forma, a amostra calculada a partir destes parâmetros foi de 436, sendo 327 nos hospitais (maternidades) públicos e 109 nos hospitais (maternidades) privados. Foram consideradas elegíveis nesse estudo as puérperas com idade $\geq$ 18 anos, com gestação única, idade gestacional $\geq$ 35 semanas, cujos partos tinham sido realizados há pelo menos 24 horas e que estivessem em alojamento conjunto. O período adotado para serem entrevistadas a partir de 24 horas do pós parto imediato se deu devido a possibilidade de a puérpera estar sob efeito de anestesia pós-cirúrgica e por considerar que as maiores dificuldades sobre amamentação são nas primeiras horas de vida do recém-nascido. Os critérios de exclusão foram as puérperas que tiveram complicações no parto que pudessem interferir no AM, como as de alto risco (n=52), as que tiveram restrição médica para amamentar (n=8), recém-nascidos internados em UTI neonatal (n=51), óbito materno ou neonatal (n=2) e outras complicações (n=8). No momento da coleta dos dados, 569 puérperas foram elegíveis, sendo que 12 não quiseram participar e 121 foram excluídas em função dos critérios de exclusão. Em função das exclusões, a coleta de dados foi realizada até atingirmos o número amostral mínimo calculado (n=436).

Foi realizado um estudo piloto com 3% da amostra para testar o questionário no que tange à compreensão pela puérpera das perguntas elaboradas, ordem mais adequada das questões no questionário e tempo de aplicação do questionário. As puérperas que participaram do estudo piloto não foram incluídas na amostra.

INSTRUMENTOS DA PESQUISA E VARIÁVEIS DO ESTUDO

Com base em evidências científicas, elaboramos um modelo conceitual, explicitado na Fig. 1, organizado de forma hierárquica em três níveis: no nível distal foram incluídas as variáveis sociodemográficas (escolaridade, renda familiar e primíparas); no nível intermediário, as características gestacionais e de pós-parto das puérperas (parto cesáreo e contato pele a pele na sala de parto) e no nível proximal, as variáveis relacionadas às rotinas hospitalares e práticas e/ou condutas dos profissionais da saúde (auxílio na amamentação e orientações sobre amamentação) (3,9,15–19). Foi adotada a perspectiva de que as condições sociodemográficas e características gestacionais e do pós-parto das puérperas, juntamente com as rotinas hospitalares e condutas dos profissionais da saúde, determinariam os desfechos do AM1h e o AME no pós-parto imediato no ambiente hospitalar.

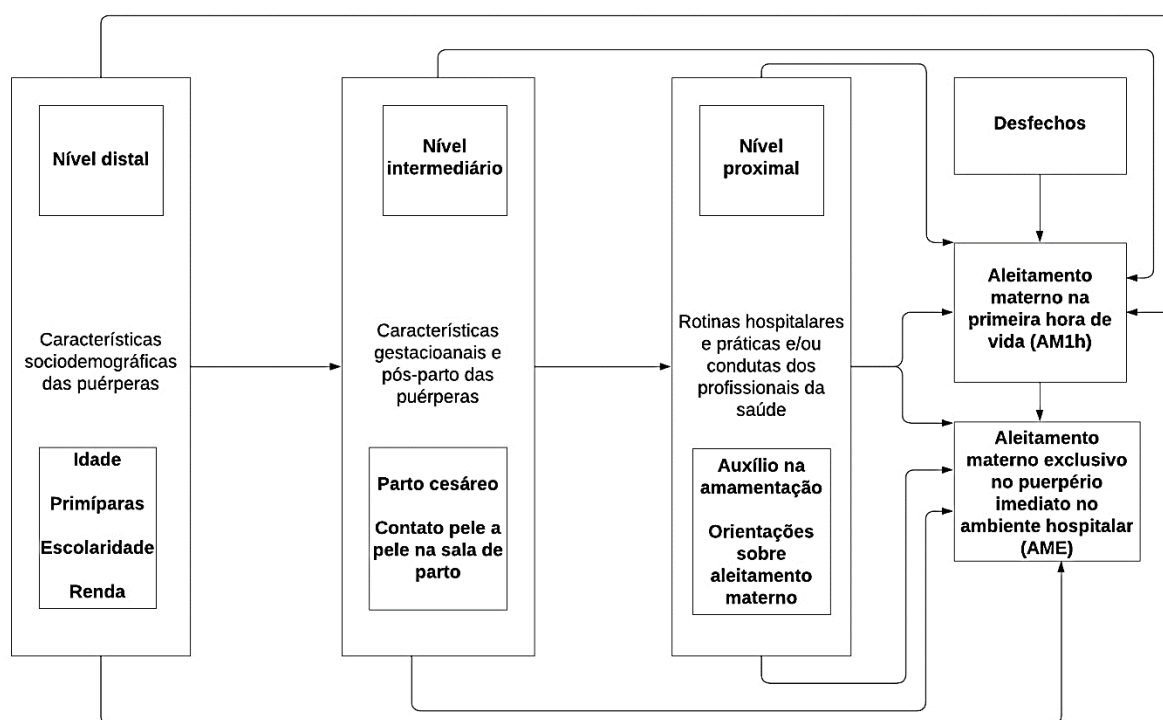


Fig. 1: Modelo conceitual para analisar o aleitamento materno na primeira hora de vida e o aleitamento materno exclusivo no pós-parto imediato no ambiente hospitalar.

O instrumento de pesquisa foi elaborado e organizado em três tópicos: 1. dados sociodemográficos, 2. dados gestacionais e do pós-parto das puérperas; 3. dados sobre as práticas dos profissionais de saúde no que tange ao manejo do AM e informações sobre AM e

FI recebidas no pré-natal e na maternidade, cujo questionário utilizado na coleta de dados está apresentado no material suplementar.

Os dois desfechos do estudo foram: “AM1h”, considerado pela OMS, como sendo o AM estimulado em até uma hora após o nascimento e o “AME” quando a criança recebe somente leite materno, direto da mama ou ordenhado, ou leite humano de outra fonte, sem outros líquidos ou sólidos, com exceção de gotas ou xaropes contendo vitaminas, sais de reidratação oral, suplementos minerais ou medicamentos (3), no momento da pesquisa.

Quanto às variáveis de caracterização sociodemográfica, todas foram organizadas em categorias: faixa etária (18-24; 25-30; ≥ 30 anos); escolaridade (sem escolaridade/médio incompleto; médio completo/superior incompleto; superior completo); renda familiar (1-2; 3-4; ≥ 5 salários mínimos); presença de companheiro (sim/não) e ser primípara (sim/não).

As variáveis referentes aos dados gestacionais e pós-parto das puérperas foram: idade gestacional, categorizada como a termo (37 a 41 semanas) e pré-termo / pós-termo (< 37 e ≥ 42 semanas) (20); tipo de parto (cesárea/vaginal); contato pele a pele na sala de parto (sim/não). As variáveis referentes às práticas dos profissionais de saúde no que tange ao manejo do AM e informações sobre AM e FI recebidas no pré-natal e na maternidade foram: profissional responsável pelas informações sobre alimentação do recém-nascido no ambiente hospitalar (enfermeiro, médico, nutricionista, outros); motivos para oferta de FI; se recebeu informativos (*folders*, revistas, folhetos, orientações impressas) sobre AM no hospital (sim/não); se recebeu informativos (*folders*, revistas, folhetos, orientações impressas) sobre FI no hospital (sim/não); se recebeu auxílio para amamentar no hospital (sim/não), profissional que auxiliou (enfermeiro, técnico de enfermagem, médico, nutricionista); se recebeu orientação sobre AM1h, AM e FI no pré-natal (sim/não); tem conhecimento sobre a presença de banco de leite humano no município (sim/não).

As questões relacionadas às FI foram baseadas no documento da Rede Internacional em Defesa do Direito de Amamentar (IBFAN) (21), cujo um dos temas é a forma como se deve abordar uma mãe no hospital para obter informações referentes à alimentação do bebê. As questões sobre pré-natal e parto foram baseadas no questionário do “Nascer no Brasil: Inquérito Nacional sobre Parto e Nascimento” realizado em 2011-2012 e coordenado pela Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP) da Fundação Oswaldo Cruz (22).

ANÁLISE ESTATÍSTICA

Todas as variáveis foram descritas em frequências relativas. Inicialmente, foi realizada a comparação das frequências dos dados sociodemográficos, de parto e pós-parto, do manejo do AM e das informações sobre AM e FI recebidas no pré-natal e no hospital entre os hospitais (maternidades) públicos e privados usando Teste de qui-quadrado. Para verificar os fatores associados aos dois desfechos (AM1h e AME no ambiente hospitalar) foi realizada regressão logística bivariada (modelo bruto) e múltipla (modelo ajustado). Foram incluídas no modelo as variáveis faixa etária, escolaridade, ter companheiro, renda, idade gestacional, tipo de parto, primípara, tempo de vida do neonato no momento da entrevista (para o desfecho AME), recebeu informação sobre AM no pré-natal (para o desfecho AME), recebeu informação sobre AM1h no pré-natal (para o desfecho AM1h), recebeu auxílio para amamentar, amamentou na 1ª hora de vida (para o desfecho AME), contato pele a pele na sala de parto e tipo de hospital. Para todas as análises foi considerado significativo estatisticamente um valor de $p < 0,05$. Todos os dados coletados foram digitados e analisados no programa estatístico Stata SE[®] versão 15.0.

APROVAÇÃO ÉTICA

A pesquisa foi previamente submetida e aprovada pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Federal de Uberlândia (UFU), com o número de protocolo CAAE (50368021.3.0000.5152). Todas as entrevistadas foram incluídas na pesquisa após a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

RESULTADOS

Foram incluídas na pesquisa 436 puérperas, sendo 327 dos hospitais (maternidades) públicos e 109 nos hospitais (maternidades) privados. Nos hospitais públicos, a maioria das puérperas tinha idade entre 18 e 24 anos (45,6%) e nos hospitais privados tinha idade superior a 30 anos (55,0%). Quanto à escolaridade, mais da metade das puérperas dos hospitais privados tinham superior completo (56,9%), enquanto a maioria das puérperas dos hospitais públicos tinham os menores graus de escolaridade (88,0%). A taxa de primíparas foi maior nos hospitais privados (56,9%). Sobre a renda familiar, a maioria das puérperas dos hospitais privados tinha renda igual ou superior a 5 salários mínimos (44,8%), enquanto nos hospitais públicos a maioria tinha renda de 1 a 2 salários mínimos (70,3%) (Tabela 1).

Com relação aos dados gestacionais e do pós-parto das puérperas, o tipo de parto cesáreo foi mais prevalente (62,4%), com destaque aos hospitais privados que apresentaram uma taxa

superior a 90% para essa via de nascimento. O contato pele a pele na sala de parto foi de 68,6%, com maiores taxas nos hospitais privados (81,6%). Sobre o tempo de vida do neonato no momento da entrevista, 67,4% dos neonatos tinham entre 24 a 48 horas (Tabela 1).

No que tange às informações sobre AM, 68,2% das puérperas dos hospitais públicos e 10,1% dos hospitais privados relataram ter realizado o AM1h. Para o AME, a maior frequência foi observada nos hospitais públicos (72,2%), enquanto que para os hospitais privados foi de 52,3%. Quanto ao manejo do AM em relação às práticas dos profissionais de saúde, 81% das puérperas afirmaram ter recebido auxílio para amamentar, das quais mais de 90% corresponderam aos hospitais privados. As mães relataram que seus recém-nascidos receberam outro alimento além do leite materno (LM) (35,1%) com maior percentual nos hospitais privados (54,1%) (Tabela 2). As principais razões para a prescrição de FI nos hospitais foram a perda de peso e a hipoglicemia (dados não mostrados em tabela), sendo que 55,8% das prescrições foram realizadas por médicos. Quanto ao recebimento de informativo sobre FI no hospital, 38,4% das puérperas relataram terem recebido, sendo 62,9% dos hospitais privados.

As distribuições dos desfechos (AM1h e AME) para as características sociodemográficas, gestacionais, pós-parto das puérperas, informações sobre aleitamento materno e fórmula infantis recebidas no pré-natal e no hospital estão apresentadas nas tabelas (Tabelas S1 e S2) do material suplementar.

No modelo ajustado, as puérperas que foram atendidas nos hospitais privados apresentaram menores chances de AM1h ($OR=0,05$; $IC95\%=0,02;0,11$) e as puérperas que receberam informação sobre AM1h no pré-natal apresentaram maiores chances de AM1h ($OR=1,64$; $IC95\%=1,02;2,64$). Para o desfecho AME, as puérperas primíparas ($OR=0,58$ $IC95\%=0,35;0,95$) e as que receberam auxílio para amamentar ($OR=0,47$; $IC95\%=0,23;0,94$) tiveram menores chances em amamentar exclusivamente, enquanto as que amamentaram na 1ª hora de vida ($OR=1,84$ $IC95\%=1,10;3,09$) apresentaram maiores chances de amamentarem exclusivamente.

DISCUSSÃO

Este estudo identificou os fatores relacionados às puérperas e às práticas dos profissionais da saúde que influenciaram o AM1h e o AME durante o pós-parto imediato no ambiente hospitalar. Os achados evidenciaram que as puérperas que receberam informações sobre AM1h no pré-natal tiveram maiores chances de amamentar na 1ª hora de vida do neonato, enquanto as puérperas que tiveram seus filhos nos hospitais privados tiveram menores chances

de AM1h. Para o AME, observou-se que as mães primíparas e as que receberam auxílio para amamentar tiveram menores chances em amamentar exclusivamente e as que amamentaram na 1ª hora de vida apresentaram maiores chances de amamentar exclusivamente.

Esses achados reforçam que o acompanhamento do pré-natal é uma forma de preparar e esclarecer dúvidas sobre amamentação, o que pode impactar de forma positiva, inclusive no AM1h. Segundo Dibley *et al.* (23)., durante as consultas do pré-natal, o contato com os profissionais faz com que as mães tenham mais confiança em amamentar. Embora as informações/orientações no pré-natal sejam importantes, encontramos que menos da metade das puérperas receberam informações sobre AM e AM1h no pré-natal. No tocante às informações sobre AM no ambiente hospitalar, as taxas foram ainda menores, principalmente nos hospitais privados. Destaca-se que a sensibilização no hospital deveria ser ainda mais persistente, já que é o ambiente de primeiro contato do binômio mãe-filho e onde surgirá as maiores dificuldades. Diante disto, salienta-se que os profissionais da saúde devem ter capacitações nos ambientes hospitalares, como mostrado no estudo de Jesus *et al.* (24), o qual avaliaram as técnicas e o conhecimento teórico dos profissionais da saúde sobre AM em unidades hospitalares e foi constatado que 48,1% dos profissionais tinham conhecimento teórico sobre o tema e 74,9% relataram práticas adequadas às recomendações. Dentre os profissionais avaliados 65,5% tinham participado de capacitação teórico-prática adequada (≥ 18 horas), que foi associada ao maior conhecimento teórico, maior habilidade e melhor prática no manejo do AM. Desta forma, destaca-se a importância da periodicidade de capacitações sobre o tema para os profissionais de saúde.

A frequência de puérperas que relataram ter recebido auxílio para AM no hospital foi superior nos hospitais privados, onde as frequências de AME e AM1h foram menores. Adicionalmente, verificamos que as puérperas que relataram receber auxílio para amamentar tiveram menores chances de AME. Uma possível hipótese para este achado é que as mães que receberam auxílio para amamentar foram aquelas que sentiram maiores dificuldades e não conseguiram amamentar exclusivamente. Dessa forma, para que o desfecho da amamentação ocorra de forma bem-sucedida, é fundamental que os trabalhadores da saúde tenham qualificação para oferecer às puérperas apoio nos momentos mais difíceis da amamentação, especialmente para as mães primíparas. Os nossos achados apontaram que as mães primíparas também tiveram menores chances em amamentar exclusivamente, o que foi semelhante ao estudo de Silva (18). Profissionais como médicos e enfermeiros precisam estar aptos a auxiliar em situações de preocupações tais como leite insuficiente (17) e evitar o uso desnecessário de FI.

Neste sentido, no ambiente hospitalar, além das orientações/informações, também é importante restringir o uso de suplementação para lactentes, a exibição de leite ou de outros líquidos que não seja o AM (8). No contexto nacional, dados do estudo “Nascer no Brasil” (25) identificaram prevalência de 21,2% de oferta de FI no ambiente hospitalar, sendo mais elevado em hospitais privados (18), enquanto o nosso estudo revelou um índice superior (35,1%), sendo que mais da metade das puérperas ofertaram FI, especialmente aquelas que tinham as maiores faixas etárias e os maiores níveis de escolaridade e renda.

Sobre os recém-nascidos que consumiram FI, a oferta foi mais frequente nos hospitais privados, tendo como principais motivos a perda de peso e a hipoglicemia. A Sociedade Brasileira de Pediatria (26) permite o uso de FI em casos de perda de peso, desde que seja uma perda de 8 a 10% (dia 5 ou mais) ou perda de peso acima do percentil 75 para a idade, pois, acredita-se que perdas superiores podem indicar baixa produção de LM ou baixa ingestão do mesmo, devendo ser realizada uma avaliação criteriosa antes da prescrição da FI. Sobre a hipoglicemia assintomática comprovada por exames laboratoriais ou em casos de recém-nascidos sintomáticos, com glicemia <25mg/dL (primeiras 4 horas de vida) ou <35mg/dL (após 4 horas de vida) a recomendação também é indicada, mas recomenda-se a continuação e estímulo ao AM e avaliação de possíveis dificuldades na pega.

Nosso estudo também verificou que as puérperas que foram atendidas nos hospitais privados apresentaram menores chances de AM1h. Um dos fatores que justifica este achado pode ser a elevada frequência para o parto cesáreo nos hospitais privados, que ultrapassou mais de 90%, sendo mais elevado do que os resultados encontrados no estudo “Nascer no Brasil” (25), no qual as prevalências de cesarianas chegaram a 88% em instituições particulares. Esses dados estão muito acima do que os 15% recomendados pela OMS (27). Podemos salientar que as cesarianas ainda continuam sendo elevadas e cabe principalmente aos profissionais avaliarem de forma individual a necessidade de cada parturiente, desde que haja consenso de ambas as partes, já que temos evidências sobre a associação entre complicações obstétricas acarretando a separação entre mãe e recém-nascido, sendo considerada fator de risco para o AM tardio (após a 1ª hora de vida) e também para a continuidade da amamentação e/ou o AME no ambiente hospitalar (15). Vale destacar que se houver incentivo da equipe dos profissionais, a cesariana não pode ser vista como um obstáculo para a amamentação (19).

Por fim, destaca-se que as puérperas que amamentaram na 1ª hora de vida apresentaram maiores chances de amamentar exclusivamente, o que reforça ainda mais a importância de práticas profissionais que incentivem e favoreçam o AM1h. É necessário ressaltar a importância de que cada hospital realize um conjunto de estratégias e capacitação dos profissionais da saúde

para que o AM1h de fato seja praticado (6). Dentro da proposta da IHAC, o contato de mãe e filho logo após o parto possibilita o início do AM e o vínculo afetivo (10). Foi averiguado que o contato pele a pele na sala de parto apresentou maiores taxas nos hospitais privados, porém é importante ressaltar que o contato relatado pelas puérperas pode ter sido a apresentação do neonato por alguns minutos após o parto, não acontecendo da forma que a OMS estabelece. O contato do binômio mãe-filho logo após o nascimento, mesmo sendo uma cesariana, desde que ambos estejam em condições estáveis, possibilita o estímulo para reduzir o tempo da primeira mamada e assim diminuir a oferta de FL.

Como pontos positivos do nosso estudo ressaltamos a investigação de dois desfechos, relacionados com as informações prévias maternas junto com as práticas e condutas dos profissionais da saúde, permitindo ter uma visão mais ampla dos fatores. Esses resultados podem servir de base para identificar os aspectos que podem ser melhorados, caso os gestores tenham interesse no credenciamento na IHAC. Embora o estudo seja transversal, houve um intervalo curto entre a ocorrência e o questionamento dos desfechos (aumento da validade interna do estudo).

Nosso estudo também apresentou limitações, sendo as seguintes: não inclusão do detalhamento do tempo exato entre o nascimento e o aleitamento materno pela primeira vez, da forma como seria o contato pele a pele na pergunta do questionário; dificuldade de mensuração do AM1h e do contato pele a pele na primeira hora de vida, já que o que foi relatado pelas puérperas pode não corresponder à prática que é recomendada pela OMS; dificuldade de incluir nas análises mais variáveis que representariam as condutas dos profissionais e os protocolos do hospital e não foi identificado qual profissional tinha atendido cada uma das puérperas, sendo difícil relacionar diretamente cada conduta com os desfechos em cada hospital.

CONCLUSÃO

Os achados evidenciaram que as puérperas que receberam informações sobre AM1h no pré-natal tiveram maiores chances de amamentar na 1ª hora de vida do neonato, enquanto as puérperas que tiveram seus filhos nas maternidades privadas tiveram menores chances de AM1h. Para o AME, observou-se que as mães primíparas e as que receberam auxílio para amamentar tiveram menores chances em amamentar exclusivamente e as que amamentaram na 1ª hora de vida apresentaram maiores chances de amamentar exclusivamente. Ambas maternidades precisam de uma melhoria, embora a situação das privadas seja mais necessária. Levando em conta todos estes fatores, ainda que as ações de pró-aleitamento estejam

alcançando mais evidência e visibilidade, é necessário ampliar a discussão e melhorar as práticas nas unidades hospitalares, para que se fortaleçam como redes de apoio nos cuidados materno-infantis.

FINACIAMENTO

O estudo não recebeu financiamento.

CONFLITO DE INTERESSES

Os autores declaram não haver conflitos de interesse.

AGRADECIMENTOS

Agradecimentos a Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) por disponibilizar o acervo de artigos científicos e ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), a Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de Minas Gerais (FAPEMIG) por contribuírem como agências de fomentos às pesquisas científicas as quais concederam bolsas de estudo às pesquisadoras e a todas as mães que participaram desta pesquisa.

REFERÊNCIAS

1. UNICEF, WHO. Indicators for assessing infant and young child feeding practices [Internet]. Vol. WHA55 A55/, World Health Organization and the United Nations Children's Fund (UNICEF). 2021. Available from: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240018389>
2. UNICEF, WHO. Global Breastfeeding Scorecard, 2018. Enabling Women To Breastfeed Through Better Policies And Programmes [Internet]. Unicef. 2018. Available from: <http://www.who.int/nutrition/publications/infantfeeding/global-bf-scorecard-2018/en/%0Ahttps://www.who.int/nutrition/publications/infantfeeding/global-bf-scorecard-2018.pdf?ua=1>
3. UNICEF, WHO. Capture the Moment – Early initiation of breastfeeding: The best start

- for every newborn. [Internet]. Unicef. New York; 2018. Available from: https://data.unicef.org/topic/nutrition/infant-and-young-child-feeding/%0Ahttps://data.unicef.org/topic/nutrition/infant-and-young-child-feeding/%0Ahttps://www.unicef.org/publications/files/UNICEF_WHO_Capture_the_moment_EIBF_2018.pdf
4. UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO. Aleitamento materno: Prevalência e práticas de aleitamento materno em crianças brasileiras menores de 2 anos 4: ENANI 2019 [Internet]. 2021. Available from: https://enani.nutricao.ufrj.br/wp-content/uploads/2021/11/Relatorio-4_ENANI-2019_Aleitamento-Materno.pdf
 5. VON SEEHAUSEN MP, PÉREZ-ESCAMILLA R, DE OLIVEIRA MIC, DO CARMO LEAL M, BOCCOLINI CS. Social support modifies the association between pre-pregnancy body mass index and breastfeeding initiation in Brazil. *PLoS One*. 2020;15(5):1–12.
 6. SOUSA PKS, NOVAES TG, MAGALHÃES EI DA S, GOMES AT, BEZERRA VM, PEREIRA NETTO M, et al. Prevalência e fatores associados ao aleitamento materno na primeira hora de vida em nascidos vivos a termo no sudoeste da Bahia, 2017. *Epidemiol e Serv saude Rev do Sist Unico Saude do Bras*. 2020;29(2):e2018384.
 7. SAMPAIO ÁRR, BOUSQUAT A, BARROS C. Contato pele a pele ao nascer: um desafio para a promoção do aleitamento materno em maternidade pública no Nordeste brasileiro com o título de Hospital Amigo da Criança. *Epidemiol e Serv saude Rev do Sist Unico Saude do Bras*. 2016;25(2):281–90.
 8. COCA KP, PINTO VL, WESTPHAL F, MANIA PNA, ABRÃO ACF DE V. Conjunto De Medidas Para O Incentivo Do Aleitamento Materno Exclusivo Intra-Hospitalar: Evidências De Revisões Sistemáticas. *Rev Paul Pediatr*. 2018;36(2):214–20.
 9. BRADFORD VA, WALKINSHAW LP, STEINMAN L, OTTEN JJ, FISHER K, ELLINGS A, et al. Creating Environments to Support Breastfeeding: The Challenges and Facilitators of Policy Development in Hospitals, Clinics, Early Care and Education, and Worksites. *Matern Child Health J*. 2017;21(12):2188–98.
 10. UNICEF, WHO. Implementation guidance: protecting, promoting and supporting breastfeeding in facilities providing maternity and newborn services – the revised Baby-

- friendly Hospital Initiative [Internet]. Making EHS an Integral Part of Process Design. 2018. Available from: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241513807>
11. LAMOUNIER JA, CHAVES RG, REGO MAS, BOUZADA MCF. Baby friendly hospital initiative: 25 years of experience in Brazil. *Rev Paul Pediatr*. 2019;37(4):486–93.
 12. SILVA OL DE O, REA MF, VENÂNCIO SI, BUCCINI G DOS S. A Iniciativa Hospital Amigo da Criança: contribuição para o incremento da amamentação e a redução da mortalidade infantil no Brasil. *Rev Bras Saúde Matern Infant* [Internet]. 2018;18(3):491–9. Available from: http://dx.doi.org/10.1590/1806-93042018000300003%0Ahttp://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-38292018000300481&lng=en&tlng=en
 13. ROLLINS NC, BHANDARI N, HAJEEBHOY N, HORTON S, LUTTER CK, MARTINES JC, et al. Why invest, and what it will take to improve breastfeeding practices? *Lancet* [Internet]. 2016;387(10017):491–504. Available from: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(15\)01044-2](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(15)01044-2)
 14. IBGE. Resultado Censo 2010 [Internet]. 2010. Available from: <https://docs.uberlandia.mg.gov.br/wp-content/uploads/2022/07/População-2010.pdf>
 15. FINNIE S, PERÉZ-ESCAMILLA R, BUCCINI G. Determinants of early breastfeeding initiation and exclusive breastfeeding in Colombia. *Public Health Nutr*. 2020;23(3):496–505.
 16. HERNÁNDEZ-CORDERO S, LOZADA-TEQUEANES AL, FERNÁNDEZ-GAXIOLA AC, SHAMAH-LEVY T, SACHSE M, VELIZ P, et al. Barriers and facilitators to breastfeeding during the immediate and one month postpartum periods, among Mexican women: a mixed methods approach. *Int Breastfeed J*. 2020;15(1):1–12.
 17. PÉREZ-ESCAMILLA R. Breastfeeding in Brazil: major progress, but still a long way to go. *J Pediatr (Versão em Port)* [Internet]. 2017;93(2):107–10. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jpedp.2016.10.004>
 18. SILVA LAT, OLIVEIRA MIC, COSTA ACC, SANTOS SFM, GAMA SGN, FONSECA V DE M. Factors associated with infant formula supplementation in Brazilian hospitals: a cross-sectional study. *J Pediatr (Rio J)*. 2022;98:463–70.

19. STEVENS J, SCHMIED V, BURNS E, DAHLEN H. Immediate or early skin-to-skin contact after a Caesarean section: A review of the literature. *Matern Child Nutr.* 2014;10(4):456–73.
20. BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA DE POLÍTICAS DE SAÚDE. Saúde da Criança - Acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil. 2002.
21. INTERNATIONAL BABY FOOD ACTION NETWORK (IBFAN). Rede internacional em defesa do direito de amamentar [Internet]. 2003. Available from: <http://www.ibfan.org.br/site/nbcal>
22. FIOCRUZ. Pesquisa nascer no brasil: Inquérito nacional sobre parto e nascimento [Internet]. 2011. p. 19. Available from: <https://nascernobrasil.ensp.fiocruz.br/wp-content/uploads/2020/07/Questionario-Puerpera.pdf>
23. DIBLEY MJ, ROY SK, SENARATH U, PATEL A, TIWARI K, AGHO KE, et al. Across-country comparisons of selected infant and young child feeding indicators and associated factors in four South Asian countries. *Food Nutr Bull.* 2010;31(2):366–75.
24. JESUS PC, OLIVEIRA MIC, MORAES JR. Capacitação de profissionais de saúde em aleitamento materno e sua associação com conhecimentos, habilidades e práticas. *Cienc e Saude Coletiva.* 2017;22(1):311–20.
25. LEAL M DO C, DA GAMA SGN. Nascer no brasil. *Cad Saude Publica.* 2014;30(SUPPL1):2014.
26. SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA (SBP). Uso e abuso de formula infantil na maternidade em recém-nascidos saudáveis a termo [Internet]. Vol. 5, Sbp. 2017. Available from: https://www.sbp.com.br/fileadmin/user_upload/Aleitamento__UsoAbuso_FI_Maternid_RN_Sadidos.pdf
27. WHO. Declaração da OMS sobre Taxas de Cesáreas [Internet]. Human Reproduction Programme. 2015. Available from: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/161442/WHO_RHR_15.02_por.pdf

Tabela 1. Características sociodemográficas, gestacionais e pós-parto das puérperas, Uberlândia-MG, 2018-2022.

Variáveis	Geral	HPu (n=327)	HPr (n=109)	p- valor
	%			
Faixa etária (anos)*				0,000
18 a 24	39,2	45,6	20,2	
25 a 30	22,5	21,7	24,8	
> 30	37,8	32,7	55,0	
Tem companheiro				0,766
Não	8,5	8,3	9,2	
Sim	91,5	91,7	90,8	
Escolaridade				0,000
Analf.\Médio incompleto	35,6	44,0	10,0	
Médio completo\Super. Incompleto	41,3	44,0	33,0	
Superior completo	23,2	11,9	56,9	
Primípara				0,041
Não	51,6	54,4	43,1	
Sim	48,4	45,6	56,9	
Renda familiar (salários)				0,000
1 a 2	57,6	70,3	18,1	
3 a 4	27,6	24,5	37,1	
≥5	14,8	5,2	44,8	
Idade gestacional				0,136
Pré-termo e pós-termo	4,4	5,2	1,8	
A termo	95,6	94,8	98,2	
Tipo de parto				0,000
Vaginal	37,6	48,3	5,5	
Cesárea	62,4	51,7	94,5	
Presença de acompanhante na sala de parto				0,275
Não	6,9	7,7	4,6	
Sim	93,1	92,3	95,4	
Contato pele a pele na sala de parto				0,001
Não	31,4	35,8	18,4	
Sim	68,6	64,2	81,6	
Tempo de vida do neonato na entrevista (horas)				0,000
=24	7,1	6,4	9,2	
>24 e ≤48	67,4	61,8	84,4	
>48	25,5	31,8	6,4	

Tabela 2. Informações sobre aleitamento materno e fórmulas infantis recebidas no pré-natal e no hospital, Uberlândia-MG, 2018-2022.

Variáveis	Geral	HPu (n=327)	HPr (n=109)	p- valor
	%			
AM1h	53,7	68,2	10,1	0,000
AME	67,0	72,2	52,3	0,000
Recebeu informações sobre AM no pré-natal				0,157
Não	60,8	62,7	55,1	
Sim	39,2	37,3	44,9	
Recebeu informativo sobre AM no hospital				0,102
Não	94,0	93,0	97,2	
Sim	6,0	7,0	2,8	
Informação amamentação na 1ª hora de vida no pré-natal				0,885
Não	57,5	57,7	56,9	
Sim	42,5	42,3	43,1	
Recebeu auxílio para amamentar				0,000
Não	19,0	23,8	4,6	
Sim	81,0	76,2	95,4	
Além do LM, recém-nascido recebeu outro leite				0,000
Não	64,9	71,2	45,9	
Sim	35,1	28,8	54,1	
Profissional responsável pela orientação da alimentação/FI				0,000
Nutricionista	2,2	1,9	3,1	
Médico	55,8	66,7	29,2	
Enfermeiro	42,0	31,4	67,7	
Recebeu informativo sobre FI no hospital				0,000
Não	61,6	69,6	37,6	
Sim	38,4	30,4	62,4	

AM: aleitamento materno; AME: aleitamento materno exclusivo AM1h: aleitamento na primeira hora de vida; FI: fórmula infantil; LM: leite materno.

Tabela 3. Associação dos fatores sociodemográficos, gestacionais e assistenciais e AM1h e AME no ambiente hospitalar. Uberlândia-MG, 2018-2022.

Variáveis	AM1h		AME	
	Modelo bruto	Modelo ajustado	Modelo bruto	Modelo ajustado
OR (IC 95%)				
Faixa etária (anos)				
18 a 24	1,00	1,00	1,00	1,00
25 a 30	0,70 (0,43;1,16)	0,85 (0,46;1,57)	1,11 (0,64;1,94)	1,36 (0,71;2,59)
> 30	0,65 (0,42;1,00)	0,96 (0,52;1,80)	0,58 (0,37;0,92)	0,62 (0,34;1,14)
Escolaridade				
Analf. \ Médio incompleto	1,00	1,00	1,00	1,00
Médio completo\ Super. Incompleto	0,69 (0,45;1,07)	1,03 (0,61;1,74)	0,75 (0,47;1,21)	1,08 (0,62;1,88)
Superior completo	0,31 (0,19;0,53)	1,94 (0,83;4,55)	0,42 (0,24;0,71)	1,06 (0,50;2,6)
Tem companheiro				
Não	1,00	1,00	1,00	1,00
Sim	0,87 (0,44;1,72)	0,68 (0,29;1,61)	0,98 (0,48;2,02)	1,43 (0,63;3,25)
Renda familiar (salários)				
1 a 2	1,00	1,00	1,00	1,00
3 a 4	0,72 (0,46;1,12)	1,23 (0,68;2,21)	0,55 (0,34;0,87)	0,59 (0,33;1,05)
≥5	0,14 (0,07;0,27)	0,41 (0,16;1,06)	0,37 (0,21;0,65)	0,63 (0,28;1,40)
Idade gestacional				
Pré-termo* e pós-termo**	1,00	1,00	1,00	1,00
A termo***	0,66 (0,26;1,72)	0,71 (0,24;2,13)	2,37 (0,94;5,98)	1,88 (0,65;5,48)
Tipo de parto				
Vaginal	1,00	1,00	1,00	1,00
Cesárea	0,30 (0,20;0,46)	0,83 (0,46;1,48)	0,43 (0,28;0,68)	0,68 (0,38;1,22)
Primípara				
Não	1,00	1,00	1,00	1,00
Sim	0,59 (0,40;0,86)	0,66 (0,39;1,13)	0,51 (0,34;0,77)	0,58 (0,35;0,95)
Tempo de vida do neonato na entrevista (horas)				
=24	-	-	1,00	1,00
>24 e ≤48	-	-	1,17 (0,53;2,59)	1,18 (0,48;2,95)

>48	-	-	0,62 (0,27;1,45)	0,44 (0,17;1,18)
Recebeu informação sobre AM no pré-natal				
Não	-	-	1,00	1,00
Sim	-	-	1,00 (0,67;1,51)	1,16 (0,73;1,83)
Informação sobre AM na 1ª hora de vida no pré-natal				
Não	1,00	1,00	-	-
Sim	1,40 (0,96;2,06)	1,64 (1,02;2,64)	-	-
Recebeu auxílio para amamentar				
Não	1,00	1,00	1,00	1,00
Sim	0,35 (0,20;0,59)	0,58 (0,31;1,06)	0,29 (0,15;0,55)	0,47 (0,23;0,94)
Amamentou na 1ª hora de vida				
Não	-	-	1,00	1,00
Sim	-	-	2,40 (1,60;3,62)	1,84 (1,10;3,09)
Contato pele a pele na sala de parto				
Não	1,00	1,00	1,00	1,00
Sim	1,16 (0,78;1,74)	1,65 (0,93;2,91)	1,54 (1,00;2,34)	1,44 (0,83;2,50)
Hospital				
HPu	1,00	1,00	1,00	1,00
HPr	0,05 (0,03;0,10)	0,05 (0,02;0,11)	0,42 (0,27;0,66)	0,73 (0,34;1,58)

(-) Variáveis não associadas com o desfecho representado.

* Pré-termo: RN com menos de 37 semanas completas de gestação (20).

** Pós-termo: RN com 42 semanas completas ou mais de gestação (20).

***A termo: RN de 37 semanas a menos de 42 semanas completas de gestação (20).

Tabela S1. Distribuição dos desfechos (AM1h e AME) para as características sociodemográficas, gestacionais e pós-parto das puérperas, Uberlândia-MG, 2018-2022.

Variáveis	AM1h		AME	
	%	<i>p-valor</i>	%	<i>p-valor</i>
Faixa etária (anos)		0,126		0,020
18 a 24	59,6		71,3	
25 a 30	51,0		73,5	
> 30	49,1		59,3	
Tem companheiro		0,694		0,960
Não	56,8		67,6	
Sim	53,4		67,2	
Escolaridade		0,000		0,004
Analf.\Médio incompleto	63,9		74,2	
Médio completo\Super. Incompleto	55,0		68,3	
Superior completo	35,6		54,5	
Primípara		0,006		0,001
Não	60,0		74,2	
Sim	46,9		59,7	
Renda familiar (salários)		0,000		0,001
1 a 2	62,6		74,3	
3 a 4	54,6		61,3	
≥5	18,7		51,6	
Idade gestacional (semanas)		0,396		0,060
Pré-termo e pós-termo	63,2		47,4	
A termo	53,2		68,1	
Tipo de parto		0,000		0,000
Varginal	71,3		78,0	
Cesárea	43,0		60,7	
Presença de acompanhante na sala de parto		0,471		0,735
Não	60,0		70,0	
Sim	53,2		67,0	
Contato pele a pele na sala de parto		0,465		0,046
Não	51,1		60,6	
Sim	54,8		70,2	
Tempo de vida do neonato na entrevista (horas)		0,048		0,023
=24	58,1		67,7	
>24 e ≤48	49,7		71,1	
>48	63,1		56,8	

Tabela S2. Distribuição dos desfechos (AM1h e AME) para informações sobre aleitamento materno e fórmula infantis recebidas no pré-natal e no hospital. Uberlândia-MG, 2018-2022

Variáveis	AM1h		AME	
	%	<i>p-valor</i>	%	<i>p-valor</i>
Recebeu informações sobre AM no pré-natal		0,585		0,986
Não	54,7		67,2	
Sim	52,0		67,2	
Recebeu informativo sobre AM no hospital		0,101		0,526
Não	52,7		67,6	
Sim	69,2		61,5	
Informação amamentação na 1ª hora de vida no pré-natal		0,083		0,431
Não	50,0		65,6	
Sim	58,4		69,2	
Além do LM, recém-nascido recebeu outro leite		0,000		0,000
Não	61,5		99,3	
Sim	39,2		7,8	
Recebeu auxílio para amamentar		0,000		0,000
Não	73,5		85,5	
Sim	49,0		62,9	
Motivos para oferta de FI		0,076		0,138
Demorou ou desceu pouco leite	33,3		10,0	
Recém-nascido não conseguia sugar	37,5		8,3	
Hipoglicemia	53,8		0,0	
Perda de peso	52,9		0,0	
Outros	24,2		12,1	
Profissional responsável pela orientação da alimentação/FI		0,059		0,000
Nutricionista	40,0		60,0	
Médico	51,2		24,0	
Enfermeiro	35,1		56,4	
Recebeu informativo sobre FI no hospital		0,000		0,000
Não	63,8		92,9	
Sim	37,7		25,7	

Legenda: AM = aleitamento materno; FI = fórmula infantil; LM = leite materno

QUESTIONÁRIO

Questionário para as puérperas

1.Dados sociodemográficos

1.Código do Hospital: _____ 2.Horário da entrevista: _____

2.1.Iniciais do nome: _____

3.A quantas horas que o seu bebê nasceu? _____

4.Data da entrevista: _____ 5.Data de nascimento: (mãe) _____

6.Até qual série você estudou (completo)?

() Analfabeto/ Fundamental I incompleto () Fundamental I completo/ Fundamental II incompleto

() Fundamental completo/ Médio incompleto () Médio completo/ Superior incompleto

() Superior completo

7.Estado civil: () solteira () casada () união estável () divorciada () viúva

7.1.Se solteira/divorciada/viúva, vive com algum companheiro? () sim () não

8.Já possui outros filhos? () sim () não

8.1.Se sim, quantos? _____

8.2.Qual a idade do(s) seu(s) filho(s) anterior(es)? _____

2.Dados gestacionais e pós-parto

8.3.Amamentou seus filhos anteriores? () sim () não

8.4.Se sim, por quanto tempo?

9.Data de nascimento do bebê atual: _____

10.Sexo do bebê: () menino () menina

11.Tipo de gestação: () única () gemelar/outros

11.1.Idade gestacional (com quantas semanas o bebê nasceu): _____

12.Tipo de parto: () normal () cesárea () fórceps

12.1.Para parto normal: Quem fez seu parto? () médico () enfermeiro

12.2.Para cesárea: () entrou em trabalho de parto () cirurgia pré-agendada

() Outros motivos: _____

12.3.Seu parto foi realizado pelo mesmo médico do pré-natal? () sim () não

13.Você teve alguma complicação no parto? () sim () não

14.Seu bebê teve alguma complicação no parto? () sim () não

15.Seu filho foi colocado em contato com você (pele a pele) na sala de parto?

() sim () não

16.Você teve algum acompanhante da sua escolha na sala de parto? () sim () não

16.1.Se sim , quem foi? _____

16.2.Se não, por que não teve?

3.Conhecimentos sobre aleitamento materno/ uso de fórmulas

17.Que tipo de alimentação a criança está recebendo?

18.1.Se for leite materno: após o nascimento, quanto tempo demorou até você dar o peito pela primeira vez?

18.2.Além do leite materno, aqui no hospital, o/a (nome do bebê) está recebendo outro leite ou líquido que não o do seu leite? () sim () não

18.3.Se sim, em qual recipiente está sendo oferecido?

() copinho () mamadeira () outros: _____

18.4.Por que não ofereceu leite materno?

19.Qual foi a fonte de orientação quanto a essa alimentação?

() nutricionista () médico () enfermeiro () não recebeu
() parentes () amigos () outro _____

20.Recebeu algum produto relacionado à alimentação infantil na maternidade?

() sim () não

20.1.Quais?

21.Recebeu algum informativo sobre alimentação infantil na maternidade? (Revistas, folhetos)

() não () sim

22.Quem lhe entregou?

22.1.Como era esse material?

23.Durante a sua permanência no hospital, você está recebendo auxílio para amamentar?

() sim () não

23.1.Se sim, qual tipo de auxílio?

23.2.Se sim, por qual(is) profissional(is)?

24.Durante as consultas de pré-natal você recebeu alguma informação sobre aleitamento materno? () sim () não

24.1.Se sim, quais informações?

24.2.Você foi informada sobre amamentar na primeira hora de vida? () sim () não

24.3. No pré-natal, você recebeu alguma informação sobre complemento (fórmulas) ou outros leites? ☐ sim ☐ não

24.4. Se sim, quais informações?

25. Você procurou informações sobre aleitamento em fontes diferentes do seu médico? ☐ sim ☐ não ☐

25.1. Se sim, quais as fontes?

26. Participa de algum grupo de mães que discute sobre alimentação do bebê? ☐ sim ☐ não

26.1. Se sim, quais as informações estão sendo discutidas?

27. Seu bebê ficou com você desde o nascimento no quarto, inclusive à noite? ☐ sim ☐ não

27.1. Se não, aonde ele está ou ficava?

28. Seu companheiro lhe apoia na amamentação? ☐ sim ☐ não

28.1. Há outra(s) pessoa(s) da família ou amigo que lhe apoia? ☐ sim ☐ não

29. Aqui no hospital, você recebeu alguma informação sobre complemento (fórmula)? ☐ sim ☐ não

30. Você já ouviu falar sobre o banco de leite humano do HCUFU? ☐ sim ☐ não

30.1 Se sim, o que sabe sobre ele?

☐ é padrão ouro ☐ incentiva a doação de leite materno

☐ auxilia mães a realizarem a pega de forma correta

☐ realiza a coleta de leite em domicílio, sem que a mãe precise se deslocar

☐ grande parte do leite doado é oferecido a crianças internadas na UTI neonatal do HC-UFU

31. Critério de Classificação Econômica

Itens de conforto	Quantidade				
	0	1	2	3	+4
Quantidade de automóveis de passeio exclusivamente para uso particular					
Quantidade de empregados mensalistas, considerando apenas os que trabalham pelo menos cinco dias por semana					
Quantidade de máquinas de lavar roupa, excluindo tanquinho					
Quantidade de banheiros					
DVD, incluindo qualquer dispositivo que leia DVD e desconsiderando DVD de automóvel					
Quantidade de geladeiras					
Quantidade de <i>freezers</i> independentes ou parte da geladeira duplex					
Quantidade de microcomputadores, considerando computadores de mesa, laptops, notebooks e netbooks e desconsiderando tablets, palms ou smartphones					
Quantidade de lavadora de louças					
Quantidade de fornos de micro-ondas					
Quantidade de motocicletas, desconsiderando as usadas exclusivamente para uso profissional					
Quantidade de máquinas secadoras de roupas, considerando lava e seca					

A água utilizada na sua casa é proveniente de?	
Rede geral de distribuição	1
Poço ou nascente	2
Outro meio	3

Considerando o trecho da rua da sua casa, você diria que a rua é:	
Asfaltada/Pavimentada	1
Terra/Cascalho	2

Qual é o grau de instrução do chefe da família? Considere como chefe da família a pessoa que contribui com a maior parte da renda do domicílio.

Nomenclatura atual	Nomenclatura anterior
Analfabeto / Fundamental I incompleto	Analfabeto/Primário Incompleto
Fundamental I completo / Fundamental II incompleto	Primário Completo/Ginásio Incompleto
Fundamental completo/Médio incompleto	Ginásio Completo/Colegial Incompleto
Médio completo/Superior incompleto	Colegial Completo/Superior incompleto
Superior completo	Superior Completo

32. Renda da família: () 1 a 2 salários () 3 a 4 salários () 5 a 6 salários () outro

33. No cenário da pandemia do SARS-Cov (Severe acute respiratory syndrome coronavírus), você sentiu receio em amamentar seu/sua filho (a) na primeira hora de vida e a permanência no aleitamento materno exclusivo?

() sim

() não

i. Se sim, de que forma? _____

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, J. M.; LUZ, S. A. B.; UED, F. V. **Support of breastfeeding by health professionals: integrative review of the literature**. Revista Paulista de Pediatria, v. 33, n. 3, p. 355-362, 2015. <https://doi.org/10.1016/j.rpped.2014.10.002>

ARANTES, B. M. N.; SZCZEREPA, S. B.; MULLER, E. V.; RAVELLI, A. P. X.; RUFINO, B. M.; BORGES, P. K. O. **Possibilidades de assistência ao aleitamento materno: Um panorama sobre as redes de apoio à amamentação/Possibilities of assistance to breastfeeding: An overview on breastfeeding support networks**. Brazilian Journal of Development, v. 6, n. 3, p. 16132-16146, 2020. <https://doi.org/10.34117/bjdv6n3-473>

BATISTA, C. L. C.; RODRIGUES, V. P.; RIBEIRO, V. S.; NASCIMENTO, M. D. S. B. **Nutritive and non-nutritive sucking patterns associated with pacifier use and bottle-feeding in full-term infants**. Early Human Development, v. 132, p. 18-23, 2019. <https://doi.org/10.1016/j.earlhumdev.2019.03.007>

BOCCOLINI, C. S.; CARVALHO, M. L. D.; OLIVEIRA, M. I. C. D.; VASCONCELLOS, A. G. G. (2011). **Fatores associados à amamentação na primeira hora de vida**. Revista de Saúde Pública, v. 45, p. 69-78, 2011. <https://doi.org/10.1590/S0034-89102010005000051>

BRASIL. DECRETO Nº 9.579, de 22 de novembro de 2018. **Consolida atos normativos editados pelo Poder Executivo federal que dispõem sobre a temática do lactente, da criança e do adolescente e do aprendiz, e sobre o Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente, o Fundo Nacional para a Criança e o Adolescente e os programas federais da criança e do adolescente, e dá outras providências**. 2018. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2015-2018/2018/Decreto/D9579.htm

BRASIL. **Lei nº 11.108, de 7 de abril de 2005**. Brasília, 2005. Disponível em: <https://legis.senado.leg.br/norma/570557/publicacao/15722854>

COCA, K. P.; PINTO, V. L.; WESTPHAL, F.; MANIA, P. N. A.; ABRÃO, A. C. F. D. V. **Conjunto de medidas para o incentivo do aleitamento materno exclusivo intra-hospitalar:**

evidências de revisões sistemáticas. Revista Paulista de Pediatria, v. 36, n. 2, p. 214-220, 2018. <https://doi.org/10.1590/1984-0462/;2018;36;2;00002>

COUTINHO, S. B.; DE LIRA, P. I. C.; DE CARVALHO LIMA, M.; ASHWORTH, A. **Comparison of the effect of two systems for the promotion of exclusive breastfeeding.** The Lancet, v. 366, n. 9491, p. 1094–1100, 2005. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(05\)67421-1](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(05)67421-1)

DE MORAIS ALVES, T. R.; DE CARVALHO, J. B. L.; CAVALCANTE, R. D.; TEIXEIRA, G. A.; DA SILVA, F. C. B.; DE OLIVEIRA, A. M.; DOS SANTOS SILVA, G. W. **Influences of non-accession to exclusive breastfeeding: Understanding of feminine subjectivity.** International Archives of Medicine, v. 10, 2017. <https://doi.org/10.3823/2442>

HANSEN, K. **Breastfeeding: a smart investment in people and in economies.** The Lancet, v. 387, n. 10017, p. 416, 2016. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)00012-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(16)00012-X)

JESUS, P. C. D.; OLIVEIRA, M. I. C. D.; MORAES, J. R. D. **Capacitação de profissionais de saúde em aleitamento materno e sua associação com conhecimentos, habilidades e práticas.** Ciênc. Saúde Colet, p. 311-320, 2017. <https://doi.org/10.1590/1413-81232017221.17292015>

LAMOUNIER, J. A., CHAVES, R. G., REGO, M. A. S., BOUZADA, M. C. F. **Baby friendly hospital initiative: 25 years of experience in Brazil.** Revista Paulista de Pediatria, v. 37, n. 4, p. 486-493, 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/1984-0462/;2019;37;4;00004>

MARQUES, E. S.; COTTA, R. M. M.; MAGALHÃES, K. A.; SANT'ANA, L. F. D. R.; GOMES, A. P.; SIQUEIRA-BATISTA, R. **A influência da rede social da nutriz no aleitamento materno: o papel estratégico dos familiares e dos profissionais de saúde.** Ciência & Saúde Coletiva, v. 15, p. 1391-1400, 2010. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232010000700049>

MENDES, S. C.; LOBO, I. K. V.; SOUSA, S. Q. D.; VIANNA, R. P. D. T. **Factors associated with a shorter duration of breastfeeding.** Ciência & Saúde Coletiva, v. 24, p. 1821-1829, 2019. <https://doi.org/10.1590/1413-81232018245.13772017>

RINALDI, A. E. M. **Tendência secular da alimentação de crianças brasileiras menores de cinco anos nas três últimas décadas.** São Paulo. Tese [Doutorado em Ciências] – Faculdade de Saúde Pública – Universidade de São Paulo; 2015. <https://doi.org/10.11606/T.6.2016.tde-26052015-094944>

ROBERTS, T. J.; CARNAHAN E.; GAKIDOU E. **Can breastfeeding promote child health equity? A comprehensive analysis of breastfeeding patterns across the developing world and what we can learn from them.** BMC medicine, v. 11, p. 1-12, 2013. <http://www.biomedcentral.com/1741-7015/11/254>

ROLLINS, N. C.; BHANDARI, N.; HAJEEBHOY, N.; HORTON, S.; LUTTER, C. K.; MARTINES, J. C.; PIWOZ, E. G.; RICHTER, L. M.; VICTORA, C. G. **Why invest, and what it will take to improve breastfeeding practices?** The lancet, v. 387, n. 10017, p. 491-504, 2016. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(15\)01044-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(15)01044-2)

SINHA, B.; CHOWDHURY, R.; SANKAR, M. J.; MARTINES, J.; TANEJA, S.; MAZUMDER, S.; ROLLINS, N.; BAHL, R.; BHANDARI, N. **Interventions to improve breastfeeding outcomes: A systematic review and meta-analysis.** Acta Paediatrica, v. 104, p. 114-134, 2015. <https://doi.org/10.1111/apa.13127>.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO. **Aleitamento materno: Prevalência e práticas de aleitamento materno em crianças brasileiras menores de 2 anos.** 4: ENANI 2019. - Documento eletrônico. - Rio de Janeiro, RJ: UFRJ, p. 108. 2021. Disponível em: <https://enani.nutricao.ufrj.br/index.php/relatorios/>

VICTORA, C. G.; BAHL, R.; BARROS, A. J. D.; FRANÇA, G. V. A.; HORTON, S.; KRASEVEC, J.; MURCH, S.; SANKAR, M. J. S.; WALKER, N.; ROLLINS, N. C. **Breastfeeding in the 21st century: epidemiology, mechanisms, and lifelong effect.** The Lancet, v. 387 n. 10017, p. 475-490. 2016. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(15\)01024-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(15)01024-7)

WHO, UNICEF. **Capture the Moment – Early initiation of breastfeeding: The best start for every newborn.** New York: UNICEF; 2018a. Disponível em: https://www.unicef.org/publications/files/UNICEF_WHO_Capture_the_moment_EIBF_2018.pdf

WHO, UNICEF. **Enabling women to breastfeed through better policies and programmes.** 2018b. Disponível em <https://www.who.int/nutrition/publications/infantfeeding/global-bf-scorecard-2018.pdf?ua=1>

WHO, UNICEF. **Indicators for assessing infant and young child feeding practices: definitions and measurement methods.** World Health Organization. 2021. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/340706>