

Nascer em Hospital Amigo da Criança no Rio de Janeiro, Brasil: um fator de proteção ao aleitamento materno?

Birth in Baby-Friendly Hospitals in Rio de Janeiro, Brazil: a protective factor for breastfeeding?

Paula Florence Sampaio ¹
 Claudia Leite Moraes ^{1,2}
 Michael Eduardo Reichenheim ¹
 Alessandra Silva Dias de Oliveira ¹
 Gustavo Lobato ³

Abstract

This article aims to investigate the impact of the Baby-Friendly Hospital Initiative (BFHI) on exclusive breastfeeding (EBF). This was a cross-sectional study with 811 mothers of infants under five months of age, randomly selected at five health centers in Rio de Janeiro, Brazil. The exposure variable was hospital of birth, categorized in accredited hospitals (BFH), certified hospitals (CBFH), and hospitals without accreditation. The data were analyzed by complementary log-log transformation models, which capture cohort longitudinal experience (current status data). Even after adjusting the analysis for maternal socio-demographic, lifestyle, and psychological factors, health services use, and infants' age and health status, duration of EBF was longer in infants born in BFH and CBFH. The findings suggest the effectiveness of BFHI in maintaining EBF throughout the early months of life. To extend EBF through the first six months of life would require not only strengthening the BFHI but also developing and encouraging more actions in favor of breastfeeding, focusing on primary health-care facilities.

Breast Feeding; Health Services; Effectiveness

Introdução

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), o aleitamento materno (AM) é fundamental para o crescimento e desenvolvimento infantil, os quais estão diretamente relacionados ao desenvolvimento sustentável e à redução da pobreza ¹. Dentre vários benefícios à saúde da criança, destaca-se seu potencial para reduzir a mortalidade infantil por doenças infecciosas em geral, especialmente por diarreia, pneumonia e sepse neonatal ^{2,3,4}, diminuir a frequência de doenças alérgicas agudas e crônicas ³ e melhorar seu desenvolvimento cognitivo e intelectual. Na vida adulta, crianças amamentadas parecem apresentar menores níveis médios de colesterol e pressão arterial, além de menor prevalência de obesidade ⁵. Para a mãe, o AM parece estar associado à menor incidência de hemorragia no pós-parto, recuperação mais rápida de seu peso anterior à gestação, maior espaçamento entre partos e diminuição de risco de certos tumores ³.

Apesar das instituições de saúde recomendarem aleitamento materno exclusivo (AME) até os seis meses de idade, estimativas globais mostram que não mais do que 35% das crianças são amamentadas exclusivamente até o quarto mês de vida ^{1,6}. No Brasil, ainda que a mediana do AME tenha aumentado de 23 (1999) para 54 dias (2008), a situação ainda preocupa. De acordo com a *II Pesquisa de Prevalência de Aleitamento Materno* que abarcou as capitais brasileiras e o Distrito Fe-

¹ Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, Brasil.

² Mestrado em Saúde da Família, Universidade Estácio de Sá, Rio de Janeiro, Brasil.

³ Instituto Fernandes Figueira, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, Brasil.

Correspondência

P. F. Sampaio
 Instituto de Medicina Social,
 Universidade do Estado do Rio de Janeiro,
 Rua São Francisco Xavier 524,
 7º andar, blocos D e E, Rio de Janeiro, RJ 20559-900, Brasil.
 paulaflorence@gmail.com

deral em 2008, apenas 41% das crianças menores de seis meses estavam em AME. Quando consideradas as crianças de até quatro meses, essa prevalência chegava a 51%. Ainda que a probabilidade das crianças estarem sendo amamentadas nos primeiros dias de vida tenha superado 90%, há uma queda progressiva do AME ao longo dos primeiros meses de vida da criança, mais acentuada a partir do quarto mês em todas as regiões do país ⁷.

Visando a prolongar o tempo de AM, em 1990 a OMS e o Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) propuseram a Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC), cujo objetivo é garantir apoio das maternidades ao AM por meio de ações realizadas durante o ciclo grávido-puerperal e promover respeito ao Código Internacional dos Substitutos do Leite Materno. A iniciativa se baseia em dez medidas promotoras do AM (*Dez Passos para o Sucesso do Aleitamento Materno*), envolvendo ações relacionadas à organização do processo de trabalho na atenção ao parto e ao puerpério, à capacitação dos profissionais para apoio ao aleitamento durante a estadia no hospital e à promoção do AM junto às mães. As instituições que se adequam às recomendações recebem o título de Hospital Amigo da Criança (HAC) ^{8,9}.

No Brasil, a IHAC foi implantada pelo Ministério da Saúde em 1992. Visando a melhorar a qualidade de ações de proteção à criança e reduzir problemas relativos ao atendimento à mãe e ao recém-nascido, foram acrescentados outros dez critérios para titulação em território nacional e oferecida maior remuneração para alguns procedimentos perinatais realizados em HAC ^{10,11}. Apesar das primeiras titulações terem ocorrido há quase 20 anos, a iniciativa ainda carece de ampla cobertura no país. Atualmente, somente 6% das maternidades brasileiras têm o título de "Amigo da Criança" e apenas 1/5 dos nascimentos no país ocorre em hospitais credenciados ⁹.

Um dos entraves à ampliação da cobertura da iniciativa é o fato de que, apesar da IHAC envolver diferentes atores e mudanças importantes na organização dos serviços de saúde, estudos que avaliam sua efetividade ainda são escassos, tendo resultados nem sempre consensuais. A maior parte das pesquisas internacionais mostra resultados animadores sobre a iniciação do AM após a implantação da IHAC ^{12,13,14}. Entretanto, estudo transversal realizado na Inglaterra não encontrou associação do nascimento em HAC ou em hospitais em vias de receber a titulação com AM no primeiro mês de vida ¹⁵. Outro trabalho, conduzido na Suíça, aponta que, a despeito de 97% das mães iniciarem a amamentação nos HAC, apenas 39% das crianças ali nascidas estavam sendo amamentadas exclusivamente ao

término de sua estadia hospitalar. Além disso, os autores ressaltam que as taxas variaram de 8% a 86% entre 28 maternidades com a titulação, sendo questionado o significado do título e a qualidade dos procedimentos de monitoramento da adesão aos *Dez Passos para o Sucesso do Aleitamento Materno* ¹⁶.

No Brasil, uma das pesquisas pioneiras que tiveram ampla circulação foi a de Coutinho et al. ¹⁷. Após treinamento de profissionais de saúde de hospitais nos moldes da IHAC na cidade de Palmares (Pernambuco), os autores identificaram maior proporção de crianças em AME no segundo dia de vida quando comparadas à coorte histórica de controle. Entretanto, mesmo que nascidas em maternidades promotoras de aleitamento, essa prevalência chegava a apenas 30% aos dez dias de vida ¹⁷. Em acompanhamento subsequente, os autores identificaram maior prevalência de AME entre crianças alvo de visitas domiciliares, sugerindo a importância do cumprimento do décimo passo de apoio à amamentação que preconiza acompanhamento e suporte dessas puérperas e crianças após a alta hospitalar ¹⁸. Estudos realizados em São Paulo ¹⁹, Rio Grande do Sul ²⁰ e Minas Gerais ²¹ também mostraram resultados animadores com relação à IHAC, especialmente nos primeiros meses de vida, e ressaltaram a importância da realização de ações de apoio ao AM após a alta hospitalar. Entretanto, pesquisa realizada em Pelotas (Rio Grande do Sul) não encontrou diferença estatisticamente significativa entre as taxas de AME de crianças nascidas em HAC e em hospitais sem a titulação já no primeiro mês de vida ²².

Como apontado anteriormente, além do número reduzido de pesquisas nacionais acerca da efetividade da IHAC, os estudos ainda apresentam resultados conflitantes. Visando a gerar novas evidências sobre a iniciativa no Brasil, este estudo tem como objetivo avaliar o papel da IHAC como fator de proteção ao AME em crianças usuárias de unidades básicas de saúde (UBS) do Município do Rio de Janeiro. Dessa forma, espera-se contribuir para as reflexões que subsidiavam certificação e monitoramento da iniciativa em hospitais do país.

Materiais e métodos

Desenho, população de estudo e coleta de dados

Trata-se de um estudo transversal que aborda diferentes aspectos relacionados à violência entre parceiros íntimos, AM e saúde mental da mulher. A população de estudo constituiu-se de mães de

crianças menores de cinco meses de idade que aguardavam atendimento em cinco Centros Municipais de Saúde (CMS), localizados em diferentes Áreas Programáticas na cidade do Rio de Janeiro. Essas unidades tinham perfil semelhante quanto à promoção do AM e não possuíam o título de Unidades Básicas Amigas da Amamentação (UBAAM). Foram excluídos casos de crianças gêmeas e as que tinham alguma contraindicação formal ao AM (mãe HIV positiva, em tratamento oncológico ou fazendo uso de medicação que contra-indicasse o aleitamento; crianças com problemas metabólicos que impedissem a amamentação ou que apresentassem lábio leporino com má-formação bilateral). A coleta de dados se deu entre janeiro e junho de 2007.

O tamanho amostral do estudo foi estimado considerando-se o nível de significância de 95% e poder (1- β) de 90% para detecção de *odds ratio* (OR) de 1,7, e prevalência do desfecho de 50% entre não expostos. Ao tamanho amostral estimado (n = 723) acrescentou-se mais 15% de indivíduos em função das possíveis recusas e dados ausentes. Das 853 mães convidadas a participar, 2,1% não eram elegíveis e 2,8% se recusaram a responder à entrevista.

As participantes do estudo foram selecionadas por meio de amostragem aleatória. No início dos turnos de trabalho nas UBS era feita uma lista das crianças com até cinco meses de idade que aguardavam atendimento para os setores de pediatria, puericultura e/ou vacinação. Fazia-se então um sorteio com pedras numeradas a fim de determinar a primeira mãe a ser entrevistada. Após cada entrevista a lista era refeita e procedia-se a outro sorteio.

As mulheres selecionadas foram submetidas a entrevistas face a face, realizadas por profissionais de saúde do sexo feminino, em local reservado, sem a presença do companheiro. Antes da entrada em campo, as entrevistadoras receberam treinamento de 40 horas que abordou procedimentos relacionados às entrevistas e aspectos teóricos em relação aos temas focalizados no projeto. Foi realizado um estudo piloto em uma das UBS, o que propiciou ajustes finais no questionário e na abordagem durante a seleção de participantes e entrevista. Ao longo do trabalho de campo a coleta de dados foi supervisionada por dois dos pesquisadores principais e foram realizadas reuniões semanais para esclarecimento de dúvidas.

Modelo teórico e operacionalização das variáveis

O modelo teórico-conceitual do estudo contemplou dimensões usualmente citadas como prote-

toras ou ameaçadoras ao AM (Figura 1). O local de nascimento da criança – exposição de interesse central – foi caracterizado de acordo com seu perfil de incentivo ao AM em três níveis: hospitais já credenciados como HAC, aqueles com certificado de compromisso, ou seja, em vias de receber esta titulação (EVHAC) e aqueles sem a titulação (NHAC).

A variável de desfecho concerniu à duração do AME, identificada quando a criança recebia somente leite materno, diretamente da mama ou extraído, e nenhum outro líquido ou sólido, à exceção de vitaminas, minerais e/ou medicamentos ou soro oral^{1,23}. A caracterização da alimentação da criança se baseou no recordatório materno sobre a alimentação da mesma nos últimos sete dias, visando a resgatar a alimentação habitual da criança e não apenas aquela presente durante o problema de saúde que, por ventura, tenha originado a ida ao serviço de saúde.

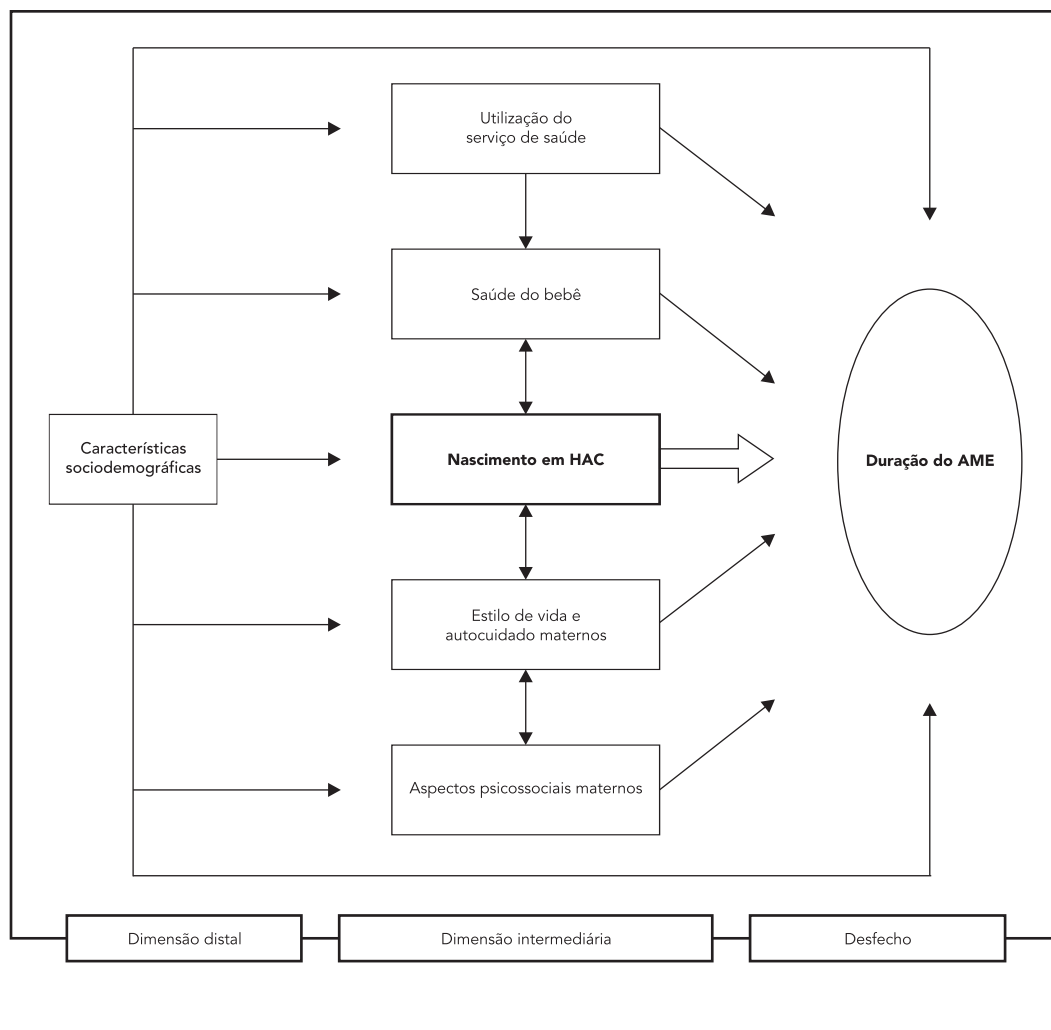
A dimensão distal do modelo teórico-conceitual foi composta pelas características socio-demográficas, representadas pelas condições econômicas da família, idade, cor, escolaridade e situação conjugal da mãe, além de trabalho materno no pós-parto. Para caracterizar a situação econômica foi utilizado o Critério de Classificação Econômica Brasil (Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa; <http://www.abep.org.br>, acessado em 03/Set/2008), operacionalizado em cinco categorias, ordenadas de forma decrescente conforme a situação econômica (A, B, C, D, E)²⁴. A situação conjugal da mulher foi operacionalizada em duas categorias: tem companheiro atual (casada) e não tem companheiro atual (solteira, separada ou viúva).

Na dimensão intermediária encontram-se as subdimensões relativas à saúde da criança, avaliada empiricamente pela percepção materna sobre esta, utilizando-se a pergunta: “De um modo geral, em comparação com as outras crianças da mesma idade do (nome do bebê), como você considera a saúde dele?”, uma adaptação da abordagem da OMS sobre autopercepção de saúde²⁵ e pela idade gestacional de nascimento do bebê; à utilização de serviços de saúde, retratada pela variável idade gestacional no início do acompanhamento pré-natal e número de consultas pré-natais; ao estilo de vida da mulher e autocuidado, representados pelo consumo de álcool nos últimos 12 meses e tabagismo durante a gestação; e aos aspectos psicossociais maternos, a saber, grau de autoestima materna e nível de apoio social.

Como sugerido pela OMS, a percepção materna sobre a saúde da criança foi categorizada em excelente, muito boa, boa, regular e ruim²⁵. A suspeição de uso inadequado de álcool pela mãe

Figura 1

Modelo teórico proposto para estudo da relação entre nascimento em Hospital Amigo da Criança (HAC) e duração do aleitamento materno exclusivo (AME). Rio de Janeiro, Brasil.



foi avaliada pela versão em português do instrumento TWEAK (*Tolerance; Worry; Eye-Opened; Amnesia; C/Kut Down*)^{26,27}, sendo consideradas positivas as mulheres que obtiveram um escore de dois ou mais^{28,29,30}. A autoestima materna foi avaliada usando-se a versão adaptada para uso no Brasil da escala de Rosenberg^{31,32}. Para caracterização da amostra, categorizou-se o escore com base em tercís (autoestima elevada, moderada e baixa). Nas análises bi e multivariadas, o escore foi utilizado em sua forma contínua. O nível de apoio social percebido pela mulher foi captado usando-se a versão adaptada para uso no Brasil³³ da escala de apoio social do *Medical Outcomes Study* (MOS)³⁴, composta pelas sub-

dimensões apoio material, afetivo, emocional, de informação e interação social positiva. Para caracterização da amostra, categorizou-se o escore total com base em quintis, sendo sua forma contínua priorizada nas análises bi e multivariadas. As demais variáveis são auto-explicativas e se encontram nas duas tabelas iniciais na seção de *Resultados*.

Análise de dados

Inicialmente, procedeu-se a uma análise multinível a fim de detectar possíveis efeitos de conglomeração do hospital de nascimento da criança e do CMS de acompanhamento da mes-

ma. Como ambas as análises evidenciaram que apenas uma parte ínfima da variabilidade entre indivíduos poderia ser explicada por fatores contextuais relacionados ao hospital de nascimento ou ao CMS, optou-se por não implementar modelos multiníveis nas etapas subsequentes da modelagem.

Utilizou-se, então, uma abordagem do tipo *current status*, envolvendo AME como variável dependente^{35,36}. O método permite recompor, via modelagem, a experiência longitudinal da coorte de crianças subjacente a partir do recordatório alimentar dos últimos sete dias e da informação da idade da criança na data de entrevista. Dentre os vários modelos propostos³⁵, optou-se pelo *log-log* complementar por ser este capaz de estimar a função *hazard* cumulativa equivalente à estimada pelo modelo de sobrevivência de Weibull³⁷.

Como as razões de taxas (*hazard-ratios*) entre as categorias de maternidade não eram constantes ao longo do tempo, introduziu-se um termo de interação ao modelo composto pela variável de exposição e pelo logaritmo da idade da criança. As razões de taxas foram estimadas para cada momento no tempo, tendo a idade da criança como referência, com intervalos de 15 dias até os cinco meses de vida.

As variáveis com valor de $p \leq 0,2$ na análise bivariada foram selecionadas e testadas no modelo multivariado, sequencialmente das dimensões mais distais às mais proximais ao desfecho, conforme proposto no modelo teórico. Em etapa intermediária da modelagem, permaneceram no modelo as variáveis com $p \leq 0,05$ e aquelas que eram as representantes exclusivas das dimensões do modelo teórico, se estas tivessem $p \leq 0,1$. Visando à parcimônia, o modelo final contemplou apenas uma representante de cada dimensão do modelo teórico, priorizando-se as variáveis de maior relevância epidemiológica e de maior significância estatística.

Questões éticas

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro e da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, em conformidade com os princípios da *Declaração de Helsinkí*. A participação anônima e voluntária foi assegurada por meio da leitura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, que deveria ser assinado por todas as respondentes no momento em que estas aceitavam participar da pesquisa.

Resultados

As Tabelas 1 e 2 descrevem a população de estudo e apresentam os níveis de significância estatística da análise bivariada das variáveis do modelo teórico *vis-à-vis* ao desfecho de interesse no nível de 95% de confiança. A maioria das mães tinha idades entre 20 e 35 anos e foi classificada como pertencente às classes C e D, de acordo com o Critério de Classificação Econômica Brasil. Apenas 20% se autotransformaram como brancas; 41,4% não tinham finalizado o Ensino Fundamental e quase a totalidade relatou ter companheiro atual e não ter trabalho remunerado na época da entrevista. Com relação às características do bebê, boa parte (41,1%) tinha idades entre 30 e 90 dias de vida e não apresentava problemas crônicos graves de saúde na ocasião da consulta; já que quase 70% tinham sua saúde percebida pela mãe como excelente ou muito boa e 91% da população eram compostas por crianças nascidas a termo. De modo geral, percebe-se que a maior parte das variáveis se mostrou associada de forma estatisticamente significativa ao desfecho.

Das 811 crianças estudadas, 46,1% estavam em AME no momento da entrevista. Ainda que a prevalência de AME em bebês com até 15 dias de vida fosse 80%, somente 21,2% das crianças com idades entre 4 e 5 meses ainda continuavam recebendo apenas leite materno. Os nascimentos ocorreram em sua maioria em hospitais com o título de Amigo da Criança (51,2%), seguidos por aqueles sem o título (30%) e em vias de receber a titulação (18,8%).

Como mostra a Figura 2, de modo geral o fato da criança nascer em HAC ou EVHAC aumenta a probabilidade da mesma se manter em AME ao longo de todo o período estudado.

A Tabela 3 mostra as razões de taxas (RT) da manutenção de AME para HAC e EVHAC segundo a idade do bebê, tomando como base de comparação aqueles sem tal credenciamento e controlando pelas variáveis de confusão presentes no modelo multivariado. De forma geral, nota-se que as taxas de crianças em AME nos primeiros dias de vida são aproximadamente duas vezes maiores nos hospitais EVHAC e HAC quando comparados àqueles sem título. Apesar do efeito ser mais acentuado nos primeiros 15 dias de vida da criança, este ainda se mantém importante ao longo de todo o período analisado. Percebe-se que a magnitude dos efeitos das maternidades HAC e EVHAC é bastante semelhante em todas as faixas etárias, sendo este limítrofe em termos de significância estatística a partir dos dois meses de vida em hospitais HAC e a partir dos quatro meses em hospitais EVHAC.

Tabela 1

Descrição da população de estudo e análise bivariada entre desfecho (aleitamento materno exclusivo – AME) e variáveis sociodemográficas maternas e do bebê. Rio de Janeiro, Brasil, 2007.

Características sociodemográficas	População de estudo		Análise bivariada
	n	%	Valor de p
Classe econômica			
A	15	1,85	0,002 *
B	81	10,0	
C	370	45,6	
D	330	40,7	
E	15	1,85	
Escolaridade materna			
Ensino Fundamental incompleto	336	41,4	0,019
Ensino Fundamental completo/Ensino Médio incompleto	247	30,4	
Ensino Médio completo	174	21,4	
Ensino Superior incompleto ou completo	54	6,7	
Cor da mãe			
Branca	236	29,1	0,296
Parda ou negra	575	70,9	
Idade materna (anos)			
Abaixo de 20	184	22,7	0,001 *
20-35	554	68,3	
Acima de 35	73	9,0	
Trabalho no pós-parto			0,069
Não	731	90,1	
Sim	80	9,9	
Situação conjugal			
Solteira/Separada/Viúva	102	12,6	0,21
Casada	709	87,4	
Idade do bebê (dias)			
0 – 30	264	32,5	0,048
30 – 90	333	41,1	
90 – 150	214	26,4	

* Valores de p das variáveis contínuas, tais como foram introduzidas no modelo multivariado.

Discussão

A amostra do estudo é predominantemente jovem, negra e/ou parda, de baixa escolaridade, com companheiro fixo, sem trabalho remunerado e com baixo/médio poder aquisitivo, tendo um perfil sociodemográfico bastante semelhante ao encontrado em recente pesquisa realizada com uma amostra representativa do conjunto de UBS das diferentes Áreas Programáticas do Município do Rio de Janeiro³⁸. Tal semelhança permite postular que achados do presente estudo possam ser generalizáveis para mães e crianças de até cinco meses de vida, atendidas nas UBS do Município do Rio de Janeiro.

Como apontado na seção de *Resultados*, a IHAC parece ter papel importante na proteção

ao AME logo após o nascimento e ao longo dos primeiros meses de vida da criança. Esse achado corrobora os encontrados em outros estudos realizados no Brasil e em outros países, ratificando a iniciativa como importante elemento na política de apoio ao AM^{12,13,14,15,17}. Os resultados reforçam a importância de se expandir a IHAC, já que ainda temos baixa cobertura da Iniciativa em nosso país. Apesar dos 333 hospitais credenciados, estes ainda correspondem a uma parcela ínfima das maternidades do Brasil. O Estado do Rio de Janeiro, por exemplo, tem somente 17 hospitais com a titulação, o que correspondia a uma cobertura de apenas 5% dos hospitais com leitos obstétricos e 16% dos nascimentos em 2009⁹.

Chama a atenção o fato de os hospitais em vias de receber a titulação (EVHAC) terem re-

Tabela 2

Descrição da população de estudo e análise bivariada entre desfecho (aleitamento materno exclusivo – AME) e estilo de vida/ autocuidado materno, aspectos psicossociais maternos, utilização dos serviços de saúde e saúde do bebê. Rio de Janeiro, Brasil, 2007.

Características	População de estudo		Análise bivariada
	n	%	Valor de p
Estilo de vida e autocuidado materno			
Tabagismo durante a gestação			
Não	676	83,3	0,008
Sim	135	16,6	
Suspeição de consumo inadequado de álcool pela mãe nos últimos 12 meses			
Não	539	66,5	0,002
Sim	272	33,5	
Aspectos psicossociais maternos			
Autoestima materna (tercis)			
Baixa	216	26,6	< 0,001 *
Média	314	38,7	
Elevada	281	34,6	
Apoio social			
1º quinto	156	19,2	0,107 *
2º quinto	154	18,9	
3º quinto	163	20,1	
4º quinto	174	21,4	
5º quinto	164	20,2	
Utilização dos serviços de saúde			
Número de consultas pré-natal			
Menos de 6	132	17,0	0,825
6 ou mais	642	82,9	
Início do pré-natal			
Até 3 meses	401	50,1	0,048
Acima de 3 meses	399	49,9	
Saúde do bebê			
Percepção de saúde referida pela mãe			
Excelente	407	50,2	0,028
Muito boa	156	19,2	
Boa	215	26,5	
Regular	32	3,9	
Idade gestacional			
Prematuro (< 37 semanas)	69	8,5	0,035
A termo (≥ 37 semanas)	742	91,4	

* Valores de p das variáveis contínuas, tais como foram introduzidas no modelo multivariado.

sultados semelhantes aos com a titulação plena (HAC), o que leva a crer que aqueles estariam efetivamente realizando as ações de apoio ao AME preconizadas pela iniciativa e já preparados para obter a certificação. No entanto, uma recente avaliação dos hospitais credenciados brasileiros mostrou que nem todos os que já possuem o título aderem integralmente aos passos exigidos pela Iniciativa³⁹. Segundo o estudo, dentre as maiores

dificuldades encontradas no processo está a formação de grupos de apoio ao AM para onde as mães devem ser encaminhadas após a alta (décimo passo)³⁹. Essa limitação tende a reduzir o “efeito protetor” dessas instituições, aproximando-o ao encontrado nos EVHAC. Diante dessas duas possibilidades, parece precoce qualquer conclusão sobre os motivos que aproximam a magnitude dos efeitos protetores ao AME desses

Figura 2

Probabilidade das crianças estarem em aleitamento materno exclusivo (AME) de acordo com a titulação do hospital de nascimento ao longo da idade dos bebês em dias. Rio de Janeiro, Brasil, 2007.

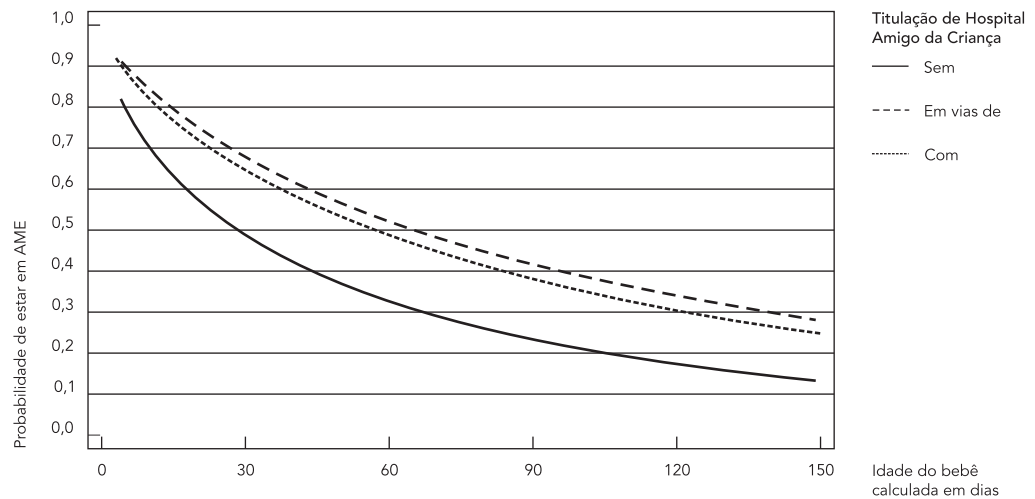


Tabela 3

Razões de taxa (RT) e intervalos de 95% de confiança (IC95%) da análise multivariada do aleitamento materno exclusivo (AME), conforme característica da maternidade ao longo da idade do bebê em dias. Rio de Janeiro, Brasil, 2007 *,**.

Idade do bebê (dias)	Característica da maternidade	
	EVHAC (IC95%)	HAC (IC95%)
1	2,40 (1,42/4,04)	2,36 (0,99/5,64)
15	1,79 (1,29/2,49)	1,77 (1,01/3,10)
30	1,67 (1,21/2,29)	1,64 (1,01/2,68)
60	1,55 (1,11/2,15)	1,52 (1,01/2,32)
90	1,48 (1,05/2,09)	1,46 (0,99/2,14)
105	1,46 (1,02/2,07)	1,43 (0,99/2,07)
120	1,43 (1,01/2,06)	1,41 (0,99/2,02)
150	1,40 (0,96/2,04)	1,38 (0,98/1,94)

EVHAC: hospital em vias de receber o título de Amigo da Criança; HAC: Hospital Amigo da Criança;

* Categoria de referência: Hospital sem o título de Amigo da Criança (NHAC);

** Modelo ajustado pelas variáveis: Critério de Classificação Econômica Brasil, idade da criança, idade materna, início do pré-natal, idade gestacional da criança ao nascer, fumo materno durante a gestação e autoestima materna.

hospitais. Apenas o monitoramento continuado das instituições que solicitam ou alcançam credenciamento à Iniciativa será capaz de fornecer elementos suficientes para esclarecer a questão.

A perda do efeito protetor da IHAC ao longo do tempo em ambos os grupos de hospitais reforça a importância de se garantir acompanhamento pós-natal, a fim de se oferecer apoio concreto ao AM nos primeiros meses de vida da criança. Segundo alguns autores, enquanto não houver uma combinação entre ações no nível hospitalar e na atenção básica, será bastante difícil alcançar as metas de aleitamento desejadas^{18,20,21}. Por melhor desempenho que a IHAC possa ter, esta sempre encontrará limites, uma vez que seguindo-se à alta hospitalar – muitas vezes precoce –, o acompanhamento tanto da mulher como da criança de baixo risco passa a ser de responsabilidade das UBS.

Nesse sentido, é preciso somar esforços institucionais para valorização do AM. A Iniciativa Unidade Básica Amiga da Amamentação (IUBAAM), com sistema de titulação semelhante ao da IHAC e lançada no Rio de Janeiro em 1999, pode ser um exemplo de iniciativa bem sucedida a ser levada a outros municípios^{40,41}. Em recente estudo no Município do Rio de Janeiro, conduzido em 27 UBS ao longo do ano de 2007, a formação de grupos de apoio à amamentação, facilitador do esclarecimento de dúvidas

sobre benefícios e manejo do aleitamento, se mostrou associada positivamente à prevalência do AME. Tais achados reforçam o papel da atenção básica na promoção, proteção e apoio ao aleitamento ⁴².

A ampliação do Programa Saúde da Família (PSF) também pode assumir um importante papel nesse processo. A efetividade do PSF após treinamento das equipes nos moldes da IUBAAM foi evidenciada por recente estudo em Minas Gerais, sendo encontrados resultados animadores ⁴³. O papel do Agente Comunitário de Saúde (ACS) como importante promotor do AM também é ressaltado por Machado et al. ⁴⁴. Segundo esses autores, após atividades teórico-práticas direcionadas exclusivamente aos ACS, houve aumento e ampliação dos conhecimentos específicos sobre as indicações, benefícios e manejo do AM ⁴⁴.

A promoção do AME por leigos, ou seja, indivíduos sem formação profissional na área de saúde, mas com treinamento para promover determinadas ações em saúde (*lay health workers*), comum em diferentes países do mundo, também pode constituir estratégia promissora em nosso país. Em 2010, revisão sistemática da *Cochrane* evidenciou que esses indivíduos contribuem para o aumento da iniciação do AME em mais de 100% ⁴⁵. Outra revisão sistemática sugere que intervenções realizadas por leigos são tão ou mais efetivas do que o suporte profissional no aumento das taxas de AM a curto e longo prazos ⁴⁶.

A Rede Amamenta Brasil, instituída no âmbito do SUS pelo Ministério da Saúde em 2008, também dá um grande passo ao promover o AM por meio de revisão e supervisão do processo de trabalho interdisciplinar nas UBS, baseando-se nos princípios de educação permanente ^{47,48}. Essa deve ser sempre estimulada, já que práticas e aconselhamento sobre o aleitamento materno nas unidades de saúde muitas vezes são fundamentadas em valores culturais ou em experiências próprias – nem sempre bem-sucedidas – dos profissionais, em detrimento de uma prática baseada em evidências científicas ^{43,49}.

Ao se observar que a queda na taxa de AME parece ocorrer principalmente por volta do terceiro/quarto mês de vida, é possível postular que boa parte das situações de interrupção do AME se devam à necessidade de retorno da mulher ao mercado de trabalho. Visando a diminuir esse obstáculo ao aleitamento, políticas e ações complementares à IHAC vêm sendo propostas como pontos de apoio à nutriz trabalhadora. Avanço foi conquistado recentemente (2008) em relação às mulheres servidoras públicas ou empregadas pelas leis trabalhistas, ao ser sancionada a lei que permite a ampliação da duração da licença-ma-

ternidade para seis meses ⁵⁰. Essa foi assegurada às servidoras federais e sugerida às empresas privadas, que passaram a poder deduzir o custo financeiro da ampliação da licença-maternidade no Imposto de Renda ⁵¹. Todavia, ainda há um longo caminho a percorrer. No que concerne às funcionárias públicas das outras esferas do governo (estadual e municipal), a licença de seis meses ainda depende da decisão de cada governante. No Brasil, por volta de 20 estados, inclusive o Rio de Janeiro, já garantiram a conquista. Porém, apenas aproximadamente 130 dentre os mais de 5 mil municípios brasileiros asseguraram esse direito, fazendo parte dessa lista o Município do Rio de Janeiro ⁵².

Um desafio ainda maior é a manutenção da amamentação entre mulheres que trabalham sem vínculo formal, situação bastante comum no Brasil. Em seu sítio oficial (<http://www.saude.gov.br>), o Ministério da Saúde reforça a importância de algumas atitudes familiares, sendo a transmissão de experiências positivas sobre aleitamento e a ajuda nas tarefas domésticas, sendo pontos importantes para o aumento da duração do AME nessas situações ⁵³. Já o empregador informal, ao compreender a importância do aleitamento, poderia flexibilizar os horários de trabalho da mulher para atender às demandas da criança e/ou permitir que a criança acompanhe a nutriz em sua jornada de trabalho.

A análise dos resultados deste estudo deve considerar suas limitações e pontos positivos. A opção por uma estratégia transversal de coleta de dados pode ter trazido limitações. Ao se mostrar apenas casos prevalentes de AME em crianças que aguardavam atendimento em serviços de saúde, pode-se ter perdido aquelas que, exatamente por não estarem sendo amamentadas, estariam internadas ou teriam ido a óbito, e assim, estaríamos superestimando a frequência populacional das situações de AME. Além disso, se essas perdas estivessem associadas ao desfecho, o problema atingiria também as estimativas de efeito da IHAC na duração do AME, de forma a subestimá-las. Crianças nascidas em hospitais sem titulação poderiam ser amamentadas por menos tempo, o que levaria ao aumento da morbimortalidade destas e real dificuldade em captá-las para o presente estudo. Nesse contexto, o melhor desenho para avaliação da efetividade de intervenções e programas seria do tipo ensaio aleatorizado de intervenção comunitária, que possibilitaria homogeneização dos grupos de comparação com relação aos fatores prognósticos de duração do AM. Entretanto, há de se pensar se um estudo randomizado seria ético, uma vez que, ainda que escassa, já há evidência de efetividade da iniciativa.

Visando a dar conta dessa limitação, um dos pontos positivos do estudo foi a utilização de abordagem multivariada, orientada por compreensivo modelo teórico-conceitual, no processo de análise de dados, permitindo a avaliação do efeito da Iniciativa à luz de importantes fatores de confusão. Outro aspecto positivo concerne à utilização da informação sobre a alimentação atual das crianças em oposição à coleta retrospectiva sobre a época de introdução de cada alimento na dieta. A primeira alternativa traz maior confiabilidade e validade das informações, conforme apontado na literatura de referência na área ³⁵. Ademais, como parte da população de estudo incluiu crianças que buscavam atendimento médico nas unidades básicas selecionadas, optou-se por ampliar a janela temporal de recordatório para sete dias. Dessa forma, visou-se a recuperar a alimentação diária da criança fora dos períodos de doença aguda ou convalescença, já que muitos lactentes passam a aceitar apenas leite materno nestas situações, o que tende a levar a uma falsa informação de que ainda estariam sob o regime de AME.

É importante ressaltar que como a amostra deste estudo foi composta prioritariamente por recém-nascidos de baixo risco, resultados aqui apresentados não podem ser generalizados para crianças que apresentaram agravos perinatais que indiquem um acompanhamento pós-natal em unidades de maior complexidade. Estudos semelhantes voltados para esse subgrupo, assim como pesquisas que abordem outras formas de aleitamento materno, seriam bastante profícuos para melhor compreender o efeito da Iniciativa em outros domínios.

Resumo

Este artigo pretende avaliar o papel da Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC) na duração do aleitamento materno exclusivo (AME). Trata-se de estudo transversal, com população constituída de 811 mães de crianças menores de cinco meses de idade, selecionadas aleatoriamente em cinco unidades básicas de saúde (UBS) no Município do Rio de Janeiro, Brasil. A exposição de interesse central foi o local de nascimento da criança: Hospital Amigo da Criança (HAC), em vias de receber a titulação (EVHAC) e sem a titulação. Optou-se pelo modelo de análise de sobrevivência log-log complementar, que recompõe a experiência longitudi-

Conclusões

A IHAC parece ser um importante fator de proteção ao AM e uma fundamental estratégia para a melhoria da saúde da criança, não se devendo poupar esforços para a ampliação de sua cobertura em todo território nacional. Visando a potencializar o efeito da Iniciativa e garantir a adesão contínua às condições que permitem o título, recomenda-se fortemente que avaliações periódicas destes hospitais sejam priorizadas pelo setor saúde, mesmo após a outorga da titulação.

Apesar da importância da IHAC, para assegurar o seu efeito protetor e estender a duração do AME, recomenda-se maior integração entre a IHAC e as propostas incentivadoras no nível da atenção básica, a fim de que haja melhor desempenho e fortalecimento de todas essas estratégias. Há também que se buscar ações, programas e políticas intersetoriais de incentivo e apoio ao AME que sejam efetivas, especialmente as voltadas para mulheres inseridas no mercado de trabalho. A manutenção do AME claramente depende da interação de fatores de diferentes dimensões, não se restringindo aos modificáveis pela ação isolada de setores da sociedade.

Ressalta-se então a importância de estudos que avaliem o perfil do AM e a efetividade das propostas em prol da amamentação, tanto no nível hospitalar como no nível da atenção básica, a fim de compreendermos o processo facilitador/protetor do AM e as falhas e conquistas destas propostas, visando ao aperfeiçoamento das mesmas e a promoção da saúde em nossa sociedade.

nal da coorte, caracterizando abordagem do tipo current status. Mesmo após o controle por variáveis socio-demográficas, relativas ao estilo de vida e aos aspectos psicossociais maternos, à utilização dos serviços de saúde, idade e saúde da criança, houve maior duração do AME em crianças nascidas em HAC e EVHAC. Os resultados sugerem a efetividade da IHAC na manutenção de AME nos primeiros meses de vida, reforçando a necessidade de ampliar sua cobertura para todo o território nacional.

Aleitamento Materno; Serviços de Saúde; Efetividade

Colaboradores

P. F. Sampaio participou da pesquisa bibliográfica, análise e interpretação de dados e redação do texto. C. L. Moraes e M. E. Reichenheim colaboraram na coleta, análise e interpretação de dados e revisão crítica do texto. A. S. D. Oliveira e G. Lobato contribuíram na coleta e análise de dados e revisão crítica do texto.

Referências

1. World Health Organization. Global strategy for infant and young child feeding. Geneva: World Health Organization; 2003.
2. Jones G, Steketee RW, Black RE, Bhutta ZA, Morris SS; Bellagio Child Survival Study Group. How many child deaths can we prevent this year? *Lancet* 2003; 362:65-71.
3. Toma TS, Rea MF. Benefícios da amamentação para a saúde da mulher e da criança: um ensaio sobre as evidências. *Cad Saúde Pública* 2008; 24 Suppl 2: S235-46.
4. Effect of breastfeeding on infant and child mortality due to infectious diseases in less developed countries: a pooled analysis. WHO Collaborative Study Team on the Role of Breastfeeding on the Prevention of Infant Mortality. *Lancet* 2000; 355:451-5.
5. Horta BL, Bahl R, Martines JC, Victora CG. Evidence on the long-term effects of breastfeeding: systematic reviews and meta-analysis. Geneva: World Health Organization; 2007.
6. United Nations Children's Fund. Breastfeeding. http://www.unicef.org/nutrition/index_24824.html (acessado em 04/Mai/2009).
7. Ministério da Saúde. II pesquisa de prevalência de aleitamento materno nas capitais brasileiras e Distrito Federal. Brasília: Ministério da Saúde; 2008.
8. World Health Organization/United Nations Children's Fund. Baby-Friendly Hospital Initiative: revised, updated and expanded for integrated care. Geneva: World Health Organization/Washington DC: United Nations Children's Fund; 2006.
9. Área Técnica de Saúde da Criança e Aleitamento Materno, Secretaria de Atenção à Saúde, Ministério da Saúde. Iniciativa Hospital Amigo da Criança. Brasília: Ministério da Saúde; 2011.
10. Brasil. Portaria MS/SAS nº. 756 de 16 de dezembro de 2004. Estabelece as normas para o processo de habilitação do Hospital Amigo da Criança integrante do Sistema Único de Saúde. *Diário Oficial da União* 2004; 17 dez.
11. Brasil. Portaria MS/SAS nº. 09 em 10 de janeiro de 2008. Altera a redação do critério nº. 8 constante das normas para o processo de habilitação do Hospital Amigo da Criança. *Diário Oficial da União* 2008; 11 jan.
12. Abolyan LV. The breastfeeding support and promotion in Baby-Friendly Maternity Hospitals and Not-as-Yet Baby-Friendly Hospitals in Russia. *Breastfeed Med* 2006; 1:71-8.
13. Philipp BL, Merewood A, Miller LW, Chawla N, Murphy-Smith MM, Gomes JS, et al. Baby-Friendly Hospital Initiative improves breastfeeding initiation rates in a US hospital setting. *Pediatrics* 2001; 108:677-81.

14. Broadfoot M, Britten J, Tappin DM, MacKenzie JM. The Baby-Friendly Hospital Initiative and breast feeding rates in Scotland. *Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed* 2005; 90:F114-6.
15. Bartington S, Griffiths LJ, Tate AR, Dezateux C; Millenium Cohort Study Health Group. Are breastfeeding rates higher among mothers delivering in Baby Friendly accredited maternity units in the UK? *Int J Epidemiol* 2006; 35:1178-86.
16. Merten S, Ackermann-Liebrich U. Exclusive breastfeeding rates and associated factors in Swiss Baby-Friendly Hospitals. *J Human Lact* 2004; 20:9-17.
17. Coutinho SB, Lima MC, Ashworth A, Lira PIC. Impacto de treinamento baseado na Iniciativa Hospital Amigo da Criança sobre práticas relacionadas à amamentação no interior do Nordeste. *J Pediatr (Rio J.)* 2005; 81:471-7.
18. Coutinho SB, Lira PIC, Carvalho Lima M, Ashworth A. Comparison of the effect of two systems for the promotion of exclusive breastfeeding. *Lancet* 2005; 366:1094-100.
19. Lutter C, Perez-Escamilla R, Segall A, Sanghvi T, Teruya K, Wickham C. The effectiveness of a hospital-based program to promote exclusive breastfeeding among low-income women in Brazil. *Am J Public Health* 1997; 87:659-63.
20. Braun ML, Giugliani ER, Soares ME, Giugliani C, Oliveira AP, Danelon CM. Evaluation of the impact of the baby-friendly hospital initiative on rates of breastfeeding. *Am J Public Health* 2003; 93:1277-9.
21. Caldeira AP, Gonçalves E. Assessment of the impact of implementing the Baby-Friendly Hospital Initiative. *J Pediatr (Rio J.)* 2007; 83:127-32.
22. Silva MB, Albernaz EP, Mascarenhas MLW, Silveira RB. Influência do apoio à amamentação sobre o aleitamento materno exclusivo dos bebês no primeiro mês de vida e nascidos na cidade de Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil. *Rev Bras Saúde Matern Infant* 2008; 8:275-84.
23. World Health Organization. Indicators for assessing infant and young child feeding practices. Geneva: World Health Organization; 2007.
24. Mattar FN. Análise crítica dos estudos de estratificação socioeconômica da ABA-Abipeme. *Revista de Administração* 1995; 30:57-74.
25. Szwarcwald CL, Leal MC, Gouveia GC, Souza WV. Desigualdades socioeconômicas em saúde no Brasil: resultados da Pesquisa Mundial de Saúde, 2003. *Rev Bras Saúde Matern Infant* 2005; 5 Suppl 1:S11-22.
26. Masur J, Monteiro MG. Validation of the "CAGE" alcoholism screening test in a Brazilian psychiatric inpatient hospital setting. *Braz J Med Biol Res* 1983; 16:215-8.
27. Moraes CL, Viellas EF, Reichenheim ME. Assessing alcohol misuse during pregnancy: evaluating psychometric properties of the CAGE, T-ACE and TWEAK in a Brazilian setting. *J Stud Alcohol* 2005; 66:165-73.
28. Ewing JA. Detecting alcoholism: the CAGE questionnaire. *JAMA* 1984; 252:1905-7.
29. Sokol RJ, Martier SS, Ager JW. The T-ACE questions: practical prenatal detection of risk-drinking. *Am J Obstet Gynecol* 1989; 160:863-70.
30. Russell M, Martier SS, Sokol RJ, Mudar P, Bottoms S, Jacobson S, et al. Screening for pregnancy risk-drinking. *Alcohol Clin Exp Res* 1994; 18:1156-61.
31. Rosenberg M. Society and the adolescent self-image. Princeton: Princeton University Press; 1989.
32. Assis SG, Avanci JQ, Silva CMFP, Malaquias JV, Santos NC, Oliveira RVC. A representação social do ser adolescente: um passo decisivo na promoção da saúde. *Ciênc Saude Coletiva* 2003; 8:669-80.
33. Griep RH, Chor D, Faerstein E, Werneck GL, Lopes CS. Validade de constructo de escala de apoio social do Medical Outcomes Study adaptada para o português no Estudo Pró-Saúde. *Cad Saúde Pública* 2005; 21:703-14.
34. Sherbourne CD, Stewart AL. The MOS social support survey. *Soc Sci Med* 1991; 32:705-14.
35. Grummer-Strawn L. Regression analysis of current-status data: an application to breast-feeding. *J Am Stat Assoc* 1993; 88:758-65.
36. Aarts C, Kylberg E, Hörnell A, Hofvander Y, Medhin-Gebre M, Greiner T. How exclusive is exclusive breastfeeding? A comparison of data since birth with current status data. *Int J Epidemiol* 2000; 29:1041-6.
37. Selvin S. Statistical analysis of epidemiologic data. Oxford: Oxford University Press; 2004.
38. Castro IRR, Engstrom EM, Cardoso LO, Damião JJ, Rito RVFV, Souza MA, et al. Tendência temporal da amamentação na cidade do Rio de Janeiro: 1996-2006. *Rev Saúde Pública* 2009; 43:1021-9.
39. Araújo MFM, Schmitz BAS. Reassessment of Baby-Friendly Hospitals in Brazil. *J Hum Lact* 2007; 23:246-52.
40. Oliveira MIC, Camacho LAB, Souza IEO. Promoção, proteção e apoio à amamentação na atenção primária à saúde no Estado do Rio de Janeiro, Brasil: uma política de saúde pública baseada em evidência. *Cad Saúde Pública* 2005; 21:1901-10.
41. Cardoso LO, Vicente AST, Damião JJ, Rito RVFE. The impact of implementation of the Breastfeeding Friendly Primary Care Initiative on the prevalence rates of breastfeeding and causes of consultations at a basic healthcare center. *J Pediatr (Rio J.)* 2008; 84:147-53.
42. Pereira RSV, Oliveira MIC, Andrade CLT, Brito AS. Fatores associados ao aleitamento materno exclusivo: o papel do cuidado na atenção básica. *Cad Saúde Pública* 2010; 26:2343-54.
43. Caldeira AP, Fagundes GC, Aguiar GN. Intervenção educacional em equipes do Programa de Saúde da Família para promoção da amamentação. *Rev Saúde Pública* 2008; 42:1027-33.
44. Machado MCHS, Oliveira JS, Parada CMGL, Venâncio SI, Tonete VLP, Carvalhaes MABL. Avaliação de intervenção educativa sobre aleitamento materno dirigida a agentes comunitários de saúde. *Rev Bras Saúde Matern Infant* 2010; 10:459-68.
45. Lewin S, Munabi-Babigumira S, Glenton C, Daniels K, Bosch-Capblanch X, van Wyk B, et al. Lay health workers in primary and community health care for maternal and child health and the management of infectious diseases. *Cochrane Database Syst Rev* 2010; (3):CD004015.

46. Spiby H, McCormick F, Wallace L, Renfrew M, D'Souza L, Dyson L. A systematic review of education and evidence-based practice interventions with health professionals and breast feeding counsellors on duration of breastfeeding. *Midwifery* 2009; 25:50-61.
47. Brasil. Portaria MS nº. 2.799, de 18 de novembro de 2008. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS –, a Rede Amamenta Brasil. *Diário Oficial da União* 2008; 19 nov.
48. Departamento de Gestão da Educação em Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Ministério da Saúde. Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2009. (Série B. Textos Básicos de Saúde) (Série Pactos pela Saúde 2006, v. 9).
49. Szucs KA, Miracle DJ, Rosenman MB. Breastfeeding knowledge, attitudes, and practices among providers in a medical home. *Breastfeed Med* 2009; 4:31-42.
50. Brasil. Decreto nº. 6.690, de 11 de dezembro de 2008. Institui o Programa de Prorrogação da Licença à Gestante e à Adotante, estabelece os critérios de adesão ao Programa e dá outras providências. *Diário Oficial da União* 2008; 12 dez.
51. Brasil. Lei nº. 11.770, de 09 de setembro de 2008. Cria o Programa Empresa Cidadã, destinado à prorrogação da licença-maternidade mediante concessão de incentivo fiscal. *Diário Oficial da União* 2008; 10 set.
52. Sociedade Brasileira de Pediatria. 2010: o ano da licença-maternidade. http://www.sbp.com.br/show_item2.cfm?id_categoria=52&id_detalhe=3364&tipo_detalhe=s (acessado em 08/Jan/2010).
53. Ministério da Saúde. Saúde da criança: apoio às mulheres durante a gestação, o parto e o pós-parto. http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=34877 (acessado em 29/Set/2010).

Recebido em 20/Nov/2010

Versão final representada em 26/Abr/2011

Aprovado em 06/Mai/2011