UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA
FACULDADE DE MEDICINA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA

Brenda Xavier Martins

Uso de Redes de Atenção à Saúde Materno-Infantil e sua associação com as práticas de aleitamento materno por mães de crianças com até dois anos de idade de Juiz de Fora - MG

Juiz de Fora
2024

Brenda Xavier Martins

Uso de Redes de Atenção à Saúde Materno-Infantil e sua associação com as práticas de aleitamento materno por mães de crianças com até dois anos de idade de Juiz de Fora - MG

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva, área de concentração: Processo Saúde-Adoecimento e seus Determinantes, da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Juiz de Fora, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva.

Orientadora: Profa. Dra. Michele Pereira Netto

Coorientadora: Profa. Dra. Renata Maria Souza Oliveira e Silva

Juiz de Fora

2024

Ficha catalográfica elaborada através do programa de geração
automática da Biblioteca Universitária da UFJF,
com os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

Martins, Brenda Xavier.
Uso de Redes de Atenção à Saúde Materno-Infantil e sua associação com as práticas de aleitamento materno por mães de crianças com até dois anos de idade de Juiz de Fora - MG / Brenda Xavier Martins. -- 2024.
111 p. : il.

Orientadora: Michele Pereira Netto
Coorientadora: Renata Maria Souza Oliveira e Silva
Dissertação (mestrado acadêmico) - Universidade Federal de Juiz de Fora, Faculdade de Medicina. Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, 2024.

1. Aleitamento materno. 2. Redes de atenção à saúde. 3. Pré-natal. 4. Hospital amigo da criança. 5. Banco de leite humano. I. Netto, Michele Pereira, orient. II. Silva, Renata Maria Souza Oliveira e , coorient. III. Título.

Brenda Xavier Martins

Uso de Redes de Atenção à Saúde Materno-Infantil e sua associação com as práticas de aleitamento materno por mães de crianças com até dois anos de idade de Juiz de Fora - MG

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal de Juiz de Fora como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva. Área de concentração: Saúde Coletiva.

Aprovada em 05 de fevereiro de 2024.

BANCA EXAMINADORA

Prof.ª Dra. Michele Pereira Netto - Orientadora
Universidade Federal de Juiz de Fora

Prof.ª Dra. Renata Maria Souza Oliveira e Silva
Universidade Federal de Juiz de Fora

Prof.ª Dra. Elma Izze da Silva Magalhães
Universidade Federal do Rio Grande do Sul

Prof.ª Dra. Eliane Rodrigues de Faria
Universidade Federal de Juiz de Fora

Prof.ª Dra. Ana Paula Carlos Cândido Mendes

Universidade Federal de Juiz de Fora

Prof.ª Dra. Priscila Moreira de Lima Pereira

UniAcademia

Juiz de Fora, 24/01/2024.

Documento assinado eletronicamente por **Michele Pereira Netto**, **Professor(a)**, em 05/02/2024, às 11:06, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º do art. 4º do Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020.

Documento assinado eletronicamente por **Eliane Rodrigues de Faria**, **Professor(a)**, em 05/02/2024, às 11:12, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º do art. 4º do Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020.

Documento assinado eletronicamente por **Elma Izze da Silva Magalhães**, **Usuário Externo**, em 05/02/2024, às 11:33, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º do art. 4º do Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020.

Documento assinado eletronicamente por **Renata Maria Souza Oliveira e Silva**, **Professor(a)**, em 05/02/2024, às 12:42, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º do art. 4º do Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020.

A autenticidade deste documento pode ser conferida no Portal do SEI-Ufjf (www2.ufjf.br/SEI) através do ícone Conferência de Documentos, informando o código verificador **1677798** e o código CRC **1E1E25F4**.

AGRADECIMENTOS

Gostaria de expressar minha sincera gratidão a minha orientadora Michele cuja orientação, ensinamentos e paciência foram fundamentais para o sucesso deste trabalho. Renata, minha coorientadora que também sou grata por sempre confiar no meu potencial e me incentivar a continuar nessa jornada. Vocês contribuíram de forma significativa para o meu crescimento profissional, principalmente na área de docente e pesquisador.

É necessário o reconhecimento da oportunidade de estar nesse programa de pós-graduação em Saúde Coletiva, da Universidade Federal de Juiz de Fora. Agradeço o apoio da Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de Minas Gerais (FAPEMIG) que tornou possível a conclusão desse mestrado. O conhecimento adquirido durante esses dois anos foi imenso. Todos os professores das disciplinas e membros das minhas bancas de qualificação e defesa colaboraram muito para a minha formação e construção da minha pesquisa. Gostaria de ressaltar e a agradecer toda a ajuda da secretária Elisângela, que muito me auxiliou com as dúvidas e problemas.

Meus agradecimentos mais profundos vão para a minha família, que esteve ao meu lado em cada passo desta caminhada. Ao meu companheiro Pedro, por todas as frases de motivação, paciência e por acolher minhas lágrimas de estresse tentando fazer malabarismo ao conciliar mestrado e trabalho. À minha irmã Bruna que sempre escutou meus gritos de socorro e pedidos com auxílio em formatação. E claro, aos meus queridos pais, que sempre fizeram de tudo para que eu chegasse até aqui, a primeira Mestre da família.

Aos meus amigos e amigas quero expressar meu agradecimento por todo apoio, principalmente para aquelas que acompanharam de perto todo esse caminho: Marina, Eduarda, Maiara, Thais, Luiza, Larissa e Naiara.

Por fim, agradeço a Deus, que sempre guiou os meus passos e me conduziu até aqui.

RESUMO

A prevalência de aleitamento materno no Brasil ainda é baixa, e devido isso, várias políticas públicas e serviços de atenção materno-infantil têm sido construídos para promoção e proteção do aleitamento, como o pré-natal, hospital amigo da criança e banco de leite humano. O presente estudo tem como objetivo avaliar o uso e associação das redes de apoio ao aleitamento materno por mulheres com crianças de até dois anos de idade atendidas em Unidades Básicas De Saúde de Juiz de Fora (UBS), Minas Gerais. Trata-se de um estudo transversal, com 415binômios mãe-filho, com aplicação de um questionário, realizado entre maio de 2022 e junho de 2023, em 37 UBS, contendo informações sobre dados sociais, obstétricos e de consumo alimentar da criança para determinação do tipo de aleitamento materno. Foi realizado análise de frequência das características da amostra e do uso dos serviços materno-infantil, além de uma análise de sobrevida de tempo de aleitamento materno pela técnica Kaplan-Meyer. Foi considerado como desfechos o tempo de aleitamento materno não exclusivo e tempo de aleitamento materno continuado. As variáveis sobre os pontos da rede de atenção materno-infantil foram analisadas, de acordo ambos os desfechos, por meio dos testes *log rank, Breslow e Tarone-walk* para comparação das curvas de sobrevivência. Foi adotado como critério de inclusão na regressão de Cox, as variáveis com valor $p<0,05$. Foram entrevistadas 415 mães nas 37 UBS visitadas, em diferentes regiões de Juiz de Fora. A mediana de idade das mães atendidas nas UBS e que participaram da pesquisa foi de 28 anos, e a mediana de idade das crianças foi de 7 meses. A mediana de sobrevivência do aleitamento materno exclusivo foi de 121,68 dias (IC 95%: 105,2 – 136,72 dias) e do continuado foi de 8 meses (IC 95%: 6,6 – 9,3 meses). Crianças que já tinham utilizado mamadeira até os 4 meses, tem 75,1% mais chance de não amamentar exclusivamente do que quem não tinha utilizado ($\beta= 0,249$; $p <0,0001$), e nos menores de 6 meses quem usou mamadeira tem 69,9% mais chance de não amamentar exclusivamente do que quem não usou mamadeira ($\beta= 0,301$; $p <0,0001$).Ao analisar o aleitamento complementado até 2 anos de idade, obteve-se associação como fator de risco para o desmame: não incentivo ($\beta= 0,516$; p 0,007), uso de chupeta ($\beta= 0,373$; p 0,005), uso de mamadeira ($\beta= 0,156$; $p <0,0001$) e realização de <7 consultas de consultas de pré-natal ($\beta= 0,541$; $p <0,040$). Apesar de nascimento em Hospital Amigo da Criança e Uso do Banco de Leite Humano não terem apresentado associação, estes serviços foram utilizados pela minoria dos binômios, o que pode contribuir para esses achados.

Diante desses resultados, é importante destacar a importância da ampliação de ações de promoção do aleitamento materno, contribuindo para as melhorias desta prática na população.

Palavras-chave: Aleitamento materno. Redes de atenção à saúde. Pré-natal. Hospital amigo da criança. Banco de leite humano.

ABSTRACT

The prevalence of breastfeeding in Brazil remains low, and as a result, various public policies and maternal-child health services have been developed to promote and protect breastfeeding, such as prenatal care, Baby-Friendly Hospital Initiative, and human milk banks. The present study aims to evaluate the use and association of breastfeeding support networks by women with children up to two years of age attending Basic Health Units in Juiz de Fora (BHU), Minas Gerais. This is a cross-sectional study, with 415 mother-child pairs, using a questionnaire administered between May 2022 and June 2023 in 37 BHU, containing information on social, obstetric, and child feeding data to determine the type of breastfeeding. Frequency analysis of sample characteristics and maternal-child health service utilization was conducted, along with Kaplan-Meier survival analysis of breastfeeding duration. The outcomes considered were the duration of exclusive breastfeeding and continued breastfeeding. Variables related to maternal-child health care points were analyzed for both outcomes using log-rank, Breslow, and Tarone-Ware tests to compare survival curves. Variables with a p-value <0.05 were included in the Cox regression analysis. A total of 415 mothers were interviewed in the 37 visited BHU, located in different regions of Juiz de Fora. The median age of the mothers attending BHU and participating in the study was 28 years, and the median age of the children was 7 months. The median survival for exclusive breastfeeding was 121.68 days (95% CI: 105.2 - 136.72 days), and for continued breastfeeding, it was 8 months (95% CI: 6.6 - 9.3 months). Children who had used a bottle by 4 months had a 75.1% higher chance of not exclusively breastfeeding than those who hadn't used one (β= 0.249; p <0.0001), and in those under 6 months, bottle use was associated with a 69.9% higher chance of not exclusively breastfeeding (β= 0.301; p <0.0001). When analyzing breastfeeding supplemented up to 2 years of age, associations were found as risk factors for weaning: lack of encouragement (β= 0.516; p 0.007), pacifier use (β= 0.373; p 0.005), bottle use (β= 0.156; p <0.0001), and fewer than 7 prenatal care visits (β= 0.541; p <0.040). Although being born in a Baby-friendly Hospital and using the Human Milk Bank did not show associations, these services were used by the minority of pairs, which may contribute to these findings. Given these results, it is important to highlight the importance of expanding breastfeeding promotion actions, contributing to improvements in this practice in the population.

Keywords: Breastfeeding. Health care networks. Prenatal care. Baby-friendly hospital. Human milk bank.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Atendimento em Grupo no Banco de Leite Humano de Juiz de Fora, Minas Gerais, entre janeiro de 2021 e janeiro de 2023 46
Figura 2 – Atendimento Individual no Banco de Leite Humano de Juiz de Fora, Minas Gerais, entre janeiro de 2021 e janeiro de 2023 46
Figura 3 – Modelo conceitual das Redes de Atenção Materno-Infantil para promoção do aleitamento materno.....51

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Atendimentos de pré-natal e puericultura em Juiz de Fora (MG) no ano de 2015 36
Quadro 2 – Número de Nascidos Vivos em Juiz de Fora (MG) nos anos de 2013 a 2015 36
Quadro 3 - Hospitais Amigos da Criança nas cidades de Minas Gerais com mais de 500 mil habitantes 43

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Situação do Aleitamento Materno de acordo com os estudos nacionais no Brasil em três décadas (1970 – 2010).....19
Tabela 2 - Situação regional do Aleitamento Materno de acordo com os estudos nacionais realizados no Brasil (1978 – 2021).....20
Tabela 3 - Legislação e Políticas Públicas direcionadas a promoção do aleitamento materno (1974-2020).....28
Tabela 4 - Variáveis analisadas de acordo com cada ponto da rede de atenção materno infantil avaliada 58
Tabela 5 - Caracterização das variáveis independentes.....59
Tabela 6 - Caracterização das variáveis dependentes.....60
Tabela 7 - Caracterização das covariáveis 62

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AC – Amamentação Complementada
AM – Aleitamento Materno
AMAMUNIC – Projeto Amamentação e Municípios
AME – Aleitamento Materno Exclusivo
AMP – Aleitamento Materno Predominante
BLH – Banco de Leite Humano
CF – Constituição Federal
CNDSS – Comissão Nacional de Determinantes Sociais da Saúde
EAAB – Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil
ENANI – Estudo Nacional de Alimentação e Nutrição Infantil
HAC – Hospital Amigo da Criança
IAHC – Iniciativa Hospital Amigo da Criança
IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IUABAAM – Iniciativa Unidade Básica Amiga da Amamentação
MG – Minas Gerais
MS – Ministério da Saúde
OMS – Organização Mundial da Saúde
PNAISC – Política Nacional de atenção Integral à Saúde da Criança
PNAM – Política Nacional de Aleitamento Materno
PNDS – Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde
PNIAM – Política Nacional de Incentivo ao Aleitamento Materno
PNSMI – Pesquisa Nacional sobre Saúde Materno-Infantil e Planejamento Familiar
SUS – Sistema Único de Saúde
TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UBS – Unidade Básica de Saúde
UFJF – Universidade Federal de Juiz de Fora
UNICEF – Fundo Internacional de Emergência para a Infância das Nações Unidas

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO 13

2 REFERENCIAL TEÓRICO 15

2.1 ALEITAMENTO MATERNO: DEFINIÇÕES E PANOROMA NACIONAL 15

2.2 AÇÕES E POLÍTICAS PÚBLICAS PROMOTORAS DO ALEITAMENTO MATERNO 22

2.3 REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE MATERNO-INFANTIL COM FOCO NO ALEITAMENTO MATERNO: UMA AÇÃO DE SAÚDE COLETIVA 32

2.3.1 ATENÇÃO BÁSICA COMO INSTRUMENTO DE PROMOÇÃO DO ALEITAMENTO MATERNO 35

2.3.2 INICIATIVA HOSPITAL AMIGO DA CRIANÇA 39

2.3.3 BANCO DE LEITE HUMANO 44

3 JUSTIFICATIVA 49

4 OBJETIVO 52

5 MATERIAIS E MÉTODOS 53

5.1 DELINEAMENTO E POPULAÇÃO DO ESTUDO 53

5.2 ÁREA DO ESTUDO 53

5.3 AMOSTRA 53

5.4 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO 53

5.5 SELEÇÃO DA AMOSTRA 53

5.6 COLETA DE DADOS 54

5.7 ANÁLISE DOS DADOS 62

5.7 ASPECTOS ÉTICOS 62

6 RESULTADOS 63

REFERÊNCIAS 82

APÊNCIDE I - TCLE 89

APÊNCIDE II - Questionário 90

1 INTRODUÇÃO

O aleitamento materno (AM) é recomendado pelo Ministério da Saúde exclusivamente até os 6 meses de idade e, de forma complementar, até os 2 anos ou mais. Qualquer tipo de alimento oferecido antes dos seis meses, para crianças que recebem leite materno, é considerado como desmame precoce do aleitamento. O leite materno fortalece o vínculo mãe-filho, auxilia a mãe no retorno ao peso pré-gestacional e na involução uterina, reduz o risco de câncer de mama, além de ser mais econômico e não prejudicar o meio ambiente (ANTUNES et al., 2008; BRASIL, 2023).

O leite materno é rico em imunonutrientes e componentes celulares, que contribuem para o fortalecimento do sistema imunológico e, consequentemente, para a redução e proteção contra infecções (urinárias e gastrointestinais), diarreia, bronquites, alergias, anemia, sobrepeso e obesidade, entre outros. Por todos esses benefícios, o aleitamento materno colabora para a promoção da saúde do lactente e da nutriz, provocando um impacto direto nos gastos públicos com saúde, devido à redução nos atendimentos na atenção secundária e terciária deste público (BRASIL, 2019; SILVA et al., 2017; VICTORA et al., 2016).

No Brasil, foram criadas algumas políticas públicas para atender o grupo materno infantil e promover o aleitamento materno através de certos serviços, como a realização de pré-natal em Unidades Básicas de Saúde, a Iniciativa Hospital Amigo da Criança e o Banco de Leite Humano (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012; BRASIL, 2011).

O pré-natal consiste na realização de consultas para o acompanhamento do estado de saúde durante a gestação, solicitação e verificação de exames laboratoriais, vacinação, esclarecimento de dúvidas sobre o período gestacional, bem como sobre o parto e o nascimento da criança. É realizado por médico e enfermeiro, no entanto, é fundamental uma equipe multiprofissional neste cuidado. O pré-natal é o primeiro contato da mulher com a assistência à saúde em sua nova fase de vida, sendo um momento importante para a promoção do aleitamento materno (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2016). As orientações devem ocorrer durante a gestação, bem como também no pós-parto imediato e durante as consultas de puericulturas, de modo a incentivar, além do início da amamentação, a sua manutenção e seu manejo em caso

de possíveis obstáculos, como intercorrências mamárias, dificuldade de pega ao seio, internação do recém-nascido e/ou materna, entre outros aspectos (TAKUSHI, 2008; SANCHES, 2004). Shafaei et al. (2020), realizou um ensaio clínico controlado randomizado com gestantes durante o pré-natal para verificar a eficácia do aconselhamento sobre aleitamento materno na adesão ao mesmo, e obteve resultados positivos, demonstrando que a orientação é capaz de aumentar a auto eficácia da amamentação e solucionar os principais obstáculos envolvidos com a mesma durante a lactação. Dessa forma, as equipes da Atenção Primária devem estar capacitadas para promoção e incentivo ao aleitamento materno, possibilitando que a mãe, a criança, a família e a sociedade recebam todos os benefícios do serviço.

Em articulação com a atenção básica, hospitais credenciados à Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IAHC) promovem ações educativas do pré-natal ao puerpério, com assistência ao parto, contra referência após alta hospitalar, estímulo ao aleitamento materno e acesso aos serviços e grupos de apoio à amamentação (Portaria nº 1.153, 2014). Tal iniciativa foi criada pelo Fundo Internacional de Emergência para a Infância das Nações Unidas (UNICEF) e Organização Mundial da Saúde (OMS) e é adotada por vários países membros da Organização das Nações Unidas (LAMOUNIER et al., 2019).

Em um eixo transversal, há a atuação do Banco de Leite Humano (BLH), que também provê ações de incentivo ao aleitamento materno, orientando as mães quanto aos benefícios do leite materno, à pega correta, ao auxílio em intercorrências relacionadas à amamentação, assim como ao tratamento do leite humano doado. O BLH pode prestar assistência às unidades hospitalares, com o fornecimento de leite humano ordenhado para a Unidade de Terapia Intensiva Neonatal, com o auxílio às lactantes, além de realização de atendimento ambulatorial e domiciliar (RDC 171/2006; BRANCO, et al., 2015; FONSECA et al., 2021; PASSOS, et al., 2020).

Todos os serviços citados, embasados por Políticas Públicas, compõem uma rede de atenção materno infantil que abrange assistência da gestação, parto e puerpério, bem como o acompanhamento do desenvolvimento infantil para melhorar os indicadores de aleitamento materno e da redução da mortalidade materna e infantil.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 ALEITAMENTO MATERNO: DEFINIÇÕES E PANOROMA NACIONAL

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), o aleitamento materno é caracterizado por “crianças que recebem leite materno, podendo ser ou não associado a outro leite ou alimento”. Além disso, a organização o estratifica nas seguintes categorias (WHO, 1991):

- Aleitamento Materno Exclusivo (AME): crianças que recebem somente leite materno, sem outros alimentos sólidos ou líquidos, exceto medicamentos (xaropes, vitaminas, suplementos minerais e demais medicamentos).
- Amamentação complementada (AC): crianças que recebem leite materno associado a qualquer outro alimento, podendo ser sólidos ou não.

A Assembleia Mundial de Saúde estabeleceu como meta a ser alcançada até 2025, que pelo menos 50% das crianças menores de seis meses sejam amamentadas exclusivamente (VICTORA et al., 2016). Munícipios com prevalência de aleitamento materno exclusivo entre 0 a 11% são classificados como situação “ruim”, entre 12 a 49% como “razoável”, entre 50 a 89% como “bom”, e de 90 a 100% “ótimo” (OMS, 2003).

Desde a década de 1960 vem sendo realizados estudos sobre o aleitamento materno no Brasil. Em um estudo realizado por Netto et al. (1978), na cidade de São Paulo, com mães de 156 crianças, já se destacava a importância da alimentação adequada nos primeiros anos de vida para o desenvolvimento infantil, bem como alguns dos benefícios do aleitamento materno, como a prevenção de diarreia e de infecções, a proteção imunológica e o ganho de peso adequado. No estudo em questão foi evidenciado que apenas 36,6% das crianças menores de um ano de idade avaliadas estavam mamando no seio no período de realização da pesquisa. Os motivos mais frequentes para a não amamentação era o “leite fraco” ou insuficiente, a dificuldade de pega da criança e problemas mamários. Ao analisarem a opinião das mães quanto ao período de desmame do aleitamento materno, verificaram que 16% consideravam menos de seis meses de idade como período adequado, e 34% sugeriram a faixa etária de seis a doze meses. Os autores abordaram como práticas positivas para o aleitamento materno, o incentivo familiar e de profissionais da saúde e a saúde materno-infantil.

Em 1982, foi realizado um estudo (HARDY et al.), em uma cidade do estado de São Paulo, com 556 responsáveis de crianças de zero a dois anos de idade e evidenciou que apenas 24,3% estavam sendo amamentadas, e que 12,1% nunca foram amamentadas ao seio. A taxa de aleitamento materno exclusivo foi de 18%, e de aleitamento complementar foi de 34%, aos seis meses de idade. No segundo mês de vida, 48% já haviam sido totalmente desmamadas. Apenas 12% das crianças continuaram sendo amamentadas até o final do primeiro ano de vida. A idade média de introdução de mamadeira foi de 1,8 mês, o que pode ter contribuído para o desmame precoce. Não houve diferença significativa entre crianças que moravam em zona rural ou urbana, mas o aleitamento materno exclusivo foi significativamente maior em mulheres maiores de 28 anos.

Em 1998, foi concebido pela Secretaria do Estado de São Paulo o Projeto Amamentação e Municípios (AMAMUNIC) como forma de auxiliar gestores de saúde, principalmente do Estado de São Paulo, a traçar um diagnóstico da situação da amamentação, possibilitando a elaboração de políticas públicas voltadas à realidade da região, principalmente em âmbito municipal. O projeto não visava apenas a coleta de dados, mas englobava também a capacitação das equipes municipais para realização de inquéritos em campanhas de vacinação, a discussão dos resultados e o planejamento de ações estratégicas municipais e, posteriormente, estaduais. A cada ano, como pré-requisito para participação do projeto, era ofertado um treinamento aos gestores municipais de saúde. A participação municipal era voluntária, tendo, até o ano de 2008, a participação de 345 (53%) municípios do estado de São Paulo. Com o passar dos anos, houve melhora na classificação da situação de prevalência de AME, com transição da maioria dos municípios classificados com situação “ruim” (0 a 11%) para classificação de “bom” (50 a 89%). A maior parte dos municípios que faziam parte dessa categoria haviam participado mais de uma vez no projeto, demonstrando a importância do envolvimento e do treinamento dos profissionais da assistência do grupo materno-infantil para a melhoria dos indicadores de aleitamento (VENANCIO, 2010).

A Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde (PNDS) de 2006 foi realizada com mulheres entre 15 e 49 anos de idade e seus filhos menores de 5 anos (n = 4.817), por meio de entrevistas domiciliares. Dentre os parâmetros avaliados, o estudo demonstrou a situação do aleitamento materno no país. Foi verificada a prevalência

de 38,6% para aleitamento materno exclusivo, 13,2% para aleitamento materno predominante e 49% para aleitamento complementado em lactentes menores de seis meses de idade, apresentando uma progressão nacional nos indicadores de aleitamento materno.

A II Pesquisa de Prevalência de Aleitamento Materno nas Capitais Brasileiras e Distrito Federal englobou 34.366 crianças menores de um ano moradoras nas capitais brasileiras e teve sua metodologia baseada no projeto AMAMUNIC. A prevalência de aleitamento materno exclusivo em menores de seis meses foi de 41%, semelhante ao PNDS 2006, sendo maior na região Norte do Brasil (45,9%), seguida pelo Centro-oeste (45%), Sul (43,9%), Sudeste (39,4%) e, por último, Nordeste (37%). A prevalência de aleitamento materno em crianças de 9 a 12 meses foi de 58,7% (BRASIL, 2009b).

Em Juiz de Fora (MG), um estudo de base populacional, no ano de 2008, com 1859 crianças menores de um ano de idade, verificou que, aos seis meses, apenas 15,7% estavam em AME e 18,9% AM predominante, valores inferiores aos encontrados em inquéritos nacionais (AFONSO et al., 2008). Já em Alfenas (MG), em 2011, 37,3% das 126 crianças avaliadas, menores de seis meses, estavam em aleitamento materno exclusivo e 23% em predominante. A maior queda da frequência de aleitamento materno exclusivo foi evidenciada entre o quinto e sexto mês, tempo no qual também foi verificada acentuação na introdução alimentar, podendo esta ser uma das causas do desmame precoce (ARANTES et al., 2011). Na Bahia, quase metade (48,9%) das 286 crianças incluídas no estudo estavam em AME aos quatro meses, 34,6% entre quatro e seis meses incompletos, e apenas 16,4% receberam por tempo maior ou igual a seis meses (PORTO et al., 2021).

No Brasil, poucos inquéritos nacionais foram realizados com o intuito de avaliar a prevalência de aleitamento materno e da situação da saúde infantil, deixando uma lacuna de conhecimento, principalmente, sobre a situação alimentar dos menores de cinco anos de idade. Para atualizar os indicadores de aleitamento e alimentação infantil do país, foi realizado, em 2019, o Estudo Nacional de Alimentação e Nutrição Infantil (ENANI), com 14.558 crianças distribuídas em 123 cidades e 26 estados, mais o Distrito Federal. A prevalência de AME em menores de seis meses foi de 45,8% no Brasil, resultado similar ao encontrado na II Pesquisa de Prevalência de Aleitamento Materno nas Capitais Brasileiras e Distrito Federal, de 2009. Apesar do índice nacional ter sido semelhante aos dos anos anteriores, houve mudança nas prevalências das

regiões do país, sendo os melhores índices encontrados nas regiões Sul (54,3%), Sudeste (49,1%), Centro-oeste (46,5%), Norte (40,3%) e, mantendo-se em último lugar, Nordeste (39%). Não foi observada diferença significativa entre as zonas rurais e urbanas.

Ao decorrer dos anos, com o surgimento de campanhas de incentivo e de algumas políticas voltadas ao público materno-infantil, o número de lactantes que estão em aleitamento materno vem aumentando. No entanto, a prevalência de aleitamento materno exclusivo até os seis meses de idade no Brasil ainda continua em torno de 45%, e a amamentação até o primeiro ano de vida é de 53%, conforme indicadores nacionais do estado nutricional e do consumo alimentar (ENANI, 2020).

Alguns estudos nacionais e regionais realizados sobre a alimentação infantil, que contemplam dados de aleitamento materno, podem ser visualizados nas tabelas 1 e 2.

Tabela 1 - Situação do Aleitamento Materno de acordo com os estudos nacionais no Brasil em três décadas (1970 – 2010)

Estudo/ano	**Amostra**	**Prevalência de aleitamento materno até 6 meses de idade**
PNSMI, 1986	122 crianças <6 meses	Amamentação (exclusiva ou não): 37,4%
PNDS, 1996	138 crianças<6 meses	Exclusivo: 13,9% Predominante: 3,6% Complementado: 42,8%
PNDS, 2006	495 crianças <6 meses	Exclusivo: 38,6% Predominante: 13,2% Complementado: 49%
II Pesquisa de Prevalência de Aleitamento Materno nas Capitais Brasileiras e Distrito Federal, 2009	18929 crianças <6 meses	Exclusivo: 41%
ENANI, 2019	681 crianças<6 meses	Exclusivo: 45,8% Predominante: 13,2% Misto: 19,8%

Fonte: Elaborada pela autora, 2023.

Legenda:

*PNDS: Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde

*PNSMI: Pesquisa Nacional sobre Saúde Materno-Infantil e Planejamento Familiar

Tabela 2 - Situação regional do Aleitamento Materno de acordo com os estudos nacionais realizados no Brasil (1978 – 2021)

Estudo/ano	**Amostra**	**Prevalência de aleitamento materno até 6 meses de idade**
Netto, et al. 1978 São Paulo	156 crianças	AM total até 1 ano: 36,6%
Hardy, et al. 1982 São Paulo	556 crianças de 0 a 2 anos	AME 6 meses: 18% AM complementar: 34% AM < 1ano: 12%
Afonso, et al. 2008 Juiz de Fora, Minas Gerais	1859 crianças <1 ano	AME 6 meses: 15,7% AMP 6 meses: 18,9%
Arantes, et al. 2011 Alfenas. Minas Gerais	126 crianças menores de 6 meses	AME : 37,3% AMP: 23%
Brandão, et al. 2015 Bento Gonçalves, Rio Grande do Sul	405 crianças menores de 1 ano	AME 6 meses: Serviços com implantação da Rede Amamenta Brasil: 43,3% Serviços com implantação da Rede Amamenta Brasil: 38,1%
Carvalho, et al. 2018 Vitória de Santo Antão, Pernambuco	62 crianças de 0 a 6 meses	AME 6 meses: 41,7%
Alves, et al. 2018 Rio de Janeiro	449 crianças de 0 a 6 meses	AME 6 meses: 50,1%

Martins, et al. 2019 Juiz de Fora	548 crianças menores de 5 anos de idade	AME 6 meses: 6,2%
Silva, et al. 2019 Coelhos, Pernambuco	219 crianças 0 a 6 meses	AME 6 meses: 32,9%
Porto, et al 2021 Bahia	286 crianças	AME 6 meses: 16,4%

Ao analisar os estudos relacionados ao aleitamento materno, é possível verificar o aumento da prática do AME e sua prevalência, com consequente redução do desmame, que possivelmente se relacionam ao fortalecimento das políticas públicas voltadas ao público materno-infantil. No entanto, apesar dessa ascensão, a situação atual ainda se encontra aquém das recomendações do Ministério da Saúde (MS) e da OMS que tem a meta de atingir 50% no aleitamento materno exclusivo até os 6 meses de idade (VICTORA et al., 2016), o que demonstra a necessidade de conhecimento sobre a situação do AM materno e dos fatores determinantes para sua continuidade e subsequente melhoria nas condições que influenciam o desmame.

2.2 AÇÕES E POLÍTICAS PÚBLICAS PROMOTORAS DO ALEITAMENTO MATERNO

No final do século XIX houve uma redução na prática do aleitamento materno devido às crenças, práticas hospitalares que propiciavam o desmame precoce, surgimento de utensílios e fórmulas infantis com forte marketing. As orientações inadequadas dos profissionais contribuíam para o desmame precoce, além de ser reforçado pelo governo a crença de “leite fraco” visto que o mesmo distribuía leites de forma gratuita para a população. Como já mencionado, o leite materno fornece componentes que fortalecem o sistema imunológico do bebê, e desta forma, com a redução de seu consumo nessa época, houve um aumento na morbimortalidade infantil. Este foi o principal motivo para o início de ações e formulação de políticas públicas voltadas à promoção do aleitamento materno (ARAUJO, 2006; BRASIL, 2017). Para essa mudança de paradigmas se fez necessário o envolvimento de todos em ações de desestímulo ao aleitamento materno, como os profissionais e serviços de saúde, sociedade e os meios de comunicação que tanto propagavam sobre os substitutos do leite materno (CARVALHO, 2010).

Uma das primeiras medidas realizadas pelo Governo Brasileiro, foi a Portaria Estadual nº 99 de 1973 para proibir o marketing da doação de leite em pó. A primeira política pública materno-infantil foi criada anos depois, em 1981, pelo Instituto Nacional de Alimentação e Nutrição (INAN), após discussões internacionais sobre o tema da amamentação e recomendações de órgãos como a OMS e UNICEF. A política visava ações para promoção e proteção do AM, como campanhas publicitárias educativas em massa, treinamento de profissionais da saúde, leis trabalhistas de

proteção materno-infantil, controle na divulgação e comercialização de produtos substitutos do leite materno, distribuição de materiais educativos, criação de grupos de apoio e aconselhamento (caput, BRASIL, 2017).

Tão importante quanto as ações de promoção do aleitamento materno é a proteção do consumidor quanto a informações e propagandas desestimuladoras das práticas de alimentação saudável. E nesse sentido, em 1988, foi adaptado no Brasil o Código Internacional de Comercialização de Substitutos do Leite Materno, para reduzir a exposição e o uso inadequado dos substitutos do leite materno. O Código se aplica:

> substitutos do leite materno, incluindo fórmulas infantis; outros produtos lácteos, alimentos e bebidas à base de leite, entre os quais alimentos complementares servidos em mamadeira, quando estes são comercializados ou de outra forma apresentados como sendo apropriados, com ou sem modificação, para uso como substituto 100 parcial ou total do leite materno; mamadeiras e bicos. Também se aplica à qualidade, disponibilidade e informação sobre o uso destes produtos. (Ministério da Saúde, 2009, p. 09)

Ao longo dos anos, no Brasil, esse Código originou a Norma Brasileira de Comercialização de Alimentos para Lactentes e Crianças de Primeira Infância, Bicos, Chupetas e Mamadeiras que foi sofrendo revisões e atualizações, e que permanece em vigor.

O primeiro Banco de Leite Humano foi inaugurado em 1943, no Rio de Janeiro. No entanto, o BLH só foi oficializado como política pública em 1985, adotando controles sanitários e de qualidade mais rigorosos em todas as etapas de processamento do leite humano ordenhado. Somente em 1998 que houve a formalização da Rede Brasileira de Bancos de Leite Humano (MAIA, 2006).

Um grande marco na história do povo brasileiro foi a Constituição Federal de 1988, especialmente para as mulheres trabalhadoras, que passaram a ter direito à licença maternidade permitindo a mulher mais tempo junto ao filho, facilitando a amamentação. No entanto, apesar da recomendação do MS e OMS ser de aleitamento materno exclusivo até os 6 meses, a licença maternidade é de apenas 4 meses (120 dias). Além das mães, os pais também adquiriram o direito à licença paternidade, sendo uma fonte de apoio importante para nutriz nesse período de estabelecimento do aleitamento materno (BRASIL, 1988; BRASIL, 1991).

Em 1990, na Itália, foi assinada por diversos países a Declaração Innocenti, cujo objetivo era estimular e proteger o aleitamento materno com metas para assegurar o direito da mulher de exercer a amamentação, por meio de elaboração e monitoramento de políticas públicas para alimentação infantil, medidas para controle

da comercialização de substitutos do leite materno, entre outras. A declaração serviu de base tanto para recomendações da OMS e UNICEF na Estratégia Global para Alimentação de Lactentes e Crianças de Primeira Infância quanto para a implementação da Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC). Seu objetivo é mudar condutas profissionais e rotinas hospitalares que estão relacionadas ao desmame precoce, de forma que a rede terciária também participe das ações de incentivo e ensinamento sobre aleitamento materno (WHO; UNICEF; 1990).

Ainda na década de 1990, no Brasil, foi criada a Norma Brasileira para Comercialização de Alimentos para Lactentes (NBCAL) para regular a comercialização de alimentos e utensílios para lactentes de forma a proteger o aleitamento materno. Estabelecia regras sobre a rotulagem das fórmulas infantis de forma a esclarecer ao consumidor sobre a importância do aleitamento materno e que os mesmos só devem ser utilizados com prescrição médica ou de nutricionista. Uma das maiores conquistas da NBCAL foi proibir a promoção comercial desses produtos em todos os tipos de comunicação. Em 2006, a NBCAL se transformou na Lei nº 11.265/2006 que regulamenta o comércio, rotulagem, publicidade, educação e informação ao público.

A promoção do aleitamento materno deve ser realizada em todos os pontos da rede de atenção, principalmente nos serviços que prestam atendimento ao público materno-infantil. Como mencionado anteriormente, a Atenção Primária assume um papel importante nessa promoção, e focando neste serviço, foi criado pelo Ministério da Saúde em 2008 a Rede Amamenta Brasil, com foco em aumentar os índices de aleitamento materno no Brasil através da Educação Permanente em saúde com o desenvolvimento das habilidades dos profissionais respeitando sua visão e realidade local. Trata-se de uma rede de cooperação nas três esferas de governo: federal, estadual e municipal, com a formação de tutores e oficinas de trabalho (BRASIL, 2013b).

Ampliando o cuidado materno-infantil, a Rede Cegonha foi instituída no âmbito do SUS em 2011, pela Portaria nº 1.459, visando garantir o planejamento reprodutivo, atenção humanizada na gestação, parto e puerpério, além de assegurar o direito da criança de um nascimento seguro, e crescimento e desenvolvimento adequados. As ações de atenção materno-infantil devem ser contínuas através da articulação de vários pontos da rede, que se organiza em quatro componentes: pré-natal, parto e nascimento, puerpério e atenção integral à saúde da criança, sistema logístico

(transporte sanitário e regulação) (BRASIL, 2011). A Rede Cegonha incorporou a Política Nacional de Humanização, que busca a inclusão de diferentes atores e protagonistas, com respeito e valorização dos saberes de todos os envolvidos no processo de cuidar. Além disso, a formação profissional faz parte da rede, sendo fundamental para mudança de paradigmas (FILHO, 2021).

Em 2013, foi publicada a Portaria nº 1.920 que instituiu a Estratégia Nacional para Promoção do Aleitamento Materno e Alimentação Complementar Saudável no Sistema Único de Saúde – Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil (EAAB), resultante da unificação de duas ações existentes (Rede Amamenta Brasil e a Estratégia Nacional para Alimentação Complementar Saudável). A EAAB traz uma nova proposta no processo de educação acerca desse tipo de alimentação, de forma a auxiliar a elaboração de serviços de apoio para as lactantes nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) e a formação dos profissionais que irão atendê-las, por meio de atividades participativas e trocas de experiências para melhoria do atendimento de acordo com a realidade local. Enfatiza-se que, na atualidade, é um grande desafio transformar a realidade e efetuar mudanças de hábitos a fim de incentivar o aleitamento e alimentação adequada, tendo em vista as influências socioculturais, o acesso e a qualidade dos alimentos, e as numerosas propagandas da indústria alimentícia (BRASIL, 2013a; BRASIL, 2015).

Para implementação da EAAB, são necessários a formação de facilitadores e tutores, a realização de oficinas e acompanhamento nas UBS, o monitoramento das ações e, por fim, a certificação. Os facilitadores são um apoio técnico, e auxiliam a condução das oficinas e formação de tutores. Estes, por sua vez, são responsáveis por disseminar a Estratégia e por realizar as oficinas nas UBS, além de auxiliar no processo de criação de ações para promoção e proteção do AM. As oficinas têm por objetivo

> discutir a prática do aleitamento materno e da alimentação complementar saudável no contexto do processo de trabalho das UBS; incentivar a pactuação de ações para promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno e à alimentação complementar saudável, de acordo com a realidade local e; estimular a construção das relações de cooperação entre a equipe e os diferentes níveis de atenção, por meio do apoio matricial e da construção de linhas de ação. (Brasil, 2015, p. 24-25)

Como em toda política pública, o monitoramento se faz necessário para acompanhar a evolução do processo e da implementação do indicador de saúde, de forma periódica e permanente, de modo que se possa planejar e redefinir ações de superação das metas a serem alcançadas.

Continuando os esforços para melhorar os indicadores nacionais de saúde materno-infantil, em agosto de 2015, foi publicada a Portaria GM/MS n.º 1.130, que institui a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC), provendo ações de proteção e promoção da saúde, em cuidado integral, da gestação até a infância (até nove anos de idade). Seus princípios convergem com os do SUS, como universalidade, equidade, integralidade, humanização e gestão participativa, para garantir o direito à vida e à saúde. A PNAISC tem como objetivo a promover e proteger o aleitamento materno, que também vem ser descrito como um dos eixos estratégicos da política, sendo que as ações de promoção devem iniciar ainda na gestação. Em seu artigo 8, traz como ações estratégicas do aleitamento materno:

> I - a Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC);
> II - a Estratégia Nacional para Promoção do Aleitamento Materno e Alimentação Complementar Saudável no SUS - Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil (EAAB);
> III - a Mulher Trabalhadora que Amamenta (MTA);
> IV - a Rede Brasileira de Bancos de Leite Humano;
> V - a implementação da Norma Brasileira de Comercialização de Alimentos para Lactentes, para Crianças de Primeira Infância, Bicos Chupetas e Mamadeiras (NBCAL); e
> VI - a mobilização social em aleitamento materno. (Portaria GM/MS n.º 1.130/2015)

Em 2016, O Marco Legal da Primeira infância, estabelece como direito das gestantes e famílias com crianças de primeira infância o recebimento de orientações sobre o aleitamento materno e alimentação complementar saudável de forma a contribuiu para o crescimento e desenvolvimento infantil (Lei 13257/2016).

Em 2020, foi publicada a Portaria GM/MS nº 3.297, que institui, em caráter excepcional e temporário, o incentivo financeiro de custeio de 16,9 milhões de reais para as ações de promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno e à alimentação complementar adequada e saudável para crianças menores de dois anos de idade, através da EAAB em articulação com a Atenção Primária à Saúde (BRASIL, 2020). Tal financiamento deve ser utilizado para:

> I - a identificação, o cadastro e o monitoramento das práticas alimentares de crianças menores de 2 (dois) anos de idade, por meio das ações de vigilância alimentar e nutricional;
> II - o fortalecimento da atenção nutricional integral, priorizando as ações de promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno e da alimentação complementar adequada e saudável, de acordo com a EAAB; e
> III - a implementação de ações intersetoriais e de caráter comunitário para promoção da saúde de crianças menores de 2 (dois) anos de idade, de forma a apoiar famílias e comunidades na adoção de modos de vida saudáveis e o controle de doenças e agravos decorrentes da má alimentação. (Portaria GM/MS nº 3.297/2020, art 3)

O financiamento foi encaminhado do Fundo Nacional de Saúde para os Fundos Municipais e Distrital de Saúde. A cidade de Juiz de Fora recebeu o repasse no valor

de 36.000 reais.

As ações, programas, portarias, decretos e políticas públicas direcionadas a promoção, proteção e apoio ao AM, estão resumidas na tabela 3, em ordem cronológica.

Tabela 3 - Legislação e Políticas Públicas direcionadas a promoção do aleitamento materno (1974-2020)

Ano	Legislação e Políticas Públicas	Objetivo
1974	Portaria Estadual nº 99	Proibir a doação de leite em pó às mães pobres nos hospitais e unidades de saúde de Pernambuco.
1976	II Programa Nacional de Alimentação e Nutrição	Elaborar estratégias capazes de reduzir a desnutrição em crianças brasileiras.
1981	Código Internacional de Comercialização de Substitutos do Leite Materno	Criar normas éticas para a comercialização de substitutos do leite materno.
1981	Programa Nacional de Incentivo ao Aleitamento Materno (Pniam)	Realizar campanhas de promoção do AM; Treinar os profissionais de saúde; Criar leis trabalhistas protetoras do AM; Controlar o marketing e comercialização de substitutos do LM; Elaborar material educativo; Realizar orientação individual e coletiva.
1982	Portaria nº 18 – INAMPS/MS	Obrigar o alojamento conjunto nas unidades hospitalares públicas.
1988	Portaria MS nº 322	Dispor normas gerais para regular a instalação e funcionamento de BLH.
1988	Normas para Comercialização de Alimentos para Lactentes (Ncal)	Regular a comercialização de alimentos para lactentes.
1988	Constituição Federal	Garantir o direito da mulher trabalhadora a 120 dias de licença-maternidade e direito do pai de 5 dias de licença-paternidade; Garantir o direito das mulheres privadas de liberdade em permanecer com seus filhos durante o período de amamentação.

1989	Declaração Conjunta sobre o Papel dos Serviços de Saúde e Maternidades	Definir dos Dez Passos para o Sucesso do Aleitamento Materno.
1990	Declaração de Inoccenti	Estabelecer conjunto de metas para a prática da amamentação de forma exclusiva até os 4-6 meses de vida, e complementada até 2 anos ou mais.
1990	Portaria nº 1.390	Instituir a Comissão Central de BLH.
1990	Lei Federal nº 8.069 - Estatuto da Criança e do Adolescente	Realizar orientação sobre AM para gestantes; Estabelecer como dever dos empregadores e instituições públicas de propiciar condições adequadas para o AM, inclusive para mulheres privadas de liberdade.
1991	Iniciativa Hospital Amigo da Criança	Alterar da rotina das maternidades; Estimular as práticas protetoras do AM.
1992	Norma Brasileira para Comercialização de Alimentos para Lactentes (NBCAL)	Regular a promoção comercial e do uso apropriado dos alimentos substitutos ou complementos do leite materno, bem como de bicos, chupetas e mamadeiras.
1995	Projeto de Redução da Mortalidade Infantil (PRMI)	Reduzir a mortalidade infantil; Realizar ações de promoção, proteção e apoio do AM.
2003	Portaria GM/MS nº 1.893	Instituir o Dia Nacional de Doação de Leite Humano em 1º outubro; Incentivar a doação em todo o País.
2006	Portaria MS nº 618	Instituir o Comitê Nacional de Aleitamento Materno do Ministério da Saúde; Assessorar e apoiar a implementação das ações de promoção, proteção e apoio ao AM.

2006	Lei nº 11.265	Regulamentar a comercialização de alimentos para crianças até o 3º ano de vida.
1999	Iniciativa Unidade Básica Amiga da Amamentação	Realizar atividades de incentivo e apoio ao aleitamento materno na atenção básica no Rio de Janeiro.
2007	Portaria GM/MS nº 1.683 - Norma de Atenção Humanizada ao Recém-nascido de Baixo Peso	Melhorar a qualidade do cuidado; Aumentar as taxas de AM.
2008	Portaria GM/MS nº 2.799 - Rede Amamenta Brasil	Promover educação crítico-reflexiva; Revisar o matriciamento dos processos de trabalho interdisciplinar nas unidades básicas de saúde; Contribuir para AM.
2008	Lei nº 11.770 – Programa Empresa Cidadã	Prorrogar por 60 dias a duração da licença-maternidade mediante a concessão de incentivo fiscal.
2010	Portaria Anvisa nº 193 - Nota Técnica Conjunta nº 01/2010 Anvisa e Ministério da Saúde	Orientar a instalação de salas de apoio à amamentação para mulher trabalhadora em empresas públicas ou privadas.
2011	Portaria nº 1.459/GM/MS - Rede Cegonha	Promover ações de promoção do AM no puerpério e na atenção integral à criança.
2013	Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil (EAAB)	Qualificar as ações de promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno e a alimentação complementar saudável para crianças menores de 2 anos

		de idade; Aprimorar as competências e as habilidades dos profissionais de saúde da Atenção Básica.
2014	Portaria nº 1153	Revisar os processos de habilitação dos hospitais na IHAC; Inclusão das práticas de “Cuidado da Mulher”, acompanhamento dos pais 24h/dia aos recém-nascidos de risco.
2015	Portaria GM/MS nº 1130 - Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (Pnaisc)	Recomendar a atenção e os cuidados integrais e integrados da gestação aos 9 anos de vida, com especial atenção à primeira infância e às populações de maior vulnerabilidade.
2015	Lei nº 13.227	Determinar o dia 19 de maio como Dia Nacional de Doação de Leite Humano.
2016	Lei nº 13.257 - Marco Legal da Primeira Infância	Garantir o direito das gestantes e famílias com crianças na primeira infância em receber orientação e formação sobre aleitamento materno; Prorrogar a licença-paternidade por mais 15 dias além dos 5 previstos da Constituição para empregados de empresas cidadãs.
2017	Lei nº 13.435	Instituir o mês de agosto como o Mês do Aleitamento Materno (Agosto Dourado); Intensificar ações intersetoriais de conscientização e esclarecimento sobre a importância do aleitamento materno.
2020	Portaria GM/MS nº 3.297	Incentivo financeiro no âmbito da Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil

Fonte: Elaborada pela autora

2.3 REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE MATERNO-INFANTIL COM FOCO NO ALEITAMENTO MATERNO: UMA AÇÃO DE SAÚDE COLETIVA

O conceito de saúde vem mudando ao longo dos anos. Na década de 1980, foi debatido, na 8ª Conferência Nacional de Saúde, o tema “Saúde como direito de todos e dever do Estado”, o qual se tornou a base da construção da Constituição Federal Brasileira de 1988 (CF/88), que institucionalizou o Sistema Único de Saúde, visando a universalidade da saúde (BRASIL, 1986).

A Constituição Federal de 1988 (CF/88) incentiva ao Aleitamento Materno, através da inclusão de programas de assistência integral à saúde da criança, com recursos destinados ao grupo materno-infantil, bem como estabilidade empregatícia para gestantes, e licença maternidade de 120 dias. Tais ações colaboram para a adesão da mulher ao aleitamento materno por permitir um maior tempo de relação entre a mãe e o bebê, facilitando a recomendação de AM por livre demanda (SALUSTIANO, et al., 2012; BRASIL, 2018).

Além disso, a Constituição Federal de 1988 traz, em seus artigos 196 e 198, respectivamente, o conceito ampliado de saúde e os princípios de diretrizes do SUS. Pela primeira vez, a saúde passa a ser reconhecida e afirmada como um direito de todos, com acesso universal e igualitário, aos serviços de promoção, proteção e recuperação. Ou seja, a saúde deixa de ser vista como apenas ausência de doença. O SUS traz como princípios e diretrizes: I - universalidade de acesso aos serviços de saúde; II - integralidade de assistência; III - preservação da autonomia das pessoas; IV - igualdade da assistência à saúde; V - direito à informação sobre sua saúde; VI - divulgação de informações quanto ao potencial dos serviços de saúde e a sua utilização pelo usuário; VII - utilização da epidemiologia para o estabelecimento de prioridades, a alocação de recursos e a orientação programática; VIII - participação da comunidade; IX - descentralização político-administrativa, com direção única em cada esfera de governo (regionalização e hierarquização da rede); X - integração em nível executivo das ações de saúde, meio ambiente e saneamento básico; XI - conjugação dos recursos financeiros, tecnológicos, materiais e humanos da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios na prestação de serviços de assistência à saúde da população; XII - capacidade de resolução dos serviços em todos os níveis de assistência; e XIII - organização dos serviços públicos de modo a evitar duplicidade de meios para fins idênticos; XIV – organização de atendimento

público específico e especializado para mulheres e vítimas de violência doméstica em geral, que garanta, entre outros, atendimento, acompanhamento psicológico e cirurgias plásticas reparadoras, em conformidade com a Lei nº 12.845, de 1º de agosto de 2013.

A amamentação é biologicamente determinada, porém, sofre influência das condições sociais, econômicas, políticas e culturais, sendo considerada, por alguns autores, como um bem social compartilhado (ALMEIDA, 1998; ALMEIDA, 1999). Para a Comissão Nacional de Determinantes Sociais da Saúde (CNDSS), essas condições possuem impacto na ocorrência de problemas de saúde e seus fatores de risco na população (BUSS; FILHO, 2007). A Atenção Básica, que faz parte da rede do SUS, é o mais alto grau de descentralização do serviço de saúde, estando mais próxima ao usuário. É caracterizada por ações individuais e coletivas, como promoção da saúde, diagnóstico clínico e tratamento, reabilitação e redução de danos e agravos. Visa ao cuidado integral dos indivíduos, considerando sua singularidade e inserção sociocultural, para melhoria da situação de saúde e desenvolvimento de autonomia, impactando nos determinantes e condicionantes sociais de saúde da sociedade. Além disso, realiza ações de vigilância em saúde e compartilha dos princípios do SUS, embasada pela Política Nacional de Atenção Básica, instituída pela Portaria 2.436/2017. Segundo o artigo 4 desta portaria, a Atenção Básica prioriza e se consolida na Saúde da Família, por meio de um acompanhamento horizontal e contínuo com foco na atenção integral. Os estabelecimentos de saúde que prestam ações e serviços de Atenção Básica, no âmbito do SUS, são denominados de Unidades Básicas de Saúde – UBS. A proximidade da unidade ao território do indivíduo, juntamente com seu acolhimento e resolutividade tornam as UBS porta de entrada preferencial para a rede de atenção à saúde. De acordo com Holanda e Silva (2022), a principal causa associada ao desmame precoce, em Pernambuco, foi a localização geográfica da residência, conforme a distância entre a casa das 47 nutrizes do estudo e a Unidade Básica de Saúde, demonstrando o impacto da dificuldade de acesso a esses serviços nas condições de saúde da população.

No entanto, o incentivo ao aleitamento materno não se restringe apenas às unidades de atenção básica, mas engloba todos os serviços fornecidos pela Rede Cegonha. Seus princípios garantem o respeito às diversidades culturais, étnicas e raciais, assim como a proteção dos direitos humanos através de um sistema equitativo e de acolhimento. Tais objetivos versam com o que é defendido pelo SUS sobre o

atendimento integral, com a nova visão do conceito saúde para além de doenças. Na unidade básica, a Rede Cegonha se aplica através do pré-natal, da visita domiciliar na primeira semana do puerpério e da puericultura. Estão inseridos na atenção terciária, através dos Hospitais Amigo da Criança (HAC), os partos humanizados, as Unidades Cangurus, UTI/Enfermarias humanizadas, todos com o mesmo objetivo de fortalecer o vínculo mãe-filho e estimular a amamentação (PRT MS/GM 1459/2011).

As Redes de Atenção à Saúde são arranjos organizativos de vários serviços de saúde, com diferentes tecnologias e assistências, de forma a complementar o cuidado. Tais serviços devem ter como foco principal as necessidades de saúde do sujeito, grupo e/ou comunidade de um determinado território, ou seja, deve-se conhecer o processo saúde-doença para implementar processos de trabalho mais efetivos para solucionar o problema e servir como subsídios para elaboração de políticas públicas. Para isso, vem sendo proposta ao longo dos anos a reformulação do sistema de saúde para uma saúde coletiva, que englobe todas as variáveis que acompanham o sujeito e que são determinantes no processo saúde-doença (CAMPOS, 2005; FRANCO, 2005).

Atualmente, no país, há várias políticas públicas elaboradas para melhorar as condições de vida e saúde da população, no entanto, é preciso se atentar à presença de lacunas entre a política formulada e a execução da mesma, visto que o Brasil é um país de extenso território, com uma grande diversidade cultural e econômica, e com dificuldade de acesso a algumas regiões, o que faz com que nem sempre as necessidades de todos os indivíduos sejam atendidas. Devido a isso, o conceito de equidade e o princípio de regionalização tornam-se fundamentais para garantir a universalidade do acesso e o atendimento de qualidade (CAMPOS, 2005; FRANCO, 2005).

Outro fator que impacta na execução adequada das políticas públicas é o financiamento. O SUS é um sistema complexo, que engloba diversos atores e gestores, assim como a participação da iniciativa privada. Atualmente, em vez do governo investir no próprio sistema público (recursos humanos, equipamentos, tratamentos, entre outros aspectos), o maior gasto em saúde tem sido feito por serviços prestados por instituições privadas. A Lei Orgânica 8.080/90 permite a participação da iniciativa privada de forma complementar ao SUS, estando divergente da situação na qual estamos vivenciando. Mesmo apoiado por leis, o financiamento e a implantação do SUS sofre com as mudanças de governo, já que não tem sido tratado

como prioridade pelos mesmos. Tal fato vem sendo retratado por muitos autores como o “desmonte do SUS”, que se intensificou e se tornou explícito com a crise econômica do Brasil nos últimos anos e a Emenda Constitucional 95 (EC-95/2016), que congela o orçamento público durante vinte anos (CAMPOS, 2018; VIEIRA, 2016).

O SUS atua para além dos serviços de assistência direta, englobando as instituições de ensino e pesquisa interligadas às secretarias de todas as esferas de governo, contribuindo para o aumento e a disseminação do conhecimento pactuados com os princípios do SUS (PAIM, 2018). As pesquisas promovidas por estas instituições podem fomentar o sistema único de saúde, ressaltando sua robustez e significância para mudanças de paradigmas. E é acreditando nesse poder de mudança que o presente trabalho foi realizado, de forma a contribuir para melhorias nas políticas existentes e/ou para exaltar os resultados obtidos até o momento, além de auxiliar nas ações de promoção e incentivo do aleitamento materno.

2.3.1 ATENÇÃO BÁSICA COMO INSTRUMENTO DE PROMOÇÃO DO ALEITAMENTO MATERNO

A Atenção Básica participa da assistência materno-infantil através do acompanhamento pré-natal, que ocorre durante toda a gestação, consistindo em consultas periódicas, exames laboratoriais e de imagem, vacinas e orientações. Este cuidado corrobora com o princípio de integridade de assistência, já que o pré-natal é um acompanhamento articulado e contínuo, com serviços de prevenção e promoção da saúde, bem como tratamento das doenças prévias e/ou gestacionais. Vale ressaltar a importância de que todos os profissionais da unidade, em trabalho interdisciplinar, façam parte do cuidado. Além disso, o pré-natal é o primeiro contato da mulher com a assistência à saúde em sua nova fase de vida, sendo um momento importante para a promoção do aleitamento materno (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2016).

Um estudo de base populacional realizado na cidade de Juiz de Fora, em 2008, com 1.859 crianças, evidenciou uma cobertura de pré-natal de 87,1%, com número médio de 7,28 consultas. Além disso, foi verificado que 64,9% realizaram o pré-natal no SUS, em Unidades de Saúde da Família ou em Unidades Básicas de Saúde tradicionais (AFONSO et al., 2008). Em 2015, foi realizado um novo estudo em Juiz de Fora, com 111 gestantes, em 8 UBS, o qual verificou que a maioria (62%) iniciou o

pré-natal até o terceiro mês da gestação e realizou mais de 7 consultas (53%), conforme recomendado pelo Ministério da Saúde. No entanto, foi também constatado que o número de mulheres com acompanhamento gestacional tardio ainda é elevado (49%) (ANDRADE et al., 2015).

Os atendimentos realizados pelas equipes das UBS são contabilizados e incorporados no DATASUS para elaboração, monitorização e avaliação de indicadores de saúde e dos serviços prestados. No entanto, há uma defasagem no sistema, sem preenchimento de dados dos últimos anos. Os dados mais recentes incorporados no DATASUS, referentes aos atendimentos de pré-natal e puericultura em Juiz de Fora, são de 2015 e estão apresentados no Quadro 1. O Quadro 2 consta as informações sobre nascimentos em Juiz de Fora de 2013 a 2015.

Quadro 1 – Atendimentos de pré-natal e puericultura em Juiz de Fora (MG) no ano de 2015

Tipo de atendimento	**Número de atendimentos/ano**
Pré-natal	10.907
Puericultura	17.977

Fonte: DATASUS

Quadro 2 – Número de Nascidos Vivos em Juiz de Fora (MG) nos anos de 2013 a 2015

Ano referência	**Número de Nascidos Vivos**
2013	6.495
2014	6.770
2015	6.772

Fonte: DATASUS

Sabe-se que a realização do pré-natal é de suma importância para obter resultados favoráveis na gestação e promover o aleitamento materno. Contudo, é necessário que

o atendimento prestado seja de qualidade, com profissionais capacitados com relação às peculiaridades do grupo materno-infantil e aos conhecimentos sobre o aleitamento materno. Em 2007, em Montes Claros, Minas Gerais, foi realizado um estudo com 193 profissionais de saúde das UBS, de nível médio e superior, para avaliar o conhecimento sobre aleitamento materno. Os resultados demonstraram que 69,4% dos entrevistados nunca realizaram uma capacitação específica sobre amamentação, e que médicos e agentes comunitários de saúde apresentaram desempenho menor que 50% quando perguntados sobre técnicas de amamentação e manejo de problemas com AM. Apenas o desempenho dos enfermeiros foi considerado como satisfatório (superior a 80%) (CALDEIRA et al., 2007).

Em 2008, no Rio de Janeiro, foi avaliado o impacto da certificação de Iniciativa Unidade Básica Amiga da Amamentação (IUABAAM) na prevalência do aleitamento materno. Para tal, foram efetuadas duas coortes retrospectivas com crianças menores de um ano de idade, atendidas na UBS em questão, antes (n= 121) e após (n= 200) a certificação da UBS. Averiguou-se uma diferença significativa da prevalência de AME até seis meses entre os dois períodos. Na faixa etária de quatro a seis meses, a prevalência de AME passou de 41% para 82%, demonstrando o benefício e importância das ações de incentivo ao AM (CARDOSO et al., 2008).

A avaliação do grau de implementação da Rede Amamenta Brasil foi feita por Venâncio et al. (2013), considerando as três esferas de governo – federal, estadual e municipal. Na esfera federal, foram avaliadas as ações do Ministério da Saúde; na estadual, as ações das Secretarias Estaduais de Saúde; e na municipal, as Secretarias Municipais de Saúde e UBS. A implementação federal atingiu 100% das ações propostas, e a nível estadual, 89%. As cidades avaliadas foram Porto Alegre (Rio Grande do Sul), Corumbá (Mato Grosso do Sul) e Brasília (Distrito Federal). A cidade com maior implantação da rede foi Corumbá, com 100% (considerando 10 UBS avaliadas), seguida por Porto Alegre com 28,6% (14 UBS), e Brasília com 18,2% (11 UBS).

Outro estudo sobre implementação de serviços foi executado em Bento Gonçalves, no Rio Grande do Sul, com avaliação da Rede Amamenta Brasil. Na cidade citada, 27% das UBS (n= 6) eram certificadas pelo Ministério da Saúde, e outras 14 unidades estavam iniciando o processo de implementação da rede. No estudo de Brandão et al. (2015) nesta cidade, foi avaliado o grau de implementação por meio de um questionário com perguntas voltadas a 21 gerentes e 20 profissionais

de saúde de nível superior com os quatro critérios exigidos para certificação. Foi verificado que 100% das UBS certificadas faziam parte da Estratégia de Saúde da Família. Uma descoberta importante foi que quase metade (47,5%, n= 153) dos profissionais de saúde das unidades que iniciaram a implementação da rede não eram funcionários da UBS quando a oficina de trabalho havia sido realizada, e que 26,8% não conheciam o fluxograma existente para o atendimento materno-infantil no período de amamentação. Além de avaliar as variáveis relacionadas ao serviço das UBS, o estudo também verificou a associação entre os diferentes serviços (UBS certificadas ou não) com a prevalência de aleitamento materno em 405 crianças menores de um ano, entretanto, não foi observada diferença significativa de AME e AM entre as crianças acompanhadas pelos dois tipos de serviços. A prevalência de AME aos seis meses foi de 38,8%, com duração mediana de 54,5 dias.

Após a integração da Rede Amamenta Brasil e a Estratégia Nacional para a Alimentação Complementar que originou a Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil (EAAB), novos estudos foram realizados em UBS para avaliar a implantação da nova estratégia. A EAAB estimula a educação permanente através de tutores, que são profissionais de saúde capacitados por oficinas que auxiliam as UBS nas ações de promoção do aleitamento materno e da alimentação complementar. Parcerias entre o Ministério da Saúde e pesquisadores permitiram a elaboração de um Manual de Apoio ao Tutor da EAAB para auxiliar o desempenho e melhora dos resultados dos tutores. Segundo Relvas et al. (2019), após a utilização do Manual por treze tutores nas UBS de Embu das Artes, em São Paulo, houve uma mudança estatisticamente significativa no conhecimento do tutor sobre o aleitamento materno e alimentação adequada, com maior acerto de questões no pós-teste realizado após a disponibilização do Manual. O mesmo também ocorreu com os trabalhadores das UBS do interior de São Paulo, avaliados em um estudo qualitativo em UBS com e sem a Estratégia de Saúde da Família, com 35 profissionais envolvidos no cuidado à gestante, abrangendo diferentes profissões (fisioterapeuta, nutricionista, agente comunitário, técnico de enfermagem e auxiliar bucal, agente de controle de endemias, entre outros), no qual, os profissionais se queixaram sobre o quadro reduzido de mão de obra, dificultando a execução de ações de promoção de saúde, como a realização de grupos de gestantes e puérperas. Além disso, ressaltam sobre a falta de informação e capacitação para realização dos serviços na unidade (OLIVEIRA et al., 2022).

Conforme exposto, a Atenção Básica é a porta de entrada para a assistência que

compreende a complexidade dos indivíduos, com suas necessidades, culturas, etnias, saberes, tratando a todos com humanização. É também responsável por acompanhar e organizar o fluxo dos indivíduos entre os pontos de atenção da rede de saúde, trabalhando de forma articulada com Hospital Amigo da Criança e o Banco de Leite Humano para o apoio e proteção do aleitamento materno.

2.3.2 INICIATIVA HOSPITAL AMIGO DA CRIANÇA

Os critérios para credenciamento à IHAC são atender aos “Dez passos para o Sucesso do Aleitamento Materno”, à Norma Brasileira de Comercialização de Alimentos para Lactentes e Crianças de Primeira Infância, Bicos, Chupetas e Mamadeiras, garantir acompanhante (pai, mãe ou responsável legal) 24 horas por dia e cumprir o critério global de Cuidado Amigo da Mulher descrito na Portaria 1.153/2014 (MS, 2010). Os Hospitais credenciados à iniciativa são reavaliados anualmente pela Secretaria Estadual de Saúde e, a cada três anos, pelo Ministério da Saúde, ou, ainda, a qualquer momento em virtude de denúncia de irregularidade, podendo manter sua certificação ou ser desabilitado da IHAC (PORTARIA/MS 1.153/2014).

Como já mencionado, um dos quesitos para certificação da IHAC é a adesão aos “Dez passos para o Sucesso do Aleitamento Materno”. Tal instrumento visa capacitar os profissionais para desenvolvimento das habilidades necessárias para as práticas clínicas e de gestão, com o foco no apoio, promoção e proteção do aleitamento materno (LAMOUNIEIR et al., 2018).

Os “Dez Passos para o Sucesso do Aleitamento Materno” são:

> Passo 1: ter uma Política de Aleitamento Materno, que seja rotineiramente transmitida a toda equipe de cuidados de saúde;
>
> Passo 2: capacitar toda a equipe de cuidados de saúde nas práticas necessárias para implementar esta Política;
>
> Passo 3: informar todas as gestantes sobre os benefícios e o manejo do aleitamento materno;
>
> Passo 4: ajudar as mães a iniciar o aleitamento materno na primeira meia hora após o nascimento, conforme nova interpretação, e colocar os bebês em contato pele a pele com suas mães, imediatamente após o parto, por pelo menos uma hora e orientar a mãe a identificar se o bebê mostra sinais que está querendo ser amamentado, oferecendo ajuda se necessário;
>
> Passo 5: mostrar às mães como amamentar e como manter a lactação mesmo se vierem a ser separadas dos filhos;
>
> Passo 6: não oferecer a recém-nascidos bebida ou alimento que não seja o leite materno, a não ser que haja indicação médica e/ou de nutricionista;
>
> Passo 7: praticar o alojamento conjunto, permitir que mães e recém-nascidos permaneçam juntos 24 horas por dia;
>
> Passo 8: incentivar o aleitamento materno sob livre demanda;

> Passo 9: não oferecer bicos artificiais ou chupetas a recém-nascidos e lactentes;
>
> Passo 10: promover a formação de grupos de apoio à amamentação e encaminhar as mães a esses grupos quando da alta da maternidade, conforme nova interpretação, e encaminhar as mães a grupos ou outros serviços de apoio à amamentação, após a alta. (BRASIL, 2010)

Apesar de ser um dos requisitos mais discutidos da IAHC, um estudo realizado em um HAC em São Paulo, que avaliou alguns tópicos dos “Dez Passos para o Sucesso do Aleitamento Materno” em 261 binômios mãe-filho, verificou que os passos 4, 5 e 8 não atingiram 80% de realização, mostrando-se inadequado à meta da iniciativa. Na alta hospitalar, a prevalência de aleitamento materno exclusivo era de 99%, contudo, foi decaindo ao longo dos meses, chegando aos seis meses em apenas 6% (FIGUEREDO; MATTAR; ABRÃO, 2013).

As ações da IHAC não se restringem apenas ao atendimento durante o parto e o pós-parto, em serviço de atenção terciária, pois não atua de forma isolada. Possui ações integradas a outras redes de atenção à saúde, como o pré-natal e o acompanhamento ambulatorial da criança, fornecidos na atenção básica. Nos últimos anos, o Brasil vem sendo considerado um exemplo na prática de aleitamento materno, devido a suas políticas públicas e redes de atenção ao binômio mãe-filho, desde o cuidado da mulher, com acompanhamento gestacional, parto, nascimento, puerpério, até os dois anos de vida da criança (LAMOUNIEIR, et al., 2019).

O Ministério da Saúde reconhece a importância da educação continuada dos profissionais de saúde atuantes na assistência perinatal, promovendo cursos e treinamentos ao longo do país para capacitação profissional (LAMOUNIEIR et al., 2019). Tal movimento vem sendo feito após realização de alguns estudos em diversos países que avaliam os profissionais de saúde envolvidos no cuidado após a implementação da IHAC. Um estudo realizado na Finlândia avaliou as atitudes de 61 funcionários de um hospital antes e após a implementação da IHAC, através do Questionário de Atitude de Amamentação. As atitudes são representadas por quatro fatores, sendo estes: “regulador” – orientações sobre AM fornecidas pelos profissionais de saúde; “facilitador” – apoio dos profissionais às mães com informações baseadas em evidências científicas; “desempoderador” – dar conselhos profissionais sem escuta das necessidades da mãe, e “amamentação antipatia” – pouco conhecimento dos profissionais sobre AM e reações hostis ao tema (MÄKELÄ et al., 2022). O teste pré e pós-implementação foi realizado em 2017 e 2019,

respectivamente. Durante a implementação da iniciativa, todos os profissionais da enfermagem receberam um curso de vinte horas sobre aleitamento, e demais profissionais envolvidos também realizaram o curso, porém, com carga horária menor. Foi verificado que 79% dos profissionais entrevistados tinham algum conhecimento prévio sobre AM. Foi possível notar que os conhecimentos passados durante as intervenções da iniciativa, como o curso, por exemplo, contribuíram para melhorar as atitudes sobre AM, visto que os profissionais que não tinham conhecimento prévio tinham baixas atitudes sobre AM no primeiro teste, mas apresentaram melhora após as intervenções necessárias para o credenciamento. De acordo com o resultado dos dois testes aplicados, as atitudes sobre aleitamento materno dos médicos e parteiras melhoraram significativamente após a implementação da IHAC, enquanto as dos enfermeiros apresentaram melhora, mas sem significância estatística.

Com o intuito de aumentar a prevalência de aleitamento materno na cidade de Palmares, foi realizado um estudo de intervenção com 42 parteiras e auxiliares de enfermagem, de duas maternidades. Os resultados da intervenção foram avaliados considerando os passos de 4 a 10 da IHAC em 334 puérperas. Foi evidenciada uma diferença estatística positiva da intervenção no contato pele a pele na sala de partos, na orientação para posição e pega para amamentar, e aumento do aleitamento materno. Além disso, foi verificado que após a intervenção houve redução no uso de chá, água, e chupeta (COUTINHO, 2005). MÄKELÄ et al. (2022) também demonstrou resultados semelhantes, através de um estudo realizado em enfermaria e unidade neonatal, como aumento dos casos de contato pele a pele após o parto, aumento do AM precoce e redução do uso de suplementos alimentares ou fórmulas.

No Rio de janeiro, foi realizado um estudo em 15 hospitais (com e sem IAHC) para avaliar o conhecimento dos funcionários (n= 215) acerca da oferta de alimentos antes da primeira mamada, principais causas de dor no mamilo e ingurgitamento mamário, orientações para lactantes, entre outros quesitos. Quase metade da amostra era composta por funcionários de HAC, e quase todos (87%) haviam recebido alguma capacitação, principalmente treinamentos fornecidos pela IHAC. A capacitação adequada teve resultado estatisticamente significativo com o nível de conhecimento, habilidades e práticas profissionais para promoção do aleitamento materno (JESUS; OLIVEIRA; MORAES, 2017). Tendo isso em vista, é possível concluir que a capacitação de funcionários envolvidos no cuidado do binômio mãe-filho está

interligada aos indicadores de aleitamento materno e às práticas adequadas de amamentação.

Como mencionado previamente, um dos principais objetivos da IHAC é corroborar para o aumento das taxas de aleitamento materno (exclusivo e total). Já tem sido demonstrado que nascimentos em Hospital Amigo da Criança estão relacionados a maiores sucessos no aleitamento materno exclusivo, principalmente em recém-nascidos de baixo peso, tendo razão de prevalência 22% maior do que os lactentes baixo peso nascidos em hospitais não conveniados a IHAC (ORTELAN et al., 2019). Além disso, Silva et al. (2019), avaliou 419 puérperas, e verificou que o parto cesariano foi desfavorável para o contato pele a pele após parto, no entanto, esse contato foi mais prevalente em nascimentos ocorridos em HAC (90%) do que em hospital sem IAHC (49%), mesmo ambos os tipos de hospitais tendo frequências semelhantes de número de parto cesárea (40% de cesárea nos HAC, e 48% de cesárea nos hospitais sem IHAC).

Desta forma, tal iniciativa torna-se essencial para a promoção do aleitamento materno, já que os dados do país ainda estão aquém dos desejados, quanto a sua prevalência e redução das práticas que interferem no desmame precoce, como o uso de chupetas e mamadeiras.

No interior da região Nordeste, foi realizado uma coorte com 364 mães para avaliar as práticas de aleitamento materno em crianças de zero a doze meses. Foi revelada uma mediana de AME de zero dias, com mediana de introdução de outro tipo de leite de 24 dias de vida. Na primeira semana de vida, 56% dos bebês utilizavam chupeta, sendo este utensílio um dos fatores associados à introdução de outro leite no primeiro mês de vida (MARQUES et al., 2001). Outro estudo, realizado na cidade de Maringá (Paraná), avaliou o uso de chupeta em 362 crianças e verificou que 44,75% dos bebês faziam uso de chupeta, sendo que, em 26,51%, ela foi introduzida antes de um mês de idade. A mediana de AME foi de 150 dias para as crianças que não faziam uso de chupeta e de 97,5 e 105 dias nos dois grupos avaliados (G1: chupeta antes dos 30 dias; G2: chupeta entre 30 e 179 dias, respectivamente). Foi observada uma diferença considerável entre o uso de chupeta e o desmame do AM. O grupo de crianças em uso de chupeta apresentou 3,2 vezes mais chance de desmame antes dos seis meses de vida em relação às crianças que não utilizavam chupeta (DEMITTO; BERCINI; ROSSI, 2013). Em outro estudo realizado em Juiz de Fora, em UBS com 111 gestantes, verificou-se que as mães que responderam no questionário que a chupeta

deve ser usada para acalmar criança, tinham maior probabilidade de não amamentar (exclusivo ou predominante) no primeiro mês de vida (SILVA et al., 2021).

Juiz de Fora conta com 14 Hospitais Gerais, segundo os Indicadores de Classificação de Estabelecimentos de Saúde do CNES, dos quais apenas 14,2% (dois) são castrados como HAC. No Quadro 3, pode-se verificar as informações sobre os HAC das cidades de Minas Gerais com mais de 500 mil habitantes, população semelhante a de Juiz de Fora.

Quadro 3 - Hospitais Amigos da Criança nas cidades de Minas Gerais com mais de 500 mil habitantes

Cidade	**Número de habitantes**	**Hospital**	**Competência Inicial**
Belo Horizonte	2.530.701	Hospital das Clínicas UFMG/Ebherh	02/2008
		Hospital Júlia Kubitschek	04/2013
		Maternidade Odete Valadares	06/1999
		Hospital Sofia Feldman	09/2018
		Santa Casa de Belo Horizonte	08/2017
Uberlândia	706.597	Não possui HAC	-
Contagem	673.849	CMI Juventina Paula de Jesus Complexo Hospitalar	08/2017
Juiz de Fora	577.532	Santa Casa de Misericórdia de Juiz de Fora	12/2008
		Hospital Regional João Penido	03/2022

Fonte: Censo, IBGE, 2022; Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde – CNESNet, 2023.

Apesar de vários estudos sobre os benefícios da IHAC, como alguns já citados, o número de hospitais credenciados ainda é baixo, fazendo com que grande parte da

população não tenha acesso às ações de promoção e proteção ao aleitamento materno providas pela iniciativa. Políticas públicas e estratégias legais devem ser avaliadas para incentivar a adesão de novos hospitais para ampliar a rede de atenção ao cuidado humanizado materno-infantil.

2.3.3 BANCO DE LEITE HUMANO

O Banco de Leite Humano (BLH) é “um serviço especializado, responsável por ações de promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno e execução de atividade de coleta da produção lática da nutriz, do seu processamento, controle de qualidade e distribuição”. Este serviço permite a manutenção do aleitamento materno e segurança alimentar e nutricional dos lactentes internados em unidades neonatais, principalmente prematuros, e dos que possuem alguma contraindicação ou impossibilidade de manter a amamentação direta ao seio, fornecendo um leite de qualidade e mantendo todos os benefícios do leite materno para o bebê. Outras atividades também são realizadas nos BLH, como assistência à gestante, puérpera, nutriz. Além do BLH, existem os Postos de Coleta de Leite Humano, que podem estar ou não em área hospitalar, mas que possui vínculo à um BLH, facilitando o acesso das lactantes aos serviços (BRASIL, 2006).

De acordo com a literatura, há uma defasagem na realização de orientações sobre aleitamento materno durante o período do pré-natal. Brod et al. (2016), em um estudo qualitativo com 10 puérperas em um BLH, demonstrou que 70% (n= 7) delas não receberam informações sobre AM antes do parto e que quando indagadas sobre a importância do aleitamento materno, suas respostas tinham conteúdo pouco consistente, baseados em experiências prévias. No estudo em questão, a maior parte (90%) dos bebês nascidos eram prematuros e as mães necessitaram de orientações dos profissionais do BLH para ordenha de leite materno, tendo um impacto positivo sobre as técnicas de ordenha executadas, favorecendo a manutenção do AM.

Em alguns casos de prematuridade, é necessário o monitoramento do recém-nascido por meio de Unidade de Terapia Intensiva e, dependendo da gravidade, nem sempre a alimentação por via oral é possível. Um estudo realizado com 96 lactentes prematuros com idade gestacional ao nascer menor que 32 semanas, verificou-se que a presença do banco de leite resultou em menor tempo de início de nutrição enteral e menor exposição à fórmula artificial nos primeiros 14 dias de internação (16,6% após

contra 50% antes do BLH), devido à facilidade de acesso ao leite humano para ser ofertado. O início precoce da terapia nutricional enteral permite desmame de nutrição parenteral mais rápido, reduzindo a probabilidade de complicações de tal terapia, como infecção e sepse, que impactam no desfecho clínico do paciente. O processo de pasteurização do leite humano ordenhado e sua distribuição pelo BLH auxilia mães que não conseguem ofertar seu próprio leite, evitando a necessidade de uso de fórmulas infantis e permitindo prolongar o tempo de aleitamento materno exclusivo. Apesar de não ter apresentado diferença significativa, foi evidenciada uma maior frequência de AME na alta nos lactentes nascidos após o surgimento do BLH (VÁZQUEZ-ROMÁN, 2013). Dessa forma, o BLH está associado com maiores índices de aleitamento materno exclusivo, principalmente em cidades com maior número de BLH por 10 mil nascidos vivos (ORTELAN et al., 2019).

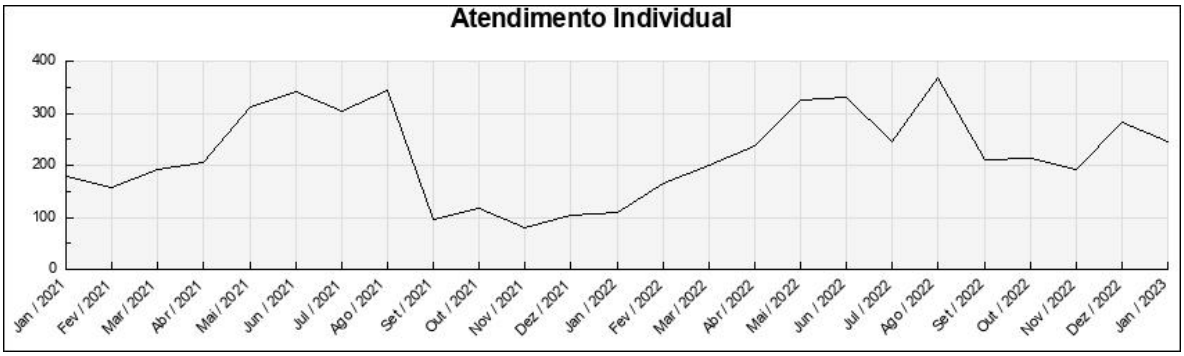
Atualmente, em Minas Gerais, existem 12 unidades de BLH e 31 postos de coleta de leite, sendo que, na cidade de Juiz de Fora, há um BLH e três postos de coleta. Além disso, o BLH do município também é responsável por mais três postos de coleta presentes em cidades vizinhas. No ano de 2022, em Minas Gerais, foram realizados 6.090 atendimentos em grupo, 61.303 atendimentos individuais, 24.131 visitas domiciliares, e 8.213 mulheres foram doadoras de leite. O banco de leite de Juiz de Fora foi responsável por 8,2% desses atendimentos em grupo (n= 503), 4,7% dos atendimentos individuais (n= 2885), 4,9% das visitas domiciliares (n= 1185) e 5,6% de doadoras (n= 460) (Rede Global de Bancos de Leite Humano, 2022). Outros dados sobre a atuação do BLH em Juiz de Fora se encontram nas Figuras 1 e 2. O atendimento em grupo foi baixo no ano de 2021 devido ao isolamento social praticado na pandemia de covid-19, com retorno das atividades no início do ano de 2022 com a flexibilização do isolamento, e atingindo maior pico de atuação no meio do ano. Contudo, apesar do comprometimento dos atendimentos em grupo, os atendimentos individuais se mantiveram durante todo o ano de 2021 e 2022.

Figura 1 – Atendimento em Grupo no Banco de Leite Humano de Juiz de Fora, Minas Gerais, entre janeiro de 2021 e janeiro de 2023



Fonte: Relatório da Rede Global de Banco de Leite Humano, Brasil.

Figura 2 – Atendimento Individual no Banco de Leite Humano de Juiz de Fora, Minas Gerais, entre janeiro de 2021 e janeiro de 2023



Fonte: Relatório da Rede Global de Banco de Leite Humano, Brasil.

Um estudo realizado no BLH na cidade de Anápoles, em Goiás, verificou que, no ano de 2014, houve 113 doadoras de leite, sendo a maioria com idade entre 20 e 29 anos. Trata-se de um estudo com análise quantitativa para avaliação das variáveis socioeconômicas e índices de AME, e análise qualitativa com as mulheres que tiveram interrupção precoce da amamentação materna exclusiva (menores de seis meses). Foram 66,4% das mulheres que doaram leite materno por até quatro meses, e apenas 24,8% continuaram doando seu leite por seis meses ou mais. Um fato interessante de ser analisado foi a frequência de AME até seis meses de idade (71,68%), que foi muito superior à frequência encontrada em vários estudos e inquéritos nacionais. Os autores abordaram que esse valor elevado de AME pode ter se dado pelas ações de promoção ao AM promovidas pelo BLH. Quanto à análise qualitativa, foram verificadas duas categorias que interferiram no desmame precoce do aleitamento materno: a cultura alimentar e a crença em “leite fraco”. Algumas mães abordaram sobre a introdução de bebidas como um meio de aquisição de compostos bioativos com propriedade

calmante para o bebê. Em outros casos, o aleitamento misto foi iniciado por acharem que o leite materno era fraco e insuficiente para o bebê (SILVEIRA, 2017).

Com conclusão semelhante ao estudo anterior, no mesmo ano, no BLH da cidade de Belo Horizonte, Minas Gerais, foi realizado um estudo com dados secundários de mães atendidas na unidade (n= 12.283), com idade entre 12 e 54 anos, que evidenciou o impacto positivo das práticas educativas dos “Dez passos para o sucesso do aleitamento materno”, com aumento da frequência de AME e AM livre demanda (SILVA, 2017).

Em Fortaleza, Ceará, 50% das mulheres atendidas pelo BLH, na faixa etária de 18 a 46 anos, amamentaram exclusivamente por até seis meses e 36% por dois anos ou mais. Das 73 participantes do estudo, 48% descreveram o atendimento do BLH como excelente, 33% como muito bom e 18% como bom, sendo um local de apoio às lactantes. Tais resultados reforçam que as ações promovidas pelo BLH são efetivas para boas práticas de aleitamento materno (OLIVEIRA, 2020).

Os principais motivos de procura do BLH, em um estudo realizado em Santa Catarina com 316 binômios mãe-bebê, com idade materna predominando entre 18 e 23 anos, foram perda ponderal significativa do neonato e dificuldade de pega. Além disso, a procura pela assistência do BLH se deu nas primeiras 24 a 48 horas do pós-parto. As orientações foram o procedimento mais executado ao longo do acompanhamento, seguida pela colocação do recém-nascido ao seio (PASSOS et al., 2020). Em Alagoas, também foram analisadas as principais queixas das nutrizes (n= 2.909) que buscam pelo BLH, e, diferente do estudo anterior, as causas foram relacionadas a problemas mamários, como produção excessiva de leite (13,5%) e fissura mamária (5,6%). Durante o processo de doação de leite, as nutrizes receberam orientações sobre os benefícios do AM, fato que pode ter contribuído para manter a doação voluntária de leite, visto que o principal motivo encontrado para a ida à instituição não foi por intercorrências da lactação (SANTOS et al., 2021). Semelhante aos estudos mencionados, as causas mais incidentes de procura ao BLH descobertas por Ferreira et al. (2020) foram dificuldade de pega (57,19%) e fissura mamária (32,88%). Além disso, outros motivos como confusão de bicos (23,63%), insegurança materna (22,26%) e ingurgitamento mamário (20,89%) também foram apresentados.

Conforme verificado nos estudos citados, o Banco de Leite Humano é um ponto de apoio importante de atenção da rede para o fortalecimento do aleitamento materno,

através de ações de promoção, e fornecimento de leite humano, com qualidade higiênico-sanitária, para lactentes impossibilitados de amamentar ao seio.

3 JUSTIFICATIVA

Considerando o leite materno como o primeiro alimento fornecido ao bebê, rico em nutrientes e imunonutrientes que conferem proteção imunológica contra doenças infecciosas, alergias e demais benefícios já citados, e como fator protetor materno contra câncer de mama, auxílio na involução uterina e retorno ao peso pré-gestacional, torna-se essencial o aumento da prevalência do mesmo, de acordo com as recomendações do Ministério da Saúde.

São importantes agentes de promoção do aleitamento materno o apoio da família, sociedade e profissionais de saúde, além das políticas públicas que fornecem meios para possibilitar o estabelecimento e manutenção do aleitamento. Tais políticas possuem o poder de prover benefícios para a proteção do aleitamento como planejamento reprodutivo, pré-natal, planejamento do parto, assistência humanizada no parto e puerpério, licença maternidade, entre outros. Além disso, uma rede de apoio assistencial estruturada proporciona melhores resultados obstétricos e perinatais, além de maior divulgação de informação sobre o aleitamento materno e introdução alimentar adequada.

As Unidades Básicas de Saúde são a porta de entrada da gestante na rede de atenção à saúde materno-infantil, através do pré-natal e puericultura, trabalhando sempre com a prevenção e promoção de saúde, em um acompanhamento longitudinal. Durante este acompanhamento, o planejamento do parto é realizado sendo referenciado à gestante o hospital de nascimento do bebê, podendo este ser vinculado à Iniciativa Hospital Amigo da Criança, que visa a humanização do parto, garantindo o direito da mulher a uma assistência técnica de qualidade e que respeite suas opiniões, desejos e medos. E, como apoio no pós-parto, a mulher ainda encontra outro elo forte da rede, o Banco de Leite Humano, capaz de auxiliar em intercorrências relacionadas à amamentação, orientações sobre AM e fornecimento de leite humano em caso de necessidade. Tais redes de assistência estão sempre interligadas através de referência e contra referência, de acordo com as necessidades de saúde.

No entanto, apesar da existência de uma rede complexa, o acesso a alguns serviços ainda se encontra limitado. Em um mundo tecnológico, com alta difusão de informações, algumas ainda se encontram perdidas e pouco divulgadas. A UBS ainda é o serviço mais conhecido por estar próxima ao usuário e por ser utilizada, também, em outras fases da vida. Por outro lado, serviços como BLH e HAC ainda são pouco

conhecidos, o que dificulta o uso desses serviços, podendo contribuir com as taxas atuais de AME e aleitamento materno total.

Além disso, são poucos os estudos que demonstram o uso dessas redes de promoção do aleitamento materno, ainda mais de forma combinada, portanto, o presente estudo se justifica da necessidade de conhecer o uso das redes de atenção materno-infantil e seu impacto nos índices de aleitamento materno, na cidade de Juiz de Fora, Minas Gerais, Brasil.

A Figura 3 demonstra um modelo conceitual sobre todos os benefícios promovidos pelo aleitamento materno para a mãe, lactente, sociedade e saúde coletiva.

Figura 3 – Modelo conceitual das Redes de Atenção Materno-Infantil para promoção do aleitamento materno



Legenda:

Setas vermelhas: variáveis analisadas no estudo.

Setas cinzas: variáveis que interferem no aleitamento materno, mas que não foram avaliadas no estudo.

Fonte: Autoria própria.

4 OBJETIVO

Avaliar o uso e associação das redes de apoio ao aleitamento materno (UBS, Hospital Amigo da Criança, Banco de Leite) por mulheres com crianças de até dois anos de idade atendidas em Unidades Básicas De Saúde de Juiz de Fora, Minas Geras.

5 MATERIAIS E MÉTODOS

5.1 DELINEAMENTO E POPULAÇÃO DO ESTUDO

Trata-se de um estudo epidemiológico observacional, de corte transversal, de caráter descritivo e analítico. O estudo incluiu crianças de 0 a 24 meses de idade atendidas nas Unidades Básicas de Saúde que possuem equipes de Estratégia de Saúde da Família, na cidade de Juiz de Fora, Minas Gerais.

5.2 ÁREA DO ESTUDO

O estudo foi realizado em Juiz de Fora, cidade situada na Zona da Mata de Minas Gerais, Brasil. A cidade possui área territorial de 1.435.749km², com população estimada de 540.756 pessoas, sendo 26.886 crianças com idade entre 0 a 4 anos, segundo o último censo do IBGE (2022). A cidade conta com 59 UBS no total, sendo que na área urbana apenas 37 dessas possuem equipes de Estratégia de Saúde da Família e 3 estão localizadas na área rural de Juiz de Fora, de acordo com a lista de unidades fornecida pela prefeitura.

5.3 AMOSTRA

Utilizou-se o software Epi Info® para cálculo amostral, que foi baseado na prevalência de aleitamento materno em menores de dois anos (60,3% - ENANI), número de nascidos vivos nos anos de 2019 (6458) e 2020 (6043) no município de Juiz de Fora, nível de confiança de 95%, efeito de desenho igual a 1, totalizando, 359 crianças.

5.4 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Foram incluídas no estudo mulheres com idade superior a 18 anos, mães de crianças menores de dois anos crianças menores de dois anos, atendidas em todas as UBS da área urbana que possuíam equipes de Estratégia de Saúde da Família, na cidade de Juiz de Fora, Minas Gerais. Não foram adotados critérios de exclusão.

5.5 SELEÇÃO DA AMOSTRA

A amostra deste estudo foi obtida por conveniência, já que foram incluídas mulheres com idade superior a 18 anos, mães de crianças menores de dois anos crianças menores de dois anos, que estavam na unidade de saúde para vacinação e/ou consulta de puericultura e aceitaram participar do estudo, assinando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE – anexo 1).

5.6 COLETA DE DADOS

Com apoio e autorização da Secretaria de Saúde de Juiz de Fora e dos gerentes das unidades, adotou-se os dias de atendimento de puericultura para realização da coleta de dados. Essa escolha se deu à maior probabilidade de encontrar o público de interesse, indo por seis semanas em cada unidade. No entanto, não foram incluídos apenas os indivíduos com consulta agendada, mas os atendidos para vacinação e demanda espontânea da unidade.

A coleta de dados foi realizada entre maio de 2022 a junho de 2023. Ao todo, foram 37 unidades básicas incluídas, localizadas em diferentes regiões e bairros da cidade de Juiz de Fora.

A equipe de coleta de dados foi composta por alunas de pós-graduação em Saúde Coletiva e acadêmicos do curso de Nutrição da UFJF, estes últimos supervisionados por estudantes de pós-graduação e docentes. Para minimizar o viés de pesquisa, foi realizado um treinamento com a equipe para homogeneizar a forma de aplicação do questionário.

Os dados foram coletados por meio de instrumento previamente elaborado pelos pesquisadores contendo questões sobre identificação e dados sociodemográficos, dados maternos e da criança, dados obstétricos e sobre as redes de atenção materno-infantil e fatores associados ao aleitamento materno. Todos os dados foram coletados por meio de perguntas realizadas diretamente às mulheres, sem consulta do pesquisador aos documentos e/ou prontuários da participante.

5.6.1 Variáveis de caracterização da amostra

Todas as variáveis utilizadas para caracterização da amostra estão sistematizadas na Tabela 4 com sua classificação (independente, dependente, categórica ou numérica), e a estratificação das respostas, e logo após, estão descritas mais detalhadamente.

Tabela 4 – Variáveis de caracterização da amostra

Características sociodemográficas		
Variável	**Tipo**	**Descrição**
Cor	Categórica	1. Branca 2. Preta 3. Parda 4. Amarela 5. Indígena 6. Não sabe/não quis responder
Escolaridade	Categórica	1. < 9 anos 2. ≥9 anos
Características maternas		
Idade	Numérica	Mediana em anos
Paridade	Categórica	1. Primípara 2. Multípara
Última gestação gemelar	Categórica	1. Sim 2. Não
Realização de pré-natal	Categórica	1. Sim 2. Não
Número de consultas pré-natal	Categórica	1. <7 consultas 2. ≥ 7 consultas
Tipo de parto	Categórica	1. Vaginal 2. Cesária
Característica da criança		
Idade gestacional ao nascer	Categórica	1. Prematuro (< 36 semanas e 6 dias) 2. À termo (37 a 41 semanas) 3. Pós termo (>41 semanas e 6 dias)
Idade	Numérica	1. Mediana em anos

Fonte: Elaborado pela autora, 2023.

5.6.1.1 Identificação da mãe:

- Idade materna: calculada em anos com base na diferença temporal entre a data de nascimento e a data da entrevista.

- Cor/ raça: foram adotadas as classificações propostas pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, Censo 2022), que são branca, preta, parda, amarela e indígena. À participante também foi dada a opção de não responder à questão.

- Escolaridade: classificada em < 9 anos de estudo (analfabeto até fundamental II incompleto) ou ≥9 anos (fundamental II completo em diante). À participante também foi dada a opção de não responder à questão.

5.6.1.2 Identificação da criança

- Idade da criança: calculada em meses, com base na diferença temporal entre a data de nascimento e a data da entrevista. Para o cálculo do aleitamento materno, a idade foi calculada em dias, com base na diferença temporal entre a data de nascimento e a data da entrevista.

- Cor da pele ou raça: foram adotadas as classificações propostas pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, Censo 2022), que são branca, preta, parda, amarela e indígena. À participante também foi dada há a opção de não responder a questão.

- Sexo: classificado em feminino ou masculino.

5.6.1.3 Informações obstétricas

- Realização de pré-natal: se realizou ou não o pré-natal na gestação do último filho nascido e vivo, e quantas consultas foram realizadas ao longo da gravidez. Foi considerado como adequado as mães que responderam que realizaram 7 ou mais consultas.

- Tipo de parto: cesárea ou vaginal.

- Paridade: primípara (somente 1 filho) ou multípara (mais de 1 filho).

- Idade gestacional ao nascer: considerado como prematuro as crianças que nasceram com menos de 37 semanas; a termo se nascimento entre 37 semanas e 41 semanas e 6 dias; e pós-termo se nascimento após 42 semanas de gestação.

5.6.2 Variáveis independentes

Para análise de associação entre variável independente e desfecho, foram consideradas as variáveis relacionadas as redes de atenção à saúde materno-infantil, com impacto no aleitamento materno. São elas:

- Realização de pré-natal: classificada como sim ou não.
- Número de consultas de pré-natal: classificada como <7 consultas e ≥7 consultas.
- Orientação sobre aleitamento materno, realizada por profissionais da saúde, no pré-natal: classificada como sim ou não.
- Participação em grupo de gestantes: classificada como sim ou não.
- Orientação sobre aleitamento materno, realizada por profissionais da saúde, no grupo de gestantes: classificada como sim ou não.
- Nascimento em Hospital Amigo da Criança: nascimento ou não em hospitais municipais conveniados à iniciativa.
- Conhecimento sobre a existência do BLH em Juiz de Fora: classificada como sim ou não
- Uso do BLH: Em caso de resposta positiva sobre o conhecimento da existência do BLH em Juiz de Fora, questionou-se se o serviço foi utilizado alguma vez, com opção de resposta sim ou não.

As variáveis analisadas de acordo com cada cenário da rede de atenção materno infantil e os desfechos de interesse estão descritas na Tabela 4.

Tabela 4 - Variáveis analisadas de acordo com cada ponto da rede de atenção materno infantil avaliada

Cenários	Fatores	Desfecho
UBS	Realização de pré-natal Nº de consultas pré-natal Orientação sobre AM no pré-natal Participação em grupo de gestante Orientação sobre AM no grupo de gestante	1. Aleitamento materno exclusivo aos 4 meses 2. Aleitamento materno exclusivo aos 6 meses 3. Aleitamento materno continuado (0 a 2 anos)
HAC	Local de Nascimento Orientação sobre AM no pós parto imediato	1. Aleitamento materno exclusivo aos 4 meses 2. Aleitamento materno exclusivo aos 6 meses 3. Aleitamento materno continuado (0 a 2 anos)
BLH	Conhecimento do BLH Uso do BLH	1. Aleitamento materno exclusivo aos 4 meses 2. Aleitamento materno exclusivo aos 6 meses 3. Aleitamento materno continuado (0 a 2 anos)

Para auxiliar a análise estatística foi elaborada a Tabela 5, que contêm todas as variáveis de interesse, sua classificação (independente, dependente, categórica ou numérica), e a estratificação das respostas.

Tabela 5 - Caracterização das variáveis independentes

VARIÁVEIS INDEPENDENTES		
Consultas pré-natal	Categórica	3. <7 consultas 4. ≥ 7 consultas
Orientação sobre ALM durante pré-natal	Categórica	1. Sim 2. Não
Participação em grupo de gestante	Categórica	1. Sim 2. Não
Orientação sobre ALM no grupo de gestante	Categórica	1. Sim 2. Não
Orientação sobre ALM no pós parto imediato	Categórica	1. Sim 2. Não
Conhecimento sobre Banco de Leite Humano	Categórica	1. Sim 2. Não
Uso do serviço do Banco de Leite Humano	Categórica	1. Sim 2. Não
Nascimento em Hospital Amigo da criança	Categórica	1. Sim 2. Não

Fonte: Elaborado pela autora, 2023.

5.6.3 Variáveis dependentes

Foi considerado como desfecho o aleitamento materno, sendo este dividido entre exclusivo e complementado.

O aleitamento materno exclusivo foi analisado em duas faixas etárias: menores de 4 meses e menores de 6 meses. Para classificação do aleitamento materno exclusivo, foi considerado:

AME <4 meses= crianças com idade <122 dias que receberam apenas LM no dia anterior

AME <6 meses= crianças com idade <183 dias que receberam apenas LM no dia anterior

AMC= crianças com idade entre 0 a 730 dias que consumiram LM no dia anterior, independente de consumo de outro líquido ou sólido.

Tabela 6 - Caracterização das variáveis dependentes

VARIÁVEIS DEPENDENTES		
Variável	**Tipo**	**Descrição**
Tempo de aleitamento materno exclusivo	Categórica	1. Até 4 meses (Sim/Não) 2. Até 6 meses (Sim/Não)
	Numérica	1. Menos de 1 mês (15 dias) 2. Entre 1 e 2 meses (45 dias) 3. Entre 2 e 3 meses (75 dias) 4. Entre 3 e 4 meses (105 dias) 5. Entre 4 e 5 meses (135 dias) 6. Entre 5 e 6 meses (165 dias) 7. Até 6 meses (180 dias)
Aleitamento materno complementar 0 a 24 meses (Ingestão de leite materno no dia anterior)	Categórica	1. Sim 2. Não
	Numérica	Idade da criança em dias (diferença entre a data da entrevista e a de nascimento)

Fonte: Elaborado pela autora, 2023.

5.5.4 Covariáveis

Algumas variáveis não estão ligadas diretamente a assistência da rede materno-infantil, mas impactam no desfecho do aleitamento materno. Desta forma, estas variáveis foram utilizadas como covariáveis, e estão demonstradas na Tabela 7.

Tabela 7 - Caracterização das covariáveis

Variável	Tipo	Descrição
Intercorrência mamária	Categórica	1. Sim 2. Não
Incentivo à amamentação	Categórica	1. Sim 1. Não
Necessidade de internação materna	Categórica	1. Sim 1. Não
Necessidade de internação da criança	Categórica	3. Sim 2. Não
Uso de chupeta	Categórica	2. Sim 3. Não
Uso de mamadeira/chuca	Categórica	2. Sim Não

Fonte: Elaborado pela autora, 2023.

- Intercorrência mamária: foi questionado a presença de algum tipo de intercorrência mamária (mastite, ingurgitamento, fissura, abcesso, dor ou outro), sendo classificadas em sim (presente) ou não (ausente).

- Incentivo à amamentação: foi questionado a mãe se a mesma era incentivada a amamentar, sendo classificada a resposta como sim ou não.

- Necessidade de internação materna: internação após o parto por período maior ao necessário, em função de alguma complicação materna, classificada como sim ou não.

- Necessidade de internação da criança: internação após o parto, nos primeiros 6 dias de vida, classificada como sim ou não.

- Uso de Chupeta: foi questionado a mãe se a criança usava ou já tinha utilizado alguma vez a chupeta/bico, sendo classificada a resposta como sim ou não.

- Uso de Mamadeira/Chuca: foi questionado a mãe se a criança usava ou já tinha utilizado alguma vez a mamadeira/chuca, sendo classificada a resposta como sim ou não.

5.7 ANÁLISE DOS DADOS

Inicialmente, foram procedidas verificações de consistência com intuito de assegurar a integridade do banco de dados.

Foi considerado como desfecho o aleitamento materno (exclusivo até 4 meses, exclusivo até 6 meses e aleitamento materno nas crianças de 0 a 2 anos no dia anterior à pesquisa). Para avaliar o uso das redes de atenção materno-infantil, foram incluídas as variáveis de três pontos da rede (UBS, HAC e BLH), conforme descrito na Tabela 4.

A análise estatística foi realizada no programa *StatisticalPackage for the Social Sciences* (SPSS 20.0), considerando o nível de significância para a inferência estatística de 5%. Foi realizada análise descritiva das variáveis quantitativas, com realização de cálculo de frequência e de medidas de tendência central, e do teste de normalidade Kolmogorov-Smirnov. A mediana de sobrevivência do aleitamento materno exclusivo e do aleitamento materno continuado foi realizada pela análise de sobrevivência Kaplan-Meier. O tempo de ocorrência do aleitamento materno não exclusivo foi considerado como desfecho, sendo realizado também pela análise de sobrevivência Kaplan-Meier, e adotado em duas faixas etárias: 0 a 4 meses de idade, 0 a 6 meses de idade. A mesma análise foi realizada para o aleitamento materno continuado, considerando crianças de 0 a 2 anos de idade. Os testes *log rank, Breslow e Tarone-walk* foram realizados para comparação das curvas de sobrevivência. Foi adotado como critério de inclusão na regressão de Cox, as variáveis com valor $p<0,05$.

5.7 ASPECTOS ÉTICOS

Os procedimentos para o desenvolvimento da pesquisa respeitam os aspectos éticos. A pesquisa foi encaminhada e aprovada pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade de Federal de Juiz de Fora (UFJF) com o parecer 5.438.818.

As participantes foram informadas sobre a pesquisa e seus riscos antes do início da aplicação do questionário. As mães interessadas em participar, receberam o termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE) para assinatura (Apêndice 1).

6 RESULTADOS

Os resultados estão apresentados no formato de artigo.

Tempo de aleitamento materno exclusivo e complementado em lactentes atendidos em Unidades Básicas de Saúde: uma análise de sobrevida

Resumo:

O aleitamento materno (AM) é recomendado de forma exclusiva até os 6 meses e complementado até 2 anos ou mais. Objetiva-se avaliar o uso e a associação dos serviços de saúde materno-infantil por mulheres com crianças de até 2 anos atendidas em Unidades Básicas de Saúde de Juiz de Fora. Estudo transversal, realizado entre 2022 e 2023, com 415 binômios mãe-filho. A análise de sobrevida de tempo de AM foi feita pela técnica Kaplan-Meyer com comparação das curvas pelos testes *log rank, Breslow e Tarone-walk,* com regressão de Cox, adotando valor p<0,05. A mediana de sobrevivência do AM exclusivo foi de 121,68 dias (IC 95%: 105,2 – 136,72 dias) e do continuado foi de 8 meses (IC 95%: 6,6 – 9,3 meses). Crianças que já tinham utilizado mamadeira até os 4 meses e 6 meses, tem 75,1%(β= 0,249; p <0,0001) e 69,9%(β= 0,301; p <0,0001), respectivamente, mais chance de não amamentar exclusivamente. O não incentivo (β= 0,516; p 0,007), uso de chupeta (β= 0,373; p 0,005), uso de mamadeira (β= 0,156; p <0,0001) e realização de <7 consultas de pré-natal (β= 0,541; p <0,040) foram fatores de risco para a descontinuidade do AM, demonstrando a importância de assistência e orientação adequadas de promoção do AM.

Palavras-chave: Aleitamento Materno; Aleitamento Materno Complementado; Lactente; Serviços de Saúde Materno-Infantil

Keywords: Breast Feeding; Breastfeeding and Complementary Feeding; Infant; Maternal-Child Health Services

Introdução

O Ministério da Saúde recomenda que a alimentação do lactente seja exclusivamente com leite materno até os seis meses de idade, e que o mesmo continue até 2 anos ou mais, associado a práticas alimentares e saudáveis. O leite materno fornece benefícios para o bebê, mãe, sociedade e redução dos gastos públicos, por ser um alimento completo, capaz de atender todas as necessidades do lactente para crescimento e desenvolvimento adequados, e formação do sistema imunológico, além de reduzir a chance de câncer de mama na mãe e contribuir para involução uterina e retorno ao peso pré-gestacional [1,2].

Por seus inúmeros benefícios à saúde materna infantil, é crescente a elaboração de políticas públicas e de serviços de saúde destinados a esse público, associadas às ações de promoção e proteção ao aleitamento materno, tais como a Iniciativa Hospital Amigo da Criança, Bancos de Leite Humano e os atendimentos de pré-natal e puericultura fornecidos na Atenção Primária [3,4].

O pré-natal consistente em um acompanhamento longitudinal de toda a gestação, não devendo se restringir ao quadro clínico da gestante e do feto, mas englobar o acolhimento, orientações, receios, e promover ações para estimular e prepará-la para a lactação, favorecendo assim o maior sucesso da mesma. É também neste momento que o planejamento do parto acontece, e orientações sobre a "hora de ouro" e as práticas adequadas de aleitamento no início da vida do lactente são importantes para o estabelecimento da amamentação e prevenção do desmame precoce [5,6,7,8,9]. Os hospitais credenciados à Iniciativa Hospital Amigo da Criança se pautam em práticas promotoras e incentivadoras do aleitamento materno, no parto e pós-parto, além de desestimular ações que favorecem o desmame precoce como uso de chupetas, bicos, mamadeiras, separação da mãe e do filho, oferta desnecessária de fórmula infantil, dentre outras [10,11].

A interligação entre os diferentes pontos dos serviços de saúde, se dá através da referência e contra referência, por meio da comunicação, continuidade de cuidados, e atendimento de

diferentes profissionais de acordo com as necessidades dos indivíduos, sendo essencial para o cuidado integral e continuado do binômio mãe-filho [12,13]. A atenção primária é o primeiro serviço de assistência que os indivíduos têm contato, capaz de satisfazer a maior parte das necessidades de saúde, e realizar ações de promoção e proteção da saúde, diagnóstico, tratamento e reabilitação, devendo ser um ponto de apoio para as gestantes, nutrizes e lactentes, principalmente da gestação até os primeiros 2 anos de vida, visto a vulnerabilidade dessa faixa etária, sendo realizado o acompanhamento da criança através das consultas de puericultura, conforme cronograma estabelecido pelo Ministério da Saúde [14,15,16]. No entanto, em caso de algum obstáculo na amamentação que não seja resolvido na atenção primária, o binômio mãe-filho poderá receber assistência sobre o aleitamento materno nos Bancos de Leite Humano, que fornecem atividades educativas sobre aleitamento, atendimentos em grupo ou individual, além de coleta, tratamento e distribuição do leite humano ordenhado doado. Tais ações desenvolvidas pelo BLH são auxiliares no aumento da realização do aleitamento [17].

Tais serviços de saúde compõem uma rede de atenção à saúde materno-infantil no Brasil, abrangendo a gestação, parto, puerpério, e o desenvolvimento infantil. Essa rede de atenção tem como objetivo a integralidade do atendimento, garantindo ao indivíduo o acesso ao serviço conforme sua necessidade [18]. Contudo, é de suma importância que esses serviços tenham profissionais capacitados para auxiliar e promover o aleitamento materno, de forma que todas as políticas públicas desenvolvidas para estes cenários possam aumentar os índices de aleitamento materno no Brasil e promover uma assistência humanizada [19].

Desta forma, o presente trabalho tem como objetivo avaliar o uso e associação dos serviços de saúde materno-infantil por mulheres com crianças de até dois anos de idade atendidas em Unidades Básicas De Saúde (UBS) de Juiz de Fora.

Métodos

Trata-se de um estudo transversal, descritivo e analítico, realizado em 37 Unidades Básicas de Saúde com equipes de Estratégia de Saúde da Família, da zona urbana da cidade de Juiz de Fora, Minas Gerais, Brasil. O cálculo amostral foi realizado no software Epi Info®, baseado na prevalência de aleitamento materno em menores de dois anos (60,3% - ENANI[20]), número de nascidos vivos nos anos de 2019 (6458) e 2020 (6043) no município de Juiz de Fora, nível de confiança de 95%, efeito de desenho igual a 1, totalizando, 359 crianças. Foram incluídas mulheres maiores de 18 anos de idade, mães de crianças de 0 a 2 anos, que aceitassem em participar da pesquisa e assinassem o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. A captação dos participantes foi realizada dentro das UBS, nos dias de puericultura e vacinação, entre maio de 2022 e junho de 2023, por pós-graduandos em Saúde Coletiva e acadêmicos do curso de Nutrição da Universidade Federal de Juiz de Fora. Todos os envolvidos na coleta de dados receberam treinamento previamente para minimizar viés de aplicação do questionário. Tal instrumento contemplou questões para caracterização da amostra (idade, cor, escolaridade), dados obstétricos (tipo de parto, idade gestacional ao nascer, paridade), fatores associados à amamentação (intercorrência mamária, incentivo para amamentar, necessidade de internação da mãe ou da criança após o parto, uso de chupeta e/ou mamadeira), dados sobre a assistência à saúde materno-infantil (realização e número de consultas de pré-natal, participação em grupo de gestante, nascimento em hospital amigo da criança, conhecimento e utilização do banco de leite humano). Para determinação do tipo de aleitamento materno, foi coletado dados de consumo alimentar dos lactentes, referentes ao dia anterior à pesquisa, conforme o questionário estruturado, assemelhando-se ao utilizado no estudo ENANI [20].

Os dados foram digitalizados em planilhas do Excel e analisados no software SPSS. Primeiramente foi verificado a consistência dos dados e, posteriormente, realizado análise descritiva dos dados sociodemográficos para caracterização da amostra, através de análises de

frequência de medidas de tendência central e teste de Normalidade Kolmogorov-Smirnov. A mediana de sobrevivência do aleitamento materno exclusivo e do aleitamento materno continuado foi realizada pela análise de sobrevivência Kaplan-Meier. O tempo de ocorrência do aleitamento materno não exclusivo foi considerado como desfecho, sendo realizado também pela análise de sobrevivência Kaplan-Meier, e adotado em duas faixas etárias: 0 a 4 meses de idade, 0 a 6 meses de idade. A mesma análise foi realizada para o aleitamento materno continuado, considerando crianças de 0 a 2 anos de idade. Os testes *log rank, Breslow e Tarone-walk* foram realizados para comparação das curvas de sobrevivência. Foi adotado como critério de inclusão na regressão de Cox, as variáveis com valor $p<0,05$, com intervalo de confiança de 95%. No modelo final da regressão, o mesmo ponto de corte de valor-p foi adotado.

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Federal de Juiz de Fora com o parecer 5.438.818 e autorizado pela Prefeitura de Juiz de Fora. Todas as mães que aceitaram em participar do estudo foram esclarecidas da pesquisa e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Resultados

Foram entrevistadas 415 mães nas 37 UBS visitadas, em diferentes regiões de Juiz de Fora. A mediana de idade das mães atendidas nas UBS e que participaram da pesquisa foi de 28 anos, com variabilidade entre 18 e 45 anos. A maioria das mulheres (67,5%; n= 280) tiveram algum tipo de intercorrência mamária.

A mediana de idade das crianças foi de 7 meses, com variabilidade de idade entre 0 e 24 meses. Os dados de caracterização da amostra, como sexo, escolaridade, cor, tipo de parto, paridade e idade gestacional ao nascer, estão descritos na tabela 1.

Tabela 1 – Caracterização das mulheres com crianças menores de dois anos atendidas nas Unidades Básicas de Saúde, com Estratégia de Saúde da Família. Juiz de fora, 2022/2023.

Características	**N**	**%**
Dados maternos		
Cor		
Branca	123	29,6
Preta	151	36,4
Parda	138	33,3
Amarela	2	0,5
Não sabe/não quis responder	1	0,2
Escolaridade		
< 9 anos	52	12,5
≥ 9 anos	361	87
Não sabe/não quis responder	2	0,5
Dados da criança		
Sexo		
Feminino	214	51,6
Masculino	201	48,4
Cor		
Branca	153	36,9
Preta	98	23,6
Parda	162	39
Não sabe/não quis responder	2	0,5
Dados obstétricos		
Paridade		
Primípara	168	40,5
Multípara	247	59,5
Tipo de parto		
Vaginal	215	52,2
Cesária	197	47,8
Idade gestacional ao nascer		
Prematuro (<37semanas)	40	9,6
A termo (37-41 semanas e 6 dias)	341	82,2
Pós-termo (≥42 semanas)	30	7,2
Não sabe/não quis responder	4	1,0

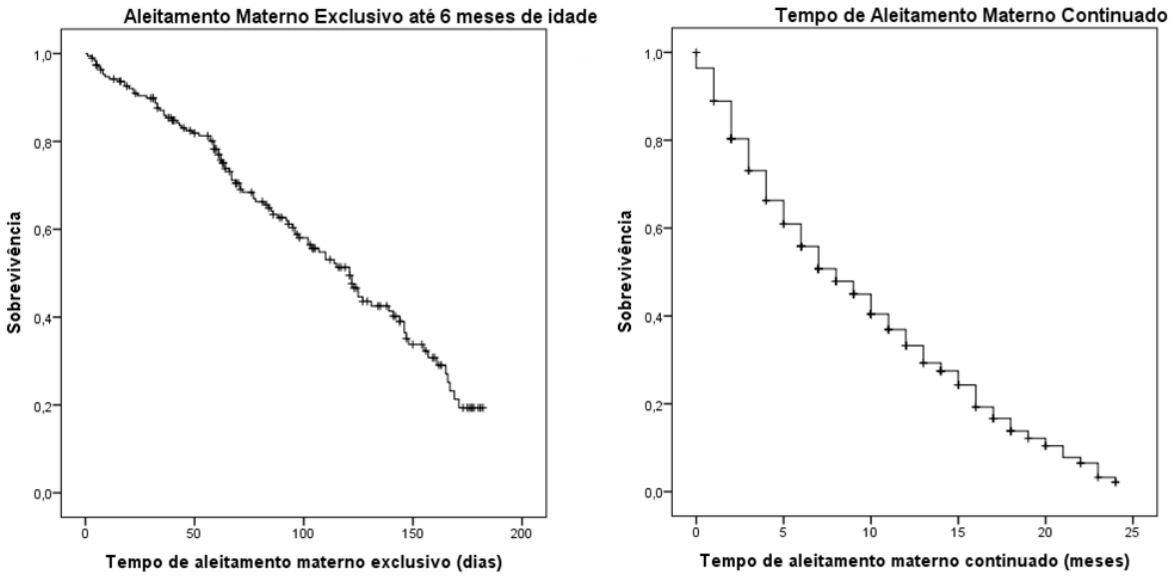
Fonte: Elaborado pelos autores a partir dos dados do estudo (2024).

Ao analisar a expectativa e apoio ao aleitamento materno, foi verificado que 90,8% (n= 376) das mulheres durante a gestação tinham desejo de amamentar seu filho, e 81,4% (n= 338) foram incentivadas a amamentar durante o processo da lactação.

Dentre as 415 crianças incluídas no estudo, 140 delas tinham idade até 4 meses, sendo que 78 (55,7%) estavam em aleitamento materno exclusivo; 192 tinham menos de 6 meses e desses 52,1% (n= 100) estava em AME. Em relação ao aleitamento materno continuado, 76,9% (n= 319) dos lactentes menores de 2 anos consumia leite materno.

A mediana de sobrevivência do aleitamento materno exclusivo foi de 121,68 dias (IC 95%: 105,2 – 136,72 dias) e do continuado foi de 8 meses (IC 95%: 6,6 – 9,3 meses). As curvas de sobrevivência do aleitamento materno estão demonstradas na figura 1.

Figura 1 - Função sobrevivência do tempo de aleitamento materno exclusivo (100 eventos e 92 censuras) e do tempo de aleitamento materno continuado (319 eventos e 96 censuras). Juiz de fora, 2022/2023.



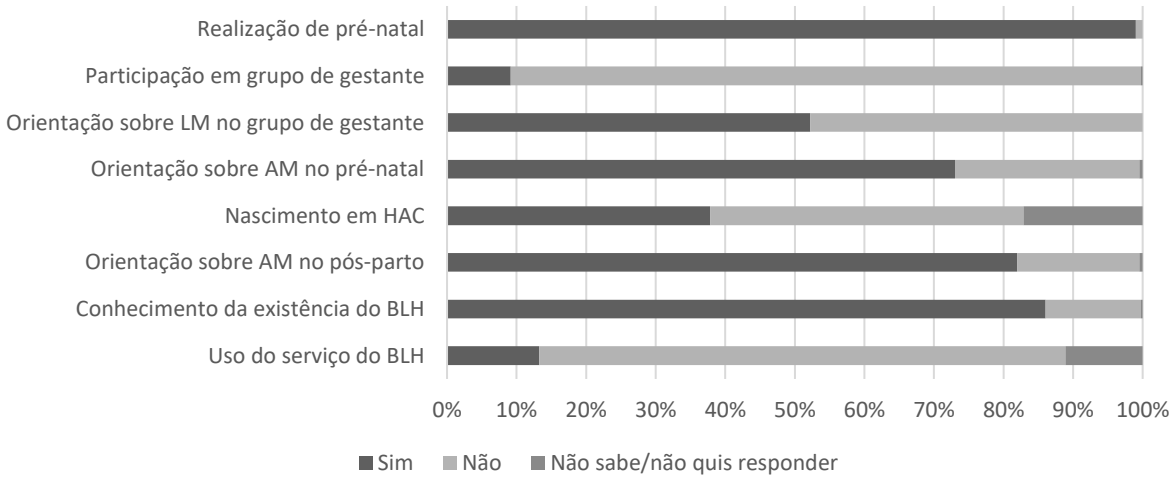
Fonte: Elaborado pelos autores a partir dos dados do estudo (2024).

A frequência de práticas inadequadas na amamentação, como uso de chupeta e mamadeira, foi alta entre as crianças de 0 a 2 anos de idade, sendo que a chupeta já tinha sido ofertada para 53,1% (n= 213) e a mamadeira para 57,8% (n= 240) delas. Observou-se menor

frequência de aleitamento exclusivo aos 6 meses e complementado até 2 anos em crianças com uso de chupeta e mamadeira. Dentre as crianças que não ainda tinham utilizado esses utensílios, 52,7% das mães (n= 96) tinham a intenção de oferta-los, mesmo que a maioria tenha informado que sabia da interferência do uso desses utensílios no aleitamento materno (73,8%; n=304) e tenha recebido orientações sobre (62%; n= 254).

Ao analisar o uso dos serviços de saúde materno infantil, foi verificado que quase todas as mães realizaram pré-natal e a maior parte teve 7 ou mais consultas. A maioria não frequentou grupo de gestante, no entanto, quase metade das mulheres que participaram do grupo de gestante relataram que não receberam orientações sobre aleitamento materno no grupo. Em contraponto, grande parte das mulheres referiram ter recebido orientações sobre o aleitamento materno durante o pré-natal e no pós-parto antes da alta hospitalar. Serviços como Hospital Amigo da Criança e Banco de Leite Humano não foram utilizados pela maioria dos binômios mãe-filho. Apenas uma parcela das mães não tinha conhecimento sobre a existência do BLH na cidade. As frequências das variáveis dos serviços de saúde estão apresentadas na Figura 2.

Figura 2 - Utilização e assistência dos serviços de saúde materno-infantil para promoção do aleitamento materno. Juiz de Fora, Minas Gerais, Brasil, 2022/2023.



Fonte: Elaborado pelos autores a partir dos dados do estudo (2024).

Na tabela 2 estão demonstradas as variáveis independentes que estão associadas com o desfecho de não amamentação exclusiva (até os 4 meses e até os 6 meses) e com a interrupção do aleitamento materno até os 2 anos de idade. De acordo com os resultados, nos menores de 4 e 6 meses, o uso da mamadeira foi a única variável com associação, com um efeito desfavorável para a amamentação, já que crianças que já tinham utilizado mamadeira até os 4 meses, tem 75,1% mais chance de não amamentar exclusivamente do que quem não tinha utilizado (β= 0,249; p <0,0001), e nos menores de 6 meses quem usou mamadeira tem 69,9% mais chance de não amamentar exclusivamente do que quem não usou mamadeira (β= 0,301; p <0,0001). Nenhuma outra variável teve associação com o não aleitamento materno exclusivo aos 4 e 6 meses.

Ao analisar o aleitamento complementado até 2 anos de idade, obteve-se associação como fator de risco para o desmame: não incentivo, uso de chupeta, uso de mamadeira e realização de <7 consultas de consultas de pré-natal. Quem não teve incentivo a amamentação tem 48,4% mais chance de desmamar do que quem teve o incentivo (β= 0,516; p= 0,007). Quem usou chupeta tem 65,5% mais chance de desmamar do que quem não usou chupeta (β= 0,345; p= 0,002). Quem usou mamadeira tem 84,4% mais chance de desmamar do que quem não usou mamadeira (β= 0,156; p= 0,0001). Quem não fez as consultas PN tem 45,9% mais chance de desmamar do que quem fez as consultas de PN (β= 0,541; p= 0,040).

Nascimentos em HAC, uso do BLH, recebimento de orientação sobre aleitamento materno no pré-natal, no grupo de gestante e no pós-parto não tiveram associação com nenhum dos desfechos analisados.

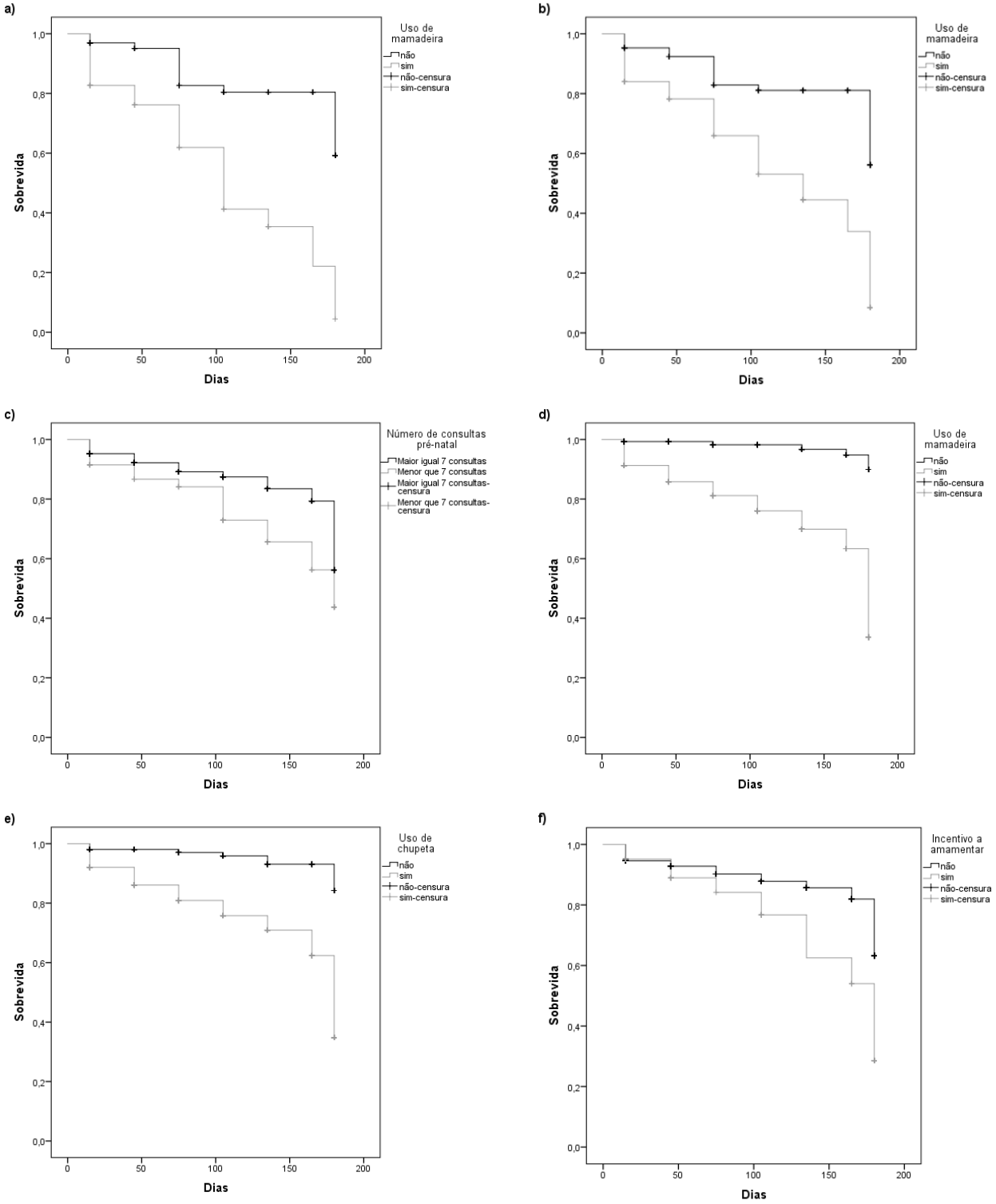
Tabela 2 - Variáveis relacionadas ao risco de aleitamento materno não exclusivo até 4 e 6 meses de idade (p < 0,05) e não aleitamento materno até os 2 anos de idade, pela análise multivariada. Juiz de Fora, Minas Gerais, Brasil, 2022/2023.

	AME 4 meses			**AME 6 meses**			**AMC até 2 anos**		
Variáveis	**β**	**IC 95%**	**p-valor**	**β**	**IC 95%**	**p-valor**	**β**	**IC 95%**	**p-valor**
Número de consultas pré-natal	..	..	..	..	..	..	0,541	0,301-0,973	0,040
Uso de mamadeira	0,249	0,126-0,493	<0,0001	0,301	0,181-0,498	0,000	0,156	0,061-0,402	<0,0001
Uso de chupeta	..	..	..	..	..	..	0,373	0,188-0,738	0,005
Incentivo para amamentar	..	..	..	..	..	..	0,516	0,319-0,836	0,007

Nota: Outras variáveis foram testadas, no entanto, não apresentaram associação. São elas: intercorrência mamária, necessidade de internação da criança, necessidade de internação da mãe, vontade de amamentar ainda na gestação, orientação sobre aleitamento materno no pré-natal e/ou no pós-parto e/ou no grupo de gestante.

Fonte: Elaborado pelos autores a partir dos dados do estudo (2024).

Figura 3 - Curva de sobrevivência dos fatores de risco do para o não aleitamento materno exclusivo aos 4 e 6 meses, e complementado até 2 anos. Juiz de Fora, Minas Gerais, Brasil, 2022/2023.



Nota: a) risco do uso de mamadeira para o não AME até 4 meses; b) risco do uso de mamadeira para o não AME até 6 meses; c) risco de < 7 consultas pré-natal para o não

aleitamento até 2 anos; d) risco de uso de mamadeira para o não aleitamento até 2 anos; e) risco de não incentivo a amamentar para o não aleitamento até 2 anos.

Fonte: Elaborado pelos autores a partir dos dados do estudo (2024).

Discussão

A frequência do aleitamento materno exclusivo aos 4 meses foi semelhante (55,7% vs 59,7%) ao Estudo Nacional de alimentação e Nutrição[20]. Aos 6 meses, houve uma pequena diferença no aleitamento materno exclusivo, e a maior diferença nos resultados foi em relação ao aleitamento materno até 2 anos (76,9% vs 60,3%). Em 2008, foi realizado um estudo em Juiz de Fora, com 1.859 crianças, realizado em UBS e unidades de vacinação, que também avaliou o aleitamento materno. Em relação ao mesmo, os valores de aleitamento materno exclusivo apresentaram um grande aumento nesses últimos anos, pois a frequência de AME aos 4 meses era de 20,8% e de 15,7% aos 6 meses [21]. O aleitamento materno complementado não pode ser comparado ao presente estudo devido as faixas etárias analisadas serem diferentes.

Em relação a análise de sobrevivência, um estudo de caso-controle com 63 mulheres, realizado por Mendes (2019)[22], teve uma mediana menor de aleitamento materno exclusivo em relação ao presente trabalho, de apenas 60 dias, no entanto, a mediana do aleitamento complementado foi superior (15 meses).

A maior parte das gestantes tiveram o número mínimo de 6 consultas recomendadas pelo Ministério da Saúde e o maior número de consultas esteve associado ao aleitamento materno exclusivo aos 4 e 6 meses, refletindo a importância de um acompanhamento com profissionais da saúde, já que 73% das mulheres relataram ter recebido orientação sobre o aleitamento materno durante o pré-natal. A orientação sobre o aleitamento materno tem sido apontada como uma importante ferramenta para o estabelecimento do aleitamento nos primeiros dias, em que há maior dificuldade devido a apojadura, e para sua manutenção a longo

prazo [13,23,24]. No entanto, apesar das orientações terem demonstrado significância estatística em alguns estudos, no presente trabalho não foi encontrado associação entre a orientação no pré-natal, no grupo de gestante ou no pós-parto ainda na internação e o aleitamento materno. Contudo, Fonseca (2021)[17] ressalta que apenas a orientação isolada não é suficiente para a decisão de amamentar, mas que o ambiente favorável e o apoio exercem um papel crucial nesse processo decisório.

O grupo de gestante é uma das ações da atenção básica que atuam também como promotor do aleitamento materno. A baixa frequência da participação das mulheres nesse grupo pode ter sido devido à pandemia da COVID-19, visto que a coleta de dados iniciou em 2021 e algumas crianças já estavam com mais de 1 ano de idade, ou seja, a gestação foi durante a pandemia e isolamento social. No entanto, surpreendeu o fato de que as poucas mulheres que participaram, quase metade não tinham recebido orientações sobre o aleitamento materno, podendo refletir uma possível fragilidade do serviço.

Apesar de não ter sido significativa a associação entre o local de nascimento e o aleitamento materno não exclusivo, ao analisar como desfecho o amamentar exclusivamente até 6 meses, e como efeito as variáveis independentes relacionadas com a proteção, quem teve nascimento em HAC tem 41,0% mais chance de amamentar até os 6 meses dos que não nasceram em HAC. Um estudo realizado por Ortelan (2019), em 26 capitais brasileiras, verificou-se que 61,7% (n= 1.681) dos 2.745 lactentes menores de seis meses, não nasceram em Hospital Amigo da Criança, no entanto, evidenciaram que nascimentos em HAC estavam associados com maior prevalência de AME em recém-nascidos baixo peso (RP = 1,22; IC95%: 1,09-1,37) [25].

Em relação ao Banco de Leite Humano, sua utilização não apresentou associação com os desfechos avaliados, mas vale ressaltar que apenas 13,3% das mulheres utilizaram esse serviço, podendo ter interferido no resultado. Ademais, deve-se reforçar que o estudo ocorreu

logo após a pandemia COVID-19, o que também pode ter limitado o uso do serviço, como foi evidenciado em um trabalho realizado em Porto Alegre, com doadoras de leite humano, no qual teve como resulta uma média de 3,1 atendimentos em grupo pré-pandemia contra 0,2 atendimentos durante a pandemia [26]. Apesar da maioria das mulheres ter relatado conhecer a existência do BLH na cidade, isso não reflete se as mesmas são esclarecidas sobre todas as funções e trabalhos executados pelo mesmo, o que pode ter impacto na procura por tal serviço. A intercorrência mamária é citada na literatura como uma das principais causas de desmame precoce, sendo um dos maiores motivos de busca das mulheres no BLH para ajuda, no entanto, mais da metade das participantes tiveram este problema e não utilizaram o serviço. No estudo de Ferreira et al. (2020)[24], 57,19% (n=167) das mulheres procuraram o BLH devido dificuldade de pega e posicionamento, seguido por fissura mamilar em 32,88% dos casos. No mesmo ano, Passos et al.[27] realizou uma pesquisa com 316 binômios mãe-filho atendidos em um BLH na região sul do país, e uns dos maiores motivos de encaminhamento para o serviço foi também a dificuldade de pega e posicionamento ao seio. Além disso, verificou que o procedimento mais realizado na primeira consulta no BLH foi sobre orientação relacionada a prática do aleitamento materno e que o maior número de consultas pré-natal esteve associado a procura pelo serviço do BLH. Dessa forma, a divulgação sobre as funções e acesso ao BLH deveria ser melhorada para que a população com demanda para o mesmo pudesse ter conhecimento e acesso à uma assistência qualificada.

O uso de mamadeira foi a única variável com associação com a descontinuidade do aleitamento materno em todos os tempos avaliados. Tal achado também foi encontrado no trabalho de Michelin et al (2021)[28] com 608 crianças de Botucatu (São Paulo) o uso de mamadeira esteve associado ao desmame precoce tanto do aleitamento materno exclusivo, como do complementado aos doze meses. O mesmo também foi visto por Holanda (2022)[29] em Pernambuco em que 78,7% (n= 37) das crianças até 2 anos de idade utilizavam mamadeira, a

qual também estava associada ao desmame precoce. Esta associação talvez possa ser explicada pelo fato deste utensílio ser utilizado principalmente para ofertar substitutos do leite materno, como fórmula infantil e outros leites, aumentando a saciedade do lactente e reduzindo a ingestão do leite materno, corroborando com o resultado de consumo deste estudo que verificou que 115 lactentes ingeriram fórmula infantil e 93 consumiram leite de vaca (em pó ou fluido), no dia anterior à pesquisa. No estudo de Mendes et al. (2019)[22] foi verificado que o consumo de fórmulas infantis ou outro leite influenciou no aleitamento materno, e que essa associação não foi verificada no consumo de outros líquidos como água e chá, provavelmente por não promoverem saciedade. Por já ser amplamente conhecido o prejuízo do uso da mamadeira na adesão ao aleitamento materno, várias políticas públicas e serviços de assistência materno-infantil a incluem como uma das abordagens para evitar o desmame. É importante frisar que todos os serviços (pré-natal, HAC, BLH) devem trabalhar interligados, promovendo um cuidado integral do binômio mãe-filho, de forma a contribuir para a promoção do aleitamento materno e desestimular as práticas inadequadas como oferta de chupetas, mamadeiras, fórmulas infantis, dentre outros. Então, é de suma importância a educação continuada dos profissionais de saúde que atendem este público, para que abordagem sobre o aleitamento materno seja mais efetiva.

O presente estudo apresenta como ponto forte a avaliação do uso de diferentes pontos de atenção da rede de atenção à saúde materno infantil e sua associação com o aleitamento materno. No entanto, possui a limitação de não ter avaliado o acesso dos binômios mãe-filho a esses serviços, principalmente do Banco de Leite Humano e Hospital Amigo da Criança, que podem ser menos conhecidos pela população. O presente trabalho foi realizado logo após a pandemia do covid-19 o que pode ter viés nos resultados de associação visto que houve mudanças em algumas atividades, como a suspensão de trabalhos em grupos pelas UBS e BLH. Além disso, constitui também como limitações, a ausência de informações como renda,

profissão, licença-maternidade, e sobre o local de realização de pré-natal (rede pública ou privada), para identificar melhor as características socioeconômicas da amostra avaliada.

Conclusão

A mediana de sobrevivência de aleitamento materno exclusivo e continuado ainda é baixa, com redução gradativa das práticas adequadas de aleitamento materno ao longo do tempo. O uso de chupeta e mamadeira foi alto, mesmo que muitas mulheres tenham recebido orientações sobre aleitamento materno em algum ponto da rede (pré-natal, grupo de gestante e pós-parto). O principal fator de risco para a amamentação não exclusiva até os 6 meses é o uso de mamadeira, sendo que este utensílio também esteve associado com o não aleitamento até os 2 anos de idade. Além da mamadeira, variáveis como o uso de chupeta, não incentivo para amamentar, e número inferior a 7 consultas de pré-natal, são fatores de risco para o não aleitamento continuado até os 2 anos.

Nascimento em hospital amigo da criança e uso do banco de leite humano não tiveram associação com os desfechos. As práticas educativas realizadas nos diversos pontos da rede de atenção à saúde, como orientação sobre aleitamento materno no pré-natal, no grupo de gestante e no pós-parto também não foram significativas estatisticamente.

Dessa forma, estudos sobre o acesso aos serviços de pré-natal, Hospital Amigo da Criança e Banco de Leite de Humano, são necessários para entender os fatores que interferem no uso desses serviços, através da avaliação de crenças em saúde, fatores capacitantes pessoais e as necessidades em saúde, para que se possa aprimorar o serviço fornecido na rede de assistência e promover a adesão ao aleitamento materno exclusivo aos 6 meses e continuado aos 2 anos,.

Referências

1. Antunes LS, Antunes LAA; Corvino MPF; Maia LC. Amamentação natural como fonte de prevenção em saúde. *Cien & Saude Colet* 2008; 13(1):103-109.

2. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Promoção da Saúde. *Guia alimentar para crianças brasileiras menores de 2 anos.* 2019 [acessado 2023 Dez 20] [cerca de 265 p.] Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/guia_da_crianca_2019.pdf

3. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *Bases para a discussão da Política Nacional de Promoção, Proteção e Apoio ao Aleitamento Materno*. 2017 [acessado 2024 Jan 12] [cerca de 70 p.]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/bases_discussao_politica_aleitamento_materno.pdf

4. Justino DCP, Lopes MS, Santos CDP, Andrade FB. Avaliação histórica das políticas públicas de saúde infantil no brasil: revisão integrativa. *Revista Ciência Plural* 2019; 5(1):71-88.

5. Alves JS, Oliveira MIC, Rito RVVF. Orientações sobre amamentação na atenção básica de saúde e associação com o aleitamento materno exclusivo. *Cien & Saude Colet* 2018; 23(4):1077-1088.

6. Cortez EM, Ribeiro MDS, Silva PIG. Golden Hour: A importância do contato pele a pele na primeira hora pós-parto: uma revisão integrativa de literatura. *Research Society and Development*, 2023; 12(6).

7. Livramento DVP, Backes MTS , Damiani PR , Castillo LDR, Backes DS, Simão AMS · Perceptions of pregnant women about prenatal care in primary health care. *Rev Gaucha Enferm* 2019 Jun; 6:40.

8. Shafaei FS, Mirghafourvand M, Havizari S. The effect of prenatal counseling on breastfeeding self-efficacy and frequency of breastfeeding problems in mothers with previous unsuccessful breastfeeding: a randomized controlled clinical trial. *BMC Women's Health* 2020; 20:94.

9. Moore ER, Bergman N, Anderson GC, Medley N. Early skin-to-skin contact for mothers and their healthy newborn infants. Cochrane Database Syst Rev. 2016; 11(11):CD003519.

10. Lamounier JA , Chaves RG, Rego MaAS, Bouzada MCF. Baby Friendly Hospital Initiative: 25 Years of Experience in Brazil. *Rev Paul Pediatr* 2019 Jun; 37(4):486-493.

11. _____. World Alliance for Breastfeeding Action (WABA). World breastfeeding week, 2018. Disponível em: World Health Organization (WHO).

12. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria Nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). *Gabinete do Ministro* 2010; 30 dez. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4279_30_12_2010.html

13. Oliveira CCRB, Silva EAL, Souza MKB. Referência e contrarreferência para a integralidade do cuidado na Rede de Atenção à Saúde. *Physis: Revista de Saúde Coletiva* 2021; 31(1).

14. Starfield, B. Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002. 726 p. Disponível em: https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/0253.pdf . Acesso em: 20 mar. 2011.

15. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Política Nacional de Atenção Básica*. 2012 [acessado 2024 Jan 16] [cerca de 114 p.]. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf

16. _____. Ministério da Saúde. Caderneta da criança. Passaporte da cidadania. 5ª edição. Brasília, 2022 [acessado 2024 Jan 02] [cerca de 112 p.]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderneta_crianca_menina_5.ed.pdf

17. Fonseca RMS, Milagres LC, Franceschini SC, Henriques BD. O papel do banco de leite humano na promoção da saúde materno infantil: uma revisão sistemática. *Ciência & Saúde Coletiva* 2021; 26(1):309-318.

18. Lavras C. Atenção Primária à Saúde e a Organização de Redes Regionais de Atenção à Saúde no Brasil. *Saúde e Sociedade* 2011; 20(4):867-874.

19. Moroja MCS, Silva ATMC, Carvalho AT. Iniciativa Hospital Amigo da Criança uma análise um partir das concepções de profissionais quanto às suas práticas. *Rev Port Saúde Pública* 2014; 32(1):3-9

20. ____. Universidade Federal do Rio de Janeiro. *Aleitamento materno: Prevalência e práticas de aleitamento materno em crianças brasileiras menores de 2 anos.* 2019 [acessado 2024 Jan 10] [cerca de 108 p.]. Disponível em: https://enani.nutricao.ufrj.br/index.php/relatorios/

21. Afonso VW.; Ribeiro, LC, Alves MJM, Teixeira MTB, Dain S. Prevalência do aleitamento materno em município de médio porte do sudeste brasileiro. *Revista de APS*, 2008; 11(4):406-412.

22. Mendes SC, Lobo IKV, Sousa SQ, Vianna RPT. Fatores relacionados com uma menor duração total do aleitamento materno. *Ciência & Saúde Coletiva* 2019; 24(5):1821-1829.

23. Barbosa GEF, Silva VB da, Pereira JM, Soares MS, Filho R dos AM, Pereira LB, et al. Dificuldades iniciais com a técnica da amamentação e fatores associados a problemas com a mama em puérperas. Rev paul pediatr. [Internet]. 2017 [acesso em 09 out 2020]; 35(3). Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0103-05822017000300265&lng=en&nrm=iso&tlng=pt

24. Ferreira APMF, Silva PCA, Ferreira AGN, Rodrigues VP, Lima ABS, Aroucha LAG, Gontijo PVC. Banco de leite humano: mulheres com dificuldades na lactação. *Cogitare enferm*. 2020; 25: e65699.

25. Ortelan N, Venancio SI, Benicio MH. Determinantes do aleitamento materno exclusivo em lactentes menores de seis meses nascidos com baixo peso. Cadernos de Saúde Pública. 2019; 35(8).

26. Vasconcellos PA, Colvero MO, Fiori HH, Nunes CHA. Impactos da pandemia do coronavírus nos fluxos de atendimento do banco de leite humano de um hospital de PORTO ALEGRE/RS. Residência Pediátrica[Internet]. 2023 [acesso em 23 marc 2024]. Disponível em: https://cdn.publisher.gn1.link/residenciapediatrica.com.br/pdf/v13n2aop945.pdf

27. Passos LS, Kroll C, Borges L, Rocha EDM, Schultz LF. Acompanhamento dos atendimentos de puérperas e recém-nascidos em um Banco de Leite Humano. Esc Anna Nery 2020;24(2):e20190086.

28. Michelin NS, Nunes HRC, Carvalhaes MABL, Parada CMGL. The influence of gestational age at term on breastfeeding: a cohort study. Influência da idade gestacional no termo sobre o aleitamento materno: estudo de coorte. Rev Esc Enferm USP. 2021;55;e20200381. doi: https://doi.org/10.1590/1980-220X-REEUSP-2020-0381.

29. Holanda ER, Silva IL. Fatores associados ao desmame precoce e padrão espacial do aleitamento materno em território na Zona da Mata de Pernambuco, Brasil. *Revista Brasileira de Saúde Materno-Infantil* 2022; 22(4):813-822.

REFERÊNCIAS

AFONSO, Viviane W.; RIBEIRO, Luiz Cláudio; ALVES, Marcio José M.; TEIXEIRA, Maria Teresa B.; DAIN, Sulamis. Prevalência do aleitamento materno em município de médio porte do sudeste brasileiro. **Revista de APS**, Juiz de Fora, v. 11, n. 4, p. 406-412, 2008.

ALVES, Ana Lúcia N.; OLIVEIRA, Maria Inês C. de; MORAES, José Rodrigo de. Iniciativa Unidade Básica Amiga da Amamentação e sua relação com o aleitamento materno exclusivo. **Revista de Saúde Pública,** v. 47, n. 6, p. 1130-40, 2013.

ANDRADE, Bárbara D.; SILVA, Ana Carolline P.; SANTOS, Marcela T. M dos; CAMPOS, Thais; LUQUETTI, Sheila Cristina P. D.; CÂNDIDO, Ana Paula C.; OLIVEIRA, Renata M. S.; NEMER, Aline S. de A.; NETTO, Michele P. Fatores nutricionais e sociais de importância para o resultado da gestação, em mulheres em acompanhamento na rede de atenção primária de Juiz de Fora.
Revista Médica de Minas Gerais, v. 25, n. 3, p. 344-352, 2015.

ARANTES, Cássia Irene S.; OLIVEIRA, Maísa M.; VIEIRA, Thaís Cristina R.; BEIJO, Luiz Alberto; GRADIM, Clícia V. C.; GOYATÁ, Sueli L. T. Aleitamento materno e práticas alimentares de crianças menores de seis meses em Alfenas, Minas Gerais. **Revista de Nutrição**, Campinas, v. 24, p. 421-429, 2011.

ARAÚJO, Maria de Fátima Moura de; FIACO, Adriana Del; WERNER, Eline Heringer; SCHMITZ, Bethsáida de Abreu Soares. Incentivo ao aleitamento materno no Brasil: evolução do Projeto Carteiro Amigo da Amamentação de 1996 a 2002**. Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, v. 3, n. 2, 2003. https://doi.org/10.1590/S1519-38292003000200010

BRANCO, Maria B. L. R.; ALVES, Valdecyr H.; RODRIGUES, Diego P.; CRUZ, Amanda F. do N. da; MARINHO, Tuâny F. **Revista de Enfermagem da UFSM**, v. 5, n. 3, p. 434-443, 2015.

BRANDÃO, Danusa S.; VENANCIO, Sonia I.; GIUGLIANI, Elsa R.J. Association between the Brazilian Breastfeeding Network implementation and breastfeeding indicators. **Jornal de Pediatria**, Rio de Janeiro, v. 91, p. 143-151, 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância**. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/AIDPI_modulo_1.pdf. Acesso em: 12 jan. 2024.

_____. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução nº 171, de 4 de setembro de 2006. Dispõe sobre o Regulamento Técnico para o funcionamento de Bancos de Leite Humano. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 4 set. 2006.

_____. Ministério da Saúde. **Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher – PNDS 2006:** dimensões do processo reprodutivo e da saúde da criança. Brasília: Ministério da Saúde, Centro Brasileiro de Análise e Planejamento, 2009a.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **II Pesquisa de Prevalência de Aleitamento Materno nas Capitais Brasileiras e Distrito Federal**. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2009b.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Área Técnica de Saúde da Criança e Aleitamento Materno. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Iniciativa Hospital Amigo da Criança.** Brasília: MS; 2010. Disponível em:

http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/iniciativa_hospital_amigo_crianca.pdf. Acesso em: 08 jun. 2023.

_____. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS - a Rede Cegonha. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 24 jun. 2011.

_____. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 1.920, de 5 de setembro de 2013. Institui a Estratégia Nacional para Promoção do Aleitamento Materno e Alimentação Complementar Saudável no Sistema Único de Saúde (SUS) - Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 5 set. 2013a.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Análise de implantação da Rede Amamenta Brasil:** relatório de pesquisa. Brasília: Ministério da Saúde, 2013b.

_____. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 1.153, de 22 de maio de 2014. Redefine os critérios de habilitação da Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC), como estratégia de promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno e à saúde integral da criança e da mulher, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 22 maio 2014.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Estratégia Nacional para Promoção do Aleitamento Materno e Alimentação Complementar Saudável no Sistema Único de Saúde:** manual de implementação. Brasília: Ministério da Saúde, 2015.

_____. Presidente da República. Secretaria-Geral. Lei nº 13.256, de 8 de março de 2016. Dispõe sobre as políticas públicas para a primeira infância e altera a Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990 (Estatuto da Criança e do Adolescente), o Decreto-Lei nº 3.689, de 3 de outubro de 1941 (Código de Processo Penal), a Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), aprovada pelo Decreto-Lei nº 5.452, de 1º de maio de 1943, a Lei nº 11.770, de 9 de setembro de 2008, e a Lei nº 12.662, de 5 de junho de 2012. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 09 mar. 2016.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica.** Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Bases para a discussão da Política Nacional de Promoção, Proteção e Apoio ao Aleitamento Materno**. Brasília: Ministério da Saúde, 2017.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança: orientações para implementação**. Brasília: Ministério da Saúde, 2018.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Promoção da Saúde. **Guia alimentar para crianças brasileiras menores de 2 anos.** Brasília: Ministério da Saúde, 2019. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/guia_da_crianca_2019.pdf. Acesso em: 01 fev. 2023.

BUSS, Paulo M.; FILHO, Alberto P. A saúde e seus determinantes sociais. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 17, n. 1, 2007.

BROD, Fernanda Regina; ROCHA, Daniele Lais B.; SANTOS, Reginaldo P. dos. Saberes e práticas de mães de recém-nascidos prematuros perante a manutenção do aleitamento materno. **Revista Online de Pesquisa Cuidado é Fundamental**, [s. l.], v. 8, ed. 4, p. 5108-5113, 2016. DOI 10.9789/2175-5361.2016.v8i4.5108-5113. Disponível em: http://seer.unirio.br/cuidadofundamental/article/view/4848. Acesso em: 03 abr. 2023.

CALDEIRA, Antônio P.; AGUIAR, Gabriel N. de; MAGALHÃES, Weslane A. C.; FAGUNDES, Gizele C. Conhecimentos e práticas de promoção do aleitamento materno em Equipes de Saúde da Família em Montes Claros, Minas Gerais, Brasil. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 8, p. 1965-1970, 2007.

CAMPOS, Carlos E. A. Estratégias de avaliação e melhoria contínua da qualidade no contexto da Atenção Primária à Saúde. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infant.**, Recife, v. 5, supl.1, p. 63-69, 2005.

CAMPOS, Gastão W. de S. SUS: o que e como fazer? **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, n. 6, p. 1707-1714, 2018.

CARDOSO, Letícia O.; VICENTE, Alessandra S. T.; DAMIÃO, Jorginete J.; RITO, Rosane V. V. F. 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. **Jornal de Pediatria**, Rio de Janeiro, v. 84, n. 2, p. 147-153, 2008.

CARVALHO, Maria José L. N.; CARVALHO, Michelle F.; SANTOS, Carlos Renato; SANTOS, Paula Thianara F. First postpartum home visit: a protective strategy for exclusive breastfeeding. **Revista Paulista de Pediatria**. 2018 Jan-Mar; v. 36, n. 1, p. 66–73, 2018.

COUTINHO, Sonia B.; LIMA, Marília de C.; ASHWORTH, Ann; LIRA, Pedro I. C. Impacto de treinamento baseado na Iniciativa Hospital Amigo da Criança sobre práticas relacionadas à amamentação no interior do Nordeste. **Jornal de Pediatria**, Rio de Janeiro, v. 81, n. 6, p. 471-477, 2005.

DAVANZO, Riccardo; ROMAGNOLI, Costantino; CORSELLO, Giovanni. Position Statement on Breastfeeding from the Italian Pediatric Societies. **Italian Journal of Pediatrics**, v. 41, n. 80, 2015.

DEMITTO, Marcela de O.; BERCINI, Luciana O.; ROSSI, Robson Marcelo. Uso de chupeta e aleitamento materno exclusivo. **Escola Anna Nery**, v. 17, n. 2, p. 271-276, 2013.

FERREIRA, Ana Paula M.; SILVA, Paula Cristina Alves da; FERREIRA, Adriana G. N.; RODRIGUES, Vandilson P.; LIMA, Alice Bianca S.; AROUCHA, Lívia Alessandra G.; GONTIJO, Paula Vitória C. Banco de leite humano: mulheres com dificuldades na lactação. **Cogitare enfermagem**, v. 25, n. 65699, 2020. DOI http://dx.doi.org/10.5380/ce.v25i0.65699. Disponível em: https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/65699/pdf. Acesso em: 23 abr. 2023.

FIGUEREDO, Sonia F.; MATTAR, Maria José G.; ABRÃO, Ana Cristina F. de Va. Hospital Amigo da Criança: prevalência de aleitamento materno exclusivo aos seis meses e fatores intervenientes. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, [s. l.], v. 47, n. 6, p. 1291-1297, 2013.

FILHO, Serafim Barbosa dos Santos; SOUZA, Kleyde Ventura de. Rede Cegonha e desafios metodológicos de implementação de redes no SUS. **Ciência & saúde coletiva**, v. 26, n. 3, mar. 2021.

FONSECA, Rafaela M. S.; MILAGRES, Luana C.; FRANCESCHINI, S. do C.; HENRIQUES, Bruno D. O papel do banco de leite humano na promoção da saúde materno infantil: uma revisão sistemática. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 26, n. 1, p. 309-318, 2021.

FRANCO, Túlio B. As Redes na Micropolítica do Processo de Trabalho em Saúde. In: PINHEIRO, R.; MATOS, R. A (Orgs.). **Gestão em Redes:** práticas de avaliação, formação e participação na saúde. Rio de Janeiro: CEPESC-IMS/UERJ-ABRASCO, 2006.

HARDY, Ellen E.; SARMENTO, Regina; GUSHIKEN, Martha; ARAKI, Ronaldo; FILHO, José M. A prática da amamentação no município de Paulínia, estado de São Paulo, Brasil. **Revista Saúde Pública**, São Paulo, v. 16, p. 337-45, 1982.

HOLANDA, Eliane R. de; SILVA, Isabela L. da. Fatores associados ao desmame precoce e padrão espacial do aleitamento materno em território na Zona da Mata de Pernambuco, Brasil. **Revista Brasileira de Saúde Materno-Infantil**, Recife, v. 22, n. 4, p. 813-822, 2022.

IBGE – INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Censo demográfico 2022**: População e domicílios. Rio de Janeiro, 2023. Disponível em: https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/trabalho/22827-censo-demografico-2022.html?edicao=37225&t=resultados. Acesso em: 03 dez. 2023.

JESUS, Patricia C. de; OLIVEIRA, Maria Inês C. de; MORAES, J. R. de. Capacitação de profissionais de saúde em aleitamento materno e sua associação com conhecimentos, habilidades e práticas. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 22, n. 1, p. 311-320, 2017.

LAMOUNIER, Joel A.; CHAVES, Roberto G.; REGO, Maria A. S.; BOUZADA, Maria Cândida F. Iniciativa Hospital Amigo Da Criança: 25 Anos de Experiência no Brasil. **Revista Paulista de Pediatria**, v. 37, n. 4, p. 486-493, 2019.

MAIA, Paulo R. da S.; ALMEIDA, João A. G. de, NOVAK, Franz R.; SILVA, Danielle A. Rede Nacional de Bancos de Leite Humano: gênese e evolução. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, Recife. v. 6, n. 3, p. 285-292, 2006.

MÄKELÄ, Heli; AXELIN, Anna; KOLARI, Terhi; KUIVALAINEN, Tuula; NIELA-VILÉN, Hannakaisa. Healthcare Professionals' Breastfeeding Attitudes and Hospital Practices During Delivery and in Neonatal Intensive Care Units: Pre and Post Implementing the Baby-Friendly Hospital Initiative. **Journal of Human Lactation**, v. 38, n. 3, p. 537–547, 2022.

MARQUES, Neusa M.; LIRA, Pedro I. C.; LIMA, Marilia C.; SILVA, Nara L. da; FILHO, Malaquias B.; HUTTLY, Sharon R. A.; ASHWORTH, Ann. Breastfeeding and early weaning practices in Northeast Brazil: a longitudinal study. **Pediatrics**, v. 108, n. 4, ed. 66, 2001.

NETTO, Malvina de O. R.; NOGUEIRA, Maria J. de C.; GUEDES, Eloisa, A. A brest-feeding study. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 12, n. 2, p. 77-100, 1978.

OLIVEIRA, Alexandra M. de; LIMA, Luana C.; COSTA, Camila C. da; CHAGAS, Ana Carolina M. A.; ORIÁ, Mônica O. B.; CHAVES, Anne F. L. Duração do aleitamento materno em mulheres atendidas no banco de leite humano. **Revista Enfermagem Atual In Derme**, v. 93, n. 31, ed. 020029, 2020. Disponível em: https://revistaenfermagematual.com.br/index.php/revista/article/view/663. Acesso em: 23 abr. 2023.

OLIVEIRA, Vanessa; Chirelli, Mara; Rezende, Kátia; Tonhom, Silva; Braccialli, Luzmarina; Nascimento, E. Rede Cegonha na visão de profissionais de saúde: desafios e estratégias de

superação. **Millenium**, v. 2, n. 18, p. 65-73, 2022. Disponível em: https://doi.org/10.29352/mill0218.26116. Acesso em: 23 abr. 2023.

ORTELAN, Naiá; VENANCIO, Sonia I.; BENICIO, Maria Helena D'Aquino. Determinantes do aleitamento materno exclusivo em lactentes menores de seis meses nascidos com baixo peso. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 35, n. 8, e00124618, 2019.

PAIM, Jairnilson S. Sistema Único de Saúde (SUS) aos 30 anos. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, n. 6, p. 1723-1728, 2018.

PASSOS, Laryssa S. dos; KROLL, Caroline; BORGES, Larissa; ROCHA, Erika D. de M.; SCHULTZ, Lidiane F. Acompanhamento dos atendimentos de puérperas e recém-nascidos em um Banco de Leite Humano. **Escola Anna Nery**, [s. l.], v. 24, n. 2, 2020.

PORTO, Jessica P.; BEZERRA, Vanessa M.; NETTO, Michele P.; ROCHA, Daniela da S. Aleitamento materno exclusivo e introdução de alimentos ultraprocessados no primeiro ano de estudo de coorte no sudoeste da Bahia, 2018. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 30, n. 2, ed. 2020614, 2021.

REDE GLOBAL DE BANCOS DE LEITE HUMANO. Fiocruz. Disponível em: https://rblh.fiocruz.br/pagina-inicial-rede-blh. Acesso em: 01 jun. 2023.

RELVAS, Gláubia R. B.; BUCCINI, Gabriela dos S.; VENANCIO, Sonia I. Avaliação do uso de um Manual De Apoio à Implementação Da "Estratégia Amamenta E Alimenta Brasil". **DEMETRA: Alimentação, Nutrição & Saúde**, Rio de Janeiro, v. 14, Supl. 1, e43322, p. 1-22, 2019.

SALUSTIANO, Letícia P. de Q.; DINIZ, Angélica L. D.; ABDALLAH, Vânia O. S.; PINTO, Rogério de M. C. Fatores associados à duração do aleitamento materno em crianças menores de seis meses. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, v. 34, n. 1, p. 28-33, 2012.

SANCHES, Maria Teresa C. Manejo clínico das disfunções orais na amamentação. **Jornal de Pediatria**, v. 80, n. 5, 2004.

SANTOS, Felipe M. de O.; FERNANDES, Marinília Cristina B.; FILHO, Dennis R. C.; TAVARES, Breno S.; MIRANDA, Isis; VIEIRA, Mirelle Patrícia V.; GONÇALVES, Marcos. Queixas das puérperas que procuram o Banco de Leite Humano de uma maternidade escola em Maceió, Alagoas. **Revista Ciência Plural**, v. 7, n. 2, p. 119-131, 2021.

SHAFAEI, Fahimeh S.; MIRGHAFOURVAND, Mojgan; HAVIZARI, Shiva. The effect of prenatal counseling on breastfeeding self-efficacy and frequency of breastfeeding problems in mothers with previous unsuccessful breastfeeding: a randomized controlled clinical trial. **BMC Women's Health**, v. 20, n. 94, 2020.

SILVA, Cristianny M.; PELLEGRINELLI, Ana Luiza R.; PEREIRA, Simone C. L; PASSOS, Ieda R.; SANTOS, Luana C. dos. Práticas educativas segundo os "Dez passos para o sucesso do aleitamento materno" em um Banco de Leite Humano. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 22, n. 5, p. 1661-1671, 2017.

SILVA, Luana da; ROGERIO, Maria Caroline; CANARIO, Márcia Aparecida dos S. S.; FERRARI, Rosangela Aparecida P. Incentivo ao aleitamento materno na sala de parto em maternidades com e sem a iniciativa hospital amigo da criança. **Revista de Saúde Pública Paraná**, v. 2, n. 2, p. 69-76, 2019.

SILVA, Ana Carolline P.; ANDRANDE, Bárbara D.; MARTINS, Thais C.; SANTOS, Marcela T. M. dos; OLIVEIRA, Renata Maria S.; CÂNDIDO, Ana Paula C.; NETTO, Michele P. Fatores associados ao tempo e à frequência do aleitamento materno. **Revista de APS**, v. 24, n. 1, p. 61-75, jan.-mar. 2021.

SILVA, Vera A.A.L.; CAMINHA, Maria F.C.; SILVA, Suzana L.; SERVA, Vilneide M.S.B.D.; AZEVEDO, Pedro T.A.C.C.; FILHO, Malaquias B. Maternal breastfeeding: indicators and factors associated with exclusive breastfeeding in a subnormal urban cluster assisted by the Family Health Strategy. **Jornal de Pediatria**, v. 95, Issue 3, May–June 2019, p. 298-305.

SILVEIRA, Marluce M. M. da; BARROS, Giovanna V.; FILHO, Wagner José M. K. Aleitamento materno em mulheres doadoras de leite. **Revista Educação em Saúde**, v. 5, n. 2, p. 79-88, 2017.

ALVES, Jessica de S.; OLIVEIRA, Maria I.C. de.; RITO, Rosane V.V.F. Orientações sobre amamentação na atenção básica de saúde e associação com o aleitamento materno exclusivo. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, n. 4, p. 1077-1088, 2018.

TAKUSHI, Sueli A. M.; TANAKA, Ana Cristina d'A.; GALLO, Paulo R.; MACHADO, Maria A. M. de P. Motivação de gestantes para o aleitamento materno. **Revista de Nutrição**, Campinas, v. 21, n. 5, p. 491-502, 2008.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO. **Aleitamento materno:** Prevalência e práticas de aleitamento materno em crianças brasileiras menores de 2 anos 4: ENANI 2019. Rio de Janeiro, RJ: UFRJ, 2021. 108 p. Coordenador geral, Gilberto Kac. Disponível em: https://enani.nutricao.ufrj.br/index.php/relatorios/. Acesso em: 10 maio 2023.

VÁZQUEZ-ROMÁN, S.; BUSTOS-LOZANO, G.; LÓPEZ-MAESTRO, M.; RODRÍGUEZ-LÓPEZ, J.; ORBEA-GALLARDO C.; SAMANIEGO-FERNÁNDEZ, M.; PALLÁS-ALONSO C. R. Impacto en la práctica clínica de la apertura de un banco de leche en una unidad neonatal. **An Pediatr** (Barc), [S.l.], 2013. Disponível em: http://dx.doi.org/10.1016/j.anpedi.2013.11.011. Acesso em: 05 maio 2023.

VENANCIO, Sonia I.; SALDIVA, Silvia R. D. M.; CASTRO, Ana Lucia da S.; GOUVEIA, Ana Gabriela C.; SANTANA, Andréia C. de; PINTO, Juliana Cristina C.; ESCUDER, Maria M. L. Projeto Amamentação e Municípios: a trajetória de implantação de uma estratégia para a avaliação e monitoramento das práticas de alimentação infantil no Estado de São Paulo, no período de 1998-2008. **Bepa**, v. 7, n. 83, p. 4-15, 2010.

VENANCIO, Sonia I. Uma reflexão sobre as contribuições do Projeto Amamentação e Municípios (AMAMUNIC) para a gestão e práticas de saúde no SUS. A incorporação dos resultados das pesquisas científicas no SUS. **Boletim Do Instituto De Saúde**, v. 13, n. 3, p. 1239-1244, 2012.

VENANCIO, Sônia I.; MARTINS, Maria C. N.; SANCHES, Maria Teresa C.; ALMEIDA, Honorina de; RIOS, GABRIELA S.; FRIAS, Paulo G de. Análise de implantação da Rede Amamenta Brasil: desafios e perspectivas da promoção do aleitamento materno na atenção básica. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 11, p. 2261-2274, nov. 2013.

VICTORA, Cesar G.; BAHL, Rajiv; BARROS, Aluísio J. D.; FRANÇA, Giovanny V. A.; HORTON, Susan; KRASEVEC, Julia; MURCH, Simon; SANKAR, Mari J.; WALKER, N.;

ROLLINS, N. C. Breastfeeding in the 21st century: epidemiology, mechanisms, and lifelong effect. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, v. 16, p. 1-24, 2016.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Division of Diarrhoeal and Acute Respiratory Disease Control. (1991). **Indicators for assessing breast-feeding practices: report of an informal meeting**, 11-12 June 1991, Geneva, Switzerland.

_____. United Nations Children's Fund. **Innocenti Declaration on the protection, promotion and support of breastfeeding**. Meeting "Breast-feeding in the 1990s: A global initiative". Florence (Italy): WHO/UNICEF; 1990.

_____. **Infant and young child feeding: a tool for assessing national practices, policies and programmes**. Geneva, 2003.

_____. **Database on global breastfeeding and nutrition**. 2014. Disponível em: http://www.who.int/nutrition/databases/infantfeeding/en/. Acesso em: 27 maio 2023.

APÊNCIDE I - TCLE

UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Gostariamos de convidar você a participar como voluntário (a) da pesquisa "Consumo de Alimentos Ultraprocessados por lactentes do Município de Juiz de Fora- MG". O motivo que nos leva a realizar esta pesquisa é a importância da adequada alimentação durante os 2 primeiros anos de vida. Nesta pesquisa pretendemos avaliar as práticas alimentares de lactentes atendidos nas Unidades Básicas de Saúde de Juiz de Fora – MG.

Caso você concorde em participar, será necessário responder um questionário, que possui questões relativas a características da criança (sexo, cor, idade), do cuidador (nível socioeconômico, sexo, cor, idade, escolaridade), ao tipo de aleitamento ofertado e ao consumo alimentar da criança. Esta pesquisa tem alguns riscos, que são: "riscos mínimos" como desconforto dos voluntários ao responder os questionários. Mas, para diminuir a chance desses riscos acontecerem serão garantidos todos os cuidados necessários à participação, de acordo com os direitos individuais, além de sigilo sobre identificação e informações com técnicas de anonimato e a possibilidade de interrupção ou cancelamento da coleta de informações. A pesquisa pode ajudar a entender quais são as práticas alimentares dos lactentes do município.

Para participar deste estudo você não vai ter nenhum custo, nem receberá qualquer vantagem financeira. Apesar disso, se você tiver algum dano por causadas atividades que fizermos com você nesta pesquisa, você tem direito a buscar indenização. Você terá todas as informações que quiser sobre esta pesquisa e estará livre para participar ou recusar-se a participar. Mesmo que você queira participar agora, você pode voltar atrás ou parar de participar a qualquer momento. A sua participação é voluntária e o fato de não querer participar não vai trazer qualquer penalidade ou mudança na forma em que você é atendido (a). O pesquisador não vai divulgar seu nome. Os resultados da pesquisa estarão à sua disposição quando finalizada. Seu nome ou o material que indique sua participação não será liberado sem a sua permissão. Você não será identificado (a) em nenhuma publicação que possa resultar.

Este termo de consentimento encontra-se impresso em duas vias originais, sendo que uma será arquivada pelo pesquisador responsável e a outra será fornecida a você. Os dados coletados na pesquisa ficarão arquivados com o pesquisador responsável por um período de 5 (cinco) anos. Decorrido este tempo, o pesquisador avaliará os documentos para a sua destinação final, de acordo com a legislação vigente. Os pesquisadores tratarão a sua identidade com padrões profissionais de sigilo, atendendo a legislação brasileira (Resolução Nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde), utilizando as informações somente para os fins acadêmicos e científicos.

Declaro que concordo em participar da pesquisa e que me foi dada à oportunidade de ler e esclarecer as minhas dúvidas.

Nome: _____

Identidade:_____

Juiz de Fora, _____ de _____ de 20 .

_____ _____

Assinatura do (a) Participante Assinatura do (a) Pesquisador (a)

Nome do Pesquisador Responsável: Jéssica Almeida S. da Costa
Campus Universitário da UFJF
Faculdade/Departamento/Instituto: Departamento de Nutrição do Instituto de Ciências Biológicas
CEP: 36036-900
Fone: (32)98887-2448
E-mail: jessica.almeida.nutri@gmail.com

Rubrica do Participante de pesquisa ou responsável:_____
Rubrica do pesquisador:_____

O CEP avalia protocolos de pesquisa que envolve seres humanos, realizando um trabalho cooperativo que visa, especialmente, à proteção dos participantes de pesquisa do Brasil. **Em caso de dúvidas, com respeito aos aspectos éticos desta pesquisa, você poderá consultar:**
CEP - Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos - UFJF
Campus Universitário da UFJF
Pró-Reitoria de Pós-Graduação e Pesquisa
CEP: 36036-900
Fone: (32) 2102- 3788 / E-mail: cep.propp@ufjf.edu.br

APÊNCIDE II - Questionário

SEÇÃO A — **IDENTIFICAÇÃO DO CUIDADOR**

A_1. Nome, sexo e data de nascimento

A_1.1. Nome completo: _____.

A_1.2. Sexo:
(1) Feminino.
(2) Masculino.

A_1.3. Data de nascimento: _____ / _____ / _____.

A_2. Endereço residencial

A_1.2. Em qual cidade você mora?
(1) Juiz de Fora -MG
(2) Outra cidade

A_2.1. Bairro: _____.

A_3. Contato

A_3.1. Telefone residencial:
(____) _____-_____.
(999) Não tem.

A_3.2. Telefone celular:
(____) 9 _____-_____.
(999) Não tem.

A_3.3. E-mail do(a) participante: _____.

A_4. Cor da pele ou raça

A_4.1. O IBGE classifica as pessoas que vivem no Brasil em cinco grupos conforme a cor da pele ou raça. De acordo com a sua opinião, em qual dos seguintes grupos você se incluiria?
(1) Branco(a) ou caucasiano(a).
(2) Preto(a) ou negro(a).
(3) Pardo(a), mulato(a), moreno(a) ou mestiço(a).
(4) Amarelo(a) (oriental).
(5) Indígena.
(999) Não sabe ou não quis responder.

A_5. Grau de parentesco

A_5.1. Qual seu grau de parentesco com a criança?
(1) Mãe
(2) Pai
(3) Avó/avô materno
(4) Avó/avô paterno
(5) Outro: _____.

Se for (1) **Mãe:**
A_5.1.1. Você realizou o acompanhamento pré-natal?
(1) Sim
(2) Não
A_5.1.2. Qual foi o tipo de parto?
(1) Natural/Normal/Vaginal
(2) Cesariana agendada
(3) Cesariana de urgência

A_5.1.3. Com quantas semanas de gestação o seu bebê nasceu?
(1) Menos de 24
(2) 24 a 32 e 6 dias
(3) 32 a 36 e 6 dias
(4) 37 a 41
(5) Mais de 41 semanas e 6 dias

A_6. Escolaridade

A_6.1. Qual o seu grau de instrução?
(1) Analfabeto ou fundamental I (primário) incompleto.
(2) Fundamental I (primário) completo ou fundamental II (ginásio) incompleto.
(3) Fundamental (ginásio) completo ou médio (colegial) incompleto.
(4) Médio (colegial) completo ou superior incompleto.
(5) Superior completo.
(999) Não sabe ou não quis responder.

A_7. Autonomia Culinária

A_7.1. Você é o responsável pela preparação da comida da criança?
(1) Sim
(2) Não
(3) A criança ainda não comeu nenhum alimento, somente leite do peito ou fórmula infantil/leite

Se o cuidador respondeu SIM, vá para a próxima questão.
Se o cuidador NÃO for a mãe e tenha respondido NÃO (2) ou (3) A criança ainda não comeu nenhum alimento, somente leite do peito ou fórmula infantil/leite, pule para a questão A_8.

Se o cuidador for a **Mãe:**
A_7.1.1 Você é o responsável pela preparação da sua comida?
(1) Sim
(2) Não

Se o cuidador FOR a mãe e tenha respondido NÃO (2) pule para a questão A_8.
Se o cuidador FOR a mãe e tenha respondido SIM (1) vá para a próxima questão A_7.2

A_7.2. Você se sente confiante em:

	Não confiante (0)	Pouco confiante (1)	Confiante (2)	Muito confiante (3)
1. Cozinhar um alimento	□	□	□	□
2. Assar no forno / assar	□	□	□	□
3. Temperar a carne usando apenas temperos naturais	□	□	□	□
4. Seguir uma receita simples	□	□	□	□
5. Fazer um molho de tomate caseiro usando apenas tomates e temperos naturais	□	□	□	□
6. Preparar uma sopa caseira	□	□	□	□
7. Cozinhar feijão na panela de pressão	□	□	□	□
8. Grelhar uma carne	□	□	□	□
9. Preparar um bolo caseiro simples	□	□	□	□
10. Preparar um almoço ou jantar combinando alimentos e temperos já existentes na casa sem receita	□	□	□	□

A_8. Questões socioeconômicas

Perguntas sobre itens do domicílio para efeito de classificação econômica. Todos os itens de eletroeletrônicos citados devem estar funcionando, incluindo os que estão guardados. Caso não estejam funcionando, considere apenas se tiver intenção de consertar ou repor nos próximos seis meses.

8.1 Itens de Conforto	Não Possui	Quantidade que Possui
Quantidade de automóveis de passeio exclusivamente para uso particular		(1) (2) (3) (4+)
Quantidade de empregados mensalistas, considerando apenas os que trabalham pelo menos cinco dias por semana		(1) (2) (3) (4+)
Quantidade de máquinas de lavar roupa, excluindo tanquinho		(1) (2) (3) (4+)
Quantidade de banheiros		(1) (2) (3) (4+)
DVD, incluindo qualquer dispositivo que leia DVD e desconsiderando DVD de automóvel		(1) (2) (3) (4+)
Quantidade de geladeiras		(1) (2) (3) (4+)
Quantidade de freezers independentes ou parte da geladeira duplex		(1) (2) (3) (4+)

Quantidade de microcomputadores, considerando computadores de mesa, laptops, notebooks e netbooks e desconsiderando tablets, palms ou smartphones		(1) (2) (3) (4+)
Quantidade de lavadora de louças		(1) (2) (3) (4+)
Quantidade de fornos de micro-ondas		(1) (2) (3) (4+)
Quantidade de motocicletas, desconsiderando as usadas exclusivamente para uso profissional		(1) (2) (3) (4+)
Quantidade de máquinas secadoras de roupas, considerando lava e seca		(1) (2) (3) (4+)

A_8.2. A água utilizada neste domicílio é proveniente de?
(1) Rede de distribuição geral.
(2) Poço ou nascente.
(3) Outro meio.

A_8.3. Considerando o trecho da rua do seu domicílio, você diria que a rua é:
(1) Asfaltada/Pavimentada.
(2) Terra/Cascalho

SEÇÃO B — IDENTIFICAÇÃO DA CRIANÇA

B_1. Nome, sexo e data de nascimento

B_1.1. Nome completo: _____.

B_1.2. Sexo:
(1) Feminino.
(2) Masculino.

B_1.3. Data de nascimento: _____ / _____ / _____.

B_2. Cor da pele ou raça

B_2.1. O IBGE classifica as pessoas que vivem no Brasil em cinco grupos conforme a cor da pele ou raça. De acordo com a sua opinião, em qual dos seguintes grupos você incluiria a criança?
(1) Branco(a) ou caucasiano(a).
(2) Preto(a) ou negro(a).
(3) Pardo(a), mulato(a), moreno(a) ou mestiço(a).
(4) Amarelo(a) (oriental).
(5) Indígena.
(999) Não sabe ou não quis responder.

B_3. Unidade Básica de Saúde (UBS)

B_3.1. Em qual Unidade Básica de Saúde a criança recebe atendimento?
_____

SEÇÃO C	CONSUMO ALIMENTAR

C_1. A criança tomou leite do peito ontem? Nesta questão nos interessa saber se a criança tomou leite materno de qualquer forma, podendo ser mamando direto no peito, de copo ou mamadeira.
(1) Sim
(2) Não
(999) Não sabe/não quis responder

C_2. A criança tomou água ontem?

(1) Sim
(2) Não
(999) Não sabe/não quis responder

Caso seja respondido que a criança NÃO tomou água ontem pula para a questão C4.

C_3. A água que a criança tomou ontem era filtrada/fervida?

(1) Sim
(2) Não
(999) Não sabe/não quis responder

C_4. A criança tomou água com açúcar ontem?

(1) Sim
(2) Não
(999) Não sabe/não quis responder

C_5. A criança tomou chá ontem?

(1) Sim
(2) Não
(999) Não sabe/não quis responder

C_6. A criança tomou leite de vaca em pó ontem? O objetivo dessa questão é saber se a criança tomou leite, não importando se foi acrescentado açúcar, achocolatado ou outro alimento ao mesmo. O leite de vaca pode ser integral, semidesnatado ou desnatado e de qualquer marca.

(1) Sim
(2) Não
(999) Não sabe/não quis responder

C_7. A criança tomou leite de vaca líquido ontem? O objetivo dessa questão é saber se a criança tomou leite, não importando se foi acrescentado açúcar, achocolatado ou outro alimento ao mesmo. O leite de vaca pode ser de caixa ou de saco (pasteurizado), pode ser integral, semidesnatado ou desnatado e de qualquer marca. Se a criança tomou leite de vaca tirado da vaca (leite de fazenda) também deve ser considerado.

(1) Sim
(2) Não
(999) Não sabe/não quis responder

C_8. A criança tomou leite de soja em pó ontem? O objetivo dessa questão é saber se a criança tomou leite, não importando se foi acrescentado açúcar, achocolatado ou outro alimento ao mesmo. O leite de soja em pó pode ser em lata ou vendido em sacos, e de qualquer marca.

(1) Sim
(2) Não
(999) Não sabe/não quis responder

C_9. A criança tomou leite de soja líquido ontem? O objetivo dessa questão é saber se a criança tomou leite, não importando se foi acrescentado açúcar, achocolatado ou outro alimento ao mesmo. O leite de soja líquido pode ser de garrafa, de caixa e de qualquer marca.

(1) Sim
(2) Não
(999) Não sabe/não quis responder

C_10. A criança tomou fórmula infantil ontem? (Exemplos: Nan, Nestogeno, Aptamil, Enfamil, Milupa e Similac)

(1) Sim
(2) Não
(999) Não sabe/não quis responder

C_11. A criança tomou suco natural de fruta espremido sem açúcar ontem?

(1) Sim
(2) Não
(999) Não sabe/não quis responder

C_12. A criança comeu fruta inteira, em pedaço ou amassada ontem?

(1) Sim
(2) Não
(999) Não sabe/não quis responder

Caso seja respondido que a criança NÃO comeu fruta ontem pula para a questão C15.

C_13. Quantas vezes a criança comeu fruta inteira, em pedaço ou amassada ontem?

(Excluir frutas batidas). Não confundir com o número de frutas ingeridas por vez. Se a criança comeu 2 bananas de manhã e 1 laranja à tarde, ela comeu 2 vezes. Se foram 3 bananas de manhã, ela comeu 1 vez.

|___|___| vezes

C_14. A criança comeu manga, mamão ou goiaba ontem?

(1) Sim
(2) Não
(999) Não sabe/não quis responder

C_15. A criança comeu comida de sal (de panela, papa ou sopa) ontem? (Considerar também o café da manhã. Misto quente e ovo mexido não são considerados comidas de sal.)

(1) Sim
(2) Não
(999) Não sabe/não quis responder

Caso seja respondido que a criança NÃO comeu comida de sal ontem pula para a questão C18.

C_16. Quantas vezes "nome da criança" comeu comida de sal (de panela, papa ou sopa) ontem?

|___|___| vezes

(999) Não sabe/não quis responder

C_17. Essa comida foi oferecida de que forma:

(1) Em pedaços ou inteira
(2) Amassada
(3) Passada na peneira
(4) Liquidificada
(5) Só caldo
(999) Não sabe/Não quis responder

C_18. A criança comeu mingau ou papa com leite ontem? Mingau ou papa é a mistura do leite com alguma farinha (instantânea ou farinha que precisa ser cozida). O mingau pode ter sido dado na mamadeira ou em um prato com colher.

(1) Sim
(2) Não
(999) Não sabe/não quis responder

C_19. A criança tomou iogurte ontem? Aqui conta iogurte com ou sem sabor, integral ou desnatado, industrializado ou feito em casa.

(1) Sim
(2) Não
(999) Não sabe/não quis responder

C_20. A criança comeu arroz, batata, inhame, cará, aipim/macaxeira/mandioca, farinha ou macarrão (sem ser macarrão instantâneo, tipo miojo) ontem?

(1) Sim
(2) Não
(999) Não sabe/não quis responder

C_21. A criança comeu pão ontem?

(1) Pão francês
(2) Pão feito em casa (caseiro/artesanal)
(3) Pão industrializado (por exemplo: pão de forma, bisnaguinha, pão de hambúrguer)
(4) Não comeu
(999) Não sabe/Não quis responder

C_22. A criança comeu legumes diferentes de batata, inhame, cará, aipim/macaxeira/mandioca ontem?

(1) Sim
(2) Não
(999) Não sabe/não quis responder

C_23. A criança comeu cenoura, abóbora (jerimum) ou batata doce ontem?

(1) Sim
(2) Não
(999) Não sabe/não quis responder

C_24. A criança comeu couve, espinafre, taioba, brócolis, caruru folha, beldroega, bertalha ou mostarda ontem?

(1) Sim
(2) Não
(999) Não sabe/não quis responder

C_25. A criança comeu outras verduras, sem ser couve, espinafre, taioba, brócolis, caruru folha, beldroega, bertalha ou mostarda ontem?

(1) Sim
(2) Não
(999) Não sabe/não quis responder

C_26. A criança comeu feijão ou outros tipos de grãos, como lentilha, ervilha ou grão de bico ontem?

(1) Sim
(2) Não
(999) Não sabe/não quis responder

C_27. A criança comeu algum tipo de carne (de boi, frango, porco, peixe ou outro) ontem? Considerar qualquer tipo de carne, incluindo as vísceras (rim, coração, moela, fígado), peixes e frutos do mar (camarão, lula, polvo, mariscos) e embutidos (linguiça, hambúrguer, nuggets).

(1) Sim
(2) Não
(999) Não sabe/não quis responder

C_28. A criança comeu fígado ontem? Pode ser de galinha ou bovino.
(1) Sim
(2) Não
(999) Não sabe/não quis responder

C_29. A criança comeu ovo (frito, mexido, omelete, cozido ou gemada) ontem?
(1) Sim
(2) Não
(999) Não sabe/não quis responder

C_30. Além dos tipos de carne citados anteriormente (de boi, frango, porco, peixe ou outro), a criança comeu hambúrguer, presunto, mortadela, salame, nugget, linguiça ou salsicha ontem?

(1) Sim
(2) Não
(999) Não sabe/não quis responder

C_31. A criança comeu salgadinhos de pacote, tipo chips como Fofura, Fandangos, Cheetos ou outros parecidos ontem?

(1) Sim
(2) Não
(999) Não sabe/não quis responder

C_32. A criança bebeu suco industrializado, de caixinha, água de coco de caixinha, guaraná natural ou xaropes de guaraná, refresco de groselha, suco em pó ou suco natural de fruta com adição de açúcar ontem?

(1) Sim
(2) Não
(999) Não sabe/não quis responder

C_33. A criança bebeu refrigerante ontem?

(1) Sim
(2) Não
(999) Não sabe/não quis responder

C_34. A criança comeu macarrão instantâneo ontem? O macarrão instantâneo é vendido em sacos pequenos e grandes, fica pronto rapidamente e geralmente vem com um envelope de tempero (exemplos: Miojo, Nissin, Lámen).

(1) Sim
(2) Não
(999) Não sabe/não quis responder

C_35. A criança comeu biscoito/bolacha doce ou salgada ontem?

(1) Sim
(2) Não
(999) Não sabe/não quis responder

C_36. A criança comeu bala, pirulito ou outras guloseimas ontem? EX: jujuba, chiclete, confeti, "chupetinha", "minhoquinha de gelatina", marshmallow/marshmelo, e qualquer outro tipo de doces de saquinho.

(1) Sim
(2) Não
(999) Não sabe/não quis responder

C_37 A criança comeu algum alimento que levou tempero pronto industrializado (tipo Sazon, caldo Knorr) ontem?

(1) Sim
(2) Não
(999) Não sabe/não quis responder

C_38. A criança comeu farinhas instantâneas de arroz, milho, trigo ou aveia (por exemplo: Mucilon, Farinha láctea, Neston, Vitalon, Milnutri) ontem? Aqui não deve ser considerado o consumo de Maizena, Creme de arroz, farinha de aveia, flocos de aveia, cremogema, creme de milho ou milharina.

(1) Sim
(2) Não
(999) Não sabe/não quis responder

C_39. A criança comeu alimento adoçado com açúcar, mel ou melado ontem?

(1) Sim
(2) Não
(999) Não sabe/não quis responder

C_40. - Por quanto tempo a criança tomou somente leite do peito (sem oferta de água, chás, água com açúcar, biscoito ou qualquer outro alimento?)

(1) Por menos de 1 mês
(2) Entre 1 e 2 meses
(3) Entre 2 e 3 meses
(4) Entre 3 e 4 meses
(5) Entre 4 e 5 meses
(6) Entre 5 e 6 meses
(7) Até 6 meses
(8) Não sei

C_41. Quantas refeições a criança faz por dia?

(1) Ainda não consumiu nenhum alimento além do leite/fórmula infantil
(2) Faz 1 refeição ao dia
(3) Faz 2 refeições ao dia
(4) Faz 3 refeições ao dia
(5) Faz 4 ou mais refeições ao dia
(999) Não sei

Se a resposta for (1) Ainda não consumiu nenhum alimento além do leite/fórmula infantil, pule para a questão C_43

C_42. Qual era a consistência da comida, quando a criança começou a se alimentar?

(1) Em pedaços ou inteira
(2) Amassada
(3) Passada na peneira
(4) Liquidificada
(5) Só caldo
(6) A criança só tomou leite até o momento
(999) Não sabe/Não quis responder

C_43. A criança já consumiu alguma vez algum desses alimentos?
(1) Refrigerante
(2) Biscoito/bolacha (doce ou salgado)
(3) Iogurte
(4) Suco de caixinha ou pozinho
(5) Gelatina
(6) Macarrão instantâneo (miojo)
(7) Danoninho ou outro tipo de petit suisse
(8) Até o momento não consumiu nenhum desses alimentos
(9) Não sei

C_44. A comida preparada para criança é a mesma da família ou com pequenas modificações (em pedaços picados ou macios)?
(1) Sim
(2) Não
(3) A criança só tomou leite até o momento
(999) Não sabe/não quis responder

C_45. A hora da alimentação da criança é experiências positivas, aprendizado e afeto junto à família?
(1) Sim
(2) Não
(999) Não sabe/não quis responder

C_46. Você presta atenção nos sinais de fome e saciedade (se a criança está satisfeita) da criança?

(1) Sim
(2) Não
(999) Não sabe/não quis responder

C_47. Você conversa com a criança durante as refeições?
(1) Sim
(2) Não
(999) Não sabe/não quis responder

C_48. São tomadas medidas de higiene durante todas as etapas da alimentação? Ex. lavar as mãos, utensílios e alimentos corretamente

(1) Sim
(2) Não
(999) Não sabe/não quis responder

C_49. Quando é necessário sair com a criança, são oferecidos quais alimentos?

(1) somente frutas, legumes ou verduras
(2) biscoitos (doces ou salgados) ou iogurtes (Danoninho ou petit suisse) ou balas e pirulitos
(3) ofereço frutas, legumes ou verduras e também biscoitos (doces ou salgados) ou iogurtes (Danoninho ou petit suisse) ou balas e pirulitos.
(4) somente leite ou fórmula infantil
(999) Não sabe/não quis responder

C_50. A criança tem acesso a publicidade de alimentos?

Ex. publicidade infantil: comunicação do mercado de alimentos por meio de linguagem infantil, excesso de cores, presença de personagens, brindes ou jogos.

Ex. propaganda de alimentos na televisão, alimentos com personagens

(1) Sim
(2) Não
(3) Talvez

SEÇÃO D	*FOOD CHOICE QUESTIONNAIRE*

O que você leva em consideração quando vai alimentar seu filho(a):

Instruções:

- *para cada afirmativa, marque com "X" APENAS uma resposta na coluna que contenha a sua opinião, ou seja, aquela que mais reflete o que você pensa em relação à afirmativa;*
- *não existem respostas certas ou erradas.*

MOTIVO PARA ESCOLHAS ALIMENTARES	LEGENDA
Para mim é importante que o alimento que meu filho(a) coma no dia-a-dia:	(1) Nada importante (2) Pouco importante (3) Importante (4) Muito importante
Fator 1 – Saúde	
Contenha uma grande quantidade de vitaminas e minerais	(1) (2) (3) (4)
Mantenha-o saudável	(1) (2) (3) (4)
Seja nutritivo	(1) (2) (3) (4)
Tenha muita proteína	(1) (2) (3) (4)
Seja bom para a pele/dentes/ cabelos / unhas etc	(1) (2) (3) (4)
Seja rico em fibra dê saciedade	(1) (2) (3) (4)
Fator 2 - Humor	
Ajude-o a lidar com o estresse	(1) (2) (3) (4)
Ajude-o a lidar com a vida	(1) (2) (3) (4)
Ajude-o a relaxar	(1) (2) (3) (4)
Mantenha-o acordado (a) / alerta	(1) (2) (3) (4)
Deixe-o alegre/animado	(1) (2) (3) (4)
Faça com que ele(a) se sinta bem	(1) (2) (3) (4)

Fator 3 - Conveniência	
Seja fácil de preparar	(1) (2) (3) (4)
Possa ser cozinhado de forma muito simples	(1) (2) (3) (4)
Não leve muito tempo para ser preparado	(1) (2) (3) (4)
Possa ser comprado em locais perto de onde moro ou trabalho	(1) (2) (3) (4)
Seja fácil de achar em mercearias e supermercados	(1) (2) (3) (4)
Fator 4 - Apelo Sensorial	
Tenha um bom cheiro	(1) (2) (3) (4)
Tenha uma boa aparência	(1) (2) (3) (4)
Tenha uma textura agradável	(1) (2) (3) (4)
Seja gostoso	(1) (2) (3) (4)
Fator 5 - Conteúdo Natural	
Não contenha aditivos	(1) (2) (3) (4)
Contenha ingredientes naturais	(1) (2) (3) (4)
Não contenha ingredientes artificiais	(1) (2) (3) (4)
Fator 6 - Preço	
Não seja caro	(1) (2) (3) (4)
Seja barato	(1) (2) (3) (4)
Tenha o preço justo	(1) (2) (3) (4)
Fator 7 - Controle de peso	
Tenha poucas calorias	(1) (2) (3) (4)
Ajude-o a controlar o peso	(1) (2) (3) (4)
Tenha pouca gordura	(1) (2) (3) (4)
Fator 8 - Familiaridade	
Seja o que eu costumo comer	(1) (2) (3) (4)
Seja familiar	(1) (2) (3) (4)
Seja parecido com a comida que eu comia quando era criança	(1) (2) (3) (4)
Fator 9 - Preocupação ética	
Venha de países que eu aprove a forma como os alimentos são produzidos	(1) (2) (3) (4)
Mostre com clareza, a identificação do país de origem	(1) (2) (3) (4)
Seja embalado de forma que não prejudique o meio ambiente	(1) (2) (3) (4)

SEÇÃO A — *Informações Maternas*

Instruções:

- *para cada afirmativa, marque com "**X**" **APENAS** uma resposta na coluna que contenha a sua opinião, ou seja, aquela que mais reflete o que você pensa em relação à afirmativa;*
- *não existem respostas certas ou erradas.*

A_1 — *Dados Maternos*

A_1.1 A Sra. sabe seu peso pré gestacional (mesmo que seja um valor aproximado?

Peso em Kg: _____

Peso pré gestacional é o último peso conhecido antes da gestação.

Se não souber, deixe o preenchimento em branco e pule para a próxima questão.

A_1.2 A Sra. sabe o quanto ganhou de peso durante a gestação?
Peso em Kg: _____

A_1.3 A Sra. sabe seu peso atual?

Peso em Kg: _____

Se não souber, deixe o preenchimento em branco e pule para a próxima questão.

A_1.4 A Sra. sabe sua altura?

Altura em metros:

Se não souber, deixe o preenchimento em branco e pule para a próxima questão.

A_1.5 Algum médico já lhe disse que a Sra. tem pressão alta?
(1) Sim
(2) Não

Se a resposta for não, pule para a questão A_1.10.

A_1.6 Em qual momento o médico identificou a pressão alta?
(1) Antes da gestação
(2) Durante a gestação
(3) Após a gestação

A_1.7 Se a pressão alta foi identificada durante a gestação ela permaneceu até hoje?
(1) Sim
(2) Não

A_1.8 Algum médico já lhe receitou algum medicamento para pressão alta?
(1) Sim
(2) Não

A_1.9 Atualmente, a Sra. está tomando algum medicamento para controlar a pressão alta?
(1) Sim
(2) Não

A_1.10 Algum médico já lhe disse que a Sra. tem diabetes?

(1) Sim
(2) Não

Se a resposta for não, pule para a seção B.

A_1.11 Em qual momento o médico identificou a diabetes?
(1) Antes da gestação
(2) Durante a gestação
(3) Após a gestação

A_1.12 Se a diabetes foi identificada durante a gestação a ela permaneceu até hoje?
(1) Sim
(2) Não

A_1.13 Algum médico já lhe receitou algum medicamento para diabetes?
(1) Sim
(2) Não

A_1.14 Atualmente, a Sra. está tomando algum comprimido para controlar o diabetes?
(1) Sim
(2) Não

SEÇÃO B — *Hábitos de Vida Maternos*

Instruções:

- *para cada afirmativa, marque com "X" APENAS uma resposta na coluna que contenha a sua opinião, ou seja, aquela que mais reflete o que você pensa em relação à afirmativa;*
- *não existem respostas certas ou erradas.*

B_1 — *Hábitos de Vida Maternos*

B_1.1 A Sra. consumiu bebida alcoólica nos últimos 3 meses?

(1) Sim
(2) Não

Se a resposta for não, pule para a questão B_1.3.

B_1.2 Se sim, nesse período com que frequência a Sra. consumiu alguma bebida alcoólica?

(1) 1 a 2 dias na semana
(2) 3 a 4 dias na semana
(3) 5 a 6 dias na semana
(4) Todos os dias incluindo sábado e domingo
(5) Quase Nunca
(6) Nunca

B_1.3 Nos últimos três meses, a Sra. praticou algum tipo de exercício físico ou esporte?

(1) Sim
(2) Não

Se a resposta for não, pule para a questão B_1.5.

B_1.4 Se sim quantos minutos a Sra. pratica de atividade física ou esporte durante a semana?

(1) 30 a 59 minutos semanais
(2) 1 hora a 2 horas e 29 minutos semanais
(3) 2 horas e 30 minutos a 4 horas e 59 minutos semanais
(4) Acima de 5 horas semanais.

B_1.5 A Sra. fumou nos últimos 3 meses?

(1) Sim, diariamente
(2) Sim, mas não diariamente
(3) Não

Se a resposta for não, pule para a seção C.

B_1.6 Quantos cigarros a Sra. Fuma por dia?

(1) 1 a 4 cigarros por dia
(2) 5 a 9 cigarros por dia
(3) 10 a 14 cigarros por dia
(4) 15 a 19 cigarros por dia
(5) 20 a 29 cigarros por dia
(6) 30 a 39 cigarros por dia
(7) 40 ou mais cigarros por dia

SEÇÃO C — *Hábitos Alimentares Maternos*

Instruções:

- *para cada afirmativa, marque com "**X**" **APENAS** uma resposta na coluna que contenha a sua opinião, ou seja, aquela que mais reflete o que você pensa em relação à afirmativa;*
- *não existem respostas certas ou erradas.*

C_1 — *Consumo Alimentar*

C_1.1 Em quantos dias da semana, a Sra. costuma comer pelo menos um tipo de verdura ou legume (alface, tomate, couve, cenoura, chuchu, berinjela, abobrinha – não vale batata, mandioca ou inhame)?

(1) 1 a 2 dias na semana
(2) 3 a 4 dias na semana
(3) 5 a 6 dias na semana
(4) Todos os dias incluindo sábado e domingo
(5) Quase Nunca
(6) Nunca

C_1.2 Em quantos dias da semana a Sra. costuma tomar suco de frutas natural?

(1) 1 a 2 dias na semana
(2) 3 a 4 dias na semana
(3) 5 a 6 dias na semana
(4) Todos os dias incluindo sábado e domingo
(5) Quase Nunca
(6) Nunca

Se a resposta for nunca, pule para a questão C_1.4

C_1.3 Num dia comum, quantos copos a Sra. toma de suco de frutas natural?

(1) 1 vez ao dia
(2) 2 vezes ao dia
(3) 3 vezes ao dia ou mais

C_1.4 Em quantos dias da semana a Sra. costuma comer frutas?
(1) 1 a 2 dias na semana
(2) 3 a 4 dias na semana
(3) 5 a 6 dias na semana
(4) Todos os dias incluindo sábado e domingo
(5) Quase Nunca
(6) Nunca

Se a resposta for nunca, pule para a questão C_1.6

C_1.5 Num dia comum, quantas vezes a Sra. come frutas?
(1) 1 vez ao dia
(2) 2 vezes ao dia
(3) 3 vezes ao dia ou mais

C_1.6 Em quantos dias da semana a Sra. costuma tomar refrigerante ou suco artificial?
(1) 1 a 2 dias na semana
(2) 3 a 4 dias na semana
(3) 5 a 6 dias na semana
(4) Todos os dias incluindo sábado e domingo
(5) Quase Nunca
(6) Nunca

Se a resposta for nunca, pule para a questão C_1.9.

C_1.7 Se consome, de qual tipo a Sra. Prefere consumir?
(1) Normal
(2) Diet/Light/Zero
(3) Ambos

C_1.8 Se consome, quantos copos/latinhas costuma tomar por dia?
(1) 1 copo ou 1 latinha
(2) 2 copos ou 2 latinhas
(3) 3 copos ou 3 latinhas
(4) 4 copos ou 4 latinhas
(5) 5 copos ou 5 latinhas
(6) 6 copos ou 6 latinhas

C_1.9 Em quantos dias da semana a Sra. costuma consumir biscoito de maisena ou água e sal?
(1) 1 a 2 dias na semana
(2) 3 a 4 dias na semana
(3) 5 a 6 dias na semana
(4) Todos os dias incluindo sábado e domingo
(5) Quase Nunca
(6) Nunca

C_1.10 Em quantos dias da semana a Sra. costuma consumir biscoito recheado ou com sabor como (morango, chocolate, queijo, presunto)?
(1) 1 a 2 dias na semana
(2) 3 a 4 dias na semana

(3) 5 a 6 dias na semana
(4) Todos os dias incluindo sábado e domingo
(5) Quase Nunca
(6) Nunca

C_1.11 Em quantos dias da semana a Sra. costuma consumir presunto, mortadela, salsicha ou linguiça?
(1) 1 a 2 dias na semana
(2) 3 a 4 dias na semana
(3) 5 a 6 dias na semana
(4) Todos os dias incluindo sábado e domingo
(5) Quase Nunca
(6) Nunca

C_1.12 Em quantos dias da semana a Sra. costuma consumir iogurte saborizado? (exemplo: morango, mamão, frutas vermelhas)
(1) 1 a 2 dias na semana
(2) 3 a 4 dias na semana
(3) 5 a 6 dias na semana
(4) Todos os dias incluindo sábado e domingo
(5) Quase Nunca
(6) Nunca

C_1.13 Em quantos dias da semana a Sra. costuma consumir alimentos prontos como lasanha, pizza, massa pronta para bolo?
(1) 1 a 2 dias na semana
(2) 3 a 4 dias na semana
(3) 5 a 6 dias na semana
(4) Todos os dias incluindo sábado e domingo
(5) Quase Nunca
(6) Nunca

C_1.14 Em quantos dias da semana a Sra. costuma consumir alimentos enlatados? (exemplo: milho, ervilha, azeitona, salsicha, entre outros)
(1) 1 a 2 dias na semana
(2) 3 a 4 dias na semana
(3) 5 a 6 dias na semana
(4) Todos os dias incluindo sábado e domingo
(5) Quase Nunca
(6) Nunca

SEÇÃO D — INFORMAÇÕES MATERNAS ADICIONAIS

D_1. Com quanto tempo (semanas gestacionais) descobriu que estava grávida?

(1) Menos de 4 semanas gestacionais (1 mês)
(2) 4-8 semanas gestacionais (1 a 2 meses)
(3) 8-12 semanas gestacionais (2 a 3 meses)
(4) Mais de 12 semanas gestacionais (3 meses)
(999) Não sabe ou não quis responder.

D_2. Você foi em quantas consultas de pré- Natal?

(1) Nenhuma
(2) 1-3 consultas
(3) 3-6 consultas
(4) Mais de 7 consultas
(999) Não sabe ou não quis responder.

D_3. Sua última gestação foi gemelar?

(1) Sim
(2) Não
(999) Não sabe ou não quis responder.

D_4. Quantos irmãos a criança tem?

(1) É filho único
(2) 1
(3) 2
(4) 3
(5) 4 ou mais
(999) Não sabe ou não quis responder.

SEÇÃO E — AMAMENTAÇÃO

E_1. Durante a gestação você já pensava (tinha vontade) de amamentar a criança ao seio?

(1) Sim
(2) Não
(999) Não sabe ou não quis responder.

E_2. Durante o pré-natal recebeu orientações sobre o aleitamento materno?

(1) Sim
(2) Não
(999) Não sabe ou não quis responder.

Caso a resposta tenha sido NÃO, pule para a questão E_4

E_3. Quem foi o principal responsável pelas orientações sobre o aleitamento materno?

(1) Médico
(2) Enfermeiro
(3) Agente de saúde
(4) Outro
(999) Não sabe ou não quis responder.

E_4. Você frequentou grupo de gestantes?

(1) Sim
(2) Não
(999) Não sabe ou não quis responder.

Caso a resposta tenha sido NÃO, pule para a questão E_6

E_5. Você recebeu orientações sobre o aleitamento materno no grupo de gestantes?

(1) Sim
(2) Não
(999) Não sabe ou não quis responder.

E_6. No pós-parto (ainda durante a internação, logo após a criança nascer) recebeu alguma informação sobre aleitamento materno?

(1) Sim
(2) Não
(999) Não sabe ou não quis responder.

E_7. Precisou ficar internada após o parto?
(1) Sim
(2) Não
(999) Não sabe ou não quis responder.

E_8. Teve alguma intercorrência com a mama que dificultou o aleitamento materno?

(1) Nenhuma
(2) Mastite (infecção do peito que gera dor)
(3) Ingurgitamento mamário (Leite empedrado)
(4) Fissura mamária (Rachadura no peito)
(5) Abcesso mamário (Saída de pús no peito)
(6) Dor no peito ao amamentar
(7) Outro
(999) Não sabe ou não quis responder.

E_9. Você teve algum caso no pós parto de depressão, mudanças de humor, sensação de cansaço que a fizeram desanimar da amamentação?

(1) Sim
(2) Não
(999) Não sabe ou não quis responder.

E_10. Você é incentivada a amamentar?

(1) Sim
(2) Não
(999) Não sabe ou não quis responder.

Se a resposta for NÃO, pule para a questão E_12.

E_11. Quem você definiria como principal incentivador?

(1) Profissionais de saúde
(2) Família
(3) Parceiro (a)
(4) Comunidade (vizinhos, amigos...)
(999) Não sabe ou não quis responder.

E_12. Você pretende amamentar pelo peito até a criança completar 6 meses (exclusivo ou não)? (para mães com filhos menores de 6 meses que amamentam)

(1) Sim
(2) Não
(999) Não sabe ou não quis responder.

E_13. Você pretende amamentar pelo peito até a criança completar 24 meses? (para mães com filhos menores de 24 meses que amamentam)

(1) Sim
(2) Não
(999) Não sabe ou não quis responder.

E_14. Você sabia que existe um Banco de Leite Humano em Juiz de Fora?

(1) Sim
(2) Não
(999) Não sabe ou não quis responder.

Se a resposta for NÃO, pule para a questão E_16.

E_15. Você já foi ao Banco de Leite Humano em Juiz de Fora?

(1) Sim
(2) Não
(999) Não sabe ou não quis responder.

E_16. A Criança nasceu em um Hospital Amigo da Criança?

(1) Sim
(2) Não
(999) Não sabe ou não quis responder.

E_17. A criança precisou ficar internada logo após o parto?

(1) Sim
(2) Não
(999) Não sabe ou não quis responder.

E_18. A criança precisou ficar internada logo após o parto?

(1) Sim
(2) Não
(999) Não sabe ou não quis responder.

E_19. A criança já usou/usa chupeta (bico)?

(1) Sim
(2) Não
(999) Não sabe ou não quis responder.

E_20. A criança usa ou já usou mamadeira ou chuca (chuquinha, mesmo que para oferta de água ou leite)?

(1) Sim
(2) Não
(999) Não sabe ou não quis responder.

Se a resposta for SIM, pule para questão E_22.

E_21. Você tem a intenção de ofertar algum dos dois?

(1) Sim
(2) Não
(999) Não sabe ou não quis responder.

E_22. Você já recebeu alguma informação sobre o uso de chupeta e mamadeira?

(1) Sim
(2) Não
(999) Não sabe ou não quis responder.

E_23. Você sabia que chupeta e mamadeira podem atrapalhar o aleitamento materno?

(1) Sim
(2) Não
(999) Não sabe ou não quis responder.