

**MÁRCIA LOPES URQUIZA**

**A INFLUÊNCIA DAS AÇÕES EDUCATIVAS NO TEMPO DE  
ALEITAMENTO MATERNO EXCLUSIVO**

Dissertação Apresentada à Universidade de Franca, como exigência parcial para obtenção do título de Mestre em Promoção de Saúde.

Orientador: Prof. Dr. Lucif Abrão Nascif Júnior.

**FRANCA**

**2012**

**MÁRCIA LOPES URQUIZA**

**A INFLUÊNCIA DAS AÇÕES EDUCATIVAS NO TEMPO DE ALEITAMENTO  
MATERNO EXCLUSIVO**

COMISSÃO JULGADORA DO PROGRAMA  
DE MESTRADO EM PROMOÇÃO DE SAÚDE

Presidente: \_\_\_\_\_

Universidade de Franca

Titular 1: \_\_\_\_\_

Universidade de Franca

Titular 2: \_\_\_\_\_

Universidade de Franca

**FRANCA**

**2012**

**Dedico:**

*À memória de meu pai, Joaquim, meu grande incentivador. Minha mãe, Lourdes, pelo companheirismo e orações nos momentos de desânimo, apoiando e me fortalecendo. Meus filhos Leonardo e Eduardo, meus tesouros e exemplos de persistência.*

## AGRADECIMENTOS

A Deus, pela dádiva da minha vida, por me conceder forças e capacidade para realizar este sonho e ter colocado pessoas tão importantes neste caminho para conseguir realizá-lo.

Meus sinceros agradecimentos ao meu orientador Prof. Dr. Lucif Abrão Nascif Junior, que me acolheu, orientou e incentivou nos momentos mais difíceis. Obrigada, por compartilhar comigo de forma tão generosa os seus conhecimentos.

Aos meus pais, que sempre proporcionaram condições aos meus estudos e ideais. Tenho certeza que eles estão felizes com a realização deste sonho, pois sem dúvida alguma este era um sonho por eles acalentado.

Aos meus filhos, pelo constante incentivo e por entenderem minha ausência na dedicação deste projeto, pois souberam avaliar como a realização deste trabalho era importante na minha vida.

Aos meus irmãos pelo incentivo e carinho, por terem me apoiado incondicionalmente nesta caminhada e por entenderem minhas ausências.

Aos professores do Programa de Mestrado em Promoção de Saúde da Unifran, pela valiosa colaboração nos seus ensinamentos.

Aos meus colegas do mestrado, pelo companheirismo e cumplicidade, nos momentos alegres e nas dificuldades, estarão sempre nas minhas lembranças.

A todas as minhas amigas, sem distinção, grandes incentivadoras deste projeto, sempre presentes nos momentos difíceis, com palavras de coragem e ânimo nesta empreitada.

Aos Professores Dra. Branca Maria de Oliveira Santos, Dra. Glória Lúcia Alves Figueiredo e Dr. José Eduardo Zaia, que com carinho e discernimento souberam fazer vários questionamentos a este projeto, favorecendo valiosas reflexões.

Aos meus queridos alunos do Curso de enfermagem. Obrigada por estes anos de convivência.

À Universidade de Franca, por proporcionar a bolsa de estudos, sem a qual não seria possível a realização deste sonho.

## APRESENTAÇÃO

Os sonhos podem ser adiados, mas não devem ser abandonados.

O mestrado, um sonho que há muito carrego, agora, prestes a se realizar.

Nasci na cidade de Guará (SP) e ainda adolescente minha família mudou-se para Franca. Na mesma semana da mudança, consegui um emprego e iniciei minha trajetória profissional na área da saúde como auxiliar de recepção em um hospital.

O interesse pelo emprego, o despertar pela solidariedade, a compaixão pela dor do próximo foi algo muito marcante e eu percebi que queria ajudar as pessoas a diminuir suas dores.

Meu envolvimento com as profissões que permeavam meu trabalho era intenso e fui definindo aí meu destino profissional, minha escolha e minha carreira.

Depois da recepção, fui promovida para trabalhar no escritório do mesmo hospital e o envolvimento não foi menor. O interesse pela enfermagem foi se definindo.

Em 1977, iniciei o curso de enfermagem na Faculdade de Enfermagem do Sagrado Coração, em Bauru. Tinha toda a certeza da minha escolha pelo o curso de enfermagem, e de volta a Franca, iniciei a minha carreira de enfermeira no serviço hospitalar.

Desde os tempos de estudante, me identificava com a docência e mais tarde na vida profissional consegui aliar a docência com o serviço hospitalar.

Como professora, atuei como supervisora de estágio do curso técnico de enfermagem do Centro Paula Souza nas disciplinas de enfermagem ginecológica e obstétrica, neonatologia e saúde pública. Estes aconteciam na maternidade, centro obstétrico, berçário e Unidades Básicas de Saúde (UBS).

A atuação junto às gestantes ocorria desde o período pré-natal, nas UBS e na maternidade (nos setores de pré-parto, no centro obstétrico e na assistência ao puerpério imediato).

As ações de educação em saúde nestes períodos eram desenvolvidas em todos estes períodos, valorizando o binômio mãe e filho.

Paralelamente ao desenvolvimento do trabalho docente atuava também na área hospitalar, em empresa particular, que mantinha convênio com o INAMPS, no setor de maternidade e berçário com a função de enfermeira supervisora dos referidos setores.

Nesta ocasião, foram instituídas na programação de alta das puérperas ações de educação em saúde em grupo, com participação de profissionais envolvidos na assistência do binômio mãe/filho como enfermeira, médico pediatra, médico obstetra e assistente social.

As ações desenvolvidas nos encontros tinham como objetivo fortalecer o aleitamento materno e oferecer orientações sobre cuidados gerais com o recém nascido e com a puérpera.

Em 1994 deixei a área hospitalar e ingressei para o serviço público, na atenção primária, atuando em Unidade Básica de Saúde (UBS) até a presente data, conciliando com a docência.

Na UBS, dentre as atribuições enquanto enfermeira me dedicava à assistência ao pré-natal desde a primeira consulta com: aconselhamento, solicitação de exames, participação em grupos de gestantes, busca ativa de gestantes faltosas ao acompanhamento pré-natal e puérperas para revisão de parto.

Em meados de 1998, frequentei como aluna especial, o mestrado da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, USP, obtendo aprovação do projeto e nas provas escrita e de língua estrangeira. Mas, não foi possível ingressar, pois, faltava a publicação de artigos científicos.

As dedicações ao trabalho e à família deixaram o sonho do mestrado adormecido.

Realizei cinco cursos de especialização para o meu aprimoramento profissional, e em 2006, passei a fazer parte do corpo docente da Universidade de Franca e então, a necessidade do mestrado se mostrava cada vez maior.

Conheci o Programa de Mestrado em Promoção de Saúde da Universidade de Franca e me interessei cada vez mais pela realização do mesmo.

Agora era hora de voltar a pensar no mestrado, os filhos já estavam cursando a faculdade e não tinha mais motivos para adiar o sonho.

Era o momento de despertar.

Em 2009, ingressei no Programa de Mestrado em Promoção de Saúde. Era enfim a oportunidade de realização do tão sonhado mestrado. Quanto ao aprendizado, me encantei com tanto conhecimento dos professores e com a promoção de saúde.

A definição do projeto foi intensa e difícil, houve muitas mudanças, surgiram dúvidas e dificuldades, porém não pensei em desistir.

Tinha certeza que queria trabalhar com educação em saúde no pré-natal, pois esta atividade sempre esteve presente em minha vida profissional e sentia necessidade de melhorar o trabalho desenvolvido no pré-natal e, portanto, objetivava esta busca.

Na busca pelo projeto, recebi sugestão do meu orientador Dr. Lucif, para trabalhar com revisão sistemática da literatura, dando início então ao presente trabalho intitulado “A influência das ações educativas no tempo de aleitamento materno exclusivo”.

*“A alegria não chega apenas no encontro do achado, mas faz parte do processo da busca. E ensinar e aprender não pode dar-se fora da procura, fora da boniteza e da alegria”.*

*(Paulo Freire)*

## RESUMO

URQUIZA, M. L. **A influência das ações educativas no tempo de aleitamento materno exclusivo. 2012.** 105f. Dissertação (Mestrado em Promoção de Saúde) – Universidade de Franca, Franca.

A atenção pré-natal requer o desenvolvimento de ações coletivas com ênfase nas ações de promoção de saúde com estruturação das ações educativas, tanto no período pré-natal, quanto no parto e puerpério, que atenda não apenas a gestante, mas também, o neonato. Dentre estas ações, as que envolvem a promoção, proteção e o apoio à amamentação estão entre as mais relevantes. O objetivo do atual estudo foi analisar com base em uma revisão sistemática da literatura sobre a realidade brasileira, a influência das ações educativas para gestantes e nutrizes no tempo de aleitamento materno exclusivo. Foi feito um levantamento de estudos publicados na base de dados BVS nos últimos vinte anos utilizando-se os descritores “*Promoção de Saúde*” AND “*Aleitamento*”. O período incluído, porém, foi os últimos dez anos (2001 a 2011) devido ao grande número de estudos encontrados. A busca encontrou 313 estudos na base de dados LILACS, 1.392 estudos na base de dados MEDLINE e 22 estudos no IBECs. A base de dados da COCHRANE não foi incluída no estudo por não atender aos critérios da pesquisa. Os estudos encontrados foram submetidos aos testes de relevância, aplicados por dois pesquisadores independentes, considerando os critérios de inclusão pré-estabelecidos e à avaliação do rigor metodológico, utilizando-se o instrumento “*Critical Appraisal Skills Programme*” (CASP). Após revisão criteriosa dos estudos, 11 foram selecionados. Dentre os 11 selecionados dez encontraram relação entre as ações de educação em saúde desenvolvidas durante o pré-natal, puerpério e acompanhamento do bebê, com um prolongamento do tempo de aleitamento materno exclusivo. Em relação às ações educativas encontradas nos estudos receberam destaque aquelas envolvendo apoio e orientação, principalmente as realizadas pelas Equipes de Saúde da Família e pelas unidades que fazem parte da Iniciativa Hospital Amigo da Criança. Considera-se, portanto, que as ações educativas influenciam no prolongamento do tempo de aleitamento materno exclusivo e podem trazer melhorias significativas sobre os baixos índices de aleitamento materno exclusivo encontrados no Brasil.

**Palavras-chave:** Promoção de Saúde; Educação em Saúde; Aleitamento.

## ABSTRACT

URQUIZA, M. L. **The influence of educational actions over time of exclusive breast feeding. 2012.** 105f. Dissertation (Master Degree in Health Promotion) - University of Franca, Franca.

Prenatal attention requires the development of collective actions with emphasis on structuring of educative action both in prenatal time and delivery and puerperium, which may attend not only pregnant women, but also the newborn. Among these actions, the most relevant are the ones involving the promotion, protection and support of breastfeeding. The goal of the current study was analyse based on a systematic review of the literature on the Brazilian reality, the influence of educational activities for pregnant women and nursing mothers at the time of exclusive breastfeeding. A listing of the released articles was done on BVS database, in the last twenty years using the terms "*Health Promotion*" AND "*Breastfeeding*". The period included, however, were the last ten years (2001 to 2011) due to the large number of studies found. It was found 313 studies on LILACS database, 1.392 on MEDLINE database and 22 on IBECs database. The COCHRANE database was not included in the study for failing to meet your search criteria. The studies found were submitted to the tests of relevance, applied by two independent researchers, considering the inclusion criteria pre-established and the assessment of methodological rigor, using the "Critical Appraisal Skills Programme" (CASP) tool. After careful review of studies, 11 were selected. Ten of the selected studies have found links between the actions of health education developed during the prenatal, puerperium and follow-up of baby, with a prolongation of exclusive breastfeeding. In relation to educational actions found in the studies received featured those involving support and guidance, especially those carried out by Family Health Program and units that are part of the Baby-Friendly Hospital Initiative. It is therefore considered that the educational activities influence on the extension of exclusive breast-feeding time and can bring significant improvements on the low rates of exclusive breastfeeding found in Brazil.

**Key-words:** Health promotion; Health education; Breastfeeding.

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1 -	Descrição das referências dos estudos selecionados	51
------------	--	----

## LISTA DE QUADROS

Quadro 1 -	Número de estudos excluídos por base de dados durante a seleção preliminar	47
Quadro 2 -	Número de estudos excluídos por base de dados durante os testes de relevância I e II	48
Quadro 3 -	Número de estudos encontrados e incluídos por base de dados	48
Quadro 4 -	Análise Sinóptica do Estudo 1	52
Quadro 5 -	Análise Sinóptica do Estudo 2	53
Quadro 6 -	Análise Sinóptica do Estudo 3	56
Quadro 7 -	Análise Sinóptica do Estudo 4	59
Quadro 8 -	Análise Sinóptica do Estudo 5	61
Quadro 9 -	Análise Sinóptica do Estudo 6	65
Quadro 10 -	Análise Sinóptica do Estudo 7	68
Quadro 11 -	Análise Sinóptica do Estudo 8	71
Quadro 12 -	Análise Sinóptica do Estudo 9	75
Quadro 13 -	Análise Sinóptica do Estudo 10	77
Quadro 14 -	Análise Sinóptica do Estudo 11	80
Quadro 15 -	Relação entre as variáveis utilizadas e os resultados dos estudos	84

## LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Descrição geral sobre as etapas de uma revisão sistemática de literatura

44

## LISTA DE ABREVIATURAS

ABO-Rh	Grupo Sanguíneo do Sistema ABO e do Sistema Rh.
ABS	Atenção Básica de Saúde.
AC	Alojamento Conjunto.
ANC	Alojamento Não Conjunto.
AM	Aleitamento Materno.
AE	Aleitamento Exclusivo.
AME	Aleitamento Materno Exclusivo.
AMC	Aleitamento Materno Complementado.
AMM	Aleitamento Materno Misto ou Parcial.
AMP	Aleitamento Materno Predominante.
ANE	Aleitamento Não exclusivo.
BVS	Biblioteca Virtual de Saúde.
CASP	<i>Critical Appraisal Skills Program.</i>
CDSR	Cochrane de Revisões Sistemáticas.
CLT	Consolidação das Leis Trabalhistas.
CORSAMI	Coordenação de Saúde Materno-Infantil.
CP	Contato Precoce.
CNP	Contato Não Precoce.
CPMI	Coordenação de Proteção Materno-Infantil.
DeCS	Descritores em Ciências da Saúde.
DINSAMI	Divisão Nacional de Saúde Materno-Infantil.
DNCr	Departamento Nacional da Criança.
EG	Escores Globais.
EMCC	Estudo Multicêntrico de Curvas de Crescimento.
ENSP/FIOCRUZ	Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz.
ESF	Equipe de Saúde da Família.

HAC	Hospital Amigo da Criança.
HBsAG	Antígeno de Superfície do Vírus da Hepatite B.
HIV	<i>Human Immunodeficiency Virus.</i>
HNAC	Hospital Não Amigo da Criança.
IBECS	Índice Bibliográfico Espanhol de Ciências da Saúde.
IgM	Imunoglobulina M.
IHAC	Iniciativa Hospital Amigo da Criança.
LILACS	Literatura Latino Americana e do Caribe em Ciências da Saúde.
MEDLINE	Literatura Internacional em Ciências da Saúde.
MES	Ministério da Educação e Saúde.
MS	Ministério da Saúde.
NSF	Núcleo de Saúde da Família.
ODM	Objetivos de Desenvolvimento do Milênio.
OMS	Organização Mundial de Saúde.
ONU	Organização das Nações Unidas.
OPAS	Organização Pan-Americana da Saúde.
PACS	Programa de Agentes Comunitários em Saúde.
PAISC	Programa de Assistência Integral à Saúde da Criança.
PAISM	Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher.
PAISMC	Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher e da Criança.
PHPN	Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento.
PN	Parto Normal.
PNSM	Programa Nacional de Saúde Materno-Infantil.
PNS/INAN	Programa de Nutrição em Saúde do Instituto Nacional de Alimentação e Nutrição.
PO	Parto Operatório.
PSF	Programa Saúde da Família.
RP	Razões de Prevalência.

SciELO	<i>Scientific Electronic Library Online.</i>
SIAB	Sistema de Informação da Atenção Básica.
SUS	Sistema Único de Saúde.
UBS	Unidade Básica de Saúde.
UNICEF	Fundo das Nações Unidas para a Infância.
USP	Universidade de São Paulo.
VDRL	<i>Venereal Disease Research Laboratories.</i>

## SUMÁRIO

<b>INTRODUÇÃO</b> .....	16
<b>REVISÃO DA LITERATURA</b> .....	21
1.1 EVOLUÇÃO HISTÓRICA DAS POLÍTICAS PÚBLICAS RELACIONADAS À SAÚDE MATERNA E NEONATAL.....	21
1.2 SAÚDE MATERNA E NEONATAL.....	23
1.3 EDUCAÇÃO EM SAÚDE NO PRÉ-NATAL.....	28
1.4 ALEITAMENTO MATERNO EXCLUSIVO: um desafio para a educação em saúde no pré-natal.....	33
<b>2 OBJETIVOS</b> .....	39
<b>3 MÉTODO</b> .....	40
3.1 REVISÃO SISTEMÁTICA DE LITERATURA.....	40
3.1.1 Procedimentos para a Operacionalização da Revisão Sistemática.....	43
<b>4 RESULTADOS E DISCUSSÃO</b> .....	50
4.1 INFLUÊNCIA DAS AÇÕES EDUCATIVAS NO TEMPO DE ALEITAMENTO MATERNO EXCLUSIVO.....	82
<b>CONCLUSÕES</b> .....	91
<b>REFERÊNCIAS</b> .....	92
<b>APÊNDICES</b> .....	103
<b>ANEXOS</b> .....	105

## INTRODUÇÃO

A promoção da saúde é uma das garantias do Sistema Único de Saúde (SUS). Isso significa que toda brasileira gestante tem direito a uma assistência de qualidade e humanizada, ou seja, que respeite seus direitos e necessidades (REBERTE, 2009).

Os conceitos de Promoção de Saúde são confluentes e se complementam. O mais difundido é o definido na Carta de Ottawa (WHO, 1996a), que determina também cinco campos de atuação da promoção de saúde, envolvendo as questões políticas, sociais e teóricas variando de acordo com os objetivos, população-alvo, foco e tipo de intervenção.

Promover saúde, melhorar a qualidade de vida, reduzir vulnerabilidade e riscos, está relacionado aos determinantes e condicionantes da saúde - diretos e indiretos - como, por exemplo: condições de trabalho, habitação, ambiente, educação, lazer, cultura, acesso a bens e serviços essenciais, sendo estes fatores preconizados pela Política Nacional de Promoção da Saúde, instituídos mediante Portaria nº 687, de 30 de Março de 2006 (BRASIL, 2006a).

A Organização Mundial da Saúde (OMS) define a promoção da saúde como o processo que permite às pessoas aumentar o controle sobre si e melhorar a sua saúde. Esta representa um processo social e político, não incluindo somente as ações direcionadas ao fortalecimento das capacidades e habilidades dos indivíduos, mas também ações direcionadas a mudanças das condições sociais, ambientais e econômicas para minimizar seu impacto, quando negativo, na saúde individual e pública (WHO, 1996a).

A Carta de Ottawa define promoção da saúde como “o processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria da sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle desse processo”. Assume o conceito de saúde da OMS, e reforça, ainda, que “a saúde é o maior recurso para o desenvolvimento social, econômico e pessoal, assim como uma importante dimensão da qualidade de vida” (BRASIL, 2002a).

A atenção pré-natal requer o desenvolvimento de ações coletivas com ênfase nas ações de educação e promoção de saúde, tanto no período

pré-natal, quanto no parto e puerpério, que atenda não apenas a gestante, mas também, o recém-nascido.

Desta maneira a promoção de saúde da mãe e do bebê começa no pré-natal e possibilita à mulher o conhecimento sobre seu corpo e a compreensão das alterações ocorridas, para que ela atue de forma mais consciente e positiva no seu gestar e após o parto, através da adoção de medidas como a prática do aleitamento materno (BRASIL, 2002b).

A promoção, proteção e apoio à amamentação são reconhecidos unanimemente na literatura como atividades essenciais para a saúde da mulher e da criança, além de trazerem benefícios consideráveis para a família e para o Estado e deve ser sempre estimulada (BECKER, 2001).

Estas ações relacionadas ao Aleitamento Materno (AM) se adequam bem ao conceito ampliado de promoção da saúde. A própria Carta de Ottawa reforçou a importância das áreas de políticas saudáveis, ambientes de apoio, participação comunitária, habilidades pessoais e reorientação de serviços de saúde; todas são importantes na promoção e apoio da amamentação (WHO, 1996a).

Em função de sua complexidade, a promoção da amamentação exige uma organização global dos serviços para sua execução. Implica na atuação de diversos profissionais, em diversas frentes: pré-natal, captação da puérpera, visitas domiciliares, grupos e consultas de puericultura e até atividades intersetoriais. Trata-se, portanto de uma tarefa que mobiliza toda a equipe em diversos momentos e diferentes etapas do seu trabalho, e que pode ser precursora da existência de estratégias em promoção da saúde (BECKER, 2001).

Para o Ministério da Saúde (MS), o pós-parto também é um momento de cuidado especial com a mulher e os serviços de saúde devem organizar-se para garantir a atenção à puérpera e o apoio à amamentação, crucial nos primeiros dias de vida. A ação “Primeira Semana Saúde Integral”, quando o teste do pezinho é recomendado, é uma estratégia e oportunidade de atenção à saúde da mulher e da criança, em um momento especial e de maior vulnerabilidade na vida de ambos (BRASIL, 2004a).

Garantir o alojamento conjunto desde o nascimento, evitando a separação da mãe e bebê, orientar e incentivar o aleitamento materno, desde o

pré-natal, nascimento e cuidados com o neonato, garantir o início do aleitamento materno na primeira hora após o parto, são medidas preconizadas com vistas à promoção de saúde do recém-nascido (BRASIL, 2004a).

Baseado nas recomendações do MS buscou-se através do presente estudo de revisão sistemática da literatura encontrar indícios na literatura de que o apoio recebido pelas mães interfere sobre aleitamento materno, se as ações educativas realizadas dentro do SUS estão gerando efeitos positivos prolongando o tempo de amamentação e desta forma promovendo a saúde da mãe e do bebê.

## 1 REVISÃO DA LITERATURA

### 1.1 EVOLUÇÃO HISTÓRICA DAS POLÍTICAS PÚBLICAS RELACIONADAS À SAÚDE MATERNA E NEONATAL

O primeiro programa estatal de proteção à maternidade, infância e adolescência de que se tem notícia foi instituído durante o Estado Novo (1937/1945). As atividades desse programa eram desenvolvidas pelo Departamento Nacional de Saúde do Ministério da Educação e Saúde (MES), por intermédio da Divisão de Amparo à Maternidade e à Infância (BRASIL, 2011a).

Em 1940, essas atividades foram delegadas ao Departamento Nacional da Criança (DNCr), criado pelo presidente Getúlio Vargas, e tinha como foco: Programa Alimentar, Programa Educativo, Programa de Formação de Pessoal e Programa de Imunização. O Departamento extinto em 1969 foi substituído em 1970 pela Coordenação de Proteção Materno-Infantil (CPMI) que tinha como atribuição planejar, orientar, coordenar, controlar, auxiliar e fiscalizar as atividades de proteção à maternidade, à infância e à adolescência (BRASIL, 2011a; MENDES, 2003).

Em 1975, foi criado o Programa Nacional de Saúde Materno-Infantil (PNSM), cujo propósito era contribuir para a redução da morbidade e da mortalidade da mulher e da criança. Este compreendia seis subprogramas: Assistência Materna; Assistência à Criança e ao Adolescente; Expansão da Assistência Materno-Infantil; Suplementação Alimentar por meio do Programa de Nutrição em Saúde do Instituto Nacional de Alimentação e Nutrição (PNS/INAN); Educação para a Saúde; e Capacitação de Recursos Humanos (BRASIL, 2011a).

Em 1976, a CPMI passou a chamar-se Divisão Nacional de Saúde Materno-Infantil (DINSAMI). Vinculada à Secretaria Nacional de Programas Especiais de Saúde, a DINSAMI se tornou o órgão responsável, A nível central, pela assistência à mulher, à criança e ao adolescente (BRASIL, 2011a; MENDES, 2003).

Em 1983, o MS, por meio da DINSAMI, elaborou o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher e da Criança (PAISMC). O objetivo era melhorar as condições de saúde da mulher e da criança, incrementando a cobertura e a capacidade resolutiva da rede pública de serviços de saúde (BRASIL, 2011a).

No ano seguinte, o PAISMC deu lugar a dois programas específicos para a saúde da mulher e da criança, que funcionavam de forma integrada: Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM) e Programa de Assistência Integral à Saúde da Criança (PAISC). Ambos surgiram como resposta do setor saúde aos agravos mais frequentes desse grande grupo populacional, e seus principais objetivos eram diminuir a morbimortalidade infantil e materna e alcançar melhores condições de saúde por meio do aumento da cobertura e da capacidade resolutiva dos serviços, conforme preconiza a Constituição Federal e o SUS (TYRREL; CARVALHO, 1993).

O PAISM tornou-se um marco histórico na evolução dos conceitos de saúde da mulher, ao contemplar saúde reprodutiva, planejamento familiar, prevenção de câncer cervico-uterino e de mamas e questões relativas às doenças sexualmente transmissíveis (GALVÃO; DIAZ, 1999).

A partir de 1988, o MS implantou, por meio de portarias ministeriais, um conjunto de ações que constituiu o Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (PHPN), cujas características principais eram a integralidade da assistência obstétrica e a afirmação dos direitos da mulher incorporados como diretrizes institucionais. O objetivo principal era de reorganizar a assistência e vincular formalmente o pré-natal ao parto e puerpério. Em 1989 através da Convenção Sobre os Direitos da Criança ficou estabelecido como compromisso esta vinculação, e os Estados passaram a ser obrigados a “assegurar às mães, adequada assistência pré-natal e pós-natal” (LEITE; PAES, 2009).

Em 1990, a DINSAMI passou a ser denominada Coordenação de Saúde Materno-Infantil (CORSAMI), que tinha como competência a normatização da assistência à saúde da mulher e da criança, em nível nacional, a ser desenvolvida pelas diversas instâncias do SUS. Posteriormente, em 1998, as coordenações foram substituídas pelas Áreas Técnicas de Saúde

da Mulher, Saúde da Criança e Saúde do Adolescente e do Jovem, que perduram até os dias de hoje (BRASIL, 2011a).

Na última década do século XX, foram criados em vários municípios brasileiros o Programa de Agentes Comunitários em Saúde (PACS) em 1991 e o Programa Saúde da Família (PSF) em 1994, cujas atividades buscavam articular as várias ações estratégicas por parte das equipes de saúde, incluindo o cuidado relativo à reprodução e sexualidade nas diferentes fases etárias, visando à universalização do acesso e à garantia da integralidade assistencial (LEVY; MATOS; TOMITA, 2004).

Atualmente a área técnica de Saúde da Mulher incorporou as contribuições de diversos parceiros e é responsável pelas ações de assistência ao pré-natal, incentivo ao parto natural e redução do número de cesáreas desnecessárias, redução da mortalidade materna, enfrentamento da violência contra a mulher, planejamento familiar, assistência ao climatério, assistência às mulheres negras (LEITE; PAES, 2009).

## 1.2 SAÚDE MATERNA E NEONATAL

Uma atenção pré-natal e puerperal de qualidade e humanizada é fundamental para a saúde materna e neonatal. A atenção à mulher na gravidez e no pós-parto deve incluir ações de prevenção e promoção da saúde, além de diagnóstico e tratamento adequado dos problemas que ocorrem neste período (BRASIL, 2009a).

O principal objetivo da assistência pré-natal é acolher a mulher desde o início de sua gravidez período de mudanças físicas e emocionais, que cada gestante vivencia de forma distinta. Essas transformações podem gerar medos, dúvidas, angústias, fantasias ou simplesmente a curiosidade de saber o que acontece no interior de seu corpo. Durante a gravidez a atenção básica deve atuar na prevenção, promoção da saúde e tratamento dos problemas que ocorrem durante este período. Considera-se também que para que a gravidez transcorra com segurança, são necessários cuidados da própria gestante, do parceiro, da família e especialmente dos profissionais de saúde (BRASIL, 2000).

A assistência integral à saúde da mulher durante o pré-natal deve ser organizada para atender às reais necessidades da população de gestantes, mediante utilização dos conhecimentos técnico-científicos existentes e dos meios e recursos disponíveis mais adequados para cada caso. As ações de saúde devem estar voltadas para a cobertura de toda a população-alvo da área de abrangência da unidade de saúde, assegurando continuidade no atendimento, acompanhamento e avaliação dessas ações sobre a saúde materna e neonatal (BRASIL, 2004b).

As consultas de pré-natal poderão ser feitas nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) ou durante visitas domiciliares, como ocorrem no PSF, sendo o calendário de atendimento programado em função: da idade gestacional na primeira consulta; dos períodos mais adequados para a coleta de dados necessários ao bom seguimento da gestação; dos períodos nos quais se necessita intensificar a vigilância, pela possibilidade maior de incidência de complicações; dos recursos disponíveis nos serviços de saúde e da possibilidade de acesso da clientela aos mesmos (BRASIL, 2000).

Preconiza-se a realização de, no mínimo, seis consultas de pré-natal, sendo, preferencialmente, uma no primeiro trimestre, duas no segundo trimestre e três no terceiro trimestre da gestação. Durante as consultas são solicitados os exames laboratoriais obrigatórios que são: ABO - Rh, Hemoglobina/Hematócrito, na primeira consulta; glicemia de jejum: um exame na primeira consulta e outro próximo à 30ª semana de gestação; VDRL, um exame na primeira consulta e outro próximo à 30ª semana de gestação; urina tipo 1, um exame na primeira consulta e outro próximo à 30ª semana de gestação; testagem anti-HIV, com um exame na primeira consulta; sorologia para hepatite B (HBsAg), com um exame, de preferência, próximo à 30ª semana de gestação; sorologia para toxoplasmose (IgM), na primeira consulta (se disponível); e outros exames, se necessário. Outras ações complementares fortalecem o cuidado pré-natal, como: educação individual e ou em grupo (respondendo às dúvidas e inquietações da gestante), referência para atendimento odontológico; para vacinação antitetânica, quando a gestante não estiver imunizada; para serviços especializados na mesma unidade ou unidade de maior complexidade, quando indicado e agendamento de consultas subsequentes (BRASIL, 2005).

Na tentativa de melhorar a saúde materna foi construído um Pacto Nacional de Redução da Mortalidade Materna e Neonatal, onde o Brasil e mais 190 países se comprometem a atender um dos principais Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM) propostos pela Organização das Nações Unidas (ONU), bem como a quinta meta do milênio: “Reduzir em, no mínimo, 1/3 a taxa de mortalidade materna, até 2010, como um primeiro passo até a meta de reduzir essa taxa em 3/4, até 2015”. É importante ressaltar que, embora a qualidade da cobertura do registro dos óbitos venha aumentando no Brasil, ainda existe muito erro por parte dos médicos na declaração da causa de óbito materno, mas cabe considerar que a mortalidade materna no Brasil está declinando, apesar de se manter elevada em relação a de países mais avançados (BRASIL, 2004b).

A redução da mortalidade infantil também é um desafio para os serviços de saúde e a sociedade como um todo. Segundo os ODM, em nosso país, são muitas crianças que morrem antes de completar o primeiro ano de vida, tendo como causas inúmeras situações como, a desnutrição, a falta de acompanhamento no pré-natal e durante o parto (BRASIL, 2009a).

Os ODM afirmam que melhorar a saúde materna ajuda a reduzir a mortalidade infantil e desenvolvem campanhas para informar e demonstrar: como as vacinas protegem o bebê; como a higiene pode evitar algumas doenças; qual a nutrição adequada para o bebê; a importância do aleitamento materno; ensinar a fazer o soro caseiro; ajudar no dia da vacinação, garantindo que as crianças do bairro sejam vacinadas; doar leite para recém-nascidos órfãos ou para aqueles que não possam recebê-lo de suas mães biológicas; realizar todas as consultas e o acompanhamento do pré-natal, além de sensibilizar outras mães a fazerem o mesmo; levar seu filho, até o quinto dia de vida, ao posto de saúde para fazer o teste do pezinho, vaciná-lo, verificar a situação do aleitamento e se a pele do bebê está amarelada; estimular as mães para a prática da amamentação de seus filhos, no mínimo por 6 meses; sensibilizar as mães a levarem seus bebês ao serviço de saúde mensalmente, sobretudo, no primeiro ano de vida, e sempre que os bebês apresentarem diarreia, cansaço, tosse ou febre; exigir que, na hora do parto, haja um pediatra para acompanhar o nascimento do bebê; Incentivar a criação de creches que impactam na saúde e na redução da mortalidade infantil (PNUD, 2010).

O quarto dos ODM que é reduzir a Mortalidade na Infância, no Brasil, se aproxima da meta estabelecida, de reduzir em dois terços, entre 1990 e 2015 a mortalidade de crianças menores de cinco anos de idade (ODM, 2007).

O resultado verificado entre 1990 e 2005 mostrou que a taxa de mortalidade na infância vem caindo de maneira contínua no Brasil. Nesse período, a média nacional de redução ficou em 46,4%, com destaque para o Nordeste, que teve a maior queda (55,4%), mas ainda é a região que apresenta a taxa mais elevada (ODM, 2007).

Os ODM mostram ainda que a tendência de queda da taxa de mortalidade infantil tem sido acompanhada de importantes mudanças na composição das diversas causas de óbito de crianças de até um ano. Até a década de 80, as principais causas de morte estavam relacionadas às doenças transmissíveis, muitas delas decorrentes das condições ambientais e sociais e também da menor cobertura de serviços de atenção básica à saúde. Nos últimos anos, o motivo primordial dos óbitos de crianças nessa faixa etária passou a ser as afecções perinatais, que dependem de fatores associados às condições da criança no nascimento e à qualidade da assistência à gravidez e ao parto. Constatam que as doenças infecciosas representavam 11,2% da mortalidade proporcional em 1996. Em 2005, caíram para 7,1%. Por outro lado, a proporção de óbitos por afecções perinatais aumentou de 49,7% para 57,5% no mesmo período.

As complicações perinatais como o nascimento pré-termo e o baixo peso ao nascer dependem não somente da idade da gestante (risco biológico), mas principalmente das condições de riscos social e econômico (ROCHA et al, 2006).

Apesar do declínio observado no Brasil, a mortalidade infantil permanece como uma grande preocupação da Saúde Pública. Os níveis atuais são considerados elevados e incompatíveis com o desenvolvimento do país, além de que há sérios problemas a superar, como as persistentes e notórias desigualdades regionais e intra-urbanas, com concentração dos óbitos na população mais pobre, além das iniquidades relacionadas a grupos sociais específicos (BRASIL, 2009a).

A maioria das mortes precoces pode ser evitável, em sua maioria, desde que garantido o acesso em tempo oportuno a serviços qualificados de saúde. Essas mortes decorrem de uma combinação de fatores biológicos, sociais, culturais e de falhas do sistema de saúde. As intervenções dirigidas à sua redução dependem, portanto, de mudanças estruturais relacionadas às condições de vida da população, assim como de ações diretas definidas pelas políticas públicas de saúde (BRASIL, 2010).

A mortalidade neonatal (de zero a 27 dias de vida) passou a ser o principal componente da mortalidade infantil em termos proporcionais a partir do final da década de 80, e representa entre 60% e 70% da mortalidade infantil em todas as regiões do Brasil. Atualmente a maior parte dos óbitos neonatais ocorre no período neonatal precoce, do nascimento ao sexto dia de vida, e cerca de um quarto dos óbitos ocorre no primeiro dia de vida, evidenciando a estreita relação entre os óbitos infantis e a assistência ao parto e nascimento, que é predominantemente hospitalar no Brasil, com poucas exceções em algumas localidades. A mortalidade neonatal também está vinculada a causas preveníveis, relacionadas ao acesso e utilização dos serviços de saúde, além da qualidade do cuidado pré-natal, ao parto e ao recém-nascido (BRASIL, 2009a).

Atualmente, as políticas de redução da mortalidade infantil no Brasil priorizam os primeiros 27 dias de vida da criança, a exemplo do que acontece nos países mais desenvolvidos (ODM, 2007).

A taxa de mortalidade neonatal precoce (de zero a seis dias de vida), assim como a taxa de mortalidade neonatal tardia (de sete a vinte e sete dias de vida completos), refletem de maneira geral as condições sócio-econômicas e de saúde da mãe, bem como o inadequado cuidado pré-natal e a assistência ao parto e ao neonato (OPAS, 2008).

Ainda segundo a Organização Pan- Americana de Saúde (OPAS, 2008), a mortalidade neonatal precoce apresentou redução de 18,5 por 1.000 nascidos vivos em 1991 para 11,5 por 1.000 nascidos vivos em 2004, assim como a mortalidade neonatal tardia reduziu de 5,3 por 1.000 nascidos vivos em 1991 para 3,5 por 1.000 nascidos vivos em 2004.

É, portanto, preciso consolidar a organização da atenção perinatal no País, compreendida em sua dimensão ampla, desde a saúde integral da

mulher, pré-concepção e planejamento familiar, à regionalização e hierarquização da assistência e integração entre o pré-natal e a assistência ao parto. É necessário avançar na qualificação do cuidado, além da ampliação do acesso aos serviços, desde o pré-natal à assistência hospitalar ao parto e ao nascimento, mantendo-se a continuidade da atenção ao neonato e à puérpera (BRASIL, 2009a).

É fundamental para a saúde materna e neonatal e para sua humanização e qualificação, construir um novo olhar sobre o processo saúde/doença. Um olhar que compreenda a pessoa em sua totalidade corpo/mente e considere o ambiente social, econômico, cultural e físico no qual vive, estabelecendo novas bases para o relacionamento dos diversos sujeitos envolvidos na produção de saúde – profissionais de saúde, usuários(as) e gestores – para a construção de uma cultura de respeito aos direitos humanos, entre os quais estão incluídos os direitos sexuais e os direitos reprodutivos, com a valorização dos aspectos subjetivos envolvidos na atenção (BRASIL, 2006b).

O pronto reconhecimento de situações de risco, a provisão do cuidado apropriado e resolutivo à gestante no pré-natal e no parto, e à criança - na maternidade, na vigilância e promoção da saúde e na assistência adequada à criança doente, são ações básicas com grande potencial para prover uma resposta mais positiva sobre a sobrevivência e qualidade de vida das crianças brasileiras (BRASIL, 2009a).

Diante desta situação, está clara a necessidade de esforço coletivo, de setores governamentais e não-governamentais, para a melhoria da qualidade da atenção pré-natal e puerperal em todo País. Reitera-se aqui a importância da participação social neste processo (BRASIL, 2004a).

### 1.3 EDUCAÇÃO EM SAÚDE NO PRÉ-NATAL

A Educação em Saúde sofreu uma mudança no seu discurso oficial que antes era de uma perspectiva tradicional baseada na imposição de modelos para uma abordagem voltada para a participação comunitária. Essa é a idéia central de Paulo Freire desde a década de 70, que passa a influenciar

os documentos do MS com o seu pensamento e sua teoria de educação libertadora (GAZZINELLI; GAZZINELLI; REIS; PENNA, 2005).

A visão de Paulo Freire, segundo Cabral (2005), é de que a educação é uma centelha sem a qual não há nenhuma transformação da realidade. Apenas na produção de conhecimento inovador, original, é possível intervir no mundo. Educar é um ato essencialmente político, transformador.

A educação em saúde incorpora esta perspectiva transformadora na tentativa de permitir às pessoas mudanças de estilo de vida em busca de qualidade de vida e melhoria de suas condições de saúde, através de um processo de capacitação que resulta em uma maior participação no controle deste processo (WHO, 1996a).

Pereira (2003) ressalta que a educação em saúde pressupõe uma combinação de oportunidades que favoreçam a manutenção da saúde e sua promoção, não entendida somente como transmissão de conteúdos, mas também como a adoção de práticas educativas que busquem a autonomia dos sujeitos na condução de sua vida. Educação em saúde nada mais é que o pleno exercício de construção da cidadania, essencial para o desenvolvimento pessoal e social.

A educação em saúde passou a ser uma área específica de conhecimento na segunda década deste século, nos Estados Unidos, durante uma conferência internacional sobre a infância (SCHALL; STRUCHINER, 1999).

No Brasil, instituiu-se no âmbito da saúde pública orientando novas práticas, e só mais tarde, constituiu-se em um campo de estudo e pesquisa. Verifica-se que, dentre várias, duas dimensões da educação em saúde se destacam e persistem atualmente. Uma envolve a aprendizagem sobre as doenças, como evitá-las, seus efeitos sobre a saúde e como restabelecê-la. A outra, caracterizada como promoção da saúde pela OMS, inclui os fatores sociais que afetam a saúde, abordando os caminhos pelos quais diferentes estados de saúde e bem-estar serão construídos socialmente (SCHALL; STRUCHINER, 1999).

A incorporação da educação em saúde pela saúde pública aconteceu em meados do século XX com a finalidade de combater as epidemias que causavam transtornos à exportação do café. Nesse período, as

práticas de educação em saúde pautavam-se em processos impositores e normativos, desconsiderando a população como sujeito coletivo e ativo no processo de saúde (VASCONCELOS, 2001).

Posteriormente, em 1984 o MS incluiu a educação em saúde como componente da Atenção Básica de Saúde (ABS), uma responsabilidade de todos os profissionais de saúde (BARROSO; VIEIRA; VARELA, 2006).

Contudo, a educação em saúde deve criar circunstâncias de reflexões sobre saúde, cuidados e mudanças de hábitos, constituindo-se um dos pilares da Promoção da Saúde (BARROSO; VIEIRA; VARELA, 2006).

No início do século XXI ocorre uma crescente preocupação dos profissionais da área de saúde, em adotar medidas que objetivam superar a desigualdade cultural existente entre a instituição e a população, onde um, não compreende a lógica e atividade do outro. Desta forma, segundo Vasconcelos (2001), a educação em saúde torna-se um instrumento de construção da participação popular, assim como também aprofunda a ciência no cotidiano individual e coletivo dos indivíduos da comunidade.

As metas da Educação em Saúde são ensinar as pessoas a viverem a vida da forma mais saudável, isto é, lutar para adquirir o potencial máximo de saúde possível. Buscar também a valorização da heterogeneidade dos grupos sociais, procurando a dialogicidade entre o saber popular e o saber científico (VASCONCELOS, 2001; BRUNNER; SUDDARTH, 2000).

Informações sobre as diferentes vivências devem ser trocadas entre os usuários e os profissionais de saúde. Essa possibilidade de intercâmbio de experiências e conhecimento é considerada a melhor forma de promover a compreensão do processo educação em saúde (BRASIL, 2006a).

A educação em saúde, nesse contexto, é o caminho para se obter a integração dos serviços de saúde com a população que os utiliza, respeitando tanto o saber popular, como o científico. Embora haja diversos caminhos e estratégias educativas vinculadas ao crescimento do ser humano, estes têm sido alvo de buscas sistemáticas e adequadas às expectativas dos usuários e dos profissionais de saúde (VASCONCELOS, 2001).

Como um dos componentes das ações básicas de saúde, a ação educativa deve ser desenvolvida por todos os profissionais que integram a equipe da UBS. Deve estar inserida em todas as atividades e deve ocorrer em

todo e qualquer contato entre profissional de saúde e clientela, com o objetivo de levar a população a refletir sobre a saúde, adotar práticas para sua melhoria ou manutenção e realizar mudanças, novos hábitos para a solução de seus problemas (RIOS; VIEIRA, 2007).

A Promoção e Educação em Saúde referem-se aos aspectos que envolvem a relação entre o sujeito e a estrutura numa relação dinâmica e interdependente: trata-se de uma articulação entre saberes técnicos e populares; mobilização de recursos institucionais, comunitários, públicos e privados (BUSS, 2000).

A educação em saúde, realizada nas ações do pré-natal, é extremamente importante para que a mulher seja melhor orientada e possa viver o parto de forma positiva, ter menos riscos de complicações no puerpério e mais sucesso na amamentação (RIOS;VIEIRA, 2007). Com isso, aumentam as opções disponíveis para que as mulheres possam exercer maior controle sobre sua própria saúde e também fazer opções que conduzam a uma saúde melhor, ou seja, passam por um processo de capacitação para a promoção de sua saúde (WHO, 1996a).

O PAISM foi o primeiro a destacar a importância das ações educativas no atendimento à mulher, trazendo assim, a marca diferencial em relação a outros programas A dimensão educativa é, sem dúvida, um dos aspectos mais inovadores do PAISM, pois objetiva contribuir com o acréscimo de informações que as mulheres possuem sobre o seu corpo e valorizar suas experiências de vida (BRASIL, 1984).

Educação em Saúde no pré-natal também significa que as informações sobre as diferentes vivências devem ser trocadas entre as mulheres e os profissionais de saúde. Essa possibilidade de intercâmbio de experiências e conhecimentos é considerada a melhor forma de promover a compreensão do processo de gestação (BRASIL, 2000).

O trabalho educativo em grupos consiste em uma valiosa alternativa para se buscar a promoção da saúde e permite o aprofundamento do modo como as pessoas superam suas dificuldades para obterem maior autonomia, melhores condições de saúde e qualidade de vida. Na promoção da saúde, o trabalho em grupo possibilita a quebra da relação vertical que tradicionalmente existe entre o profissional da saúde e o sujeito da sua ação. É

uma estratégia facilitadora da expressão das necessidades, expectativas, angústias e circunstâncias de vida que tem algum impacto na saúde de indivíduos e de grupos (SOUZA; COLOMÉ; COSTA; OLIVEIRA, 2005).

Nessa perspectiva, a realização de atividades de grupo com gestantes, torna-se uma ferramenta potente no processo assistencial e acompanhamento de todas essas modificações e adaptações. Isto porque na modalidade grupal o indivíduo tem a oportunidade de perceber que as pessoas vivenciam situações de saúde-doença com manifestações clínicas parecidas, além de fortalecer o processo educativo, uma vez que permite o compartilhamento de saberes e experiências trazidas da vivência cotidiana das pessoas. (ALONSO, 1999).

O MS reforça que as atividades educativas a serem realizadas em grupo ou individualmente devem conter uma linguagem clara e compreensível, a fim de promover orientações gerais sobre os cuidados na gestação, alterações fisiológicas e emocionais, cuidados com neonato, amamentação e planejamento familiar, assim como envolver o pai, respeitando a cultura e o saber popular para facilitar a participação ativa no parto (BRASIL, 2000).

A equipe deve estar preparada para o trabalho educativo. As questões mais comuns nos grupos educativos são: importância do pré-natal; sexualidade; orientação higiênico-dietética; desenvolvimento da gestação; modificações corporais e emocionais; sinais e sintomas do parto; importância do planejamento familiar; informação acerca dos benefícios legais a que a mãe tem direito; impacto e agravos das condições de trabalho sobre a gestação, parto e puerpério; importância da participação do pai durante a gestação; importância do vínculo pai-filho para o desenvolvimento saudável da criança; aleitamento materno; importância das consultas puerperais; cuidados com o neonato; importância do acompanhamento do crescimento e desenvolvimento da criança, e das medidas preventivas (vacinação, higiene e saneamento do meio ambiente); outras construídas em cada grupo (BRASIL, 2000).

Durante a atenção à gestante e a puérpera devem ser trabalhados alguns conceitos e cuidados, com a participação ativa da gestante no contexto social e suas transformações, englobando a família, particularmente o companheiro, se ela assim o desejar. É também imprescindível que a unidade organize visitas da mulher e familiares ao local do

parto, valorizando que estes esclareçam dúvidas e tenham acesso ao plano de parto (SÃO PAULO, 2010).

As ações educativas no pré-natal, assim como a garantia de acesso aos serviços de saúde e a qualidade dos serviços oferecidos, são fatores preponderantes na assistência pré-natal, proporcionando resultados com uma melhora na saúde da mãe e do bebê (BRASIL, 2001).

#### 1.4 ALEITAMENTO MATERNO EXCLUSIVO: um desafio para a educação em saúde no pré-natal

A importância do Aleitamento Materno Exclusivo (AME) e a superioridade do leite materno sobre os leites de outras espécies já estão devidamente comprovadas por estudos científicos (BRASIL, 2009b).

Estima-se que o aleitamento materno poderia evitar 13% das mortes em crianças menores de cinco anos em todo o mundo, por causas preveníveis (JONES et al., 2003). Segundo a OMS e o Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) em torno de seis milhões de vidas de crianças estão sendo salvas a cada ano devido ao aumento das taxas de adesão ao aleitamento exclusivo. (UNICEF, 2008).

Foram definidas categorias de AM (BRASIL; 2009b):

Aleitamento materno exclusivo (AME) – quando a criança recebe somente leite materno, direto da mama ou ordenhado, ou leite humano de outra fonte, sem outros líquidos ou sólidos, com exceção de gotas ou xaropes contendo vitaminas, sais de reidratação oral, suplementos minerais ou medicamentos.

Aleitamento materno predominante (AMP) – quando a criança recebe, além do leite materno, água ou bebidas à base de água (água adoçada, chás, infusões), sucos de frutas e fluidos rituais.

Aleitamento materno (AM) – quando a criança recebe leite materno (direto da mama ou ordenhado), independentemente de receber ou não outros alimentos.

Aleitamento materno complementado (AMC) – quando a criança recebe, além do leite materno, qualquer alimento sólido ou semi-sólido com a finalidade de complementá-lo, e não de substituí-lo. Nessa categoria a criança pode receber, além do leite materno, outro tipo de leite, mas este não é considerado alimento complementar.

Aleitamento materno misto ou parcial (AMM) – quando a criança recebe leite materno e outros tipos de leite.

Dentre os benefícios do aleitamento materno podemos citar: evita mortes infantis, diarreia, infecção respiratória, nova gravidez. Diminui o risco de alergias, de hipertensão, colesterol alto e diabetes. Reduz a chance de obesidade e os custos financeiros. Proporciona melhor nutrição, efeito positivo na inteligência, melhor desenvolvimento da cavidade bucal, melhor qualidade de vida, proteção contra o câncer de mama, promoção do vínculo afetivo entre mãe e filho (BRASIL, 2009b).

Vários estudos sugerem que a duração do AM na espécie humana seja, em média, de dois a três anos, idade em que costuma ocorrer o desmame naturalmente (KENNEDY, 2005).

A OMS e o MS recomendam aleitamento materno exclusivo por seis meses e complementado até os dois anos ou mais (BRASIL, 2009b).

Não há vantagens em se iniciar os alimentos complementares antes dos seis meses, podendo, inclusive, haver prejuízos à saúde da criança, pois a introdução precoce de outros alimentos está associada a: maior número de episódios de diarreia; maior número de hospitalizações por doença respiratória; risco de desnutrição se os alimentos introduzidos forem nutricionalmente inferiores ao leite materno, como, por exemplo, quando os alimentos são muito diluídos; menor absorção de nutrientes importantes do leite materno, como o ferro e o zinco; menor eficácia da lactação como método anticoncepcional; menor duração do aleitamento materno (BRASIL, 2002c):

No segundo ano de vida, o leite materno continua sendo importante fonte de nutrientes. Estima-se que dois copos (500ml) de leite materno no segundo ano de vida fornecem 95% das necessidades de vitamina C, 45% das de vitamina A, 38% das de proteína e 31% do total de energia. Além disso, o leite materno continua protegendo contra doenças infecciosas. Uma análise de estudos realizados em três continentes concluiu que quando as crianças não eram amamentadas no segundo ano de vida elas tinham uma chance quase duas vezes maior de morrer por doença infecciosa quando comparadas com crianças amamentadas (WHO, 2000).

No Brasil, na década de 1970, a duração mediana do AM era de apenas 2,5 meses. A partir dessa realidade, ao longo dos últimos 35 anos,

várias políticas públicas foram implementadas na tentativa de recuperar a prática do aleitamento. Na década de 1980 foram criadas coordenações nacionais e estaduais de AM, que passaram a elaborar diversas campanhas na mídia para mobilização social (BRASIL, 2009c).

No âmbito hospitalar, somente em 1983, ocorreu implementação de estratégias para incentivar o AM, como a normatização do sistema de Alojamento Conjunto. E dez anos mais tarde, em 1993, foram aprovadas as normas básicas para implantação do sistema em todos os hospitais públicos (OLIVEIRA; LEAL, 1997).

No final da década de 1980, algumas importantes políticas pró AM foram implementadas, tais como: aprovação da Norma Brasileira de Comercialização de Alimentos para Lactentes, estabelecimento de normas sobre funcionamento dos bancos de leite humano e inclusão, na Constituição Brasileira, do direito à licença-maternidade e licença-paternidade (REA, 2003).

Em 1990, a Cúpula Mundial da Infância, da qual o Brasil participou, estabeleceu algumas metas relacionadas ao AM, entre elas a implementação da Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC) e interrupção de distribuição de “substitutos” de leite materno nos serviços de saúde (BRASIL, 2009c).

O Programa Nacional de Incentivo ao AM foi lançado em 1981, o qual recebeu destaque internacional pela sua diversidade de ações, incluindo campanhas na mídia, treinamento de profissionais de saúde, aconselhamento em aleitamento individualizado, produção de material educativo, estabelecimento de grupos de apoio ao AM na comunidade, aprovação de leis que protegem o AM e o controle do marketing de leites artificiais (ALENCAR, 2008).

Desde então, diversas intervenções visando à promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno vêm sendo desenvolvidas, muitas delas normatizadas e implementadas nas três esferas de gestão do SUS: federal, estadual e municipal. A Política Nacional de AM atual está organizada em seis braços estratégicos: Rede Amamenta Brasil, Rede Brasileira de Leite Humano, IHAC, Proteção Legal ao AM, Mobilização Social e Monitoramento dos Indicadores de AM (BRASIL, 2012a):

A Rede Amamenta Brasil é uma estratégia de promoção, proteção e apoio à prática do aleitamento materno na ABS, por meio de revisão e supervisão do processo de trabalho interdisciplinar nas unidades básicas de saúde, apoiada nos princípios da educação permanente em saúde, respeitando a visão de mundo dos profissionais e considerando as especificidades locais e regionais. Tem como objetivos contribuir para aumentar os índices de aleitamento materno no País, contribuir para o desenvolvimento de competências nos profissionais de saúde para que se tornem agentes de mudança no ensino e aprendizagem do aleitamento materno e monitorar os índices de aleitamento materno das populações atendidas pelas unidades básicas de saúde certificadas. Para integrar a Rede Amamenta Brasil as UBS devem cumprir critérios estabelecidos além de participar das Oficinas de Formação de Tutores em AM, promover Oficinas de Trabalho de AM, e acompanhar o desenvolvimento das ações (BRASIL, 2009c).

A Rede Brasileira de Bancos de Leite Humano é a maior e a mais complexa do mundo, composta por 194 unidades em operação e outras dez em fase de implantação. No ano de 2007 foram distribuídos 95.000 litros de leite humano pasteurizado, com qualidade certificada, a 136.527 recém-nascidos internados em unidades de terapia intensiva, o que envolveu a participação de 95.197 mães que integram voluntariamente o programa de doação. Além disso, neste mesmo período, foram atendidas mais de um milhão de gestantes e nutrizes que recorreram aos Bancos de Leite em busca de apoio para amamentar (FIOCRUZ, 2012).

A IHAC compreende a adesão aos “Dez Passos para o Sucesso do Aleitamento Materno” e ao Código Internacional de Comercialização dos Substitutos do Leite Materno (ou à legislação nacional, no caso do Brasil, a Norma Brasileira de Comercialização de Alimentos para Lactentes e Crianças de Primeira Infância, bicos, chupetas e mamadeiras) pelas maternidades certificadas. Em julho de 2010 o Brasil atingiu um total de 335 Hospitais credenciados (BRASIL, 2011b). Os dez passos são recomendações que favorecem o aleitamento a partir de práticas e orientações no período pré-natal, no atendimento à mãe e ao recém-nascido ao longo do trabalho de parto e parto, durante a internação após o parto e nascimento e no retorno ao domicílio, com apoio da comunidade; são eles:

Ter uma política de aleitamento materno escrita que seja rotineiramente transmitida a toda equipe de cuidados de saúde, capacitar toda a equipe de cuidados de saúde nas práticas necessárias para implementar esta política, informar todas as gestantes sobre os benefícios e o manejo do aleitamento materno, ajudar as mães a iniciar o aleitamento materno na primeira meia hora após o nascimento, mostrar às mães como amamentar e como manter a lactação mesmo se vierem a ser separadas dos seus filhos, não oferecer a recém-nascidos bebida ou alimento que não seja o leite materno, a não ser que haja indicação médica, praticar o alojamento conjunto – permitir que mães e recém-nascidos permaneçam juntos – 24 horas por dia, incentivar o aleitamento materno sob livre demanda, não oferecer bicos artificiais ou chupetas a crianças amamentadas, promover a formação de grupos de apoio ao aleitamento e encaminhar as mães a esses grupos na alta da maternidade (BRASIL, 2012b).

A Proteção legal ao aleitamento materno apóia-se, no Brasil, em uma legislação específica para proteger o aleitamento materno, a Norma Brasileira de Comercialização de Alimentos para Lactentes e Crianças de Primeira Infância, Bicos, Chupetas e Mamadeiras e a Lei 11.265. Em setembro de 2008 o Presidente da República sancionou a Lei 11.770, que estabelece a licença maternidade de seis meses, sem prejuízo do emprego e do salário, para as funcionárias públicas federais, ficando a critério dos estados, municípios e empresas privadas a adoção desta Lei (BRASIL, 2012a).

Para a Mobilização Social são desenvolvidas diversas atividades como: a Semana Mundial da Amamentação, entre 01 e 07 de agosto, e o Dia Nacional de Doação de Leite Humano, em 01 de outubro. As comemorações configuram-se como um importante marketing social capaz de aumentar os índices de aleitamento materno, além de sensibilizar novas doadoras de leite humano (BRASI, 2012a).

O Monitoramento dos Indicadores de aleitamento materno consiste na mensuração das prevalências AM, e é uma das maneiras de se avaliar o impacto das ações de promoção, proteção e apoio desenvolvidas. Em agosto de 2008, durante a segunda etapa da campanha nacional de vacinação, foram investigadas cerca de 150.000 crianças menores de um ano, residentes em 250 municípios brasileiros. Os resultados da II Pesquisa Nacional de

Prevalência de Aleitamento Materno em Menores de Um Ano, concluída em 2009, auxiliarão na avaliação e redirecionamento das ações da política brasileira de aleitamento materno (BRASIL, 2009d).

## **2 OBJETIVOS**

Analisar, com base em uma revisão sistemática da literatura, a influência das ações educativas para gestantes e nutrizes no tempo de aleitamento materno exclusivo na realidade brasileira.

### 3 MÉTODO

Para o desenvolvimento do trabalho, a abordagem escolhida para o estudo foi a pesquisa exploratória, do tipo bibliográfica que, segundo Gil (2002), visa proporcionar maior familiaridade com o problema com vistas a torná-lo explícito ou a construir hipóteses, a partir de material já publicado.

Como forma de trabalho foi escolhida a revisão sistemática de literatura.

#### 3.1 REVISÃO SISTEMÁTICA DE LITERATURA

É possível encontrar na literatura vários tipos de revisões. No entanto, deve-se considerar que existem diferenças relevantes entre elas referentes à organização dos dados, abrangência e rigor metodológico. As revisões tradicionais são consideradas fracas em relação à sua força de evidência científica, por serem de natureza opinativa e não poderem ser reproduzidas por outros autores, pois não informam a metodologia para a busca das referências. Estes textos são geralmente agrupados de forma arbitrária, e por esse motivo, as informações colhidas ficam sujeitas ao viés de seleção. Já as revisões que se utilizam de metodologia reproduzível e explícita, com critérios de pesquisa e seleção de informação, são consideradas de grande força de evidência científica. Estas revisões são conhecidas como sistemáticas. As revisões sistemáticas podem ser de dois tipos: com metanálise, quando os dados agrupados são submetidos a uma análise estatística estimando mais precisamente os resultados e aumentando a força de evidência; e sem metanálise que é a utilizada no atual estudo (BERNARDO; NOBRE; JATENE, 2004).

A revisão sistemática, ao contrário das revisões narrativas “é uma revisão planejada para responder uma pergunta específica e que utiliza métodos explícitos e sistemáticos para identificar, selecionar e avaliar criticamente os estudos, e para coletar e analisar os dados destes estudos incluídos na revisão” (CASTRO; GUIDUGLI, 2001).

É definida "como uma síntese de estudos primários que contém objetivos, materiais e métodos claramente explicitados e que foi conduzida de acordo com uma metodologia clara e reproduzível" (LOPES; FRACOLLI; 2008).

Segundo Mulrow (1994), os profissionais de saúde, consumidores, pesquisadores e formuladores de políticas estão inundados com quantidades incontroláveis de informações, incluindo evidências de pesquisas de saúde. É pouco provável que todos tenham tempo, habilidades e recursos para encontrar, avaliar e interpretar essas informações e incorporá-las nas decisões de saúde. Portanto, existe a necessidade de se realizar estudos de revisão sistemática no intuito de identificar, avaliar e sintetizar as evidências baseadas em pesquisa e apresentá-lo em um formato acessível.

Segundo Galvão; Sawada; Trevisan (2004), a revisão sistemática consiste em uma das soluções para auxiliar a utilização de pesquisas, pois possibilita a síntese das pesquisas disponíveis, relativas a um determinado problema, com a finalidade de direcionar a prática fundamentada no conhecimento científico.

Em relação à sua importância, estudiosos afirmam que esse recurso pode criar uma forte base de conhecimentos, capaz de guiar a prática profissional e identificar a necessidade de futuras pesquisas (GALVÃO; SAWADA; TREVISAN, 2004; SAMPAIO; MANCINI, 2007).

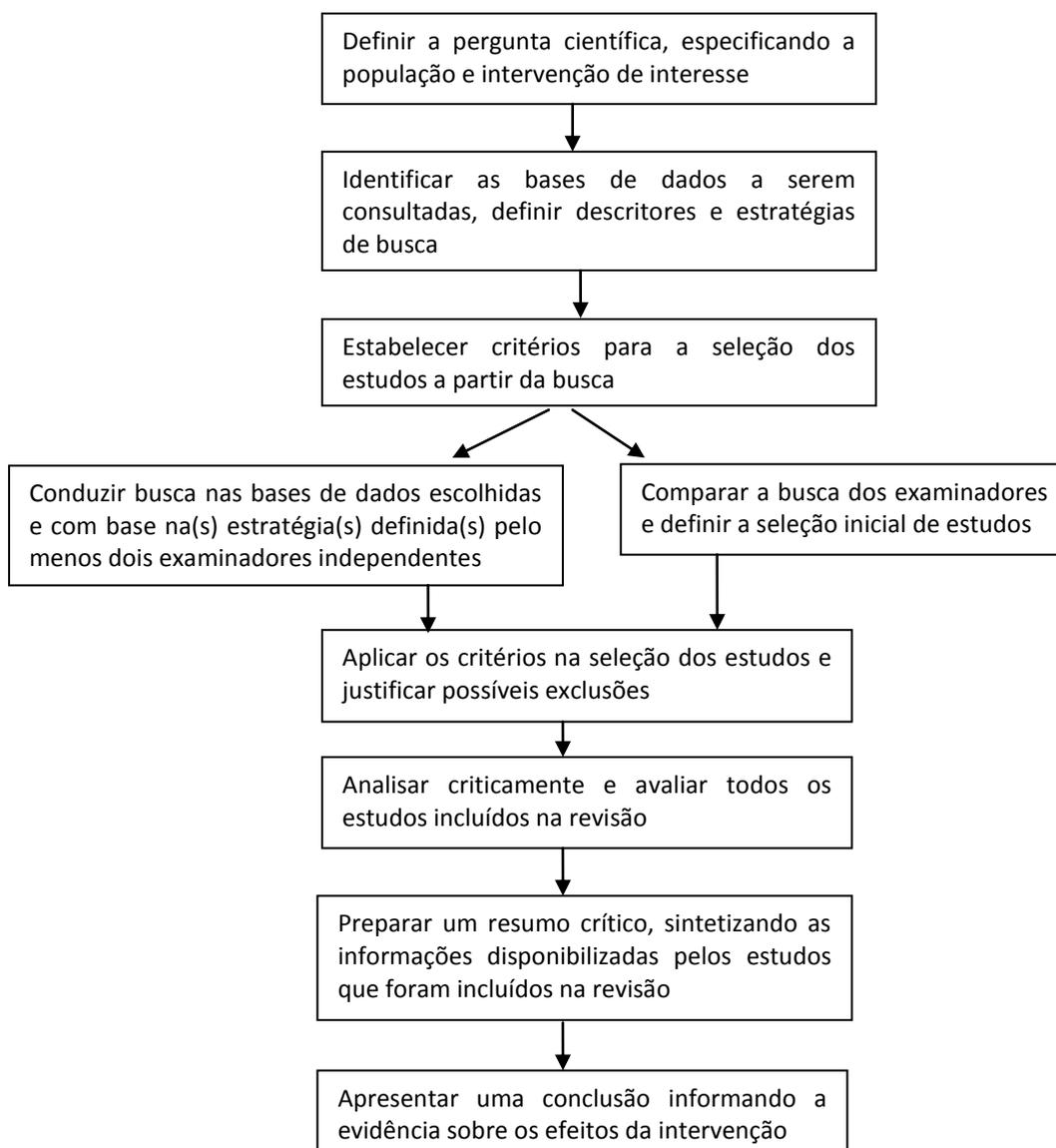
O incremento desta metodologia deve-se, principalmente, aos estudos desenvolvidos pela Fundação Cochrane, iniciativa internacional com origem no Reino Unido, que desde 1992 prepara, mantém e dissemina revisões sistemáticas de intervenções de saúde, tornando-se a maior referência da pesquisa baseada em evidências (CASTRO; SACONATO; GUIDUGLI; CLARK, 2002).

Para a base de dados Cochrane de revisões sistemáticas (CDSR), uma revisão sistemática é uma tentativa de reunir toda a evidência empírica em que enquadra os critérios de elegibilidade pré-especificados, a fim de responder a uma pergunta de investigação específica. Ela usa métodos sistemáticos que são selecionados com vista a minimizar viés, proporcionando assim resultados mais confiáveis a partir do qual é possível tirar conclusões e decisões tomadas (HIGGINS; GREEN, 2009).

As características-chave de uma revisão sistemática são: conjunto de objetivos claros com os critérios de elegibilidade pré-definidos para os estudos; uma metodologia explícita e reprodutível; uma pesquisa sistemática, que tenta identificar todos os estudos que atendam aos critérios de elegibilidade; uma avaliação da validade das conclusões dos estudos incluídos, por exemplo, através da avaliação do risco de viés, e uma apresentação sistemática e síntese, as características e os resultados dos estudos incluídos.

Optou-se, portanto, pela revisão sistemática justamente por ter como característica principal a compreensão de um fenômeno através da busca exaustiva do conhecimento já produzido e evidenciado na literatura. Esse processo é extremamente importante para a construção de conceitos e para a detecção, através dos trabalhos já produzidos na área, das limitações existentes para essa conceituação e das questões que permanecem pouco esclarecidas sobre o tema investigado, norteando a elaboração de novos estudos (BROOME, 2000).

A FIG.: 1 descreve as etapas de uma revisão sistemática.



**Figura 1** – Descrição geral sobre as etapas de uma revisão sistemática de literatura.  
**Fonte:** SAMPAIO e MANCINI, 2007.

### 3.1.1 Procedimentos para a Operacionalização da Revisão Sistemática

**Primeira etapa:** formulação da pergunta da revisão.

A formulação da pergunta baseou-se no propósito da revisão, nas variáveis de interesse e na amostra específica a ser estudada, com o surgimento do seguinte questionamento: As ações educativas desenvolvidas

no Brasil, no pré-natal para as gestantes e no pós parto para as nutrizes tem influência no tempo de aleitamento materno exclusivo?

**Segunda etapa:** bases de dados consultadas e descritores utilizados.

Foram pesquisados os estudos publicados nas bases eletrônicas mundial de dados da Biblioteca Virtual de Saúde (BVS). Foi utilizado com fonte de informação as bases de dados das Ciências da Saúde em Geral que são: LILACS- Literatura Latino Americana e do Caribe em Ciências da Saúde, IBECs- Índice Bibliográfico Espanhol de Ciências de Saúde, MEDLINE- Literatura Internacional em Ciências da Saúde e SciELO - *Scientific Electronic Library Online*. A base de dados da COCHRANE não foi incluída no estudo por não atender aos critérios da pesquisa.

A busca final ocorreu no dia 20 de março de 2012, na Biblioteca Central da Universidade de São Paulo (USP) - Campus de Ribeirão Preto, após algumas tentativas anteriores para definição dos descritores que melhor atendiam aos objetivos do estudo.

Foram utilizados os seguintes descritores, unitermos ou palavras-chave definidas a partir dos preconizados pelo DeCS (Descritores em Ciências da Saúde): Promoção de Saúde; Health Promotion; Promoción de la Salud e Aleitamento; Breastfeeding; Lactancia Materna.

A estratégia de combinação dos unitermos usada para a busca dos estudos foi: “Promoção de Saúde” AND “Aleitamento”, sendo a busca feita por descritor nos três idiomas.

**Terceira etapa:** definição dos critérios de inclusão e exclusão dos estudos.

Nesta etapa são definidos os critérios de inclusão e exclusão dos estudos e as estratégias de busca e as bases de dados utilizadas.

Como critérios de inclusão foram definidos: artigos, teses ou dissertações publicadas entre os anos de 2001 e 2011; terem sido publicados em língua portuguesa, espanhola e/ou inglesa; publicações que estivessem disponíveis na íntegra; publicações que abordassem a situação no Brasil; publicações que tenham como sujeito gestantes e/ou nutrizes; publicações que

relacionassem ações de educação em saúde e tempo de aleitamento materno exclusivo em meses.

Inicialmente foi definido o período de 1991 a 2011, pois o Programa Nacional de Incentivo ao AM foi lançado 1981, e teríamos uma perspectiva de 10 anos após a sua implantação. Porém, o número de estudos encontrados foi muito grande e definiu-se por um período menor, últimos 10 anos.

Também definiu-se, inicialmente, que a busca seria por trabalhos que focassem a realidade da América Latina. Contudo, devido às grandes diferenças entre os sistemas de saúde de cada país, optou-se por restringir a busca à realidade do Brasil para uma possível aplicação dos resultados encontrados.

Foram excluídos os estudos publicados em bases não indexadas.

**Quarta etapa:** busca dos estudos e definição da seleção inicial.

Na base de dados LILACS foram encontrados 313 estudos, na MEDLINE 1392 estudos e no IBECs 22 estudos.

**Quinta etapa:** Seleção dos estudos.

A qualidade de uma revisão sistemática depende da validade dos estudos incluídos nela. Nesta fase é importante que os pesquisadores considerem todas as possíveis fontes de erro (bias), que podem comprometer a relevância do estudo em análise. Um conhecimento aprofundado de métodos de investigação e de análise estatística, bem como das medidas ou dos instrumentos de mensuração empregados, é requisito indispensável para que os pesquisadores possam desempenhar a sua tarefa (SAMPAIO; MANCINI, 2007).

Para se comprovar a validade dos estudos pré-selecionados estes devem ser submetidos ao Teste de Relevância para certificação de sua qualificação e inclusão na pesquisa (DE OLIVEIRA, 2010). Este teste pode ser aplicado em todas as etapas da seleção para se certificar que somente os estudos realmente relevantes ao tema considerado foram selecionados. Ele

pode ser desenvolvido pelo próprio autor, porém recomenda-se que a aplicação do teste deve ser realizada por dois pesquisadores de forma independente, com a finalidade de verificar a objetividade do método. No caso de existir desacordo sobre a inclusão de algum dos trabalhos, um terceiro pesquisador deve ser consultado (SEGURA MUNOZ; TAKAYANAGUI; SANTOS; SANCHEZ-SWEATMAN, 2002).

Um teste de relevância preliminar foi realizado pela autora do trabalho para a exclusão dos estudos que não abordavam situações no Brasil e que não foram publicados entre 2001 e 2011, com a função de refinamento da seleção inicial dos estudos a serem analisados. Este teste teve como base o título e o resumo dos estudos.

Durante o teste de relevância preliminar, obedecendo aos critérios de inclusão, 148 estudos foram excluídos na base de dados LILACS, 1345 na base de dados MEDLINE e 22 no IB ECS por motivos apresentados no quadro abaixo:

**Quadro 1** - Número de estudos excluídos por base de dados durante a seleção preliminar.

<b>Bases de Dados BVS</b>			
<b>Motivos de Exclusão Teste de Relevância Preliminar</b>	<b>LILACS</b>	<b>MEDLINE</b>	<b>IB ECS</b>
	313	1392	22
Ano de Publicação	66	88	0
Estudos não realizados no Brasil	82	1257	22

Portanto, foram selecionados inicialmente 165 estudos na base de dados LILACS e 47 na base de dados MEDLINE. Estes foram então submetidos aos testes de relevância I e II.

**Quadro 2** - Número de estudos excluídos por base de dados durante os testes de relevância I e II.

<b>Bases de Dados BVS</b>			
<b>Testes</b>	<b>LILACS</b>	<b>MEDLINE</b>	<b>IB ECS</b>
	165	47	0
Teste de Relevância I	128+01	30+12	0
Teste de Relevância II	25	05	0
Estudos Selecionados	11	0	0

O teste de relevância I (Apêndice A) foi realizado por dois pesquisadores de forma independente com base na avaliação dos resumos e títulos considerando os critérios de inclusão. Este teste descartou 128 estudos do LILACS e 30 do MEDLINE que não atendiam aos objetivos da atual revisão. Excluiu também 01 estudo do LILACS que era uma monografia de especialização e ainda 12 estudos do MEDLINE que eram repetidos, ou seja, já estavam presentes no LILACS.

O teste de relevância II (Apêndice B) também foi realizado por dois pesquisadores de forma independente, com base na avaliação dos estudos na íntegra, levando em consideração os objetivos propostos pelo estudo de relacionar as ações educativas em saúde e a sua influência sobre tempo de aleitamento materno exclusivo. Este segundo teste excluiu mais 25 estudos do LILACS e 05 do MEDLINE que também não atendiam aos objetivos propostos pelo estudo.

**Quadro 3** - Número de estudos encontrados e incluídos por base de dados.

Estudos	LILACS	MEDLINE	IBECS
Encontrados	313	1392	22
Excluídos	302	1392	22
Incluídos	11	0	0

Os estudos selecionados devem também obedecer a padrões de qualidade, como vivacidade descritiva, precisão analítica, relevância heurística e congruência metodológica. Para se avaliar a qualidade dos estudos estes devem ser submetidos à avaliação de seu rigor metodológico (LOPES; FRACOLLI, 2008).

**Sexta etapa:** Análise crítica e avaliação dos estudos.

Tendo em vista que ainda não há um consenso sobre critérios que validam a qualidade de estudos qualitativos, há pesquisadores da Prática Baseada em Evidência que recomendam a avaliação sistematizada da metodologia por meio do uso de instrumentos padronizados, como o *Critical Appraisal Skills Programme (CASP)* (©Milton Keynes Primary Care Trust, 2002)

para pesquisas qualitativas (DE-LA-TORRE-UGARTE-GUANILO; TAKAHASHI; BERTOLOZZI, 2011).

Este instrumento (Anexo A), utilizado no estudo, é composto por dez itens pontuáveis (máximo 10 pontos) que são os seguintes: 1. objetivo claro e justificado; 2. desenho metodológico é apropriado aos objetivos; 3. os procedimentos metodológicos são apresentados e discutidos; 4. seleção da amostra intencional; 5. coleta de dados descrita, instrumentos explicitados, processo de saturação; 6. a relação entre pesquisador e pesquisado é considerada; 7. cuidados éticos; 8. análise densa e fundamentada; 9. resultados são apresentados e discutidos, apontam para o aspecto da credibilidade, fazem uso da triangulação; 10. discorrem sobre as contribuições e implicações do conhecimento gerado pela pesquisa, bem como suas limitações.

Os estudos classificados como categoria A têm baixo risco de viés. Atendem até, pelo menos, nove dos 10 itens propostos. Já aqueles classificados como categoria B atendem pelo menos cinco dos 10 itens propostos. Significa que atendem parcialmente os critérios adotados, apresentando risco de viés moderado (ESPÍNDOLA; BLAY, 2006).

Os 11 (onze) estudos selecionados foram submetidos a esta análise do rigor metodológico, considerando as categorias especificadas por Espíndola e Blay (2006). Todos foram avaliados como nível A e foram incluídos como amostra na pesquisa.

**Sétima etapa:** extração e síntese das informações dos estudos incluídos.

As características de cada estudo incluído foram coletadas e registradas. Foram sintetizados em quadros de análise sinóptica composto dos tópicos: 1. título do estudo; 2. local de publicação; 3. autores; 4. idioma; 5. ano de publicação; 6. instituição sede do estudo; 7. tipo de revista científica; 8. características metodológicas do estudo 9. objetivo ou questão de investigação; 10. amostra; 11. critérios de inclusão/exclusão dos sujeitos; 12. análise dos dados; 13. resultados; 14. conclusões.

Posteriormente foram agrupados em outro quadro para melhor comparação dos resultados onde se buscou identificar os elementos

concordantes, discordantes e complementares, além das temáticas centrais de cada estudo.

#### 4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Foram incluídos como amostra nesta revisão sistemática 11 estudos apresentados na tabela abaixo:

**Tabela 1** – Descrição das referências dos estudos selecionados.

Estudos Selecionados	
1	OBREGÓN, P. L. <b>A prática da amamentação na região norte do município de Londrina - PR.</b> 2001. Tese (Doutorado em Saúde Materno-Infantil) - Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo. 2001.
2	BECKER, D. <b>No seio da família: amamentação e promoção da saúde no Programa de Saúde da Família.</b> 2001. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública; Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro. 2001.
3	DE OLIVEIRA, M. I. C; CAMACHO, L. A. B. Impacto das unidades básicas de saúde na duração do aleitamento materno exclusivo. <b>Rev Bras Epidemiol.</b> v. 5, p. 41-51, 2002.
4	NARCHI, N. Z; FERNANDES, R. A; GOMES, M. M; QUEIROZ, M. L; HIGASA, D. N. Análise da efetividade de um programa de incentivo ao aleitamento materno exclusivo em comunidade carente na cidade de São Paulo. <b>Rev Bras Saude Mater Infant.</b> v. 5, p. 87-92, 2005.
5	COUTINHO, S. B; LIMA, M. C, ASHWORTH, A; LIRA, P. I. Impacto de treinamento baseado na Iniciativa Hospital Amigo da Criança sobre práticas relacionadas à amamentação no interior do Nordeste. <b>J Pediatr (Rio J).</b> v. 81, p. 471-7, 2005.
6	SANTORO JÚNIOR, W.; MARTINEZ, F. E. Impacto de uma intervenção pró-aleitamento nas taxas de amamentação de recém-nascidos de muito baixo peso. <b>J Pediatr (Rio J).</b> v. 83, n. 6, p. 541-6, 2007.
7	ALBERNAZ, E; ARAÚJO, C. L; TOMASI, E; MINTEM, G; GIUGLIANI, E; MATIJASEVICH, A.; ONIS, M.; BARROS, F. C.; VICTORA, C. G. Influência do apoio à amamentação nas tendências das taxas de aleitamento materno da cidade de Pelotas (RS), 1982-2004. <b>J Pediatr (Rio J).</b> v. 84, n.6, p. 560-4, 2008.
8	NARCHI, N. Z; FERNANDES, R. A. Q; DIAS, L. A; NOVAIS, D. H. Variáveis que influenciam a manutenção do aleitamento materno exclusivo. <b>Rev Esc Enferm USP.</b> v. 43, n. 3, p. 87-94, 2009.
9	KISHI, R. G. B; CACCIA-BAVA, M. C. G; MARTINEZ, E. Z. Prevalência do aleitamento materno exclusivo e fatores associados entre as crianças menores de 6 meses cadastradas em unidades de saúde da família. <b>Rev. APS.</b> v. 12, n. 1, p. 54-61, jan./mar. 2009.
10	BRASILEIRO, A. A; POSSOBON, R. F; CARRASCOZA, K. C; AMBROSANO, G. M. B; MORAES, A. B. A. Impacto do incentivo ao aleitamento materno entre mulheres trabalhadoras formais. <b>Cad Saúde Pública.</b> v. 26, n.9, p.1705-13, 2010.
11	PEREIRA, R. S. V; DE OLIVEIRA, M. I. C; ANDRADE C. L. T; BRITO, A. S. Fatores associados ao aleitamento materno exclusivo: o papel do cuidado na atenção básica. <b>Cad Saúde Pública.</b> v. 26, n. 12, p. 2343-54, 2010.

Todos os estudos selecionados todos foram publicados em português, 9 em revistas de publicações médicas, principalmente de Saúde Pública (3) e Saúde Infantil (3) e 2 em bancos de teses.

Os estudos foram sediados nos estados de São Paulo (6), Rio de Janeiro (3), Pernambuco (1) e Rio Grande do Sul (1).

Quanto aos aspectos metodológicos, a maioria é considerada pesquisa de campo (8), seguidos por pesquisa documental (2) e estudo de intervenção (1).

Abaixo estão apresentados os quadros de análise sinóptica de cada um dos estudos incluídos.

**Quadro 4 - Análise Sinóptica do Estudo 1.**

Identificação	Estudo 1
Título do Estudo	A prática da amamentação na região norte do município de Londrina-PR
Local de Publicação	Banco de Teses – USP
Autores	OBREGÓN, P. L.
Idioma	Português
Ano de Publicação	2001
Instituição Sede do Estudo	Faculdade de Saúde Pública - USP
Tipo de Revista Científica	Tese para obtenção do título de Doutor em Saúde Materno-Infantil
Características Metodológicas do Estudo	Pesquisa de Campo – estudo transversal
Objetivo ou Questão de Investigação	Verificar a associação entre a situação sócio-demográfica, a orientação sobre o aleitamento materno e a duração do AME em uma população que frequenta UBS's da Região Norte do Município de Londrina, Paraná
Amostra	Mães de crianças de até dois anos de idade, atendidas em duas UBS's
Crterios de Inclusão/Exclusão dos Sujeitos	Mães de criança inscrita em uma das unidades de saúde do estudo, com atendimento agendado na data da entrevista; crianças sem defeitos congênitos; mães de crianças que residiam na área do estudo; mães que aceitassem participar livremente do estudo.
Análise dos Dados	Análise de Sobrevida de Kaplan e Meier
Resultados	O tempo de AME foi de em média 60 dias para as mães sem orientação e 90 dias para as mães que receberam orientação

Conclusões	A maior duração do AME esteve associada a mães que referiram ter recebido orientação em dois momentos (pré-natal e puerpério e/ou UBS e hospital)
------------	---

O estudo 1 trata-se de um estudo transversal, com coleta de informações atuais e retrospectivas, em relação à duração do AME de crianças menores de dois anos de idade, que frequentam duas UBS's na região norte de Londrina – PR, sendo que uma das unidades realizava atividades de incentivo, promoção e proteção ao aleitamento e a outra unidade não desenvolve institucionalmente este tipo de programação.

As informações foram obtidas mediante entrevista com as mães das crianças por meio da utilização de um questionário padronizado e foram consideradas diversas variáveis relacionadas à situação sócio-demográfica da mãe, como: idade, escolaridade, ocupação, renda familiar mensal e paridade. E também variáveis ligadas à orientação sobre o AME, como: referência, local, época, dificuldades referidas pelas mães durante o aleitamento.

O estudo foi feito com 225 crianças e através da utilização das tábuas de sobrevivência, verificou-se que a duração (mediana) do AME foi curta, tendo em vista que a proporção de crianças em AME aos 30 dias foi de 86,7%, aos 90 dias, 52,1% e aos 120 dias, 35,3%. A duração mediana do AME foi de 90 dias.

A duração do AME mostrou-se prolongada naquelas crianças, cujas mães referiram ter recebido orientação sobre o aleitamento. Houve diferença estatística significativa entre os dois grupos. Esta diferença também foi significativa quando as mães receberam a orientação tanto no pré-natal quanto no puerpério, ou ainda na UBS e no Hospital de forma combinada.

**Quadro 5 - Análise Sinóptica do Estudo 2.**

Identificação	Estudo 2
Título do Estudo	No seio da família: amamentação e promoção da saúde no Programa de Saúde da Família
Local de Publicação	Portal de Teses – FIOCRUZ
Autores	BECKER, D
Idioma	Português
Ano de Publicação	2001
Instituição Sede do Estudo	Escola Nacional de Saúde Pública - FIOCRUZ

Tipo de Revista Científica	Dissertação para obtenção do título de Mestre em Saúde Pública
Características Metodológicas do Estudo	Pesquisa de Campo
Objetivo ou Questão de Investigação	Analisar aspectos da implementação e operacionalização da promoção da amamentação no Programa de Saúde da Família em cinco municípios.
Amostra	156 profissionais das equipes do Programa e com 286 mães de bebês até 6 meses de idade por eles atendidas
Crítérios de Inclusão/Exclusão dos Sujeitos	As mães foram selecionadas de forma aleatória seja na unidade de atendimento, seja por sorteio de domicílios para visita.
Análise dos Dados	O processamento dos dados primários foi feito pelo programa EPI-INFO, versão 6.0
Resultados	A maioria significativa das mães de bebês até seis meses sente-se apoiada pela equipe de saúde para amamentar, porém, surpreendentemente não foi demonstrada associação significativa entre a sensação de apoio e o sucesso da amamentação
Conclusões	A pesquisa aponta tendências favoráveis com relação à promoção da amamentação no contexto do PSF, sugerindo que sua efetividade poderá ser muito ampliada se forem garantidos às equipes tempo, ferramentas metodológicas, treinamento e apoio adequados para esta atuação.

O estudo 2 trata de uma pesquisa de campo que buscou uma análise exploratória das práticas de promoção do aleitamento no PSF. Procurou descrever e contrastar diferentes experiências desta atividade no PSF em cinco municípios brasileiros, com características históricas, geográficas, operacionais e gerenciais diversas.

Resumidamente, foram selecionados municípios por critérios diversos; definidas categorias do trabalho das equipes de Saúde da Família em promoção da amamentação, no contexto do Programa; e elaborados instrumentos que permitissem estabelecer medidas das categorias definidas.

Estes instrumentos procuraram avaliar a formação e capacitação dos profissionais das equipes de Saúde da Família para realizar a promoção da amamentação; analisar as atividades realizadas no campo pelas equipes; e levantar as impressões da sua clientela direta (mães de bebês até seis meses de idade) e os resultados de seu trabalho entre elas.

Os municípios selecionados para o estudo foram: Rio de Janeiro (RJ), São Paulo (SP), Mauá (SP), Vespasiano (MG), Contagem (MG).

Em cada município, as unidades visitadas foram aquelas apontadas pelos gestores locais como entre as melhores em desempenho. Em cada uma delas foram distribuídos questionários para todos os profissionais. As mães de bebês até seis meses foram sempre entrevistadas na unidade de saúde, e escolhidas aleatoriamente.

A maioria das gestantes realizava seu pré-natal no PSF, e os bebês também eram acompanhados pela equipe. Elas também declararam que algum profissional na unidade já havia conversado com elas sobre o aleitamento.

Do total de mães, 83,1% sentiam-se apoiadas pelas equipes de saúde para amamentar. O sentimento de apoio para amamentar foi associado significativamente a duas variáveis: a de a mãe ter sido ensinada a colocar o bebê para mamar, e a de ter recebido ao menos uma visita domiciliar no puerpério.

Surpreendentemente, não foi demonstrada associação significativa entre a sensação de apoio e o sucesso da amamentação, os índices de aleitamento exclusivo de nossa amostra não sofreram variação significativa quando examinadas apenas as mães que se sentiram apoiadas para amamentar (n=230).

Este dado foi confirmado ao se analisar somente a população de mães de bebês de 0 a 3 meses de idade (57,4% das mães que se sentem apoiadas aleitam exclusivamente, contra 58,7% do total de mães). Entre as mães que amamentam exclusivamente, 86,9% se sentem apoiadas (84,8% entre mães de bebês de 0 a 3 meses).

Isto pode advir do fato de que as amostragens de mães que não se sentiram apoiadas foram muito pequenas (47 mães, ou 16,7% da amostra). Isto é, como a maioria das mães sentiu-se apoiada, não houve associação entre esta variável e o perfil de aleitamento.

**Quadro 6-** Análise Sinóptica do Estudo 3.

Identificação	Estudo 3
Título do Estudo	Impacto das unidades básicas de saúde na duração do aleitamento materno exclusivo
Local de Publicação	Revista Brasileira de Epidemiologia
Autores	DE OLIVEIRA, M. I. C; CAMACHO, L. A. B
Idioma	Português
Ano de Publicação	2002
Instituição Sede do Estudo	Secretaria de Saúde do Rio de Janeiro
Tipo de Revista Científica	Saúde Pública
Características Metodológicas do Estudo	Pesquisa de campo
Objetivo ou Questão de Investigação	Verificar o impacto de um conjunto de procedimentos e estratégias efetivas de promoção, proteção e apoio à amamentação, realizadas no pré-natal e na pediatria de unidades básicas de saúde, sobre a amamentação exclusiva em bebês menores de 6 meses.
Amostra	24 UBS's do Estado do Rio de Janeiro, 240 gestantes, 240 mães de bebês, 2.458 bebês menores de 6 meses, 24 diretores, 236 profissionais ou pessoal de saúde.
Crítérios de Inclusão/Exclusão dos Sujeitos	Profissionais de saúde que já trabalhassem na unidade há mais de 4 meses e gestantes e mães de bebês menores de 1 ano que já tivessem sido consultados 2 ou mais vezes.
Análise dos Dados	Software LACMAT
Resultados	O desempenho foi considerado regular em 13 unidades e fraco em 11 unidades. Foi encontrada uma expectativa de duração do aleitamento materno exclusivo de 1,6 meses para os bebês menores de 6 meses assistidos pelo bloco de unidades de desempenho regular, e de 1,1 mês para os bebês acompanhados pelo bloco de desempenho fraco.
Conclusões	A implementação de uma iniciativa de promoção, proteção e apoio à amamentação na atenção primária à saúde contribui para intensificar a prática do aleitamento materno exclusivo entre os lactentes menores de 6 meses.

Este estudo foi realizado a partir uma revisão sistemática (DE OLIVEIRA; CAMACHO; TEDSTONE, 2001) para a identificação de estratégias e procedimentos conduzidos na atenção básica à saúde com efetividade na extensão da duração do aleitamento materno. Estes artigos são parte integrante do projeto realizado no Rio de Janeiro para a implantação da IHAC.

Foi criada uma “Iniciativa Unidade Básica Amiga da Amamentação” no Estado, apoiada pelo UNICEF - *New York*.

A revisão sistemática realizada abrangeu estudos experimentais e quase-experimentais, publicados entre 1980 e 1999, que conduziram estratégias e procedimentos nas fases pré-natal e de acompanhamento materno-infantil, com efetividade na extensão do aleitamento materno exclusivo, completo (exclusivo ou predominante) e/ou total (exclusivo, predominante ou complementado).

Os procedimentos e estratégias efetivas identificadas através desta revisão foram organizados em oito passos, e a infra-estrutura considerada pela IHAC enquanto indispensável para a implementação adequada das ações de aleitamento materno, em dois passos.

Foi então estruturada uma proposta de “Dez Passos para o Sucesso da Amamentação na ABS” e criada uma metodologia de avaliação da efetividade das unidades básicas de saúde na promoção, proteção e apoio à amamentação. Esta metodologia foi aplicada na avaliação de uma amostra proposital em 22 de 24 unidades básicas de saúde da Capital, Cinturão Metropolitano e Interior do Estado do Rio de Janeiro.

Para a avaliação de estrutura, foram elaborados instrumentos de observação do serviço e questionários estruturados para a entrevista de profissionais de saúde, a fim de verificar sua capacitação para a prática dos “Dez Passos”. Para a avaliação de processo, foram elaborados questionários estruturados para entrevistar gestantes e mães, a fim de investigar se haviam recebido as informações, orientações e apoio relativos aos passos 3 a 10. Para a avaliação de resultado, foi criado um formulário, a ser preenchido pelas auxiliares de enfermagem que pesam as crianças, sobre a forma como a clientela de bebês menores de 6 meses havia sido alimentada nas últimas 24 horas.

Foram entrevistadas pelos avaliadores 240 gestantes e 240 mães de bebês, e pelas auxiliares as mães de 2.458 bebês menores de 6 meses. Foram entrevistados também 24 diretores (ou chefias do setor materno-infantil) das unidades avaliadas e 236 profissionais ou pessoal de saúde, das seguintes categorias: pediatras (25%), obstetras (14%), enfermeiras (15%), auxiliares

(25%), agentes de saúde (5%), nutricionistas (4%) e 12% de outras categorias (incluindo clínicos gerais, assistentes sociais e psicólogos).

Foram avaliadas unidades básicas de vários tipos: centros de saúde, postos de saúde, postos de saúde da família e unidades mistas.

A avaliação de estrutura (passos 1 e 2) e de processo (passos 3 a 10) gerava escores globais (EG) que podiam variar de 1 (infraestrutura adequada e todos os passos cumpridos pela unidade) a 0 (infra-estrutura inadequada e nenhum procedimento realizado pela unidade). Os níveis de desempenho das unidades a serem avaliadas foram estipulados da seguinte forma: “bom” (EG de 0,67 ou acima); “regular” (EG entre 0,66 e 0,34); e “fraco” (EG de 0,33 ou abaixo).

A prevalência de aleitamento materno exclusivo entre a clientela de bebês menores de 6 meses de cada unidade e dos diferentes blocos de desempenho foi ajustada por idade pelo método de padronização direto, em função de uma possível distribuição etária diferenciada entre elas.

A prevalência de aleitamento materno exclusivo encontrada na clientela de bebês menores de 6 meses acompanhados pelas unidades avaliadas foi baixa. Quase a metade (47,9%) das mães já fornecia água, chá ou suco (19,5%) ou outros alimentos (28,3%) desde o primeiro mês de vida. Esta prevalência entre os bebês menores de 6 meses foi maior no bloco de unidades de desempenho regular do que no bloco de desempenho fraco (38,6% e 23,6%, respectivamente,  $p < 0,001$ ), diferença esta que se apresentou consistentemente em todas as faixas etárias, e se acentuou no quinto e sexto mês de vida.

Os índices encontrados, no entanto, ainda se situaram muito aquém dos desejados, já que mesmo nas unidades de desempenho regular quase 40% dos bebês no primeiro mês de vida já estavam recebendo outros líquidos ou alimentos, e no sexto mês de vida esta proporção ultrapassou os 80%.

Observa-se também, que a maior efetividade encontrada no bloco de unidades de desempenho regular pareceu estar associada à prática, não de procedimentos isolados, mas de um conjunto variado de procedimentos que aliavam o apoio emocional à orientação prática no manejo do aleitamento e à veiculação face a face de informações de interesse da clientela.

**Quadro 7-** Análise Sinóptica do Estudo 4.

Identificação	Estudo 4
Título do Estudo	Análise da efetividade de um programa de incentivo ao aleitamento materno exclusivo em comunidade carente na cidade de São Paulo.
Local de Publicação	Revista Brasileira de Saúde Materna e Infantil
Autores	NARCHI, N. Z; FERNANDES, R. A; GOMES, M. M; QUEIROZ, M. L; HIGASA, D. N.
Idioma	Português
Ano de Publicação	2005
Instituição Sede do Estudo	Faculdade de Enfermagem - Universidade Anhembí Morumbi
Tipo de Revista Científica	Saúde Materna e Infantil
Características Metodológicas do Estudo	Pesquisa documental retrospectiva
Objetivo ou Questão de Investigação	Analisar a efetividade do Programa de Incentivo ao Aleitamento Materno Exclusivo implantado em uma comunidade carente do município de São Paulo a fim de redirecionar-lhe as ações.
Amostra	56 fichas de mulheres atendidas pelo Programa
Critérios de Inclusão/Exclusão dos Sujeitos	Fichas de mulheres acompanhadas de agosto de 2002 a novembro de 2003
Análise dos Dados	Análise descritiva
Resultados	51,8% de adesão ao Programa e 48,2% de abandono por motivos desconhecidos. No momento da alta, 17,3% das mães referiram aleitamento exclusivo durante os seis meses, 58,6% misto e 24,1% artificial.
Conclusões	Evidenciou-se que o Programa, apesar da aparente baixa efetividade, necessita ser mantido pelo benefício que traz ao binômio mãe-filho tendo em vista as condições socioeconômicas daquela comunidade, sendo necessárias novas estratégias que melhorem a adesão e a média de aleitamento exclusivo.

O estudo 4 trata-se de pesquisa descritivo-exploratória, retrospectiva, com abordagem quantitativa, desenvolvida com mulheres participantes do Núcleo São Lucas de Atendimento à Saúde da Mulher, inserido em uma comunidade carente do município de São Paulo.

O Núcleo São Lucas de Atendimento à Saúde da Mulher funciona em uma das creches da favela de Paraisópolis, comunidade com cerca de 60 mil habitantes, situada em área nobre da zona sul de São Paulo, SP, Brasil. A

favela é servida por apenas uma unidade básica de saúde, que tem dificuldade em atender a demanda, especialmente na área materno-infantil.

Para a assistência ao parto não há referência garantida para as gestantes em nenhum hospital da região, ocorrendo a procura por vaga para internação obstétrica nas maternidades, todas com sistema alojamento conjunto implantado, mas nenhuma com o título de Hospital Amigo da Criança (HAC). Não há, também, nenhuma referência para o acompanhamento do binômio no pós-parto, que é complementado de forma restrita por algumas organizações sociais que atuam na comunidade, entre elas o Núcleo.

Diante desse panorama foi desenvolvido o Programa de Incentivo ao AME nessa unidade de saúde com o objetivo de realizar pesquisas sobre prevalência de amamentação e introduzir estratégias pedagógicas para orientação às mulheres na gestação e no pós-parto.

Para a análise da efetividade do Programa de Incentivo ao AME, foram analisadas 56 fichas das mulheres acompanhadas de agosto de 2002 a novembro de 2003. Nelas foram coletadas todas as variáveis que se relacionavam direta ou indiretamente ao aleitamento, ou seja, os dados de caracterização das mulheres, como situação empregatícia, idade, número de filhos e tipo de assistência no parto e nascimento, a adesão e a taxa de abandono das mulheres às consultas no pós-parto, os motivos de abandono e, finalmente, a situação do aleitamento no momento da alta do Programa.

As 51,8% (29 mulheres) que foram acompanhadas durante os seis meses compareceram a uma média de 4,5 consultas. Em relação à situação do aleitamento no momento da alta do Programa, em média aos seis meses e meio de vida do bebê, 17,3% delas referiram aleitamento exclusivo até o sexto mês, 58,6% misto e 24,1% artificial, constatando-se que o desmame precoce ocorreu em média aos 96 dias de vida do bebê.

O acréscimo de algum outro tipo de alimento à dieta dos bebês ocorreu em média aos três meses de idade da criança, havendo grande parte das mulheres que referiram tê-lo feito por orientação de outros profissionais de saúde que realizam o acompanhamento dos bebês em serviços de puericultura, tanto da unidade básica de saúde da comunidade, quanto de outro serviço mantido por entidade filantrópica que atua junto às gestantes e seus bebês.

A alta taxa inicial de adesão ao Programa e o pequeno número de faltas mostra o interesse de muitas mulheres em participar dele. No entanto, a elevada taxa de abandono demonstra a necessidade de melhorar a forma de acolher essas mulheres no pós-parto, de modo que elas possam ver utilidade nas consultas e não se sintam culpadas ou envergonhadas quando algo acontece, como, por exemplo, o desmame.

À primeira vista, os dados desta análise fazem com que se conclua pela baixa efetividade do Programa de Incentivo ao AME, mas esse não foi o objetivo deste estudo, pelo contrário, pretendeu-se verificar quais eram as taxas de sucesso do Programa e que correções de rumo deveriam ser realizadas a fim de que se obtivessem maiores percentuais de adesão ao aleitamento materno exclusivo.

Desse modo, para o grupo de gestantes que iniciou o "Programa no Núcleo" após a coleta dos dados desse estudo, foram introduzidas diversas medidas de acompanhamento, apoio e orientação. Buscou-se também a elaboração de um programa que conte com a colaboração de membros da comunidade, para que eles sirvam de suporte às mulheres no processo de aleitamento.

**Quadro 8-** Análise Sinóptica do Estudo 5.

Identificação	Estudo 5
Título do Estudo	Impacto de treinamento baseado na Iniciativa Hospital Amigo da Criança sobre práticas relacionadas à amamentação no interior do Nordeste.
Local de Publicação	Jornal de Pediatria do Rio de Janeiro
Autores	COUTINHO, S. B; LIMA, M. C, ASHWORTH, A; LIRA, P. I.
Idioma	Português
Ano de Publicação	2005
Instituição Sede do Estudo	Universidade Federal de Pernambuco - Recife
Tipo de Revista Científica	Saúde Infantil
Características Metodológicas do Estudo	Pesquisa de Campo onde os resultados foram comparados com os de estudo de coorte realizado na área em 1998.
Objetivo ou Questão de Investigação	Avaliar o desempenho das maternidades que receberam treinamento baseado na IHAC sobre práticas relacionadas à amamentação e frequências de aleitamento materno nos primeiros 6 meses de vida.

Amostra	2 maternidades onde foram entrevistadas 334 mães nas primeiras 48 horas e 10 dias após o parto, e uma subamostra de 166 mães recebeu sete visitas domiciliares, para avaliar as frequências do aleitamento materno nos 6 primeiros meses de vida.
Critérios de Inclusão/Exclusão dos Sujeitos	Maternidades (A e B) com 90% de suas auxiliares de enfermagem e parteiras treinadas de acordo com a IHAC.
Análise dos Dados	Para avaliar associações entre variáveis categóricas, foi utilizado o teste do qui-quadrado (com correção de Yates para as variáveis binárias) e, para as variáveis contínuas, o teste t de <i>Student</i> , considerando o nível de significância de 5%.
Resultados	O desempenho da maternidade B foi melhor que o da maternidade A quanto às práticas que promovem o aleitamento materno relacionadas aos passos avaliados e quanto às frequências de amamentação exclusiva. Comparação com coorte histórica evidenciou melhora nas práticas relacionadas à amamentação nas maternidades e aumento nas frequências do aleitamento materno exclusivo (de 21,2 para 70%), nas primeiras 48 horas após o parto e durante os 6 primeiros meses de vida.
Conclusões	O treinamento promoveu mudanças parciais em algumas práticas relacionadas à amamentação, repercutindo de forma positiva sobre as frequências de aleitamento materno e aleitamento materno exclusivo nas maternidades. Contudo, não houve mudanças expressivas nessas frequências ao longo dos 6 meses de vida, sugerindo a necessidade de intervenções efetivas no apoio ao aleitamento exclusivo nos serviços de saúde e na comunidade.

O estudo 5 foi realizado em duas maternidades (A e B) da cidade de Palmares, as quais atendem aproximadamente 90% das parturientes provenientes dos municípios da área do estudo (Palmares, Catende, Água Preta e Joaquim Nabuco, localizados na Zona da Mata Meridional de Pernambuco), a maioria usuária do SUS.

Nessas maternidades, os partos transpelvianos são atendidos por parteiras ou auxiliares de enfermagem, e apenas os partos cirúrgicos ou a fórceps são realizados por médicos. Mesmo contando com alojamento conjunto, na época do estudo não eram realizadas atividades para estímulo e apoio à amamentação.

Foi feita uma intervenção visando à capacitação dos profissionais de saúde dessas maternidades por meio de treinamento baseado no curso UNICEF/OMS (1993) de 18 horas sobre Manejo do Aleitamento Materno num HAC, acrescido de carga horária suplementar de 2 horas enfocando o Aconselhamento em Amamentação (UNICEF/OMS, 1997).

Foram treinados, simultaneamente, 42 profissionais das duas maternidades (90% das parteiras e auxiliares de enfermagem), distribuídos em dois cursos, ministrados pela mesma equipe de professores e realizados no período de janeiro a fevereiro de 2001.

O cálculo amostral foi baseado na prevalência do aleitamento materno exclusivo nas primeiras 48 horas de vida (21,2%), obtida através do estudo de coorte realizado na área em 1998. Estimou-se que, após a intervenção, haveria um aumento dessa prevalência para, no mínimo, 30%. Considerando-se um poder de 80% e um nível de significância de 5%, foi estimado um mínimo de 315 crianças, às quais foram acrescentadas 35 crianças, levando em consideração possíveis perdas. A amostra final foi estabelecida em 350 duplas de mães e bebês.

As atividades de incentivo e apoio à amamentação relacionadas aos passos de 4 a 10 da IHAC foram avaliadas por meio de informações obtidas das mães em seus domicílios, 10 dias após o parto. Os passos de um a três não foram avaliados porque as duas maternidades não tinham normas escritas sobre amamentação, não dispunham de serviços de acompanhamento pré-natal e pela recusa dos médicos em participar do treinamento.

Uma subamostra de 166 puérperas foi selecionada, por de sorteio randômico, para avaliação das frequências do aleitamento materno durante os primeiros 6 meses de vida por meio de sete visitas domiciliares aos 10, 30, 60, 90, 120, 150 e 180 dias. Ocorreram 14 perdas (8,4%) durante os 6 meses de seguimento, sendo 13 devido à mudança para área rural ou outro município não incluído no estudo. Uma criança teve morte súbita.

Os resultados foram comparados com os de estudo de coorte realizado na área em 1998 sobre as atividades de estímulo e apoio ao aleitamento materno desenvolvidas nas maternidades com os dados do presente estudo (2001), após o treinamento dos profissionais. Verificou-se um

melhor desempenho em 2001, assim como aumento nas frequências de aleitamento materno exclusivo.

A comparação das frequências de aleitamento materno exclusivo durante os 6 primeiros meses de vida entre os dois estudos revelou aumento dessa prática entre as mães do segundo estudo, diferenças estatisticamente significantes, exceto aos 30 e 180 dias. Para o aleitamento materno, não houve diferenças estatisticamente significantes entre os dois estudos. Já as frequências de aleitamento materno e aleitamento materno exclusivo entre as puérperas provenientes das duas maternidades foram semelhantes nos 6 primeiros meses de vida.

O estudo não teve como objetivo transformar as maternidades em HAC, mas melhorar as práticas hospitalares relativas à amamentação. As prevalências do aleitamento materno exclusivo nas primeiras 48 horas de vida foram maiores nas duas maternidades (A = 56,7% e B = 79,7%), ao serem comparadas com a prevalência obtida em estudo anterior (21,2%). Além disso, houve melhora das frequências do aleitamento materno exclusivo entre as crianças avaliadas nos 6 meses após o parto, em 2001, em relação aos dados obtidos no estudo realizado em 1998.

Os autores do estudo concluíram que os treinamentos realizados promoveram mudanças parciais em algumas práticas favoráveis ao aleitamento nas maternidades, quando comparadas com as do estudo anterior. Apesar do apoio administrativo em uma das maternidades, não foi observado desenvolvimento pleno dos 10 passos da IHAC nessa maternidade, nem a manutenção, ao longo dos 6 meses, da vantagem nas frequências de aleitamento materno exclusivo que havia na maternidade.

**Quadro 9-** Análise Sinóptica do Estudo 6.

Identificação	Estudo 6
Título do Estudo	Impacto de uma intervenção pró-aleitamento nas taxas de amamentação de recém-nascidos de muito baixo peso.
Local de Publicação	Jornal de Pediatria do Rio de Janeiro
Autores	SANTORO JÚNIOR, W.; MARTINEZ, F. E.
Idioma	Português
Ano de Publicação	2007
Instituição Sede do Estudo	Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto - USP
Tipo de Revista Científica	Saúde Infantil
Características Metodológicas do Estudo	Pesquisa de campo
Objetivo ou Questão de Investigação	Avaliar o impacto de um modelo de incentivo ao aleitamento materno baseado no apoio e orientação de mães de recém-nascidos pré-termo nas taxas de aleitamento materno nos primeiros 6 meses após a alta hospitalar.
Amostra	100 recém-nascidos pré-termo e suas mães alocadas em dois grupos: um formado por mães assistidas segundo a rotina do serviço (grupo rotina) e outro formado por mães submetidas à intervenção (grupo intervenção).
Crítérios de Inclusão/Exclusão dos Sujeitos	Foram selecionadas de forma prospectiva e sequencial, por ordem de nascimento, as crianças com peso inferior a 1.500 g.
Análise dos Dados	A análise das tabelas foi feita pelo teste exato de Fisher ou pelo qui-quadrado. Para a comparação de dados com distribuição gaussiana, utilizou-se o teste <i>t</i> não pareado e, quando os valores não tinham essa distribuição, utilizou-se o teste de Mann-Whitney. As curvas de sobrevida de Kaplan-Meier foram comparadas pelo teste de <i>log rank</i> . Para a análise dos dados, utilizou-se o pacote estatístico Epi-Info 6.02, considerando-se como significante $p < 0,05$ .
Resultados	Concluíram o estudo 36 pares por grupo. As principais características das mães, crianças e causas de exclusão foram semelhantes entre os dois grupos. Por ocasião da alta hospitalar, 38,9% das crianças do grupo rotina recebiam aleitamento materno, e essas tiveram tempo mediano de aleitamento de 54 dias. No grupo intervenção, 80,5% estavam sendo amamentadas à alta, e a mediana do tempo de aleitamento foi de 91 dias ( $p < 0,01$ ).

Conclusões	Atitudes simples de apoio à mãe durante internação e seguimento ambulatorial repercutiram de forma muito positiva nas taxas de aleitamento materno.
------------	---

O estudo 6 trata-se de uma pesquisa de campo com intervenção onde participaram crianças com peso inferior a 1.500g, nascidas no Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto – USP, no período de fevereiro a novembro de 2001. Os recém-nascidos pré-termo e suas mães foram alocados em dois grupos: um formado por mães assistidas segundo a rotina do serviço (grupo rotina) e outro formado por mães submetidas à intervenção (grupo intervenção). A composição dos grupos foi simultânea, e a alocação deu-se por ordem de nascimento das crianças, alternados um a um, sequencialmente. Foi estabelecido por sorteio que a primeira criança alocada pertenceria ao grupo rotina. Foi calculado o tamanho amostral mínimo de 27 crianças em cada grupo, tendo como base os dados de aleitamento materno na primeira semana pós-alta que tradicionalmente têm sido detectados no serviço.

Foi avaliado o impacto de uma intervenção muito simples, oferecida às mães dos recém-nascidos pré-termo desde a sala de parto até o seguimento ambulatorial. Essa intervenção consistiu em oferecer, com a presença frequente do pesquisador junto à mãe, apoio e orientações visando minimizar suas dúvidas.

Normalmente todas as puérperas do serviço são orientadas quanto às técnicas de ordenha, esgotamento mamário e aumento da oferta hídrica materna. Propõem-se ordenhas a cada 2-4 horas, utilizando frascos estéreis fornecidos pelo Banco de Leite. O início dessa ordenha é o mais precocemente possível, e o tempo de retirada do leite depende basicamente das condições de bem-estar materno.

Durante a internação, a mãe tem acesso ilimitado a seu filho, porém frequentemente há a necessidade de alta precoce da mãe. Após a alta, as mães são orientadas e estimuladas a visitarem os filhos, sem nenhuma restrição quanto a período ou tempo de visita.

Estando a criança em condições clínicas de alta hospitalar, o pediatra reforça a importância da manutenção do aleitamento materno. A mãe é orientada a oferecer inicialmente o seio materno, e a complementação com leite artificial, quando indicada, se dá de acordo com a prescrição alimentar

proposta pelo pediatra. A primeira consulta é agendada uma semana após a alta, no ambulatório de prematuros.

O início e a manutenção da produção láctea da nutriz seguiram os mesmos passos rotineiramente aplicados, porém, para o grupo intervenção, o pesquisador reforçou, individualmente, as orientações já fornecidas quanto às técnicas de ordenha, esgotamento mamário e aumento da oferta hídrica materna.

No grupo intervenção, também foi feita a personalização dos berços e das incubadoras. Além dos dados de identificação, colocados de forma diferenciada, estimulou-se as mães a trazerem pequenos mimos que expressassem o afeto por seu filho e o desejo de melhora do mesmo. Outras mães que, não necessariamente ligadas ao trabalho de pesquisa, optaram por também personalizar os leitos de seus filhos não foram coibidas pela equipe.

O momento da alta hospitalar materna foi aproveitado para oferecer apoio e para reforçar as informações acerca da manutenção da produção láctea e da programação terapêutica. Foram ainda reforçadas orientações sobre a importância da visita à criança ou, quando não possível, do telefonema para obtenção de informações sobre ela. O pesquisador procurou estar presente nessas visitas, sempre que possível ou que solicitado pelos pais, através de combinação prévia por telefone. O acesso dos pais ao serviço foi ilimitado.

Por ocasião da alta de uma criança do grupo intervenção, foi oferecido o número do telefone celular do pesquisador. A primeira consulta também foi agendada uma semana após; no entanto, a depender do caso, quando as dificuldades não podiam ser resolvidas por telefone, uma consulta extra era realizada dentro desse intervalo.

O seguimento ambulatorial das crianças participantes dos dois grupos deu-se mensalmente, até 6 meses da alta hospitalar ou até a verificação do desmame. Os médicos residentes, orientados pelos docentes ou médicos contratados, assistiram as crianças do grupo rotina, ao passo que as do grupo intervenção foram atendidas pelo pesquisador. Após a dispensa do programa, estava garantido o seguimento de rotina nos ambulatórios de neonatologia do serviço junto às crianças que não sofreram intervenção.

Quanto às crianças, possuíam peso médio de nascimento de 1.200 g, idade gestacional de quase 32 semanas, cerca de 60% delas com peso adequado para a idade gestacional e mais de 95% com boas condições de vitalidade aos 5 minutos de vida. O tempo médio de internação foi de 47 dias, com a mediana do peso na alta hospitalar de 1.955 g e idade pós-conceptual corrigida de 38,7 semanas.

A taxa de desmame ou do não acesso à amamentação entre as crianças assistidas pela rotina do serviço no momento da alta hospitalar foi de 61,1%. Esse valor foi significativamente superior aos 19,5% observados entre as crianças do grupo intervenção. A diferença estatística entre os grupos persistiu durante o seguimento ambulatorial até o terceiro mês após a alta. No grupo rotina, as taxas de aleitamento materno exclusivo e de aleitamento materno foram de, respectivamente, 8,4 e 38,9% na alta hospitalar e de 5,6 e 36,1% na primeira consulta. No grupo intervenção, essas taxas foram de, respectivamente, 19,5 e 80,5% na alta hospitalar e de 16,6 e 75,0% na primeira consulta. Metade do número de crianças em aleitamento artificial no momento da alta hospitalar (11 do grupo rotina e três do grupo intervenção) não teve acesso ao seio materno em qualquer momento de suas vidas.

A mediana de duração do aleitamento materno entre as crianças que efetivamente foram amamentadas (excluídas, portanto, as crianças que não foram amamentadas) foi de 54 dias para as crianças do grupo rotina e de 91 dias para as do grupo intervenção ( $p < 0,001$ ).

Atitudes simples, como a presença, apoio e oferecimento de orientações frequentes, repercutiram de forma muito evidente nas taxas de aleitamento materno por ocasião da alta.

**Quadro 10-** Análise Sinóptica do Estudo 7.

Identificação	Estudo 7
Título do Estudo	Influência do apoio à amamentação nas tendências das taxas de aleitamento materno da cidade de Pelotas (RS), 1982-2004.
Local de Publicação	Jornal de Pediatria do Rio de Janeiro
Autores	ALBERNAZ, E; ARAÚJO, C. L; TOMASI, E; MINTEM, G; GIUGLIANI, E; MATIJASEVICH, A.; ONIS, M.; BARROS, F. C.; VICTORA, C. G.
Idioma	Português
Ano de Publicação	2008

Instituição Sede do Estudo	Universidade Católica de Pelotas (UCPel)
Tipo de Revista Científica	Saúde Infantil
Características Metodológicas do Estudo	Pesquisa Documental
Objetivo ou Questão de Investigação	Avaliar a influência do apoio a amamentação sobre as taxas de aleitamento materno no município de Pelotas (RS).
Amostra	A amostra incluiu quatro coortes de crianças nascidas em 1982, 1993, 1997-1998 e 2004, cujos métodos encontram-se publicados.
Crítérios de Inclusão/Exclusão dos Sujeitos	Participaram crianças que preenchiam os critérios de inclusão do Estudo Multicêntrico de Curvas de Crescimento da Organização Mundial da Saúde.
Análise dos Dados	Estudo descritivo
Resultados	Houve aumento nas taxas de aleitamento materno exclusivo: com 1 mês de vida, de 26% em 1993 para 77% em 2004, e, aos 3 meses, de 16 para 46%, respectivamente. As taxas de aleitamento materno mostraram ascendência, porém menos significativas: aos 12 meses de 15% em 1982 para 34% em 2004 e, aos 24 meses, de 6 para 14%, respectivamente.
Conclusões	O apoio a amamentação contribuiu na tendência ascendente das taxas de aleitamento materno.

O estudo 7 foi realizado em Pelotas (RS) um dos centros do Estudo Multicêntrico de Curvas de Crescimento (EMCC). Este visava desenvolver uma nova referência de crescimento infantil, baseada em crianças com determinadas características, como serem amamentadas por pelo menos 1 ano, sendo de forma exclusiva ou predominante nos primeiros 4-6 meses de vida, conforme recomendado pela OMS na época. Para aumentar o número de crianças que preenchessem esses critérios, desenvolveu-se um programa de apoio ao aleitamento. Visando avaliar o impacto desse apoio na tendência das taxas de aleitamento materno (AM) no município, este estudo comparou as frequências de aleitamento nas coortes de crianças nascidas antes e após o EMCC.

A amostra incluiu quatro coortes de crianças nascidas em 1982, 1993, 1997-1998 e 2004, cujos métodos encontram-se publicados.

As mães incluídas recebiam fita de vídeo e folhetos sobre aleitamento e eram visitadas, enquanto estivessem amamentando, pela equipe

de apoio à amamentação, constituída por três enfermeiras supervisionadas por uma pediatra, especialista em lactação. Eram abordados os seguintes tópicos: importância do AME nos primeiros 6 meses de vida, prevenção e tratamento de problemas na lactação, estocagem do leite materno, riscos do uso de mamadeiras e chupetas e incentivo a participação paterna. O primeiro contato ocorria nas primeiras 24 horas após o parto. Se necessário, eram realizadas visitas adicionais e havia um número telefônico disponível às famílias, 24 horas/dia.

Era solicitado aos pediatras que seguissem as recomendações alimentares da OMS. Estes recebiam artigos científicos sobre o tema e houve divulgação em jornal ressaltando a importância do AME.

O impacto do apoio sobre os índices de aleitamento da amostra do EMCC foram amplamente divulgados na cidade, levando os gestores a utilizar o material desta coorte, de forma sintetizada, para treinamento de profissionais da rede pública, em 2004. Também houve treinamento da equipe de um dos hospitais da cidade de 2002 a 2004, o qual, em 2004, foi contemplado com o título de HAC.

O plano de análise incluiu a obtenção de subamostras das coortes de 1982, 1993 e 2004 com os mesmos critérios de inclusão do EMCC e a comparação das quatro coortes quanto à frequência de AME e AM. As informações sobre o padrão alimentar foram originadas dos subestudos de acompanhamento, e foram adotados os critérios da OMS.

Com base nos dados dos acompanhamentos, comparou-se os índices de AME aos 1 e 3 meses, para as coortes de 1993, 1997-1998 e 2004. Não foi possível comparar com a coorte de 1982, pois esta informação não havia sido coletada. Observou-se que apenas 26% dos bebês recebiam AME com 1 mês de vida em 1993, em contraste com 40%, na coorte de 1997-1998, e 77%, em 2004. Aos 3 meses, 16,19 e 46% dos bebês recebiam AME, respectivamente. Aos 6 meses, nenhuma criança recebia AME em qualquer dos quatro estudos.

O principal objetivo deste estudo foi avaliar a influência do apoio à amamentação oferecido no EMCC nas tendências de AM. Os resultados apontam que houve influência positiva desse apoio. Enquanto praticamente não houve progressos nos índices de aleitamento nos anos que separam as

duas primeiras coortes, o incremento foi marcante em 1997-1998, em especial os do AME no primeiro mês. Esse aumento provavelmente ocorreu devido ao programa de apoio, pois no interstício entre as coortes de 1993 e 1997-1998 não houve, na cidade, nenhuma campanha específica de promoção. E talvez pudesse ser ainda mais marcante, se os pediatras da cidade seguissem as recomendações alimentares da OMS, pois muitos continuavam prescrevendo fórmulas lácteas desnecessariamente e recomendando alimentos complementares.

**Quadro 11** - Análise Sinóptica do Estudo 8.

Identificação	Estudo 8
Título do Estudo	Variáveis que influenciam a manutenção do aleitamento materno exclusivo.
Local de Publicação	Revista da Escola de Enfermagem USP
Autores	NARCHI, N. Z; FERNANDES, R. A. Q; DIAS, L. A; NOVAIS, D. H.
Idioma	Português
Ano de Publicação	2009
Instituição Sede do Estudo	Faculdade de Enfermagem – USP
Tipo de Revista Científica	Publicação de Enfermagem
Características Metodológicas do Estudo	Pesquisa de campo, descritiva, exploratória e retrospectiva, com abordagem quantitativa.
Objetivo ou Questão de Investigação	Pesquisa realizada em uma comunidade carente de São Paulo com o objetivo de verificar se a manutenção do AME nos primeiros seis meses é influenciada pelas variáveis: contato precoce na primeira hora após o nascimento, permanência em alojamento conjunto, tipo de parto e tipo de hospital.
Amostra	Os dados foram coletados de 75 prontuários.
Critérios de Inclusão/Exclusão dos Sujeitos	Foram selecionados os prontuários referentes às mães que compareceram de forma regular às consultas desde o primeiro retorno, geralmente na primeira quinzena após o parto, até o último, por volta do sexto mês de vida do bebê.
Análise dos Dados	Na análise inferencial da influência das variáveis na manutenção do aleitamento nos seis períodos, foi utilizada a metodologia de Equações de Estimação Generalizada (GEE), levando em conta a dependência entre os seis tempos de aleitamento e a distribuição binomial, AME ou ANE (Aleitamento não exclusivo).

Resultados	Os resultados mostraram que as variáveis: alojamento conjunto, tipo de hospital e tipo de parto interferiram na manutenção do Aleitamento Exclusivo (AE), o mesmo não ocorrendo com o contato precoce.
Conclusões	Os índices de AE foram maiores nos casos em que mãe e bebê permaneceram constantemente juntos após o parto, em hospitais amigos da criança e após partos normais. Constatou-se que a assistência recebida pela mulher durante o processo de parto e nascimento influencia de forma direta a amamentação.

O estudo 8 é uma pesquisa descritiva, exploratória e retrospectiva, com abordagem quantitativa, realizada no Núcleo São Lucas de Atendimento à Saúde da Mulher e da Criança, projeto de extensão e pesquisa que, desde o ano de 1999, é desenvolvido em uma comunidade carente do município de São Paulo. Nele, são colocados em prática pelos pesquisadores, normalmente acompanhados por estudantes ou bolsistas de graduação e de pós-graduação em Enfermagem, dois programas, um de Promoção à Saúde de Gestantes, no qual se realizam atividades educativas em grupos, e outro de Incentivo ao AME, em que as mulheres retornam com seus bebês após o parto e são acompanhadas por seis meses, em atendimentos individuais ou em grupo.

Primeiramente foram analisadas as 120 fichas de todas as mulheres que participaram dos grupos educativos e, depois, do acompanhamento pós-parto no período de fevereiro de 2003 a dezembro de 2006. Do total de documentos, foram selecionados os referentes às mães que compareceram de forma regular às consultas desde o primeiro retorno, geralmente na primeira quinzena após o parto, até o último, por volta do sexto mês de vida do bebê. Este foi o critério de inclusão que determinou coleta de dados em 75 fichas ou prontuários.

As informações dos prontuários foram obtidas previamente por meio de entrevista e pela verificação de documentos referentes ao pré-natal, parto e pós-parto. Coletaram-se dados referentes à manutenção do aleitamento materno exclusivo nos primeiros seis meses de vida do bebê e das variáveis: contato pele a pele precoce (CP) e amamentação na primeira hora após o parto, permanência do binômio em alojamento conjunto, tipo de parto e tipo de hospital em que ocorreu o nascimento. Também, foram compiladas

informações referentes à caracterização sócio-demográfica e obstétrica das mulheres, bem como intercorrências acontecidas com a mãe e o bebê após o nascimento.

Para a correlação das variáveis em função do tempo de manutenção do aleitamento exclusivo nos primeiros seis meses de vida do bebê, foram determinados seis períodos de análise: de 0 a 30 dias, de 31 a 60 dias, de 61 a 90 dias, de 91 a 120 dias, de 121 a 150 dias e de 151 a 180 dias.

Quando a interação não foi considerada estatisticamente significativa, avaliaram-se o efeito de grupo, conjuntamente para todos os tempos, e o efeito de tempo, de forma conjunta para ambas as categorias de resposta da variável de interesse: contato precoce (CP) ou contato não precoce (CNP); alojamento conjunto (AC) ou alojamento não conjunto (ANC); parto normal (PN) ou parto operatório (PO), no qual foram incluídas as cesáreas e os fórceps; hospital credenciado na IAHC (HAC) ou não credenciado (HNAC) na data de nascimento do bebê. Nas situações em que o efeito de interação foi significativo, as comparações entre os grupos foram feitas separadamente para cada tempo, assim como o efeito do tempo foi testado separadamente para cada categoria. Foram considerados estatisticamente significantes os resultados com  $p < 0,05$ .

Destacam-se, entre os dados de caracterização, por interferirem negativamente na instalação e manutenção do aleitamento materno, a baixa escolaridade e alto índice de mães adolescentes. Fatores que alertam para a possibilidade de ocorrência de agravos à saúde do bebê, pois as principais causas da morbi-mortalidade no primeiro ano de vida estão intimamente ligadas às condições de saúde e nutrição das crianças, ao nível de escolaridade e de vida das mães, bem como à qualidade da atenção no ciclo gravídico-puerperal.

A despeito de essas mulheres terem recebido informações sobre amamentação durante a gestação, outros fatores podem ter interferido na diminuição de sua autoconfiança para amamentar como, por exemplo, a separação delas de seus bebês.

Quando se pensa na separação de mães e bebês logo após o parto, supõe-se a existência de intercorrências à saúde materna ou neonatal. Esta, no entanto, não foi a realidade encontrada, pois na maioria dos casos não

foram relatados ou documentados problemas que explicassem a falta de contato e de aleitamento na primeira hora pós-parto, mesmo em hospitais já cadastrados na IHAC, o que é inexplicável e vai contra a promoção da amamentação.

Mesmo não havendo diferença significativa do ponto de vista estatístico que pudesse comprovar a interferência do CP na manutenção do AE, foram evidenciados maiores índices desse tipo de aleitamento em, praticamente, todos os seis períodos de acompanhamento.

A análise estatística mostrou que a ocorrência do AC interfere a favor do aparecimento de maiores índices de AE, ou seja, provou-se a interferência dessa variável na manutenção do AE.

A IHAC repercute positivamente nas taxas de aleitamento materno, fato evidenciado neste estudo, na medida em que foi comprovado efeito significativo entre HAC e AE em, praticamente, todos os períodos do acompanhamento. O fracasso em tornar as maternidades amigas da criança não pode ser defensável, bem como a implementação de apenas alguns dos passos da IHAC. As evidências mostram que os dez passos devem ser praticados em conjunto, o que exige apoio continuado às mães, bem como capacitação e treinamento de todos os profissionais da instituição, mesmo aqueles não envolvidos diretamente na assistência.

A análise estatística mostrou também efeito significativo da interação entre PN e AE, especialmente no primeiro mês de vida do bebê. Partos cirúrgicos acarretam maiores complicações à saúde materna e perinatal, sendo normalmente relacionados às dificuldades no início da amamentação, especialmente nos hospitais não credenciados à IHAC.

Os dados de aleitamento, mesmo limitados pela pequena amostra que compõe o estudo, denotam resultados animadores, ou seja, 72% das mães acompanhadas amamentaram seus bebês por pelo menos seis meses. O desmame, quando ocorreu, somente atingiu patamares superiores a 10% a partir dos três meses, em média aos 108 dias.

**Quadro 12** - Análise Sinóptica do Estudo 9.

Identificação	Estudo 9
Título do Estudo	Prevalência do aleitamento materno exclusivo e fatores associados entre as crianças menores de 6 meses cadastradas em unidades de saúde da família.
Local de Publicação	Revista APS
Autores	KISHI, R. G. B; CACCIA-BAVA, M. C. G; MARTINEZ, E. Z.
Idioma	Português
Ano de Publicação	2009
Instituição Sede do Estudo	Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto - USP
Tipo de Revista Científica	Saúde Coletiva
Características Metodológicas do Estudo	Estudo de campo, quantitativo de caráter descritivo e transversal
Objetivo ou Questão de Investigação	Avaliar a prevalência do aleitamento materno exclusivo entre as crianças de 0 a 6 meses cadastradas em NSF da cidade de Ribeirão Preto (SP) e verificar a associação entre a duração do aleitamento materno exclusivo e fatores relativos à mãe, à criança e aos serviços de saúde.
Amostra	Mães de 53 crianças
Crítérios de Inclusão/Exclusão dos Sujeitos	Foram realizadas visitas às 68 famílias que tinham crianças menores de 6 meses cadastradas nos NSF's Destas, 3 mães não aceitaram participar do estudo, 1 foi excluída por ser HIV positivo e 11 não foram localizadas, resultando na obtenção de 53 entrevistas.
Análise dos Dados	Na análise da duração do aleitamento materno exclusivo e suas variáveis, foi utilizada a curva de Kaplan-Meier.
Resultados	Encontrou-se associação positiva entre duração do aleitamento materno exclusivo e as seguintes variáveis: crianças nascidas em HAC; não uso de chupeta e realização de puericultura em unidade de saúde da família.
Conclusões	Existe uma associação positiva entre AME e nascimento em HAC, portanto é necessária que seja sistematizada uma maior articulação entre os sistemas de promoção ao aleitamento materno, envolvendo o HAC, as unidades de atenção básica/Estratégia Saúde da Família e a comunidade.

O estudo 9 é quantitativo e tem caráter descritivo e transversal, utilizando dados primários atuais e informações retrospectivas relacionadas ao

aleitamento materno exclusivo de todas as crianças menores de 6 meses cadastradas nos Núcleos de Saúde da Família (NSF) .

Os quatro Núcleos de Saúde da Família, locais deste estudo, estão localizados no Distrito de Saúde Oeste (Sumarezinho) do município de Ribeirão Preto e fazem parte da área básica do Centro de Saúde Escola da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo Cada um dos NSF tem cerca de 850 famílias cadastradas. Contam com um médico de família, médicos residentes do programa de residência médica em Medicina de Família e Comunidade, auxiliares de enfermagem, odontólogo, agentes comunitários de saúde e enfermeira capacitada em aleitamento materno, visitas puerperais para mãe e bebê e grupos de educação em saúde que abordam esta temática.

Os sujeitos da pesquisa foram obtidos a partir dos cadastros familiares que, dispondo dos endereços das famílias elegíveis, possibilitaram a realização das visitas domiciliares pela pesquisadora a todas as famílias cadastradas com lactentes até 6 meses nas áreas dos NSF.

A coleta de dados foi realizada utilizando-se de questionário semi-estruturado, aplicado por meio de entrevistas com as mães, em visitas domiciliares realizadas no período de julho a agosto de 2005.

Todas as mulheres durante a gestação destas crianças fizeram ao menos 1 consulta, sendo que 81,13% delas fizeram mais de 7 consultas de pré-natal. Mais da metade (58,49%) dos pré-natais foi realizado em uma das Unidades de Saúde da Família de referência.

Das 52 crianças nascidas em hospital, 80,8% (42) nasceram em hospitais credenciados à IHAC. A maior parte das crianças, 64,2% (34), era do sexo feminino e 84,9% de todas elas nasceram a termo. Quanto à via de parto, 28 (52,8%) nasceram de parto vaginal e 25 (47,2%), de cesárea. A média de peso ao nascer foi 3.045,4 g. Apenas uma criança não nasceu no hospital.

Apenas uma criança não estava fazendo seguimento de puericultura. Das 52 crianças que iam a consultas periódicas, 78,8% frequentavam a Unidade de Saúde da Família de referência para a sua família.

Através da análise da curva de Kaplan Meier tem-se que a mediana do aleitamento materno exclusivo (AME) foi de 70 dias. Aos 30 dias,

76,8% dos lactentes estavam em AME, com 60 dias - 52,9%, 90 dias - 31,4% e com 120 dias apenas 12,1% recebiam somente leite materno.

A associação entre AME e número de filhos apontou uma discreta tendência de as mães multíparas amamentarem exclusivamente por um período maior que as primíparas, porém sem significância estatística.

Considerando a relação entre aleitamento e local do pré-natal, verificou-se que as mulheres cujo pré-natal foi realizado nos Núcleos de Saúde da Família amamentaram exclusivamente por mais tempo do que as que o realizaram em outros serviços.

Quanto ao número de consultas de pré-natal e AME, aquelas com mais de 7 consultas aleitaram, de forma exclusiva, por mais tempo que as com menos consultas.

As crianças nascidas de parto vaginal receberam leite materno de forma exclusiva em um período maior do que as nascidas por cesárea, nos primeiros dois meses de vida, invertendo-se esta relação após este período.

A associação entre o uso de chupetas e o tempo de AME teve significância estatística. A percentagem do AME ao longo do tempo entre os lactentes que utilizam chupeta é menor do que entre aqueles que não utilizam.

A relação entre crianças que nasceram em Hospital Amigo da Criança e o tempo de AME também foi estatisticamente significativa quando comparadas àquelas que nasceram em hospitais que não fazem parte da IHAC.

**Quadro 13** - Análise Sinóptica do Estudo 10.

Identificação	Estudo 10
Título do Estudo	Impacto do incentivo ao aleitamento materno entre mulheres trabalhadoras formais.
Local de Publicação	Cadernos de Saúde Pública
Autores	BRASILEIRO, A. A; POSSOBON, R. F; CARRASCOZA, K. C; AMBROSANO, G. M. B; MORAES, A. B. A.
Idioma	Português
Ano de Publicação	2010
Instituição Sede do Estudo	Faculdade de Odontologia de Piracicaba - UNICAMP
Tipo de Revista Científica	Saúde Pública

Características Metodológicas do Estudo	Estudo de intervenção não randomizado
Objetivo ou Questão de Investigação	Investigar se programas de incentivo ao aleitamento materno ajudam a prevenir o desmame precoce entre filhos de mães trabalhadoras.
Amostra	A amostra consistiu de 200 mães de filhos com idades entre 6 e 10 meses, participantes e não-participantes de um programa de incentivo ao aleitamento.
Critérios de Inclusão/Exclusão dos Sujeitos	Foram incluídas mães trabalhadoras formais, que retornaram ao trabalho antes do filho completar seis meses.
Análise dos Dados	Os resultados foram analisados por meio dos testes estatísticos de qui-quadrado, exato de Fisher e análise de regressão logística múltipla ( $\alpha = 0,05$ ).
Resultados	Os índices de AME durante os primeiros seis meses de vida foram significativamente superiores entre as crianças cujas mães participaram do programa.
Conclusões	Os dados deste estudo apontam para uma relação favorável entre mães trabalhadoras que participam de programas de incentivo ao aleitamento.

O artigo 10 trata-se de um estudo sobre o tempo de AME com mães trabalhadoras formais, realizado na cidade de Piracicaba (São Paulo) cuja amostra foi constituída por 200 díades mãe/lactente, sendo 100 participantes (Grupo A) e 100 não-participantes (Grupo B) de um programa de incentivo ao aleitamento materno.

Em ambos os grupos foram incluídas somente as mães trabalhadoras formais, ou seja, que possuíam vínculo empregatício (“carteira assinada”) e que retornaram ao trabalho antes do filho completar seis meses de vida. Os dados foram coletados quando as crianças tinham entre 6 e 10 meses de idade.

Foram excluídas as mães que desempenhavam funções não regulamentadas pela Consolidação das Leis Trabalhistas (CLT), por não serem contempladas com os benefícios de incentivo ao aleitamento materno concedidos por esta regulamentação. Além disso, também foram excluídas as díades que apresentaram algum problema de saúde nos períodos pré e pós-parto imediato, bem como as mães que tiveram filhos gêmeos, prematuros (<37 semanas) ou com baixo peso ao nascer (<2.500g). As mães que compuseram o Grupo B não podiam ter participado de qualquer programa de

incentivo ao aleitamento materno em nenhum momento da gravidez ou puerpério.

Para a composição das amostras, as mães do Grupo A foram selecionadas aleatoriamente durante a sua participação no programa de incentivo ao aleitamento. A adesão das mães ao programa aconteceu de forma voluntária e o acesso foi livre para a população em geral. Esse programa foi oferecido por uma universidade de odontologia, onde a população pode ser atendida de forma gratuita. A divulgação do programa foi feita nos postos de saúde e unidades de saúde da família, em consultórios de ginecologistas e, em algumas ocasiões, por meio das mídias jornal e rádio. Muitas mães foram encaminhadas pelos profissionais de saúde que as atendem. As mães interessadas em participar faziam inscrição pessoalmente ou por telefone e ingressavam no programa ainda no período gestacional. Ao longo dos seis meses de programa, verificou-se uma perda de cerca de 12,5% das mães.

Para compor o Grupo B, as mães foram abordadas durante uma campanha de vacinação infantil, realizada na cidade de Piracicaba, no dia 10 de junho de 2006. Considerando que as crianças não estão distribuídas uniformemente nas várias unidades de vacinação (conglomerados), adotou-se o sorteio em dois estágios, com probabilidade proporcional ao tamanho dos conglomerados.

No programa de incentivo ao aleitamento, a díade mãe-lactente era acompanhada durante os seis primeiros meses de vida, participando de nove encontros, conduzidos por uma equipe interdisciplinar composta por cirurgião-dentista, fonoaudiólogo, nutricionista e psicólogo. Nesses encontros e em sessões individuais, quando necessário, a equipe disponibilizava apoio informativo, instrumental e afetivo para que a mãe adquirisse condições para a manutenção do AME.

Para coleta das informações utilizou-se um roteiro estruturado de entrevista que permitiu identificar fatores tais como nível socioeconômico, idade da mãe e do pai, estado civil, tipo de parto, variáveis relacionadas aos períodos peri e pós-natal, época de retorno da mãe ao trabalho, condições do trabalho materno e época de desmame.

Ao se comparar a época de retorno da mãe ao trabalho entre os dois grupos, foi observada diferença significativa ( $p = 0,0056$ ). Entre as mães

do grupo não-participantes de um programa de incentivo ao aleitamento materno (Grupo B), o retorno ao trabalho ocorreu, predominantemente, no terceiro (21%), no quarto (35%) e no quinto (27%) meses de vida do lactente. As mães do grupo participante desse programa (Grupo A) retornaram ao trabalho, principalmente, no quarto (43%) e no quinto (42%) meses.

Os índices de aleitamento materno e aleitamento materno exclusivo, durante os primeiros seis meses de vida, foram significativamente superiores entre as crianças cujas mães participaram do programa ( $p < 0,001$ ), em relação a todos os meses avaliados. Esses índices ficaram em torno de 90% e 65% de aleitamento materno exclusivo no primeiro mês, nos grupos A e B, respectivamente, passando a 33% e 6% no sexto mês. Se analisados os índices de aleitamento materno, eles foram de 97% e 88% no primeiro mês para 77% e 45% no sexto nos grupos A e B, respectivamente.

Pela análise bivariada verificou-se que a manutenção do aleitamento materno exclusivo além do quarto mês de vida sofreu influência dos seguintes fatores: participação no programa de incentivo ao aleitamento, mães com idade superior a 28 anos e ocupando cargos de nível superior, oferecimento de leite materno ordenhado em copo, não oferecimento de fórmula infantil na mamadeira e conseguir amamentar durante a jornada de trabalho.

Não foi encontrada relação estatística entre a época de retorno ao trabalho e o índice de aleitamento materno exclusivo aos seis meses de vida da criança nos dois grupos. Assim, a manutenção da prática do aleitamento materno exclusivo independe do período de retorno da mãe ao trabalho.

A análise estatística permitiu observar maior precocidade do desmame entre as mães do grupo que não participou do programa de incentivo ao aleitamento materno ( $p = 0,0009$ ).

**Quadro 14** - Análise Sinóptica do Estudo 11.

Identificação	Estudo 11
Título do Estudo	Fatores associados ao aleitamento materno exclusivo: o papel do cuidado na atenção básica.
Local de Publicação	Cadernos de Saúde Pública
Autores	PEREIRA, R. S. V; DE OLIVEIRA, M. I. C; ANDRADE C. L. T; BRITO, A. S.
Idioma	Português

Ano de Publicação	2010
Instituição Sede do Estudo	Universidade Federal Fluminense, Niterói, Brasil
Tipo de Revista Científica	Saúde Pública
Características Metodológicas do Estudo	Pesquisa de campo, estudo transversal
Objetivo ou Questão de Investigação	Analisar a associação entre ações de promoção, proteção e apoio à amamentação realizadas em unidades básicas de saúde (UBS) e a prevalência de aleitamento materno exclusivo nos primeiros seis meses de vida.
Amostra	1.029 mães de crianças menores de seis meses assistidas em 27 UBS's do Município do Rio de Janeiro, Brasil.
Crítérios de Inclusão/Exclusão dos Sujeitos	Proximidade das unidades de atenção básica com o centro da cidade e volume de consultas pediátricas
Análise dos Dados	As razões de prevalência (RP) foram obtidas por regressão de Poisson.
Resultados	A prevalência de aleitamento materno exclusivo foi de 58,1%. As ações de promoção, proteção e apoio à amamentação que se mostraram associadas ao aleitamento materno exclusivo foram: ter sido falado sobre amamentação em grupo (RP = 1,14; IC95%: 1,01-1,28) e ter sido mostrado como colocar o bebê para mamar (RP = 1,20; IC95%: 1,08-1,33). A prevalência de aleitamento materno exclusivo diminuiu 17% a cada mês de vida do bebê.
Conclusões	Os grupos de apoio à amamentação e a orientação sobre seu manejo contribuíram para o aleitamento materno exclusivo na atenção básica.

Para o desenvolvimento deste estudo 11, foi utilizada a base de dados do projeto interinstitucional: Avaliação da Qualidade da Assistência à Criança Menor de Seis Meses Prestada por Unidades Básicas do Sistema Único de Saúde do Município do Rio de Janeiro, coordenado pela Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz (ENSP/Fiocruz).

Este projeto, de desenho transversal, foi realizado em uma amostra representativa das unidades básicas do SUS do Município do Rio de Janeiro e das crianças menores de seis meses acompanhadas nessas

unidades. A amostra foi realizada em dois estágios: o primeiro constituído das UBS e o segundo das crianças.

As unidades de saúde foram selecionadas de forma sistemática, em caracol, pela combinação de dois fatores, a saber: a distância euclidiana, calculada pelas coordenadas geográficas dos estabelecimentos de saúde em relação ao Centro Administrativo do Município do Rio de Janeiro e a frequência acumulada do número médio mensal de consultas em crianças menores de seis meses de idade no primeiro semestre de 2005. Assumiu-se que quanto mais próxima ao Centro Administrativo do Município do Rio de Janeiro fosse a unidade de saúde, melhor seria a qualidade da atenção à criança menor de seis meses de idade. As unidades foram ordenadas segundo as distâncias do Centro, sendo produzida uma amostra geograficamente representativa do Município do Rio de Janeiro. A probabilidade de cada unidade participar da amostra foi proporcional ao volume de consultas pediátricas realizadas.

O tamanho amostral foi calculado assumindo-se uma prevalência de inadequação do cuidado à criança de 50%; uma precisão relativa de 13% do estimador e um nível de 95% de confiança. O tamanho da amostra foi calculado em 1.080 mães de crianças menores de seis meses, e, em cada uma das 27 unidades básicas de saúde amostradas, foram realizadas 40 entrevistas. As mães de bebês menores de seis meses a serem consultados em cada turno de atendimento eram listadas. O entrevistador, então, procedia à seleção das mães mediante consulta a uma tabela com números aleatórios cuja ordem variava segundo o número de bebês a serem consultados, o turno e o dia da semana.

Das 1.082 mães entrevistadas, foram excluídas quatro por serem HIV positivas e 49 por não estarem amamentando ao chegarem pela primeira vez na unidade, restando 1.029 mães para análise. No momento da entrevista, 58,1% dos bebês estavam em aleitamento materno exclusivo, 10,7% em aleitamento materno predominante, 24,1% em aleitamento materno complementado. Não estavam mais sendo amamentados 7,1% dos bebês.

Os resultados da análise multivariada foram obtidos pelo modelo final da regressão de Poisson. Nesse modelo final, as seguintes variáveis maternas apresentaram-se associadas com significância estatística observada menor ou igual a 5% ao aleitamento materno exclusivo: declarar-se de cor

branca (RP = 1,20; IC95%: 1,05-1,36); escolaridade alta (RP = 1,19; IC95%: 1,05-1,35); ter companheiro (RP = 1,72; IC95%: 1,02-2,90); experiência prévia com amamentação (RP = 1,27; IC95%: 1,08-1,49) e alta hospitalar em aleitamento materno exclusivo (RP = 2,01; IC95%: 1,20-3,36). As ações de promoção, proteção e apoio à amamentação que se mostraram associadas ao aleitamento materno exclusivo foram: ter sido falado sobre amamentação em grupo (RP = 1,14; IC95%: 1,01-1,28) e ter sido mostrado como colocar o bebê para mamar (RP = 1,20; IC95%: 1,08-1,33). A cada mês de vida do bebê, a prevalência de aleitamento materno exclusivo diminuiu 17% (RP = 0,83; IC95%: 0,79-0,87).

Apesar de esses resultados ainda estarem aquém das recomendações internacionais, eles se mostraram superiores aos encontrados na pesquisa realizada na campanha de vacinação de 2006 no Município do Rio de Janeiro (33,3%) com crianças da rede pública e particular, e sinalizam a qualidade da produção do cuidado à criança assistida na rede básica de saúde, particularmente quanto às ações de promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno.

#### 4.1 INFLUÊNCIA DAS AÇÕES EDUCATIVAS NO TEMPO DE ALEITAMENTO MATERNO EXCLUSIVO

O interesse do presente estudo é estabelecer, com base em uma revisão sistemática da literatura, se existe influência das ações educativas para gestantes, puérperas e mães sobre o tempo de AME de seus bebês, para isso, desenvolveu-se o quadro abaixo na tentativa de estabelecer se as evidências encontradas nos estudos sustentam esta possível relação.

**Quadro 15 – Análise entre as variáveis utilizadas e os resultados dos estudos.**

Estudo	Características da população	Intervenção (Ação Educativa)	AME (Meses)	Relação entre Ação Educativa/AME
1	Mães de crianças de até dois anos	Orientação sobre amamentação.	O tempo de AME foi de em média 60 dias para as mães sem orientação e 90 dias para as mães que receberam orientação.	SIM
2	Mães de bebês até 6 meses de idade	Apoio recebido pela ESF entendido como: a mãe ter sido ensinada a colocar o bebê para mamar, e a de ter recebido ao menos uma visita domiciliar no puerpério para conversar sobre amamentação.	Os índices de AME de bebês de 0-3 meses da amostra não sofreram variação significativa.	NÃO
3	Gestantes, mães e bebês menores de 6 meses	Serem assistidas por unidades pertencentes à IHAC (com o desempenho medido) onde se aplica os "Dez Passos para o Sucesso da Amamentação na Atenção Básica à Saúde".	Foi encontrada uma expectativa de duração de AME de 1,6 meses para os bebês menores de 6 meses assistidos pelo bloco de unidades de desempenho regular, e de 1,1 mês para os bebês acompanhados pelo bloco de desempenho fraco.	SIM
4	Mães	Participar de um Programa de Incentivo ao Aleitamento Materno Exclusivo.	No momento da alta, 17,3% das mães referiram aleitamento exclusivo durante os seis meses, 58,6% misto e 24,1% artificial.	SIM
5	Mães	Mães assistidas por auxiliares de enfermagem e parteiras treinadas de acordo com a IHAC.	Aumento nas frequências do aleitamento materno exclusivo (de 21,2 para 70%), nas primeiras 48 horas após o parto e durante os 6 primeiros meses de vida.	SIM
6	Mães e recém-nascidos pré-termo	Apoio e orientação às mães para minimizar as dúvidas tais como: técnicas de ordenha, esgotamento mamário e aumento da oferta hídrica materna.	Por ocasião da alta hospitalar, 38,9% das crianças do grupo rotina recebiam aleitamento materno, e essas tiveram tempo mediano de aleitamento de 54 dias. No grupo intervenção, 80,5% estavam sendo amamentadas à alta, e a mediana do tempo de aleitamento foi de 91 dias.	SIM
7	Mães e bebês até os 12 meses de idade	As mães incluídas (2004) recebiam fita de vídeo e folhetos sobre amamentação e eram visitadas, enquanto estivessem amamentando, pela equipe de apoio a amamentação	Houve aumento nas taxas de aleitamento materno exclusivo: com 1 mês de vida, de 26% em 1993 para 77% em 2004, e, aos 3 meses, de 16 para 46%, respectivamente.	SIM

8	Mães e bebês até os seis meses de idade	Ser assistida por Hospitais pertencentes à IHAC.	O tempo de AME foi significativamente maior em Hospitais pertencentes à IHAC (50% contra 30% aos 6 meses).	SIM
9	Mães e bebês	Ser assistida por Hospitais pertencentes à IHAC, ser orientada a não usar chupeta e realizar a puericultura em ESF.	Entre as crianças que não nasceram em HAC, 50% já não estavam em AME aos 30 dias de vida, enquanto 85,2% das nascidas em HAC recebiam só leite materno aos 30 dias. A proporção de crianças amamentadas exclusivamente em uso de chupeta foi menor em todos os períodos, aos 30 dias: 66,7% em AME com chupeta e 85,7% sem, aos 120 dias, nenhuma criança que usava chupeta recebia leite materno de forma exclusiva, enquanto 19,7% das que não utilizam chupetas estavam em AME.	SIM
10	Mães e bebês com idades entre 6 e 10 meses	Participar de um Programa de Incentivo ao Aleitamento Materno Exclusivo.	Os índices aleitamento de materno exclusivo no primeiro mês ficaram em torno de 90% e 65%, nos grupos A e B, respectivamente, passando a 33% e 6% no sexto mês. Se analisados os índices de aleitamento materno, eles foram de 97% e 88% no primeiro mês para 77% e 45% no sexto nos grupos A e B, respectivamente.	SIM
11	Mães e bebês menores de seis meses	Ações de promoção, proteção e apoio como: grupos sobre a importância da amamentação, da AME por 6 meses, da livre demanda, da posição correta para o bebê mamar.	Ter sido mostrado como colocar o bebê para mamar aumentou a prevalência de aleitamento materno exclusivo em 20% durante os seis primeiros meses, e a participação das mães nos grupos da unidades básicas aumentou em 14%.	SIM

Dentre os estudos selecionados dez encontraram relação entre as ações de educação em saúde desenvolvidas durante o pré-natal, puerpério e acompanhamento do bebê com o prolongamento do tempo de AME e abordaram em sua maioria as ações de apoio e orientação.

O desmame precoce continua um desafio para os países em desenvolvimento e alternativas como programas para promover a amamentação são necessárias, especialmente os que visam mulheres no pré-natal (ISSLER; SA; SENNA, 2001).

Durante o período gestacional, muitas mulheres fazem escolhas importantes a respeito da alimentação da criança. Portanto, o aconselhamento deve ser iniciado durante o pré-natal. Continuar contando, após o nascimento da criança, com um aconselhamento adequado e com acesso pronto a um serviço com profissionais da saúde que saibam lidar com os principais problemas relacionados à amamentação são fatores que podem favorecer a adesão ao aleitamento materno (KISHI; CACCIA-BAVA; MARTINEZ, 2009).

É fato conhecido não ser tarefa fácil para a mulher amamentar e manter a amamentação. Os condicionantes sociais se sobrepõem aos biológicos e as mulheres sofrem as mais diversas pressões para introduzir novos alimentos (NARCHI; FERNANDES; GOMES; QUEIROZ; HIGASA, 2005).

Estudo de coorte realizado na Zona da Mata Meridional de Pernambuco, em 1998, revelou uma mediana de aleitamento materno exclusivo de zero dias. Nessa região, o hábito de usar água, chá e outros alimentos é adotado precocemente já nas maternidades ou durante a primeira semana de vida (MARQUES; LIRA; LIMA; SILVA; BATISTA; HUTTLY, 2001).

De acordo com a literatura, dificuldades durante o aleitamento são um dos motivos alegados pelas mães para iniciar o desmame precoce. Para Obregón (2001) esta dificuldade pode ser entendida como: existência de problemas com as mamas (rachaduras, fissuras, mastites), conceitos errôneos sobre o leite (“leite fraco”, “leite secou”), existência de doença na mãe, dificuldade de sucção do bebê, trabalho da mãe.

Embora mais de 95% das mulheres iniciem a amamentação logo após o parto, na América Latina, a maioria não pratica o aleitamento materno exclusivo, o que pode representar um fator de desestímulo às mulheres que

optam por esta prática. Falsas crenças a respeito do aleitamento como, por exemplo, a não produção de leite suficiente ou a necessidade de outros alimentos e líquidos, ainda são aspectos culturalmente muito presentes nesses países (UNICEF, 1999).

As dúvidas e dificuldades, muitas vezes, podem ser sanadas pela simples verificação da mamada e realização de uma intervenção de orientação onde são corrigidos eventuais erros de postura, pega, posição do bebê, etc, interrompendo o desmame (BECKER, 2001).

Volpini (2005) observou em seu estudo que as mães que desmamaram precocemente tendem a justificar o desmame principalmente por motivos de ordem educacional, como o fato de o leite ter secado (28,7%), rejeição do bebê (21,7%), presença de dores ao amamentar (3,5%) e problemas na mama (2,8%); seguidos pelos de ordem social, como desejo de retorno ao trabalho (13,3%); e depois pelos de ordem fisiológica, como doença materna (7,7%) e doença do bebê (2,8%).

A qualidade de conhecimento tem papel crucial no sucesso da promoção do aleitamento materno, programas de alta qualidade aumentarão a aceitação e as chances de resultados melhores. Isso porque se o conhecimento das práticas de aleitamento é inadequado ele gera dificuldades em relação ao sucesso da lactação (ISSLER; SA; SENNA, 2001).

A construção de apoio eficaz à amamentação também tem um papel crucial no sucesso da AME, considerando que atualmente não há incentivo à promoção globalmente reconhecido de proteção e de apoio ao aleitamento materno (ISSLER; SA; SENNA, 2001).

A sensação de apoio em relação à amamentação é considerada hoje uma determinante fundamental do sucesso na amamentação. As lactantes necessitam então de estruturas de apoio e orientação, e a ausência destas predispõe ao desmame. Segundo Becker (2001), em um estudo sobre apoio e orientação na amamentação, conclui que o conhecimento puro e simples, como aquele transmitido através de leituras e palestras, parece insuficiente para mudar o comportamento. O apoio pode ser decisivo na construção de confiança e competência em amamentar, ajudando a superar dificuldades.

Segundo De Oliveira, Camacho e Tedstone (2003) a sugestão mais frequentemente dada pelas mães para melhorar as atividades relacionadas à amamentação tem sido a criação (ou melhoria) de grupos de apoio da amamentação, que podem ser realizados durante o período de espera antes da consulta. Muitas mães enfatizaram a necessidade de serem orientadas sobre o "como" fazer e receber ajuda para enfrentar os problemas, em vez de apenas ser dito para amamentar.

A revisão sistemática de De Oliveira et al. (2001) avaliando o impacto de intervenções sobre a duração do AM mostrou que as mais efetivas foram as que combinaram informação, orientação e apoio, assim como aquelas que eram mais intensas e de longa duração.

É importante frisar que a extensão da duração da amamentação não depende de estratégias isoladas, mas sim da combinação de diferentes intervenções colocadas em prática em todo o ciclo gravídico-puerperal (NARCHI; FERNANDES; DIAS; NOVAIS, 2009).

Nesse contexto, o ato assistencial deve envolver um trabalho e uma prática multiprofissional, realizado por trabalhadores que utilizam os conhecimentos, as técnicas e os instrumentos para assistir o indivíduo ou os grupos com problemas de saúde ou com risco de adoecer, em atividades de cunho investigativo, preventivo, curativo ou com o objetivo de reabilitação, quando o indivíduo ou o grupo social precisa de ajuda (RIBEIRO; PIRES; BLANK, 2004).

Segundo Paiva; Galvão (2006) para o sucesso da assistência o profissional deveria ser também instruído para conseguir orientar e apoiar esta mãe de forma efetiva desde as consultas pré-natais, com reforço após o parto. Conforme estabelecido pelo PAISM (BRASIL, 1984), promover cursos de educação continuada teóricos e práticos, bem como treinamento em serviços para os profissionais é uma das atribuições das unidades de saúde que prestam atendimento à mulher.

As práticas educativas deveriam ser uma constante na vida dos profissionais da saúde, entretanto alguns estudos sobre as práticas da educação em saúde realizadas por esse profissional identificaram um despreparo técnico para exercer esta prática de modo articulado aos princípios do SUS, como também a dominância das ações clínicas, individuais e

burocráticas exigidas dentro das unidades de saúde (DONATO, 2002; BUDO; SAUPE, 2004).

No processo de trabalho em saúde materno-infantil, segundo recomendação da OMS (WHO, 1996b) todos os profissionais devem ter qualificação e competência para executar a assistência básica à mulher e ao recém-nascido no pré-natal, no trabalho de parto, no parto, no puerpério, no planejamento familiar e assistência imediata ao neonato. Essa qualificação se estende à capacidade de encaminhar a mãe e o recém-nascido para uma assistência mais complexa caso surjam complicações. Finalmente, deveriam ter a paciência e a empatia necessárias para dar apoio à mulher e à família.

Dentre as ações educativas encontradas nos estudos receberam destaque também aquelas desenvolvidas pela ESF e pelas unidades que fazem parte da IHAC.

No que diz respeito à associação entre a ESF e o aleitamento materno, há estudos apontando que, nas áreas assistidas sob essa modalidade de prestação da Atenção Básica à Saúde, a prevalência do aleitamento materno exclusivo é maior do que em outras áreas (BECKER, 2001; KISHI; CACCIA-BAVA; MARTINEZ, 2009). Em 2001, 64,1% das crianças menores de 4 meses em áreas da ESF recebiam aleitamento materno exclusivo, enquanto a média nacional era de 35,6% (BRASIL, 2002d).

O aleitamento materno exclusivo aos quatro meses de idade é um dos indicadores do SIAB – Sistema de Informação da Atenção Básica – principal forma de avaliação e controle do Programa de Saúde da Família, e vem sendo um dos mais utilizados quando se deseja demonstrar os resultados e o impacto do programa (CUNHA, 1999).

Grande parte do processo de desmame ocorre nas primeiras semanas de vida do bebê. Portanto, medidas precoces, que atuem nos primeiros dias do puerpério, são fundamentais para evitar o desmame. Neste momento, as intervenções de serviços de saúde comunitários (como o Programa de Saúde da Família) seriam muito oportunas na promoção da amamentação, já tendo sua eficácia sido comprovada por diversos estudos (BECKER, 2001; KISHI; CACCIA-BAVA; MARTINEZ, 2009). Além disso, o Programa de Saúde da Família permitiria, por suas características, intervenções integradas, atuando em diversos momentos, como no pré-natal,

nas visitas domiciliares, buscando o envolvimento do parceiro e da família, a mobilização da comunidade, etc (BRASIL, 2002d).

A contribuição da rede básica de saúde para a promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno tem sido incipiente na sua forma de organização atual, considerando o relevante papel desta categoria de serviços na atenção materno-infantil. Considerando a evidência científica já disponível quanto às estratégias e procedimentos com efetividade na extensão do aleitamento materno exclusivo e não exclusivo, quando aplicados na assistência primária à gestante e ao binômio mãe-bebê, bem como a simplicidade e acurácia do método de avaliação desenvolvido, pode-se concluir que a implementação de uma Iniciativa Global de Promoção, Proteção e Apoio à Amamentação na Atenção Primária à Saúde poderá contribuir para a extensão da amamentação exclusiva no âmbito mundial (OLIVEIRA; CAMACHO; TEDSTONE, 2001).

Frente a esta situação, o Ministério da Saúde tem incentivado a IHAC, estratégia estabelecida, em 1992, pela OMS e o UNICEF para estimular o aleitamento materno sendo adotada por serviços de saúde nas mais diversas regiões de nosso país. Apesar da adesão a todos os dez passos dessa iniciativa avançar com lentidão em muitos locais, dependendo da realidade local e institucional. Na cidade de São Paulo, por exemplo, no ano de 2001, mais de 1/4 das maternidades públicas e 1/3 das maternidades privadas não cumpriam qualquer um dos dez passos, sendo que o cumprimento de pelo menos sete foi registrado em apenas dois hospitais públicos (TOMA; MONTEIRO, 2001).

Vários estudos demonstraram que é possível melhorar as práticas que estimulam o aleitamento materno nas maternidades através da realização por parte dos profissionais do treinamento de 18 horas da IHAC, tendo como base o cumprimento dos 10 passos para o sucesso do aleitamento materno (WRIGHT; RICE; WELLS, 1996; BRAUN; GIUGLIANI; SOARES; GIUGLIANI; OLIVEIRA; DANELON, 2003).

O estudo de Coutinho et al. (2005) demonstra que o aleitamento materno exclusivo ainda é pouco praticado no Brasil; sua duração mediana foi de 23,4 dias, variando nas capitais do Nordeste entre 6,8 dias no Recife e 63,6 dias em Fortaleza. A mudança verificada na mediana do aleitamento materno

nas áreas urbanas das grandes cidades não foi observada no interior urbano e áreas rurais.

O maior índice de aleitamento materno exclusivo obtido em pesquisas sobre o tema no Brasil foi de 46,3%, obtido em Florianópolis pelo estudo de Kitoko et al. (2000). O menor índice apresentado pelo SIAB é o de 50,2% para Contagem, no ano 2000. Porém, alguns índices são mesmo bastante improváveis, sugerindo erros, como o de 82,2% de aleitamento materno exclusivo no município de Mauá, no ano 2000.

Alguns estudos (VENANCIO; ESCUER, KITOKO, 2002; LIMA; OSÓRIO, 2003; RAMOS; ALMEIDA, 2003) nos apresentam estatísticas desalentadoras, relacionadas à baixa prevalência do aleitamento materno, especialmente o exclusivo. Tal fato pode ser explicado tanto pela falta de conhecimento das mães sobre os benefícios, a importância do leite materno e a continuidade do aleitamento.

Estudos como este sobre o tema têm procurado demonstrar as práticas mais recomendáveis para a manutenção do aleitamento, principalmente o exclusivo. Nessa perspectiva, apontam-se as intervenções de impacto positivo para o aumento das taxas de amamentação, como sendo as ações educativas de apoio e orientação que visam sanar as dúvidas, medos e angústias as mães em relação ao aleitamento.

O aumento da cobertura, a melhoria da qualidade do atendimento nos serviços de saúde e a orientação adequada a gestantes representam estratégias a serem priorizadas para a obtenção da eficácia da assistência e para a redução da morbi-mortalidade materna e infantil (VERSIANI; MENDONÇA; VIEIRA; SENA, 2008).

Tendo em vista a importância do AME para a saúde materna e infantil, a promoção dessa prática deveria fazer parte das prioridades de saúde de uma nação, principalmente daquelas cujos índices de AM estão aquém do recomendado, como e o caso do Brasil.

## CONCLUSÕES

A presente revisão sistemática sobre a influência das ações educativas no tempo de AME reuniu 11 estudos publicados entre 2001 e 2011, atendendo aos critérios previamente estabelecidos.

De acordo com a análise dos dados obtidos, foi possível tecer algumas conclusões relacionadas aos principais determinantes sobre a influência das ações educativas no tempo de AME:

As ações educativas, principalmente as que envolvem apoio e orientação à mãe, influenciam positivamente no tempo de AME;

Há um aumento no tempo de AME quando ocorre a realização de pré-natal, puerpério e acompanhamento do bebê em unidades do PSF ou em Hospitais que fazem parte da IHAC.

Nesta revisão foram encontrados poucos estudos de intervenção, a maioria dos estudos é composta por estudos transversais, mais sujeitos a viés que os estudos longitudinais.

Percebe-se a necessidade do desenvolvimento de mais estudos longitudinais de intervenção para se conhecer melhor o tipo de influência que as diversas ações educativas exercem sobre o tempo de AME.

Os índices de AME são baixos no Brasil, portanto, é fundamental implementar a Política Nacional de Aleitamento Materno e suas estratégias como a IHAC.

Desenvolver também novos programas educativos que envolvam a mãe durante a gravidez, puerpério e acompanhamento do bebê, na tentativa de consolidar a importância do aleitamento para o binômio mãe-bebê.

Capacitar os profissionais das ESF para desenvolverem ações de promoção e proteção do AME visto que esta é uma estratégia comprovadamente eficaz

## REFERÊNCIAS

ALBERNAZ, E; ARAÚJO, C. L; TOMASI, E; MINTEM, G; GIUGLIANI, E; MATIJASEVICH, A.; ONIS, M.; BARROS, F. C.; VICTORA, C. G. Influência do apoio à amamentação nas tendências das taxas de aleitamento materno da cidade de Pelotas (RS), 1982-2004. **J Pediatr (Rio J)**. v. 84, n. 6, p. 560-4, 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/jped/v84n6/v84n6a15.pdf>. Acesso em: 25 mar. 2012.

ALENCAR, S. M. S. A Política Nacional de Aleitamento Materno. In.: O aleitamento materno no contexto atual. Políticas, práticas e bases científicas. São Paulo: Sarvier. 2008. p. 70-101.

ALONSO, I.L.K. O processo Educativo em Saúde na dimensão grupal. **Texto Contexto Enferm**. v. 8, n. 1, p.122-132, jan.-abr., 1999.

BARROSO, M.G.T.; VIEIRA, N.F; VARELA, Z.M.V. Ensino de Educação em Saúde, Interdisciplinaridade e Políticas Públicas. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde**. v. 19, n. 003, p. 182-187, 2006. Disponível em: <http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/pdf/408/40819309.pdf>. Acesso em: 4 abr. 2010.

BECKER, D. **No seio da família**: amamentação e promoção da saúde no Programa de Saúde da Família. 2001. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública; Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro. 2001. Disponível em: <http://portalteses.iciet.fiocruzbr/pdf/FIOCRUZ/2001/beckerdm/capa.pdf>. Acesso em: 11 maio 2012.

BERNARDO, W. M.; NOBRE, M. R. C.; JATENE, F.B. A prática clínica baseada em evidências. Parte II – Buscando as evidências em fontes de informação. **Revista da Associação Médica Brasileira**. v. 50, n. 1, p. 104-108, 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ramb/v50n1/a45v50n1.pdf>. Acesso em: 20 nov. 2010.

BRASIL, C. L. P; TAVARES, E. L; RUGANI, I; GOMES, M. A. M. Situação do Aleitamento Materno no município do Rio de Janeiro, 1996 e 1998. **Saúde em Foco**, ano VIII, n. 18, p. 22-25, 1999. Rio de Janeiro: Secretaria Municipal de Saúde, Superintendência de Saúde Coletiva.

BRASIL. Ministério da Saúde. Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher: bases de ação programática. Brasília, 1984. Disponível em: [www.bvsms.saude.gov.br/bvs/.../assistencia\\_integral\\_saude\\_mulher.pdf](http://www.bvsms.saude.gov.br/bvs/.../assistencia_integral_saude_mulher.pdf). Acesso em: 7 set. 2009.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Assistência Pré-Natal: normas e manuais técnicos. 3. ed. Brasília: Secretaria de Políticas de Saúde, 2000. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pre\\_natal.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pre_natal.pdf). Acesso em: 7 set. 2009.

\_\_\_\_\_, Ministério da Saúde. Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher. Brasília, 2001. 199p. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd04\\_13.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd04_13.pdf). Acesso em: 14 out. 2011.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. As Cartas da promoção da saúde. Projeto Promoção da Saúde, Brasília, 2002a. Disponível em: [www.bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cartas\\_promocao.pdf](http://www.bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cartas_promocao.pdf). Acesso em: 20 nov. 2010.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Política Nacional de Promoção da Saúde (Documento para discussão). Brasília, 2002b. Disponível em: [www.bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica\\_nac\\_prom\\_saude.pdf](http://www.bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nac_prom_saude.pdf). Acesso em: 5 set. 2009.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Dez passos para uma alimentação saudável: guia alimentar para crianças menores de dois anos. Brasília: Ministério da Saúde; Organização Pan-Americana de Saúde, 2002c. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/10\\_passos.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/10_passos.pdf). Acesso em: 14 mar. 2012.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. O programa saúde da família e a atenção básica no Brasil. Brasília, 2002d. Disponível em: <http://repositorio.aev.edu.br/files/c5fb9c9e469dc39f8ac68defd7ed.pdf>. Acesso em: 18 maio 2012.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde, Agenda de Compromissos para a Saúde Integral da Criança e Redução da Mortalidade Infantil, Brasília, 2004a. Disponível em: [http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/agenda\\_compro\\_crianca.pdf](http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/agenda_compro_crianca.pdf). Acesso em: 6 nov. 2010.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: plano de ação 2004-2007 / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas – Brasília: Ministério da Saúde, 2004b. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica\\_nacional\\_mulher\\_principios\\_diretrizes.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_mulher_principios_diretrizes.pdf). Acesso em: 13 out .2011.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Pré Natal e Puerpério - Atenção Qualificada e Humanizada- manual técnico. Brasília: Ministério da Saúde, 2005. Disponível em: [http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/manual\\_puerperio\\_2006.pdf](http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/manual_puerperio_2006.pdf). Acesso em: 5 set. 2009.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria da Vigilância em Saúde. Política Nacional de Promoção da Saúde, Brasília, 2006a. Disponível em: [portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/PNPS2.pdf](http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/PNPS2.pdf). Acesso em: 12 out. 2009.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Pré-Natal e Puerpério-Atenção qualificada e Humanizada, Manual Técnico, 3ª edição, Brasília, 2006b. Disponível em: [portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/PNPS2.pdf](http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/PNPS2.pdf). Acesso em: 12 out. 2009.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde, Manual de Vigilância do Óbito Infantil e Fetal e do Comitê de Prevenção do Óbito Infantil e Fetal, Brasília, 2009a. Disponível em [portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/Manual\\_Infantil\\_Fetal.pdf](http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/Manual_Infantil_Fetal.pdf). Acesso em: 13 nov. 2010.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde da criança: nutrição infantil: aleitamento materno e alimentação complementar / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2009b. 112 p.: il. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Cadernos de Atenção Básica, n. 23). Disponível em: [http://189.28.128.100/nutricao/docs/geral/cadernoatenaobasica\\_23.pdf](http://189.28.128.100/nutricao/docs/geral/cadernoatenaobasica_23.pdf). Acesso em: 13 mar. 2012.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde Departamento de Ações Programáticas Estratégicas Área Técnica de Saúde da Criança e Aleitamento Materno Departamento de Atenção Básica. Rede Amamenta Brasil, Caderno do Tutor, 2009c. Disponível em: [http://www.fiocruz.br/redeblh/media/caderno\\_tutores\\_rede\\_amamenta.pdf](http://www.fiocruz.br/redeblh/media/caderno_tutores_rede_amamenta.pdf). Acesso em: 15 mar. 2012.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a 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 a Saúde, Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. – Brasília: Ministério da Saúde, 2009d. 108 p.: il. – (Série C. Projetos, Programas e Relatórios) Disponível em: [http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/pesquisa\\_pdf.pdf](http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/pesquisa_pdf.pdf). Acesso em: 23 abr. 2012.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Manual de vigilância do óbito infantil e fetal e do Comitê de Prevenção do Óbito Infantil e Fetal / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. – 2. ed. – Brasília : Ministério da Saúde, 2010. 96 p. : il. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Área Técnica de Saúde da Criança e Aleitamento Materno. Gestões e gestores de políticas públicas de atenção à saúde da criança: 70 anos de história / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. Área Técnica de Saúde da Criança e Aleitamento Materno. – Brasília: Ministério da Saúde, 2011a. 80 p.: il. – (Série I. História da Saúde). Disponível em: <http://www.fiocruz.br/redeblh/media/70ahsaudecrianca.pdf>. Acesso em: 18 out. 2011.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Iniciativa Hospital Amigo da Criança. Área Técnica de Saúde da Criança e Aleitamento Materno Departamento de Ações Programáticas Estratégicas Secretaria de Atenção à Saúde. Brasília, 2011b. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/iniciativa\\_hospital\\_amigo\\_crianca.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/iniciativa_hospital_amigo_crianca.pdf). Acesso em: 2 maio 2012.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portal da Saúde 2012a Disponível em: [http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar\\_texto.cfm?idtxt=37379&janela=1](http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=37379&janela=1) Acesso em: 2 maio 2012.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde/Secretaria de Atenção à Saúde/Departamento de Ações Programáticas Estratégicas/Área Técnica de Saúde da Criança e Aleitamento Materno. Revitalização e Expansão da Iniciativa Hospital Amigo da Criança no Brasil: Desafios e Perspectivas. 2012b. Disponível em: [http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/doc\\_ihac.pdf](http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/doc_ihac.pdf). Acesso em: 2 maio 2012.

BRASILEIRO, A. A; POSSOBON, R. F; CARRASCOZA, K. C; AMBROSANO, G. M. B; MORAES, A. B. A. Impacto do incentivo ao aleitamento materno entre mulheres trabalhadoras formais. **Cad Saúde Pública**. v. 26, n. 9, p.1705-13, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v26n9/04.pdf>. Acesso em: 25 mar. 2012.

BRAUN, M. L; GIUGLIANI, E. R; SOARES, M. E; GIUGLIANI, C; OLIVEIRA, A. P; DANELON, C. M. Evaluation of the impact of the baby friendly hospital initiative on rates of breastfeeding. **Am J Publ Health**. v. 93 p.1277-9, 2003. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1447954/pdf/0931277.pdf>. Acesso em: 25 maio 2012.

BROOME, M. E. Integrative literature reviews for development of concepts. In: RODGERS, B. L.; KNAFL, K. A. **Concept development in nursing: foundations, techniques and applications**. Philadelphia: W. B. Saunders Company, 2000, cap. 13, p. 231-50.

BRUNNER, L. S.; SUDDARTH, D. S. **Tratado de enfermagem médico-cirúrgico**, 8. Ed., Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2000.

BUDO M, L. D; SAUPE, R. Conhecimentos populares e educação em saúde na formação do enfermeiro. **Rev Bras Enferm**. v. 57, n. 2, p. 165-, 9, 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v57n2/a07v57n2.pdf>. Acesso em: 13 nov. 2010.

BUSS, P. M. Promoção de saúde e qualidade de vida. **Ciência e Saúde Coletiva**. v. 5, n. 1, p. 163-177, 2000. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v5n1/7087.pdf>. Acesso em: 30 nov. 2009.

CABRAL, A. Pedagogia do Oprimido. **Rev. Lusófona de Educação**. n. 5, p.200-204, 2005. Disponível em: <http://www.scielo.oces.mctes.pt/pdf/rle/n5/n5a14.pdf>. Acesso em: 14 nov.2011

CASTRO, A. A.; GUIDUGLI, F. Projeto de pesquisa de uma revisão sistemática. In.: Castro A. A, editor. **Planejamento da pesquisa**. São Paulo: AAC; 2001. Disponível em: [http://www.decisaoclinica.com/planejamento/pdf/lv4\\_15\\_rsl.PDF](http://www.decisaoclinica.com/planejamento/pdf/lv4_15_rsl.PDF). Acesso em: 13 nov. 2010.

CASTRO, A. A; SACONATO, H; GUIDUGLI, F; CLARK, O. A. C. **Curso de revisão sistemática e metanálise**. São Paulo: LED-DIS/UNIFESP, 2002. Disponível em: <http://www.virtual.epm.br/cursos/metanalise/>. Acesso em: 19 nov. 2010.

COUTINHO, S. B; LIMA, M. C, ASHWORTH, A; LIRA, P. I. Impacto de treinamento baseado na Iniciativa Hospital Amigo da Criança sobre práticas relacionadas à amamentação no interior do Nordeste. **J Pediatr (Rio J)**. v. 81, p. 471-7, 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/jped/v81n6/v81n6a11.pdf>. Acesso em: 18 maio 2012.

CUNHA, J. P. P. Contagem – todos os sentidos da liberdade. Revista Brasileira de Saúde da Família, ano 1, n.1, p.12-21, 1999. Brasília: Ministério da Saúde.

DE-LA-TORRE-UGARTE-GUANILO, M. C; TAKAHASHI, R. F; BERTOLOZZI, M. R. Revisão sistemática: noções gerais. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 45, n. 5, oct. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v45n5/v45n5a33.pdf>. Acesso em: 17 jul. 2012.

DE OLIVEIRA, M. I. C; CAMACHO, L. A. B. Impacto das unidades básicas de saúde na duração do aleitamento materno exclusivo. **Rev Bras Epidemiol**. v. 5, p. 41-51, 2002. Disponível em: <http://www.scielosp.org/pdf/rbepid/v5n1/06.pdf>. Acesso em: 25 mar. 2012.

DE OLIVEIRA, M. I; CAMACHO, L. A; TEDSTONE, A. E. Extending breastfeeding duration through primary care: a systematic review of prenatal and postnatal interventions. **J Hum Lact**. v. 17, p. 326-43, 2001. Disponível em: <http://www.faculademedicina.ufpa.br/doc/Artigos%20sobre%20LM.pdf>. Acesso em: 11 maio 2012.

DE OLIVEIRA, C. C. **Relação entre estado nutricional e rendimento escolar em adolescentes – revisão sistemática de literatura**. 2010. 59f. Dissertação (Mestrado em Promoção de Saúde) – Universidade de Franca, Franca. Disponível em: <http://www.promocaodesaude.unifran.br/dissertacoes/2010/CRISTIANE.pdf>. Acesso em: 18 set. 2010.

DONATO, A. F; MENDES, R. Relação educativa da equipe de saúde da família com a população. **SANARE Rev Polític Públic** v. 3, n. 2, p. 35-8 [s.d.].

ESPÍNDOLA, C. R.; BLAY, S. L. Bulimia e transtorno da compulsão alimentar periódica: revisão sistemática e metassíntese. Porto Alegre: **Rev. psiquiatr. Rio Gd. Sul**. v. 28, n. 3, p. 265-75, dez. 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rprs/v28n3/v28n3a06.pdf>. Acesso em: 20 nov. 2010.

FIOCRUZ. Fundação Oswaldo Cruz. Portal da Rede Brasileira de Bancos de Leite Humano. Iniciativa e missão. Disponível em: <http://www.fiocruz.br/redeblh/cgi/cgilua.exe/sys/start.htm?infoid=362&sid=364>. Acesso em: 19 abr. 2007a.

GALVÃO, L; DÍAZ, J. **Saúde sexual e reprodutiva no Brasil**. São Paulo: Hucitec, 1999.

GALVÃO, C. M; SAWADA, N. O; TREVISAN M. A. Revisão sistemática: recurso que proporciona a incorporação das evidências na prática da enfermagem. **Rev Latino-am Enfermagem**. v. 12, n. 3, p. 549-56. maio-jun., 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v12n3/v12n3a14.pdf>. Acesso em: 20 nov. 2010.

GAZZINELLI, M. F; GAZZINELLI, A; REIS, D. C; PENNA, C. M. M. Educação em saúde: conhecimentos, representações sociais e experiências da doença. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 1, Feb. 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v21n1/22.pdf>. Acesso em 16 nov. 2011.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2002.

HIGGINS, J. P. T.; GREEN, S (Editors). **Cochrane Handbook for Systematic Reviews of Interventions** Version 5.0.2 The Cochrane Collaboration, 2009. Disponível em: <http://www.cochrane.org/training/cochrane-handbook>. Acesso em: 20 nov. 2010.

ISSLER, H.; SA, M. B. S. R.; SENNA, D. M. Knowledge of newborn healthcare among pregnant women: basis for promotional and educational programs on breastfeeding. **Sao Paulo Med. J.** v. 119, n. 1, p. 7-9, Jan. 2001. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/spmj/v119n1/3778.pdf>. Acesso em: 23 maio 2011.

JONES, G. et al. How many child deaths can we prevent this year? **Lancet**, [s. l.], v. 362, p. 65-71, 2003. Disponível em: [http://www.who.int/maternal\\_child\\_adolescent/documents/pdfs/lancet\\_child\\_survival\\_prevent\\_deaths.pdf](http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/pdfs/lancet_child_survival_prevent_deaths.pdf). Acesso em: 4 abr. 2012.

KENNEDY, G. E. From the ape's dilemma to the weaning's dilemma: early weaning and its evolutionary context. **J. Hum. Evol.**, [s. l.], v. 48, p. 123-45, 2005. Disponível em: <http://www.sscnet.ucla.edu/anthro/faculty/kennedy/sdarticle.pdf>. Acesso em: 30 mar. 2012.

KISHI, R. G. B; CACCIA-BAVA, M. C. G; MARTINEZ, E. Z. Prevalência do aleitamento materno exclusivo e fatores associados entre as crianças menores de 6 meses cadastradas em unidades de saúde da família. **Rev. APS**. v. 12, n. 1, p. 54-61, jan./mar. 2009. Disponível em: <http://www.aps.ufjf.br/index.php/aps/article/view/308/188>. Acesso em: 23 maio 2012.

KITOKO, P. M; RÉA, M. F; VENANCIO, S. I; VASCONCELOS, A. C. C. P; SANTOS, E. K. A; MONTEIRO, C. A. Situação do Aleitamento Materno em duas capitais brasileiras: uma análise comparada. **Cadernos de Saúde Pública**. v.16, n. 4, p. 1111 – 1119, 2000. Disponível em: <http://www.scielosp.org/pdf/csp/v16n4/3614.pdf>. Acesso em: 25 maio 2012.

LEITE, A. C. N. M. T.; PAES, N. A. Direitos femininos no Brasil: um enfoque na saúde materna. **Hist. cienc. saude-Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 3, p. 705-14, Set. 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/hcsm/v16n3/08.pdf>. Acesso em: 10 nov. 2011.

LEVY, F. M; MATOS, P. E. S; TOMITA, N. E. Programa de agentes comunitários de saúde: a percepção de usuários e trabalhadores da saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 1, p. 197-203, 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v20n1/36.pdf>. Acesso em: 27 out. 2011.

LIMA, T. M; OSÓRIO, M. M. Perfil e fatores associados ao aleitamento materno em crianças menores de 25 meses na Região Nordeste do Brasil. **Rev Bras Saúde Matern Infant**. v. 3, p. 305-4, 2003. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbsmi/v3n3/17925.pdf>. Acesso em: 9 maio 2012.

LOPES, A. L. M.; FRACOLLI, L. A. Revisão sistemática de literatura e metassíntese qualitativa: considerações sobre sua aplicação na pesquisa em enfermagem. **Texto Contexto Enferm**. v. 17, n. 4, p. 771-8, dez. 2008. Disponível em [www.scielo.br/pdf/tce/v17n4/20.pdf](http://www.scielo.br/pdf/tce/v17n4/20.pdf) -. Acesso em: 20 nov. 2010.

MARQUES, N. M; LIRA, P. I; LIMA, M. C; SILVA, N. L; BATISTA, FILHO M; HUTTLY, S. R, et al. Breastfeeding and early weaning practices in Northeast Brazil: a longitudinal study. **Pediatrics**. v. 108, n. 4 p. 66-72, 2001. Disponível em: <http://pediatrics.aappublications.org/content/108/4/e66.full.pdf+html>. Acesso em: 12 abr. 2012.

MENDES, M. F. **Puerpério na atenção básica: as interfaces da assistência institucional e das práticas de cuidados de saúde**. 2003. 127 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Universidade Federal de Santa Catarina, 2003.

MULROW, C. D. Rationale for systematic reviews. **BMJ**. v. 309, n. 6954, p. 597-9, 1994. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2541393/pdf/bmj00455-0051.pdf>. Acesso em: 16 jul. 2012.

CASP. Critical Appraisal Skills Programme. Milton Keynes Primary Care Trust In: **Making sense of evidence**. London (UK): Oxford, 2002. Disponível em [www.sph.nhs.uk/.../critical-appraisals-skills-programme](http://www.sph.nhs.uk/.../critical-appraisals-skills-programme). Acesso em: 20 nov. 2010.

NARCHI, N. Z; FERNANDES, R. A; GOMES, M. M; QUEIROZ, M. L; HIGASA, D. N. Análise da efetividade de um programa de incentivo ao aleitamento materno exclusivo em comunidade carente na cidade de São Paulo. **Rev Bras Saude Mater Infant**. v. 5, p. 87-92, 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbsmi/v5n1/a11v05n1.pdf>. Acesso em: 23 maio 2012.

NARCHI, N. Z; FERNANDES, R. A. Q; DIAS, L. A; NOVAIS, D. H. Variáveis que influenciam a manutenção do aleitamento materno exclusivo. **Rev Esc Enferm USP**. v. 43, n. 3, p. 87-94, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v43n1/11.pdf>. Acesso em: 25 maio 2012.

OBREGÓN, P. L. **A prática da amamentação na região norte do município de Londrina - PR**. 2001. Tese (Doutorado em Saúde Materno-Infantil) - Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo. 2001.

ODM. Objetivos de Desenvolvimento do Milênio. **Relatório Nacional de Acompanhamento**, Brasília, IPEA, 2007. Disponível em <http://www.ipea.gov.br/sites/000/2/download/TerceiroRelatorioNacionalODM.pdf>. Acesso em: 21 nov. 2010.

OLIVEIRA, M. I. C; CAMACHO, L. A. B; TEDSTONE, A. E. A method for the evaluation of primary care unit's practice in the promotion, protection, and support of breastfeeding: results from the State of Rio de Janeiro, Brazil. **J Hum Lact.** v. 19, n. 4, p. 365-73, 2003.

OLIVEIRA, M. I. C; LEAL, M. C. Alojamento conjunto e parto cesáreo em maternidades do Estado do Rio de Janeiro. **Rev. Saúde Pública** v. 31, n. 6, p. 572-80, 1997. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v31n6/2313.pdf>. Acesso em: 8 mar. 2012.

OPAS. **Indicadores básicos para a saúde no Brasil: conceitos e aplicações** / Rede Interagencial de Informação para a Saúde - RIPSAs. – 2. ed. – Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2008, 349p. il. Disponível em [www.opas.org.br/publicmo.cfm?codigo=59](http://www.opas.org.br/publicmo.cfm?codigo=59). Acesso em: 2 nov. 2010.

PAIVA, S. S.; GALVÃO, M. T. G. Orientações às gestantes e puérperas portadoras de HIV/AIDS quanto à alimentação alternativa dos seus filhos. **Nursing** v. 95, n. 9, p. 782-786, abr. 2006.

PEREIRA, A. L. Educação em saúde. In: **Ensinando a cuidar em Saúde Pública**. Difusão, 2003.

PEREIRA, R. S. V; DE OLIVEIRA, M. I. C; ANDRADE C. L. T; BRITO, A. S. Fatores associados ao aleitamento materno exclusivo: o papel do cuidado na atenção básica. **Cad Saúde Pública**. v. 26, n. 12, p. 2343-54, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.org/pdf/csp/v26n12/13.pdf>. Acesso em: 11 maio 2012.

PNUD. Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento – Brasília (DF), Brasil, 2010- Disponível em: <http://www.objetivosdomilenio.org.br>. Acesso em: 20 nov. 2010.

RAMOS, C. V; ALMEIDA, J. A. G. Aleitamento materno: como é vivenciado por mulheres assistidas em uma unidade de saúde de referência na atenção materno-infantil em Teresina, Piauí. **Rev Bras Saúde Matern Infant** v. 3, p. 315-21, 2003. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbsmi/v3n3/17926.pdf>. Acesso em: 18 maio 2012.

REBERTE, L. M., **Celebrando a Vida-nosso compromisso com a promoção da saúde da gestante**, Cartilha Educativa, Escola de Enfermagem da

Universidade de São Paulo, São Paulo, 2009. Disponível em [www.ee.usp.br/doc/celebrando\\_a\\_vida.pdf](http://www.ee.usp.br/doc/celebrando_a_vida.pdf). Acesso em: 14 nov. 2010.

REA, M. F. Reflexões sobre a amamentação no Brasil: de como passamos a 10 meses de duração. **Cad Saúde Pública**. v. 19 (Sup 7) p. 37-45, 2003. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v19s1/a05v19s1.pdf>. Acesso em: 23 ago. 2011.

RIBEIRO, E. M; PIRES, D; BLANK, V L. G. A teorização sobre processo de trabalho em saúde como instrumental para análise do trabalho no Programa Saúde da Família. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 2, 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v20n2/11.pdf>. Acesso em: 17 jul. 2012.

RIOS, C. T. F; VIEIRA, N. F. C. Ações educativas no pré-natal: reflexão sobre a consulta de enfermagem como um espaço para educação em saúde, **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 12, n. 2, p. 477-86, mar/abr, 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v12n2/a24v12n2.pdf>. Acesso em: 12 out. 2009.

ROCHA, R. C. L; GUAZZELLI, E; FALBO, C. A; CHAMBÔ F; SOARES, A; PEREIRA, E; SILVA, E. N. Prematuridade e baixo peso entre recém-nascidos de adolescentes primíparas, **Rev Bras Ginecol Obstet**, v. 28, n. 9, p. 530-5, 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbgo/v28n9/05.pdf>. Acesso em: 3 jun. 2011.

SAMPAIO, R. F; MANCINI, M. C. Estudos de revisão sistemática: um guia para síntese criteriosa da evidência científica. **Rev. Bras. Fisioter.**, São Carlos, v. 11, n. 1, p. 83-9, fev. 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbfis/v11n1/12.pdf>. Acesso em: 20 nov. 2010.

SANTORO JÚNIOR, W.; MARTINEZ, F. E. Impacto de uma intervenção pró-aleitamento nas taxas de amamentação de recém-nascidos de muito baixo peso. **J Pediatr (Rio J)**. v. 83, n. 6, p. 541-6, 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/jped/v83n6/v83n6a11.pdf>. Acesso em: 26 mar. 2012.

SÃO PAULO, Secretaria da Saúde. Secretaria da Saúde. Coordenadoria de Planejamento em Saúde. Assessoria Técnica em Saúde da Mulher Atenção à gestante e à puérpera no SUS- SP: **Manual Técnico do Pré-Natal e Puerpério** - São Paulo: SES/SP, 2010, 234p. Disponível em: [http://abenfosp.com.br/mt/manual\\_ses.pdf](http://abenfosp.com.br/mt/manual_ses.pdf). Acesso em: 29 mar. 2011.

SEGURA MUNOZ, S. I; TAKAYANAGUI, A. M. M.; SANTOS, C. B. dos; SANCHEZ-SWEATMAN, O. **Revisão sistemática de literatura e metanálise: noções básicas sobre seu desenho, interpretação e aplicação na área da saúde**. In: BRAZILIAN NURSING COMMUNICATION SYMPOSIUM, 8. 2002, São Paulo. Proceedings online... Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – USP. Disponível em: <http://www.proceedings.scielo.br/pdf/sibracen/n8v2/v2a074.pdf>. Acesso em: 20 nov. 2010.

SCHALL, V. T; STRUCHINER, M. Educação em saúde: novas perspectivas. **Cad. Saúde Pública**. v. 15, supl. 2, p. 4-6, 1999. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v15s2/1282.pdf>. Acesso em: 7 set. 2009.

SOUZA, A.C; COLOMÉ, I. C. S; COSTA L. E. D; OLIVEIRA, D L. L. C. A Educação em Saúde com Grupos na Comunidade: uma estratégia facilitadora da promoção de saúde. **Revista Gaucha de Enfermagem**. v. 26, p. 147-53, agosto, 2005. Disponível em: <http://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/23558/000560718.pdf?sequence=1>. Acesso em: 8 nov. 2011.

TOMA TS, MONTEIRO CA. Avaliação da promoção do aleitamento materno nas maternidades públicas e privadas do município de São Paulo. **Rev Saúde Pública**. v. 35, n. 5, p. 409-14, 2001. Disponível em: <http://www.scielosp.org/pdf/rsp/v35n5/6577.pdf>. Acesso em: 12 jul. 2011.

TYRREL, M. A. R; CARVALHO, V. de. **Programas nacionais de saúde materno-infantil, impacto político-social e inserção da enfermagem**. Rio de Janeiro, 1993. 276 p. Tese (Doutorado em Enfermagem), Universidade Federal do Rio de Janeiro/Escola de Enfermagem Ana Nery, 1993.

UNICEF/OMS. Fundo das Nações Unidas para a Infância. Manejo e promoção do aleitamento materno num Hospital Amigo da Criança; curso de 18 horas para equipes de maternidades. Brasília; 1993.

\_\_\_\_\_. Fundo das Nações Unidas para a Infância. Aconselhamento em amamentação: um curso de treinamento. Brasília; 1997.

\_\_\_\_\_. Fundo das Nações Unidas para a Infância. Breastfeeding: foundation for a healthy future. New York, 1999.

\_\_\_\_\_. Fundo das Nações Unidas para a Infância. Situação mundial da infância 2008 – Sobrevivência Infantil. Brasília: Disponível em: [http://www.unicef.org/brazil/pt/sowc2008\\_br.pdf](http://www.unicef.org/brazil/pt/sowc2008_br.pdf). Acesso em: 24 abr. 2012.

VASCONCELOS, E. M. (org). **A saúde nas palavras e nos gestos: reflexões da rede educação popular e saúde**. São Paulo: Hucitec, 2001. p. 115-136. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbsmi/v2n1/v2n1a12.pdf>. Acesso em: 5 jul. 2010.

VENANCIO, S. I; ESCUDER, M. M. L; KITOKO, P. Frequência e determinantes do aleitamento materno em municípios do Estado de São Paulo. **Rev Saúde Pública**. v. 36, n. 3, p. 313-8, 2002. Disponível em: <http://www.scielosp.org/pdf/rsp/v36n3/10493.pdf>. Acesso em: 30 set. 2011.

VERSIANI, C. C; MENDONÇA, J. M. G; VIEIRA, M. A; SENA, R. R. Maternidade Segura: Relato de Experiência. **Rev. APS**, v. 11, n.1, p. 109-114, jan/mar.2008. Disponível em: <http://www.aps.ufjf.br/index.php/aps/article/view/207/89>. Acesso em: 13 dez. 2011.

VOLPINI, C. C. A; MOURA, E. C. Determinantes do desmame precoce no distrito noroeste de Campinas. **Rev. Nutr.** Campinas, v. 18, n. 3, junho 2005 <http://www.scielo.br/pdf/rn/v18n3/a03v18n3.pdf>. Acesso em: 1 jun. 2012.

WHO. World Health Organization. Cartas de Ottawa. In.: Ministério da Saúde/Fiocruz. Promoção as Saúde: **Cartas de Ottawa, Adelaide, Sundsvall e Santa Fé de Bogotá**. Ministério da Saúde/IEC, Brasília, 1996a. Disponível em: [http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/declaracoese carta\\_portugues.pdf](http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/declaracoese carta_portugues.pdf). Acesso em: 12 out. 2009.

WORLD HELTH ORGANIZATION - WHO. Maternal and Newborn Health/Safe Motherhood Unit. Family and Reproductive Health. **Care in normal birth: a practical guide**; report of a technical working group. Geneva: WHO; 1996b.

\_\_\_\_\_. World Health Organization. Evidence for the ten steps to successful breastfeeding. Geneva: World Health Organization, Division of Child Health and Development, 1998. Disponível em: [http://www.who.int/nutrition/publications/evidence\\_ten\\_step\\_eng.pdf](http://www.who.int/nutrition/publications/evidence_ten_step_eng.pdf). Acesso em: 15 jan. 2012.

\_\_\_\_\_. World Health Organization. Collaborative Study Team on the Role of Breastfeeding on the Prevention of Infant Mortality. Effect of breastfeeding on infant and child mortality due to infectious diseases in less developed countries: a pooled analysis. **Lancet**, [S.l.], v. 355, p. 451-5, 2000.

WRIGHT, A; RICE, S; WELLS, S. Changing hospital practices to increase the duration of breastfeeding. **Pediatrics**. v. 97, n. 5, p. 669-75, 1996. Disponível em: <http://pediatrics.aappublications.org/content/97/5/669.full.pdf+html>. Acesso em: 18 fev. 2012.

**APÊNDICES**  
**APÊNDICE A - TESTE DE RELEVÂNCIA I**

Nome do Estudo:

Tipo: ( ) artigo    ( ) dissertação    ( ) tese

Fonte:

Autores:

	SIM	NÃO
1. O estudo foi publicado na BVS?		
2. O estudo foi publicado no período determinado?		
3. O estudo contempla o tema a ser pesquisado?		
4. O estudo é escrito nos idiomas selecionados?		
5. O estudo contempla os sujeitos pesquisados?		
6. O estudo atende aos parâmetros definidos como objetivos?		
7. O estudo retrata a situação no Brasil?		
8. O estudo foi publicado completo?		

Avaliador: ( ) Márcia    ( ) Lucif

**APÊNDICE B - TESTE DE RELEVÂNCIA II**

Nome do Estudo:

Fonte:

Autores:

	SIM	NÃO
1. O estudo apresenta respostas para os objetivos da presente revisão?		
2. O estudo contempla as variáveis definidas para a presente revisão?		
3. O estudo relaciona a educação em saúde com o tempo de aleitamento materno exclusivo?		

Avaliador: ( ) Márcia      ( ) Lucif

## ANEXO

## ANEXO A

**INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DO RIGOR METODOLÓGICO  
DAS PESQUISAS SELECIONADAS**

Código do estudo= \_\_\_\_\_

<b>Questões</b>	<b>Considerações</b>	
1) Objetivo está claro e justificado?	( ) explica objetivo ( ) explica relevância do estudo Comentários:	( ) Sim ( ) Não
2) Há adequação do desenho metodológico?	( ) há coerência entre os objetivos e o desenho metodológico Comentários:	( ) Sim ( ) Não
3) Os procedimentos teórico-metodológicos são apresentados e discutidos?	( ) há justificativa da escolha do referencial, método ( ) explica os procedimentos metodológicos Comentários:	( ) Sim ( ) Não
4) A amostra de estudo foi selecionada adequadamente?	( ) explica os critérios de seleção (inclusão e exclusão) da amostra de estudo Comentários:	( ) Sim ( ) Não
5) A coleta de dados está detalhada?	( ) explica a forma de coleta de dados (entrevista, grupo focal, ...) ( ) explica o uso de instrumento para a coleta (questionário, roteiro, ...) Comentários:	( ) Sim ( ) Não
6) A relação entre pesquisador foi considerada?	( ) o examinador examina criticamente a sua atuação como pesquisador, reconhecendo potencial de viés (na seleção ad amostra, na formulação de perguntas) ( ) descreve ajustes e suas implicações no desenho da pesquisa Comentários:	( ) Sim ( ) Não
7) Os aspectos éticos de uma pessoa foram respeitados?	( ) há menção de aprovação por comitê de ética ( ) há menção do termo de consentimento autorizado Comentários:	( ) Sim ( ) Não
8) A análise de dados é rigorosa e fundamentada? Especifica os testes estatísticos?	( ) explica o processo de análise ( ) explica como as categorias de análise foram identificadas ( ) os resultados refletem os achados Comentários:	( ) Sim ( ) Não
9) Resultados são apresentados e discutidos com prioridade?	( ) explica os resultados ( ) dialoga seus resultados com o de outros pesquisadores ( ) os resultados são analisados à luz da questão do estudo Comentários:	( ) Sim ( ) Não
10) Qual o valor da pesquisa?	( ) explica a contribuição e limitações da pesquisa (para a prática, construção do conhecimento, ...) ( ) indica novas questões de pesquisa Comentários:	( ) Sim ( ) Não

\* explica Adaptado de Critical Appraisal Skills Programme (CASP) – Programa de habilidades em leitura crítica. © Milton Keynes Primary Care Trust 2002. All rights reserved.

Resultado: Nível A: ( ) Nível B: ( )