

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA**

ANANDA LARISSA BEZERRA DA SILVA

**DETERMINANTES DO ALEITAMENTO MATERNO EXCLUSIVO EM UMA
COORTE DE NASCIMENTO NO ESPIRITO SANTO**

**VITÓRIA-ES
2023**

ANANDA LARISSE BEZERRA DA SILVA

**DETERMINANTES DO ALEITAMENTO MATERNO EXCLUSIVO EM UMA
COORTE DE NASCIMENTO NO ESPIRITO SANTO**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva do Centro de Ciências de Saúde da Universidade Federal do Espírito Santo como requisito final para obtenção do título de doutora em Saúde Coletiva.

Área de concentração: Epidemiologia

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Maria Helena Monteiro de Barros Miotto

Co-orientadora: Prof^a. Dr^a. Elizabete Regina Araújo Oliveira

**VITÓRIA-ES
2023**

Ficha catalográfica disponibilizada pelo Sistema Integrado de
Bibliotecas - SIBI/UFES e elaborada pelo autor

S586d Silva, Ananda Larisse Bezerra da, 1989-
Determinantes do aleitamento materno exclusivo em uma
coorte de nascimento no Espírito Santo / Ananda Larisse
Bezerra da Silva. - 2023.
133 f. : il.

Orientadora: Maria Helena Monteiro de Barros Miotto.
Coorientadora: Elizabete Regina Araújo Oliveira.
Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) - Universidade Federal
do Espírito Santo, Centro de Ciências da Saúde.

1. Aleitamento Materno. I. Miotto, Maria Helena Monteiro de
Barros. II. Oliveira, Elizabete Regina Araújo. III. Universidade
Federal do Espírito Santo. Centro de Ciências da Saúde. IV.
Título.

CDU: 614

ANANDA LARISSA BEZERRA DA SILVA

**DETERMINANTES DO ALEITAMENTO MATERNO EXCLUSIVO EM UMA
COORTE DE NASCIMENTO NO ESPIRITO SANTO**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva do Centro de Ciências de Saúde da Universidade Federal do Espírito Santo como requisito final para obtenção do título de doutora em Saúde Coletiva.

Avaliada em: 9 de novembro de 2023.

COMISSÃO EXAMINADORA

Profa. Dra. Maria Helena Monteiro de Barros Miotto
Orientadora

Profa. Dra. Elizabete Regina Araújo Oliveira
Co-orientadora

Profa. Dra. Maria Angélica Carvalho de Andrade
Examinador interno

Profa. Dra. Rita De Cássia Duarte Lima
Examinador interno

Profa. Dra. Francineide Pereira da Silva Pena
Examinador externo

Profa. Dra. Ludmilla Awad Barcellos
Examinador externo

Profa. Dra. Luciane Bresciani Salaroli
Examinador interno (Suplente)

Prof. Dr. Bruno Klecius Andrade Teles
Examinador Externo (Suplente)

Dedico esta tese ao meu companheiro e minha filha, que viveram comigo a construção deste projeto e que por muitas vezes tiveram que entender a minha ausência.

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus, por me permitir a conclusão do curso de Doutorado e por me fazer superar inúmeros obstáculos que surgiram pelo caminho.

À minha filha, que nasceu durante o curso e que me deu força para seguir nesta pesquisa, mesmo sendo só uma criança. Eu te amo, minha amada filha.

Ao meu marido, pelo apoio, incentivo e esforço de estar comigo nesta caminhada. Te amo infinitamente.

À minha mãe, que sempre me mostrou que a educação e o conhecimento são conquistas nossas e por me incentivar em todos os projetos que me propus iniciar.

Às minhas irmãs, Alana, Aline e Alene, que sabem de todo o caminho que tive que trilhar para chegar até aqui. Obrigado por cuidarem de mim e da minha filha sempre que precisei e por acreditarem nos meus sonhos. Amo vocês.

Ao meu pai, pelas orações e pelo incentivo em continuar.

À minha amiga Cecília Salles, amiga esta que trilhou este caminho ao meu lado, que esteve comigo em todas etapas deste processo. Sem seu incentivo, este percurso teria sido muito mais difícil. Não tenho palavras para agradecer todo o seu apoio.

À família do meu companheiro e da minha filha, que considero também minha. Zozinete, César, Ana Claudia, Ana Beatriz, Matheus e Aluizio, sou eternamente grata por tudo o que fazem por mim e por minha família. Sou ciente do quanto torcem por mim. Amo vocês.

Agradeço à família capixaba, Carlos, Carol, Leticia, Luana e Gregório, que me acolheram nesta terra e nos ajudaram em tudo o que precisamos no período em que ficamos no Espírito Santo. Meu muito obrigado.

A todos os meus familiares e amigos, por torcerem e acreditaram nos meus sonhos.

À minha orientadora, professora Maria Helena, por compartilhar do seu conhecimento para a conclusão deste trabalho e por segurar a minha mão nos momentos mais difíceis. Mesmo distantes geograficamente, fez-se presente com um incentivo ou uma palavra amiga. Meu muito obrigado!

À minha co-orientadora, professora Elizabete, pela oportunidade e por todo o seu apoio para a construção desta tese.

À professora Francineide Pena, pelo incentivo em seguir no caminho acadêmico.

À coordenadora do Projeto Viver, Wanessa Poton, por ter me dado a oportunidade de conhecer e participar deste maravilhoso trabalho.

Em nome de Mariana Araújo, agradeço aos meus colegas de turma, pelos momentos de alegria e também de angústias.

À banca examinadora, pelas contribuições e pelo tempo dedicado a este trabalho.

Em nome de André, agradeço o apoio do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Espírito Santo.

Em nome de Regina e Maria, minhas colegas de trabalho e amigas, agradeço aos meus colegas de serviço, que vibram e torcem pelas conquistas um dos outros. Com vocês aprendi e aprendo a cada dia como prestar uma assistência de qualidade aos nossos usuários.

À Universidade Federal do Amapá, minha segunda casa desde a graduação. Sou grata por fazer parte do quadro de técnicos-administrativos desta instituição de ensino.

E agradeço a todas as participantes do Projeto Viver, que permitiram a coleta de dados do projeto no momento mais marcante na vida de uma mulher. Meu muito obrigado.

“Amamentação é quando o amor transborda em forma de alimento”.

(Autor desconhecido)

RESUMO

SILVA, Ananda Larisse Bezerra da. **Determinantes do aleitamento materno exclusivo em uma coorte de nascimento no Espírito Santo**. 2023. 133 f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) — Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória, 2023.

Introdução: O aleitamento materno exclusivo (AME) é recomendado até os 6 meses de idade e complementado até os 2 anos ou mais, com alimentação saudável. Vários são os benefícios do AME, tanto para as mães como para os recém-nascidos, porém as taxas de amamentação exclusiva estão aquém do recomendado pela Organização Mundial de Saúde (OMS). Além disso, inúmeros são os determinantes e fatores que podem influenciar nas práticas da amamentação adequada. **Objetivo:** Analisar os determinantes associados ao aleitamento materno exclusivo. **Metodologia:** A construção desta tese consistiu em três artigos científicos, sendo um estudo de revisão de literatura do tipo escopo, que seguiu a metodologia Joanna Briggs Institute (JBI), concomitantemente com as recomendações do “Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses (PRISMA-ScR) Checklist”, um estudo de caráter transversal, multicêntrico e quantitativo e outro de caráter longitudinal, multicêntrico e também quantitativo. Para esses estudos, utilizaram-se dados de um estudo maior, coletados em três maternidades do estado do Espírito Santo. **Resultados:** No artigo 1, foram encontrados 3.998 títulos e, após todas as etapas de seleção, foram incluídos 145 estudos. Foram mapeados como determinantes em saúde associados ao aleitamento materno exclusivo: escolaridade materna, renda familiar, realização e número de consultas no pré-natal, orientação e práticas do aleitamento materno, tempo até a primeira mamada, sexo do recém-nascido, trabalho materno e licença-maternidade, uso de chupeta e orientações sobre aleitamento materno exclusivo nos serviços de saúde. No artigo 2, o aleitamento materno exclusivo antes da alta hospitalar foi de 85,2%. À regressão logística, mulheres menores de 19 anos e bebês nascidos com peso normal e a termo apresentaram maiores chances de praticar a amamentação exclusiva ainda na maternidade. No artigo 3, permaneceram em AME 80,7% no 7º dia e 79,2% no 27º dia após o parto. Os determinantes do AME no 7º dia após o parto foram ter companheiro, consumo de álcool e/ou tabaco, não uso de drogas ilícitas e o peso normal ao nascer. Já no 27º dia após o parto, apresentaram-se como determinantes ter até 19 anos de idade e nascer a termo. Não ter dificuldades ao amamentar esteve presente em ambos os momentos. **Considerações finais:** Esta tese se propôs a apresentar três artigos referentes à temática determinantes associados à amamentação exclusiva, estudos que podem contribuir para o planejamento e atualização de políticas públicas em prol do aleitamento materno, bem como em contribuir para melhores resultados nas taxas de amamentação e amamentação exclusiva.

Palavras-chave: aleitamento materno; determinantes sociais de saúde; saúde materno-infantil.

ABSTRACT

SILVA, Ananda Larisse Bezerra da. **Determinants of exclusive breastfeeding in a birth cohort in Espírito Santo**. 133 f. Dissertation (Doctorate in Collective Health) — Federal University of Espírito Santo, Vitória, 2023.

Introduction: Exclusive breastfeeding (EBF) is recommended until six months of age and complemented until two years or more, with a healthy diet. There are several benefits of EBF, both for mothers and newborns, however, exclusive breastfeeding rates are below those recommended by the World Health Organization (WHO). Furthermore, there are numerous determinants and factors that can influence adequate breastfeeding practices. **Objective:** Analyze the determinants associated with exclusive breastfeeding. **Methods:** The construction of this thesis consisted of three scientific articles, being a scope-type literature review study, which followed the methodology Joanna Briggs Institute (JBI), concomitantly with the recommendations of the “Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses (PRISMA-ScR) Checklist”, a cross-sectional, multicenter and quantitative study and another longitudinal, multicenter and quantitative study. For these studies, data from a larger study was used, collected in three maternity hospitals in the State of Espírito Santo. **Results:** In article 1, 3,998 titles were found and, after all selection steps, 145 studies were included. The health determinants associated with exclusive breastfeeding were mapped: maternal education, family income, attendance and number of prenatal consultations, breastfeeding guidance and practices, time until the first breastfeed, sex of the newborn, maternal work and maternity leave, use of pacifiers and guidance on exclusive breastfeeding in health services. In article 2, exclusive breastfeeding before hospital discharge was 85.2%. Using logistic regression, women under 19 years of age and babies born with normal weight and full-term were more likely to practice exclusive breastfeeding while still in the maternity ward. In article 3, 80.7% remained on EBF on the 7th day and 79.2% on the 27th day after birth. The determinants of EBF on the 7th day after birth were having a partner, consumption of alcohol and/or tobacco, non-use of illicit drugs and normal birth weight. On the 27th day after birth, being up to 19 years of age and being born at term were considered determining factors. Not having difficulties breastfeeding was present in both moments. **Final considerations:** This thesis proposed to present three articles referring to the theme of determinants associated with exclusive breastfeeding. These studies can contribute to the planning and updating of public policies in favor of breastfeeding, as well as contributing to better results in breastfeeding rates and exclusive breastfeeding.

Keywords: breastfeeding; social determinants of health; maternal and child health.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Tendências na prevalência regional ponderada de amamentação exclusiva em menores de 6 meses	22
Figura 2 - Prevalência do aleitamento materno exclusivo em menores de 6 meses no Brasil e suas regiões, 2019	23
Figura 3 - Prevalência de aleitamento materno exclusivo em menores de 6 meses entre as capitais brasileiras, 2009	24
Figura 4 - Modelo de Determinantes sociais de saúde de Dahlgren e Whitehead	27
Figura 5 - Modelo de determinantes sociais de saúde de Diderichsen e Hallqvist	28
Figura 6 - Marco conceitual dos determinantes sociais de saúde de Solar & Irwin (2010).....	29
Figura 7 - Modelo Conceitual Hierarquizado de Determinantes	30
Figura 8 - Modelo conceitual proposto por Rollins <i>et al.</i> (2016)	31
Figura 9 - Modelo teórico conceitual proposto por Boccolini <i>et al.</i> (2015)	33

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Dez Passos para o Sucesso do Aleitamento Materno, adaptado OMS, 2018	34
Quadro 2 - Trajetória por ano das ações de promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno no Brasil	38

LISTA DE TABELAS / ARTIGOS 1, 2 E 3

ARTIGO 1

Tabela 1 - Características dos estudos sobre os determinantes em saúde associados ao aleitamento materno exclusivo, 2023	57
Tabela 2 - Determinantes em saúde associados ao aleitamento materno exclusivo encontrados na revisão de escopo, 2023	59

ARTIGO 2

Tabela 1 - Características sociodemográficas maternas, Vitória, ES, 2023	75
Tabela 2 - Características relacionadas aos recém-nascidos, Vitória, ES, 2023 ...	76
Tabela 3 - Características relacionadas à assistência pré e pós-natal, Vitória, ES, 2023	77
Tabela 4 - Regressão logística entre aleitamento materno exclusivo na maternidade e dados maternos	78
Tabela 5 - Regressão logística entre aleitamento materno exclusivo na maternidade e dados relacionados ao recém-nascido e assistência pré-natal das mães participantes da pesquisa	79

ARTIGO 3

Tabela 1 - Dados relacionados às mães participantes da pesquisa, no 7º e no 27º dia de vida do recém-nascido	93
Tabela 2 - Dados sobre amamentação, alimentação e hábitos orais deletérios de bebês participantes da pesquisa no 7º e no 27º dia após o parto	95
Tabela 3 - Relação entre aleitamento materno exclusivo no 7º dia e dados relacionados às mães participantes da pesquisa	96
Tabela 4 - Relação entre aleitamento materno exclusivo no 7º dia e dados relacionados ao recém-nascido e à assistência pré-natal	97
Tabela 5 - Relação entre aleitamento materno exclusivo no 27º dia e dados relacionados às mães participantes da pesquisa	98
Tabela 6 - Relação entre aleitamento materno exclusivo no 27º dia e dados relacionados ao recém-nascido e à assistência pré-natal	99

LISTA DE FIGURAS / ARTIGO 1

- Figura 1** - Fluxograma do processo de seleção dos estudos incluídos na revisão de escopo seguindo as recomendações do PRISMA-ScR⁶, 2023 56
- Figura 2** - Distribuição por ano de publicação dos artigos selecionados para a revisão de escopo, 2023 58

LISTA DE QUADROS / ARTIGO 1

- Quadro 1** - Estratégia de busca por base de dados 53
- Quadro 2** - Determinantes em saúde associados ao aleitamento materno exclusivo conforme modelo teórico Boccolini 55

LISTA DE SIGLAS

AID	<i>Agency for International Development</i>
AM	Aleitamento Materno
AME	Aleitamento Materno Exclusivo
MAS	Assembleia Mundial de Saúde
BLH	Banco de Leite Humano
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CINAHL	Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature
ENANI	Estudo Nacional de Alimentação e Nutrição Infantil
ES	Espirito Santo
FIOCRUZ	Fundação Oswaldo Cruz
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana
IEN	Indicador Econômico Nacional
IFF	Instituto Fernandes Figueira
IHAC	Iniciativa Hospital Amigo da Criança
JBI	Joanna Briggs Institute
LILACS	Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde
MEDLINE	<i>Medical Literature Analysis and Retrieval System Online</i>
NBCAL	Norma Brasileira para Comercialização de Alimentos para Lactentes
NCAL	Normas para Comercialização de Alimentos para Lactentes
OMS	Organização Mundial de Saúde
PNDS	Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde
PNIAM	Programa Nacional de Incentivo ao Aleitamento Materno
PNS	Pesquisa Nacional de Saúde
PNSMI	Pesquisa Nacional sobre Saúde Materno-Infantil e Planejamento Familiar
PPAM	Pesquisa de Prevalência de Aleitamento Materno nas Capitais Brasileiras e Distrito Federal
PRISMA	<i>Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyzes</i>

rBLH-BR	Rede Brasileira de Banco de Leite Humano
RN	Recém-nascido
SIDA	<i>Swedish International Development Authority</i>
SIM	Sistema de Informação de Mortalidade
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UNICEF	União das Nações Unidas
WABA	<i>World Alliance for Breastfeeding Action</i>

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	15
1 INTRODUÇÃO	17
2 REFERENCIAL TEÓRICO	21
2.1 EPIDEMIOLOGIA DO ALEITAMENTO MATERNO EXCLUSIVO	21
2.2 DETERMINANTES E FATORES ASSOCIADOS AO ALEITAMENTO MATERNO EXCLUSIVO	24
2.3 POLITICAS PUBLICAS DE PROMOÇÃO, PROTEÇÃO E APOIO AO ALEITAMENTO MATERNO EXCLUSIVO	34
3 JUSTIFICATIVA	41
4 OBJETIVOS	42
4.1 OBJETIVO GERAL	42
4.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS	42
5 METODOLOGIA	43
5.1 ARTIGO 1	45
5.2 ARTIGO 2	46
5.3 ARTIGO 3	47
6 RESULTADOS	49
6.1 ARTIGO 1	49
6.2 ARTIGO 2	70
6.3 ARTIGO 3	89
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	106
REFERÊNCIAS	108
ANEXO A	113
ANEXO B	124
ANEXO C	127
ANEXO D	130
ANEXO E	134
ANEXO F	137
ANEXO G	138
ANEXO H	139

APRESENTAÇÃO

Esta tese perpassou por um caminho metodológico com a finalidade de melhor apresentar seus resultados. O percurso trilhado neste trabalho teve início com meu caminhar acadêmico e científico. Enfermeira, despertei para o rumo científico ainda na graduação, por meio do Programa de Educação Tutorial – Enfermagem, compondo diferentes trabalhos acadêmicos, participando e apresentando trabalhos em inúmeros congressos científicos, em âmbitos nacional e internacional, finalizando a graduação com o trabalho de conclusão de curso voltado para avaliação dos pés de pessoas com diabetes mellitus (DM) na atenção primária em saúde (APS). Ao ingressar no mercado de trabalho, desempenho minhas funções na Unidade Básica de Saúde da Universidade Federal do Amapá, prestando assistência de enfermagem no âmbito da APS, principalmente através dos protocolos do Ministério da Saúde para essa esfera. Concomitantemente, concluí o Mestrado em Ciências da Saúde, com uma dissertação voltada para a qualidade de vida de pessoas com (DM) também na APS, caminhando por todo o município de Macapá (AP). Em 2019, iniciei o curso de Doutorado em Saúde Coletiva na Universidade Federal do Espírito Santo e fui apresentada ao Projeto Viver, que se encontrava em sua fase de coleta de dados. Participei desta etapa do projeto, além de supervisionar e treinar alunos para realizarem as entrevistas com as participantes do estudo. Experiência única e primordial para o dissertar e para a apresentação desta tese.

O estudo está organizado da seguinte maneira: na Introdução, contextualizo os tópicos globais da temática do trabalho e justifico a necessidade do estudo. No Referencial Teórico, apresento o arcabouço científico e teórico do objeto de estudo. A Metodologia detalha o caminho metodológico para a construção desta tese e a devolução para a comunidade de um trabalho que pode guiar e aprimorar a assistência e as políticas públicas voltadas para o pré-natal, recém-nascidos, puérperas e as práticas de promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno, tendo como produto a escrita e publicação dos artigos que dividem os resultados do estudo em artigo 1, artigo 2 e artigo 3.

O artigo 1 está aceito pela Revista CEFAC. O texto é fruto de uma revisão de escopo abordando os determinantes de saúde do aleitamento materno exclusivo, sendo o passo inicial para a construção desta tese. Para o artigo 2 (publicado), foram utilizados os dados coletados na maternidade a fim de analisar os determinantes em saúde maternos e de recém-nascidos associados ao aleitamento materno exclusivo. E para o artigo 3, os dados coletados após o 7º e 27º dia de nascimento dos bebês, para relacionar os determinantes de saúde associados ao AME nesses dois momentos.

Ressalta-se que esta tese é resultado de um projeto maior, intitulado Projeto Viver, que teve apoio e financiamento do DECIT/SCTIE/MS/SESA-PPSUS e CNPq/Fundação de Amparo à Pesquisa do Espírito Santo (FAPES), Edital n.º 25/2018.

1 INTRODUÇÃO

O leite materno é considerado o melhor alimento a ser oferecido aos recém-nascidos. A amamentação exclusiva é recomendada até os 6 meses de idade e complementada, até os 2 anos ou mais, com alimentos saudáveis. A inserção de outros alimentos na alimentação de crianças deve ocorrer em momento oportuno, em quantidade e qualidade de acordo com as fases do desenvolvimento infantil. Nesse período ocorre a formação dos hábitos alimentares, e a correta introdução dos alimentos tem um papel importante na promoção da saúde, além de proteger a criança de deficiências de micronutrientes e doenças crônicas na fase adulta (Brasil, 2015).

A Organização Mundial de Saúde (OMS) classificou o aleitamento materno da seguinte forma:

- **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:** 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:** quando a criança recebe leite materno, direto da mama ou ordenhado, independentemente de receber ou não outros alimentos.
- **Aleitamento materno complementado:** quando a criança recebe, além do leite materno, qualquer sólido ou semissólido, com a finalidade de complementar o leite materno e não substituí-lo. Neste tipo de alimentação a criança pode receber, além do leite materno, outro tipo de leite, mas este não é considerado alimento complementar.
- **Aleitamento materno misto ou parcial:** quando a criança recebe leite materno e outros tipos de leite (WHO, 2007).

O ato de amamentar envolve fenômenos psicológicos, sociais e culturais, e entende-se que ocorre se a criança mama diretamente no seio. Já a lactação é um fenômeno fisiológico e hormonal de produção de leite materno pela mulher após o parto, independentemente de estar ou não amamentando (Carvalho; Tamez, 2005).

A amamentação é o desfecho natural da gestação e do parto como parte integrante no ciclo reprodutivo. Ela também pode ser considerada como uma estratégia de saúde pública que ajuda a diminuir o risco de doenças crônicas como hipertensão, diabetes e obesidade, bem como o risco de câncer de mama e de colo de útero na lactante (Frota *et al.*, 2016). A criança que é amamentada beneficia-se de aspectos higiênicos, imunológicos, psicossociais e cognitivos. Porém, a introdução de alimentos antes dos 6 meses de idade da criança, seja líquido ou sólido, é caracterizada como desmame precoce (Pinto *et al.*, 2020).

Conceitualmente, a lactação é um processo fisiológico da mulher para produção de leite materno, que independe do ato de amamentar, ocorrendo no período de pós-parto, e envolve três fases: a *mamogênese*, desenvolvimento e amadurecimento da glândula mamária para produção do leite, que envolve fenômenos hormonais como o estrogênio, progesterona e prolactina; a *lactogênese*, síntese do leite pelas células alveolares e sua secreção no lúmen dos alvéolos; e a *lactopose*, fase de manutenção da lactação já estabelecida, dependente da duração e frequência da amamentação (Rolin; Martins, 2002).

Inúmeros determinantes e fatores podem influenciar as práticas da amamentação adequada, sendo eles tanto de cunho individual quanto atitudes sociais, culturais e até fatores de mercado, que também podem moldar o contexto estrutural da amamentação (Cattaneo, 2012). Mães com licença-maternidade, que não trabalham fora do lar e com idade de 20 a 35 anos mostraram ser fatores protetores ao AME em menores de baixo peso (Ortelan *et al.*, 2019).

O AME revela benefícios claros nas taxas de mortalidade infantil. Os resultados de uma revisão sistemática e metanálise revelaram que o risco de mortalidade, incluindo todas as causas, foram maiores em bebês que não eram amamentados ou que eram alimentados por leite materno predominantemente e leite materno misto ou parcial, quando comparados àqueles bebês em AME. Ainda, crianças de 6 a 11 e de 12 a 23 meses de idade que não foram amamentadas apresentaram um risco 1,8 e 2,0 vezes maior de mortalidade, respectivamente, quando comparadas àquelas que foram amamentadas. O risco de mortalidade também relacionado à infecção em bebês de 0 a 5 meses foi maior em bebês com alimentação predominantemente por leite materno, parcialmente e não amamentados, em comparação com bebês em AME. Portanto, quanto melhores forem as práticas de amamentação e principalmente o incentivo ao AME por até 6 meses, melhores serão os seus benefícios e menores as taxas de mortalidade infantil (Sankar *et al.*, 2015).

Reforça-se a orientação de que não há vantagens em iniciar os alimentos complementares antes dos 6 meses de idade dos bebês, podendo, inclusive, haver prejuízos à saúde da criança, uma vez que a introdução precoce de outros alimentos está associada a inúmeras causas, como a episódios de diarreias em bebês, hospitalizações por doença respiratória e risco de desnutrição, se os alimentos introduzidos forem nutricionalmente inferiores ao leite materno. Leva também a uma menor absorção de nutrientes importantes do leite materno, como o ferro e o zinco, a diminuição da eficácia da amamentação como método anticoncepcional, além de uma menor duração do aleitamento materno (Brasil, 2015).

A amamentação é reportada como benéfica não só para o bebê, mas também para a saúde materna. Conforme enfatizado em uma revisão sistemática e metanálise, as mulheres que já amamentaram e que amamentaram por mais tempo têm um risco menor de câncer de mama e de ovário, bem como o diabetes mellitus tipo 2. Nessa mesma revisão, endossou-se que a prática da amamentação exclusiva e/ou predominante durante os primeiros seis meses de pós-parto prolonga também a amenorreia lactacional (Chowdhury *et al.*, 2015).

Apesar dos claros benefícios e da ampla divulgação acerca do aleitamento materno, as taxas de prevalência tanto de amamentação como de AME até 6 meses estão aquém do recomendado pela OMS. Cerca de 37% dos bebês são amamentados exclusivamente em todo o mundo (Victora *et al.*, 2016), quando o ideal seria um percentual acima de 50%. Esta meta foi sugerida em 2012, na Assembleia Mundial de Saúde (AMS), para ser atingida até os próximos anos (2025) (World Health Organization, 2014).

As baixas taxas de amamentação levantaram perguntas acerca do impacto para as nações quanto ao custo de não amamentar. Um estudo criou uma ferramenta com um recurso inédito para ajudar os gestores e defensores da amamentação a quantificar os custos humanos e econômicos da não amamentação, incluindo vidas perdidas, perda de produtividade e aumento dos custos para os sistemas de saúde em âmbitos nacional, regional e global. Dentre os inúmeros resultados, chama a atenção que, em todo o mundo, 595.379 mortes infantis foram atribuídas à não amamentação. A amamentação ideal mostrou um potencial de prevenir 98.243 mortes de mães por câncer e diabetes tipo II a cada ano. Já referente às perdas econômicas, foi estimada uma perda entre US\$ 257 bilhões e US\$ 341 bilhões por ano em todo mundo, ou 0,37% e 0,70% da renda nacional bruta global (Walters *et al.*, 2019).

No Brasil e em países subdesenvolvidos, as estimativas de mortalidade infantil são crescentes e preocupantes. Estudos que se propõem a investigar determinantes que podem estar associados com desfechos positivos e negativos na saúde materno-infantil devem ser incentivados. O AME é visto como um fator protetor para saúde do binômio mãe/filho, surgindo os seguintes problemas de pesquisa: quais os determinantes associados ao AME? Quais estão presentes no primeiro mês de vida dos recém-nascidos (RN)?

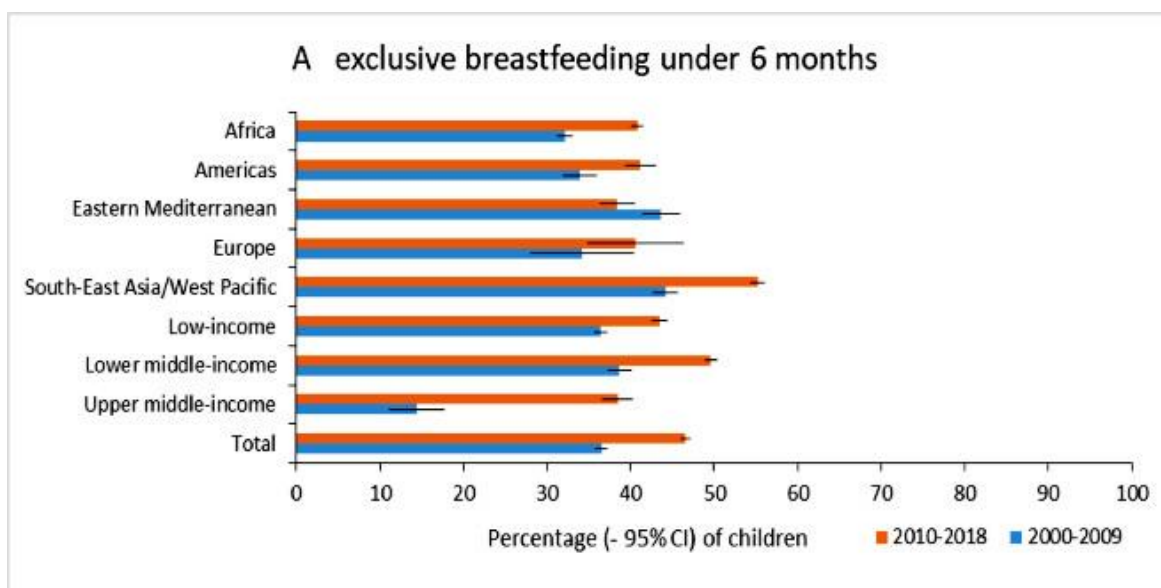
2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 EPIDEMIOLOGIA DO ALEITAMENTO MATERNO EXCLUSIVO

Estudo de alta robustez, com dados mundiais acerca da prevalência da amamentação, revelou que em países de baixa e média renda somente 37% das crianças menores de 6 meses de idade são exclusivamente amamentadas. Salvo poucas exceções, a duração da amamentação é menor em países de renda alta do que naqueles mais pobres. Mundialmente, as prevalências mais altas de amamentação no primeiro ano de vida foram encontradas na África Subsaariana, no Sul da Ásia e em partes da América Latina. Na maioria das nações de alta renda, a prevalência é inferior a 20%. O estudo observou ainda diferenças importantes, como, por exemplo, entre o Reino Unido (<1%) e os Estados Unidos da América (EUA) (27%), e entre Noruega (35%) e Suécia (16%). Os países de menor renda tiveram uma prevalência elevada de amamentação em todas as faixas etárias, entretanto, as taxas de amamentação na primeira hora de vida e amamentação exclusiva são insatisfatórias mesmo nesses países (Victora *et al.*, 2016).

Estudo recente investigou a prevalência atual das práticas de alimentação recomendadas pela OMS em 57 países de baixa e média renda, entre 2010 e 2018, além das tendências de tempo desde 2000 para 44 países selecionados. Revelou que a prevalência global ponderada foi de 45,7% para AME em menores de 6 meses em 57 países de baixa e média renda durante 2010–2018, com um aumento substancial da prevalência de 36,5% em 2000–2009 para 46,6% em 2010–2018 em 44 países de baixa e média renda que tinham os dados disponíveis. Esse estudo também revelou que as práticas de amamentação se diferenciaram muito entre as regiões. O Mediterrâneo Oriental (34,5%), as regiões europeias (43,7%) e países de renda média alta (38,4%) foram os países que tiveram maiores dificuldades de cumprir as metas estabelecidas para a amamentação exclusiva. A região do Mediterrâneo Oriental também foi a única com declínio da prevalência de AME em menores de 6 meses. A Figura 1 revela esses dados:

Figura 1 - Tendências na prevalência regional ponderada de amamentação exclusiva em menores de 6 meses



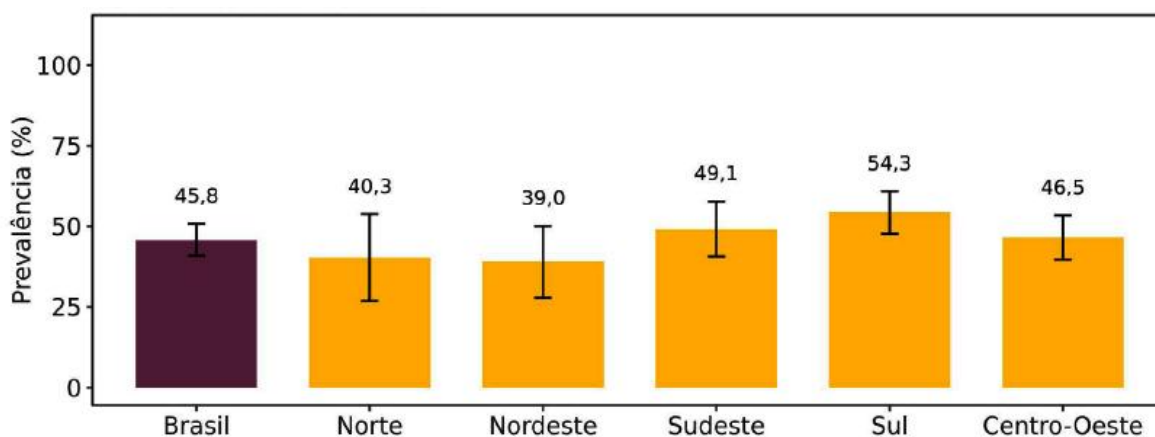
Fonte: Zong *et al.*, 2021.

Os dados epidemiológicos referentes à amamentação no Brasil são disponíveis principalmente através de inquéritos populacionais e pesquisas de demografia e saúde. Segundo Boccolini *et al.* (2017), o país dispõe de dados de caráter público de cinco inquéritos que coletaram dados sobre amamentação e alimentação infantil. São eles: o Estudo Nacional de Despesa Familiar de 1974; a Pesquisa Nacional sobre Saúde Materno-Infantil e Planejamento Familiar (PNSMI) de 1986; as Pesquisas Nacionais de Demografia e Saúde (PNDS) de 1996 e 2006; e a Pesquisa Nacional de Saúde de 2013 (PNS-2013), que permitiram o acompanhamento de sua evolução no tempo. Eles mostram que o padrão de aleitamento materno no Brasil melhorou nas últimas décadas, considerando os dados da PNSMI de 1986 e das PNDS de 1996 e 2006. A prevalência de AME aos 6 meses aumentou de 4,7% em 1986 para 37,1% em 2006, e a de aleitamento materno continuado no primeiro ano de vida aumentou de 25,5% para 45,4%, nesse mesmo período.

Além disso, há dados mais recentes, com apresentação de resultados preliminares do Estudo Nacional de Alimentação e Nutrição Infantil (ENANI) 2019, que mostra uma prevalência de AME em menores de 6 meses de 45,8% no país,

percentual superior ao da PNDS (2006) (37,1%). A maior prevalência foi observada na região Sul do país (54,3%), seguida das regiões Sudeste (49,1%) e Centro-Oeste (46,5%), sem diferenças estatisticamente significativas entre as regiões (Figura 2) (UFRJ, 2019).

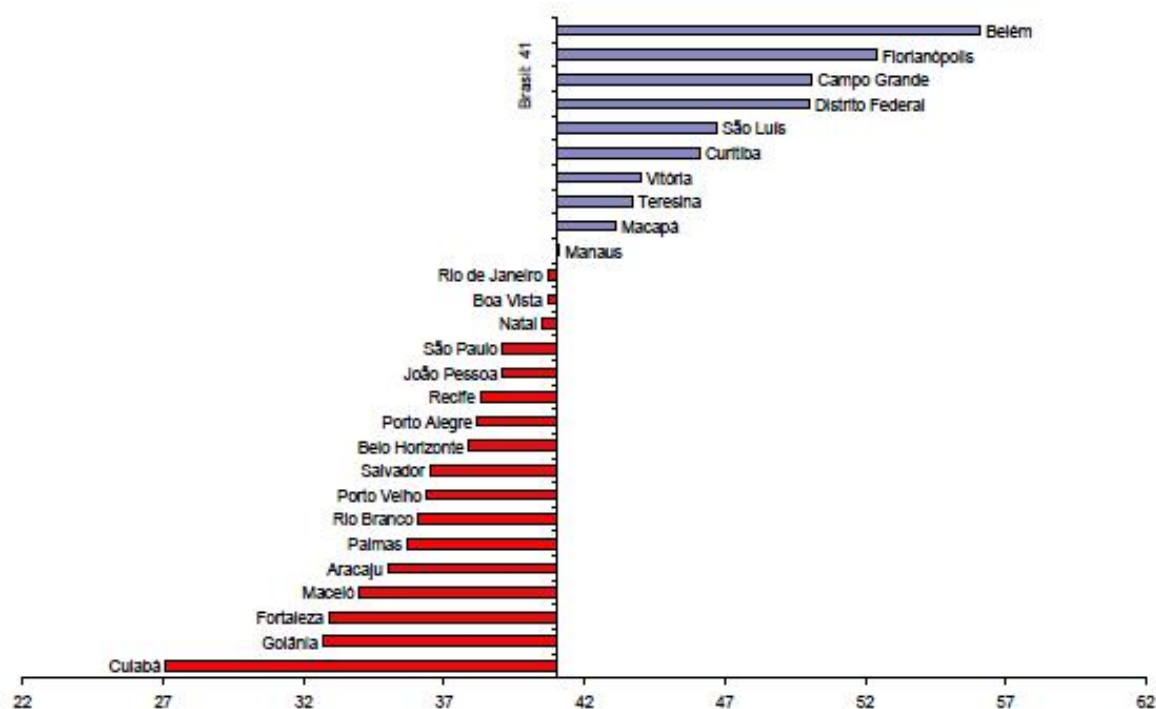
Figura 2 - Prevalência do aleitamento materno exclusivo em menores de 6 meses no Brasil e suas regiões, 2019



Fonte: UFRJ, 2019.

Números entre as capitais brasileiras encontram-se defasados, ainda compostos pela II Pesquisa de Prevalência de Aleitamento Materno nas Capitais Brasileiras e Distrito Federal (II PPAM) (Brasil, 2009), pesquisa essa realizada em 266 municípios, incluindo todas as capitais do país, através de amostragem probabilística e com dados coletado em entrevistas, durante dia de Campanha Nacional de Vacinação. A capital Belém se destaca com a maior prevalência (56,1%), seguida de Florianópolis (52,4%), Campo Grande (50,1%) e Distrito Federal (50,0%). Por outro lado, a menor prevalência foi em Cuiabá (27,1%). Vitória apresentou a maior prevalência (44%) entre as capitais da região Sudeste (Figura 3) (Brasil, 2009).

Figura 3 - Prevalência de aleitamento materno exclusivo em menores de 6 meses entre as capitais brasileiras, 2009



Fonte: Brasil, 2009.

A comunicação breve intitulada “A influência das informações da PNS sobre a estimativa atual e a trajetória do AME no Brasil” enfatiza que, em qualquer dos cenários considerados, a trajetória crescente do aleitamento materno no Brasil está abaixo de seu potencial, considerando o conjunto de profissionais envolvidos e a gama de ações desenvolvidas em prol da amamentação (Rinaldi; Conde, 2019).

2.2 DETERMINANTES E FATORES ASSOCIADOS AO ALEITAMENTO MATERNO EXCLUSIVO

Diferentes determinantes e fatores podem influenciar as condições de saúde de uma sociedade, bem como o adoecer das pessoas. O meio científico busca incessantemente identificá-los, a fim, principalmente, de promover estratégias e políticas públicas para minimizar os impactos dos inúmeros percalços que afetam as populações. Segundo Carvalho (2013), a maior parte da carga das doenças (assim como as iniquidades em saúde, que existem em todo o

mundo) acontece em virtude das condições em que as pessoas nascem, vivem, trabalham e envelhecem. Esse conjunto é denominado de “determinantes sociais da saúde” (DSS), um termo que resume os determinantes sociais, econômicos, políticos, culturais e ambientais de saúde.

Segundo Marmot (2005), para que se diminuam as desigualdades, bem como as iniquidades em saúde em todo o mundo, é necessário, além do desenvolvimento dos sistemas de saúde e do alívio da pobreza, um terceiro grande impulso, que é o agir sobre os DSS. Tal ação incluirá o alívio da pobreza, mas terá objetivo mais amplo de melhorar as circunstâncias em que pessoas vivem e trabalham. Para isso, a OMS, na AMS (2004), propôs a criação de uma comissão, denominada Comissão de Determinantes Sociais em Saúde (CDSS), que teve como meta global a busca da equidade em saúde e liderar um processo mundial de organização do conhecimento sobre os DSS, com vistas a fortalecer as práticas e as políticas voltadas para a diminuição das iniquidades em saúde (Marmot, 2005; Buss; Pellegrini Filho, 2006).

Em 2006, em torno do movimento mundial dos DSS, o governo brasileiro criou sua própria comissão, a Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde (CNDSS), reforçando que o monitoramento das iniquidades e o estudo sistematizado e aprofundado dos DSS deverão permitir identificar pontos mais vulneráveis ao impacto de políticas públicas que buscam combatê-las, e inserir esses conhecimentos nas definições e implementações das políticas públicas no país, sendo este um grande desafio (Buss; Pellegrini Filho, 2006).

Compreender os inúmeros determinantes que compõem uma população vem ser bastante complexo, porém nem todos são igualmente importantes. Dentre eles, destacam os determinantes que geram estratificação social, principalmente os determinantes estruturais, que refletem as condições de distribuição de riqueza, de poder e prestígio entre as pessoas, como a estrutura de classes sociais, a distribuição de renda, o preconceito com base em inúmeros fatores como: o sexo, a etnia ou deficiências e estruturas políticas e de

governança que alimentam, ao invés de reduzir, iniquidades relativas ao poder econômico (Carvalho, 2013).

Vários modelos foram criados para compreender as relações DSS e a situação de saúde de uma população. O modelo de *Dahlgren e Whitehead* inclui os DSS organizados em diferentes camadas, desde uma camada mais próxima dos determinantes individuais até uma camada distal, na qual se situam os macrodeterminantes (Figura 4). Nesse modelo, os indivíduos estão na base, com as características individuais, como idade, sexo e fatores genéticos, que, evidentemente, exercem influência sobre seu potencial e suas condições de saúde. Na camada externa, surgem o comportamento e os estilos de vida individuais. Esta camada está localizada no limiar entre os fatores individuais e os DSS. A camada seguinte destaca a influência das redes comunitárias e de apoio, cuja maior ou menor riqueza expressa o nível de coesão social, que é de fundamental importância para a saúde da sociedade como um todo (Buss; Pellegrini Filho, 2007).

No próximo nível estão representados os fatores relacionados a condições de vida e de trabalho, disponibilidade de alimentos e acesso a ambientes e serviços essenciais, como saúde e educação, indicando que as pessoas em desvantagem social correm um risco diferenciado, criado por condições habitacionais mais humildes, exposição a condições mais perigosas ou estressantes de trabalho e acesso menor aos serviços. Por fim, no último nível estão situados os macrodeterminantes relacionados às condições econômicas, culturais e ambientais da sociedade e que possuem grande influência sobre os demais níveis (Figura 4) (Buss; Pellegrini Filho, 2007).

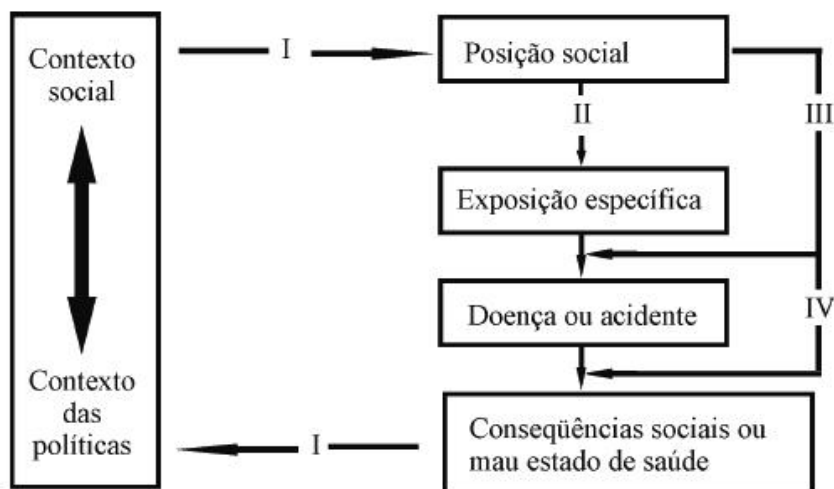
Figura 4 - Modelo de Determinantes sociais de saúde de Dahlgren e Whitehead



Fonte: Buss; Pellegrini Filho, 2007.

Outro modelo, que enfatiza a estratificação social gerada pelo contexto social, que confere aos indivíduos posições sociais distintas, as quais, por sua vez, provocam diferenciais de saúde, é o modelo de *Diderichsen e Hallqvist*, de 1998, adaptado por Diderichsen, Evans e Whitehead (2001). Esse modelo representa o processo segundo o qual cada indivíduo ocupa determinada posição social como resultado de diversos mecanismos sociais, como o sistema de educação e o mercado de trabalho. De acordo com a posição social ocupada pelos diferentes indivíduos, surgem diferenciais, como o de exposição a riscos que causam danos à saúde, o diferencial de vulnerabilidade à ocorrência de doença, uma vez expostos a esses riscos, e o diferencial de consequências sociais ou físicas, uma vez contraída uma doença. Entende-se, aqui, que “consequências sociais” vêm a ser o impacto que a doença pode ter sobre a situação socioeconômica do indivíduo e de sua família (Figura 5) (Buss; Pellegrini Filho, 2007).

Figura 5 - Modelo de determinantes sociais de saúde de Diderichsen e Hallqvist



Fonte: Buss; Pellegrini Filho, 2007.

Ambos os modelos, tanto o de Dahlgren e Whitehead quanto o de Diderichsen, permitem identificar pontos para intervenções de políticas, no sentido de minimizar os diferenciais de DSS originados pela posição social dos indivíduos e grupo (Buss; Pellegrini Filho, 2007).

Modelo mais recente, porém mais complexo, adotado pela OMS (2011) em seu relatório “Diminuindo Diferenças: a prática das políticas sobre determinantes sociais da saúde”, discutido na Conferência Mundial sobre Determinantes da Saúde, no Rio de Janeiro, foi o modelo de Solar e Irwin (2010) (Figura 6), sobre o contexto dos DSS, no qual os determinantes estruturais compreendem a distribuição de renda, o preconceito baseado em valores relativos a sexo e etnia, e os determinantes intermediários composto pelas condições de vida, os aspectos psicossociais, os elementos comportamentais e/ ou biológicos e também pelo próprio sistema de saúde (Carvalho, 2013).

Considerando o modelo de Solar e Irwin, para que se reduzam as iniquidades, é necessário que intervenções coordenadas e coerentes entre si sejam implementadas nos setores da sociedade que influenciam seus determinantes estruturais. Por sua vez, a vida saudável contribui para outras prioridades sociais como o bem-estar, a educação, a coesão social, a preservação do meio ambiente, o aumento da produtividade e o desenvolvimento

econômico. Assim, gera-se um ciclo no qual a saúde e os seus determinantes se retroalimentam e se beneficiam mutuamente. Portanto, adotar a abordagem dos DSS significa compreender o valor que a saúde tem para a sociedade e admitir que ela depende de ações que, muitas vezes, não têm relação com o setor da saúde. A abordagem dos DSS reconhece o fato de que as iniquidades em saúde não podem ser combatidas sem que as iniquidades sociais também o sejam (Carvalho, 2013).

Figura 6 - Marco conceitual dos determinantes sociais de saúde de Solar & Irwin (2010)



Fonte: Carvalho, 2013.

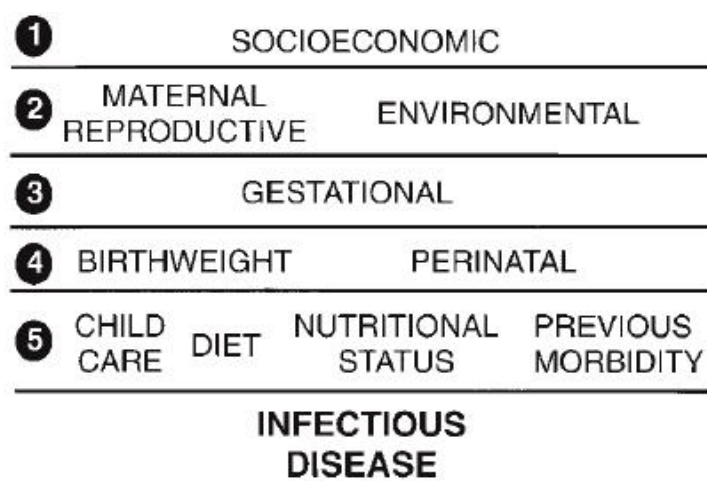
Embasados na contextualização acerca dos fenômenos e DSS, a amamentação e, conseqüentemente, o AME são investigados também por meio de diferentes olhares e modelos, tanto estatísticos como conceituais, revelando a complexidade desse tema como objeto de estudo. A seguir, será abordado o agrupamento de alguns outros modelos teóricos utilizados em diferentes artigos que abordam os determinantes da amamentação e do AME.

A análise realizada por Victora em 1997, com o objetivo de discutir estratégias de análise de dados adequadas para avaliar os diferentes determinantes da doença, além de como lidar com as complexas inter-relações

hierárquicas entre as variáveis, é utilizada também como modelagem estatística envolvendo o AME, pois a hierarquização das variáveis independentes utilizadas é estabelecida num marco conceitual, e a escolha de critérios para selecioná-las requer conhecimentos não somente estatísticos, mas também sobre precedência temporal, determinantes biológicos e sociais (Alves *et al.*, 2018; Ortelan *et al.*, 2019).

A Figura 7 explicita o Modelo Conceitual Hierarquizado de Determinantes, utilizando como desfecho as infecções diarreicas, através de um esquema do tipo simplificado de estrutura conceitual no qual as variáveis próximas ao topo influenciam as que estão abaixo delas. A detalhar, os fatores socioeconômicos, como determinantes distais, podem afetar, direta ou indiretamente, todos os outros grupos de fatores de risco, exceto sexo e idade. Podem ser incluídos fatores ambientais (como aglomeração ou disponibilidade de água e saneamento) e fatores reprodutivos maternos (como idade no parto, intervalos entre partos e paridade), dentre outros. Essas variáveis, por sua vez, podem afetar o peso ao nascer da criança, bem como seu estado antropométrico atual (Victora *et al.*, 1997).

Figura 7 - Modelo Conceitual Hierarquizado de Determinantes



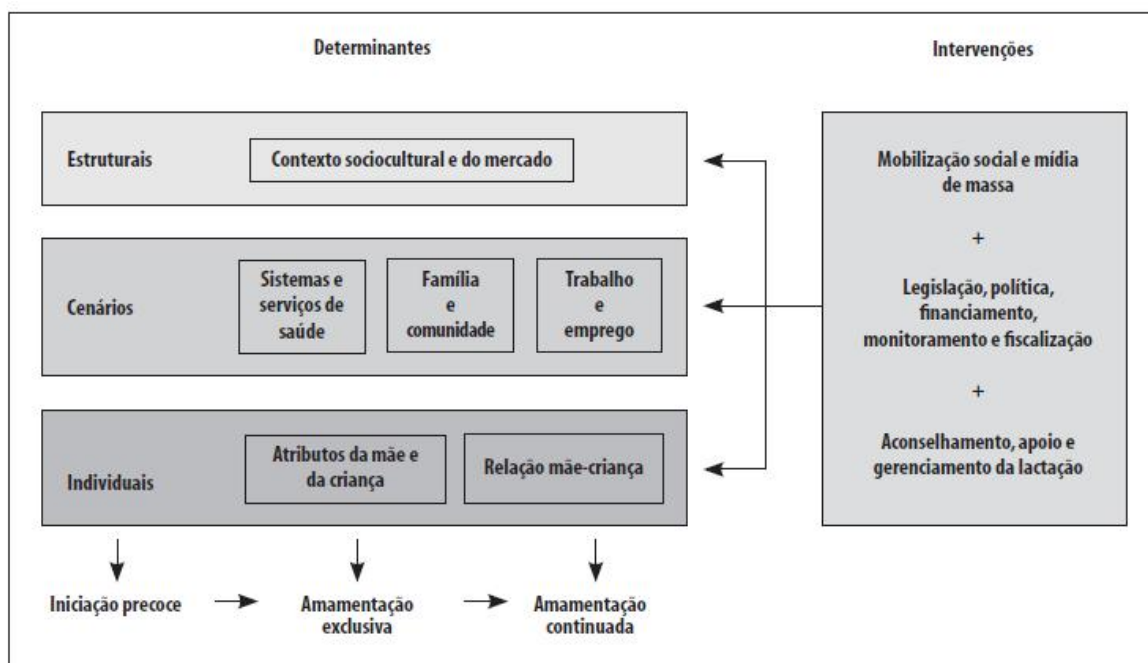
Fonte: Victora *et al.*, 1997.

Um estudo que utilizou como base o Modelo Conceitual Hierarquizado de Determinantes (Victora *et al.*, 1997), porém tendo como desfecho o AME em

menores de 6 meses com baixo peso, mostrou que o AME foi mais prevalente entre lactentes nascidos com baixo peso, em mães que tinham de 20 a 35 anos de idade e não trabalhavam fora ou que estavam em licença-maternidade (características dos lactentes e maternas); lactentes que nasceram em Hospital Amigo da Criança (determinantes dos serviços de saúde); e que residiam em municípios com maior número de BLH por 10 mil nascidos vivos: razão entre 1,68 e 3,10 e $\geq 3,11$ (determinantes contextuais) (Ortelan *et al.*, 2019).

Outro modelo conceitual utilizado, desta vez fruto de uma revisão sistemática específica para detectar determinantes da prática da amamentação, é o modelo proposto por Rollins *et al.* (2016). Ele inclui os determinantes que operam em múltiplos níveis e afetam as decisões e comportamentos sobre amamentação ao longo do tempo, considerando que as práticas de amamentação são afetadas por uma diversidade de fatores históricos, socioeconômicos, culturais e individuais (Figura 8).

Figura 8 - Modelo conceitual proposto por Rollins *et al.* (2016)



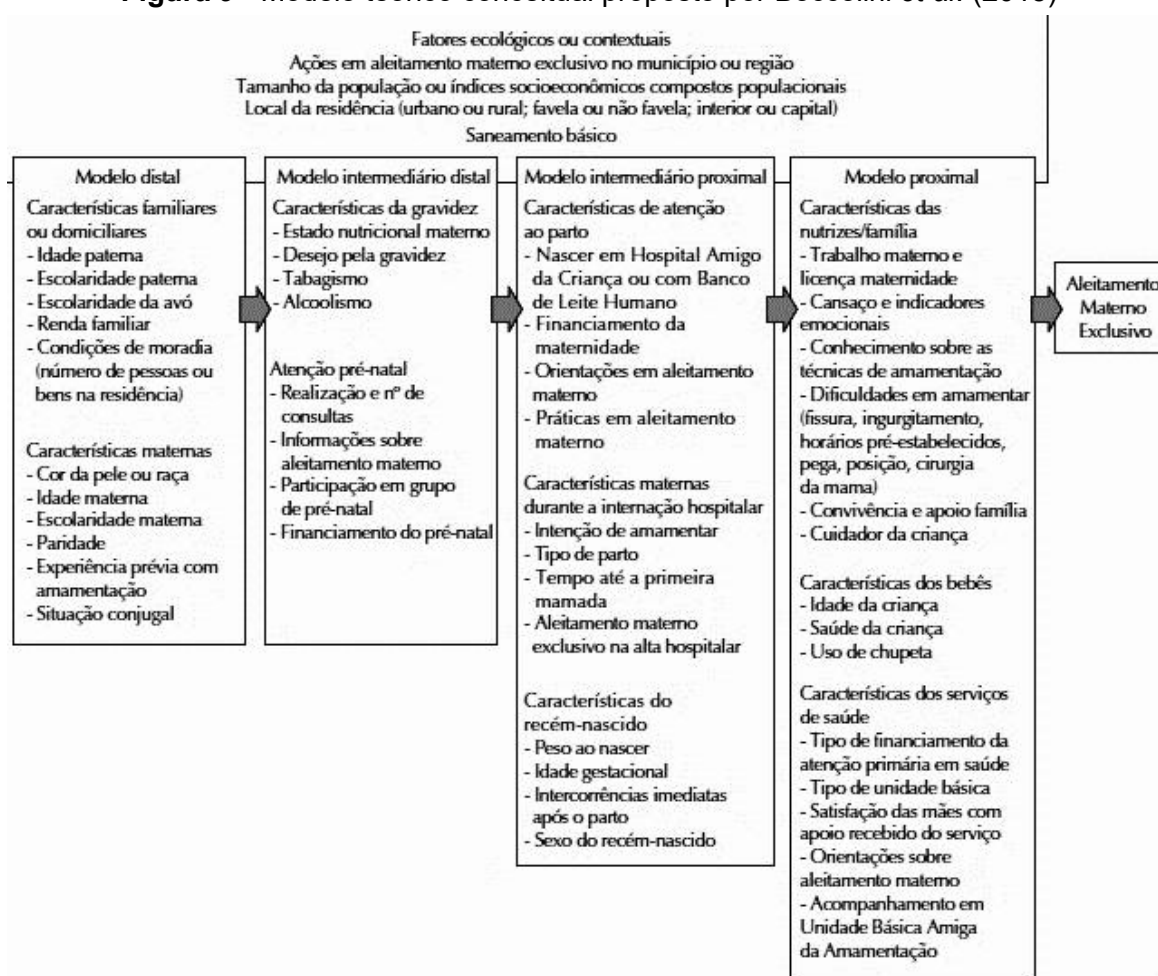
Fonte: Rollins *et al.*, 2016.

No modelo de Rollins *et al.* (2016), consideram-se os determinantes ditos estruturais, referindo-se aos fatores sociais e que afetam a sociedade. Esses fatores incluem tendências sociais, propagandas, mídia e produtos disponíveis no comércio. Intervenções no nível estrutural incluem legislação, política e mobilização na mídia e social para mudar atitudes e práticas sociais. Tais fatores são considerados distais e unidirecionais. A população é uniformemente exposta a eles, mas eles não são uniformemente interpretados (Rollins *et al.*, 2016).

Estudo que utilizou o modelo de Rollins *et al.* (2016), que teve como objetivo estimar os efeitos dos fatores associados à prevalência da amamentação exclusiva, do aleitamento materno predominante e continuado no primeiro e segundo anos de vida em países da América Latina e Caribe, mostrou, entre os inúmeros resultados, que o AME e o aleitamento materno predominante se associaram diretamente à “amamentação na primeira hora”, “estado conjugal” e “queria o último filho”. A “idade materna” e o “*status* de trabalho” se associaram inversamente aos indicadores do aleitamento materno continuado no primeiro e segundo anos de vida (Pereira, 2018).

Já uma revisão sistemática realizada com estudos epidemiológicos brasileiros, além de identificar os fatores associados ao AME nos primeiros 6 meses de vida, também propôs um modelo teórico conceitual, levando em consideração a proximidade das variáveis com o desfecho. Esses fatores foram hierarquizados em blocos, sendo eles: fatores ecológicos e/ou contextuais, modelo distal, modelo intermediário distal, modelo intermediário proximal e modelo proximal. A Figura 9 ilustra esses níveis, bem como os fatores estudados em cada modelo (Boccolini *et al.*, 2015).

Figura 9 - Modelo teórico conceitual proposto por Boccolini *et al.* (2015)



Fonte: Boccolini *et al.*, 2015.

A construção dos modelos teóricos mostra a complexidade que envolve a prática da amamentação na sociedade, e reforça que este ato não é de única e exclusiva responsabilidade da mulher, e sim o envolvimento de inúmeros determinantes e fatores. A utilização de modelos teóricos nos estudos científicos é de extrema importância, com preferência à organização das variáveis de forma hierarquizada em relação à proximidade com o desfecho, podendo assim auxiliar a opção das variáveis que serão incluídas nos estudos e avaliar a intermediação dos blocos de variáveis mais proximais em relação às mais distais. O modelo teórico conceitual de Boccolini *et al.* (2015), devido principalmente a suas características e organização, além da gama de fatores que foi analisado para detectar os fatores associados ao AME, foi o modelo escolhido para nortear a revisão de escopo que compõe esta tese (Boccolini *et al.*, 2015).

2.3 POLITICAS PUBLICAS DE PROMOÇÃO, PROTEÇÃO E APOIO AO ALEITAMENTO MATERNO EXCLUSIVO

O sucesso da amamentação exclusiva até os 6 meses de idade e continuada até os 2 anos, conjuntamente com a oferta de alimentos saudáveis, como recomenda a OMS, ainda se mostra um desafio para as nações, bem como para as mulheres, uma vez que precisam de apoio para otimizar suas chances de amamentar (OMS, 2017).

Diante dessas recomendações e dos benefícios da amamentação para o binômio mãe/bebê, as entidades e organizações criaram diversas estratégias para promover, apoiar e proteger o ato de amamentar. O *Código Internacional de Comercialização de Substitutos do Leite Materno*, adotado pela AMS em 1981, foi um dos primeiros marcos nessa empreitada, com o objetivo de endossar internacionalmente as práticas saudáveis com relação à alimentação de bebês e crianças pequenas, além de garantir que a comercialização dos substitutos do leite materno, mamadeiras e bicos sejam apropriados. Em 2021, o Código completou 40 anos desde sua implantação (Fiocruz, 2021).

A OMS, em conjunto com União das Nações Unidas (Unicef), lançou em 1989 os *Dez Passos para o Sucesso do Aleitamento Materno (Ten Steps to Successful Breastfeeding)*, considerado um dos marcos sobre a temática, no qual se baseiam até hoje as novas estratégias em prol da amamentação. Ele reforça a importância de se cumprir o Código citado anteriormente e apresenta uma série de recomendações para instituições de parto e maternidades, para que possam reforçar e apoiar a amamentação. Em 2018, a fim de deixar mais claro para as unidades de saúde, esta estratégia global foi atualizada, sendo dividida em duas partes, com o acréscimo de subitens, como visualizado a seguir (OMS, 2019).

Quadro 3 - Dez Passos para o Sucesso do Aleitamento Materno, adaptado OMS, 2018

Procedimentos críticos de gestão	1a. Cumprir plenamente o Código Internacional de Comercialização de Substitutos do Leite Materno e as resoluções relevantes da Assembleia Mundial da Saúde.
	1b. Ter uma política de alimentação infantil por escrito que seja rotineiramente comunicada à equipe e aos pais.
	1c. Estabelecer sistemas contínuos de monitoramento e gerenciamento de dados.
	2. Garantir que a equipe tenha conhecimento, competência e habilidades suficientes para apoiar a amamentação.
Práticas clínicas-chave	3. Discutir a importância e o manejo da amamentação com mulheres grávidas e suas famílias.
	4. Facilitar o contato pele a pele imediato e ininterrupto e apoiar as mães a iniciar a amamentação o quanto antes após o nascimento.
	5. Apoiar as mães para iniciar e manter a amamentação e gerenciar dificuldades habituais.
	6. Não fornecer a recém-nascidos amamentados alimentos ou líquidos que não sejam o leite materno, a menos que indicado clinicamente.
	7. Permitir que mães e filhos permaneçam juntos e pratiquem o alojamento conjunto 24 horas por dia.
	8. Ajudar as mães a reconhecer e responder às pistas sobre alimentação fornecidas pelo bebê
	9. Aconselhar as mães sobre o uso e os riscos de mamadeiras, bicos e chupetas.
	10. Coordenar a alta para que os pais e seus filhos tenham acesso oportuno a apoio e cuidados contínuos

Fonte: OMS, 2019.

Um marco importante das políticas públicas voltadas para a amamentação foi a implementação dos Bancos de Leite Humano (BLH) no Brasil. Esta é considerada uma estratégia de sucesso, e seu surgimento pode ser dividido em duas etapas. O primeiro momento teve início em 1943, com a implantação do BLH Instituto Fernandes Figueira (IFF), da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), sendo este o BLH brasileiro, estendendo-se até 1985, quando se deu a ruptura dos moldes originais e a construção de um novo modelo, utilizado até os dias atuais (Almeida, 1999). Por meio da Portaria do Ministério da Saúde n.º 322 (1988), que regulamentou e implementou seu funcionamento, com normas e regras sanitárias e de higiene, os BLH, além de servirem como pontos de coletas de leite, distribuem leite humano de qualidade certificada e vêm a ser uma ferramenta importante para diminuição da mortalidade infantil e desmame precoce

(Maia *et al.*, 2006). Hoje o país administra a Rede Brasileira de Banco de Leite Humano (rBLH-BR), referência mundial, que conta com 223 BLH e 213 pontos de coleta, sendo a maioria na região Sudeste do país (90 BLH e 82 pontos de coleta) (Fiocruz, 2021).

A declaração de proteção, promoção e suporte do aleitamento materno, intitulada *Declaração de Innocenti* (1990), vem a ser outro marco mundial na luta pelo alcance do cumprimento das normas da OMS e melhores práticas voltadas para a amamentação. Tal declaração foi elaborada e adotada por líderes de organizações governamentais e defensores da amamentação de todo o mundo, no encontro “Breastfeeding in the 1990s: a global initiative”, organizado pela OMS/Unicef com apoio da United States Agency for International Development (AID) e da Swedish International Development Authority (SIDA), em Florença, na Itália (1990).

Embasada nas estratégias anteriores e criada pela OMS (1991), a Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC) surge para implementar os passos para o sucesso da amamentação, com o foco em resgatar o direito das mulheres em aprender e a praticar a amamentação. Estudos mostraram que, em 2016, 10% dos nascimentos globais ocorreram em IHAC, variando de 35% na Europa a 5% na África, sendo 15% na América Latina e Caribe (OMS, 2017; OPS, 2016). No Brasil, em 2016, havia 324 hospitais credenciados, com queda para 317 em 2019 (Brasil, 2019). O estudo de Lamounier *et al.* (2019) relata que hospitais credenciados como IHAC apresentam índices de amamentação superiores aos dos hospitais não credenciados, entretanto o número de hospitais IHAC no Brasil, comparado com outros países, é considerado baixo. Ainda no Brasil, estudo mostrou outros impactos positivos advindos dessa estratégia, como a redução de 4,2% das mortes neonatais tardias, atribuídas ao aumento das taxas de prevalências de amamentação precoce proporcionada pela IHAC. Além disso, por meio da promoção da amamentação em menores de 6 meses, a IHAC contribuiu potencialmente para diminuir em 3,5% as mortes por todas as causas e em 4,2% as mortes por infecção (Silva *et al.*, 2018).

Em 1991, a World Alliance for Breastfeeding Action (WABA) lançou a Semana Mundial de Amamentação, que acontece entre 11 a 7 de agosto, ação de mobilização social de grande relevância. Para tanto, a cada ano são lançados materiais de divulgação, traduzidos em 14 idiomas, com o tema adaptado para cada país e adequando a intenção à sua realidade (Sociedade Brasileira de Pediatria, 2020). No Brasil, as Normas para Comercialização de Alimentos para Lactentes (NCAL) — adaptação do Código Internacional de Comercialização de Substitutos do Leite Materno às necessidades brasileiras — tiveram sua primeira revisão, melhorando aspectos de rotulagem e assumindo a denominação de Norma Brasileira para Comercialização de Alimentos para Lactentes (NBCAL). A aprovação da NBCAL em 1992 representou um marco para a história da amamentação no país, pois regulamenta a promoção comercial e o uso apropriado dos alimentos que estão à venda como substitutos ou complementos do leite materno, bem como de bicos, chupetas e mamadeiras (Brasil, 2017).

No tocante às políticas públicas voltadas para o aleitamento materno, o Brasil é referência para outros países, com uma legislação altamente avançada e um arcabouço de estratégias de promoção, proteção e apoio a amamentação (Brasil, 2009). Passo importante foi elencado desde a criação do Programa Nacional de Incentivo ao Aleitamento Materno (PNIAM), em 1981. Este propôs a implantação do alojamento conjunto nas maternidades, início precoce da amamentação, não oferta de água e leite artificial nas maternidades, criação de leis sobre creches no local de trabalho da mãe e o aumento do tempo de licença-maternidade (Brasil, 1991). A Constituição de 1988, que trouxe também marcos importantes, como a instituição da licença-maternidade de 120 dias à mulher trabalhadora e o direito ao pai a cinco dias de licença-paternidade, além de assegurar, ainda, às mulheres privadas de liberdade o direito de permanecer com seus filhos durante o período de amamentação. Atualmente, houve a prorrogação da licença-paternidade por mais 15 dias, para empregados de empresas cidadãos (Brasil, 1991; Brasil, 2016).

Seguiram-se, no decorrer dos anos, outros programas e lançamentos. Entre os mais importantes estão o Programa de Humanização no Pré-Natal, Parto

e Nascimento (2000) e o Método Canguru (2007), modelo de assistência perinatal voltado para o cuidado humanizado do recém-nascido de baixo peso (Brasil, 2017).

Além disso, houve a mais recente publicação do Ministério da Saúde, *Bases para a discussão da Política Nacional de Promoção, Proteção e Apoio ao Aleitamento Materno*, com o objetivo principal de aumentar a prevalência do AME nos primeiros 6 meses de vida e do AM continuado por 2 anos ou mais, com foco nas articulações e integração entre as relações intersetoriais e interfederativas das linhas de cuidado voltadas para a amamentação no Sistema Único de Saúde, uma vez que, mesmo com todas as políticas públicas desenvolvidas até então, as taxas de AM e AME não são consideradas adequadas (Brasil, 2017). Nesse mesmo documento, foi realizada uma linha do tempo das principais ações e estratégias relevantes no âmbito da amamentação no país. Em virtude da magnitude e da importância de cada ação, o Quadro 2 destaca a maioria desses acontecimentos, desde 1974 até a atual publicação, sendo este adaptado, por ano de acontecimentos.

Quadro 4 - Trajetória por ano das ações de promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno no Brasil (Continua)

1974	Portaria Estadual n.º 99 – Proibição de propaganda, comerciais de fabricantes e distribuidores, feita por meio de doação de leite em pó às mães pobres nos hospitais e demais unidades de saúde da SES/PE.
1976	Criação do II Programa Nacional de Alimentação e Nutrição, com o objetivo de elaborar estratégias capazes de reduzir a desnutrição em crianças brasileiras.
1979	Reunião da OMS/Unicef para discussão sobre “Alimentação de lactentes e crianças pequenas”.
1981	Publicação das Portarias n.º 42 e 198, que institui o Grupo Técnico Executivo do PNIAM
1983	Portaria INAMPS/MS n.º 18, que estabelece as Normas e torna obrigatória a permanência do bebê ao lado da mãe 24h por dia, através do alojamento conjunto.
1988	Aprovação pelo CNS da NBCAL.
	Portaria do MS n.º 322, que regula a instalação e funcionamento dos BLH.
	Constituição Brasileira que promulga o direito da mulher trabalhadora a 120 dias de licença maternidade e o direito ao pai de 5 dias de licença paternidade e as mulheres privadas de liberdade o direito de permanecer

(Continua)

	com seus filhos durante o período de amamentação.
1990	Portaria n.º 1.390, que institui a Comissão Central de BLH.
	Estatuto da Criança e do Adolescente (Lei Federal n.º 8.069).
1992	Resolução n.º 31 com item específico sobre Bicos e mamadeiras na NBCAL
	1º Hospital Amigo da Criança Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira – (IMIP) e 1ª Campanha da SMAM no BRASIL.
1994	Portaria SAS/MS n.º 155, que estabelece diretrizes e normas da IHAC.
1996	Portaria GM/ MS n.º 2.415 que determina medidas para prevenção da contaminação do HIV pelo aleitamento materno.
1999	Portaria MS n.º 50 que institui a Comissão Nacional de BLH.
2000	Portaria GM/MS n.º 693 aprova a Norma de Orientação para Implantação do Método Mãe Canguru.
2001	Publicação da Portaria MS n.º 2.051 que estabelece os Novos Critérios da NBCAL.
2002	Portaria GM/MS n.º 698 define a estrutura e as normas de atuação e funcionamento dos BLH.
2003	Portaria GM/MS nº 1.893 que instituiu o Dia Nacional de Doação de Leite Humano em 1º de outubro
2006	Lei n.º 11.265 que regulamenta comercialização de alimentos para lactentes e crianças de primeira infância e Portaria MS n.º 618 que institui o Comitê Nacional de Aleitamento Materno.
	Seminário Nacional de Políticas Públicas em Aleitamento Materno
2007	II Seminário Nacional de Políticas Públicas em Aleitamento Materno.
2008	Lei nº 11.770 sobre os direitos das mulheres, parturientes, puérperas e famílias e a Portaria GM/MS n.º 2.799 que institui a Rede Amamenta Brasil.
2009	III Seminário Nacional de Políticas Públicas em Aleitamento Materno
2010	Portaria Anvisa n.º 193 e a Nota Técnica Conjunta da Anvisa/MS sobre salas de apoio à amamentação.
2011	Publicação da Portaria n.º 80 que institui da Iniciativa Hospital Amigo da Criança.
	IV Seminário Nacional de Políticas Públicas em Aleitamento Materno.
2012	Lançamento da Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil no <i>WORLD NUTRICION</i> .
	Portaria n.º 930, que define as diretrizes e objetivos da intenção integrada e humanizada aos recém-nascidos grave ou potencialmente grave e os critérios de classificação e habilitação de leitos em Unidades Neonatais no SUS.
2013	Publicação da Portaria nº 1.920 que institui a Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil
	V Seminário Nacional de Políticas Públicas em Aleitamento Materno
2014	Portaria nº 1.153 que incluiu os critérios Cuidado Amigo da Mulher na IHAC
2015	Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança Portaria GM/MS nº 1.130
	VI Seminário Nacional de Políticas Públicas em Aleitamento Materno

(Conclusão)

	Decreto nº 8.552 Regulamenta Lei 11265 da NBCAL
	Publicação da Lei nº 13.227 Determina como o dia 19 de maio o Dia Nacional de Doação de Leite Humano
2016	Publicação da Lei nº 13.257, que dispõe sobre o marco legal da Primeira Infância.
2017	Publicação da Lei nº 13.435, que institui o mês de agosto como o Mês do Aleitamento Materno – Agosto Dourado
	Nota Técnica de procedimentos técnicos para ordenha, manipulação e administração do leite cru exclusivo da mãe para o próprio filho em ambiente neonatal
	VII Seminário Nacional de Políticas Públicas em Aleitamento Materno
	Bases para a discussão da Política Nacional de Promoção, Proteção e Apoio ao Aleitamento Materno
2019	Guia alimentar para crianças brasileiras menores de 2 anos

Fonte: Adaptado de Brasil, 2017.

O alcance de melhores índices de AME até os 6 meses de vida e da amamentação continuada é um objetivo comum entre os países, em virtude principalmente dos benefícios maternos, de saúde da criança e de toda a sociedade. A prática de amamentar é um direito de toda mãe, e ter o leite materno como alimento é um direito da criança. Mas o exercício desse direito não depende apenas da vontade e da decisão da mãe. Por algum motivo, esta prática não é alcançada. Portanto, todos os esforços e estratégias a favor da amamentação devem ser seguidos e reformulados constantemente pelos entes envolvidos (Brasil, 2019).

3 JUSTIFICATIVA

Sabidamente, são diversos os benefícios da amamentação e do AME, tanto para mãe como para seus filhos, além dos amplos benefícios para a sociedade, quando se trata em fatores contextuais, ambientais e sociais que envolvem a amamentação, e da superioridade do leite humano como fonte de alimento, quando comparado com outros (fórmulas infantis, engrossantes, leite de vaca e diversos outros líquidos oferecidos aos bebês).

Diversos esforços e políticas públicas foram e estão sendo implementados mundialmente para que se aumentem os números da amamentação e amamentação exclusiva no tempo oportuno. Porém, mesmo com todas essas iniciativas, nem metade das crianças são amamentadas exclusivamente até o sexto mês de vida, período recomendado pela OMS.

Estudos que tentem revelar o porquê do não alcance das metas estabelecidas para amamentação e AME, indicando fatores e determinantes que possam ser trabalhados na sociedade, continuam a ser úteis, mesmo com todo o arcabouço de literatura que aborda essa temática, uma vez que a sociedade vive em constante mudança e inserção de novos hábitos, como avanço dos processos tecnológicos e o acesso desenfreado de informações, geralmente sem fundamento científico.

Há necessidade de estudos, como este, também para reforçar e nortear as políticas públicas voltadas para a promoção, a proteção e o apoio ao aleitamento materno, bem como para orientar e fornecer subsídios para leis que apoiem a mulher desde o seu pré-natal, o parto e, em no caso da mulher trabalhadora, que propiciem oportunidades para amamentar ou condições adequadas para retirar seu leite e armazenar no seu local de trabalho para suprir as necessidades de seu bebê em sua ausência (Sociedade Brasileira de Pediatria, 2020). Assim, aumentam-se as chances da prática do AME.

4 OBJETIVOS

4.1 OBJETIVO GERAL

Analisar os determinantes associados ao aleitamento materno exclusivo.

4.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Investigar a produção científica encontrada na literatura sobre os determinantes em saúde associados ao aleitamento materno exclusivo.
- Analisar os determinantes em saúde maternos e de recém-nascidos associados ao aleitamento materno exclusivo em três maternidades do Espírito Santo.
- Analisar os determinantes sociais de saúde do aleitamento materno exclusivo no 7º e no 27º dia após o parto.

5 METODOLOGIA

Para compor os resultados desta tese, utilizaram-se dados de um projeto maior, intitulado Projeto Viver, um estudo longitudinal, multicêntrico, realizado com puérperas e recém-nascidos, em três maternidades do Estado do Espírito Santo, com o objetivo principal de analisar a influência dos determinantes precoces na morbidade e mortalidade no período perinatal e neonatal nas regiões previamente selecionadas. O caminho metodológico deste projeto foi escrito em um artigo separadamente por seus coordenadores (Poton *et al.*, 2022).

O cenário do estudo do Projeto Viver foi o estado do Espírito Santo (ES), localizado na região Sudeste do Brasil. Ele possui uma população estimada, no ano de 2020, de 4.064.052 habitantes, sendo o 14º estado mais populoso do país, com um Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) de 0,740 em 2010 (IBGE, 2021). Até o ano de 2019, período do início da execução do Projeto, o ES estava dividido em quatro regiões de saúde (norte, central, metropolitana e sul), sendo as regiões metropolitana e norte as que compuseram o estudo (Espírito Santo, 2011).

A coleta dos dados foi realizada em duas maternidades da região metropolitana e em uma maternidade da região norte do ES. Essas instituições concentram a maior proporção de partos públicos, privados ou por convênio nas regiões. Na região metropolitana, dos 31.863 nascimentos em 2017, 13,6% (n = 4.336) e 6,3% (n = 2.003) aconteceram nas maternidades públicas e privadas selecionadas para o estudo, respectivamente, ambas localizadas na capital do estado, Vitória. A maternidade filantrópica participante do estudo possui 80% dos seus leitos destinados para atendimentos do Sistema Único de Saúde (SUS). A maternidade privada faz parte da rede de saúde suplementar. Os outros 80,1% dos nascimentos ocorreram em 62 maternidades localizadas na mesma região e em outras do estado (Espírito Santo, 2018).

Na região norte, dos 6.035 nascimentos em 2017, 38,3% (n = 2.309) ocorreram na maternidade selecionada para o estudo. Esse hospital é filantrópico e presta serviço para o SUS. Está localizado no município de São Mateus, sede

na prestação de serviços especializados em saúde para a região norte. Os demais nascimentos aconteceram em outras 33 maternidades localizadas nessa região e em outras do estado (Espírito Santo (Estado), 2018).

A saber, em agosto de 2019 foi dado início ao estudo, e as informações sobre as crianças foram obtidas em três momentos:

- **Acompanhamento na maternidade:** As três maternidades incluídas no estudo foram visitadas diariamente, de segunda a segunda, entre 1º de agosto de 2019 a 16 de março de 2020, para identificar as mulheres que haviam tido o parto nesse período. Um questionário foi aplicado ainda na maternidade, após o parto. Os conteúdos incluídos nele foram: características sociodemográficas, maternas e familiares, história reprodutiva, saúde pré-concepção, cuidados pré-natal, atenção ao parto e nascimento. Um formulário específico foi elaborado para o registro dos óbitos.
- **Acompanhamento neonatal precoce:** Com sete dias de vida, ao completar o período neonatal precoce, todas as mães das crianças que foram entrevistadas na maternidade receberam uma ligação telefônica. Para evitar perdas no acompanhamento, não havendo contato no primeiro momento, outras duas novas tentativas eram realizadas em dias e horários diferentes. Além disso, foram registrados os telefones da mãe e dos familiares (pai, avôs e tios). Um questionário foi aplicado contendo as seguintes informações: características demográficas da criança, orientações educativas, aleitamento materno, imunização, testes de rastreamento, acompanhamento da criança e saúde mental materna.
- **Acompanhamento neonatal:** Entrevistas por telefone foram realizadas quando as crianças completaram 27 dias de vida — período neonatal. Estratégia semelhante ao acompanhamento anterior foi realizada, para evitar perdas. Perguntas sobre a saúde mental materna e sobre a saúde da criança foram registradas em um questionário, que continha, também, informações sobre aleitamento materno e triagem neonatal.

Porém, para esta tese, foram desenvolvidas três propostas de artigos. Para melhor compreensão e organização, a metodologia de cada artigo será descrita a seguir.

5.1 ARTIGO 1

O primeiro artigo desta tese é composto por um estudo do tipo revisão de literatura, através de uma revisão de escopo. Ele foi conduzido seguindo as normas metodológicas do Joanna Briggs Institute (JBI), concomitantemente com as recomendações do “Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses (PRISMA-ScR) Checklist”. Para esta revisão, realizou-se um protocolo, com seu registro feito na plataforma Open Science Framework (OSF). O seu acesso pode ser realizado por meio do seguinte *link*: <https://doi.org/10.17605/OSF.IO/74MR5>.

A amostra final da revisão foi composta por 145 estudos. Para apresentação dos dados, utilizou-se tabelas. As informações extraídas foram: ano de publicação, origem/país de origem, continente, tipo de estudo, prevalência do AME e determinantes.

Para síntese dos resultados, segundo o modelo conceitual sugerido por Boccolini *et al.* (2015), as variáveis associadas ao AME foram classificadas da seguinte forma.

- **Distais:** características familiares/domiciliares e maternas;
- **Intermediárias:** características da gravidez e da atenção ao pré-natal; características da atenção ao parto, maternas durante a internação hospitalar e do recém-nascido e;
- **Proximais:** características das nutrizes/família, dos bebês e dos serviços de saúde.

Os dados extraídos foram incluídos em uma tabela com os determinantes do AME conforme níveis hierárquicos.

5.2 ARTIGO 2

Este artigo foi do tipo transversal, multicêntrico, com abordagem quantitativa. Em sua elaboração, foram utilizados os dados do Projeto Viver, coletados nas maternidades.

Os critérios de inclusão foram puérperas, sem especificação de idade, e como critérios de exclusão, óbitos fetais e maternos e/ou que apresentassem alguma dificuldade de comunicação no momento da coleta.

A amostra do estudo foi tipo censitária e consistiu em 3.438 duplas mãe/bebê. Os dados coletados nas maternidades foram realizados por meio de entrevistas, registros em prontuário materno e cartão de acompanhamento do pré-natal, utilizando questionário elaborado por equipe de coordenadores do Projeto Viver (ANEXO A).

As variáveis independentes investigadas neste estudo foram: características sociodemográficas e maternas, pré e pós-natal, do recém-nascido e da prática do aleitamento materno.

A variável desfecho considerada neste artigo foi o AME antes da alta hospitalar.

Foi realizada análise descritiva, através de tabelas de frequência com número e percentual. A relação entre amamentação exclusiva, dados relacionados à mãe, recém-nascido e pré-natal foi realizada por meio do teste qui-quadrado. Regressão logística foi útil para avaliar as variáveis que mais influenciam as mulheres na amamentação exclusiva. O nível de significância adotado foi de 5%.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Vila Velha (CAAE 02503018.0.0000.5064) (ANEXO B).

A entrevista com as mães foi precedida da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (ANEXO C) pela mãe ou responsável pela criança, durante a permanência no hospital.

5.3 ARTIGO 3

Para o terceiro artigo elaborou-se um estudo do tipo longitudinal, multicêntrico, com abordagem quantitativa. Os dados utilizados foram do Projeto Viver, coletados no 7º e no 27º dia após o parto.

A amostra investigada foi de 2.325 e 1.819 díades mãe/bebê. Com um percentual de perdas e recusas de 21,7% (n = 506) entre os dois períodos.

A coleta dos dados foi realizada através de inquérito telefônico, por meio de instrumento de pesquisa, previamente elaborado, no 7º e no 27º dia de vida da criança (ANEXO D e E). Contudo, visando minimizar as perdas de segmento, característica deste tipo de estudo, realizava-se o 1º acompanhamento entre o 7º e o 10º dia de nascimento e o 2º entre o 27º e o 30º dia, por uma equipe treinada para este fim.

As variáveis independentes investigadas no estudo foram: características maternas, em ambos os momentos, compostas por faixa etária, situação conjugal, raça, anos de estudo materno, trabalho materno, renda familiar, condição socioeconômica segundo a Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa (ABEP), quantidade de pessoas morando no mesmo domicílio, uso de álcool e/ou tabaco e uso de drogas ilícitas. Variáveis relacionadas à amamentação, alimentação e hábitos orais deletérios investigados no 7º e no 27º dia de vida dos bebês.

Foi realizada análise descritiva dos dados, através de tabelas de frequência com número e percentual para cada um dos itens do instrumento de pesquisa. As variáveis que mais influenciam as mulheres na amamentação exclusiva foram

avaliadas por regressão logística. O nível de significância adotado foi de 5%. O pacote estatístico IBM SPSS 20 – foi utilizado para esta análise.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade de Vila Velha (CAAE 02503018.0.0000.5064) (ANEXO B).

6 RESULTADOS

6.1 ARTIGO 1

Título: Determinantes em saúde associados ao aleitamento materno exclusivo: Uma revisão de escopo.

Revista: Revista CEFAC.

Situação: Aceito (ANEXO F)

Tipo de artigo: Artigo de Revisão de Literatura.

RESUMO

Objetivo: mapear os determinantes em saúde associados ao aleitamento materno exclusivo. **Métodos:** revisão de escopo realizada seguindo a metodologia do JBI, concomitantemente com as recomendações do *checklist PRISMA-Extension for Scoping Reviews*. A coleta de dados foi realizada nas bases de dados Medline/PubMed, Lilacs, Cinahl, Scopus e Embase e, para identificação da literatura cinzenta, utilizou-se a Biblioteca Digital Brasileira de Teses e Dissertações. A síntese dos resultados foi organizada em três modelos teóricos: distal, intermediário e proximal. **Revisão da Literatura:** foram encontrados 3.998 títulos e, após todas as etapas de seleção, foram incluídos 145 estudos, de diferentes desenhos metodológicos, publicados entre os anos de 2002 e 2022. Foram mapeados como determinantes em saúde associados ao aleitamento materno exclusivo: escolaridade materna, renda familiar, realização e número de consultas no pré-natal, orientação e práticas do aleitamento materno, tempo até a primeira mamada, sexo do recém-nascido, trabalho materno e licença-maternidade, uso de chupeta e orientações sobre aleitamento materno exclusivo nos serviços de saúde. **Conclusão:** os determinantes que podem facilitar ou dificultar o aleitamento materno exclusivo são extrínsecos e intrínsecos ao binômio mãe e bebê, e fazem-se necessárias políticas públicas que protejam o direito de amamentação de qualquer ser humano.

Descritores: Aleitamento Materno; Saúde Materno-infantil; Determinantes Sociais da Saúde

ABSTRACT

Purpose: to map health determinants associated with exclusive breastfeeding. **Methods:** scoping review conducted according to the JBI methodology and recommendations in PRISMA-Extension for Scoping Reviews. Data were collected in the MEDLINE/PubMed, LILACS, CINAHL, Scopus, and EMBASE databases and in the Brazilian Digital Library of Theses and Dissertations for the grey literature. The results were synthesized and organized into three theoretical models: distal, intermediate, and proximal. **Literature Review:** altogether 3,998 titles were found,

of which 145 were included in the review after all selection stages. They had various methodological designs and were published between 2002 and 2022. The following health determinants associated with exclusive breastfeeding were mapped: maternal educational attainment, family income, attendance to and frequency of prenatal care, breastfeeding guidance and practices, time until first breastfeeding, newborn's sex, maternal employment and maternity leave, pacifier use, and exclusive breastfeeding guidance at health services. **Conclusion:** determinants that can facilitate or hinder exclusive breastfeeding are extrinsic and intrinsic to the mother and infant. Public policies are needed to protect every person's right to breastfeeding.

Keywords: Breast Feeding; Maternal and Child Health; Social Determinants of Health

INTRODUÇÃO

A Organização Mundial de Saúde (OMS)¹ estabeleceu como meta aumentar as taxas de aleitamento materno exclusivo (AME) nos 6 primeiros meses de vida para 50% até o ano de 2025. Não obstante os inúmeros esforços de promoção, proteção e incentivo à amamentação, essas taxas ainda estão aquém do recomendado.

Entre as medidas já adotadas, a OMS ratifica a importância de quatro ações principais, a saber: licença-maternidade remunerada de seis meses a todas as mães trabalhadoras, bem como a instituição de políticas que incentivem a amamentação no trabalho e em locais públicos; fortalecimento dos sistemas de saúde; apoio às mães, com aconselhamento sobre AME e a limitação de divulgação de fórmulas infantis, sendo esta monitorada por órgão competente^{1,2}.

A amamentação exclusiva até os 6 meses de idade e complementada com alimentos saudáveis até os 2 anos ou mais é altamente defendida. O AME é sabidamente benéfico para o binômio mãe/bebê, protege os bebês contra todas as formas de desnutrição, além de proteger as mães contra doenças, como diabetes e câncer de mama³.

As baixas taxas de AME apresentam impacto direto na economia global, uma vez que os países perdem mais de 300 bilhões de dólares por ano¹ devido à pouca adesão ao AME. Portanto, estudos que monitorem e guiem os determinantes ao AME nos diferentes cenários e culturas são primordiais.

Os determinantes associados ao AME constituem diferentes estudos, mostrando uma heterogeneidade entre os vários países. O papel da mãe é indispensável para o sucesso da amamentação, porém este não é de exclusiva responsabilidade dela. Trata-se de uma responsabilidade coletiva, portanto, de toda a sociedade⁴. Ao longo dos anos e com as mudanças pelas quais a sociedade passa diariamente, os determinantes em saúde podem ter sofrido possíveis alterações e/ou novos podem ter surgido. Portanto, mapear os determinantes e compreendê-los pode contribuir para as boas práticas para a amamentação, o que reforça a necessidade e a importância da elaboração deste estudo.

Dessa forma, esta revisão de escopo teve como objetivo mapear os determinantes em saúde associados ao aleitamento materno exclusivo.

MÉTODOS

Protocolo e Registro

Esta revisão de escopo foi realizada seguindo a metodologia *Joanna Briggs Institute* (JBI)⁵, concomitantemente com as recomendações do “Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses (PRISMA-ScR) Checklist”⁶. O protocolo foi registrado na plataforma *Open Science Framework* (OSF), com acesso pelo seguinte *link*: <https://doi.org/10.17605/OSF.IO/74MR5>.

Formulação da questão de pesquisa

Utilizou-se o acrônimo PCC (população, conceito e contexto) para formulação do objetivo do estudo: P (população)= lactantes e lactentes; C (conceito)= determinantes em saúde; C (contexto)= aleitamento materno exclusivo⁵. A questão norteadora do estudo é: quais são os determinantes em saúde associados ao aleitamento materno exclusivo no binômio lactante e lactente?

Crêterios de Inclusão

Participantes (P): esta revisão considerou estudos que incluíram lactantes e lactentes menores de 24 meses de idade.

Conceito (C): consideraram-se estudos que exploravam determinantes em saúde do AME. O mapeamento foi subsidiado por uma adapta o do modelo conceitual de Boccolini⁷, sendo contemplados para esta revisão os níveis: distal (características familiares/domiciliares e maternas), intermediário (características da gravidez e da aten o pré-natal, características do parto e maternas durante a internat o hospitalar e características do recém-nascido) e proximal (características das nutrizes/família, dos beb s e dos serviços de saúde).

Contexto (C): o contexto desta revisão foi o AME, considerando a concep o recomendada pela OMS – AME - quando a criança recebe somente leite, direto da mama ou ordenhado, ou leite humano de outra fonte, sem outros líquidos ou sólidos, com exce o de gotas ou xaropes contendo vitaminas, sais de reidrata o oral, suplementos minerais ou medicamentos. Contemplaram-se os cenários dos serviços de saúde, domiciliares ou que consideraram os dados de bases e inqueritos populacionais¹.

Crêterios de exclusão

Foram excluídas notícias de jornais, *blogs* e editoriais e artigos que não deixaram claros os métodos utilizados ou que apresentaram resultados que não se alinhavam ao objetivo deste estudo.

Tipos de fonte

Esta revisão de escopo considerou desenhos de estudo de métodos quantitativos, qualitativos, mistos e revisões. Foi realizada leitura cuidadosa das listas de referências de todos os estudos e revisões elegíveis para identificar possíveis estudos adicionais. Consideraram-se estudos primários, teses e disserta es inéditas, além da “literatura cinza”. As seguintes bases de dados foram utilizadas: Medline via PubMed, Lilacs, Cinahl, Scopus via Elsevier e

Embase. Para a identificação da literatura cinzenta, utilizou-se a Biblioteca Digital Brasileira de Teses e Dissertações do Instituto Brasileiro de Informação em Ciência e Tecnologia (BDTD). A limitação temporal não foi definida, tendo em vista a trajetória do conceito vinculado aos determinantes em saúde. Nenhuma limitação de idioma foi aplicada.

Seleção de dados

A estratégia de busca incluiu termos controlados e palavras-chave relacionadas aos itens que compõem a estratégia PCC, associados com os operadores *booleanos* AND e OR. A estratégia de busca, incluindo todas as palavras-chave e termos de indexação identificados, foi adaptada para cada fonte de informação (Quadro 1).

Quadro 1 - Estratégia de busca por base de dados (Continua)

Medline	((Breast[ti] AND (Feed*[ti] OR milk[ti])) OR Breastfeed*[ti] OR Breastfed[ti]) AND (exclusive*[tiab] OR only[tiab] OR full[tiab])) AND ("associated factors"[tiab] OR aspect[tiab] OR cause[tiab] OR circumstance[tiab] OR determinant[tiab] OR "Associated Factor"[tiab]).
Lilacs	((ti:Breast AND ti:(Feed* OR milk)) OR ti:Breastfed* OR ti:Breastfeed* OR ti:amamanta* OR ti:amamenta* OR ti:aleitamento) AND tw:(exclusiv* OR only OR full OR apenas OR unicamente OR somente) AND tw:("associated factors" OR aspect OR cause OR circumstance OR determinant OR "Associated Factor" OR "fatoresassociados" OR causa OR Circunstancia OR determinante OR "fatorassociado" OR "factoresasociados" OR "factor asociado").
CINAHL	TI ((Breast AND (feed* OR milk)) OR breastfeed* OR breastfed) AND (AB ((exclusive OR only OR full) AND ("associated factors" OR aspect OR cause OR circumstance OR determinant OR "Associated Factor"))) OR TI ((exclusive OR only OR full) AND ("associated factors" OR aspect OR cause OR circumstance OR determinant OR "Associated Factor"))
Scopus	((TITLE(Breast) AND (TITLE(Feed*) OR TITLE(milk))) OR TITLE(Breastfeed*) OR TITLE(Breastfed)) AND (TITLE-ABS(exclusive*) OR TITLE-ABS(only) OR TITLE-ABS(full))) AND (TITLE-ABS("associated factors") OR TITLE-ABS(aspect) OR TITLE-ABS(cause) OR TITLE-ABS(circumstance) OR TITLE-ABS(determinant) OR TITLE-ABS("Associated Factor"))
EMBASE	((Breast:ti AND (Feed*:ti OR milk:ti)) OR Breastfeed*:ti OR Breastfed:ti) AND (exclusive*:ti,ab OR only:ti,ab OR full:ti,ab)) AND ('associated factors':ti,ab OR aspect:ti,ab OR cause:ti,ab OR circumstance:ti,ab OR determinant:ti,ab OR 'Associated Factor':ti,ab)

(Conclusão)

BDTD	"(Todos os campos:"Aleitamento materno" OR amamentação OR Breastfeed OR Breastfed OR Breastfeeding E Todos os campos:apenas OR unicamente OR somente OR exclusivo OR "associatedfactors" OR aspect OR cause OR circumstance OR determinant OR "Associated Factor" E Todos os campos:"fatores associados" OR causa OR Circunstancia OR determinante OR "fator associado" OR "factoresasociados" OR "factorasociado")"
------	--

Extração de dados

No processo de seleção dos estudos para compor a revisão de escopo, os resultados das buscas foram enviados ao programa Endnote Web⁸, um gerenciador de referências, para a remoção de estudos duplicados. Posteriormente, a seleção dos estudos foi realizada de maneira independente por dois revisores (ALBS) e (CRSF) por meio da plataforma de seleção *Rayyan*⁹. Inicialmente os artigos foram selecionados após a leitura de título e resumo, assim os que atenderam aos critérios de elegibilidade, e por consenso dos dois revisores, foram separados para leitura na íntegra para inclusão ou exclusão na revisão. As discordâncias na elegibilidade dos estudos foram resolvidas por um terceiro revisor (PGS), e, no caso de exclusão, foi registrado o motivo em todas as fases do processo de seleção dos estudos.

Os dados foram extraídos e transferidos para tabelas com as seguintes informações: ano de publicação, origem/país de origem, continente, tipo de estudo, prevalência do AME e determinantes.

Síntese dos resultados

Os estudos que compuseram a síntese desta revisão foram elencados em forma de tabelas e gráfico. As variáveis associadas ao AME foram classificadas, segundo o modelo conceitual sugerido por Boccolini⁷. Foram elas: distais (características familiares/domiciliares e maternas), intermediárias (características da gravidez e da atenção pré-natal; características da atenção ao parto, maternas durante a internação hospitalar e do recém-nascido) e proximais (características das nutrizes/família, dos bebês e dos serviços de saúde).

Os dados extraídos foram incluídos no Quadro 2, com os determinantes do AME conforme níveis hierárquicos.

Quadro 2 - Determinantes em saúde associados ao aleitamento materno exclusivo conforme modelo teórico Boccolini

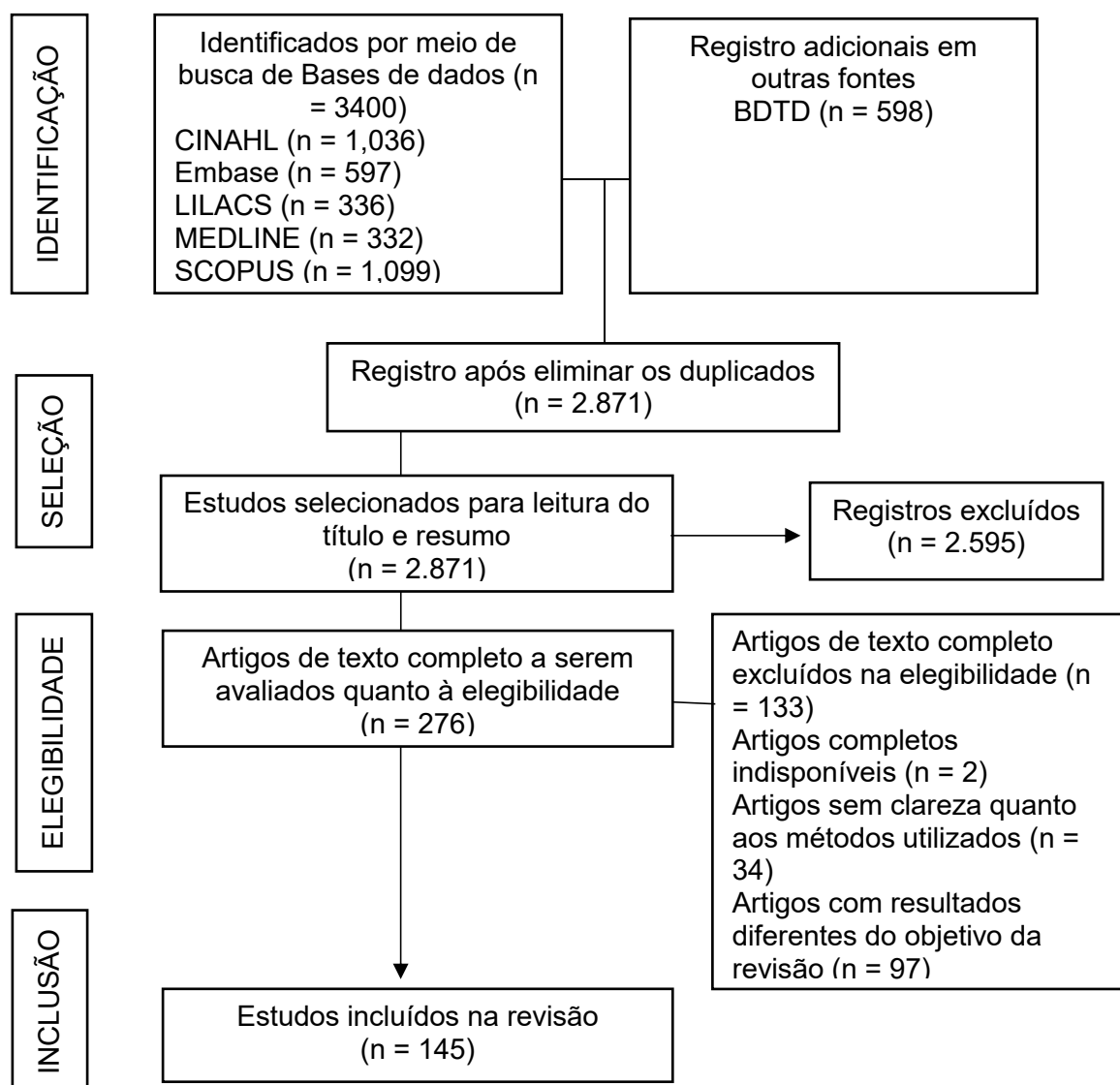
Distal	
Características familiares ou domiciliares	Características que envolvem a rede de apoio materno, como idade e escolaridade paterna, renda familiar, condições de moradia.
Características maternas	Características da cor da pele ou raça, idade, escolaridade, paridade, experiência prévia com amamentação, situação conjugal.
Intermediário	
Características da gravidez	Estado nutricional materno, desejo pela gravidez, tabagismo, alcoolismo, atenção pré-natal, realização de pré-natal e número de consultas, informações sobre aleitamento materno, participação em grupo de pré-natal, financiamento do pré-natal.
Características de atenção ao parto	Nascer em Hospital Amigo da Criança ou com Banco de Leite Humano, financiamento da maternidade, orientações em aleitamento materno, práticas em aleitamento materno.
Características maternas durante a internação hospitalar	Intenção de amamentar, tipo de parto, tempo até a primeira mamada, aleitamento materno exclusivo na alta hospitalar.
Características do recém-nascido	Peso ao nascer, idade gestacional, intercorrências imediatas após o parto, sexo do recém-nascido.
Proximal	
Características das nutrizes /família	Trabalho/licença-maternidade, cansaço e indicadores emocionais, conhecimento sobre aleitamento materno exclusivo, dificuldades em amamentar, convivência e apoio familiar, cuidador da criança.
Características dos bebês	Idade, saúde, uso de chupeta.
Características dos serviços de saúde	Tipo de financiamento da atenção primária em saúde, tipo de unidade básica, satisfação das mães com apoio recebido do serviço, orientações sobre aleitamento materno, acompanhamento em uma unidade básica amiga da amamentação.

REVISÃO DA LITERATURA

Seleção dos estudos

Foram encontradas 3.988 referências, sendo 3.400 nas bases eletrônicas Cinahl (n=1.036), Embase (n=597), Lilacs (n=336), Medline (n=332), Scopus (n=1.099) e 598 registros identificados na literatura cinzenta, através da BDTD. Após a triagem, foram excluídos estudos por duplicidade (2.871) e pela análise de título e resumo (2.595). Sendo assim, procedeu-se à leitura na íntegra de 276 artigos para análise de elegibilidade, selecionados ao final 145 artigos (Figura 1).

Figura 1 - Fluxograma do processo de seleção dos estudos incluídos na revisão de escopo seguindo as recomendações do PRISMA-ScR⁶, 2023



Características dos estudos

Dos 145 (APÊNDICE) estudos selecionados para compor esta revisão de escopo, 42% (61) foram oriundos da América do Sul e, do continente africano, 26% (38). Quanto ao tipo de estudo, 56% (81) eram do tipo transversal e 30% (43) de coorte. Quanto a prevalência de AME 37% (54) dos estudos encontraram uma taxa de AME de 31 a 50% (Tabela 1).

Tabela 1 - Características dos estudos sobre os determinantes em saúde associados ao aleitamento materno exclusivo, 2023

Variáveis	Número de Estudos	%
Continente		
África	38	26
América (Central)	5	3
América (do Norte)	3	2
América (do Sul)	61	42
Ásia	24	17
Europa	7	5
Oriente médio	7	5
Tipo de estudo		
Transversal	81	56
Coorte	43	30
Caso-controle	4	3
Revisões (Integrativa e sistemática-com ou sem metanálise)	8	5
Análise multinível	3	2
Qualitativo	3	2
Método misto	3	2
Prevalência de aleitamento materno exclusivo		
0 a 30%	45	31
31 a 50%	54	37
51 a 90%	26	18
Não avaliaram	5	4
Não descreveram	15	10

Legenda: % percentual

Os estudos incluídos na revisão foram publicados entre 2002 e 2022 (Figura 2). Essa produção científica distribuiu-se assimetricamente na última década, com um ápice de publicação no ano de 2021, com 16 estudos.

Figura 2 - Distribuição por ano de publicação dos artigos selecionados para a revisão de escopo, 2023



Evidências individuais dos determinantes associados ao aleitamento materno exclusivo

O mapeamento dos determinantes em saúde no AME é observável na Tabela 2. A escolaridade materna (n=48) no modelo distal foi o determinante predominante nos estudos investigados, seguido por trabalho materno e licença-maternidade (n = 46) no modelo proximal.

Tabela 2 - Determinantes em saúde associados ao aleitamento materno exclusivo encontrados na revisão de escopo, 2023

MODELO DISTAL		MODELO INTERMEDIÁRIO		MODELO PROXIMAL	
Características familiares ou domiciliares	n	Características da gravidez	N	Características das Nutrizes /família	n
Renda familiar	36	Realização de pré-natal e número de consultas	16	Trabalho materno e licença-maternidade	46
Condições de moradia	10	Informações sobre aleitamento materno	10	Conhecimento sobre AME	19
Rede de apoio	8	Atenção pré-natal	5	Dificuldades em amamentar	13
Escolaridade paterna	2	Desejo pela gravidez	4	Convivência e apoio familiar	11
Idade paterna	0	Estado nutricional materno	3	Cansaço e indicadores emocionais	8
Características maternas		Participação em grupo de pré-natal	1	Cuidador da criança	0
Escolaridade	48	Tabagismo	1	Característica dos bebês	
Idade materna	37	Alcoolismo	0	Uso de chupeta	27
Paridade	25	Financiamento do pré-natal	0	Idade	21
Situação conjugal	10	Características de atenção ao parto		Saúde do bebê	6
Experiência prévia com amamentação	7	Orientações em aleitamento materno	3	Característica dos serviços de saúde	
Cor da pele ou raça	1	Práticas em aleitamento materno	3	Orientações sobre aleitamento materno	9
		Financiamento da maternidade	1	Tipo de financiamento da atenção primária em saúde	6
		Nascer em Hospital Amigo da Criança ou com BLH	0	Tipo de unidade básica	4
		Características maternas durante a internação hospitalar		Satisfação das mães com apoio recebido do serviço	2
		Tempo até a primeira mamada	17	Acompanhamento em Unidade Básica Amiga da Amamentação	0
		Tipo de parto	15		
		Intenção de amamentar AME na alta hospitalar	9		
		Características do recém-nascido	1		
		Sexo do recém-nascido	10		
		Peso ao nascer	5		
		Idade gestacional	1		
		Intercorrências imediatas após o parto	0		

Legenda: BLH=Banco de Leite Humano; AME=Aleitamento materno exclusivo; n=número de estudos

Entre os estudos incluídos nesta revisão de escopo, houve publicações sobre AME oriundas dos seis continentes, em sua maioria da América do Sul. Os estudos nos países subdesenvolvidos discorrem sobre como os determinantes sociais e econômicos podem facilitar ou dificultar o AME¹⁰⁻¹² e os associam à baixa prevalência de AME, identificada nesta revisão em 50%. O ano de 2021 foi predominante no quantitativo de estudos, ano marcado pela pandemia causada

pelo coronavírus. Isso impactou negativamente vários aspectos envolvendo o aleitamento materno, assim como a adesão ao AME, o que ratifica a necessidade de produção científica na temática¹³. Os determinantes em saúde predominantes, protetores ou fatores de risco, são indicadores importantes para o alcance das metas estabelecidas pela OMS¹ para o alcance da melhora dos índices de AME. Por meio do modelo de determinantes do AME⁷, é possível investigar quando e como esses fatores interferem no processo. No mapeamento dos determinantes em saúde do AME representado pelo modelo de Bocollini⁷, justifica-se a sua importância devido à diversidade de cenários que envolvem o aleitamento materno, à necessidade de sua discussão conforme o determinante do modelo a que pertence, se distal, intermediário ou proximal.

Modelo Distal

A escolaridade, variável apontada nas características maternas, foi predominante em relação a todos os determinantes mapeados. Nos estudos desta revisão, ela foi apontada como facilitador do AME; na Arábia Saudita¹⁰, evidenciou-se que uma mãe com pelo menos sete anos de escolaridade tem duas vezes mais chances em AME do que outra com menos tempo de instrução; na Etiópia¹¹, mães com, no mínimo, ensino médio apresentam 3,86 mais chances de praticar AME, e, no Brasil, há uma melhor adesão ao AME na região Sul do país em decorrência da presença de maior escolaridade nessa região entre as mulheres¹². Ainda que visto como um fator facilitador, em países em desenvolvimento, o melhor nível de instrução e consequente elevação da formação e alcance de melhores cargos no trabalho e menos tempo na residência resultam em uma acelerada transição urbana sem apropriada rede de apoio e políticas públicas que protejam a mãe e seu bebê, podendo ocorrer uma diminuição da prática de AME nesses países¹⁰. Ainda assim, o aumento do conhecimento capacita as mães a resistirem a práticas e pressões que as exponham a risco de desmame precoce, pois uma maior instrução faz com que elas valorizem melhores práticas no desenvolvimento da criança, como o AME. Sendo assim, reitera-se a necessidade de que este cenário seja visualizado em sua amplitude, com oferta de educação de qualidade e igualdade no acesso às oportunidades no mercado de trabalho^{11,12,14}.

Vislumbrar esse cenário em sua integridade representa compreender que a renda familiar, relacionada às características familiares ou domiciliares do modelo distal nesta revisão, mostrou ser um determinante que pode dificultar o AME. Num total de 36 estudos, 18 mostraram essa variável como sendo um fator de risco para o AME. Na atualidade, a mulher que possui menor escolaridade, desconhecimento dos benefícios da amamentação, baixa renda familiar, reduzido apoio e dificuldade de acesso à assistência à saúde, associados ao fato de estar inserida no mercado de trabalho que não tem preparo para apoiá-la no pós-parto, tem mais chances de desmame precoce^{12,14-16}.

No Brasil, identificou-se que a baixa renda familiar elevou em 1,22 a chance de cessação do AME, demonstrando que as desigualdades sociais como as que envolvem questões econômicas impactam diretamente as condições em saúde materna e infantil¹⁷. No entanto, outros estudos evidenciam a baixa renda como fator protetor para o AME, justificando tal assertiva com base no fato de que o leite materno muitas vezes é o único alimento disponível para consumo de bebês em países pobres^{10,11}.

Um estudo realizado no Peru também identifica a variável baixa renda como fator protetor para o AME. No entanto, destaca que, embora o país tenha atingido 70% do AME recomendado pela OMS, tem características de baixa renda e escolaridade predominantes e que, pelo fato de essa prevalência acontecer de formas variadas nas suas diferentes regiões, devem-se analisar as diferenças regionais e culturais dessa prevalência¹⁸. Os autores salientam que a avaliação quanto à oferta de AME não deve se restringir a percentuais, é preciso analisar a qualidade de vida do binômio mãe e bebê para maior sucesso da amamentação.

Modelo Intermediário

Na perspectiva intermediária do modelo em AME, em relação às características da gravidez, a realização e o número de consultas no pré-natal foram determinantes apontados em 16 estudos e como principais fatores a realização de pré-natal classificado como oportuno, a possibilidade de educação em saúde e orientações sobre AME.

O acolhimento é o momento ideal para fortalecer o vínculo com a unidade de saúde e realizá-lo com qualidade pode garantir que a mãe seja protagonista do seu momento de aleitamento materno, optando por fazê-lo¹⁵. A realização de, no

mínimo, seis consultas mostrou associação positiva com AME^{12,19}. Iniciá-lo no primeiro trimestre gestacional, com orientações e educação em saúde sobre aleitamento materno, é fator protetor¹².

No que concerne à atenção ao parto, verificou-se que as orientações sobre aleitamento e as práticas voltadas ao aleitamento materno foram os determinantes mais investigados. Os estudos enfatizaram que a falta de orientação ou conhecimento deficiente sobre amamentação contribuem de forma significativa para o desmame precoce^{20,21}. Estudos que identificaram as práticas da amamentação relacionadas ao sucesso ou não do AME relataram que as mães que exercitam as boas práticas do aleitamento materno são mães mais propensas a praticar a amamentação exclusiva. Entre estas estão mães com conhecimento correto sobre o colostro, AME e com escores mais altos de percepção para benefícios do aleitamento materno^{22,23}. Esses determinantes estão significativamente associados à atuação dos profissionais de saúde que acompanham essa fase da vida da mulher, desde o início da gravidez até o pós-parto. Todo contato com essa mulher no serviço de saúde é uma oportunidade de orientar sobre o aleitamento materno e seus benefícios, não só mediante informação, mas principalmente por meio da implementação de ações que envolvam a gestante e sua família²⁴.

Quanto às características maternas referentes ao período de internação hospitalar, o que estabeleceu a amamentação exclusiva foi o tempo até a primeira mamada, tendo sido este determinante associado ao AME em 17 estudos desta revisão. Vários estudos apontam o sucesso da amamentação exclusiva associado, entre outros determinantes, ao início do aleitamento materno até uma hora após o parto^{12,22,25}. Esta é uma estratégia sugerida pelo Fundo das Nações Unidas para a Infância em conjunto com a OMS, quando instituíram o Hospital Amigo da Criança, cuja iniciativa recomenda dez passos para o sucesso da prática do aleitamento materno. Entre esses, no quarto passo, recomenda-se que se coloque o lactente em contato com a mãe imediatamente após o parto, durante pelo menos uma hora²⁶.

Essa prática, infelizmente, ainda não é realizada amplamente. Estudo realizado no Brasil mostrou que a amamentação precoce ficou aquém do recomendado pela OMS, ainda que a instituição cenário da investigação seja

considerada um Hospital Amigo da Criança. O estudo ainda revelou que os principais fatores associados à amamentação na primeira hora de vida foram o parto normal, que tinha enfermeiro prestador de assistência ao parto, e o contato pele a pele entre mãe e bebê²⁷.

Quanto às características dos recém-nascidos, a variável mais explorada foi o sexo do bebê, investigada em dez estudos. Três desses estudos mostraram uma associação positiva entre a variável sexo feminino e a prática do AME²⁸⁻³⁰, e um estudo evidenciou que as lactentes têm mais chances de interrupção precoce do AME do que lactentes do sexo masculino¹⁷. Assim, observa-se que, semelhantemente a resultados de outros estudos^{7,28}, ainda não se tem um consenso sobre qual sexo do recém-nascido determina o AME. Isso decorre do fato de este determinante envolver diferentes fatores, entre eles, fatores culturais e familiares, como a crença de que os recém-nascidos do sexo masculino têm um maior apetite, o que justificaria uma maior ingestão de alimentos do que os do sexo feminino, suggestionando a mãe a introduzir alimentos complementares precocemente. Ressalta-se que outros estudos devem ser realizados para explicar melhor esse fenômeno²⁸.

Modelo Proximal

Em relação aos determinantes do modelo proximal, o trabalho materno e a variável licença-maternidade foram os determinantes mais contundentes associados ao AME nesse nível proximal, e ocuparam a segunda colocação entre determinantes no modelo geral de Bocollini⁷, detectados em 46 estudos. Diferentes artigos apontaram que o trabalho da mãe fora de casa é a principal causa de interrupção do AME antes dos 6 meses de idade do bebê^{29,31-33}. Estudo na Etiópia mostrou também que as mulheres donas de casa apresentam maior probabilidade de alcançar as metas para o AME do que as mulheres em emprego formal.

Essa associação se explica pelo fato de que as mães desempregadas ou donas de casa têm um tempo maior para ficar no domicílio com seu bebê do que as mulheres que trabalham fora. Porém, algumas ações devem ser consideradas para que estas últimas tenham disponibilidade e suporte para se manterem em casa e, no caso do retorno ao trabalho, apoio para amamentação nesse ambiente³⁴. Alguns exemplos podem ser citados, como licença-maternidade

remunerada de até seis meses e existência de salas de amamentação nos locais de trabalho¹⁷. Tais ações são uma forte estratégia na proteção da amamentação exclusiva para as mães inseridas no mercado de trabalho formal³⁵.

Ainda com referência aos determinantes mais próximos ao AME, quanto às características dos bebês, a prática do uso de chupeta foi um determinante contundente encontrado nesta revisão de escopo, caracterizado como uma associação negativa à amamentação exclusiva, identificado por 27 estudos. Tal fenômeno também foi encontrado em outros estudos^{20,21,36}.

Estudo de coorte, realizado com o objetivo de investigar a relação entre o desmame precoce e o uso de chupeta mostrou que a interrupção precoce do AME e o uso de chupeta aumentam gradativamente com a elevação da idade do bebê. A pesquisa apontou que, no quarto mês, mais da metade dos bebês já haviam desmamado e faziam uso de chupeta³⁷. Essa prática é desencorajada pela OMS na publicação “Dez Passos para o Sucesso do Aleitamento Materno”. A OMS também enfatiza a importância de aconselhar as mães sobre o uso e os riscos de mamadeiras, bicos e chupetas³⁸. Essa associação também precisa ser mais bem investigada, uma vez que vários outros contextos, maternos, fisiológicos, familiares, estão envolvidos nesse fenômeno.

Em relação às características referentes aos serviços de saúde, poucos foram os estudos que investigaram esses determinantes, porém, entre os investigados, a variável orientações sobre aleitamento materno nesses ambientes foi o determinante mais frequente associado positivamente ao AME, encontrado em nove estudos. Tal relação foi encontrada também em estudo realizado na Etiópia, mostrando que as mulheres que recebem orientações sobre amamentação nas unidades de saúde têm duas vezes mais chances de amamentar exclusivamente²⁵.

Já em estudo desenvolvido na China²², relacionado às informações sobre aleitamento materno nas unidades de saúde, traz outro determinante importante, que é a não sugestão de alimentação com fórmulas infantis por parte dessas unidades e outras fontes. O estudo mostrou que as mães que não receberam essas informações apresentaram maior probabilidade de praticar o AME. A comercialização das fórmulas infantis preocupa as organizações que trabalham em prol da amamentação, como a OMS, que reforça que os serviços de saúde

devem, além de outras normas, cumprir plenamente o Código Internacional de Comercialização de Substitutos do Leite Materno, que traz como um de seus objetivos a nutrição segura e adequada dos bebês. Esta deve acontecer por meio de ações de proteção e promoção da amamentação, assegurando o uso apropriado dos substitutos do leite materno somente quando forem de extrema necessidade, com base principalmente em orientações adequadas³⁸.

Como limitações do estudo, ainda que abrangente, observa-se que documento de políticas públicas e anais de eventos não foram identificados na seleção, também estudos de países desenvolvidos sobre a temática foram escassos, o que pode ter contribuído para que estudos relevantes não tenham sido incluídos. Sendo assim, para minimizar viés, foi realizada busca em uma amplitude de bases, com a possibilidade de maior número possível de artigos para leitura na íntegra para texto completo realizada por duas pesquisadoras e, quando necessário, houve a participação de uma terceira para decisão, a fim de minimizar possíveis perdas. Ressalta-se, ainda, que a avaliação de qualidade de estudo quanto a rigor científico não foi realizada por não ser característica de uma revisão de escopo, sugerindo, assim, estudos futuros com os determinantes mapeados em outras metodologias.

CONCLUSÃO

Esta revisão de escopo mapeou determinantes em saúde do AME em várias realidades continentais, predominando estudos realizados na América do Sul, em países com várias facetas sociais e econômicas que dificultam o AME. Na perspectiva do modelo em amamentação utilizado nos determinantes distais, verificou-se que a ausência de ou o pouco acesso à escolaridade, variável predominante, e a baixa renda impactam negativamente o AME. Os determinantes intermediários como realização e número de consultas de pré-natal, orientação e práticas de AME no pré-natal, tempo até a primeira mamada são ações que cabem aos profissionais de saúde e são possíveis de ser efetivadas com qualidade na prática, facilitando as chances de realização prolongada desse aleitamento.

Não houve consenso sobre o papel do sexo do bebê no AME, presente nos estudos mapeados, necessitando, portanto, de estudos que melhor relacionem essas duas variáveis. No modelo proximal, as variáveis trabalho materno e a licença-maternidade compuseram o segundo determinante mais presente no modelo. Evidenciou-se também o papel da mulher pós-inserção no mercado de trabalho sem a devida rede de apoio. Os outros determinantes, como uso de chupeta e orientações sobre aleitamento materno, também foram identificados. Portanto, os determinantes que podem facilitar ou dificultar o AME são extrínsecos e intrínsecos ao binômio mãe e bebê. Fazem-se necessárias políticas públicas que protejam o direito de amamentação de qualquer ser humano no mundo.

REFERÊNCIAS

1. WHO: World Health Organization. Global nutrition targets 2025: breastfeeding policy brief. [acessado 23 jan 2023]. Disponível em: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/149022/WHO_NMH_NHD_14.7_eng.pdf?ua=1
2. Sociedade Brasileira de Pediatria. Guia prático de aleitamento materno. 2020. [acessado em 24 jan 2023]. Disponível em: https://www.sbp.com.br/fileadmin/user_upload/22800f-GUIAPRATICO-GuiaPratico_de_AM.pdf
3. Wells JC, Sawaya AL, Wibaek R, Mwangome M, Poullas MS, Yajnik CS et al. The double burden of malnutrition: a etiological pathways and consequences for health. *Lancet*. 2020;395(10217):75-88. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(19\)32472-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(19)32472-9). PMID: 31852605.
4. Rollins NC, Bhandari N, Hajeerhoy N, Horton S, Lutter CK, Martines J Cet al. Lancet Breastfeeding Series Group. Why invest, and what it will take to improve breastfeeding practices? *Lancet*. 2016;387(10017):491-504. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(15\)01044-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(15)01044-2). PMID: 26869576.
5. Aromataris E, Munn Z, editores. JBI Manual for Evidence Synthesis. JBI, 2020. Disponível em: <https://synthesismanual.jbi.global>.
6. Tricco AC, Lillie E, Zarin W, O'Brien KK, Colquhoun H, Levac D, et al. PRISMA Extension for Scoping Reviews (PRISMA-ScR): checklist and explanation. *Ann Intern Med*. 2018;169(7):467-73. <https://doi.org/10.7326/M18-0850>. PMID: 30178033.
7. Boccolini CS, Carvalho ML, Oliveira MIC. Factors associated with exclusive breastfeeding in the first six months of life in Brazil: a systematic review. *Rev Saúde Pública*. 2015;49(91):1-15. <https://doi.org/10.1590/S0034-8910.2015049005971>. PMID: 26759970.
8. Thompson R. "EndNote 7." EndNote 2015. Disponível em: <http://endnote.com/product-details/X7>.

9. Ouzzani M, Hammady Zbys Fedorowicz Z, Elmagarmid A. Rayyan - a web and mobile app for systematic reviews. *Systematic Reviews*. 2016 [cited 2023 fev 7]. 5:210. Available from: <https://rayyan.ai/>
10. Amin T, Hablas H, Al Qader AA. Determinants of initiation and exclusivity of breastfeeding in Al Hassa, Saudi Arabia. *Breastfeed Med*. 2011 Apr;6(2):59-68. <https://doi.org/10.1089/bfm.2010.0018>. PMID: 21034163.
11. Awoke S, Mulatu B. Determinants of exclusive breastfeeding practice among mothers in Sheka Zone, Southwest Ethiopia: A cross-sectional study. *Public Health Pract (Oxf)*. 2021;2:100108. <https://doi.org/10.1016/j.puhip.2021.100108>. PMID: 36101636.
12. Oliveira MG, Lira PI, Batista Filho M, Lima M de C. Factors associated with breastfeeding in two municipalities with low human development index in Northeast Brazil. *Rev Bras Epidemiol*. 2013;16(1):178-89. <https://doi.org/10.1590/S1415-790X2013000100017>. PMID: 23681334.
13. Gebretsadik GG, Tadesse Z, Mamo L, Adhanu AK, Mulugeta A. Knowledge, attitude, and determinants of exclusive breastfeeding during COVID-19 pandemic among lactating mothers in Mekelle, Tigray: a cross sectional study. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2022;22(1):850. <https://doi.org/10.1186/s12884-022-05186-w>. PMID: 36401204.
14. Yalçın SS, Berde AS, Yalçın S. Determinants of exclusive breast feeding in sub-saharan Africa: a multilevel approach. *Paediatr Perinat Epidemiol*. 2016 Sep;30(5):439-49. <https://doi.org/10.1111/ppe.12305>. PMID: 27259184.
15. Pereira NNB, Reinaldo AMS. Infants should be exclusively breastfed for the first six months of life in Brazil: an integrative review. *Rev APS*. 2018;21(2):300-19. <https://doi.org/10.34019/1809-8363.2018.v21.16281>
16. Chimoriya R, Scott JA, John JR, Bhole S, Hayen A, Kolt GS, Arora A. Determinants of Full Breastfeeding at 6 Months and Any Breastfeeding at 12 and 24 Months among Women in Sydney: Findings from the HSHK Birth Cohort Study. *Int J Environ Res Public Health*. 2020;17(15):5384. <https://doi.org/10.3390/ijerph17155384>. PMID: 32726917.
17. Pereira-Santos M, Santana M de S, Oliveira DS, Nepomuceno RA, Lisboa CS, Almeida LMR et al. Prevalence and associated factors for early interruption of exclusive breastfeeding: meta-analysis on Brazilian epidemiological studies. *Rev Bras Saude Mater Infant*. 2017;17(1):59-67. <https://doi.org/10.1590/1806-93042017000100004>
18. Hernández-Vásquez A, Vargas-Fernández R. Socioeconomic determinants and inequalities in exclusive breastfeeding among children in Peru. *Front Nutr*. 2022 Dec 15;9:1073838. <https://doi.org/10.3389/fnut.2022.1073838>. PMID: 3659020.
19. Barbosa GEF, Pereira JM, Soares MS, Pereira LB, Pinho L, Caldeira AP. Initial difficulties with breastfeeding technique and the impact on duration of exclusive breastfeeding. *Rev Bras Saude Mater Infant*. 2018;18(3):517-26. <https://doi.org/10.1590/1806-93042018000300005>
20. Camargo Figuera FA, Latorre Latorre JF, Porrás Carreño JA. Factores asociados al abandono de la lactancia materna exclusiva. *Hacia promoci. Salud*. 2011 [acessado 10 fev 2023];16(1):56-72. Disponível em: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S01217577201100010005&lng=en

21. Lima APC, Nascimento DS, Martins MMF. The practice of breastfeeding and the factors that take to early weaning: an integrating review. *J. Health Biol Sci.* 2018;6(2):189-96. <http://dx.doi.org/10.12662/2317-3076jhbs.v6i2.1633.p189-196.2018>
22. Duan Y, Yang Z, Bi Y, Wang J, Pang X, Jiang S et al. What are the determinants of low exclusive breastfeeding prevalence in China? A cross-sectional study. *Matern Child Nutr.* 2022;18:e13324. <https://doi.org/10.1111/mcn.13324>.
23. Mortazavi F, Mousavi SA, Chaman R, Wambach KA, Mortazavi SS, Khosravi A. Breastfeeding practices during the first month postpartum and associated factors: impact on breastfeeding survival. *Iran Red Crescent Med J.* 2015;17(4):e27814. [https://doi.org/10.5812%2Fircmj.17\(4\)2015.27814.PMID:26023352](https://doi.org/10.5812%2Fircmj.17(4)2015.27814.PMID:26023352).
24. Lustosa E, Lima RN. Importância da enfermagem frente à assistência primária ao aleitamento materno exclusivo na atenção básica. *ReBIS.* 2020 [acesso 12 fev 2023]; 2(2):[about 5 p.]. Disponível em: <https://revistarebis.rebis.com.br/index.php/rebis/article/view/96>
25. Mulatu Dibisa T, Sintayehu Y. Exclusive breast feeding and its associated factors among mothers of <12 months old child in Harar Town, Eastern Ethiopia: a cross-sectional study. *Pediatric Health Med Ther.* 2020;11:145-52. <https://doi.org/10.2147/PHMT.S253974>. PMID: 32494213.
26. World Health Organization and the United Nations Children's Fund - UNICEF. (2020). Protecting, promoting and supporting breastfeeding: the Baby-friendly Hospital Initiative for small, sick and preterm newborns. Geneva.
27. Silva JLP, Linhares FMP, Barros AA, Souza AG, Alves DS, Andrade PON. Factors associated with breastfeeding in the first hour of life in a baby-friendly hospital. *Texto Contexto Enferm,* 2018;27(4):e4190017. <https://doi.org/10.1590/0104-07072018004190017>.
28. Dalcastagnê SV, Giugliani ERJ, Nunes LN, Hauser L, Giugliani C. Practice of exclusive breastfeeding and its associated factors in a suburban area in Angola: a cross-sectional study. *Sao Paulo Med J.* 2018;136(6):533-42. <https://doi.org/10.1590/1516-3180.2018.0262161118>. PMID: 30892484.
29. Al Ketbi MI, Al Noman S, Al Ali A, Darwish E, Al Fahim M, Rajah J. Knowledge, attitudes, and practices of breastfeeding among women visiting primary healthcare clinics on the island of Abu Dhabi, United Arab Emirates. *Int Breastfeed J.* 2018;13(26):1-14. <https://doi.org/10.1186/s13006-018-0165-x>. PMID: 29988693.
30. Agho KE, Dibley MJ, Odiase JI, Ogbonmwan SM. Determinants of exclusive breastfeeding in Nigeria. *BMC Gravidez Parto.* 2011;11(2):1-8. <https://doi.org/10.1186/1471-2393-11-2>.
31. Afzal Aghaee M, Mosa Farkhani E, Bahrami Taghanaki H, Mohajeri N, Tavakoli F, Kazemi SB. The factors affecting exclusive breastfeeding in 6 month-old infants: a population-based case-control study. *J Compr Ped.* 2019;11(1):e89804. <https://doi.org/10.5812/compreped.89804>.
32. Alzaheb RA. Factors influencing exclusive breastfeeding in Tabuk, Saudi Arabia. *Clin Med Insights Pediatr.* 2017;11:1179556517698136. <https://doi.org/10.1177/1179556517698136>. PMID: 28469519.
33. Asemahagn MA. Determinants of exclusive breastfeeding practices among mothers in azezo district, northwest Ethiopia. *Int Breastfeed J.* 2016;11:22. <https://doi.org/10.1186/s13006-016-0081-x>. PMID: 27489561.

34. Adugna B, Tadele H, Reta F, Berhan Y. Determinants of exclusive breastfeeding in infants less than six months of age in Hawassa, an urban setting, Ethiopia. *Int Breastfeed J*. 2017;12(45):1-8. <https://doi.org/10.1186/s13006-017-0137-6>
35. Rimes KA, Oliveira MIC, Boccolini CS. Maternity leave and exclusive breastfeeding. *Rev Saude Publica*. 2019;53(10):1-12. <https://doi.org/10.11606/S1518-8787.2019053000244>.
36. Hadi F, Eftkhar H, Djazayery A, Mazloomzadeh S. Exclusive breast feeding and its determinants in infants Born in Zanjan Hospitals: a longitudinal study. *J Compr Ped*. 2021;12(3):e108667. <https://doi.org/10.5812/compreped.108667>.
37. Morais SPT, Oliveira AM de, Pinto E de J, Vieira GO, Oliveira RC de, Oliveira VC de. Uso de chupeta e a interrupção do aleitamento materno exclusivo: estudo de coorte. *Rev Baiana Saúde Pública*. 2020;44(3):99-110. <https://doi.org/10.22278/2318-2660.2020.v44.n3.a2999>.
38. WHO. World Health Organization. Indicators for the global monitoring framework on maternal, infant and World Health Organization. Ten steps to successful breastfeeding (revisado 2018). 2019. Disponível em: <https://www.who.int/nutrition/bfhi/ten-steps/en/>. Acesso em: 17 de fevereiro 2023.

6.2 ARTIGO 2

Título: Determinantes maternos e de recém-nascidos associados ao aleitamento materno exclusivo em maternidades do Espírito Santo.

Revista: Revista de Enfermagem Atual In Derme.

Situação: Publicado (Anexo G).

Tipo de artigo: Artigo original.

RESUMO

Objetivo: Analisar os determinantes em saúde maternos e de recém-nascidos associados ao aleitamento materno exclusivo em três maternidades do Espírito Santo. **Método:** Estudo do tipo transversal, multicêntrico, com dados do estudo Projeto Viver. Amostra foi composta por 3.438 duplas mãe/bebê. A relação entre o aleitamento materno exclusivo praticado nas maternidades, dados relacionados à mãe, recém-nascido e pré-natal foi realizada através do teste qui-quadrado. Regressão logística foi utilizada para avaliar as variáveis que mais influenciam as mulheres na amamentação exclusiva. O nível de significância adotado foi de 5%. **Resultados:** O aleitamento materno exclusivo antes da alta hospitalar foi de 85,2%. O aleitamento materno na primeira hora de vida não foi praticado por 91,2% e 75,4% das mulheres não participaram de atividade educativa durante o pré-natal. À regressão logística, mulheres menores de 19 anos e bebês nascidos com peso normal e a termo apresentam maiores chances de praticar a amamentação exclusiva ainda na maternidade. **Conclusões:** O cumprimento das políticas públicas em prol da amamentação deve ser espelhadas na necessidade de garantir o suporte econômico e social para que a amamentação exclusiva alcance as metas estabelecidas pela OMS.

Palavras-chave: Aleitamento Materno; Recém-Nascido; Determinantes Sociais da Saúde.

ABSTRACT

Objective: To analyze the determinants of maternal and newborn health associated with exclusive breastfeeding in three maternity hospitals in Espírito Santo. **Method:** Cross-sectional, multicenter study, with data from a larger study called ProjetoViver. The sample consisted of 3,438 mother-infant pairs. The relationship between exclusive breastfeeding practiced in maternity hospitals, data related to the mother, newborn and prenatal care was performed using the chi-square test. Logistic regression was used to assess the variables that most influence women in exclusive breastfeeding. The significance level adopted was 5%. **Results:** Exclusive breastfeeding before hospital discharge was 85.2%. Breastfeeding in the first hour of life was not practiced by 91.2% and 75.4% of women did not participate in educational activities during prenatal care. In logistic

regression, women under 19 years of age and babies born with normal weight and at term are more likely to practice exclusive breastfeeding while still in the maternity ward. **Conclusion:** The fulfillment of public policies in favor of breastfeeding must be mirrored in the need to guarantee economic and social support so that exclusive breastfeeding reaches the goals established by the WHO.

Keywords: Breast Feeding; Infant; Social Determinants of Health.

RESUMEN

Objetivo: Analizar los determinantes de la salud materna y neonatal asociados a la lactancia materna exclusiva en tres maternidades de Espírito Santo. **Método:** Estudio transversal, multicéntrico, con datos de un estudio mayor denominado Projeto Viver. La muestra estuvo compuesta por 3.438 parejas madre-hijo. La relación entre la lactancia materna exclusiva practicada en las maternidades, los datos relacionados con la madre, el recién nacido y el control prenatal se realizó mediante la prueba de chi-cuadrado. Se utilizó regresión logística para evaluar las variables que más influyen en las mujeres en la lactancia materna exclusiva. El nivel de significación adoptado fue del 5%. **Resultados:** La lactancia materna exclusiva antes del alta hospitalaria fue del 85,2%. La lactancia materna en la primera hora de vida no fue practicada por el 91,2% y el 75,4% de las mujeres no participó de actividades educativas durante el prenatal. En la regresión logística, las mujeres menores de 19 años y los bebés nacidos con peso normal ya término tienen más probabilidades de practicar la lactancia materna exclusiva mientras aún están en la sala de maternidad. **Conclusiones:** El cumplimiento de las políticas públicas a favor de la lactancia materna debe reflejarse en la necesidad de garantizar el apoyo económico y social para que la lactancia materna exclusiva alcance las metas establecidas por la OMS.

Palabras clave: Lactancia materna; Recién nacido; Los determinantes sociales de la salud.

INTRODUÇÃO

As políticas em saúde para a saúde materno infantil evidenciam o Aleitamento Materno Exclusivo (AME) como fundamental para saúde biopsicossocial da criança fortalecendo vínculo e repercutindo consequentemente na saúde da mulher. AME é o ato de amamentar exclusivamente com leite materno até os 6 meses da criança, sem oferta de nenhum outro líquido ou alimento, e ainda que se apresente seus benefícios, vários são os determinantes que afetam a sua adesão¹.

Os ganhos com o AME são claros, tanto para mães como para bebês, a citar o menor risco de câncer de mama e de ovário, diabetes mellitus tipo 2, além de prolongar a amenorreia lactacional. O impacto da amamentação exclusiva também, são importantes na diminuição do risco de mortalidade infantil².

A fase neonatal é considerada um período delicado na vida do recém-nascido e das mães, no qual as mulheres estão mais suscetíveis às dificuldades na amamentação³. Estudo recente mostrou que diferentes fatores podem levar ao desmame precoce, como fatores psicológicos, dificuldades em amamentar, fissura mamilar, mastite, introdução precoce de leite industrializado, o uso de chupeta e mamadeira, entre outros³.

As taxas de AME no mundo são baixas e impactam na economia global com prejuízos a longo prazo a saúde da criança. A Organização Mundial em Saúde (OMS), no intuito de fortalecer e incentivar a AME estabelece iniciativas prioritárias para aumentar as taxas existentes em 50% para os próximos dois anos, até 2025, na tentativa de melhores indicadores na saúde materno-infantil⁴.

No cenário nacional, no Acre na Amazônia, um estudo aponta que o estado apresenta um risco de diminuição nas taxas de AME pelas puérperas, uma vez que a presença de 95% de AME na alta, pode se reduzir para até 16% em seis meses a adesão dessas mesmas mulheres⁵. Na Bahia um estudo com 381 crianças pós-alta hospitalar, aponta fatores culturais como uso de chupeta e mamadeira como risco para AME⁶. Ainda que existentes, há necessidade de estudos que caracterizem os determinantes nas diversas regiões do país por sua dimensão e particularidades regionais.

Esses determinantes são multifatoriais e podem facilitar ou dificultar a decisão da mulher se amamenta ou não amamenta e/ou por quanto tempo essa amamentação perdurará, envolvendo macro aspectos como cultura e economia, ou individuais como a presença de rede de apoio, justificando assim a necessidade de se investigar os vários cenários e realidades que circundo a pratica do AME⁷.

Assim, o objetivo deste estudo foi analisar os determinantes em saúde maternos e dos recém-nascidos associados ao aleitamento materno exclusivo em três maternidades do Espírito Santo.

MÉTODOS

Estudo transversal, multicêntrico, que utilizou dados do “Projeto viver”, o qual teve início em 2018 na cidade de Vitória/Espirito Santo, região Sudeste do Brasil⁸. A população envolve puérperas recrutadas em três maternidades da cidade no período de agosto de 2019 a março de 2020, a escolha do local de pesquisa ocorreu considerando alguns aspectos: apresentar maior número de partos, está localizada em uma região que oferte serviços de saúde e possuir uma cobertura pelo Sistema Único de Saúde (SUS) maior que 80% e/ou ser 100% particular ou conveniada à saúde suplementar.

Como critério de inclusão: ser puérpera, sem especificação de idade, e exclusão, óbitos fetais e maternos, ou que apresentasse alguma dificuldade de comunicação que dificultasse a coleta. A amostra censitária consistiu em 3.438 duplas mãe/bebê.

Para coleta de dados foi elaborado um manual de orientação sobre o preenchimento dos instrumentos de coleta de dados e durante reuniões semanais, toda a equipe foi previamente treinada. Os hospitais foram visitados diariamente para atualização dos nascimentos. Os dados coletados na maternidade, foram realizados por meio de entrevistas, registros em prontuário materno e cartão de acompanhamento do pré-natal.

As variáveis independentes investigadas neste estudo foram:

Características sociodemográficas e maternas: faixa etária, situação conjugal, raça, escolaridade, trabalho materno, renda familiar, condição socioeconômica segundo os critérios sugeridos pela Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa (ABEP), que se refere à um critério de classificação referente ao poder aquisitivo das famílias e a quantidade de moradores no domicílio.

Características pré e pós-natal: realização de 6 ou mais consulta de pré-natal, tipo de financiamento do serviço de saúde, número de gestações, número de partos, participação em atividade educativa, orientação sobre amamentação na maternidade e experiência prévia de amamentação.

Características do recém-nascido: sexo do bebê, peso ao nascer, idade gestacional, contato pele a pele na sala de parto, acompanhante durante internação e tipo de financiamento do serviço do local de parto.

Características da prática do aleitamento materno: aleitamento materno na primeira hora de vida, aleitamento materno exclusivo e alimentação complementar. Para a variável AME antes da alta hospitalar, considerou-se o conceito da OMS¹, quando o recém-nascido recebe somente leite, direto da mama ou ordenhado, ou leite humano de outra fonte, sem introdução de outros líquidos ou sólidos.

Foi realizada análise descritiva, através de tabelas de frequência com número e percentual. A relação entre amamentação exclusiva, dados relacionados à mãe, recém-nascido e pré-natal foi realizada através do teste qui-quadrado. Regressão logística foi útil para avaliar as variáveis que mais influenciam as mulheres na amamentação exclusiva. O nível de significância adotado foi de 5%.

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade de Vila Velha (CAAE 02503018.0.0000.5064) e pelos Comitês de Ética em Pesquisa com Seres Humanos das maternidades envolvidas (CAAE 02503018.0.3001.5065 e 02503018.0.3002.5061).

RESULTADOS

Este estudo foi constituído por uma amostra de 3.438 duplas mãe/bebê antes da alta hospitalar. Das características maternas, 70,1% estavam na faixa etária de 20 a 34 anos, vivendo com o companheiro (81,6%), pertencentes a condição socioeconômica B (37,1%) e C (39,8%) conforme a classificação ABEP (Tabela 1).

Tabela 1 - Características sociodemográficas maternas, Vitória, ES, 2023

Característica	Número	Percentual
Faixa etária		
Até 19 anos	428	12,4
20 a 34 anos	2410	70,1
35 anos ou mais	600	17,5
Situação conjugal		
Vive com companheiro	2806	81,6
Não vive com companheiro	423	12,3
Não declarado	209	6,1
Raça/cor		
Branca	926	26,9
Parda	1692	49,3
Preta	645	18,8
Amarela	29	0,8
Indígena	4	0,1
Não declarado	142	4,1
Anos de estudo		
Até 4 anos	33	1,0
5 – 8 anos	377	11,0
9 – 11 anos	795	23,1
12 anos ou mais	1824	53,1
Não declarado	409	11,8
Trabalha		
Sim	1780	51,8
Não	1627	47,3
Não declarado	31	0,9
Renda familiar		
Até 1 Salário mínimo	797	23,2
Entre 1 e 2 Salário mínimo	843	24,5
Entre 2 – 3 Salários mínimo	595	17,3
Entre 3 – 4 Salários mínimo	239	7,0
Entre 4 – 5 Salários mínimo	271	7,9
Mais 5 Salários mínimo	345	10,0
Não declarado	348	10,1
Condição Socioeconômica		
Classe A	531	15,4
Classe B	1277	37,1
Classe C	1367	39,8
Classe D	212	6,2
Classe E	9	0,3
Não declarado	42	1,2
Pessoas morando no domicílio		
0 a 3	1437	41,8
4 a 6	1781	51,8
7 ou mais	128	3,7
Não declarado	92	2,7
Total	3438	100,0

Fonte: Dados do estudo, 2023.

Aos hábitos maternos, em relação à variável “familiar que mora com você fuma” 82,1% (2,822) responderam que não, “fumou durante a gestação” 93,7%

(3,222) declaram que não. Quanto ao “uso de bebida alcoólica durante a gestação”, 89,9% (3,058) não fizeram uso, assim como em relação a “usou drogas ilícitas durante a gestação”, em sua maioria não consumiram 94,6% (3,251), e quanto a se “sofreu violência durante gestação” 97,5% (3,351) informou que não.

Quanto as características dos recém-nascidos, 52% nasceram do sexo feminino, com peso normal (95,5%), a termo (92,0%), contato pele a pele com as mães após o nascimento ainda na sala de parto (55,6%) (Tabela 2).

Tabela 2 - Características relacionadas aos recém-nascidos, Vitória, ES, 2023

Característica	Número	Percentual
Sexo		
Masculino	1649	48,0
Feminino	1789	52,0
Peso ao nascer		
Normal	3283	95,5
Baixo peso	155	4,5
Idade gestacional		
Prematuro	140	4,2
A termo	3194	92,9
Pós Termo	12	0,3
Não declarado	92	2,6
Contato pele a pele na sala de parto		
Sim	1913	55,6
Não	1316	38,3
Não declarado	209	6,1
Durante internação mãe ou familiar ficou 24h com bebê		
Sim	2260	65,7
Não	86	2,5
Não declarado	1092	31,8
Tipo de serviço no acompanhamento do bebê		
Particular/Plano	1259	36,7
Sistema Único de Saúde	2112	61,4
Não declarado	67	1,9

Fonte: Dados do estudo, 2023.

As variáveis relacionadas a assistência pré e pós-natal (Tabela 3), 87,7% realizou de seis ou mais consultas pré-natal e mais da metade não participou de atividade educativa (75,4%).

Tabela 3 - Características relacionadas à assistência pré e pós-natal, Vitória, ES, 2023

Características	Número	Percentual
Realização de pré-natal com 6 consultas		
Sim	3015	87,7
Não	423	12,3
Serviço utilizado		
Particular/Plano	1345	39,1
Sistema Único de Saúde	2050	59,6
Não declarado	43	1,3
Número de gestações		
Nenhuma	1159	33,7
Uma	1113	32,4
Duas a quatro	664	19,3
Cinco ou mais	52	1,2
Não declarado	460	13,4
Número de partos		
Nenhum	1161	33,8
Um	1112	32,3
Dois a quatro	663	19,3
Cinco ou mais	42	1,2
Não declarado	460	13,4
Participou de atividade educativa		
Sim	783	22,8
Não	2593	75,4
Não declarado	62	1,8
Recebeu orientação sobre amamentação na maternidade		
Sim	2998	87,2
Não	389	11,3
Não declarado	51	1,5
Experiência de amamentação anterior		
Sim	1612	46,9
Não	1173	34,1
Não declarado	653	19,0

Fonte: Dados do estudo, 2023.

Em relação às características relacionadas ao AME, a taxa ainda na maternidade foi de 85,2%. Sobre o aleitamento materno na 1ª hora de vida, este foi realizado por 8,8% (229) das mães e não realizado em 91,2% (2.366) e tem-se um n=844 de não declarados. Quanto aos bebês que tiveram que realizar alimentação complementar, a maioria foi por uso de fórmula industrializada 45,5% (178), seguido por leite humano mais fórmula industrializada 43,2% (169) e 11,3% (44) com leite humano, tendo um n=81 não declarado.

A análise de regressão logística simples foi usada para determinar a prática do AME e as variáveis maternas, identificando oito variáveis com p

<0,25. Essas variáveis foram incluídas na análise de regressão logística múltipla, onde a variável faixa etária apresentou significância estatística, evidenciando que mulheres com até 19 anos (OR ajustado=1,683; IC95%: 1,08-2,62) apresentam maiores chances de praticar o AME na maternidade, quando comparadas com mulheres de 20 anos ou mais (Tabela 4).

Tabela 4 - Regressão logística entre aleitamento materno exclusivo na maternidade e dados maternos

Características	Sem AME		Com AME		P	OR	OR ajustado
	N	%	N	%			
Faixa etária							
Até 19 anos	50	12,8	340	87,2	0,021	1,209	1,683
20 anos ou mais	422	15,1	2373	84,9			1,082 – 2,620
Situação conjugal							
Com					0,749	1,139	1,061
companheiro	376	14,4	2232	85,6			0,739 – 1,523
Sem							
companheiro	62	16,1	323	83,9			
Raça							
Branca	113	13,3	739	86,7	0,401	1,200	1,127
Não branca	341	15,5	1858	84,5			0,853 – 1,489
Anos de estudo							
Até 11 anos	173	15,3	956	84,7	0,496	1,117	1,097
12 anos ou mais	233	13,9	1439	86,1			0,840 – 1,433
Trabalha							
Sim	227	13,8	1413	86,2	0,330	2,789	1,141
Não	243	16,0	1280	84,0			0,875 – 1,489
Renda familiar							
Até 2 SM	259	16,8	1281	83,2	0,246	1,300	1,197
Mais 2 SM	180	13,5	1157	86,5			0,884 – 1,622
Condição Socioeconômica							
AB	229	13,8	1435	86,2	0,288	1,211	1,167
CDE	241	16,2	1247	83,8			0,878 – 1,550
Uso de drogas							
Sim	81	17,0	395	83,0	0,510	1,215	1,117
Não	391	14,4	2318	85,6			0,803 – 1,553

AME – Aleitamento Materno Exclusivo; p – p valor; OR – *odds ratio*; SM – Salários Mínimos.

Fonte: Dados do estudo, 2023.

A Tabela 5 revela que os recém-nascidos com peso normal tem 3,492 mais chances de praticar o AME na maternidade dos que os recém-nascidos de baixo peso (OR ajustado=3,492; IC 95%: 2,228–5,472) e os recém-nascidos à termo apresentam 2,391 mais chances de AME dos que os prematuros (OR ajustado=2,391; IC 95%: 1,502–3,805).

Tabela 5 - Regressão logística entre aleitamento materno exclusivo na maternidade e dados relacionados ao recém-nascido e assistência pré-natal das mães participantes da pesquisa

Características	Sem AME		Com AME		p-valor	OR	OR ajustado
	N	%	N	%			
Sexo RN							
Feminino	224	14,7	1300	85,3	0,338	1,019	1,119
Masculino	248	14,9	1413	85,1			0,889 – 1,408
Peso RN							
Baixo peso	53	38,4	85	61,6	0,000	3,911	3,492
Peso normal	419	13,8	2628	86,2			2,228 – 5,472
Idade gestacional							
Prematuro	44	33,8	86	66,2	0,000	3,185	2,391
À termo	413	13,8	2570	86,2			1,502 – 3,805
Primípara							
Sim	158	14,9	904	85,1	0,600	1,036	1,734
Não	246	14,4	1459	85,6			0,221 – 13,59
Atividade educativa							
Sim	97	13,6	618	86,4	0,113	1,153	1,264
Não	371	15,3	2050	84,7			0,946 – 1,690
Orientação AME							
Sim	410	14,7	2379	85,3	0,565	1,053	1,106
Não	55	15,4	303	84,6			0,784 – 1,560
Experiência anterior de AME							
Sim	216	14,2	1300	85,8	0,628	1,046	1,662
Não	159	14,8	915	85,2			0,213 – 12,99

AME – Aleitamento Materno Exclusivo; OR – *odds ratio*; RN – Recém-Nascido.

Fonte: Dados do estudo, 2023.

DISCUSSÃO

A prática de AME na maternidade foi predominante na amostra (85,2%), uma tendência ascendente da amamentação exclusiva no Brasil, como aponta o Estudo Nacional de Alimentação e Nutrição Infantil - ENANI⁹. A melhora nas taxas de AME resultam na intensificação das políticas públicas em prol da amamentação, com ênfase para o Brasil, principalmente através da Política Nacional de Promoção, Proteção e Apoio ao Aleitamento Materno¹⁰. Além do crescente número de bancos de leite humano (BLH) nas maternidades públicas brasileiras, com 228 BLH, 93 bancos estão localizados na região Sudeste¹¹. Nestes locais, tal qual presente no estado do Espírito Santo, além do objetivo de doação e coleta de leite humano, as mães também recebem orientações e assistência profissional qualificada no manejo adequado da amamentação¹⁰.

Os principais determinantes que compuseram este estudo, refletem que a maioria das mães pesquisadas vivem com companheiro, dado este consoante com o encontrado na literatura^{5,12,13}. Ser casada ou ter o apoio matrimonial aumenta as chances de iniciar e manter o AME por mais tempo¹². A presença do companheiro, muitas vezes é a única forma de rede de apoio de muitas mulheres, sendo este responsável por incentivar e apoiar a mulher à prática de amamentar¹³.

Em relação a raça/cor, quase metade se autodeclararam pardas, e ainda que predomine o AME para essas mulheres, neste estudo não foi associado estatisticamente as duas variáveis, outrossim, a literatura também se mostra inconclusiva na investigação dessa causalidade. Há estudo que identifica mães de cor parda com chances de praticar a amamentação exclusiva⁵, como também de não praticar¹⁴, assim é identificado uma lacuna importante que embasa a necessidade de estudos mais robustos, para subsidiar uma discussão concisa da temática, compreendendo como ela se relaciona no contexto do AME.

Metade das mães do estudo apresentam maiores níveis de escolaridade, semelhante ao encontrado em outro estudo¹⁴. Mulheres com maiores níveis de instrução podem, além de receber as orientações pertinentes ao pré-natal, procurar mais fontes sobre a temática, além de também apresentarem melhores índices de assiduidade nas consultas do pré-natal¹⁴.

Neste estudo, 51,8% são mulheres que trabalham. Porém, não foi investigado se estas mulheres estavam em licença-maternidade de forma remunerada, este seria um importante ponto a ser discutido neste contexto, sendo considerado uma limitação do estudo. Trabalho materno e amamentação constituem fatores importantes para as políticas públicas em prol do aleitamento materno, uma revisão de escopo que mapeou estratégias de promoção, proteção e apoio voltadas para mães lactantes que trabalham e o seu possível impacto para alcançar os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS), mostrou que estas estratégias têm potencial para a atingir diretamente os ODS voltados para a igualdade de gênero e o empoderamento feminino, bem como para o trabalho decente e crescimento da economia¹⁵.

A baixa renda familiar menor que dois salários mínimos foi predominante e assemelhou-se a outro estudo, que aponta renda inferior a este valor em 43% da sua amostra¹⁶, resultando em menor adesão ao AME nessa população¹⁷. Comparativamente, uma maior renda pode estar relacionada com um maior tempo de AME, mas esse mesmo poder aquisitivo aumenta o acesso ao uso de fórmulas infantis¹⁷. Neste estudo, esta variável não foi um determinante associado ao AME praticado na maternidade.

A investigação voltada para os hábitos maternos, mostrou que quase em sua totalidade, as mães pesquisadas não fumam, não ingeriam bebidas alcóolicas, não faziam uso de drogas ilícitas e não sofreram nenhum tipo de violência, aspectos considerados positivos neste estudo. Neste contexto, um estudo identificou o risco de 1,66 vezes de interrupção de AME antes dos 6 meses em mães que fumam¹⁸. Além do prejuízo à saúde da mãe e do bebê, o fumo durante a gestação aumenta o risco da não amamentação, além de que mães que param o fumo nesse período têm o risco de voltar a fumar antes dos 6 meses da criança, interrompendo a amamentação¹⁹. Assim, é importante ressaltar em momentos de educação em saúde, os malefícios desses hábitos na vida das mães e dos bebês, bem como no manejo da amamentação.

Quanto a realização de pré-natal e número de consultas, 87,7% das mulheres deste estudo compareceram em seis ou mais consultas, um importante determinante para o sucesso do AME, seguindo o recomendado pelo Ministério da Saúde brasileiro, quanto a periodicidade de consultas no pré-natal²⁰. Outro estudo também revelou um percentual elevado de realização de pré-natal, com mais de 95% das usuárias, onde dessas 56,7% realizaram sete ou mais consultas²¹. A realização do pré-natal é um momento importante no período gestacional, uma vez que neste momento é oportunizado diferentes ações, como a realização de exames no tempo oportuno, imunização, atividades educativas, orientações sobre a importância da amamentação, entre outros²⁰. Portanto, ainda existe a necessidade de mais estudos que englobem a temática, assim sugere-se a realização de estudos com abordagem qualitativa, para que se consiga capturar a percepção das mães acerca da qualidade da atenção ao pré-natal na rede básica de saúde.

Quanto ao tipo de financiamento da assistência ao pré-natal, a maioria das mães recorreram ao SUS para realizar seu acompanhamento. Estudo no Brasil, teve como objetivo analisar os números de AME em hospitais públicos, mostrou uma prevalência ascendente da adesão ao AME, respectivamente nos anos de 2001 a 2015 (47% a 73%) e apontou as políticas públicas elaboradas pelo SUS, que antecederam esse período, como um importante fator para este aumento, somado a mudanças reais nos serviços de saúde, desde a atenção primária até o serviço hospitalar público²².

A participação em atividade educativa durante o pré-natal, não fez parte da realidade deste estudo, caracterizando 75,4% da amostra, dado semelhante encontrado em estudo no Maranhão¹³. Este ponto é discutível, principalmente em relação a assistência prestada, uma vez que a adesão ao pré-natal foi alta, devendo-se ter uma reflexão sobre a qualidade ou realização de educação em saúde nos locais estudados.

A experiência anterior de amamentação foi presente em 46,9% das mulheres pesquisadas. Ter mais de um filho pode ser considerado um fator protetor da amamentação, pela experiência prévia vivenciada e a segurança quanto a como realizar a amamentação e com menos dúvidas que possam interferir nesse processo²³. Este dado fornece elementos para a promoção da saúde que compreendam que as necessidades educativas devem considerar as características específicas das mães, e não generalizar suas demandas de informação.

Quanto as características dos recém-nascidos deste estudo, a maioria nasceu do sexo feminino, com peso normal, à termo e tiveram contato pele a pele com a mãe na sala de parto. Estudo realizado em uma coorte de nascimento em Rio Branco-AC, também identificou dados semelhantes, como bebês nascidos do sexo feminino, que não nasceram prematuramente e com peso normal⁵. O sexo do bebê é uma variável que apresenta influência na amamentação, e o sexo feminino pode estar associado a maior prevalência de amamentação exclusiva²⁴. Uma possível explicação para este achado pode estar relacionada a percepção de que os bebês do sexo masculino não são saciados somente com o leite materno e/ou de que mamam mais que as meninas, assim levando as mães a introduzirem outros alimentos

precocemente²⁵. Portanto, as equipes de saúde precisam cada vez mais elucidarem este tópico, de que o leite materno é a principal fonte de alimento para o bebê até os 6 meses, independentemente de ser menina ou menino.

A prática do contato pele a pele entre bebê e mãe na sala de parto esteve presente em mais da metade da amostra. Dado semelhante encontrado em estudo realizado na Bahia, onde identificou uma maior prevalência de aleitamento materno na primeira hora de vida, naqueles bebês que foram levados a mãe logo após o parto²⁶. Estudo de revisão de literatura concluiu que a equipe de enfermagem tem um papel fundamental para que esta prática ocorra²⁶.

Em relação a amamentação dos recém-nascidos, uma grande maioria não foram amamentados na primeira hora de vida e os que não estavam em amamentação exclusiva, 45,5% receberam fórmula industrializada como alimentação na maternidade.

O percentual de aleitamento materno na primeira hora de vida no Brasil é de 62,4%⁹. A amamentação na primeira hora de vida, pode relacionar-se a alta escolaridade materna, ação educativa durante o pré-natal, contato pele a pele logo após o parto, ficar em alojamento conjunto e nascimento em Hospital Amigo da Criança²⁶. Portanto, torna-se primordial identificar a não ocorrência dessa prática, oportunizando ambientes favoráveis para que esta amamentação precoce aconteça e ambos estejam aptos para esta prática. Ressalta-se, que mesmo diante da não amamentação na primeira hora de vida, a prática do AME antes da alta hospitalar apresentou um resultado satisfatório, enfatizando a importância do suporte multiprofissional, com ênfase no profissional de enfermagem e as boas práticas da amamentação dentro das maternidades, uma vez que estes profissionais atuam diretamente na promoção da amamentação, compartilhando conhecimentos e práticas às mulheres e seus familiares, contribuindo diretamente para a promoção da saúde e qualidade de vida de puérperas e recém-nascidos²⁸. Outro ponto importante a ser citado, são as atividades exercidas pelos BLH dentro das maternidades, pois a presença deste, repercute de forma positiva na saúde materno infantil, pois caracteriza uma forte estratégia na promoção da

amamentação e do apoio ao aleitamento de recém-nascidos que não podem receber o leite direto da mama da mãe²⁹.

Dos recém-nascidos que não estavam em AME, 45,5% receberam fórmula industrializada e 43,5% receberam leite materno e fórmula infantil. A questão da introdução precoce de outros alimentos, pode acontecer por crenças culturais como “ter leite fraco” e também devido à demora na “descida do leite”⁷. A oferta da fórmula infantil pode ser considerada como um fator de risco para o AME³⁰.

A regressão logística revelou que neste estudo, as mães de até 19 anos apresentaram mais chances de praticar o AME na maternidade. A alta adesão ao pré-natal neste estudo, pode justificar este achado, uma vez que esta relação vai de encontro com o encontrado na literatura²⁵. A considerar que uma gravidez nessa faixa etária é descrita como gravidez na adolescência, um estudo que investigou a adesão ao AME por mães adolescentes, mostrou que o aconselhamento, o apoio a estas adolescentes e o acompanhamento profissional fazem a diferença no sucesso da amamentação³¹. A faixa etária da mãe no contexto da AME é de suma importância, uma vez que alguns extremos, como mães adolescentes, que é o caso do estudo em questão, podem ser responsáveis pela adesão ou não do AME.

Já a relação entre a amamentação exclusiva na maternidade e as variáveis dos recém-nascidos e voltadas para o pré-natal, revelou que os bebês de peso normal e nascidos a termo foram associados ao AME após o nascimento. No Paraná, as principais características que tiveram associadas a maior prevalência de AME foram de bebês nascidos com o peso adequado¹². Outro estudo, na Etiópia, identificou relação entre o peso e AME, a maioria da amostra do estudo que estava em AME eram de bebês nascidos com peso normal²⁵. Um estudo observacional detectou que os bebês nascidos com baixo peso ao nascer e prematuros são os que mostram mais dificuldades e sinais indicativos de problemas durante a amamentação, quando comparado aos bebês nascidos a termo, mesmo após a saída da maternidade, reiterando a importância da consulta puerperal no tempo adequado, afim de prestar diferentes orientações e condutas voltadas ao AME³².

Em controvérsia, estudo que avaliou o desmame precoce em uma área rural não encontrou relação entre bebês nascidos a termo e o desfecho principal³³. Já em outro estudo, os recém-nascidos a termo, tiveram maiores chances de praticar a amamentação exclusiva do que as suas contrapartes¹². Complementando, a importância de nascer a termo e com peso adequado, um estudo realizado com bebês nascidos prematuros e em unidades de terapia intensiva, revelou que a maioria dos bebês que estavam em aleitamento materno misto, ou seja, recebendo leite materno e fórmula industrializada, devido principalmente a produção de leite insuficiente, sendo esta não uma condição aceitável para introdução de outros alimentos, que não o leite materno³⁴.

Neste tocante, vem ser primordial o empoderamento das mães em relação as indicações clínicas aceitáveis para introdução de fórmulas infantis, bem como o incentivo a prática do AME pelos profissionais de saúde que assistem estas mulheres. Para tanto, essa expectativa da mulher ser protagonista no amamentar, requer que os determinantes evidenciados sejam abordados em políticas públicas eficientes, que tenham perspectivas que determinantes intrínsecos e extrínsecos à mulher, são existentes.

CONCLUSÕES

A prevalência de AME nas maternidades investigadas foi satisfatória. Os determinantes em saúde associados ao AME antes da alta hospitalar foram a idade materna até 19 anos e bebês nascidos com peso normal e a termo. A adesão ao AME por mães de até 19 anos, foi um determinante contrário ao encontrado na literatura, entretanto, ter peso normal e a termo estão presentes em outras realidades nacionais e internacionais, principalmente em cidades com melhores estruturas e implantação das políticas públicas já existentes. Esses determinantes evidenciados e o percentual de AME identificado, podem subsidiar outras realidades do país, espelhando a necessidade de garantir através de políticas públicas o suporte econômico e social para que a amamentação exclusiva alcance as metas estabelecidas pela OMS.

REFERÊNCIAS

1. Indicators for assessing infant and young child feeding practices: definitions and measurement methods. Geneva: World Health Organization and the United Nations Children's Fund (UNICEF), 2021. Available from: <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/3.0/igo>
2. Sankar MJ, Sinha B, Chowdhury R, Bhandari N, Taneja S, Martines J, Bahl R. Optimal breastfeeding practices and infant and child mortality: a systematic review and meta-analysis. *Acta Paediatr.* 2015 Dec; 104(467):3-13. Available from: <https://doi.org/10.1111/apa.13147>
3. Lago ID, Mesquita SM, Ferreira MS, Rocha KNS, Rocha RC, Bezerra MAR. Fatores de risco para o desmame precoce no período neonatal: uma revisão integrativa da literatura. *Saud Coletiv (Barueri)* [Internet]. 21 de outubro de 2020 [citado 8 de agosto de 2023];10(57):3621-36. Disponível em: <https://revistasaudecoletiva.com.br/index.php/saudecoletiva/article/view/952>
4. World Health Organization (WHO/UNICEF). Global nutrition targets 2025: breastfeeding policy brief. Geneva: World Health Organization, 2014. Available from: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/149022/WHO_NMH_NHD_14.7_eng.pdf?ua=1
5. Martins FA, Ramalho AA, Andrade AM de, Opitz SP, Koifman RJ, Silva IF da. Breastfeeding patterns and factors associated with early weaning in the Western Amazon. *Rev Saúde Pública.* 2021 Jul; 55(21):1-16. Available from: <https://doi.org/10.11606/s1518-8787.2021055002134>
6. Bezerra VM, Magalhães EIS, Pereira IN, Gomes AT, Pereira Netto M, Rocha DS. Prevalence and determinants of the use of pacifiers and feeding bottle: a study in Southwest Bahia. *Rev Bras Saude Mater Infant.* 2019 Apr; 19(2):311–21. Available from: <https://doi.org/10.1590/1806-93042019000200004>
7. Silva JN. Aleitamento materno: motivos e consequências do desmame precoce em crianças. *Revista Artigos.Com*[Internet]. 2020 Set [acessado 2023 Abr 02];20:[cerca de 7 p.]. Disponível em: <https://acervomais.com.br/index.php/artigos/article/view/4756>
8. Poton W, Dos Santos A, Bubach S, Cypreste A, De Souza C, De Oliveira AC, Baltar E, Catharino R, Costa G, Duemke L, Dos Santos T, Da Silva L, Kohl J, Horta B. Aspectos metodológicos do Projeto Viver: um estudo longitudinal no Espírito Santo (Brasil). *Cadernos Saúde Coletiva.* No prelo 2022.
9. Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ). Aleitamento materno: Prevalência e práticas de aleitamento materno em crianças brasileiras menores de 2 anos 4: ENANI 2019. [Documento eletrônico]. Rio de Janeiro, RJ: UFRJ, 2021. Disponível em: <https://enani.nutricao.ufrj.br/index.php/relatorios/>.
10. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Bases para a discussão da Política Nacional de Promoção, Proteção e Apoio ao Aleitamento Materno. Brasília: Ministério da Saúde, 2017. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/bases_discussao_politica_aleitamento_materno.pdf
11. Fundação Oswaldo Cruz. Rede Brasileira de Bancos de Leite Humano (rBLH). Série Documentos – rBLH em Dados: Brasil 2022. Disponível em: https://rblh.fiocruz.br/sites/rblh.fiocruz.br/files/usuario/126/serie_doc_rblh_em_dados_2022_versao_2.1.pdf

12. Baier MP, Toninato APC, Nonose ERS, Zilly A, Ferreira H, Silva RMM. Breastfeeding until the six the month of life in municipalities in the Parana Mothers Network. *Revenferm UERJ*.2020 Dez; 28:e51623. Available from: <https://doi.org/10.12957/reuerj.2020.51623>
13. Pinheiro BKI, Conceição SIO. Fatores sociodemográficos maternos associados ao aleitamento materno exclusivo. *Ver Cuid[periódico na Internet]*. 2020 [acessado 3 de Jul 2023];11(1):[cerca de 13 p.]. Disponível em: <https://revistas.udes.edu.co/cuidarte/article/view/811>
14. Izidoro NO, Chitarra FMR, Silva LA, Magevski KB, Franco MF, Rocha LM da, Schneider BC, Simões MO. Prevalência de aleitamento materno e fatores associados entre mães adolescentes de Governador Valadares, Minas Gerais. *Hu Ver [Internet]*. 2022 [acessado 28 Jun 2023]; 48:[cerca de 8 p.]. Disponível em: <https://periodicos.ufjf.br/index.php/hurevista/article/view/35587>
15. Souza CB de, Melo DS, Relvas GRB, Venâncio SI, Silva RPGVC da. Promoção, proteção e apoio à amamentação no trabalho e o alcance do desenvolvimento sustentável: uma revisão de escopo. *Ciênc saúde coletiva*. 2023 Apr; 28(4):1059–72. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232023284.14242022>
16. Margotti E, Margotti W. Fatores relacionados ao aleitamento materno exclusivo em bebês nascidos em hospital amigo da criança em uma capital do Norte brasileiro. *Saúde debate*. 2017 Jul; 41(114):860–71. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-1104201711415>
17. Oliveira DS, Boccolini CS, Faerstein E, Verly-Jr E. Breastfeeding duration and associated factors between 1960 and 2000. *J Pediatr (Rio J)*. 2017 Mar; 93(2):130–5. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.jped.2016.05.005>
18. Moraes BA, Strada JKR, Gasparin VA, Espírito-Santo LC, Gouveia HG, Gonçalves AC. Breastfeeding in the first six months of life for babies seen by Lactation Consulting. *Rev Latino-Am Enfermagem*2021; 29:e3412. Available from: <https://doi.org/10.1590/1518-8345.3538.3412>
19. Cohen SS, Alexander DD, Krebs NF, Young BE, Cabana MD, Erdmann P et al. Factors Associated with Breastfeeding Initiation and Continuation: A Meta-Analysis. *J Pediatr* 2018; 203:190-196. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.jpeds.2018.08.008>
20. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Atenção ao pré-natal de baixo risco. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2012. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_atencao_basica_32_prenatal.pdf
21. Silva ALA da, Mendes A da CG, Miranda GMD, Souza WV de. A qualidade do atendimento ao parto na rede pública hospitalar em uma capital brasileira: a satisfação das gestantes. *Cad Saude Publica*.2017; 33(12):e00175116. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311x00175116>
22. Bouskelá A, Capelli J, Rocha C, Lima F, Sperandio N, Fonseca, V. Evolução do aleitamento materno exclusivo nos primeiros 15 anos do século XXI: um estudo no município de Macaé, Rio de Janeiro, Brasil. *DEMETRA [Internet]*. 2019 Nov [acessado 27 Jun 2023]; 14(1):[cerca de 14 p.]. Disponível em: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/demetra/article/view/43562/31323>
23. Silva CPV da, Fettermann FA, Assumpção PK de, Rosa AB da, Fernandes MN da S, Donaduzzi DS da S. Aleitamento materno exclusivo na primeira hora de

vida do recém-nascido. Saúde (Santa Maria)2020; 46(1):1-14. Disponível em: <https://doi.org/10.5902/2236583441745>

24. Brasil. Ministério da Saúde (MS). II Pesquisa de prevalência de aleitamento materno nas capitais brasileiras e Distrito Federal Brasília: MS; 2009. Disponível em:

https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pesquisa_prevalencia_aleitamento_materno.pdf

25. Tsegaw SA, Dawed YA, Amsalu ET. Individual level and community level factors affecting exclusive breastfeeding among infants under-six months in Ethiopia using multilevel analysis. Ital J Pediatr 2021 May; 47(1):106. Available from: <https://doi.org/10.1186/s13052-021-01062-z>

26. Sousa PKS, Novaes TG, Magalhães Elda S, Gomes AT, Bezerra VM, Netto MP, Rocha D da S. Prevalência e fatores associados ao aleitamento materno na primeira hora de vida em nascidos vivos a termo no sudoeste da Bahia, 2017. Epidemiol Serv Saude 2020; 29(2):e2018384. Disponível em: <https://doi.org/10.5123/S1679-49742020000200016>

27. Silva RMR da, Araújo V da S, Fassarella BPA, Santos LCA dos, Silva MG da, Silva ER, Ribeiro WA, Neves K do C, Alves ALN, Amaral FS do. Valorização do contato pele a pele entre mãe e filho na primeira hora de vida: contribuições da enfermagem. RSD. 2022; 11(2): e6711225467. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v11i2.25467>

28. Palheta QAF, Aguiar M de FR. Importância da assistência de enfermagem para a promoção do aleitamento materno. REAEnf. 2021 Jan; 8:e5926. Disponível em: <https://doi.org/10.25248/reaenf.e5926.2021>

29. Fonseca RMS, Milagres LC, Franceschini S do CC, Henriques BD. O papel do banco de leite humano na promoção da saúde materno infantil: uma revisão sistemática. 2021 Jan; 26(1):309–18. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232020261.24362018>

30. Villarreal-Verde C, Placencia MMD, Nolberto SVA. Exclusive Breastfeeding and associated factors in mothers who attend Health Establishments of Lima, Peru. Rev Fac Med Hum. 2020; 20(2):287-294. Available from: <https://doi.org/10.25176/RFMH.v20i2.2765>

31. Faria DGS de, Costa GC de P, Righini LR, Salesse MP, Rocha NO, Ferreira SG. Perfil de mães adolescentes no ambulatório de aleitamento materno de um hospital-escola do noroeste paulista. Cuid Enferm 2021; 15(1):17-21. Disponível em: <http://www.webfipa.net/facfipa/ner/sumarios/cuidarte/2021v1/p.17-21.pdf>

32. Lopes TSP, Lima CCB, Lima M de DM, Lima ISDB, Costa RMM, Lopes LDP, Silva RNC. Avaliação da mamada em bebês a termo e pré-termo, após alta hospitalar: aplicação de formulário de observação. RSD. 2022; 11(3):e56511326893. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v11i3.26893>

33. Lutzke CL, Miotto MHMB. Determinantes sociais do desmame precoce em comunidade rural de uma população pomerana: estudo transversal. Ver Bras Promoç Saúde. 2022; 35(11):13055. Disponível em: <https://doi.org/10.5020/18061230.2022.13055>

34. Moura TS, Kümpel DA, Hartmann V, Luft N. Aleitamento materno exclusivo e estado nutricional de prematuros em unidade de terapia intensiva. RBSP. 2021; 45(2):103-15. Disponível em: <https://doi.org/10.22278/2318-2660.2021.v45.n2.a3379>

6.3 ARTIGO 3

Título: Determinantes sociais de saúde e aleitamento materno exclusivo: um estudo longitudinal.

Revista: Saúde e Sociedade.

Situação: Submetido (Anexo H).

Tipo de artigo: Artigo original.

RESUMO

Objetivo: analisar os determinantes sociais de saúde do aleitamento materno exclusivo no 7º e no 27º dia após o parto.

Método: Estudo longitudinal, multicêntrico, com abordagem quantitativa realizado com puérperas e recém-nascidos, em três maternidades do estado do Espírito Santo no período de agosto de 2019 a janeiro de 2020. A amostra foi composta por 2.325 e 1.819 binômios mãe/bebê no 7º e no 27º dia, respectivamente. A análise dos dados foi do tipo descritivo, através de tabelas de frequência com número. As variáveis que mais influenciam as mulheres na amamentação exclusiva foram avaliadas por regressão logística.

Resultados: Permaneceram em AME 80,7% no 7º dia e 79,2% no 27º dia após o parto. Os determinantes encontrados no primeiro momento foram: situação conjugal, fazer uso de álcool e/ou tabaco, não uso de drogas ilícitas, peso ao nascer e dificuldades ao amamentar. No segundo momento, foram: idade materna, idade gestacional e também dificuldade ao amamentar.

Conclusão: Os determinantes do AME no 7º dia após o parto foram ter companheiro, uso de álcool e/ou tabaco, não uso de drogas ilícitas e o peso normal ao nascer. Já no 27º dia após o parto, apresentaram-se como determinantes: ter até 19 anos de idade e nascer a termo. Não ter dificuldades ao amamentar esteve presente em ambos os momentos.

Descritores: Aleitamento materno; Determinantes Sociais de Saúde; Recém-nascido.

INTRODUÇÃO

O aleitamento materno exclusivo (AME) nos primeiros 6 meses de vida é considerado a alimentação mais completa para o recém-nascido, pois fornece toda a energia, as vitaminas e os minerais de que o lactente necessita. Após esse período, ainda há a necessidade de continuar com a amamentação até pelo menos os 2 anos de idade, mesmo após a introdução de alimentos sólidos, pois apresenta-se como a forma de proteção mais econômica e eficaz contra a

mortalidade infantil, doenças diarreicas, infecções respiratórias, alergias e outros agravos, além de ser fator protetor contra câncer de mama materno e promover um melhor desenvolvimento orofacial da criança (Brasil, 2019; Nascimento, 2020; Rollins *et al.*, 2016).

O Estudo Nacional de Alimentação e Nutrição Infantil (ENANI) 2019 mostrou que, apesar do progresso do Brasil na amamentação, menos da metade das crianças de 0 a 6 meses estavam sendo amamentadas exclusivamente (45,7%) (UFRJ, 2021). Esse dado contraria a meta global apresentada na Agenda 2030 de Objetivos de Desenvolvimento Sustentável, cuja proposta é chegar a pelo menos 50% de AME nos primeiros 6 meses de vida até 2025 e 70% até 2030 (Silva, 2018). Além disso, a prevalência de aleitamento materno continuado no primeiro ano de vida (entre crianças de 12 a 23 meses) no país foi de 43,6%, sendo a duração mediana do AME de três meses, de acordo com o ENANI 2019 (UFRJ, 2021).

São diversos os fatores relacionados à escolha de não amamentar ou interromper precocemente o aleitamento. Estudos sugerem que condições como a obesidade ou sobrepeso prévios, baixa escolaridade, cesariana, percepção de leite materno insuficiente, doença materna, recusa do leite, retorno ao trabalho ou escola, doença do lactente e fatores culturais influenciam diretamente essa decisão (Fang *et al.*, 2020; Nkoka *et al.*, 2019; Shi *et al.*, 2021).

Diante disso, é importante ter conhecimento dos fatores sociais que determinam a saúde do lactente e da mãe. Assim, teóricos como Dahlgren e Whitehead descrevem os determinantes sociais de saúde como fatores relacionados com as condições de vida e de trabalho da população que influenciam seu estado de saúde. O modelo descrito por eles é amplamente utilizado, justamente por abordar as relações entre os fatores sociais e a saúde individual e coletiva (Dahlgren; Whitehead, 2007).

Além desse entendimento mais amplo sobre os determinantes sociais da saúde, numa tentativa de entender mais a fundo os fatores que atravessam o aleitamento, o *Lancet Breastfeeding Series Group*, a partir de uma revisão sistemática, propôs um modelo conceitual para identificar os componentes de um ambiente propício para a amamentação, classificando os determinantes em três categorias: 1) estruturais; 2) ambientais; e 3) individuais. Essa estrutura fornece

uma base teórica para explorar os determinantes específicos da amamentação em diferentes contextos socioculturais (Rollins *et al.*, 2016; Shi *et al.*, 2021).

Apesar da grande quantidade de estudos sobre os DSS do AME, poucos tratam sobre a adesão do AME no 7º e no 27º dia após o parto, o que justifica a questão desta pesquisa: quais os determinantes sociais de saúde do aleitamento materno exclusivo no 7º e no 27º dia após o parto?

Assim, é imprescindível, para o entendimento das barreiras que atravessam o AME, identificar quais as nuances desse processo, para que assim seja possível traçar ações direcionadas às necessidades de cada população. Desse modo, este estudo tem como objetivo analisar os determinantes sociais de saúde do aleitamento materno exclusivo no 7º e no 27º dia após o parto.

MÉTODO

Trata-se de um estudo longitudinal, multicêntrico, com abordagem quantitativa, que utilizou os dados provenientes do Projeto Viver (Poton *et al.*, 2022). Este foi realizado com puérperas e recém-nascidos, em três maternidades do estado do Espírito Santo.

A coleta dos dados foi realizada em duas maternidades da região metropolitana e em uma maternidade da região norte do Espírito Santo. A escolha das maternidades que compuseram o estudo levou em consideração os seguintes aspectos: a) as que realizaram mais partos na região; b) estar localizada em uma das duas regiões de saúde; c) possuir diversidade de atendimento, com coberturas de 80% a 100% pelo Sistema Único de Saúde (SUS) e 100% particular ou conveniada à saúde suplementar.

A população do Projeto Viver corresponde a todas as mães e crianças nascidas vivas ou que morreram no período perinatal. Elas foram convidadas a participar do estudo no período de agosto de 2019 a janeiro de 2020, resultando numa população inicial de 5.369 binômios mãe/bebê.

A amostra do estudo foi do tipo censitária, por contemplar toda a população de mães de crianças nascidas nas três maternidades que atenderam aos critérios de seleção, abarcando todo o universo investigado no período de estudo.

Para a realização deste estudo, a amostra investigada foi composta por dois momentos: 7º e 27º dias após o parto, contemplando duas amostras de díades mãe/bebê, com 2.325 e 1.819, respectivamente. Com um percentual de perdas e recusas de 21,7% (n = 506) entre os dois períodos.

Para captação da amostra do estudo, inicialmente realizou-se uma entrevista ainda na maternidade, antes da alta hospitalar. Desse momento em questão, para este estudo, foram utilizadas as variáveis sociodemográficas e relacionadas ao pré-natal.

As variáveis independentes investigadas no estudo foram: características maternas, em ambos os momentos, compostas por faixa etária, situação conjugal, raça, anos de estudo materno, trabalho materno, renda familiar, condição socioeconômica segundo a Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa (ABEP), quantidade de pessoas morando no mesmo domicílio, uso de álcool e/ou tabaco e o uso de drogas ilícitas. Variáveis relacionadas à amamentação: alimentação e hábitos orais deletérios investigados no 7º e no 27º dia de vida dos bebês.

A coleta dos dados foi realizada por meio de inquérito telefônico, através de instrumento de pesquisa, previamente elaborado, no 7º e no 27º dia de vida da criança. Contudo, visando minimizar as perdas de segmento, característica deste tipo de estudo, realizava-se o 1º acompanhamento entre o 7º e o 10º dia de nascimento e o 2º entre o 27º e o 30º dia, por uma equipe treinada para este fim.

ANÁLISE DOS DADOS

Foi realizada análise descritiva dos dados, através de tabelas de frequência com número e percentual. As variáveis que mais influenciam as mulheres na amamentação exclusiva foram avaliadas por regressão logística. O nível de significância adotado foi de 5%. O pacote estatístico IBM SPSS 20 – foi utilizado para esta análise.

ASPECTOS ÉTICOS

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade de Vila Velha (CAAE 02503018.0.0000.5064).

RESULTADOS

Ao todo, foram entrevistadas 2.325 e 1.819 puérperas no 7º e no 27º dia, respectivamente. A faixa de idade predominante esteve entre 20 e 34 anos, em ambos os momentos, 69,5% e 68,7% (1.617; 1.249). Dessas, a maioria vive com companheiro, 82,4% (1.916) e 82,7% (1.504), respectivamente, e 48,7% (1.133; 886) se autodeclararam parda. Em relação aos anos de estudo, 55,7% (1.295) e 58,1% (1.057) estudaram 12 anos ou mais, e 53,8% (1.250) e 56,3% (1.025) possuíam emprego. A renda familiar predominante foi de até dois salários mínimos, representando 45,8% (1.065) e 44% (801), dos momentos investigados. Verificou-se que 39% (907) e 40,2% (732) das amostras do estudo foram pertencentes à classe socioeconômica B e morando com quatro a seis pessoas no mesmo domicílio, correspondendo a 51,9% (1.206) e 51,7% (940). Não há entre os dois momentos significância estatística, ou seja, as amostras dos dois períodos investigados se equivalem (Tabela 1).

Tabela 1 - Dados relacionados às mães participantes da pesquisa, no 7º e no 27º dia de vida do recém-nascido (Continua)

Característica	7º dia		27º dia		p-valor
	N	%	N	%	
Faixa etária					
Até 19 anos	270	11,6	204	11,2	0,571
20 – 34 anos	1617	69,5	1249	68,7	
35 anos ou mais	438	18,8	366	20,1	
Situação conjugal					
Vive com companheiro	1916	82,4	1504	82,7	0,973
Não vive com companheiro	268	11,5	206	11,3	
Não declarado	141	6,1	109	6,0	
Raça					
Branca	648	27,9	503	27,7	0,888
Parda	1133	48,7	886	48,7	
Negra	433	18,6	342	18,8	
Amarela	16	0,7	14	0,8	
Indígena	2	0,1	0	0,0	
Não declarado	93	4,0	74	4,1	
Anos de estudo					
Até 4 anos	19	0,8	14	0,8	0,567
5 – 8 anos	224	9,6	158	8,7	

					(Conclusão)
9 – 11 anos	507	21,8	388	21,3	
12 anos ou mais	1295	55,7	1057	58,1	
Não declarado	280	12,0	202	11,1	
Trabalha					
Sim	1250	53,8	1025	56,3	0,248
Não	1059	45,5	783	43,0	
Não declarado	16	0,7	11	0,6	
Renda familiar					
Até 1 SM	485	20,9	357	19,6	0,853
Entre 1 e 2 SM	580	24,9	444	24,4	
Entre 2 – 3 SM	401	17,2	326	17,9	
Entre 3 – 4 SM	172	7,4	139	7,6	
Entre 4 – 5 SM	205	8,8	177	9,7	
Mais 5 SM	259	11,1	211	11,6	
Não declarado	223	9,6	165	9,1	
Condição sócioeconômica					
A	381	16,4	317	17,4	0,156
B	907	39,0	732	40,2	
C	893	38,4	683	37,5	
D	118	5,1	72	4,0	
E	5	0,2	0	0,0	
Não declarado	21	0,9	15	0,8	
Pessoas morando no domicílio					
0 – 3	984	42,3	779	42,8	0,968
4 – 6	1206	51,9	940	51,7	
7 ou mais	84	3,6	63	3,5	
Não declarado	51	2,2	37	2,0	
Total	2325	100,0	1819	100,0	

Legenda: SM = Salários mínimos.

Fonte: Dados da pesquisa, 2023.

Permaneceram em AME 80,7% (1.876) no 7º dia e 79,2% (1.441) no 27º dia. Receberam alimentação complementar 19,3% (449) no 7º dia e 20,8% (378) no 27º dia. Dentre esses, 86% (197) no 7º dia e 83,4% (307) no 27º dia foram alimentados com leite humano e fórmula industrializada (Tabela 2). Em relação à dificuldade em amamentar, 89,1% (1.593) e 78,2% (1815), no 7º e 27º dia, não apresentaram essa dificuldade (Tabela 2).

Os dados voltados para os hábitos orais deletérios investigados no 7º e no 27º dia após o parto mostraram que 79,6% (1.860) e 73,8% (1.347), respectivamente, não realizavam sucção digital. No 7º dia, 66,9% (1.561) não faziam uso de chupeta, prática que diminuía para 57,4% (1.046) no 27º dia. O não uso de mamadeira foi caracterizado por 91% (2.122) no 7º dia e 76,1% (1.379) no 27º dia (Tabela 2).

Tabela 2 - Dados sobre amamentação, alimentação e hábitos orais deletérios de bebês participantes da pesquisa no 7º e no 27º dia após o parto

Característica	7 dias após parto		27 dias após parto	
	Nº	%	Nº	%
Aleitamento materno exclusivo				
Sim	1876	80,7	1441	79,2
Não	449	19,3	378	20,8
Não declarado	1113	-	1619	-
Alimentação complementar				
Fórmula industrializada	32	14,0	61	16,6
Leite humano + fórmula	197	86,0	307	83,4
Leite humano	0	0,0	0	0,0
Não declarado	220	-	10	-
Dificuldade de amamentar				
Sim	505	21,8	195	10,9
Não	1815	78,2	1593	89,1
Não declarado	1118	-	1650	-
Sucção digital				
Sim	478	20,4	478	26,2
Não	1860	79,6	1347	73,8
Não declarado	1100	-	1613	-
O bebê usa chupeta				
Sim	774	33,1	775	42,6
Não	1561	66,9	1046	57,4
Não declarado	1103	-	1617	-
Uso de mamadeira				
Sim	209	9,0	434	23,9
Não	2122	91,0	1379	76,1
Não declarado	1107	-	1625	-

Fonte: Dados da pesquisa, 2023.

No que tange ao AME no 7º dia e aos determinantes relacionados às mães, observou-se na Tabela 3 a presença de relação com a situação conjugal. As mães com companheiro tiveram maiores chances de manter o AME (OR ajustado = 1,869; IC 95% = 1,280-2,728) do que as que não têm companheiro. Além disso, também foi significativa a relação entre o AME e o consumo de álcool e/ou tabaco e não fazer uso de drogas ilícitas. Revelou-se que as mulheres que consumiam álcool e/ou tabaco e que não faziam uso de drogas ilícitas tiveram 1,820 e 2,993 mais chances de praticar o AME, respectivamente (OR ajustado = 1,820; IC 95% = 1,153 – 2,874; OR ajustado = 2,993; IC 95% = 1,249 – 7,172).

Tabela 3 - Relação entre aleitamento materno exclusivo no 7º dia e dados relacionados às mães participantes da pesquisa

Característica	Sem AME		Com AME		Sig.	OR	OR ajustado
	N	%	N	%			
Faixa etária							
Até 19 anos	47	17,4	223	82,6	0,138	1,154	1,441
20 anos ou mais	402	19,6	1653	80,4			0,890 – 2,335
Situação conjugal							
Com companheiro	359	18,7	1557	81,3	0,001	1,563	1,869
Sem companheiro	71	26,5	197	73,5			1,280 – 2,728
Raça							
Branca	129	19,9	519	80,1	0,783	1,078	1,043
Não branca	297	18,8	1287	81,3			0,775 – 1,403
Anos de estudo							
Até 11 anos	138	18,4	612	81,6	0,685	1,066	1,065
12 anos ou mais	251	19,4	1044	80,6			0,786 – 1,443
Trabalha							
Sim	242	19,4	1008	80,6	0,620	1,006	1,078
Não	204	19,3	855	80,7			0,801 – 1,451
Renda familiar							
Até 2 SM	213	20,0	852	80,0	0,142	1,100	1,288
Mais 2 SM	192	18,5	845	81,5			0,919 – 1,805
Condição Socioeconômica							
AB	254	19,7	1034	80,3	0,983	1,047	1,004
CDE	193	19,0	823	81,0			0,727 – 1,384
Uso de álcool e/ou tabaco							
Sim	53	17,2	255	82,8	0,010	1,175	1,820
Não	396	19,6	1621	80,4			1,153 – 2,874
Uso de drogas ilícitas							
Sim	14	31,8	30	68,2	0,014	2,026	2,993
Não	411	18,7	1784	81,3			1,249 – 7,172

AME= Aleitamento materno exclusivo; OR= *odds ratio*; SM= Salários mínimos.

Fonte: Dados da pesquisa, 2023.

A regressão logística entre amamentação exclusiva no 7º dia e os dados voltados para o recém-nascido e a assistência prestada no período do pré-natal mostrou que as crianças nascidas de peso normal tem 2,526 (OR ajustado=2,526; IC 95%=1,480-4,313) mais chances de praticar o AME do que as nascidas de baixo peso, e as mães que não tiveram dificuldades em amamentar apresentaram 2,701 mais chances em manter o AME do que as que passaram por essa dificuldade (OR ajustado=2,701; IC 95%=2,079–3,561) (Tabela 4).

Tabela 4 - Relação entre aleitamento materno exclusivo no 7º dia e dados relacionados ao recém-nascido e à assistência pré-natal

Característica	Sem AME		Com AME		Sig.	OR	OR ajustado
	N	%	N	%			
Sexo RN							
Feminino	220	20,1	877	79,9	0,390	1,094	1,116
Masculino	229	18,6	999	81,4			0,869 – 1,432
Peso RN							
Baixo peso	40	38,5	64	61,5	0,001	2,769	2,526
Peso normal	409	18,4	1812	81,6			1,480 – 4,313
Idade gestacional							
Prematuro	33	32,7	68	67,3	0,280	2,110	1,378
A termo	408	18,7	1775	81,3			0,770 – 2,466
Primípara							
Sim	170	21,1	635	78,9	0,517	1,252	2,030
Não	211	17,6	987	82,4			0,238 – 17,27
Atividade educativa							
Sim	100	17,8	461	82,2	0,124	1,139	1,267
Não	343	19,8	1388	80,2			0,937 – 1,714
Orientação sobre AME							
Sim	395	19,1	1671	80,9	0,268	1,069	1,250
Não	45	20,1	179	79,9			0,842 – 1,856
Experiência anterior de AME							
Sim	176	16,7	879	83,3	0,620	1,330	1,718
Não	171	21,0	642	79,0			0,202 – 14,62
Dificuldade no AME							
Sim	169	34,1	327	65,9	0,000	3,086	2,701
Não	258	14,3	1541	85,7			2,079 – 3,561

Legenda: RN = Recém-nascido; AME = Aleitamento materno exclusivo; OR = *odds ratio*.

Fonte: Dados da pesquisa, 2023.

Tabela 5 - Relação entre aleitamento materno exclusivo no 27º dia e dados relacionados às mães participantes da pesquisa

Característica	Sem AME		Com AME		Sig.	OR	OR ajustado
	N	%	N	%			
Faixa etária							
Até 19 anos	34	16,7	170	83,3	0,029	1,353	1,934
20 anos ou mais	344	21,3	1271	78,7			1,070 – 3,495
Situação conjugal							
Com companheiro	313	20,8	1191	79,2	0,404	1,064	1,209
Sem companheiro	45	21,8	161	78,2			0,775 – 1,886
Raça							
Branca	121	24,1	382	75,9	0,259	1,330	1,196
Não branca	239	19,2	1003	80,8			0,876 – 1,633
Anos de estudo							
Até 11 anos	118	21,1	442	78,9	0,459	1,002	1,133
12 anos ou mais	223	21,1	834	78,9			0,814 – 1,578
Trabalha							
Sim	209	20,4	816	79,6	0,246	1,058	1,211
Não	167	21,3	616	78,7			0,876 – 1,674
Renda familiar							
Até 2 SM	145	18,1	656	81,9	0,625	1,305	1,097
Mais 2 SM	191	22,4	662	77,6			0,757 – 1,588
Condição Socioeconômica							
AB	237	22,6	812	77,4	0,269	1,305	1,222
CDE	138	18,3	617	81,7			0,856 – 1,746
Uso de álcool e/ou tabaco							
Sim	49	20,3	192	79,4	0,231	1,032	1,337
Não	329	20,8	1249	79,2			0,831 – 2,149
Uso de drogas ilícitas							
Sim	8	22,2	28	77,8	0,777	1,095	1,179
Não	355	20,7	1360	79,3			0,378 – 3,672

Legenda: AME = Aleitamento materno exclusivo; OR = *odds ratio*; SM = Salários mínimos.

Fonte: Dados da pesquisa, 2023.

Recém-nascidos que nasceram a termo apresentaram 2,284 mais chances de praticar o AME do que os nascidos prematuramente (OR ajustado = 2,284; IC 95% = 1,184-4,404). E as mães que relataram não ter dificuldade em amamentar apresentaram 8,827 mais chances de manter o AME no 27º dia após o parto, do que aquelas que relataram essa dificuldade (OR ajustado = 8,827; IC 95% = 5,983 – 13,02) (Tabela 6).

Tabela 6 - Relação entre aleitamento materno exclusivo no 27º dia e dados relacionados ao recém-nascido e à assistência pré-natal

Característica	Sem AME		Com AME		Sig.	OR	OR ajustado
	N	%	N	%			
Sexo RN							
Feminino	178	21,2	663	78,8	0,819	1,044	1,035 0,769 – 1,394
Masculino	200	20,4	778	79,6			
Peso RN							
Baixo peso	28	31,5	61	68,5	0,545	1,810	1,224 0,636 – 2,357
Peso normal	350	20,2	1380	79,8			
Idade gestacional							
Prematuro	22	28,9	54	71,1	0,014	1,572	2,284 1,184 – 4,404
A termo	352	20,6	1359	79,4			
Primípara							
Sim	123	19,4	510	80,6	0,669	1,062	1,670 0,159 – 17,49
Não	189	20,4	738	79,6			
Atividade educativa							
Sim	93	20,9	352	79,1	0,599	1,009	1,097 0,777 – 1,549
Não	280	20,8	1069	79,2			
Orientação sobre AME							
Sim	352	21,6	1281	78,4	0,081	1,647	1,679 0,939 – 3,003
Não	23	14,3	138	85,7			
Experiência anterior de AME							
Sim	145	17,9	666	82,1	0,588	1,106	1,913 0,183 – 19,99
Não	124	19,4	515	80,6			
Dificuldade no AME							
Sim	114	58,8	80	41,2	0,000	8,475	8,827 5,983 – 13,02
Não	228	14,4	1359	85,6			

Legenda: RN = Recém-nascido; AME = Aleitamento materno exclusivo; OR = *odds ratio*.
Fonte: Dados da pesquisa, 2023.

DISCUSSÃO

São muitos os determinantes que atravessam o aleitamento materno exclusivo influenciando na tomada de decisão das nutrizes em levar essa prática adiante ou não. A taxa de AME (80,7% e 79,2%) em ambos os momentos analisados, 7º e 27º dia após o parto, mostrou-se satisfatória. As diferentes abordagens pró-amamentação que são realizadas no pré-natal podem ter contribuído para o alcance desses resultados. Estudo mostrou que 87% das mães realizaram seis ou mais consultas de pré-natal, e uma revisão de escopo, que analisou os determinantes em saúde do AME, reforçou que o pré-natal e o número de consultas realizadas nesse período vêm a ser determinantes para o sucesso do AME (Silva *et al.*, 2023; Silva *et al.*, 2023), além da não dificuldade em

amamentar (78,2% e 89,1%), presente nos períodos investigados. Este determinante é trabalhado tanto no pré-natal como, mais intensamente, no puerpério, por meio principalmente da assistência de enfermagem, na qual se realizam avaliação das mamas e orientação quanto a possíveis alterações que possam ocorrer no início da amamentação e como enfrentá-las. Sabe-se que nenhum tipo anatômico de mamilo pode impedir a amamentação, embora sua malformação possa dificultar a pega correta por parte do bebê. Essa dificuldade pode ser revestida por meio de conhecimento científico e técnico por parte da equipe de saúde, bem como do conhecimento em relação ao processo de lactação (Lustosa *et al.*, 2020).

A situação conjugal das mulheres investigadas foi determinante no AME no 7º dia após o parto. Aquelas que têm companheiro tiveram mais chances de manter o AME no 7º dia após parto do que aquelas sem a presença dessa rede de apoio. Este achado corrobora com o encontrado em outros estudos. Na Nigéria, ao ser investigado sobre a importância da rede de apoio para a amamentação exclusiva nos primeiros meses de vida do lactente, foi evidenciado que o suporte do companheiro é determinante para a continuidade dessa prática (Joseph; Earland, 2019). Assim como também foi significativo no estudo realizado na China (OR = 1,91) quando o pai e amigos próximos deram suporte no primeiro mês após o parto (Shi *et al.*, 2021). Este achado reforça que a presença do marido/companheiro como suporte à mãe e ao recém-nascido colabora para a prática e manutenção da amamentação exclusiva.

A relação entre o uso de álcool e/ou tabaco e o uso de drogas ilícitas e o AME no 7º dia após o parto foi determinante neste período. As mães que fazem o uso de álcool e/ou tabaco e as mães que não fazem uso de drogas ilícitas tiveram mais chances de manter o AME do que suas contrapartes. Nesse contexto, um estudo que investigou, no 7º, 15º e 30º dia após o parto, o desfecho da amamentação com nutrízes usuárias de drogas identificou uma média de AME de 28,8 dias, sendo que as mães usuárias de drogas lícitas ou ilícitas que continuaram em acompanhamento após o parto mantiveram o AME (Ribeiro e Fernandes, 2021). A Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (Febrasgo) e o Ministério da Saúde contraindicam a amamentação quando a mãe está em uso de drogas ilícitas como cocaína, heroína e maconha,

pois essas e outras drogas podem passar pelo leite da mãe e prejudicar o bebê, além de alterarem o comportamento cognitivo das mães, representando um risco para os cuidados necessários com os seus filhos (Febrasgo, 2018; Brasil, 2015). O consumo de substâncias lícitas e ilícitas no período da amamentação deve ser reforçado no contexto do pré-natal e puerpério, abordando os prejuízos dessa prática para o binômio mãe/bebê.

Baixo peso ao nascer e problemas mamilares associaram-se negativamente com o aleitamento materno exclusivo em um estudo multicêntrico desenvolvido na China (Fang *et al.*, 2020). Já no estudo em questão, as crianças nascidas com peso normal tiveram mais chances de manter o AME no 7º dia após o parto. Portanto, o peso normal ao nascer vem a ser um determinante positivo ao AME, uma vez que o contrário, o baixo peso dos bebês no nascimento, pode levar à introdução precoce de fórmulas infantis, sem justificativa clínica aceitável. Nesses casos, é de suma importância avaliar outras condições, como a pega correta do bebê ao mamar, avaliação clínica das mamas da mãe, dentre outros (Lopes *et al.*, 2022).

Estudos identificaram que a amamentação anterior bem-sucedida e o conhecimento sobre os seus benefícios são fatores que estão associados ao AME, diferentemente dos achados deste estudo, que não obteve relação entre a experiência prévia e AME (Shi *et al.*, 2008; Nascimento *et al.*, 2021; Kummer *et al.*, 2020). No entanto, as mulheres que não tiveram dificuldade na amamentação até o 7º dia de após o parto tiveram mais chances de manter o AME.

Em relação ao AME no 27º dia após o parto, configurou-se como determinante significativo a idade materna até os 19 anos. Um estudo recente na Índia, no entanto, mostrou que a idade materna estava negativamente associada à amamentação exclusiva (Ribeiro; Fernandes, 2021). Uma associação negativa entre idade materna e AME também foi encontrada em outro estudo (Fang *et al.*, 2020). Assim, em relação à idade materna, os dados vão de encontro à literatura, a qual destaca que mães adolescentes são mais propícias ao desmame precoce. Porém, os dados encontrados levantam pontos importantes que possam justificar esse achado, como o papel de uma rede de apoio efetiva, desde o âmbito hospitalar, familiar, comunitário e, principalmente, da atenção primária à saúde,

que acolha e forneça assistência especializada a essa mãe adolescente (Kummer *et al.*, 2020).

Além desses fatores, a idade gestacional apresentou-se como crucial para o sucesso do aleitamento, visto que crianças que nasceram a termo tiveram mais chances de manter o AME quando comparadas às de nascimento prematuro (OR = 1,572). Esse achado é reforçado por outros estudos (Sociedade Brasileira de Pediatria, 2020; Bruckland *et al.*, 2020; Cohen *et al.*, 2018; Darboe *et al.*, 2023).

O determinante não ter dificuldade ao amamentar foi fator protetor em ambos os momentos investigados. Nesse determinante, investigaram-se fissuras mamárias, técnica adequada de amamentação, posição e pega correta, dentre outros problemas identificados pelas mães. Portanto, conclui-se que as mães tiveram êxito na assistência prestada tanto na gestação como durante o período puerperal. Estudos mostraram que o aconselhamento e orientações sobre amamentação são uma forte estratégia de promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno (Lustosa; Lima, 2020; Buckland *et al.*, 2020).

Dentre as limitações do estudo, pontua-se o quantitativo de mães que continuaram a responder ao inquérito telefônico no 27º dia após o parto, mesmo com todas as estratégias para atingir essas participantes, o que reduziu a amostra para o monitoramento objetivado e o não acompanhamento da amostra investigada até o sexto mês de vida dos bebês, período sugerido para o AME. Isso não sendo possível por problemas de contato com as participantes da pesquisa, que compreendeu o período de pandemia por covid-19.

CONCLUSÃO

Os determinantes do AME no 7º dia após o parto foram: ter companheiro, o uso de álcool e/ou tabaco, não uso de drogas ilícitas e o peso normal ao nascer. Já no 27º dia após o parto, apresentaram-se como determinantes: ter até 19 anos de idade e nascer a termo. Não ter dificuldade ao amamentar esteve presente em ambos os momentos.

REFERÊNCIAS

AROCHA-ZULUAGA, G. P.; CAICEDO-VELASQUEZ, B.; FORERO-BALLESTEROS, L. C. Determinantes economicos, sociales y de salud que inciden em lalctancia materna exclusiva em Colombia. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 38, n. 9, e00186621, 2022.

BENEDICT, R. K.; CRAIG, H. C.; TORLESSE, H.; STOLTZFUS, R. J. Trends and predictors of optimal breastfeeding among children 0–23 months, South Asia: analysis of national survey data. **Maternal & Child Nutrition**, v. 14, S. 4, 2018. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/mcn.12698>. Acesso em: 4 set. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primaria à Saúde. Departamento de Promoção da Saúde. **Estratégia Nacional para Promoção do Aleitamento Materno e Alimentação Complementar Saudável no Sistema Único de Saúde**: manual de implementação. Guia alimentar para crianças brasileiras menores de 2 anos. Brasília: Ministério da Saúde, 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde da criança: aleitamento materno e alimentação complementar**. Brasília: Ministério da Saúde, 2015. (Cadernos de Atenção Básica, 23). Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_crianca_aleitamento_materno_cab23.pdf. Acesso em: 8 set. 2023.

BUCKLAND, C.; HECTOR, D.; KOLT, G. S.; FAHEY, P. Interventions to promote exclusive breastfeeding among young mothers: a systematic review and meta-analysis. **International Breastfeeding Journal**, v. 15, n. 102, 2020.

COHEN, S. S. et al. Factors associated with breastfeeding initiation and continuation: a meta-analysis. **The Journal of Pediatrics**, v. 203, p. 190-196, 2018.

DARBOE, M. L.; JEYAKUMAR, A.; MANSOUR, S. M. A.; VALAWALKAR S. Determinants of early initiation of breastfeeding in The Gambia: a population-based study using the 2019–2020 demographic and health survey data. **International Breastfeeding Journal**, v. 18, n. 1, p. 33, 2023.

DAHLGREN, G.; WHITEHEAD, M. **Policies and strategies to promote social equity in health**. Arbetsrapport, 14. Stockholm: Institutet för Framtidsstudier, 2007. Disponível em: <https://core.ac.uk/download/pdf/6472456.pdf>. Acesso em: 9 set. 2023.

FANG, Z. *et al.* The Patterns and Social Determinants of Breastfeeding in 12 Selected Regions in China: A Population-Based Cross-Sectional Study. **Journal of Human Lactation**, v. 36, n. 3, p. 436-447, 2020.

FEDERAÇÃO BRASILEIRA DAS ASSOCIAÇÕES DE GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA — FEBRASGO. **Inibição da lactação: quando e como fazê-la?** 2018. Disponível em: <https://www.febrasgo.org.br/pt/noticias/item/308-inibicao-da-lactacao-quando-e-como-faze-la>. Acesso em: 9 set. 2023.

JOSEPH, F. I.; EARLAND J. A qualitative exploration of the sociocultural determinants of exclusive breastfeeding practices among rural mothers, North West Nigeria. **International Breastfeeding Journal**, v. 14, n. 1, p. 38, 2019.

KUMMER, L.; DUKE, N.; DAVIS, L; BOROWSKY, I. Association of Social and Community Factors with U.S. Breastfeeding Outcomes. **Breastfeeding Medicine**, v. 15, n. 10, p. 646-654, 2020.

LOPES, T. S. P. et al. Avaliação da mamada em bebês a termo e pré-termo, após alta hospitalar: aplicação de formulário de observação. **Research, Society and Development**, v. 11, n. 3, p. 1-12, 2022. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v11i3.26893>. Acesso em: 9 set. 2023.

LUSTOSA, E.; LIMA, R. N. Importância da enfermagem frente à assistência primária ao aleitamento materno exclusivo na atenção básica. **Revista Brasileira Interdisciplinar de Saúde**, v. 2, n. 2, p. 93-97, 2020. Disponível em: <https://revistarebis.rebis.com.br/index.php/rebis/article/view/96/89> . Acesso em: 16 set. 2023.

MUELLER, S. *et al.* Multiple instance learning detects peripheral arterial disease from high-resolution color fundus photography. **Scientific Reports**, v. 12, n. 1, p. 1389, 2022.

NASCIMENTO, E. N.; LEONE, C.; DE ABREU, L. C.; BUCCINI G. Determinants of exclusive breast-feeding discontinuation in south eastern Brazil, 2008–2013: a pooled data analysis. **Public Health Nutrition**, v. 24, n. 10, p. 3116-3123, 2021.

NASCIMENTO, M. B. R. Os Reflexos da amamentação na vida adulta. *In*: SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA. Departamento Científico de Aleitamento Materno (2019-2021). **Guia prático de aleitamento materno**. Rio de Janeiro: SBP, 2020. p. 5-8. Disponível em: https://www.sbp.com.br/fileadmin/user_upload/22800f-GUIAPRATICO-GuiaPratico_de_AM.pdf. Acesso em: 4 set. 2023.

NKOKA, O. et al. Determinants of timely initiation of breastmilk and exclusive breastfeeding in Malawi: a population - based cross-sectional study. **International Breastfeeding Journal**, v. 14, n. 1, 2019.

POTON, W. et al. Aspectos metodológicos do Projeto Viver: um estudo longitudinal no Espírito Santo (Brasil). **Cadernos Saúde Coletiva**, 2022. No prelo.

RIBEIRO, S. D. F. T.; FERNANDES, R. A. Q. Nutrizes usuárias de drogas e o desfecho da amamentação: estudo de coorte. **SMAD: Rev. Eletrônica Saúde Mental Álcool Drogas**, Ribeirão Preto, v. 17, n. 1, p. 32-38, mar. 2021. Disponível

em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-69762021000100006&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 10 set. 2023.

ROLLINS, N. C. et al. Por que investir e o que será necessário para melhorar as práticas de amamentação? **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, 2016.

SILVA, E. R. A. **Agenda 2030**: ODS - Metas nacionais dos objetivos de desenvolvimento sustentável. Brasília: Ipea, 2018. 502 p.

SILVA, A. L. B. D.; OLIVEIRA, E. R. A.; POTON, W. L.; SANTOS, A. S. D.; BUBACH, S.; MIOTTO, M. H. M. B. Determinantes maternos e de recém-nascidos associados ao aleitamento materno exclusivo em maternidades do espírito santo: aleitamento exclusivo no espírito santo. **Revista Enfermagem Atual In Derme**, v. 97, n. 3, p. e023160, 2023. Disponível em: <https://revistaenfermagematual.com/index.php/revista/article/view/1963>. Acesso em: 16 set. 2023.

SILVA, A. L. B.; FERREIRA, C. R. S.; SANTOS, P. G.; OLIVEIRA, E. R. A.; MIOTTO, M. H. M. B. Health determinants associated with exclusive breastfeeding: a scope review. **Revista CEFAC**, v. 25, n. 5, p. e6822, 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1982-0216/20232556822s>. Acesso em: 13 out. 2023.

SHI, H. et al. Determinants of exclusive breastfeeding for the first six months in China: a cross-sectional study. **International Breastfeeding Journal**, v. 16, n. 1, p. 40, 2021.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA. **A adolescência e o aleitamento materno**. Documento Científico n. 15. Rio de Janeiro: SBP, 2020. Disponível em: https://rblh.fiocruz.br/sites/rblh.fiocruz.br/files/usuario/80/6._a_adolescencia_e_o_aleitamento_materno.pdf. Acesso em: 17 set. 2023.

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

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esta pesquisa se propôs a investigar os determinantes em saúde do aleitamento materno exclusivo e analisar quais estão presentes no primeiro mês de vida de recém-nascidos. Para levantar e resgatar os principais determinantes em saúde da amamentação, realizou-se uma revisão de escopo, sem filtros de temporalidade e sem limites geográficos ou de idioma. Esta revisão foi de extrema importância para a construção dos demais artigos desta tese, mostrando os principais e mais relevantes determinantes da temática. Foram eles: idade materna, renda familiar, aleitamento materno na primeira hora de vida, sexo do bebê, trabalho materno e licença-maternidade, o uso de chupeta e orientações sobre aleitamento materno.

A amostra do segundo estudo foi composta por mulheres com idade entre 20 e 34 anos, que viviam com companheiro, de raça/cor parda, com 12 anos ou mais de estudos, que trabalhavam, com renda inferior a dois salários mínimos, de condição sócio econômica classe C e morando com 4 a 6 pessoas no mesmo domicílio. Em relação aos bebês do estudo, a maioria consiste em crianças nascidas de sexo feminino, de peso normal, nascidos a termo e que foram acompanhadas pelo Sistema Único de Saúde. A idade materna menor que 19 anos, o peso do bebê e a idade gestacional ao nascer, caracterizadas por bebês nascidos de peso normal e a termo, foram determinantes para o AME ainda na maternidade.

O terceiro estudo foi composto, em ambos os momentos investigados, por mulheres de 20 a 34 anos de idade, com companheiro, de raça/cor parda e negra, com 12 anos ou mais de estudos, que trabalhavam, com renda familiar de 1 a 2 salários mínimos, de condição socioeconômica B e com comoradia com 4 a 6 pessoas. O AME foi presente em 80,7% no 7º dia após o parto e 79,2% no 27º dia após o parto. Os bebês, em sua maioria, não tinham hábitos orais deletérios, como sucção digital, uso de chupeta e mamadeira, em ambos os momentos investigados. Ter companheiro, o consumo de álcool e/ou tabaco, não fazer uso de drogas ilícitas e o peso normal ao nascer dos bebês foram

determinantes ao AME no 7º dia após o parto. Já a idade materna até 19 anos e nascer a termo foram determinantes ao AME no 27º dia após o parto. Não ter dificuldade na amamentação foi determinante para o AME em ambos os momentos investigados.

Identificar esses determinantes é primordial para o planejamento e para atualizações das políticas públicas voltadas para a amamentação, uma vez que a temática aleitamento materno não se esgota e necessita de novas pesquisas, em diferentes populações e contextos, bem como também do uso de diferentes abordagens metodológicas.

O estudo apresentou como limitações principais a não investigação da variável licença-maternidade, determinante identificado na revisão de escopo e que tem um papel social importante no contexto do AME; a perda amostral no estudo longitudinal, mesmo com as inúmeras estratégias para minimizar esse ocorrido; e o não acompanhamento da amostra até os 6 meses de vida dos recém-nascidos. Foi iniciada a coleta para esse segmento, porém, devido ao período pandêmico e ao baixo número de participantes atingidos, não foi possível a conclusão dessa coleta.

A realização deste trabalho permitiu abrir os olhares para diferentes ângulos presentes no contexto da Saúde Coletiva e do aleitamento materno. Projetos como o Projeto Viver alcançam populações inúmeras vezes marginalizadas e que precisam ser estudadas e escutadas. E os estudos fruto deste projeto entregam à comunidade científica e à sociedade dados que contribuirão para diferentes políticas públicas no contexto global da saúde da mulher e de recém-nascidos.

REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, J. A. G. **Amamentação**: um híbrido natureza-cultura. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1999. 120 p. ISBN: 978-85-85239-17-4. Disponível em: <https://doi.org/10.7476/9788575412503>. Acesso em: 19 dez. 2021.
- ALVES, J. S. *et al.* Orientações sobre amamentação na atenção básica de saúde e associação com o aleitamento materno exclusivo. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, n. 4, p. 1077-1088, abr. 2018.
- BOCCOLINI, C. S.; BOCCOLINI, P. M. M.; MONTEIRO, F. R.; VENANCIO, S. I.; GIUGLIANI, E. R. J. Breastfeeding indicators trends in Brazil for three decades. **Revista de Saúde Pública**, v. 51, p. 108, 2017.
- AROMATARIS, E.; MUNN, Z. (ed.). **JBI Manual for Evidence Synthesis**. JBI, 2020. Disponível em: <https://synthesismanual.jbi.global>. Acesso em: 17 dez. 2021.
- BOCCOLINI, C. S.; CARVALHO, M. L. O.; COUTO, M. I. C. Factors associated with exclusive breastfeeding in the first six months of life in Brazil: a systematic review. **Revista de Saúde Pública**, v. 49, n. 00, 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0034-8910.2015049005971>. Acesso em: 10 jan. 2022.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa Nacional de Incentivo ao Aleitamento Materno – PNIAM**. Brasília, 1991.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde da criança**: nutrição infantil — aleitamento materno e alimentação complementar. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas, Departamento de Atenção Básica. **Aleitamento materno, distribuição de leites e fórmulas infantis em estabelecimentos de saúde e a legislação**. 1. ed., 2. reimpr. Brasília: Ministério da Saúde, 2016.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde da criança**: aleitamento materno e alimentação complementar. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2015.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **II Pesquisa de Prevalência de Aleitamento Materno nas Capitais Brasileiras e Distrito Federal**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Bases para a discussão da Política Nacional de Promoção, Proteção e Apoio ao Aleitamento Materno**. Brasília: Ministério da Saúde, 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Promoção da Saúde. **Guia alimentar para crianças brasileiras menores de 2 anos**. Brasília: Ministério da Saúde, 2019.

CARVALHO, A. J. Determinantes sociais, econômicos e ambientais da saúde. *In* FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. **A saúde no Brasil em 2030**: prospecção estratégica do sistema de saúde brasileiro: população e perfil sanitário. Rio de Janeiro: Fiocruz; Ipea; Ministério da Saúde; Secretaria de Assuntos Estratégicos da Presidência da República, 2013. v. 2. p. 19-38. Disponível em: <http://books.scielo.org>. Acesso em: 19 dez. 2021.

CARVALHO, M. R.; TAMEZ, R. N. **Amamentação**: Bases Científicas. 2 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005.

CATTANEO, A. Academy of breastfeeding medicine founder's lecture 2011: inequalities and inequities in breastfeeding: an international perspective. **Breastfeeding Medicine**, v. 7, n. 1, p. 3-9, 2012.

CHOWDHURY, R.; SINHA, B.; SANKAR, M. J. *et al.* Breastfeeding and maternal health outcomes: a systematic review and meta-analysis. **Acta Paediatrica**, v. 104, n. 467, p. 96-113, 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/apa.13102>. Acesso em: 17 dez. 2021.

ESPÍRITO SANTO (Estado). **Plano Diretor de Regionalização da Saúde**: Espírito Santo - 2011. Vitória: Secretaria de Estado da Saúde, 2011. Disponível em: https://saude.es.gov.br/Media/sesa/SISPACTO/PDRPlano%20Diretor%20de%20Regionalizacao_ES_2011.pdf. Acesso em: 5 maio 2021.

ESPÍRITO SANTO (Estado). Secretaria de Estado da Saúde. **Resolução n.º 153, de 18 de dezembro de 2020**. Vitória: Secretaria de Estado da Saúde, 2020. Disponível em: <https://saude.es.gov.br/cib>. Acesso em: 5 maio 2020.

ESPÍRITO SANTO (Estado). Secretaria de Estado da Saúde. **Tabulação de dados – Tabnet**. Vitória: Secretaria de Estado da Saúde, 2018. Disponível em: <http://tabnet.saude.es.gov.br/cgi/deftohtm.exe?tabnet/sinasc/sinasc2006/sinasc2006.def>. Acesso em: 18 out 2018.

FROTA, M. A. *et al.* Interfaces of the discontinuation of breastfeeding. **Acta Scientiarum**, v. 38, n. 1, p. 33-38, 2016.

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ — FIOCRUZ. **Bancos de Leite Humano e Postos de Coleta de Leite Humano cadastrados na Rede Brasileira de Bancos de Leite Humano**. 2021. Disponível em: https://producao.redeblh.iciet.fiocruz.br/portal_blh/blr_brasil.php. Acesso em: 21 dez. 2021.

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ — FIOCRUZ. **40 anos do Código Internacional de Comercialização de Substitutos do Leite Materno**. 21 maio 2021.

Disponível em: <https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/atencao-crianca/40-anos-do-codigo-internacional-de-comercializacao-de-substitutos-do-leite-materno-21-de-maio-de-2021/>. Acesso em: 20 dez. 2021.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA — IBGE. **Panorama cidades**. Brasília: IBGE, 2020. Disponível em:

<https://cidades.ibge.gov.br/brasil/es/panorama>. Acesso em: 5 maio 2021.

LAMOUNIER, J. A. *et al.* Baby friendly hospital initiative: 25 years of experience in Brazil. **Revista Paulista de Pediatria**, v. 37, n. 4, p. 486-493, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1984-0462/2019;37;4;00004>. Acesso em: 22 dez. 2021.

MAIA, P. R. S. *et al.* Rede Nacional de Bancos de Leite Humano: gênese e evolução. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, v. 6, n. 3, p. 285-292, jul./set. 2006.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD — OPS. **La Iniciativa hospital amigo del niño en América Latina y el Caribe: estado actual, retos y oportunidades**. Washington, DC: OPS, 2016.

ORTELAN, N.; VENANCIO, S. I.; D'AQUINO, M. H. Determinantes do aleitamento materno exclusivo em lactentes menores de seis meses nascidos com baixo peso. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 35, n. 8, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00124618>. Acesso em: 10 dez. 2021.

PEREIRA, F. A. Estimativas dos efeitos dos determinantes do aleitamento practices? **The Lancet**, v. 387, p. 491-504, 2016.

POTON, W.; DOS SANTOS, A; BUBACH, S. *et al.* Aspectos metodológicos do Projeto Viver: um estudo longitudinal no Espírito Santo (Brasil). **Cadernos Saúde Coletiva**, 2022. No prelo.

PINTO, K. C. L. R. *et al.* Prevalência do desmame precoce e suas principais causas. **Brazilian Journal of Health Review**, v. 3, n. 1, p. 717-728, 2020.

RINALDI, A. E. M.; CONDE, W. L. A influência das informações da Pesquisa Nacional de Saúde sobre a estimativa atual e a trajetória do aleitamento materno exclusivo no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 35, n. 8, p. e00190118, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00190118>. Acesso em: 10 dez. 2021.

ROLLINS, N. C. *et al.* Why invest, and what it will take to improve breastfeeding practices? **The Lancet**, v. 387, n. 10017, p. 491-504, jan. 2016. Disponível em: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(15\)01044-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(15)01044-2). Acesso em: 20 dez. 2021.

ROLIM, L. M. O.; MARTINS, A. L. Aleitamento materno. **Revista de Pediatria SOPERJ**, v. 3, n. 1, 2002.

SANKAR, M.J.; SINHA, B.; CHOWDHURY, R. *et al.* Optimal breastfeeding practices and infant and child mortality: a systematic review and meta-analysis. **Acta Paediatrica**, v. 104, n. 467, p. 3-13, 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/apa.13147>. Acesso em: 19 dez. 2021.

SILVA, O. L. O. *et al.* The Baby-Friendly Hospital Initiative: increasing breastfeeding and decreasing infant mortality in Brazil. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, v. 18, n. 3, p. 481-489, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1806-93042018000300003>. Acesso em: 22 dez. 2021.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA. Departamento Científico de Aleitamento Materno (2019-2021). **Guia prático de aleitamento materno**. Rio de Janeiro: SBP, 2020.

SOLAR, O.; IRWIN, A. A conceptual framework for action on the social determinants of health. **Social Determinants of Health**. Discussion Paper 2 (Policy and Practice). Geneva: WHO, 2010.

TRICCO, A. C.; LILLIE, E.; ZARIN, W. *et al.* PRISMA Extension for Scoping Reviews (PRISMA-ScR): checklist and explanation. **Annals of Internal Medicine**, v. 169, n. 7, p. 467-473, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.7326/M18-0850>. Acesso em: 12 fev. 2023.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO — UFRJ. **Aleitamento materno: prevalência e práticas de aleitamento materno em crianças brasileiras menores de 2 anos 4 — ENANI 2019**. Rio de Janeiro: UFRJ, 2021. 108 p. Disponível em: <https://enani.nutricao.ufrj.br/index.php/relatorios/>. Acesso em: 16 dez. 2021.

VICTORA, C. G.; HUTTLY, S. R.; FUCHS, S. C.; OLINTO, M. T. The role of conceptual frameworks in epidemiological analysis: a hierarchical approach. **International Journal of Epidemiology**, v. 26, n. 1, p.224-7, 1997.

VICTORIA, C.G *et al.* Breastfeeding in the 21st century: epidemiology, mechanisms, and lifelong effect. **The Lancet**, v. 387, p. 475-490, 2016. Disponível em: [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS01406736\(15\)010247/fulltext#sec1](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS01406736(15)010247/fulltext#sec1). Acesso em: 1 jan. 2022.

WALTERS, D. D.; PHAN, L. T.; ROGER MATHISEN. The cost of not amamentar: global results from a new tool. **Health Policy and Planning**, v. 34, n. 6, p. 407-417, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1093/heapol/czz050>. Acesso em: 30 dez. 2021.



WORLD HEALTH ORGANIZATION — WHO. **National Implementation of the Baby-friendly Hospital Initiative**. Geneva: WHO, 2017. Disponível em: <http://www.who.int/nutrition/publications/infantfeeding/bfhinationalimplementation2017/en/>. Acesso em: 30 dez. 2021.

WORLD HEALTH ORGANIZATION — WHO. **Indicators for the global monitoring framework on maternal, infant and World Health Organization**. Ten steps to successful breastfeeding (revised 2018). 2019. Disponível em: <https://www.who.int/nutrition/bfhi/ten-steps/en/>. Acesso em: 5 ago. 2019.

WORLD HEALTH ORGANIZATION — WHO. **Guideline: protecting, promoting and supporting breastfeeding in facilities providing maternity and newborn services**. Geneva: World Health Organization, 2017.

ZONG, X. *et al.* Global prevalence of WHO infant feeding practices in 57 LMICs in 2010_2018 and time trends since 2000 for 44 LMICs. **E Clinical Medicine**, v. 37, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.eclinm.2021.100971>. Acesso em: 22 dez. 2021.

ANEXO A – QUESTIONÁRIO MATERNIDADE

	<p>PROJETO VIVER</p> <p><i>"Defeitos em saúde nos períodos perinatal e neonatal"</i></p> <p>MATERNIDADE</p>	
---	---	---

IDENTIFICAÇÃO	
01. Nome do(a) entrevistador(a): _____	
02. Código do(a) entrevistador(a): _____	
03. Número do RN na pesquisa: _____	
04. Hospital de nascimento:	
<input type="checkbox"/> Maternidade Pró-Matris	<input type="checkbox"/> Hospital Dia e Maternidade da Unimed
<input type="checkbox"/> Hospital e Maternidade São Mateus	
05. Nome do(a) entrevistado(a) (preferencialmente a mãe): _____	
06. Relação com a criança:	
<input type="checkbox"/> Mãe	<input type="checkbox"/> Pai <input type="checkbox"/> Outra _____
As informações das próximas questões deverão ser retiradas do prontuário (as que não estiverem no prontuário deverão ser perguntadas ao entrevistado)	
07. Nome completo da mãe: _____	
08. Data de nascimento da mãe: ____/____/____	09. Idade (anos completos): _____ anos
10. CPF da mãe: _____	11. Cartão SUS da mãe: _____
12. Nome da avó materna: _____	
13. Endereço da família (confirmar com o entrevistado): _____	
14. Bairro: _____	
15. Cidade: _____	16. Estado: _____
17. CEP: _____	
18. Ponto de referência: _____	
19. Tel resid: () _____	
20. Cel: () _____	
21. Parcela: () _____	
22. Pa/mãe: () _____	
23. Outros telefones: () _____	
24. Email: _____	
25. Facebook: _____	
26. Número de registro do atendimento (ou prontuário): _____	
27. Sexo da criança:	
<input type="checkbox"/> masculino	<input type="checkbox"/> feminino <input type="checkbox"/> indeterminado
28. Nome completo do RN/criança: _____	
<input type="checkbox"/> sem nome	<input type="checkbox"/> não registrado
29. Nº DNVC: _____	
30. Data da internação da mãe para o parto (DDMM/AAAA): ____/____/____	

31. Hora da entrevista (HH:MM): _____:_____		
Características da mãe e da família		
As informações das próximas questões deverão ser perguntas diretamente à mãe.		
32. Qual a raça/cor da pele (pelo entrevistador)? <input type="checkbox"/> Branca <input type="checkbox"/> Parda <input type="checkbox"/> Negra <input type="checkbox"/> Amarela <input type="checkbox"/> Indígena		
33. Qual a raça/cor da sua pele (autorreferida)? <input type="checkbox"/> Branca <input type="checkbox"/> Parda <input type="checkbox"/> Negra <input type="checkbox"/> Amarela <input type="checkbox"/> Indígena		
34. Atualmente, com quem você vive? <input type="checkbox"/> Pai da criança <input type="checkbox"/> Companheiro(a) <input type="checkbox"/> Seus pais <input type="checkbox"/> Ignorado <input type="checkbox"/> Outro: _____		
35. Quantos anos de estudo você completou? _____ anos		
36. Você (mãe) trabalha? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Ignorado		
36.1. Se sim, em quê? _____		
37. O seu (mãe) trabalho é remunerado? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Ignorado		
38. Qual a renda familiar mensal? (Valor de todos que contribuem para as despesas da casa): R\$ _____		
39. Quantas pessoas dependem dessa renda? _____		
40. Qual a pessoa que contribui financeiramente com o maior valor? _____		
41. Quantas pessoas moram na casa? _____ pessoas. <input type="checkbox"/> Ignorado		
42. Há fumante na casa? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Ignorado		
42.1. Se sim, quantos? _____		
43. Nível socioeconômico da família utilizando o índice de bens (segundo a ABEP – anexo ao final do formulário): _____ pontos (Obs: colocar o resultado seguindo a pontuação da tabela do manual)		
44. Quantos cômodos têm a casa, incluindo banheiros? _____ cômodos <input type="checkbox"/> Ignorado		
Agora vou te fazer perguntas sobre os antecedentes familiares clínicos, aqui inclui irmãos e pais		
45. Alguém (irmão/mãe ou pai/mãe) tem ou teve? <input type="checkbox"/> Hipertensão arterial <input type="checkbox"/> Diabetes mellitus <input type="checkbox"/> Gemelaridade <input type="checkbox"/> Hanseníase <input type="checkbox"/> Tuberculose <input type="checkbox"/> Doença de Chagas <input type="checkbox"/> Malformações congênitas e anomalias genéticas <input type="checkbox"/> Câncer de mama e/ou do colo uterino <input type="checkbox"/> Parceiro sexual portador de infecção pelo HIV		
Agora vou te fazer perguntas sobre os seus antecedentes pessoais clínicos		
46. Você tem ou teve? <input type="checkbox"/> Hipertensão arterial <input type="checkbox"/> Diabetes mellitus <input type="checkbox"/> Cardiopatias <input type="checkbox"/> Doença de Chagas <input type="checkbox"/> Doença renal crônica <input type="checkbox"/> Epilepsia <input type="checkbox"/> Anemias e deficiências de nutrientes <input type="checkbox"/> Desvícios nutricionais (baixo peso, desnutrição, sobrepeso, obesidade) <input type="checkbox"/> Doenças da tireoide e outras endocrinopatias <input type="checkbox"/> Víruses (rubéola, hepatites) <input type="checkbox"/> Transfusões de sangue <input type="checkbox"/> Infecção urinária <input type="checkbox"/> Doenças neurológicas e psiquiátricas <input type="checkbox"/> Hanseníase, tuberculose, malária, sífilis ou outras doenças infecciosas <input type="checkbox"/> Alergias (inclusive medicamentosas) <input type="checkbox"/> Doenças neoplásicas <input type="checkbox"/> Cirurgia (tipo e data): _____ <input type="checkbox"/> Portadora do HIV <input type="checkbox"/> Uso de antiretrovirais		
Agora vou te fazer perguntas sobre seus antecedentes ginecológicos		
47. Com que idade menstrou pela primeira vez (menarca)? _____ anos.		
48. Seu ciclo menstrual é <input type="checkbox"/> regular <input type="checkbox"/> Irregular		
49. Quantos dias dura sua menstruação? _____ dias.		
50. Fazia uso de métodos contraceptivos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Ignorado		
51. Se sim, qual método contraceptivo utilizava? <input type="checkbox"/> Pílula hormonal <input type="checkbox"/> DIU <input type="checkbox"/> Camisinha masculina <input type="checkbox"/> Camisinha feminina <input type="checkbox"/> Ignorado <input type="checkbox"/> Outro: _____		
52. Pretende fazer tratamento para engravidar? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Ignorado		

52.1 Se sim, quem fez o tratamento?		
<input type="checkbox"/> Mulher	<input type="checkbox"/> Homem	
53. Já fez cirurgia na mama?		
<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Ignorado
53.1 Se sim, que tipo de cirurgia?		
<input type="checkbox"/> Reparadora	<input type="checkbox"/> Estética	
Agora vou te fazer perguntas sobre as gestações anteriores (antes deste bebê)		
54. Quantas gestações você teve antes deste bebê? _____ gestações		
55. Quantos partos teve antes deste bebê? _____ partos		
56. Quantos abortos teve antes deste bebê? _____ abortos		
57. Destas gestações, quantas foram: partos normais _____ partos cesáreos _____		
58. Qual a data do último parto? ____/____/____ <input type="checkbox"/> Ignorado		
59. Destas gestações, algum bebê teve?		
<input type="checkbox"/> Icterícia neonatal	<input type="checkbox"/> Transfusão sanguínea	<input type="checkbox"/> Hipoglicemia
<input type="checkbox"/> Exsangüíneo-transfusão		
60. Todos eles estão vivos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		
60.1. Se não, quantos morreram? _____		
Obs: Se tiver mais de 1 óbito, registrar as informações sobre o último óbito.		
61. Quando foi o óbito deste bebê?		
<input type="checkbox"/> nasceu morto	<input type="checkbox"/> até 7 dias	<input type="checkbox"/> 7 até 27 dias
<input type="checkbox"/> depois de 28 dias	<input type="checkbox"/> mais de 1 ano	<input type="checkbox"/> Ignorado
62. Se nasceu morto (óbito intra-útero), quantas meses de gravidez você tinha? _____ meses		
63. Você sabe qual foi o motivo do óbito? _____		
64. Quem cuidava da criança quando ela morreu?		
<input type="checkbox"/> Mãe	<input type="checkbox"/> Pai	<input type="checkbox"/> Parente adulto
<input type="checkbox"/> Outra criança	<input type="checkbox"/> Ignorado	
<input type="checkbox"/> Outros: _____		
65. Das gestações anteriores, quantas amamentou? _____		
66. Seu último filho foi amamentado durante quantos meses? _____ meses.		
67. Qual o motivo do desmame? _____		
INFORMAÇÕES SOBRE A GESTAÇÃO ATUAL		
As informações das próximas questões deverão ser retiradas do prontuário ou do cartão da gestante.		
68. Data da última menstruação: ____/____/____		
69. Data provável do parto: ____/____/____		
Obs: verificar no cartão da gestante, caso não tenha cartão, perguntar diretamente à mãe.		
70. Informação retirada do(a): <input type="checkbox"/> Cartão da gestante <input type="checkbox"/> Mãe		
71. Fez pré-natal?		
<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Ignorado
71.1. Se sim, fez quantas consultas? _____ consultas. Obs: verificar no cartão da gestante		
71.2. Se não, qual o motivo? _____		
72. Com quantas semanas de gestação iniciou o pré-natal? _____ semanas ou _____ meses <input type="checkbox"/> Ignorado		
72.1. Se iniciado após o primeiro trimestre, perguntar qual foi o motivo? _____		
73. Verificar no cartão da gestante a realização dos seguintes exames:		
<input type="checkbox"/> Hemograma	<input type="checkbox"/> EAS	<input type="checkbox"/> Urocultura
<input type="checkbox"/> HIV	<input type="checkbox"/> Tipagem sanguínea	<input type="checkbox"/> Fator Rh
<input type="checkbox"/> Eletroforese hemoglobina	<input type="checkbox"/> Glicemia	<input type="checkbox"/> VDRL
<input type="checkbox"/> HBsAg	<input type="checkbox"/> Anti-HCV	<input type="checkbox"/> Preventivo cdo útero
<input type="checkbox"/> Sem exames ou cartão da gestante	<input type="checkbox"/> Toxoplasmose	
<input type="checkbox"/> Outros: _____		
74. Eletroforese de hemoglobina – resultado		
<input type="checkbox"/> Padrão (AA)	<input type="checkbox"/> Heterozigose (AS, AC)	<input type="checkbox"/> Homozigose (SS, SC)
75. Exame de ultrassonografia:		
<input type="checkbox"/> 1º trimestre	<input type="checkbox"/> 2º trimestre	<input type="checkbox"/> 3º trimestre

76. Altura (cm): _____ cm	<input type="checkbox"/> Ignorado		
77. Peso antes da gestação (kg, g): _____ kg e _____ g	<input type="checkbox"/> Ignorado		
78. Peso na 1ª consulta de pré-natal (kg, g): _____ kg e _____ g	<input type="checkbox"/> Ignorado		
79. Peso na última consulta de pré-natal (kg, g): _____ kg e _____ g	<input type="checkbox"/> Ignorado		
80. Pressão arterial na 1ª consulta de pré-natal (mmHg): _____ / _____	<input type="checkbox"/> Ignorado		
81. Pressão arterial na última consulta de pré-natal (mmHg): _____ / _____	<input type="checkbox"/> Ignorado		
82. Vacina dupla adulta (dT ou dTpa tipo adulto)	<input type="checkbox"/> 1 dose	<input type="checkbox"/> 2 doses	<input type="checkbox"/> 3 doses
	<input type="checkbox"/> Última dose < 5 anos	<input type="checkbox"/> Última dose > 5 anos	<input type="checkbox"/> Ignorado
83. Vacina hepatite B	<input type="checkbox"/> 1 dose	<input type="checkbox"/> 2 doses	<input type="checkbox"/> 3 doses
	<input type="checkbox"/> Ignorado		
84. Vacina influenza	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Ignorado
85. Suplementação com sulfato ferroso	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Ignorado
85.1. Se sim, a partir de qual mês de gestação foi iniciada? _____ mês			
86. Suplementação com ácido fólico	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Ignorado
86.1. Se sim, a partir de qual mês de gestação foi iniciada? _____ mês			
87. Antes de engravidar, você teve acesso à informação sobre os métodos contraceptivos?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Ignorado
88. Esta gravidez foi planejada?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não, mas aconteceu bem	<input type="checkbox"/> Não e nunca aconteceu
	<input type="checkbox"/> Ignorado		
89. Durante a gestação, você teve alguma dificuldade para realizar o pré-natal?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Ignorado
89.1. Se sim, qual(is) as dificuldades? _____			
90. Durante a gestação, você teve consulta com dentista?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Ignorado
90.1. Se não, qual o motivo? _____			
91. Você participou de alguma atividade educativa (grupos de gestantes; tabagismo, alcoolismo e outras drogas, gravidez na adolescência; cuidados da gestação; trabalho de parto e parto; cuidados com recém-nascido; aleitamento materno)	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Ignorado
92. A sua gravidez foi	<input type="checkbox"/> Única	<input type="checkbox"/> Gemelar	<input type="checkbox"/> Trigemelar
	<input type="checkbox"/> Quadrigemelar	<input type="checkbox"/> Ignorado	
93. Em qual local você fez o pré-natal?	<input type="checkbox"/> Unidade de saúde	<input type="checkbox"/> Hospital	<input type="checkbox"/> Centro de referência
	<input type="checkbox"/> Não fez pré-natal	<input type="checkbox"/> Ignorado	<input type="checkbox"/> Consultório
	<input type="checkbox"/> Outro: _____		
94. Suas consultas foram realizadas pelo	<input type="checkbox"/> SUS	<input type="checkbox"/> Plano de saúde	<input type="checkbox"/> Particular
	<input type="checkbox"/> Ignorado	<input type="checkbox"/> Outro: _____	
95. Durante a gravidez, você teve alguma dificuldade na marcação da consulta?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Ignorado
95.1. Se sim, qual o motivo? _____			
96. Durante a gravidez, você teve alguma dificuldade na marcação/realização de exames laboratoriais?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Ignorado
96.1. Se sim, qual o motivo? _____			
97. Durante a gravidez, você teve alguma dificuldade na marcação/realização da ultrassono-grafia?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Ignorado
97.1. Se sim, qual o motivo? _____			

98. Durante a gravidez, você teve alguma dificuldade em conseguir medicamentos?		
<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Ignorado
98.1 Se sim, qual o motivo? _____		
99. Durante as consultas de pré-natal, foi classificado o seu risco gestacional?		
<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Ignorado
99.1 Se sim, o seu risco gestacional foi classificado em:		
<input type="checkbox"/> Risco habitual ou baixo risco	<input type="checkbox"/> Médio risco	<input type="checkbox"/> Alto Risco
<input type="checkbox"/> Muito alto risco	<input type="checkbox"/> Não foi classificado	
100. Se foi de alto risco, você teve alguma dificuldade no pré-natal de alto risco?		
<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Ignorado
100.1 Se sim, qual o motivo?		
<input type="checkbox"/> Marcar consulta	<input type="checkbox"/> Marcar exames	<input type="checkbox"/> Conseguir medicamentos
<input type="checkbox"/> Marcar US	<input type="checkbox"/> Distante de casa	<input type="checkbox"/> Ignorado
<input type="checkbox"/> Outro: _____		
101. Durante o pré-natal, te indicaram a maternidade de referência para o seu parto (vinculação)?		
<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Ignorado
101.1 Se sim, qual o nome da maternidade que foi indicada? _____		
102. Em uma escala de 0 a 10, onde 0 seria muito ruim e 10 muito bom, como você (mãe) avalia o atendimento no pré-natal? _____ pontos		
103. Você teve algum problema de saúde durante a gestação?		
<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Ignorado
103.1 Se sim, qual?		
<input type="checkbox"/> Pressão alta	<input type="checkbox"/> Diabetes	<input type="checkbox"/> Edema/inchaço pela manhã
<input type="checkbox"/> Rh negativo	<input type="checkbox"/> Doença do coração	<input type="checkbox"/> Sífilis
<input type="checkbox"/> Infecção urinária	<input type="checkbox"/> HIV/Aids	<input type="checkbox"/> Epilepsia ou convulsões
<input type="checkbox"/> Corrimento vaginal cheiro ruim	<input type="checkbox"/> Depressão	<input type="checkbox"/> Ignorado
<input type="checkbox"/> Outra: _____		
104. Você recebeu tratamento?		
<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Ignorado
104.1 Se sim, qual? _____		
104.2 Se não, qual motivo? _____		
105. Em que época da gravidez esse problema de saúde aconteceu?		
P1: _____	e _____	mês de gestação
P2: _____	e _____	mês de gestação
P3: _____	e _____	mês de gestação
P4: _____	e _____	mês de gestação
P5: _____	e _____	mês de gestação
106. Você fez uso de medicamentos sem indicação médica durante a gestação?		
<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Ignorado
106.1. Se sim, qual o nome do medicamento? _____		
<input type="checkbox"/> Não lembra		
107. Você fumou durante a gestação?		
<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Ignorado
107.1 Em que mês da gestação começou a fumar?		
<input type="checkbox"/> Fumava antes de engravidar	<input type="checkbox"/> 1º trimestre	<input type="checkbox"/> 2º trimestre
<input type="checkbox"/> 3º trimestre	<input type="checkbox"/> Ignorado	
107.2 Você fumava todos os dias?		
<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Ignorado
107.3. Se sim, em média, quantos cigarros fumava por dia? _____ cigarros/dia		
108. Você fez uso de álcool durante a gestação?		
<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Ignorado
108.1 Em que mês da gestação começou a beber?		
<input type="checkbox"/> Bebia antes de engravidar	<input type="checkbox"/> 1º trimestre	<input type="checkbox"/> 2º trimestre
<input type="checkbox"/> 3º trimestre	<input type="checkbox"/> Ignorado	
108.2 Você consumiu que tipo de bebida alcoólica?		
<input type="checkbox"/> Fermentada	<input type="checkbox"/> Destilada	<input type="checkbox"/> Ignorado
108.3 Você bebia todos os dias?		
<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Ignorado

108.4 Se sim, em média, quantos ml de álcool consumia por dia? _____ ml/dia		
109. Você fez uso de drogas durante a gestação?		
<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Ignorado
109.1 Que tipo de drogas usou?		
<input type="checkbox"/> Maconha	<input type="checkbox"/> Crack	<input type="checkbox"/> Cocaína
<input type="checkbox"/> LSD	<input type="checkbox"/> Heroína	<input type="checkbox"/> Lança perfume
<input type="checkbox"/> Ignorado	<input type="checkbox"/> Outras:	
109.2 Em que mês da gestação começou a usar drogas?		
<input type="checkbox"/> Antes de engravidar	<input type="checkbox"/> 1º trimestre	<input type="checkbox"/> 2º trimestre
<input type="checkbox"/> 3º trimestre	<input type="checkbox"/> Ignorado	
109.3 Consumia drogas todos os dias?		
<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Ignorado
109.4 Se sim, em média, quantas vezes usava drogas durante o dia? _____ vezes/dia		
110. Durante sua gravidez, você chegou a sofrer algum tipo de violência?		
<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Ignorado
110.1 Se sim, qual o tipo de violência sofreu?		
<input type="checkbox"/> Física	<input type="checkbox"/> Sexual	<input type="checkbox"/> Psicológica
<input type="checkbox"/> Obstétrica	<input type="checkbox"/> Ignorado	
<input type="checkbox"/> Outras:		
110.2 Quem foi a pessoa que causou tal violência?		
<input type="checkbox"/> Parceiro(a)	<input type="checkbox"/> Amigo(a)	<input type="checkbox"/> Desconhecido(a)
<input type="checkbox"/> Ignorado	<input type="checkbox"/> Outras:	
111. Você sofreu violência obstétrica durante as consultas de pré-natal?		
<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Ignorado
111.1 Quem foi o profissional de saúde que causou tal violência?		
<input type="checkbox"/> Médico	<input type="checkbox"/> Enfermeiro	<input type="checkbox"/> Técnico de enfermagem
<input type="checkbox"/> Ignorado	<input type="checkbox"/> Outras:	
112. Sem contar sua atividade em casa ou no emprego, atualmente você faz algum tipo de exercício físico regular?		
<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Ignorado
112.1 E quantos dias por semana? _____ dias		
112.2 Quanto tempo em média por dia? _____ minutos		
INFORMAÇÕES SOBRE O PARTO		
As informações das próximas questões deverão ser retidas do prontuário.		
113. Data do parto: ____/____/____ 113.1 Hora do parto (HH:MM): ____:____		
114. No atendimento realizado na Maternidade, foi realizado na admissão o Acolhimento com a Classificação de Robson?		
<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Ignorado
114.1 Se sim, qual a Classificação?		
115. No atendimento realizado na Maternidade, foi realizado na admissão o Acolhimento com a Classificação de Risco (Protocolo de Manchester)?		
<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Ignorado
115.1 Se sim, qual a Classificação?		
116. Aconteceram eventos adversos relacionados ao parto?		
<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Ignorado
116.1 Se sim, quais eventos?		
<input type="checkbox"/> Morte Materna	<input type="checkbox"/> Ruptura Uterina	<input type="checkbox"/> Admissão Materna na UTI
<input type="checkbox"/> Morte Fetal Intraparto RN \geq 2.500 g	<input type="checkbox"/> Apgar \leq 7 no 5º minuto	<input type="checkbox"/> Admissão na UTIN de RN \geq 2.500 g
<input type="checkbox"/> Trauma do RN no Parto	<input type="checkbox"/> Retorno Materno à Sala de Parto	<input type="checkbox"/> Transfusão de sangue e ou derivados
<input type="checkbox"/> Laceração perineal de 3º ou 4º grau	<input type="checkbox"/> Outras: _____	
117. Após atendimento de recepção, quanto tempo demorou para ser examinada? _____ minutos		
118. Antes de ir para a sala de parto, foi examinada?		
<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Ignorado
119. Qual(is) exames foram realizados?		
<input type="checkbox"/> Toque vaginal	<input type="checkbox"/> Medida da PA	<input type="checkbox"/> Ausculta do bebê
<input type="checkbox"/> Dinâmica uterina/avaliação contração	<input type="checkbox"/> Ignorado	

120. As batidas do coração do bebê estavam presentes? _____ bpm		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
121. A bolsa d'água rompeu		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
121.1 Quantas horas antes do parto a bolsa d'água rompeu?		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
121.2 Qual era a coloração do líquido?		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
121.3 O líquido tinha mau cheiro?		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
122. Qual tipo de parto realizado?		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
122.1 Se cesariana, qual o motivo?		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
123. Quem fez o parto?		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
124. Fez uso de octocina no trabalho de parto?		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
125. Foi feita episiotomia?		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
126. Fez uso de corticoide antes do parto?		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
126.1. Se usado corticoide, qual o número de doses?		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
126.2 Quantas horas antes do parto foi administrada a última dose?		
127. Qual foi a apresentação do bebê?		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
128. Em caso de gemelaridade, qual foi a ordem de nascimento do bebê?		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Outros:		
129. Assinale os problemas maternos ocorridos durante a internação na maternidade.		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Outros:		
130. Na ocasião do parto, por que motivo você procurou atendimento na maternidade?		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Outros:		

131. Quanto tempo depois do início desse(s) sintoma(s) procurou atendimento (horas)? _____ horas [] Ignorado		
132. Se o bebê parou de mexer, quanto tempo isso aconteceu antes do parto (horas)? _____ horas [] Ignorado		
133. O parto ocorreu no hospital indicado no pré-natal? [] Sim [] Não [] Não foi indicado hospital [] Ignorado		
133.1 Se não, qual o motivo? _____		
134. O parto ocorreu na primeira maternidade em que buscou atendimento? [] Sim [] Não [] Ignorado		
134.1 Se não, qual o motivo e quantas maternidades procurou? _____		
134.2 Se o parto não ocorreu em maternidade, qual o local? _____		
135. Qual transporte utilizou para ir à maternidade? [] Taxi [] Ambulância/SA [] Carro particular [] Polícia [] Ônibus [] Ignorado [] Outros: _____		
136. Seu acompanhante ficou com você durante o parto? [] Sim [] Não [] Não quis acompanhante [] Não tinha pessoa para acompanhar [] Ignorado [] Não é permitido pela instituição		
137. Você sofreu violência obstétrica durante o parto? [] Sim [] Não [] Ignorado		
137.1 Se sim, quem foi o profissional de saúde que causou tal violência? [] Médico [] Enfermeiro [] Técnico de enfermagem [] Ignorado [] Outros: _____		
138. Em uma escala de 0 a 10, onde 0 seria muito ruim e 10 muito bom, como você (mãe) avalia seu atendimento na maternidade até o momento? _____ pontos		
138.1 Por quê? _____		
INFORMAÇÕES SOBRE O RECÉM-NASCIDO NA MATERNIDADE		
As informações das próximas questões deverão ser retiradas do prontuário.		
139. Idade gestacional (semanas e dias): _____ semanas e _____ dias		
Método: [] OUM [] US [] Capuro [] Ballard [] Dubowitz [] Ignorado		
140. O bebê chorou ao nascer? [] Sim [] Não [] Ignorado		
141. Peso no nascimento (kg): _____ 143. Comprimento (cm): _____		
142. Adequação do PN (peso de nascimento) à IG (idade gestacional): [] AIG [] FIG [] GIG		
143. Perímetro cefálico (cm): _____		
144. Apgar no 1º minuto: _____ 144.1. Apgar no 5º minuto: _____		
145. Contato pele a pele na sala de parto? [] Sim [] Não [] Ignorado		
146. Aleitamento materno na primeira hora de vida? [] Sim [] Não [] Ignorado		
146.1 Se não, qual o motivo? _____		
147. Quanto tempo após o nascimento o cordão umbilical foi clampeado? [] Imediatamente [] 1 minuto [] 2 minutos [] 3 minutos [] Até parar de pulsar [] Ignorado		
148. Bebê atendido por pediatra na sala de parto? [] Sim [] Não [] Ignorado		
148.1 Se não, qual profissional atendeu o recém-nascido? [] Outro médico [] Enfermeiro [] Técnico de enfermagem [] Ignorado [] Outros: _____		

149. Presença de alguma malformação congênita:		
<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Ignorado
149.1 Se sim, qual(s)? _____		
150. Reanimação na sala de parto:		
<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Ignorado
150.1 Se houve reanimação, assinala as etapas realizadas:		
<input type="checkbox"/> Passos iniciais	<input type="checkbox"/> O ₂ suplementar	<input type="checkbox"/> VFP com máscara
<input type="checkbox"/> VFP com cânula	<input type="checkbox"/> CPAP nasal	<input type="checkbox"/> VNI
<input type="checkbox"/> Massagem cardíaca	<input type="checkbox"/> Uso de medicação (adrenalina / expansor)	
151. O bebê faleceu na sala de parto:		
<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Ignorado
151.1 Se sim, qual o motivo? _____		
152. O bebê faleceu durante a internação:		
<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Ignorado
152.1 Se sim, qual o motivo? _____		
153. O corpo do bebê foi encaminhado para o SVO/patologia?		
<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Ignorado
154. O bebê teve alguma intercorrência quando estava no hospital?		
<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Ignorado
154.1 Se sim, que o bebê teve? _____		
155. Previsão de alta hospitalar: _____ / _____ / _____		
156. Se foi para a UTIN, qual o tempo de internação (dias ou horas)?		
_____ horas ou _____ dias		<input type="checkbox"/> Ignorado
157. Houve dificuldade para conseguir vaga de UTIN?		
<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Ignorado
158. Quanto tempo levou entre a indicação de UTIN e a internação?		
_____ horas ou _____ dias		<input type="checkbox"/> Ignorado
159. O bebê foi transferido para outro hospital?		
<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Ignorado
159.1 Se sim, para qual hospital?		
Nome: _____		
159.2 Qual foi o motivo da transferência? _____		
159.3 Qual transporte foi utilizado?		
<input type="checkbox"/> Carro particular	<input type="checkbox"/> Taxi	<input type="checkbox"/> SAMU
<input type="checkbox"/> Ambulância de hospital	<input type="checkbox"/> Ignorado	<input type="checkbox"/> Outro: _____
160. O bebê ficou em aleitamento materno exclusivo durante a internação?		
<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Ignorado
160.1 Se não, qual o motivo?		
<input type="checkbox"/> Contra-indicado AM	<input type="checkbox"/> Leite materno insuficiente	<input type="checkbox"/> Hipoglicemia
<input type="checkbox"/> Mãe não quis amamentar	<input type="checkbox"/> Dificuldade de amamentação. Qual? _____	
<input type="checkbox"/> Ignorado		
161. O bebê teve que fazer complementação do aleitamento materno?		
<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Ignorado
161.1 Se sim, qual tipo de leite foi usado para complementação?		
<input type="checkbox"/> Leite humano	<input type="checkbox"/> Fórmula industrializada	
<input type="checkbox"/> Leite humano + fórmula	<input type="checkbox"/> Ignorado	
162. A criança recebeu as vacinas na maternidade (assinalar as que foram aplicadas):		
<input type="checkbox"/> Hepatite B	<input type="checkbox"/> BCG	<input type="checkbox"/> Não foi vacinada
162.1 Se não, qual motivo?		
<input type="checkbox"/> Sem sala de vacina	<input type="checkbox"/> Vacina em falta	<input type="checkbox"/> Sem profissional
<input type="checkbox"/> Ignorado	<input type="checkbox"/> Outro: _____	

163. A criança fez os testes na maternidade (assinalar os que foram realizados):		
<input type="checkbox"/> Teste do pezinho	<input type="checkbox"/> Teste do dente	<input type="checkbox"/> Teste da orelhinha
<input type="checkbox"/> Teste do coraçãozinho	<input type="checkbox"/> Teste da linguinha	<input type="checkbox"/> Ignorado
164. Quanto tempo após o parto (horas e minutos) o bebê foi trazido para ficar com você (mãe)?		
<input type="checkbox"/> Imediatamente	<input type="checkbox"/> _____ h e _____ min	<input type="checkbox"/> Ignorado
165. Após sair da sala de parto, para onde o bebê foi levado?		
<input type="checkbox"/> Alojamento conjunto	<input type="checkbox"/> UTIN	<input type="checkbox"/> Berçário
<input type="checkbox"/> Ignorado		
166. Durante o tempo de internação, a mãe ou familiar ficou 24h junto à criança?		
<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Ignorado
167. Em uma escala de 0 a 10, onde 0 seria muito ruim e 10 muito bom, como você (mãe) avalia o atendimento recebido pela criança? _____ pontos		
168. Você recebeu orientação sobre aleitamento materno na maternidade?		
<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Ignorado
168.1 Se não, qual o motivo?		
169. Quem irá te ajudar nos cuidados com o bebê que nasceu?		
<input type="checkbox"/> Mãe	<input type="checkbox"/> Pai	<input type="checkbox"/> Parente adulto
<input type="checkbox"/> Outra criança	<input type="checkbox"/> Ignorado	<input type="checkbox"/> Ninguém
<input type="checkbox"/> Outro: _____		
170. Que serviço de saúde irá utilizar no acompanhamento da criança?		
<input type="checkbox"/> SUS	<input type="checkbox"/> Convênio	<input type="checkbox"/> Particular

Classificação ABEP - 2015

INSTRUÇÃO:

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

Todos os itens devem ser perguntados pelo entrevistador e respondidos pelo entrevistado.

Vamos começar? No domicílio tem _____ (LEIA CADA ITEM)

ITENS DE CONFORTO	NÃO POSSUI	QUANTIDADE QUE POSSUI			
		1	2	3	4+
Automóvel: Não considerar vans, táxi, carro fretado, veículo usado para atividade profissional e de uso misto (pessoal e profissional)					
Empregados domésticos: Quantidade de empregados que trabalham pelo menos cinco dias por semana					
Lava-roupa: máquinas automáticas e/ou semiautomática, excluindo tanquinho					
Banheiros: quantidade de banheiros. Não considerar banheiros coletivos.					
DVD: DVD ou acessórios que reproduz mídias no formato DVD (videogames, computadores, notebooks). Não considerar aparelhos portáteis acoplados ao computador					
Geladeira: Quantidade de geladeiras					

Freszer: Quantidade de freszers independentes ou quando incorporado na geladeira duplex					
Microcomputador: considerar computadores de mesa, laptops, notebooks e netbooks. Não considerar: agenda eletrônica, tablets, palma ou smartphones e outros					
Lavadora de louças: quantidade					
Forno micro-ondas: considerar forno micro-ondas e aparelho com dupla função (micro-ondas e forno elétrico)					
Motocicletas: considerar motocicletas de uso pessoal e de uso misto (pessoal e profissional)					
Secadora de roupas: máquina com duas funções, lavar e secar, deve ser considerada como máquina de lavar e como uma secadora.					

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

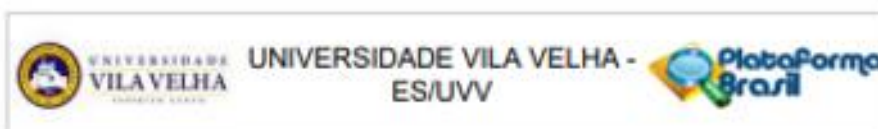
Considerando o trecho da rua do seu domicílio, você diria que a rua é:	
Asfaltada/Pavimentada	1
Terra/Cascalho	2

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

Nomenclatura:	
Analfabeto / Fundamental I incompleto	
Fundamental I completo / Fundamental II	
Fundamental completo/Médio incompleto	
Médio completo/Superior incompleto	
Superior completo	

ANEXO B - PARECER CONSUBSTANCIADO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA COM SERES HUMANOS

UNIVERSIDADE VILA VELHA



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: A INFLUÊNCIA DOS DETERMINANTES PRECOSES NOS DESFECHOS EM SAÚDE NO PERÍODO PERINATAL E NEONATAL

Pesquisador: Wanessa Lacerda Poton

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 02503018.0.0000.5064

Instituição Proponente: SOC EDUC DO ESP SANTO UNIDADE DE V VELHA ENSINO SUPERIO

Patrocinador Principal: FUNDACAO DE AMPARO A PESQUISA DO ESPIRITO SANTO - FAPES

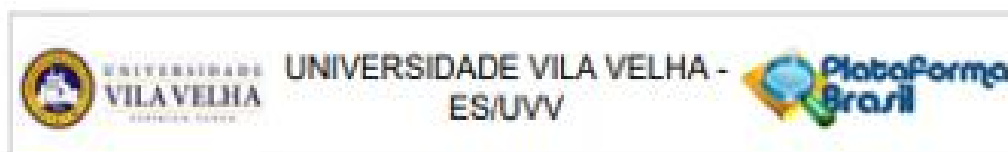
DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.033.870

Apresentação do Projeto:

A morte de crianças é um evento indesejável em saúde pública, principalmente quando ocorre antes do primeiro ano de vida, e reflete as condições socioeconômicas da população. O governo brasileiro assumiu o compromisso com os Objetivos de desenvolvimento do Milênio e reduziu em mais de dois terços a mortalidade em menores de cinco anos até 2015. Recentemente, o Brasil comprometeu-se internacionalmente com os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável de reduzir, até 2030, a mortalidade neonatal para menos de 12 por 1.000 nascidos vivos e a de crianças menores de 5 anos para menos de 25 por 1.000 nascidos vivos. Mesmo com todos os avanços tecnológicos, sociais e econômicos que contribuíram para a redução da mortalidade infantil, o país ainda enfrenta desigualdades regionais e intraurbanas que contribuem para manutenção dos índices elevados de morte de crianças. A taxa de mortalidade infantil no Brasil, em 2016, foi de 15,1 óbitos infantis para cada 1.000 nascidos vivos, a qual se encontra bem superior a de países fronteiriços como Argentina (11,1/1.000) e Uruguai (9,2/1.000). No Espírito Santo, a mortalidade infantil vem apresentando tendência decrescente nos últimos anos e, em 2014, chegou a 11,3 óbitos infantis para cada 1.000 nascimentos, sendo a quarta menor taxa de mortalidade do país e a menor da região Sudeste. O Espírito Santo, em 2012, assumiu junto ao Ministério da Saúde o compromisso de implantar a Rede Cegonha nas regiões Norte e Metropolitana do estado. A Rede Cegonha prevê a garantia de acesso ao binômio

Endereço: Avenida Comendador José Dias de Melo, 21
Bairro: BOA VISTA II **CEP:** 29.102-020
UF: ES **Município:** VILA VELHA
Telefone: (77)3421-2063 **Fax:** (77)3421-2063 **E-mail:** CEP@uvv.br



Continuação do Protocolo 3.023.670

mãe-filho, com acolhimento e resolutividade, no pré-natal, no parto e no acompanhamento após o nascimento, objetivando reduzir a mortalidade materna e infantil.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Analisar a influência dos determinantes precoces na morbidade e mortalidade no período perinatal e neonatal nas regiões de saúde Metropolitana e Norte do estado do Espírito Santo.

Objetivo Secundário:

Identificar os fatores determinantes do processo de adoecimento no período perinatal.

Identificar os fatores determinantes do processo de adoecimento no período neonatal.

Identificar os fatores determinantes da mortalidade perinatal.

Identificar os fatores determinantes da mortalidade neonatal.

Investigar todas as causas de óbitos fatais/maternos e neonatais.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Este projeto não envolve nenhum procedimento invasivo, que possa causar risco aos participantes da pesquisa. No entanto, pode ocorrer desconforto e incômodo à mãe por ser abordada no período pós-parto e, caso isso ocorra, a pesquisa será imediatamente interrompida e só continuará quando sentir-se apta a continuar.

Benefícios:

Contribuição para o conhecimento científico e estas informações irão proporcionar melhorias para a assistência em saúde às gestantes e crianças.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Pesquisa muito importante pois visa caracterizar que a mortalidade neonatal é ocasionada por fatores gestacionais, relativos ao parto e ao nascimento, e por aspectos sociais.

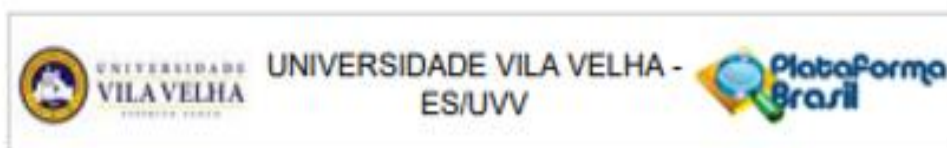
Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Todos apresentados

Recomendações:

Sem recomendações

Endereço: - Avenida Conselheiro José Dentas de Melo, 21
Bairro: BOA VISTA 8 **CEP:** 29.103-820
UF: ES **Município:** VILA VELHA
Telefone: (27)3421-2063 **Fax:** (27)3421-2063 **E-mail:** CEP@uvv.br



Continuação do Parecer: 3.033.670

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Sem pendências

Considerações Finais a critério do CEP:

O Colegiado acata o parecer do relator.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMACOES_BASICAS_DO_PROJETO_1242823.pdf	07/11/2018 17:31:58		Aceito
Folha de Rosto	folharosto.pdf	07/11/2018 17:31:02	Wanessa Lacerda Poton	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	autorizacaoUnimed.pdf	06/11/2018 09:31:17	Wanessa Lacerda Poton	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projeto.docx	04/11/2018 20:15:21	Wanessa Lacerda Poton	Aceito
TCE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCE.docx	30/10/2018 21:25:38	Wanessa Lacerda Poton	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Autorizatsaomateus.jpeg	30/10/2018 21:25:04	Wanessa Lacerda Poton	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	autorizacaoopromatre.pdf	30/10/2018 21:24:48	Wanessa Lacerda Poton	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

VILA VELHA, 22 de Novembro de 2018

Assinado por:
Zilma Maria Almeida Cruz
(Coordenador(a))

Endereço: Avenida Comendador José Dentas de Melo, 21
Bairro: BOA VISTA II CEP: 29.102-920
UF: ES Município: VILA VELHA
Telefone: (27)3421-2063 Fax: (27)3421-2063 E-mail: CEP@uvv.br

ANEXO C - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Pesquisador responsável: Profa. Dra. Wanêssa Lacerda Poton

Você e seu(a) filho(a) estão sendo convidados(as) como voluntários(as) a participar do estudo “A influência dos determinantes precoces e desfechos em saúde no período perinatal e neonatal” e que tem como objetivo avaliar os fatores que influenciam no adoecimento e na mortalidade de crianças no período perinatal e neonatal.

PARTICIPAÇÃO NO ESTUDO

A sua participação no referido estudo será de responder o questionário que será aplicado por um entrevistador, contendo perguntas pessoais sobre a gestação, o parto e o nascimento do seu bebê.

Depois da alta hospitalar, uma vez por semana, ligaremos para você para te perguntar sobre a situação de saúde do seu(a) filho(a).

RISCOS E BENEFÍCIOS

A pesquisa não envolve nenhum procedimento invasivo que possa causar algum risco para você e seu(a) filho(a). Caso durante a entrevista você tenha algum desconforto ou incômodo, a mesma será imediatamente interrompida e só retornaremos com a entrevista quando se sentir apta a continuar. As suas informações serão armazenadas em local seguro e estará sob a guarda de um dos pesquisadores responsáveis pela pesquisa, o que minimizará o risco de exposição dos seus dados. A sua participação na pesquisa irá contribuir com informações para o conhecimento científico e estas informações irão proporcionar melhorias para a assistência em saúde às gestantes e crianças.

SIGILO E PRIVACIDADE

Nós, pesquisadores, garantimos a você que privacidade das informações será respeitada, ou seja, seu nome e de seu(a) filho(a) ou qualquer outro dado ou elemento que possa, de qualquer forma, identificá-los, será mantido em sigilo.

Também nos responsabilizamos pela guarda e confidencialidade dos dados, bem como a não exposição dos dados de pesquisa.

AUTONOMIA

Nós lhe asseguramos a assistência durante toda pesquisa, bem como garantimos seu livre acesso a todas as informações e esclarecimentos adicionais sobre o estudo e suas consequências, enfim, tudo o que você queira saber antes, durante e depois da participação de seu(a) filho(a). Também informamos que você pode se recusar a participação de seu(a) filho(a) no estudo, ou retirar seu consentimento a qualquer momento, sem precisar justificar, e não sofrerá qualquer prejuízo.

CONTATO

O pesquisador responsável pelo referido projeto é Wanêssa Lacerda Poton e você poderá manter contato pelos telefones (27) 99747-0438 ou (27)3421-2186 ou no endereço da Universidade Vila Velha (UVV), Prédio Biopráticas, Av. Comissário José Dantas de Melo, 21, Boa Vista -Vila Velha – ES, CEP 29102-920.

O Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos (CEP) é composto por um grupo de pessoas que estão trabalhando para garantir que os direitos de seu(a) filho(a) como participante de pesquisa sejam respeitados. Ele tem a obrigação de avaliar se a pesquisa foi planejada e se está sendo executada de forma ética.

A Universidade Vila Velha é a instituição responsável pela pesquisa, por isso, se você achar que a pesquisa não está sendo realizada da forma como você imaginou ou que seu(a) filho(a) está sendo prejudicado de alguma forma, você pode entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da UVV (CEP), Avenida Comissário José Dantas de Melo, nº 21, Boa Vista – Vila Velha ES – CEP 29.102-920, pelo telefone (27) 3421-2063, entre segunda e quinta-feira das 07h00 às 17h00 ou pelo e-mail cep.uvv@gmail.com.

A pesquisa também possui dois centros colaboradores, a Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória (EMESCAM) e a UNIMED.

Você pode entrar em contato com o CEP dessas instituições, nos seguintes endereços:

- CEP EMESCAM: Av. N. S. da Penha, 2190, Santa Luiza - Vitória - ES – CEP 29045-402, telefone: 3334-3586, e-mail: comite.etica@emescam.br, funcionamento: 2ª a 6ª feira, de 7:00 às 16:00 horas.

- CEP Cias - Unimed Vitória; Endereço: Rua Marins Alvarino, 290, Itararé, Vitória - ES - CEP: 29.047-660, telefones: (27) 3134-1505 / (27) 3335-5348, e-mail: cep@unimedvx.com.br, funcionamento: 2a a 6a feira, de 12:00 às 18:00 horas.

DECLARAÇÃO

Declaro que li e entendi todas as informações presentes neste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e tive a oportunidade de discutir as informações deste termo. Todas as minhas perguntas foram respondidas e eu estou satisfeita com as respostas. Entendo que receberei uma via assinada e datada deste documento e que outra via assinada e datada será arquivada pelo pesquisador responsável do estudo.

Enfim, tendo sido orientada quanto ao teor de todo o aqui mencionado e compreendido a natureza e o objetivo do já referido estudo, manifesto meu livre consentimento com a participação de meu(a) filho(a), estando totalmente ciente de que não há nenhum valor econômico, a receber ou a pagar, por minha participação.

Dados do participante da pesquisa

Nome da criança:

Nome do responsável:

Telefone:

E-mail:

Local, _____ de _____ de _____.

Assinatura do participante da pesquisa



Assinatura do Pesquisador Responsável

22. Na alta da maternidade, você (a mãe) recebeu orientações sobre o teste do pezinho?		
<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Ignorado
23. Na alta da maternidade, você (a mãe) recebeu orientações para cuidados com o umbigo do bebê?		
<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Ignorado
24. Na alta da maternidade, você (a mãe) recebeu orientações sobre a importância da primeira consulta médica do bebê?		
<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Ignorado
25. Na alta da maternidade, você (a mãe) recebeu orientações sobre a data da primeira consulta do bebê?		
<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Ignorado
26. Quando recebeu alta da maternidade, a consulta médica do bebê já estava marcada?		
<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Ignorado
27. Onde o bebê está no momento?		
<input type="checkbox"/> Casa	<input type="checkbox"/> Hospital	<input type="checkbox"/> Óbito
As questões abaixo serão respondidas para as crianças que estão vivas.		
28. Fez a 1ª consulta de acompanhamento do bebê?		
<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Ignorado
29. Se sim, com quantos dias de vida? _____ dias.		
30. Se sim, em qual local?		
<input type="checkbox"/> Unidade de saúde	<input type="checkbox"/> Visita domiciliar	<input type="checkbox"/> Hospital
<input type="checkbox"/> Pronto socorro	<input type="checkbox"/> Consultório particular	<input type="checkbox"/> Ignorado
<input type="checkbox"/> Outros: _____		
31. Se não, qual o motivo?		
<input type="checkbox"/> Sem tempo para agendar consulta	<input type="checkbox"/> Não conseguiu vaga	
<input type="checkbox"/> Outros: _____		
32. O bebê está sendo alimentado exclusivamente com leite materno?		
<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Ignorado
33. Se não, qual o tipo de alimentação do bebê?		
<input type="checkbox"/> Leite humano + fórmula	<input type="checkbox"/> Fórmula industrializada	<input type="checkbox"/> Ignorado
34. Durante quanto tempo o bebê teve aleitamento exclusivo (dias)? _____ dias		
35. Qual o motivo para o bebê não estar em aleitamento materno exclusivo? _____		
36. Você (a mãe) está tendo alguma dificuldade para amamentar?		
<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Ignorado
37. O bebê chupa o dedo (sucção digital)?		
<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Ignorado
38. O bebê usa chupeta?		
<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Ignorado
38.1 O bebê mama na mamadeira?		
<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Ignorado
39. O bebê recebeu a vacina contra hepatite B?		
<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Ignorado
40. Onde ele recebeu a vacina contra hepatite B?		
<input type="checkbox"/> Maternidade	<input type="checkbox"/> Unidade de Saúde	<input type="checkbox"/> Clínica particular
<input type="checkbox"/> Ignorado <input type="checkbox"/> Outros: _____		
41. Qual o motivo do bebê não ter recebido a vacina contra hepatite B? _____		
42. O bebê recebeu a vacina BCG?		
<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Ignorado
43. Onde ele recebeu a vacina BCG?		
<input type="checkbox"/> Maternidade	<input type="checkbox"/> Unidade de Saúde	<input type="checkbox"/> Clínica particular
<input type="checkbox"/> Ignorado <input type="checkbox"/> Outros: _____		

44. Qual o motivo do bebê não ter recebido a vacina BCG? _____		
45. O bebê fez o teste do pezinho?		
<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Ignorado
46. Onde foi feito o teste do pezinho?		
<input type="checkbox"/> Maternidade	<input type="checkbox"/> Unidade de Saúde	<input type="checkbox"/> Clínica particular
<input type="checkbox"/> Ignorado	<input type="checkbox"/> Outro: _____	
47. Se não, qual o motivo? _____		
48. O bebê fez o teste do olhinho?		
<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Ignorado
49. Se sim, onde foi realizado o teste do olhinho?		
<input type="checkbox"/> Maternidade	<input type="checkbox"/> Clínica particular	<input type="checkbox"/> Ignorado
<input type="checkbox"/> Outro: _____		
50. Se não, qual o motivo? _____		
51. O bebê fez o teste da orelhinha?		
<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Ignorado
52. Se sim, onde foi realizado o teste da orelhinha?		
<input type="checkbox"/> Maternidade	<input type="checkbox"/> Clínica particular	<input type="checkbox"/> Ignorado
<input type="checkbox"/> Outro: _____		
53. Se não, qual o motivo? _____		
54. O bebê fez o teste do coraçõezinho na maternidade?		
<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Ignorado
55. Se não, qual o motivo? _____		
56. O bebê fez o teste da linguinha na maternidade?		
<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Ignorado
57. Se não, qual o motivo? _____		
58. Você recebeu uma visita domiciliar após alta da maternidade?		
<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Ignorado
<input type="checkbox"/> Não é área coberta por agente de saúde/Baby Care (Unimed)		
59. Se sim, qual profissional de saúde foi em sua casa?		
<input type="checkbox"/> Médico	<input type="checkbox"/> Enfermeiro	<input type="checkbox"/> Técnico de enfermagem
<input type="checkbox"/> Agente de saúde	<input type="checkbox"/> Ignorado	<input type="checkbox"/> Outro: _____
60. Após o nascimento do bebê, você procurou a Unidade de Saúde e ele não foi atendido?		
<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Ignorado
<input type="checkbox"/> Não foi a Unidade de Saúde		
61. Se sim, qual foi a Unidade de Saúde? _____		
62. Quantos dias de vida o bebê tinha quando foi pesado pela última vez? _____ dias		
63. Quanto pesou (g)? _____ g		
64. O bebê foi internado alguma vez?		
<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Ignorado
65. Onde ficou internado? _____		
66. Qual o motivo da internação? _____		
67. Quantos dias o bebê ficou internado? _____ dias		

68. Você (mãe) teve algum problema de saúde após ter recebido alta da maternidade?		
<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Ignorado
69. Se sim, o que teve? _____		
Agora, vou te fazer perguntas sobre como está se sentindo nos últimos 7 dias.		
70. Você tem sido capaz de rir e ver o lado divertido das coisas?		
<input type="checkbox"/> Sempre	<input type="checkbox"/> Não tanto quanto antes	<input type="checkbox"/> Bem menos que antes
<input type="checkbox"/> Nunca		
71. Você tem tido esperança no futuro?		
<input type="checkbox"/> Sempre	<input type="checkbox"/> Não tanto quanto antes	<input type="checkbox"/> Bem menos que antes
<input type="checkbox"/> Nunca		
72. Você se sente culpada sem necessidade quando as coisas correm mal?		
<input type="checkbox"/> Sim, na maioria das vezes	<input type="checkbox"/> Sim, algumas vezes	<input type="checkbox"/> Raramente
<input type="checkbox"/> Nunca		
73. Você tem estado ansiosa ou preocupada sem motivo?		
<input type="checkbox"/> Não, nunca	<input type="checkbox"/> Quase nunca	<input type="checkbox"/> Sim, por vezes
<input type="checkbox"/> Sim, muitas vezes		
74. Você tem se sentido com medo ou muito assustada, sem motivo?		
<input type="checkbox"/> Sim, muitas vezes	<input type="checkbox"/> Sim, algumas vezes	<input type="checkbox"/> Não, raramente
<input type="checkbox"/> Não, nunca		
75. Você tem sentido que são coisas demais para você?		
<input type="checkbox"/> Sim, na maioria das vezes não consigo resolvê-las	<input type="checkbox"/> Sim, por vezes não tenho conseguido resolvê-las como antes	
<input type="checkbox"/> Não, a maioria das vezes resolvo-as facilmente	<input type="checkbox"/> Não, resolvo-as tão bem como antes	
76. Você tem se sentido tão infeliz que tem tido dificuldade para dormir?		
<input type="checkbox"/> Sim, quase sempre	<input type="checkbox"/> Sim, algumas vezes	<input type="checkbox"/> Raramente
<input type="checkbox"/> Não, nunca		
77. Você tem se sentido triste ou muito infeliz?		
<input type="checkbox"/> Sim, quase sempre	<input type="checkbox"/> Sim, algumas vezes	<input type="checkbox"/> Raramente
<input type="checkbox"/> Não, nunca		
78. Você tem se sentido tão infeliz que chega a chorar?		
<input type="checkbox"/> Sim, quase sempre	<input type="checkbox"/> Sim, algumas vezes	<input type="checkbox"/> Raramente
<input type="checkbox"/> Não, nunca		
79. Você teve ideias de fazer mal a si mesma?		
<input type="checkbox"/> Sim, muitas vezes	<input type="checkbox"/> Sim, algumas vezes	<input type="checkbox"/> Muito raramente
<input type="checkbox"/> Nunca		
Se a criança foi a óbito, responder as questões abaixo:		
80. Qual a data do óbito? ____/____/____		
81. Qual o motivo do óbito? _____		
82. Onde o óbito ocorreu?		
<input type="checkbox"/> Hospital	<input type="checkbox"/> Unidade de saúde	<input type="checkbox"/> Casa
<input type="checkbox"/> Via pública	<input type="checkbox"/> Ignorado	<input type="checkbox"/> Outro: _____
83. O bebê chegou a ser levado ao hospital?		
<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Ignorado
84. Quanto tempo demorou até chegar ao hospital? _____ horas ou _____ minutos		
85. Alguma coisa foi feita antes de procurar o serviço de saúde?		
<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Ignorado
86. Se sim, o que foi feito? _____		
87. Você deseja acrescentar alguma informação que julgue importante? _____		

ANEXO E – QUESTIONÁRIO VIGÉSIMO SÉTIMO DIA APÓS PARTO

	PROJETO VIVER <i>"Desfechos em saúde nos períodos perinatal e neonatal"</i>	
2º ACOMPANHAMENTO		

INFORMAÇÕES SOBRE O RECÉM-NASCIDO	
1. Nome do(a) entrevistador(a): _____	3. Data da entrevista: ____/____/____
2. Código do(a) entrevistador(a): _____	
*As informações das próximas questões deverão ser retiradas do formulário da entrevista na maternidade.	
4. Qual o hospital de nascimento? <input type="checkbox"/> Maternidade Pro-Matris <input type="checkbox"/> Maternidade da Urimed <input type="checkbox"/> Hospital e Maternidade São Mateus	
5. Quantos dias de vida o bebê tem no momento? _____	
6. Qual o nome completo da mãe: _____	
7. Qual a data de nascimento da mãe? ____/____/____	
8. N° registro na pesquisa: _____	
9. Qual o nome do bebê? _____	
10. Qual a data de nascimento do bebê: ____/____/____	
11. Qual o nome do entrevistado(a): _____	
12. Qual o grau de parentesco com o bebê? <input type="checkbox"/> Mãe <input type="checkbox"/> Pai <input type="checkbox"/> Avó/Avô <input type="checkbox"/> Outro: _____	
13. Onde o bebê está neste momento? <input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Hospital <input type="checkbox"/> Óbito	
14. O bebê está sendo alimentado exclusivamente com leite materno? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Ignorado	
15. Se não, qual o tipo de alimentação do bebê? <input type="checkbox"/> Leite humano + fórmula <input type="checkbox"/> Fórmula industrializada <input type="checkbox"/> Ignorado	
16. Durante quanto tempo o bebê teve aleitamento exclusivo (dias)? _____ dias	
17. Qual o motivo para o bebê não estar em aleitamento materno exclusivo? _____	
18. Você está tendo alguma dificuldade para amamentar? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Ignorado	
19. O bebê chupa o dedo (sucção digital)? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Ignorado	
20. O bebê usa chupeta? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Ignorado	
20.1 O bebê mama na mamadeira? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Ignorado	
21. O bebê fez o teste do pezinho? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Ignorado <input type="checkbox"/> Não foi realizado teste do pezinho	
22. Se não, qual o motivo? _____	

43. Você teve ideias de fazer mal a si mesma?
<input type="checkbox"/> Sim, muitas vezes <input type="checkbox"/> Sim, algumas vezes <input type="checkbox"/> Muito raramente <input type="checkbox"/> Nunca
Se a criança foi a óbito, responder as questões abaixo:
44. Qual a data do óbito? ____/____/____
45. Qual o motivo do óbito? _____
46. Onde o óbito ocorreu?
<input type="checkbox"/> Hospital <input type="checkbox"/> Unidade de saúde <input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> via pública <input type="checkbox"/> Ignorado <input type="checkbox"/> Outro: _____
47. O bebê chegou a ser levado ao hospital?
<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Ignorado
48. Quanto tempo demorou até chegar ao hospital? _____ horas ou _____ minutos
49. Alguma coisa foi feita antes de procurar o serviço de saúde?
<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Ignorado
50. Se sim, o que foi feito? _____
51. Você deseja acrescentar alguma informação que julgue importante? _____

ANEXO F – COMPROVANTE DE PUBLICAÇÃO ARTIGO 1

Determinantes em saúde associados ao aleitamento materno exclusivo: uma revisão de escopo*Health determinants associated with exclusive breastfeeding: a scoping review*Ananda Larisse Bezerra da Silva¹Cecilia Rafaela Salles Ferreira²Priscilla Guerra dos Santos¹Elizabeth Regina Araújo Oliveira¹Maria Helena Monteiro de Barros Miotto¹

¹ Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória, Espírito Santo, Brasil.
² Universidade Federal do Amapá, Macapá, Amapá, Brasil.

Estudo realizado na Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória, Espírito Santo, Brasil.

Fuente de financiamento: Não a declarar.

Conflito de interesses: Inexistente.

Endereço para correspondência:
 Ananda Larisse Bezerra da Silva
 Avenida França, 207, São José
 CEP: 08205-172 - Macapá, Amapá, Brasil
 E-mail: anandalarisse@ufes.br

Recebido em: 30/09/2022

Aceito em: 31/07/2023

RESUMO

Objetivo: mapear os determinantes em saúde associados ao aleitamento materno exclusivo.

Métodos: revisão de escopo realizada seguindo a metodologia do JBI, concomitantemente com as recomendações do checklist PRISMA-Extensão for Scoping Reviews. A coleta de dados foi realizada nas bases de dados Medline/PubMed, LILACS, CINAHL, Scopus e Embase e, para identificação da literatura cinzenta, utilizou-se a Biblioteca Digital Brasileira de Teses e Dissertações. A síntese dos resultados foi organizada em três modelos teóricos: distal, intermediário e proximal.

Revisão da Literatura: foram encontradas 3.998 títulos e, após todas as etapas de seleção, foram incluídos 145 estudos, de diferentes desenhos metodológicos, publicados entre os anos de 2002 e 2022. Foram mapeados como determinantes em saúde associados ao aleitamento materno exclusivo: escolaridade materna, renda familiar, realização e número de consultas no pré-natal, orientação e práticas do aleitamento materno, tempo até a primeira mamada, sexo do recém-nascido, trabalho materno e licença-maternidade, uso de chupeta e orientações sobre aleitamento materno exclusivo nos serviços de saúde.

Conclusão: os determinantes que podem facilitar ou dificultar o aleitamento materno exclusivo são extrínsecos e intrínsecos ao binômio mãe e bebê, e fazem-se necessárias políticas públicas que protejam o direito de amamentação de qualquer ser humano.

Descritores: Aleitamento Materno; Saúde Materno-infantil; Determinantes Sociais da Saúde

ABSTRACT

Purpose: to map health determinants associated with exclusive breastfeeding.

Methods: a scoping review conducted according to the JBI methodology and recommendations in PRISMA-Extension for Scoping Reviews. Data were collected in the MEDLINE/PubMed, LILACS, CINAHL, Scopus, and EMBASE databases and in the Brazilian Digital Library of Theses and Dissertations for the grey literature. The results were synthesized and organized into three theoretical models: distal, intermediate, and proximal.

Literature Review: altogether, 3,998 titles were found, of which 145 were included in the review, after all selection stages. They had various methodological designs and were published between 2002 and 2022. The following health determinants associated with exclusive breastfeeding were mapped: maternal educational attainment, family income, attendance to and frequency of prenatal care, breastfeeding guidance and practices, time until first breastfeeding, newborn's sex, maternal employment and maternity leave, pacifier use, and exclusive breastfeeding guidance at health services.

Conclusion: determinants that can facilitate or hinder exclusive breastfeeding are extrinsic and intrinsic to the mother and infant. Public policies are needed to protect every person's right to breastfeeding.

Keywords: Breast Feeding; Maternal and Child Health; Social Determinants of Health



Este é um artigo publicado em acesso aberto (Open Access) sob a licença Creative Commons Atribuição, que permite uso, distribuição e reprodução em qualquer meio, sem restringir dados que o trabalho original seja devidamente citado.

ANEXO G – COMPROVANTE DE PUBLICAÇÃO ARTIGO 2

ARTIGO ORIGINAL



DETERMINANTES MATERNO E DE RECÉM-NASCIDOS ASSOCIADOS AO ALEITAMENTO MATERNO EXCLUSIVO EM MATERNIDADES DO ESPÍRITO SANTO

MATERNAL AND NEWBORN DETERMINANTS ASSOCIATED WITH EXCLUSIVE BREASTFEEDING IN MATERNITIES IN ESPÍRITO SANTO

DETERMINANTES MATERNO Y RECÉN NACIDOS ASOCIADOS A LA LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA EN MATERNIDADES EN ESPÍRITO SANTO

¹ Amanda Larissa Bezerra da Silva
² Elizabeth Regina Araújo Oliveira
³ Wanessa Lucinda Potos
⁴ Andreia Sogral dos Santos
⁵ Suzana Babach
⁶ Maria Helena Monteiro de Barros
 Sálimo

¹ Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória, Brasil. Orcid: <https://orcid.org/0000-0001-0861-1181>

² Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória, Brasil. Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-6816-4271>

³ Universidade Vila Valéria, Vila Valéria, Brasil. Orcid: <https://orcid.org/0000-0001-5545-8657>

⁴ Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória, Brasil. Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-6177-6517>

⁵ Universidade Federal do Espírito Santo, São Mateus, Brasil. Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-7190-5278>

⁶ Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória, Brasil. Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-3227-7608>

Autor correspondente

Amanda Larissa Bezerra da Silva
 Endereço: Av. França, 267, Macapá-AP,
 Brasil, CEP: 68.908-172. Contato:
 +55(96)98135-9794. E-mail:
 amandalarissa@hotmail.com

Submissão: 14-08-2023
 Aprovado: 13-09-2023

RESUMO

Objetivo: Analisar os determinantes em saúde maternos e de recém-nascidos associados ao aleitamento materno exclusivo em três maternidades do Espírito Santo. **Método:** Estudo do tipo transversal, multicêntrico, com dados do estado Projeto Viver. Amostra foi composta por 3.438 díades mãe-bebê. A relação entre o aleitamento materno exclusivo praticado nas maternidades, os dados relacionados à mãe, o recém-nascido e o pré-natal foi realizada por meio do teste qui-quadrado. Regressão logística foi utilizada para avaliar as variáveis que mais influenciaram as mulheres na amamentação exclusiva. O nível de significância adotado foi de 5%. **Resultados:** O aleitamento materno exclusivo antes da alta hospitalar foi de 85,2%. O aleitamento materno na primeira hora de vida não foi praticado por 91,2% e 75,4% das mulheres não participaram de atividades educativas durante o pré-natal. A regressão logística, mulheres menores de 19 anos e bebês nascidos com peso normal e a termo apresentaram maiores chances de praticar a amamentação exclusiva ainda na maternidade. **Conclusões:** O cumprimento das políticas públicas em prol da amamentação deve ser equilibrado na necessidade de garantir o suporte econômico e social para que a amamentação exclusiva alcance as metas estabelecidas pela OMS.

Palavras-chave: Aleitamento Materno; Recém-Nascido; Determinantes Sociais da Saúde.

ABSTRACT

Objective: To analyze the determinants of maternal and newborn health associated with exclusive breastfeeding in three maternity hospitals in Espírito Santo. **Method:** Cross-sectional, multicenter study, with data from a larger study called Projeto Viver. The sample consisted of 3,438 mother-infant dyads. The relationship between exclusive breastfeeding practiced in maternity hospitals, data related to the mother, newborn and prenatal care was performed using the chi-square test. Logistic regression was used to assess the variables that most influence women in exclusive breastfeeding. The significance level adopted was 5%. **Results:** Exclusive breastfeeding before hospital discharge was 85.2%. Breastfeeding in the first hour of life was not practiced by 91.2% and 75.4% of women did not participate in educational activities during prenatal care. In logistic regression, women under 19 years of age and babies born with normal weight and at term are more likely to practice exclusive breastfeeding while still in the maternity ward. **Conclusions:** Compliance with public policies in favor of breastfeeding must be narrowed in the need to guarantee economic and social support for exclusive breastfeeding to reach the goals established by the WHO.

Keywords: Breast Feeding; Infant; Social Determinants of Health.

RESUMEN

Objetivo: Analisar los determinantes de la salud materna y neonatal asociados a la lactancia materna exclusiva en tres maternidades de Espírito Santo. **Método:** Estudio transversal, multicéntrico, con datos de un estado mayor denominado Proyecto Viver. La muestra estuvo compuesta por 3.438 díadas madre-hijo. La relación entre la lactancia materna exclusiva practicada en las maternidades, los datos relacionados a la madre, al recién nacido y al cuidado prenatal se realizó mediante la prueba de chi-cuadrado. Se utilizó regresión logística para evaluar las variables que más influyen en las mujeres en la lactancia materna exclusiva. El nivel de significación adoptado fue del 5%. **Resultados:** La lactancia materna exclusiva antes del alta hospitalaria fue del 85,2%. La lactancia materna en la primera hora de vida no fue practicada por el 91,2% y el 75,4% de las mujeres no participó de actividades educativas durante el prenatal. En la regresión logística, las mujeres menores de 19 años y los bebés nacidos con peso normal ya término tienen más probabilidades de practicar la lactancia materna exclusiva mientras aún están en la sala de maternidad. **Conclusiones:** El cumplimiento de las políticas públicas a favor de la lactancia materna debe reflejarse en la necesidad de garantizar apoyo económico y social a la lactancia materna exclusiva para alcanzar las metas establecidas por la OMS.

Palabras clave: Lactancia Materna; Recién Nacido; Los Determinantes Sociales de la Salud.



ANEXO H – COMPROVANTE DE SUBMISSÃO DE ARTIGO 3

Submetido para
Saúde e Sociedade

ID do manuscrito
SAUSOC-2023-0672

Título
Determinantes sociais de saúde e aleitamento materno exclusivo: um estudo longitudinal

Autores
Silva, Ananda
Araújo de Oliveira, Elizabete
Poton, Wanêssa
Santos, Andreia
Bubach, Susana
Miotto, Maria Helena

Data da submissão
16-out-2023