

Caracterização das mulheres no ciclo gravídico-puerperal e o incentivo à amamentação precoce

Characterizing women in the pregnancy-puerperal cycle and encouraging early breastfeeding

Caracterización de las mujeres durante el embarazo y el posparto y el fomento a la lactancia precoz

Andréa Cristina de Moraes Chaves Thuler^I; Marilene Loewen Wall^{II}; Marli Aparecida Rocha de Souza^{III}.

RESUMO

Objetivos: caracterizar os perfis socioeconômico, ginecológico, obstétrico das mulheres e identificar o contato precoce delas com os recém-nascidos. **Método:** estudo quantitativo, descritivo, longitudinal, por meio de entrevista com 51 mulheres, no período de novembro de 2013 e junho de 2014, numa maternidade pública da Região do Sul do Brasil; o projeto foi aprovado por Comitê de Ética em Pesquisa. **Resultados:** média de idade de 26,2 anos, casadas/união estável (80,39%), mais de 8 anos de estudo (60,78%), renda familiar 1 a 3 salários mínimos (66,67%), atividade exclusiva no lar (80,39%), primigesta (52,94%), sem abortamento (92,15%). Tiveram mais de 6 consultas (100%), sem orientação sobre aleitamento materno (54,90%). **Conclusão:** a maioria das puérperas submetidas à cesariana não teve o contato pele a pele na sala de parto, sendo inverso nos casos de parto normal.

Descritores: Aleitamento materno; saúde materno-infantil; enfermagem; educação em saúde.

ABSTRACT

Objectives: to develop socioeconomic, gynecological and obstetric profiles of the women, and to identify their early contact with their newborns. **Methods:** in this quantitative, descriptive, longitudinal study, 51 women were interviewed between November 2013 and June 2014 at a public maternity hospital in southern Brazil. The study was approved by the research ethics committee. **Results:** mean age 26.2 years, married/stable union (80.39%), over 8 years' schooling (60.78%), family income 1 to 3 minimum wages (66.67%), exclusively housewives (80.39%), primigravidas (52.94%), no prior abortion (92.15%), had attended more than 6 appointments (100%), and received no guidance on breastfeeding (54.90%). **Conclusion:** most of the puerperas who underwent cesarean section had no skin-to-skin contact in the delivery room, with the opposite occurring in cases of normal birth.

Descriptors: Breastfeeding; maternal and child health; nursing; health education.

RESUMEN

Objetivos: caracterizar los perfiles socioeconómico, ginecológico, obstétrico de las mujeres e identificar su contacto precoz con los recién nacidos. **Método:** Estudio cuantitativo, descriptivo, longitudinal, por medio de una entrevista junto a 51 mujeres, en el período de noviembre de 2013 y junio de 2014, en una maternidad pública de la Región Sur de Brasil; el proyecto fue aprobado el Comité de Ética en Investigación. **Resultados:** promedio de edad de 26,2 años, casadas / unión estable (80,39%), más de 8 años de estudio (60,78%), ingreso familiar de 1 a 3 salarios mínimos (66,67%), actividad exclusiva en el hogar (80,39%), primera gestación (52,94%), sin aborto (92,15%). Acudieron a más de 6 consultas (100%), sin orientación sobre lactancia materna (54,90%). **Conclusión:** la mayoría de las puérperas sometidas a cesárea no realizó el contacto piel a piel en la sala de parto, siendo inverso en los casos de parto normal.

Descritores: Lactancia materna; salud materno-infantil; enfermería; educación en salud.

INTRODUÇÃO

O ciclo gravídico-puerperal é um processo fisiológico que gera mudanças físicas, psicológicas, sociais na mulher e é influenciado por inúmeros fatores como as alterações biológicas e as características socioeconômicas, além dos aspectos culturais, no qual ela está inserida¹.

Desse modo, é imprescindível conhecer essas mulheres e reconhecer precocemente as gestantes que podem apresentar riscos durante a gravidez e o acompanhamento deve ter como objetivo esclarecer dúvidas e desmistificar as crenças desse período, principalmente quanto ao aleitamento materno².

O Ministério da Saúde (MS) ressalta a importância desse acompanhamento nas unidades básicas de saúde (UBS) e, para tanto, recomenda que o pré-natal tenha no mínimo seis consultas, sendo a primeira realizada o mais precocemente possível e as demais intercaladas entre o enfermeiro e o médico³.

Essas consultas, realizadas com qualidade, promovem a saúde dos recém-nascidos, melhor crescimento intrauterino, maior peso ao nascer, menor ocorrência de prematuridade e de mortalidade neonatal. Para a mãe, os benefícios são significativos - menor índice de

^IDoutoranda em Enfermagem pelo Programa de Pós-Graduação da Universidade Federal do Paraná. Brasil. e-mail: andrea.chaves@ufpr.br

^{II}Doutora. Professora da Universidade Federal do Paraná. Brasil. e-mail: wall@ufpr.br

^{III}Doutoranda em Enfermagem pelo Programa de Pós-Graduação da Universidade Federal do Paraná. Brasil. e-mail: marlirochasouza2@gmail.com

intercorrências no período gestacional e complicações no momento do parto, além do estímulo e apoio ao aleitamento materno^{1,4}.

As estratégias para apoio, promoção e incentivo à amamentação devem estar presentes em todo o ciclo gravídico, incluindo o esclarecimento das vantagens do aleitamento materno para o binômio mãe/filho. Essa prática é considerada estratégia universal para a redução das taxas de morbimortalidade na infância e na vida adulta^{1,5-7}. Porém, para que ocorra a prevenção da mortalidade e morbidade, é necessário que as gestantes sejam orientadas quanto aos benefícios da amamentação e o contato pele a pele com o recém-nascido, estratégias que promovem o aumento de bebês em aleitamento materno exclusivo, maior vínculo entre o binômio e, conseqüentemente, a diminuição do desmame precoce^{8,9}.

Diante do exposto, este estudo teve como objetivo caracterizar os perfis socioeconômico, ginecológico e obstétrico das mulheres e identificar o contato precoce delas com os recém-nascidos.

REVISÃO DE LITERATURA

O profissional de saúde que conhece as características socioeconômicas e culturais da família, na qual o recém-nascido será inserido, pode orientar os integrantes familiares e a gestante, quanto às crenças vinculadas ao aleitamento materno, no intuito de fortalecer a autoeficácia das nutrizes. Estudos relatam que o senso comum, a oferta inadequada, a influência das avós e o uso de chupetas e mamadeiras são os principais fatores do desmame precoce¹⁰.

Destarte, o ato de amamentar mantém-se no foco de discussões e desafia os serviços de saúde, pois apesar das vantagens e estratégias desenvolvidas para apoio, promoção e proteção ao aleitamento materno, desde a década de 1980, tal prática ainda está distante do preconizado pela Organização Mundial (OMS), que recomenda o aleitamento materno de forma exclusiva até o sexto mês de vida da criança e, de forma complementar, até os dois anos de idade ou mais⁷. Acredita-se que apesar dos profissionais de saúde apresentarem atitudes e discursos favoráveis à amamentação, muitas vezes não estão próximos e não vivenciam os momentos de (in) sucesso da mulher no processo de lactação⁶.

No ano de 1992, o MS com apoio da OMS e do Fundo das Nações Unidas para Infância (UNICEF), adotou a Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC) e que tem como base os *Dez passos para o sucesso no aleitamento materno*, que resumem as práticas necessárias a serem desenvolvidas nas maternidades para apoio ao aleitamento materno⁹. Entre eles, o 4º passo que tem como orientação: colocar o recém-nascido em contato direto com a mãe, logo após o parto por pelo menos uma hora e incentivar a mãe a identificar se o

bebê está pronto para ser amamentado, oferecendo ajuda se necessário⁹.

Em 2015, a OMS e o UNICEF iniciaram um processo para reavaliar e revigorar o programa da IHAC; desse modo em 2018, é lançado a nova versão para a implementação da IHAC, que reforça que o contato entre mães e bebês, o qual deve ser facilitado e encorajado o mais cedo possível após o nascimento, de forma devendo ser ininterrupta por pelo menos 60 minutos. Recomendação também possível após cesariana com anestesia peridural, pois mesmo que as mães e os bebês não consigam iniciar a amamentação na primeira hora, essa aproximação proporciona o contato pele a pele e este o início do vínculo familiar¹¹.

Toda gestante precisa ser informada quanto à importância do seu direito ao contato precoce com o recém-nascido na sala de parto. Pois além de estimular e intensificar esse vínculo, esse contato precoce propicia a calma entre os dois, auxilia na estabilização sanguínea, nos batimentos cardíacos e na respiração da criança, reduzindo o estresse e a perda de calor do bebê^{7,12}.

METODOLOGIA

Estudo quantitativo, descritivo, longitudinal, realizado entre novembro de 2013 e junho de 2014, numa maternidade da Região Metropolitana de Curitiba/PR, que realiza atendimentos às gestantes de risco habitual.

Foram elaborados dois instrumentos estruturados com perguntas abertas e fechadas, desenvolvido pelas pesquisadoras e fundamentados na literatura obstétrica. A aplicação dos instrumentos foi realizada em períodos distintos com as mesmas participantes, sendo estes: durante a gravidez (1º momento) e durante o puerpério imediato (2º momento).

Durante o 1º momento, o instrumento foi aplicado nas participantes grávidas, com o intuito de verificar as características socioeconômicas e ginecológicas. Após o parto, caracterizado nesta pesquisa como o 2º momento, as perguntas foram relacionadas ao tipo de parto, aleitamento materno e o contato pele a pele com o recém-nascido.

A coleta de dados foi realizada entre os meses de novembro de 2013 a maio de 2014, devido à necessidade de aguardar a data do parto. A amostragem foi por conveniência, isto é, todas as gestantes que atenderam aos critérios de inclusão na pesquisa, que foram: gestantes maiores de 18 anos de idade, a partir do 3º trimestre de gestação, que participassem da visita à maternidade. E como critérios de exclusão, a presença de restrições físicas e/ou mentais que impossibilitassem a compreensão do instrumento.

As participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), e para assegurar o anonimato das mesmas, a forma de identificação foi com a letra G, seguido do número da sequência da aplicação do instrumento.

Após a coleta, os dados foram armazenados no programa *Microsoft Excel Excel*® 2007 e posteriormente submetidos à estatística descritiva, com demonstração dos resultados por meio de tabelas com frequência absoluta, percentual, média e desvio padrão das variáveis. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Setor de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Paraná com o CAAE 19619213.0.0000.01102.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Entre as 51 gestantes que participaram do estudo, as idades apresentadas foram entre 19 a 42 anos (média de 26,2; DP=5,8), destas 23 (45,10%) com maior prevalência na faixa etária de 19-24 anos e que iniciaram sua participação na pesquisa por volta da 33ª semana gestacional.

Os dados referentes ao estado civil mostraram que 41 (80,39%) estavam casadas ou em união consensual, 31 (60,78%) informaram que tinham mais de 8 anos de estudo, 41 (80,39%) sem história de tabagismo, 43 (84,31%) sem uso de bebidas alcoólicas, 41 (80,39%) exerciam somente atividades no lar, 31 (66,67%) das gestantes possuem renda familiar entre 1 a 3 salários mínimos, prevalecendo uma renda *per capita* de um salário mínimo, devido à média de 3 pessoas residindo no mesmo domicílio, conforme expões a Tabela 1.

Este estudo identificou um grupo de gestantes com predomínio de adultas jovens, casadas, com bom nível de escolaridade, renda familiar de até 3 salários mínimos e ausência de vícios, como etilismo e tabagismo. Tais dados se aproximam dos resultados do relatório da

Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher (PNDS)¹⁴, onde a idade média encontrada na Região Sul foi superior a 31 anos. No relatório de satisfação das mulheres puérperas atendidas no Sistema Único de Saúde (SUS), a idade de 53,10% das puérperas variou de 20-29 anos¹³, corroborando o presente estudo, que demonstrou a prevalência da faixa etária das gestantes mais jovens 19-24 anos.

A idade materna mais jovem está relacionada como fator desfavorável à amamentação, em todas as Regiões do Brasil¹⁴. Fato que direciona o profissional a motivar essas mulheres, quando encontram alguma dificuldade (insegurança, falta de confiança em si mesmas e falta de apoio dos familiares), como meio de evitar o desmame precoce⁹. E, portanto, para que ocorra apoio ao processo de aleitamento materno, são necessárias a troca de experiências, vivências e conhecimentos para fortalecer o apoio familiar, tendo em vista as características próprias de cada família¹⁵.

A maioria das mulheres (80,39%) declarou-se casada ou com união estável, corroborando o relatório de satisfação em que 57,40% das mulheres que estavam casadas e/ou com união estável. Este fator é favorável, pois, as mulheres, que possuem companheiros, tendem a receber maior apoio durante a gestação e na amamentação¹⁶. Elas sentem-se mais capazes em relação à amamentação, quando percebem que seus parceiros atuam de forma ativa e, portanto, estratégias de reforço a esse apoio devem ser implementadas tanto para a mulher, como ao seu parceiro, e iniciadas na fase pré-natal com continuidade no pós-parto^{16,17}.

A participação paterna no processo de amamentação foi avaliada em pesquisa realizada na Região Centro-oeste do Brasil e constatou que 58,93% dos pais não receberam nenhuma orientação sobre amamentação¹⁸.

A inclusão paterna na saúde materno-infantil e a educação em saúde estão cada vez mais presentes, porém os profissionais de saúde não estão aptos para recebê-los nas consultas de pré-natal ou até mesmo nos centros obstétricos, pois durante a graduação, os temas abordados são principalmente sobre técnica, manejo e composição do leite, ficando os aspectos psicológicos e a inclusão paterna esquecida durante o ciclo grávido-*puerperal*¹⁵. Dessa forma, ressalta-se a importância da aproximação entre academia e o serviço de saúde, a fim de contribuir para a melhoria do processo formativo e no desenvolvimento de competências necessárias à prática profissional¹⁹.

Quanto à prevalência da amamentação, países de baixa renda tiveram uma vantagem, porém quando comparados com taxas de início precoce e amamentação exclusiva, os dados foram insatisfatórios²⁰.

Pode-se observar a predominância de primigestas 27 (52,94%) - sem história de abortamento 47 (92,15%) e apesar de 100% das gestantes terem realizado mais de 6 consultas de pré-natal, apenas 19 (37,25%) efetuaram

TABELA 1: Características sociodemográfica e comportamentais das gestantes. Região Metropolitana de Curitiba/PR, 2013/2014. N(51)

| Variáveis | f | % |
|-------------------------------|----|-------|
| Idade | | |
| 19 – 24 | 23 | 45,10 |
| 25 – 30 | 20 | 39,22 |
| 31 – 36 | 4 | 7,84 |
| 37 – 42 | 4 | 7,84 |
| Estado civil | | |
| Solteira | 8 | 15,69 |
| Casada/união estável | 41 | 80,39 |
| Divorciada | 2 | 3,92 |
| Escolaridade | | |
| < 8 anos | 20 | 39,22 |
| > 8 anos | 31 | 60,78 |
| Renda - salário mínimo | | |
| < que 1 | 7 | 13,73 |
| 1 a 3 | 34 | 66,67 |
| > 3 | 10 | 19,61 |
| Tabagista | | |
| Sim | 7 | 13,73 |
| Não | 41 | 80,39 |
| Ex-fumante | 3 | 1,96 |
| Etilista | | |
| Não | 43 | 84,31 |
| Sim | 6 | 11,76 |
| Atividade exclusiva no lar | 41 | 80,39 |
| Atividade remunerada | 10 | 15,69 |

entre 1-2 consultas com enfermeiro (média de 1,08; DP=0.87); e 28 (54,90%), isto é, mais da metade das participantes não receberam orientação sobre aleitamento materno no pré-natal, segundo a Tabela 2.

TABELA 2: Características ginecológicas e acompanhamento de pré-natal das gestantes. Região Metropolitana de Curitiba/PR, 2013/2014. N(51)

| Variáveis | f | % |
|---|----|-------|
| Número de gestações | | |
| Primigesta | 27 | 52,94 |
| Multigesta | 24 | 47,06 |
| Abortamento | | |
| Sim | 4 | 7,84 |
| Não | 47 | 92,15 |
| Orientação sobre aleitamento materno | | |
| Sim | 23 | 45,09 |
| Não | 28 | 54,90 |
| > 6 consultas de pré-natal | 51 | 100 |
| Nº de consultas com enfermeiro | | |
| Nenhuma | 15 | 29,41 |
| 1-2 Consultas | 19 | 37,25 |
| 2-4 Consultas | 15 | 29,42 |
| > 5 Consultas | 2 | 3,92 |

Segundo o MS, para um pré-natal minimamente adequado, além da realização das seis consultas, recomenda-se assistência acolhedora, com desenvolvimento de ações educativas e preventivas, sem intervenções desnecessárias com detecção precoce de patologias e situações de risco, além do estabelecimento do vínculo cliente/equipe de saúde e conhecimento do local de parto.

O apoio ao aleitamento materno deve ser iniciado durante o pré-natal, para que as dificuldades sejam reconhecidas e superadas. Segundo o MS, as orientações durante as consultas devem informar as vantagens da amamentação, promover a autoconfiança e habilidade, mediante o ensinamento das técnicas de posicionamento e pega correta²¹.

Houve predominância de primigestas sem história de abortamento, com filhos que nasceram de parto normal e que tiveram contato com o bebê na primeira hora na sala de parto; também prevaleceu a alimentação do recém-nascido na maternidade, por meio do aleitamento materno.

Quanto à via de parto, observa-se predomínio do parto vaginal - 31 (60,79%), do contato com o recém-nascido na primeira hora em 28 (54,90%); a sala de parto foi o local em que o bebê sugou pela primeira vez - 28 (54,90%), a alimentação do recém-nascido na maternidade foi o aleitamento materno exclusivo - 43 (84,31%), de acordo com a Tabela 3.

Neste estudo, apesar de a maioria dos nascimentos ter ocorrido em partos vaginais, o número de cesarianas alcançou 39,21%, superior ao recomendando pelo MS - taxa de 15% de partos cirúrgicos. Se comparado ao encontrado no PNDS (27,3%), observa-se que o número de cesarianas no Brasil vem aumentando

TABELA 3: Características obstétricas das gestantes e incentivo ao aleitamento materno. Região Metropolitana de Curitiba/Paraná. Novembro de 2013 a junho de 2014. (N=51)

| Variáveis/categorias | f | % |
|---|----|-------|
| Tipo de parto | | |
| Vaginal | 31 | 60,79 |
| Cesária | 20 | 39,21 |
| Contato com bebê | | |
| Na primeira hora | 28 | 54,90 |
| Após a primeira hora | 24 | 45,10 |
| Alimentação do recém-nascido na maternidade | | |
| Aleitamento materno exclusivo | 43 | 84,31 |
| Usou leite artificial | 8 | 15,69 |
| Local em que o recém-nascido sugou pela primeira vez | | |
| Sala de parto | 28 | 54,90 |
| Alojamento Conjunto | 23 | 45,10 |

significativamente. Em apenas 8 anos (2000-2008), houve um aumento de 38% para 48,8%, sendo que 35% dos nascimentos foram realizados pelo SUS e 80% pelo setor privado¹³. Ainda de acordo com relatório do PNDS, a cesariana já se tornou mais frequente que o normal nas Regiões Sudeste e Sul, respectivamente, em 51,7% e 51,6% dos nascimentos¹³.

O parto normal é a mais seguro e deve ser estimulado de forma humanizada, promovendo, Tal assim, o mínimo de intervenções. Porém, se for necessário, o profissional deverá se respaldar em evidências científicas e protocolos clínicos, para interromper o processo fisiológico do parto⁵.

Segundo revisão sistemática, a cesariana foi considerada o principal fator de risco para a não amamentação na primeira hora de vida²². O contato pele a pele, durante a primeira hora de vida do recém-nascido fortalece o vínculo do binômio, mesmo em mães que não possam amamentar. Tal procedimento, denominado de inatividade alerta, estimula o reconhecimento entre mãe e filho, dando prosseguimento ao vínculo iniciado na vida intrauterina^{5,9,22}.

Neste estudo, 54,90%, dos 60,79% que nasceram por via vaginal, tiveram contato pele a pele, corroborando estudo realizado em Portugal, em que os recém-nascidos, que não iniciaram o aleitamento nas primeiras horas eram de cesariana²³. O nascimento por ato cirúrgico contribuiu, neste estudo, sensivelmente para a separação precoce do binômio, levando a considerar que os procedimentos operatórios prejudicam a realização do 4º passo da IHAC.

A não adesão ao 4º passo da IHAC persiste; em estudo realizado na Região Nordeste do Brasil, a média de tempo de permanência de bebês em contato pele a pele, não ultrapassou os 30 minutos, demonstrando a discrepância entre as evidências científicas e a prática clínica²⁴.

Segundo a OMS, o aleitamento materno ofertado na primeira hora de vida é considerado um indicador de excelência e, assim, classifica os percentuais de adesão

ao aleitamento na primeira hora para mães e recém-nascidos saudáveis - entre 0 e 29% como *muito ruim* , de 30 a 49% *ruim* , de 50 a 89% *bom* e de 90 a 100% *muito bom* ²².

As oficinas educativas realizadas durante o pré-natal são consideradas estratégias para a prática da promoção da saúde e caracterizam-se por um conjunto de pessoas que interagem com o objetivo de ampliar seus conhecimentos e capacidades, propiciando o desenvolvimento de sua autonomia¹⁷.

O profissional de enfermagem é um importante agente de ações transformadoras voltadas para a promoção, o incentivo e o apoio ao aleitamento materno, além de prestar o cuidado à gestante, à puérpera e ao recém-nascido, visando à mudança comportamental da mulher e dos grupos de apoio^{6,11}.

CONCLUSÃO

O perfil socioeconômico das mulheres pesquisadas foi caracterizado, majoritariamente, por faixa etária de 19 a 24 anos, casada, do lar, com bom nível escolar, sem vícios e com renda familiar de até 3 salários mínimos. Quanto ao perfil gineco-obstétrico, destacaram-se as primigestas, sem história de abortamento, com mais de seis consultas de pré-natal, mas apenas entre 1-2 consultas com enfermeiro e sem orientação quanto ao aleitamento materno. A via de parto predominante foi a vaginal e prevaleceu o contato pele a pele com o recém-nascido na primeira hora de vida, tendo ocorrido o inverso com as mulheres submetidas à cesariana.

Conhecer as características das mulheres adscritas é fundamental para um atendimento de qualidade, principalmente como o referenciado nesta pesquisa; o aleitamento materno deve ser estimulado desde o pré-natal pelo profissional enfermeiro, estendeu-se durante todo o ciclo gravídico-puerperal.

Os resultados evidenciaram que a maioria das gestantes entrevistadas, não recebeu orientações, durante o pré-natal, sobre o aleitamento materno e nem sobre os benefícios do contato pele a pele. Tais achados devem ser levados em consideração, tendo em vista que a pesquisa foi composta por gestantes jovens, condições oportuna para a educação em saúde, pela falta de conhecimento sobre essa fase e pela insegurança frente à experiência da gravidez.

As gestantes que foram submetidas à cesariana não tiveram contato precoce com seus filhos e não foram estimuladas à amamentação na primeira hora de vida. Agravado pelo fato de que, a maioria dessas mulheres eram primigestas, o que também torna-se um fator relevante para que os profissionais de saúde sensibilizem e orientem, independente da via de parto.

Aponta-se, como limitação do estudo, a falta de acompanhamento do tempo de duração da amamentação, por um período maior que o puerpério imediato e o

registro do tempo em que o recém-nascido permaneceu em contato pele a pele.

Sugere-se que estes achados possam desafiar os profissionais e as instituições na procura de melhores estratégias, para que o contato pele a pele e o início do aleitamento materno sejam realizados também para as mulheres que são submetidas ao procedimento da cesariana.

REFERÊNCIAS

1. Ministério da Saúde (Br). Atenção ao pré-natal de baixo risco. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2013.
2. Cruz SH, Germano JA, Tomasi E, Facchini LA, Piccini RX, Thumé E. Orientações sobre amamentação: a vantagem do Programa de Saúde da Família em municípios gaúchos com mais de 100.000 habitantes no âmbito do PROESF. Rev. bras. epidemiol. 2010; 13(2):259-67.
3. Ministério da Saúde (Br). Secretaria de Atenção à Saúde. Pré-natal e puerpério: atenção qualificada e humanizada. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2006.
4. Gomes RMT, César JA. Perfil epidemiológico de gestantes e qualidade do pré-natal em unidade básica de saúde em Porto Alegre, Rio Grande do Sul. Rev. Bras. Med. Fam. Comunidade. 2013; 8(27):9.
5. Ministério da Saúde (Br). Além da sobrevivência: práticas integradas de atenção ao parto, benéficas para a nutrição e a saúde de mães e crianças. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2011.
6. World Health Organization. Indicators for assessing infant and young child feeding practices. Washington (DC) WHO; 2008.
7. World Health Organization. Baby friendly hospital initiative, revised, updated and expanded for integrate care, Washington (DC): UNICEF and Wellstart International; 2006.
8. Barbosa V, Orlandi FS, Dupas G, Beretta MIR, Fabbro MRC. Aleitamento materno na sala de parto: a vivência da puérpera. Cienc cuid saude. 2010; 9(2):366-73.
9. Ministério da Saúde (Br). Iniciativa Hospital Amigo da Criança. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2010.
10. Marques ES, Cotta RMM, Priore SE. Mitos e crenças sobre aleitamento materno. Ciênc. & saúde coletiva (Online). 2011; 16(5):2461-8.
11. World Health Organization. Implementation guidance: protecting, promoting and supporting breastfeeding in facilities providing maternity and newborn services – the revised Baby-friendly Hospital Initiative. Geneva, (Swi): WHO; 2018.
12. Dodt RCM, Oriá MOB, Pinheiro AKB, Almeida PC, Ximenes LB. Perfil epidemiológico das puérperas assistidas em um alojamento conjunto. Rev. enferm. UERJ. 2010; 18(3):345-51.
13. Ministério da Saúde (Br). Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher: dimensões do processo reprodutivo e da saúde da criança. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2009.
14. Ministério da Saúde (Br). Resultados preliminares da pesquisa de satisfação com mulheres puérperas atendidas no SUS. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2013.
15. Wenzel D, Souza SB. Fatores associados ao aleitamento materno nas diferentes regiões do Brasil. Rev. Bras. Saúde Matern. Infant. 2014; 14(3):241-9.
16. Onah S, Donatus ICO, Ebenebel J, Ezechukwu C, Ekwochi U, Ndukwu I. Infant feeding practices and maternal socio-demographic factors that influence practice of exclusive breastfeeding among mothers in Nnewi South-East Nigeria: a cross-sectional and analytical study. International Breastfeeding Journal. 2014; 9:10.
17. Mannion CA, Hobbs AJ, McDonald SW, Tough SC. Maternal perceptions of partner support during. International Breastfeeding Journal. 2013; 8(4):1-7.
18. Lima JP, Cazola LHO, Picoli RP. A participação do pai no processo de amamentação. Cogitare Enferm. 2017; 22(1):1-7.

19. Gonçalves MD, Kowalski ISG, Sá AC. Atenção ao pré-natal de baixo risco: atitudes dos enfermeiros da estratégia saúde da família. *Rev enferm UERJ*. 2016; 24(6):e18736. DOI: <https://doi.org/10.12957/reuerj.2016.18736>
20. Victora CG, Barros AJD, França GVA, Bahl R, Rollins NC, Horton S, Krusevec J, Murch S, Sankar MJ, Walker N. Breastfeeding in the 21st century: epidemiology, mechanisms, and lifelong effect. *The Lancet*. 2016; 387(010017):475-0.
21. Ministério da Saúde (Br). Secretaria de Atenção à Saúde. Promovendo o aleitamento materno. álbum seriado. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2007.
22. Esteves TMB, Daumas RP, Oliveira MIC, Andrade CAF, Leite IC. Factors associated to breastfeeding in the first hour of life: systematic review. *Rev Saúde Pública*. 2014; 48(4):697-708.
23. Romão P, Durão F, Valente S, Saldanha J. Aleitamento materno: o que mudou em 12 anos. *Nascer e Crescer – Birth and Growth Medical Journal* 2017; 26(3):171-7.
24. Sampaio ARR, Bousquat A, Barros C. Contato pele a pele ao nascer: um desafio para a promoção do aleitamento materno em maternidade pública no nordeste brasileiro com o título de Hospital Amigo da Criança. *Epidemiol. Serv. Saude*. 2016; 25(2):281-90.