

**ANA MARIA SEGALL CORRÊA**

**ALEITAMENTO MATERNO: ESTUDO SOBRE  
O IMPACTO DAS PRÁTICAS ASSISTENCIAIS**

Tese apresentada ao Curso de Pós-Graduação, da Faculdade de Ciências Médicas, da Universidade Estadual de Campinas, São Paulo, para a obtenção de título de Doutor em Medicina, área de concentração em Saúde Coletiva.

ORIENTADOR: ***PROF. DR. DJALMA DE CARVALHO MOREIRA FILHO***

**CAMPINAS  
1996**

**FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA  
BIBLIOTECA DE FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS  
UNICAMP**

C817a

Corrêa, Ana Maria Segall

Aleitamento materno: estudo sobre o impacto das práticas assistenciais. / Ana Maria Segall Corrêa. Campinas, SP : [s.n.], 1996.

Orientador : Djalma de Carvalho Moreira Filho  
Tese (Doutorado) - Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Ciências Médicas.

I. Aleitamento materno. 2. Coorte. 3. Efetividade. I. Djalma de Carvalho Moreira Filho. II. Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Ciências Médicas. III. Título.

Este exemplar corresponde à versão final da tese de Doutorado, apresentada ao Curso de Pós Graduação em Medicina, área de Concentração em Saúde Coletiva da FCM/ UNICAMP, para obtenção do título de Doutor.

Campinas, 14 de agosto de 1996.

  
Prof. Dr. Djalma de Carvalho Moreira Filho  
Orientador

ANA MARIA SEGALL CORRÊA

9616076

**ALEITAMENTO MATERNO: ESTUDO SOBRE  
O IMPACTO DAS PRÁTICAS ASSISTENCIAIS**

**ORIENTADOR:**

***PROF. DR. DJALMA DE CARVALHO MOREIRA FILHO***

**CAMPINAS**

**1996**

UNICAMP  
BIBLIOTECA CENTRAL

# **Banca examinadora da tese de Doutorado**

**Orientador: Prof. Dr. Djalma de Carvalho Moreira Filho**

## **Membros:**

1. *Djalma*

2. *[Handwritten signature]*

3. *[Handwritten signature]*

4. *[Handwritten signature]*

5. *[Handwritten signature]*

Curso de pós-graduação em Medicina , Área de Concentração em Saúde Coletiva  
da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas.

**Data: 14/08/96**

## **DEDICO**

Ao Heleno, Laura e Felipe  
Aos meus pais, Osmany e Maria  
Aos meus avós, Homero e Bela

## **AGRADECIMENTOS:**

Meus primeiros agradecimentos são dirigidos aos pesquisadores do LAC-ISTI e do Centro de Lactação de Santos. A convivência no desenrolar da pesquisa com, Dra. Keiko Teruya, Dra. Tina Sanghvi, Dra. Chessa Lutter, Dr. Raphael Perez-Escamilla, trouxe além do aprendizado, novos amigos. Minha gratidão aos Drs. Paulo Baldin, Lais Graci Bueno e Jaime Murahovschi, pelo apoio constante no período de realização da pesquisa e acolhimento amigo de toda a equipe no Centro de Lactação de Santos.

Às entrevistadoras Míriam, Rosana, Maria Esperanza e Hermínia meu reconhecimento e respeito pelo profissionalismo que devotaram à realização do trabalho de campo.

Às pós-graduandas amigas, ora minhas alunas, ora minhas mestras Giseli Panigassi, Daniela G. Lenci, Fabíola F. Nejar, Gabriela P. Russo e Gina M. Hirai, toda minha gratidão pelo apoio na realização deste trabalho e também pelo entusiasmo que dedicam às tarefas de tornar a vida melhor.

Meus agradecimentos a todos os companheiros da área de epidemiologia, Djalma de Carvalho Moreira Filho, Marilisa Berti de Azevedo Barros, Helenice Bosco

de Oliveira e Maria Rita Donalísio, pelo apoio e, também, pela tolerância com a minha ausência, nesta fase final do trabalho. Especial agradecimento ao Heleno pela opinião certa nos momentos sempre oportunos e pelo desvelo e carinho com os quais tem suavizado o esforço da conclusão deste trabalho. Minha gratidão muito especial, também, à Neusa Nunes da Silva e Gonçalves, que complementou seu apoio inestimável para a finalização deste trabalho, com sua presença constante, solidária e muito carinhosa.

Aos funcionários do Departamento de Medicina Preventiva e Social, Laudelina, Maria José, Rose, Maria, Sônia, Leoci e Martins minha gratidão pelo apoio que me dispensam todos os dias.

Aos meus amigos professores, Aguinaldo Gonçalves e José Augusto Cabral de Barros, minha gratidão pelo trabalho de revisão de texto e sugestões sempre pertinentes

**Meus especiais agradecimentos são dirigidos a todas as mães que, pacientemente colaboraram, dedicando seu tempo e experiência a uma tarefa, cujo benefício resultante é coletivo e, ainda assim, não necessariamente imediato.**

# SUMÁRIO

<b>I. INTRODUÇÃO</b> .....	1
<b>I.1. Antecedentes.</b> .....	1
<b>I.2. Tendência histórica da prática da amamentação</b> .....	2
<b>I.3. Razões para o declínio da amamentação</b> .....	7
<b>I.4. Repercussões do desmame precoce:</b> .....	13
<b>II. OBJETIVOS</b> .....	20
<b>II.1. Objetivo Geral:</b> .....	20
<b>II.2. Objetivos Específicos:</b> .....	20
<b>III.1. Desenho do estudo:</b> .....	21
<b>III.2. População de referência:</b> .....	22
<b>III.3. Tamanho da Amostra:</b> .....	23
<b>III.4. Instrumentos para coleta de informações:</b> .....	24
<b>III.5. Atividades de campo:</b> .....	25
<b>III.6. Registros dos dados:</b> .....	27
<b>III.7. Definição dos padrões de alimentação infantil.</b> .....	28
<b>III.8. Metodologia de análise.</b> .....	29
III.8.1. Análise descritiva: .....	29
III.8.2. Análise multivariada: .....	32
<b>III.9. Fatores de confundimento e tendenciosidade.</b> .....	38
III.9.1. Quanto à seleção da população: .....	39
III.9.2. Perdas de seguimento: .....	40
<b>IV. RESULTADOS</b> .....	43
<b>IV.1. Característica da população de estudo.</b> .....	43
<b>IV.2. Características de assistência ao parto nas maternidades.</b> .....	46
<b>IV.3. Orientações sobre amamentação nos hospitais.</b> .....	47
<b>IV.4. Rotinas hospitalares de importância para a amamentação.</b> .....	49
<b>IV.5. Intenção materna quanto à prática de amamentação</b> .....	50
<b>IV.6. Conhecimentos maternos sobre amamentação.</b> .....	52
<b>IV.7. Condições do recém-nascido após alta hospitalar</b> .....	56
<b>IV.8. Problemas de saúde maternos relativos à amamentação.</b> .....	58
<b>IV.9. Análise descritiva dos padrões de aleitamento materno</b> .....	59
<b>IV.10. Motivos referidos para interrupção da amamentação.</b> .....	61
<b>IV.11. Condições associadas ao desmame</b> .....	62
IV.11.1. Condições sócio-demográficas e amamentação: .....	62
IV.11.2. Assistência pré-natal e aleitamento materno: .....	63
IV.11.3. Condições intra-hospitalares de assistência. ....	64
IV.11.4. Intenções, habilidades e conhecimentos maternos .....	64
IV.11.5. Impacto dos eventos ocorridos após a alta hospitalar. ....	66
IV.11.6. Anti-concepção e relação com o desmame. ....	68
<b>IV.12. Análise de sobrevivência</b> .....	69

IV.12.1. Procedimentos univariados: .....	69
IV.12.1.1. Antecedentes maternos .....	71
IV.12.1.2. Condições assistenciais durante a internação. ....	73
IV.12.1.3. Conhecimento, intenção e habilidade da mãe .....	76
IV.12.1.4. Intercorrências à saúde da mãe e da criança. ....	79
IV.12.1.5. Impacto dos alimentos complementares. ....	86
<b>IV.13. Análise de sobrevivência multivariada.</b> .....	<b>93</b>
IV.13.1. Determinantes da duração do AMT - HGA. ....	93
IV.13.2. Determinantes da duração do AMT- HC. ....	100
<b>V. DISCUSSÃO</b> .....	<b>105</b>
V.1. <b>Motivação materna</b> .....	<b>107</b>
V.2. <b>A assistência e o estabelecimento da amamentação.</b> ....	<b>111</b>
V.3. <b>Manutenção da amamentação.</b> .....	<b>113</b>
<b>VI. CONCLUSÃO</b> .....	<b>125</b>
VI.1. <b>Na assistência hospitalar:</b> .....	<b>126</b>
VI.2. <b>Na assistência pós-natal após alta hospitalar:</b> .....	<b>127</b>
<b>VII. SUMMARY</b> .....	<b>129</b>
<b>VIII. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b> .....	<b>131</b>

## ÍNDICE DE FIGURAS:

Nº	TÍTULO DA FIGURA	PÁGINA
1	Características sócio-demográficas das mulheres estudadas, segundo hospitais observados - Santos, 1992 - 1993.	44
2	Características de assistência pré-natal entre as mulheres estudadas, segundo hospitais observados - Santos, 1992 - 1993.	45
3.	Características do recém-nascido, segundo hospitais - Santos, 1992-1993.	46
4	Características de assistência à Parturiente, segundo hospitais, Santos, 1992-1993.	47
5.	Orientações recebidas pelas mães durante o período de internação sobre manejo da amamentação, segundo hospitais - Santos, 1992 - 1993	48
6	Orientações recebidas pelas mães durante o período de internação sobre idades de introdução de alimentos, segundo hospitais - Santos, 1992 - 1993	49
7	Intervenções hospitalares relativas à amamentação, segundo hospitais - Santos, 1992 - 1993	50
8	Intenção materna quanto à prática da amamentação, segundo hospitais - Santos, 1992 - 1993	51
9	Intenção materna quanto à idade adequada do bebê, em meses, para introdução de alimentos à dieta, segundo hospitais - Santos, 1992 - 1993.	52
10	Referências maternas sobre formas de controlar ou cuidar dos problemas mais frequentes de mama, segundo hospitais - Santos, 1992 - 1993.	53
11	Conhecimento mãe a respeito da adequação da produção de leite materno às necessidades da criança, segundo hospitais - Santos, 1992 - 1993	54

12	Conhecimento materno a respeito de técnicas para aumentar a produção de leite materno, segundo hospitais - Santos, 1992 - 1993	55
13	Habilidade maternas para amamentar ainda no período de internação, segundo hospitais - Santos, 1992 - 1993.	56
14	Problemas de saúde referidos entre as crianças estudadas, segundo hospitais - Santos, 1992 - 1993	57
15	Problemas que dificultaram a amamentação, segundo hospitais observados - Santos, 1992 - 1993	58
16	Características da alimentação das crianças aos três meses de vida, segundo hospitais - Santos, 1992 - 1993	61
17	Curvas de sobrevivência do AMT entre as crianças estudadas, segundo hospitais - Santos, 1992 - 1993	71
18	Curvas de sobrevivência do AMT, segundo nível sócio econômico da mãe e hospital observado - HGA, Santos 1992 - 1993	72
19	Curvas de sobrevivência do AMT, segundo nível sócio econômico da mãe e hospital observado - Hospital de Comparação, Santos, 1992 - 1993	72
20	Curvas de sobrevivência do AMT, segundo duração da amamentação do filho anterior (em meses) e hospital observado - HGA, Santos 1992 - 1993.	73
21	Curvas de sobrevivência do AMT, segundo duração da amamentação do filho anterior e Hospital de Comparação, Santos, 1992 - 1993.	73
22	Curvas de sobrevivência do AMT, segundo tipo de parto e hospital observado, HGA, Santos, 1992 - 1993	74
23	Curvas de sobrevivência do AMT, segundo uso de raque anestesia durante o parto e hospital observado - HGA, Santos 1992 - 1993	74

24	Curvas de sobrevivência do AMT, segundo intervalo de tempo entre o parto e a primeira mamada, Hospital de Comparação, Santos, 1992 - 1993	75
25	Curvas de sobrevivência do AMT, segundo orientação à mãe sobre anti-concepção durante a internação, HGA, Santos, 1992 -1993	76
26	Curvas de sobrevivência do AMT, segundo referência materna à ingesta maior de líquidos para aumentar seu o leite - HGA, Santos 1992 -1993	77
27	Curvas de sobrevivência do AMT, segundo referência materna à ingesta de líquidos para aumentar seu leite - Hospital de Comparação, Santos 1992 - 1993	77
28	Curvas de sobrevivência do AMT, segundo idade de introdução de alimentos semi-sólidos - Hospital de Comparação, Santos 1992 - 1993	78
29	Curvas de sobrevivência do AMT, segundo habilidade da mãe de amamentar durante sua permanência no hospital - Hospital de Comparação, Santos, 1992 - 1993	79
30	Curvas de sobrevivência do AMT, segundo habilidade do bebê de "pegar" o seio materno - Hospital de Comparação, Santos 1992 - 1993	79
31	Curvas de sobrevivência do AMT, segundo a ocorrência de diarreia nos 15 dias anteriores à primeira visita - HGA, Santos 1992 - 1993	80
32	Curvas de sobrevivência do AMT, segundo a ocorrência de diarreia infantil nos 15 dias anteriores à primeira visita - Hospital de Comparação, Santos	80
33	Curvas de sobrevivência do AMT, segundo a ocorrência de diarreia, entre as crianças, nos 15 dias anteriores à 1ª e 2ª visitas - HGA, Santos, 1992 - 1993	81
34	Curvas de sobrevivência do AMT, segundo a ocorrência de diarreia, entre as crianças, nos 15 dias anteriores à 1ª 2ª visitas - Hospital de Comparação, Santos, 1992 - 1993	81

35	Curvas de sobrevivência do AMT, segundo a ocorrência de diarréia ou febre, entre as crianças, 15 dias antes da 1ª visita - HGA, Santos, 1992 - 1993	82
36	Curvas de sobrevivência do AMT, segundo a ocorrência de diarréia ou febre, entre as crianças, 15 dias antes da 1ª visita - Hospital de comparação, Santos, 1992 - 1993	82
37	Curvas de sobrevivência do AMT, segundo ocorrência de peito cheio ou ingurgitado nos primeiros 30 dias pós-parto - Hospital de Comparação, Santos, 1992 - 1993.	83
38	Curvas de sobrevivência do AMT, segundo ocorrência, entre as mães, de fissura nos mamilos nos primeiros 30 dias pós-parto - Hospital de Comparação - Santos 1992 - 1993.	83
39	Curvas de sobrevivência do AMT, segundo ocorrência, entre as mães, de problemas mamários nos primeiros 30 dias pós-parto - Hospital de Comparação - Santos, 1992 - 1993.	84
40	Curvas de sobrevivência do AMT, segundo ocorrência, entre as mães, de fissura nos mamilos nos primeiros 30 dias pós-parto - HGA, Santos, 1992 - 1993.	84
41	Curvas de sobrevivência do AMT, segundo habilidade da mãe de amamentar e também extrair o próprio leite (entre o nascimento e a primeira visita) - Hospital Comparação, Santos, 1992 - 1993.	85
42	Curvas de sobrevivência do AMT, segundo orientação sobre amamentação recebida pela mãe entre a alta hospitalar e o primeiro mês após o parto - HGA, Santos, 1992 - 1993.	85
43	Curvas de sobrevivência do AMT, segundo orientação sobre amamentação recebida pela mãe entre a primeira e segunda visitas - Hospital de Comparação, Santos, 1992 - 1993	86
44	Curvas de sobrevivência do AMT, segundo idade de interrupção do aleitamento materno exclusivo - Hospital de Comparação, Santos 1992 - 1993.	87

45	Curvas de sobrevivência do AMT, segundo idade de interrupção do aleitamento materno exclusivo - HGA, Santos, 1992 - 1993.	87
46.	Associação entre categorias de idade de interrupção do aleitamento materno exclusivo e o risco de desmame aos três meses de idade, Santos, 1992 - 1993.	88
47	Incidência de interrupção do aleitamento materno exclusivo, segundo categoria de idade e hospital observado, Santos, 1992 - 1993.	89
48	Curvas de sobrevivência do AMT, segundo idade de introdução de água ou chá na dieta das crianças - HGA, Santos, 1992 - 1993.	90
49	Curvas de sobrevivência do AMT, segundo idade de introdução de de água ou chá na dieta das crianças - Hospital de Comparação, Santos, 1992 - 1993.	90
50	Curvas de sobrevivência do AMT, segundo idade de introdução de outros leites - HGA, Santos, 1992 - 1993.	91
51	Curvas de sobrevivência do AMT, segundo idade de introdução de outros leites- Hospital de Comparação, Santos, 1992 - 1993.	91
52	Incidência de introdução de leites complementares da amamentação, segundo categorias de idade dos bebês e hospital observado - Santos, 1992 - 1993.	92
53	Associação entre categorias de idade de introdução de leites complementares da amamentação e o risco de desmame dos bebês, aos três meses de idade, segundo hospital observado - Santos, 1992 - 1993.	92
54	Curvas de sobrevivência do AMT, segundo tipo de parto, ajustadas para outras condições na análise multivariada de COX - HGA, Santos, 1992 - 1993.	95
55	Curvas de sobrevivência do AMT, segundo habilidade materna, ainda no hospital, para extrair seu leite, ajustadas para outras condições na análise multivariada de COX -HGA, Santos, 1992 - 1993.	95

56	Curvas de sobrevivência do AMT, segundo orientação sobre amamentação, entre a alta e 1ª visita, ajustadas para outras condições na análise multivariada de COX - HGA, Santos, 1992 - 1993.	96
57	Curvas de sobrevivência do AMT, segundo ocorrência de fissura nos mamilos, primeiros 30 dias, ajustadas em análise multivariada de COX - HGA, Santos, 1992 - 1993.	96
58	Curvas de sobrevivência do AMT, segundo idade de interrupção da amamentação exclusiva, ajustadas em análise multivariada de COX - HGA, Santos, 1992 - 1993.	97
59	Curvas de sobrevivência do AMT, segundo ocorrência de diarreia entre o nascimento e 1ª visita, ajustadas em análise multivariada de COX -HGA, Santos, 1992 - 1993.	97
60	Curvas de sobrevivência do AMT, segundo idade de interrupção da amamentação exclusiva, ajustadas em análise multivariada de COX - Hospital de Comparação, Santos, 1992 - 1993.	101
61	Curvas de sobrevivência do AMT, segundo ocorrência de problemas de mama nos primeiros 30 dias após o parto, ajustadas em análise multivariada de COX - Hospital de Comparação, Santos, 1992 - 1993.	102
62	Curvas de sobrevivência do AMT, segundo condições de "pega" do seio, ajustadas em análise multivariada de COX - Hospital de Comparação, Santos, 1992 - 1993.	102
63	Curvas de sobrevivência do AMT, segundo atitude adotada pela mãe para aumentar a produção de seu leite, ajustadas em análise multivariada de COX - Hospitl de Comparação, Santos, 1992 - 1993.	103
64	Curvas de sobrevivência do AMT, segundo ocorrência de diarreia ou febre no primeiro mês de vida, ajustadas em análise multivariada de COX - Hospital de Comparação, Santos, 1992 - 1993.	103

## **RESUMO:**

Como parte de estudo multicêntrico<sup>1</sup> do custo efetividade de ações intra-hospitalares de promoção, proteção e incentivo à amamentação analisou-se, prospectivamente, o impacto das ações de saúde na duração do Aleitamento Materno Total de coorte de crianças nascidas em dois hospitais de Santos, São Paulo. Um deles (HGA) selecionado por desenvolver ações programadas de promoção da amamentação e outro, de comparação (HC), por não possuir qualquer diretriz neste sentido. Foram analisados 521 prontuários, realizadas 442 entrevistas às mães na alta hospitalar. Destas 360 foram entrevistadas após 30 dias da alta e 341, ao redor de 90 dias. Mulheres assistidas no HGA referiram ter recebido mais orientações sobre amamentação e mais capacitação para o desenvolvimento de suas técnicas; foram colocadas em contato mais precoce com seus bebês e estiveram menos separadas deles, durante a internação. Entre elas, foi menor (metade) a proporção de partos cirúrgicos e o uso de medicamentos. Ocorrência de problemas de mamas foi semelhante entre os dois grupos de mães, mas teve impacto negativo maior entre as mulheres atendidas no HC. A assistência pós-natal foi mais precoce para os lactentes

---

<sup>1</sup>"Cost-Effectiveness Analysis of Hospital-Based Breastfeeding Promotion Program in Three Latin American Countries". Financiado pela Agência Americana para o Desenvolvimento Internacional (USAID) sob contrato N° LAC-0657-C-00-0051-00; LAC Health and Nutrition Sustainability University Research Corporation/International Science and Technology Institute; Washington, D.C.

nascidos no HGA. As diferenças nos cuidados assistenciais oferecidos repercutiram de forma distinta no padrão de amamentação. A proporção de desmame ao final do seguimento foi de 21,6% e 33,9% ( $p=0,01$ ) entre as crianças do HGA e HC respectivamente. Na análise multivariada (sobrevivência de Cox) estiveram significativamente associado ao desmame: interrupção da amamentação exclusiva, até os 10 dias de vida (RR de 2,91, entre crianças do HGA e de 2,03 entre aquelas do HC). Entre crianças do HC, estes riscos foram significativos para: intercorrências mamárias (RR: 1,89), dificuldades de "pega" (RR: 1,71) e diarreia entre a 1ª ou a 2ª visita (RR:1,94). Entre os bebês do HGA, o risco de desmame esteve significativamente associado a: partos cirúrgicos (RR:1,71); dificuldades maternas para ordenhar o leite, durante a internação (RR:1,84), ausência de orientação sobre amamentação no primeiro mês de vida (RR: 4,0) e diarreia, nos 15 dias que antecederam a 1ª visita (RR: 3,5). Este estudo enfatiza a necessidade de revisão das abordagens tradicionais de promoção da amamentação e mostra aquelas práticas assistenciais mais efetivas para este fim.

# I. INTRODUÇÃO

## I.1. Antecedentes.

A sobrevivência da espécie humana, durante seu processo de evolução, esteve associada à forma natural das mulheres alimentarem e cuidarem de seus filhos. Após milhões de anos de seleção natural, a prática da amamentação atingiu a perfeição, constituindo-se no ponto de partida e elo de integração das condições que permitiram esta sobrevivência. Isto porque, os recém nascidos humanos, apesar de longo período de gestação, diferentemente de outros mamíferos com esta característica, nascem neurologicamente imaturos (PARKES, 1978), totalmente dependentes do leite de sua mãe para sobreviver, dos cuidados e apoio dos pais e pessoas próximas para promoção de sua integração social, proteção, estimulação do psiquismo e da motricidade. Segundo PARKES (1978) a sobrevivência infantil depende da presença da mãe e de sua habilidade para secretar leite. Do mesmo modo, depende da interação entre mãe e bebê, que é uma condição parcialmente reflexa e parcialmente aprendida, que levará, não só à iniciação, mas também à continuação bem sucedida da lactação.

Até o advento da revolução industrial, as mulheres eram estimuladas a amamentar seus filhos por períodos prolongados, ou permitir, especialmente em classes

sociais altas (PELTO, 1981; REA 1990; SHORT, 1992), que amas de leite o fizessem. Esta prática de mãe substituta, serva ou escrava nos tempos antigos (VIS & HENNART, 1978) ou, prestadora de um serviço voluntário ou remunerado, nos tempos mais modernos, comprovam a tentativa conhecida, através de toda a história, de interferência do ser humano nos processos naturais de amamentação.

Segundo PELTO, (1981) a convicção dos pediatras sobre a superioridade do leite materno e sua recomendação nas rotinas de alimentação dos lactentes, talvez, tenham impedido a difusão mais rápida do uso da mamadeira que, já no final do século 18, era produzida com características semelhantes às utilizadas nos dias de hoje. Até este período (PIERSE et al, 1988), os utensílios utilizados para alimentar os bebês na ausência do leite materno, constituíam-se em potes de cerâmica com biqueira que apresentavam dificuldades para seu manuseio e limpeza. Esta tarefa tornou-se mais fácil com o surgimento, no início do século vinte, das mamadeiras feitas de vidro e com bicos de borracha, possibilitando melhores condições de higiene e, conseqüentemente, maior viabilidade da alimentação artificial. O desenvolvimento tecnológico (JELLIFFE & JELLIFFE, 1971), especialmente de laticínios e processamento dos alimentos, bem como melhorias nas condições de higiene ambiental e desenvolvimento da ciência da nutrição, também contribuíram para a difusão do uso da mamadeira, a partir deste século. O início do século assiste, portanto, ao advento da alimentação artificial dos bebês. HAMBRAEUS (1977), relembra que até este período praticamente não havia alternativas ao leite materno e poucas crianças podiam sobreviver se não fossem amamentadas.

## **I. 2. Tendência histórica da prática da amamentação**

A partir dos anos 40, especialmente na Europa e nos Estados Unidos, começaram a ser observados decréscimos importantes na proporção de crianças amamentadas ao seio materno. Inquérito realizado neste último país, em 1956, analisando 250.000 nascimentos, mostrou que apenas 21% das crianças deixavam as

maternidades sendo amamentadas ao seio materno (MEYER, 1958). Confirma-se a tendência de decréscimo da amamentação ao serem comparados estes dados, com os resultados de outro inquérito realizado por BAIN em 1948 e também referido por MEYER. Em 1948, a proporção de bebês amamentados era 17% superior àquela de 1956. Após expressiva recuperação da amamentação (RYAN, 1991), verificada a partir dos primeiros anos da década de 70, foi identificada nova fase de declínio entre 1984 e 1989. A proporção de mães que iniciaram a amamentação reduziu-se, nesse período, em 13% e a proporção de crianças amamentadas até os seis meses de idade, em 24%. Em países desenvolvidos da Europa (HELSING, 1991), estimativas sobre prevalência e duração do aleitamento materno, a partir de dados do Inquérito Mundial de Fertilidade (WFS - World Fertility Survey), realizado em meados dos anos 70, mostram que, do total de crianças com dois meses de idade, apenas 10% na Holanda e 15% no Reino Unido continuavam sendo amamentadas (HELSING, 1991). A duração média do aleitamento materno total, na Finlândia, era de 2,3 meses em 1962, tendo diminuído para 1,7 meses em 1971 (VERKASALO, 1980). VAHLQUIST (1975) revisando vários estudos em países europeus, desde os anos 20 deste século, mostra que é possível observar, a partir dos anos 40, proporções baixas de crianças amamentadas no primeiro mês de vida, notadamente em países da Europa Ocidental. Nos países do Leste Europeu (KERPEL, 1969 apud VAHLQUIST, 1975) este processo ocorreu de forma mais lenta. Em Budapeste, no ano de 1969, 40% das crianças com 3 meses de idade ainda eram amamentadas exclusivamente com leite materno.

GREINER (1977) afirma que seria correto admitir que o observado nos anos anteriores à década de 70, especialmente em sociedades menos desenvolvidas, foi o aumento da alimentação artificial, ao invés do declínio da amamentação. Este autor sustenta esta afirmação alegando que as mães, até este período, continuavam praticando aleitamento materno, porém, com introdução de leites complementares ao materno, cada vez mais precocemente.

A análise de tendência dos indicadores de aleitamento materno, em países do Terceiro Mundo, nos períodos anteriores aos anos 70, enfrenta dificuldades em virtude de carência de informações ou de problemas metodológicos observados em pesquisas de grupos populacionais específicos (GREINER, 1977; NOTZON, 1984). São poucos os países não industrializados que possuem (NOTZON, 1984), para períodos anteriores a 1976, inquéritos nacionais, com amostra probabilística de toda a população. Muitas das pesquisas realizadas até então, apresentavam processos amostrais não comparáveis entre si e muitas das vezes com abordagem de subgrupos específicos da população.

A partir dos anos 70 (WHO, 1982; Notzon, 1984; MCCANN et al, 1987 apud GARCIA-RODRIGUES e SHAEFER, 1991), com a realização do Inquérito Mundial de Fertilidade (WFS), e o estudo colaborativo da Organização Mundial da Saúde (1981) foi possível analisar informações sobre os padrões de aleitamento materno em vários países. Constatou-se que as baixas prevalências de amamentação, tanto na alta hospitalar, quanto nos primeiros meses de vida, verificadas nos países industrializados, contrastam com aquelas observadas em regiões menos desenvolvidas do globo. Nenhum país do continente africano, da América Latina, Caribe, Sudeste Asiático ou do Oriente Médio, apresentou prevalência de aleitamento materno, logo após o nascimento, inferior a 74%. Esta prevalência (NOTZON, 1984) foi superior a 80% em 14 dos 18 países analisados. Se de um lado a iniciação à amamentação, segundo esses autores, ainda é relativamente alta nestas regiões, a tendência à alimentação artificial de lactentes, neste período, segue o mesmo caminho percorrido pelos países ricos, ainda que em patamares de prevalências mais altos.

As informações do WFS realizados nos anos 70 e, referentes a vários países do Terceiro Mundo (MCCANN et al, 1987 apud GARCIA-RODRIGUES & SHAEFER, 1991) já mostravam medianas abaixo de seis meses de vida: Malásia 2,6 meses; Costa Rica 1,8 meses; Panamá 3,7 meses e Venezuela 3,0 meses. Nos países da África e Sudeste Asiático foram observadas as medianas mais altas: Quênia 15,9 meses; Lesoto 20,5 meses e Bangladesh 30,7 meses. Alguns países da América Latina e do Caribe possuíam

valores intermediários de medianas (México 6,7 meses, República Dominicana 7,2 meses, Colombia 6,8 meses e Jamaica 6,0 meses).

Revisão de estudos internacionais, em 7 países em desenvolvimento, com análise de tendência no tempo das práticas de amamentação, em períodos anteriores aos anos 80, foi realizada por NOTZON (1984), a partir de inquéritos populacionais com amostras probabilísticas da população. Este autor observou que em Taiwan, a proporção de crianças que foram amamentadas, independentemente da duração desta prática, decresceu de 93% em 1967 para 50% em 1980. Declínio rápido e contínuo ocorreu, também, em relação à duração do aleitamento materno entre crianças para as quais a amamentação foi iniciada. Em 1967 a duração média foi de 14,4 meses, passando para 8,8 meses em 1980. A mesma experiência de redução da duração da amamentação foi observada na Tailândia, tanto para população rural quanto urbana. Neste país houve uma redução média de cerca de 5 meses entre 1969 e 1979. Análise dos dados do NDS (National Demographic Survey) das Filipinas (POPKIN et al, 1989, GUILKEY et al, 1990) mostrou redução (6%) da proporção de crianças amamentadas, porém manutenção da duração do aleitamento materno, em torno de 6 meses, entre os anos de 1973 e 1983.

Não são disponíveis no Brasil informações de abrangência nacional para o período anterior aos anos 80. Monteiro e colaboradores, referindo-se a inquéritos realizados, na grande São Paulo, Recife, Rio de Janeiro e Salvador, todos concluídos na década de 70 (MONTEIRO et al, 1988), apontam para uma tendência ao desmame precoce. Nestas cidades a duração do aleitamento materno total não diferia daquela observada, por este autor, na cidade de São Paulo, onde 45 % das crianças já estavam desmamadas aos 4 meses de idade. Estudo prospectivo, também realizado em São Paulo, entre 1973 e 1974 (SIGULEN et al, 1980), com população de baixa renda, observou que era de apenas 28 dias a mediana de duração do aleitamento materno total.

As informações do "Demographic Health Survey"-DHS (PEREZ-ESCAMILLA, 1993), entre 1986 a 1989, permitiram analisar a duração e qualidade da amamentação,

referentes a 9 países da América Latina. A duração média do aleitamento materno total (AMT) variava de 9,2 meses no Brasil a 20,2 meses na Guatemala. No Brasil era de 6,6 meses a mediana de duração do AMT, país que apresentou também, a menor proporção (3%) de crianças, com 4 meses de idade, sendo exclusivamente alimentadas com leite materno, contrastando com a Bolívia, que apresentava 55% de seus lactentes nesta situação. Entretanto, como assinalaram BARROS e VICTORA (1990), em análise dos dados do mesmo inquérito, as informações referentes a introdução de alimentos na dieta das crianças, foram obtidas apenas para aquelas que continuavam em amamentação. Estes autores observaram, a partir desses dados, que a duração do aleitamento materno total, entre as crianças brasileiras, apresentava-se com mediana de 90 dias.

Os resultados brasileiros, obtidos através das análises do DHS, diferem daqueles observados na Pesquisa Nacional de Saúde e Nutrição (LEÃO et al, 1989) realizada pelo Instituto Nacional de Alimentação e Nutrição (INAN) em convênio com a Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (FIBGE). Neste estudo as medianas, em 1989, de aleitamento materno total era de 4,8 meses e a de aleitamento materno exclusivo de 2,4 meses. É possível que, pelo menos, parte destas diferenças seja explicável pelo uso de diferentes metodologias, especialmente, aquelas utilizadas nos processos amostrais, no estabelecimento dos limites de idades das crianças selecionadas para o inquérito recordatório do tempo de amamentação e também, nas definições das categorias de aleitamento materno. Vários outros estudos (REA, 1988; LEÃO et al, 1989, MONTEIRO et al, 1987) em áreas e populações específicas, apontam para elevação das prevalências e da duração da amamentação, neste mesmo período analisado.

A prática de amamentação, observada pelos estudos realizados nas últimas décadas, apresenta-se com grandes variações de um país para outro, entre áreas do mesmo país e entre classes sociais diferentes (HELSING, 1991). Observa-se, especialmente nos países em desenvolvimento, prevalência e duração maior do aleitamento materno em populações rurais e entre mulheres de nível de escolaridade

mais baixo. Entretanto, as áreas urbanas mais desenvolvidas dos países do Terceiro Mundo tendem, especialmente nas últimas décadas, a apresentar perfil de amamentação semelhante àquele de países ricos da Europa e América do Norte (MONTEIRO & REA, 1988; BARROS et al 1986). Tanto nestas regiões, quanto nas grandes cidades dos países pobres, mulheres de mais alta escolaridade, profissionais e, conseqüentemente, com maior acesso à informação, apresentam prevalência mais alta e duração mais prolongada da amamentação (STAHLBERG, 1985; HELSING et al, 1985; KOCTURK & ZETTERSTROM 1989).

### **I. 3. Razões para o declínio da amamentação**

As transformações estruturais profundas, que ocorreram no último século (LAWRENCE, 1989; JELLIFFE&JELLIFFE, 1971), na organização social, nas características demográficas, no desenvolvimento tecnológico e nos padrões culturais e de assistência à saúde, tiveram, em praticamente todas as regiões do planeta, repercussões dramáticas nas formas de alimentação dos lactentes. Segundo JELLIFFE (1968) a razão mais importante para o declínio da amamentação não está relacionada às precárias condições de nutrição e saúde maternas, mas sim, às influências sobre esta prática, das condições sociais, econômicas, culturais e psicológicas. Como consequência, a substituição da amamentação por modos não naturais de alimentar os lactentes, observado em maior ou menor grau, em diferentes países, tem sido associada a uma cadeia de causação que abrange todos aqueles determinantes macro-estruturais.

Concomitantemente a essas abordagens de caráter histórico-sociológico, outros estudos têm sido desenvolvidos. Eles constituem-se, na sua maioria, de investigações epidemiológicas que buscam entender as condições relacionadas ao desmame, a partir da caracterização de fatores causais ou de risco, tanto os de ordem individual quanto aqueles associados a subgrupos específicos da população. Muitas vezes estes estudos

referem (WILSON, 1981) estas condições como decorrentes de níveis superiores de determinação .

Como exemplo, entre aqueles que apresentam razões de ordem mais geral para as mudanças históricas do aleitamento materno, está o trabalho de BADER (1976). Este autor enfatiza, notadamente em países em desenvolvimento, aquelas causas que considera as mais comuns para o declínio da amamentação. A idéia de tratar-se de prática fora de moda, a ponto de ser a mamadeira símbolo de status, é uma delas. Outra é o estresse da modernização, considerada consequência da urbanização rápida das populações. BADER lembra, também, as mudanças nas atitudes sociais relativas ao corpo feminino. Refere-se ao conceito de conveniência na adoção de meios artificiais de alimentação de lactentes, condição que poderia liberar a mulher para outras tarefas ou aspirações sociais.

Do mesmo modo que outros autores (PELTO, 1981, JELLIFFE & JELLIFFE 1971, GREINER, 1977) chama ainda a atenção para a importância da assistência à saúde, bem como o papel de seus profissionais, tanto como vítimas de influências dos modelos assistenciais, ditos modernos e oriundos dos países centrais quanto também, como promotores do desmame através de aconselhamentos médicos influenciados pelo marketing das indústrias de alimentos.

As políticas nacionais de nutrição (REA, 1990; MARCHIONE, 1990), cuja principal atividade, nas décadas passadas, era a distribuição de leites industrializados para lactentes de famílias de baixa renda, também serviram de instrumento de promoção da alimentação artificial.

As práticas de comercialização dos assim chamados substitutos do leite materno, ora massivas, através de todos os recursos da mídia, ou específica e agressivamente dirigidas às mães e aos profissionais de saúde ( JELLIFFE, 1971; GREINER, 1977; GOLDENBERG, 1989; REA, 1990), tornaram, em decorrência do prejuízo que trouxeram

para a saúde e sobrevivência infantil, objeto de muitos estudos, denúncias e formulação de políticas de controle. Revisão histórica realizada no Brasil, por PAULETTE GOLDENBERG (1989), a respeito da propaganda de "substitutos do leite materno", mostra que os primeiros anúncios nos meios de comunicação remontam ao início do século (propaganda de leite condensado em "A Cigarra" em 1916) e utilizam imagem de bebê robusto e mamadeira, que passarão mais tarde a serem insistentemente veiculados nas propagandas de leites industrializados. Como a produção destes alimentos surgiu em decorrência do desenvolvimento científico e tecnológico, nada mais natural que sua legitimação e promoção se dessem a partir do trabalho médico assistencial, reconhecidamente um resultado do progresso desta mesma ciência e tecnologia. Sabe-se que muitas mulheres escolhem a maneira de alimentar seus bebês influenciadas pelos conhecimentos e atitudes dos profissionais de saúde (HOWARD et al, 1993). O envolvimento dos mesmos com as práticas de marketing de leite formulados acabam, ainda que involuntariamente, por desencorajar a amamentação.

No Brasil (GOLDENBERG, 1989), assim como em praticamente todos os países do mundo (MULLER, 1974; BADER, 1976), que significavam mercados promissores de consumo, profissionais de saúde, especialmente os pediatras, passaram a ser submetidos a processos de cooptação para prescrição e promoção do uso de alimentos industrializados na alimentação infantil. JELLIFFE<sup>1</sup> afirmou acreditar que os profissionais de saúde, incluídos entre eles os pediatras, não entendem a efetividade do que ele chamou de "endosso por associação" ou "manipulação por ajuda". Segundo este autor, estas técnicas são ampla e efetivamente usadas pelas indústrias de alimentos infantis, com grandes resultados econômicos. A tática destas empresas consiste (RÉA, 1990) na promoção de seus produtos através de associações profissionais, instituições de saúde e dos profissionais de saúde. Utilizam como recurso, de propaganda e promoção, entre muitos outros, o financiamento de congressos, cursos de atualização e reuniões

---

<sup>1</sup> Referido em: " Los trabajadores de la salud hablan sobre los peligros de la promoción industrial" - Resumo preparado por: Action for Corporate Accountability/IBFAN Minneapolis, 1989.

científicas, o apoio para publicação de revistas, fornecimento de equipamentos e mesmo brindes e presentes aos profissionais de saúde. É de se supor que as entidades profissionais e os profissionais de saúde sintam-se muito agradecidos.

O sucesso da prática referida acima, segundo MULLER (1974), pode ser observado através da diminuição progressiva da frequência e duração da amamentação, nos locais onde crescia a produção e consumo dos leites formulados. Segundo JELLIFFE (1971), no seu trabalho intitulado "Commerciogênic malnutrition", o desenvolvimento da ciência da nutrição e seus consequentes produtos trouxeram benefícios inquestionáveis à saúde e bem estar de muitas crianças que não podem ser amamentadas. Entretanto, a opressiva promoção destes produtos dá-lhes uma qualidade mística, tornando-os altamente desejáveis, mesmo entre mães de sociedades onde a amamentação é culturalmente sustentada e vital para a sobrevivência infantil.

Ainda com referência às explicações de ordem estrutural para o declínio da amamentação, outros pesquisadores buscam nas relações sociais, nas mudanças do papel da mulher e na força do mercado, especialmente em sociedades capitalistas, uma compreensão mais integrada dos mecanismos que levaram às grandes transformações da amamentação neste século. WILSON (1981), em crítica aos estudos que, de forma predominantemente descritiva ao invés de analítica, relacionam o rápido aumento do uso de fórmulas infantis aos processos de urbanização, inserção da mulher na força de trabalho, falta de orientação ou modernização, afirma que as conclusões destas investigações levam facilmente à "culpabilização das vítimas pela escolha equivocada que fizeram". Sua análise coloca a questão da alimentação artificial, no mesmo contexto da produção e comercialização de qualquer produto industrial, marcadamente desenvolvido pela ciência e tecnologia de uma sociedade patriarcal e capitalista. Segundo este autor, a ciência médica, que não escapa desta tipificação, levou as mulheres a perderem aquilo que lhes era tradicionalmente atribuído como responsabilidade: auto-cuidado, o cuidado com a saúde dos outros e até mesmo o poder de cura. Em outras palavras tirou-lhes autonomia e poder. Como consequência, a saúde

das mulheres e crianças e também o leite materno, passaram a ser condições e produto a serem tratados e manipulados pela ciência e tecnologia disponíveis.

PELTO (1981), a partir de uma perspectiva antropológica, reafirma que muitas sociedades tendem a valorizar atividades, qualidades e produtos masculinos, mais do que aqueles tipicamente femininos, enfatizando entre estes últimos, os cuidados com as crianças e sua alimentação. Segundo esta autora, não é de se estranhar que o aleitamento materno fosse, neste contexto, progressiva e facilmente substituído.

Talvez por necessidade de entender os processos que permitem intervenção mais rápidas e de impacto mensurável, em curto e médio prazos, tornaram-se frequentes os estudos epidemiológicos que buscam, principalmente, entre mães e profissionais de saúde (WINIKOFF & LAUKARAN, 1989), as razões mais imediatas, para a diminuição da duração ou o abandono da amamentação. A diferença entre os resultados deste tipo de estudos e aqueles macro-estruturais é a busca dos determinantes do declínio da prática da amamentação, a partir da consolidação de características individuais, quer sejam elas sociais, demográficas, biológicas, sanitárias ou ainda, reflexo das expectativas, ansiedades e presença ou não de apoio social.

É possível através destas investigações observar algumas tendências consideradas universais. Assim, mulheres de escolaridade e nível social mais altos (RODRIGUES-GARCIA & SCHEFER, 1991; HELSING & SAADEH, 1991), vivendo em áreas urbanas de grandes cidades dos países desenvolvidos, foram as pioneiras do uso da mamadeira na alimentação de lactentes; certamente as primeiras vítimas da medicalização dos cuidados à saúde e das práticas anti-éticas de promoção dos leites formulados. Neste processo e por algum tempo, as mulheres pobres, com baixo acesso a qualquer dos bens de consumo da sociedade moderna, estiveram protegidas destas influências. Em poucas décadas (KOKTURK & ZETTERSTROM, 1989) o acesso à informação, aliado à tendência de retorno a estilos de vida mais naturais, inverteu esta relação. Mais recentemente tem sido demonstrado (BARROS et al, 1986) que o desmame

precoce penaliza mais as mulheres e lactentes, cujos recursos familiares não permitem nutrição adequada na ausência do leite materno.

Estudos epidemiológicos realizados em diferentes partes do mundo (GUSSLER & BREISEMEISTER, 1980; FORMAN, 1984; FORMAN, 1992, PEREZ-ESCAMILLA et al, 1993, PEREZ-ESCAMILLA et al, 1992), inclusive no Brasil (REA & CUKIER, 1988, MARTINS 1976; MOURA, 1994) , mostram que as mulheres alegam motivos semelhantes para complementação do leite materno, ou mesmo para o desmame precoce. Assim, referência a "leite insuficiente", "leite fraco", "recusa do bebê", "doença da mãe" ou ainda "doença do bebê", aparecem como razões muito frequentes, quase universais. Do mesmo modo que a possibilidade de "leite insuficiente" (KOKTURK, 1988) aparece como uma das importantes desvantagens do leite materno entre mulheres pobres residentes em Stambul na Turquia.

São também comuns os estudos (GIULIANI et al, 1992; KYENKIA-ISABIRYE & MAGALHÃES, 1990; MATICH, 1992), que relacionam dificuldades na amamentação decorrentes de falta de suporte social e apoio familiar à mãe que amamenta. Muitas vezes, a ausência de apoio é referida não só, como resultado das mudanças nas características do núcleo familiar, menor nos dias atuais, mas também, uma consequência dos padrões modernos de atendimento ao parto (SOSA, 1980; HELSING, 1990; HOFMEYER, 1991), cujo aparato tecnológico, normas e procedimentos assistenciais, permitem apenas a participação medicalizada e portanto, cientificamente legitimada, dos profissionais de saúde.

Neste contexto, investigações mais contemporâneas, têm associado o insucesso da lactação também às intervenções médicas inadequadas ou dispensáveis (PALMER et al, 1979; LIE & JUUL, 1988; KROEGER, 1993), que se caracterizam pelo uso indiscriminado de medicamentos, como os anestésicos, analgésicos e hormônios indutores do trabalho de parto. Do mesmo modo, muitos especialistas (WHO/PAHO, 1985) questionam os benefícios da episiotomia, tricotomia pubiana, enemas e ruptura

artificial de membranas, como procedimentos de rotina, portanto, sem indicação específica, na assistência ao parto. Estas intervenções constituem práticas não humanizadas de assistência (WINIKOFF et al, 1986) que acabam por separar o bebê de sua mãe, retardando desnecessariamente o primeiro contato entre eles e, conseqüentemente, o momento da primeira mamada. Também surgem, como aliadas das atitudes desencorajadoras da amamentação, a prescrição de suplementos ao leite materno e o despreparo dos profissionais de saúde para resolver os problemas mais frequentes na prática da amamentação.

O conjunto de investigações, reflexões e experiências de intervenção, disponíveis hoje traçam um quadro no qual estão integradas todas as condições, tanto as macro-estruturais, quanto aquelas individuais ou de grupos específicos da população, que explicam a quebra da hegemonia do aleitamento materno. Este conhecimento coloca a necessidade de se repensar a amamentação, também, como (VAN ESTERICK, 1994) "um ato holístico e intimamente ligado a todos os domínios da vida - sexualidade, alimentação, emoção, aparência, repouso, relações familiares" . Apontam ainda, para a definição de estratégias políticas e ações específicas que, quando adotadas (REA, 1990; BURKHALTER & MARIN, 1991), já provaram resultar em impacto positivo para a retomada desta prática natural e saudável.

#### **I. 4. Repercussões do desmame precoce:**

Pode-se dizer que a década de 70 presenciou uma verdadeira revolução na compreensão dos profissionais de saúde a respeito da especificidade do leite materno e da importância da amamentação para a saúde dos bebês e de suas mães. O conhecimento da ação anti-infecciosa dos leite materno (MATA & WYATT, 1971) e portanto sua relação com a sobrevivência de milhões de crianças em populações marginalizadas dos países periféricos, além de seus efeitos anti-alérgicos e nutricionais, beneficiando inclusive crianças social e economicamente mais privilegiadas (SAVAGE,

1990), convenceu os profissionais de saúde e a comunidade científica, da inquestionável superioridade do leite materno.

O período que vai dos anos 60 ao início dos 80 concentra grande parte da produção de conhecimento que dará suporte, nos anos subsequentes, aos formuladores de políticas públicas e aos profissionais de saúde que, preocupados com o observado declínio do aleitamento materno, iniciaram seus esforços em busca da recuperação desta prática.

A produção científica deste período refere-se tanto às características específicas do leite materno e fisiologia da amamentação, quanto aos estudos clínicos e epidemiológicos que caracterizam os padrões de alimentação dos lactentes. Analisam também determinantes destes padrões, ocorrência de doenças, características da mortalidade na infância e condições associadas ao desmame e à introdução precoce de alimentos na dieta dos bebês

Surgem, assim, estudos hoje clássicos, que comprovaram a importância do leite materno na prevenção e controle de processos infecciosos (GYORGY, 1971; PIERSE et al, 1988), na prevenção da desnutrição (JELLIFFE, 1968; MATA & WYATT, 1971) e na redução dos riscos de morbidade e mortalidade (SAARINEN, 1982; JASON et al, 1984; HABICHT et al, 1986). Estudo longitudinal realizado entre 1983 e 1984 nas Filipinas (POPKIN et al, 1990) observou riscos relativos crescentes de diarreia, entre crianças com 2 meses de idade, a partir da interrupção do aleitamento materno exclusivo. Com a introdução de alimentos não nutritivos o risco foi de 3, subindo para 13 com suplementação do leite materno com alimentos nutritivos e para 17 com a interrupção da amamentação. FEACHEM & KOBLINSK (1984) estimaram em 8 a 20% a redução de incidência de diarreia aguda associada à prática da amamentação. Este mesmo autor e outros pesquisadores (MARTINES et al, 1993) consideraram estas estimativas conservadoras, frente aos estudos epidemiológicos dos anos subsequentes.

Neste período, também, começam a aparecer as primeiras investigações relacionando os benefícios da amamentação para as mulheres. São relatadas incidências menores de câncer de mama (MCTIERNAN & THOMAS, 1986; YUAN et al, 1988) e de ovário (HARTGE et al, 1989), entre aquelas que amamentaram seus filhos, especialmente no grupo de mulheres ainda em idades anteriores ao climatério. No trabalho de revisão sobre aleitamento materno (JELLIFFE et al, 1971), apresentado no simpósio "The Uniqueness of Human Milk", são destacados, também como benefício às mães e às crianças, o maior espaçamento entre as gestações observado entre as mulheres que amamentam, além das vantagens psicológicas resultantes da maior interação entre mães e filhos propiciada pela amamentação. Outros autores (HUFFMAN, S. 1984; SHORT, R., 1991), mais recentemente, têm enfatizado a importância da amamentação natural, obtida através de manutenção do aleitamento materno exclusivo, mesmo entre mulheres (SHORT, R., 1992) socialmente mais favorecidas.

No Brasil, notadamente na década de 80 (GOLDBERG et al, 1984; FREITAS et al, 1987; VICTORA et al, 1989) e semelhantemente a outros países, vários estudos epidemiológicos têm observado relações de associação entre padrões de alimentação de lactentes e perfis de morbi-mortalidade neste grupo. Investigação realizada em Pelotas no RS (VICTORA et al, 1987), analisando todos os óbitos de criança menores de 1 ano e seus respectivos controles na população, verificou que os riscos de morte por diarreia e infecção respiratória aguda foram superiores, 16,3 e 3,5 vezes respectivamente, entre as crianças desmamadas, quando comparadas com aquelas alimentadas exclusivamente ao seio materno. Do mesmo modo, estudos sobre a morbidade na população infantil têm documentado o efeito protetor do aleitamento materno, especialmente quando se considera a prevalência e número de episódios de diarreia, otite média e infecção respiratória aguda. Foi observada, em população de uma pequena cidade do interior de São Paulo (BARROS FILHO et al, 1985), relação inversa entre ocorrência de otite média e duração da amamentação. A incidência variou de 51,9%

entre crianças amamentadas até 2 meses, para 28,8% entre aquelas que foram amamentadas até 6 meses de idade.

A compreensão, que os estudos científicos trouxeram, a respeito do impacto negativo da adoção de práticas não naturais de alimentação dos lactentes, reforçam nos anos 80 a reação (IBFAN & CEFEMINA, 1989), já iniciada na década de 70, dos organismos internacionais, grupos organizados de mulheres e de associações profissionais. Como consequência são propostas recomendações a respeito de métodos de alimentação do lactente (OMS-UNICEF, 1980) e legislação internacional (WHO-UNICEF, 1981) contida no "Código Internacional de Controle do Marketing de Alimentos Substitutos do Leite Materno". Surgem ainda, a partir dos anos 80, as recomendações (WHO/UNICEF, 1989) aos profissionais de saúde, sobre orientações e cuidados específicos durante o pré-natal, o parto, e durante os cuidados às puérperas e às crianças pequenas.

Estas iniciativas culminaram com os programas nacionais de incentivo ao aleitamento materno, dos quais o brasileiro: Programa Nacional de Incentivo ao Aleitamento Materno, PNIAM (BRASIL, 1981), tem sido considerado como daqueles de maior êxito (RÉA, 1990; PALMER, 1991). Seu impacto, segundo alguns autores transcende o observado aumento da duração da amamentação, já referido, entre as mulheres brasileiras.

Estima-se (MONTEIRO et al, 1987) que, entre 1981 e 1987, o coeficiente de mortalidade por diarreia entre crianças menores de 2 meses, na cidade de São Paulo, teve redução de 50% consequente ao efeito do PNIAM (BRASIL, 1981) nos hábitos de amamentar. Calcula-se, neste mesmo período, que houve decréscimo de 25% no coeficiente de mortalidade infantil associado ao aumento da frequência e duração do aleitamento materno.

Ao PNIAM somaram-se outras medidas de políticas públicas que certamente ampliaram seu alcance. A Constituição Brasileira (BRASIL, 1988) promulgada em 1988, estendeu a licença maternidade de 3 para 4 meses e instituiu a licença paternidade de 5 dias. Em 1989 o Ministério da Saúde, sob coordenação do Instituto Nacional de Alimentação e Nutrição (INAN) publicou as normas nacionais de comercialização de alimentos para lactentes (BRASIL, 1989), resultado de trabalho de um comitê formado por representantes de diversas instituições da sociedade civil. Devendo-se, neste trabalho, destacar as participações de representantes brasileiros do IBFAN (International Breastfeeding Action Network), da Sociedade Brasileira de Pediatria, da Associação Brasileira dos Profissionais de Propaganda, da Associação das Indústrias de Alimentos (ABIA) e do Ministério da Agricultura.

Os anos da década de 90 começam estimulados, tanto pelos avanços alcançados pelas políticas de promoção do aleitamento materno das décadas passadas quanto pela multiplicidade de estudos populacionais, que mostraram o leite materno como insubstituível na alimentação dos lactentes. São investigações que apontam não só as vantagens da amamentação para a saúde dos bebês e de suas mães, mas também os benefícios sociais e econômicos, compartilhados por toda a sociedade.

O sucesso alcançado, entretanto, é ainda considerado insuficiente. Esta constatação mostra a necessidade de abordagens mais efetivas, não apenas para estender a duração da amamentação até pelo menos 1 ano de vida, mas sobretudo, para melhorar sua qualidade, beneficiando as crianças com aleitamento materno exclusivo até o seu 6º mes de idade.

A Organização Mundial de Saúde e o Fundo das Nações Unidas para a Infância (WHO/UNICEF, 1989), elaboram declaração conjunta sobre o papel especial dos serviços materno-infantis, e as conseqüentes recomendações sobre "Os Dez Passos Para o Sucesso do Aleitamento Materno". Ela deu origem à proposição pelo UNICEF do prêmio, "Hospital Amigo da Criança" cujo objetivo é agradecer as instituições que, ao

cumprir aquelas recomendações, também oferecem às mães e seus recém nascidos assistência humanizada e de boa qualidade.

Em julho de 1990, representantes de países e organizações internacionais (WHO/UNICEF, 1991), reunidos na cidade de Innocenti, em Florença, na Itália, avançam ainda mais nas proposições consideradas necessárias à promoção e proteção da amamentação. É a "Declaração de Innocenti" recomendando que toda mulher deve ser capacitada a praticar aleitamento materno exclusivo. Toda criança deve ser alimentada exclusivamente com leite materno a partir do nascimento até o 4º ou 6º mês de vida. Estabelece ainda, que a partir desta idade as crianças devem continuar sendo amamentadas até dois ou mais anos, recebendo então, alimentos complementares apropriados e adequados. Enfatiza, em fim, que este "ideal de alimentação infantil deve ser conseguido criando-se um ambiente apropriado de atenção e suporte de tal forma que cada mulher possa amamentar à sua maneira".

Todas as iniciativas mencionadas dão respaldo às novas abordagens de proteção e promoção da amamentação surgidas nos últimos anos. Desta forma, ao lado da divulgação dos conhecimentos a respeito de leite materno às mães, aos profissionais de saúde e à comunidade, busca-se desenvolver nos serviços saúde um modo de assistência que, ao lado de não interferir negativamente nos processos naturais do estabelecimento da amamentação, pode também, garantir condições para o seu sucesso. Neste sentido deve ser buscado o atendimento aos "Dez Passos" (WHO/UNICEF, 1989), ao mesmo tempo em que se garanta, especialmente no caso do Brasil, o cumprimento da legislação referente à licença maternidade e paternidade (BRASIL, 1988), das normas de comercialização de alimentos infantis (BRASIL, 1989), além do atendimento às recomendações nacionais sobre a adequada assistência ao pré-natal e acompanhamento dos lactentes nos serviços de saúde.

Apesar de todo o progresso alcançado na promoção da amamentação, ainda constitui preocupação a formação dos novos profissionais de saúde que, a cada ano,

ingressam no mercado de trabalho. Estudo recente (MORA & SUAREZ-OJEDA, 1994) sobre o ensino do aleitamento materno em escolas profissionais de ciências da saúde em seis países da América Latina revela que existe uma distância importante entre a teoria ensinada e a prática realizada em aleitamento materno. Foram observadas nesta investigação deficiências tanto quantitativas quanto qualitativas na formação do aluno de graduação em medicina, enfermagem e nutrição. Concluiu-se que a carga horária docente dedicada ao tema era insuficiente, com conseqüente superficialidade na abordagem e mesmo ausência de conteúdos importantes para a capacitação do profissional no manejo da amamentação e solução dos problemas mais frequentes apresentados pelas mães.

Por último deve ser ainda abordada a necessidade de mecanismos de acompanhamento e avaliação de todas as iniciativas e políticas anteriormente mencionadas. A avaliação do custo-efetividade de ações de promoção da amamentação através de hospitais (SANGHVI, 1996), que constitui a base da qual se extrairam as informações analisadas nesta tese, representa o esforço de vários pesquisadores, no sentido de prover conhecimentos sustentados cientificamente, para a formulação de políticas de assistência e proteção aos lactentes de forma a lhes garantir um início de vida saudável.

## **II. OBJETIVOS**

### **II. 1. Objetivo Geral:**

Analisar o impacto da assistência à mãe e à criança, na duração do Aleitamento Materno Total (AMT) em coorte selecionada na população assistida em dois hospitais da cidade de Santos, São Paulo.

### **II. 2. Objetivos Específicos:**

- Descrever as características demográficas, sociais, biológicas e de consumo de serviços de saúde, de mães e crianças usuárias de 2 hospitais vinculados ao Sistema Único de Saúde (SUS), da cidade de Santos.
- Descrever as atividades hospitalares de assistência ao parto e ao recém-nascido;
- Comparar o efeito das atividades de assistência dos dois hospitais, sobre a duração do aleitamento materno total (AMT) da coorte selecionada;
- Identificar indicadores de riscos de desmame precoce.

### **III. METODOLOGIA**

Este trabalho é parte de um estudo multicêntrico desenhado para atender às necessidades de análise do custo efetividade de ações intra-hospitalares e promoção do aleitamento materno. Nele foram incluídos hospitais públicos, universitários e não universitários do México, Honduras e Brasil. Para representar o nosso país foi escolhida a cidade de Santos em São Paulo, por ser o município sede da experiência hospitalar (HGA) que desenvolveu, nas últimas décadas, tecnologias assistenciais mais completas e duradouras na proteção e promoção da amamentação. No HGA também está situado o Centro de Lactação de Santos, hoje referência nacional e internacional para programa de incentivo ao aleitamento materno.

#### **III. 1. Desenho do estudo:**

Foi realizado estudo prospectivo, para analisar o impacto de atividades intra-hospitalares de promoção e proteção ao aleitamento materno, sobre os padrões e qualidade da amamentação de crianças até o terceiro mês de vida, com seleção de coorte de crianças ao nascimento, em dois hospitais de Santos. Um público (HGA), que abriga a Escola de Medicina de Santos e o Centro de Lactação de Santos e o outro,

conveniada com o SUS e selecionado para efeito de comparação (HC). A seleção destes hospitais foi, portanto, intencional. O HGA foi escolhido, como já foi dito, em função de seu reconhecido trabalho na promoção da amamentação (FIEDLER, 1995; TERUYA, 1994), através das atividades de pré-natal, do ambulatório de lactação e, principalmente, por prover assistência ao parto e ao recém-nascido estruturadas de tal forma que atende aos padrões e às recomendações nacionais e internacionais das organizações de saúde. O outro hospital, denominado comparação (HC), foi escolhido, por estar situado nas proximidades do primeiro, atender ao mesmo tipo de população de gestante SUS dependente e, principalmente, por não possuir qualquer tipo de diretriz institucional ou rotina de incentivo, promoção e proteção à amamentação.

Com o objetivo de certificar-se que esta escolha forneceria amostra de gestantes, predominantemente não expostas às atividades sob avaliação, visitou-se este hospital, ocasião em que foram entrevistados os responsáveis pelos serviços de neonatologia (alojamento conjunto e berçários) e assistência ao parto. Nesta oportunidade, confirmou-se a condição institucional de não exposição das mulheres, que têm seus filhos neste hospital, às atividades de promoção da amamentação.

### **III. 2. População de referência:**

Todas as mães, residentes nos município de Santos, que deram à luz (nos dois hospitais escolhidos) recém-nascidos normais, com peso igual ou superior a 2.000 g, eram elegíveis para o estudo. Foram excluídas, entretanto, crianças filhas de mulheres que tiveram eclâmpsia, portadoras de HIV, com doença mental, surdez, anormalidades mamárias e que estavam fazendo uso de lítio, anti-tireoidianos e quimioterápicos. Não foram selecionadas crianças com doenças congênitas ou outras patologias que pudessem interferir na amamentação, bem como recém-nascidos (RN) que necessitaram de cuidados de terapia intensiva.

### III. 3. Tamanho da Amostra:

Calculou-se que uma amostra de 320 crianças (160 em cada hospital), ao final do seguimento (QUADRO 1), seria adequada para, com proporção de 1:1 entre mães expostas e não expostas, com probabilidade de erro tipo I ( $\alpha$ ) de 0,05 e poder de teste ( $1 - \beta$ ) de 80 %, estimar diferenças de Risco Relativo de no mínimo 2 e diferenças ( $\delta$ ) entre os grupos de 15%, nas proporções de exposição aos fatores sob estudo. O quadro 1 ilustra as alternativas de tamanho de amostra avaliadas. Utilizou-se o programa STATCALC da versão 5.01 do EPIINFO (DEAN et al, 1992), para cálculo de amostra em estudos de coorte.

QUADRO 1: Alternativas de tamanho de amostra avaliadas para seleção de crianças nos dois hospitais

Amostra	$\alpha$	$1 - \beta$	$\delta$
<b>318*</b>	<b>0,025</b>	<b>0,80</b>	<b>0,15</b>
266	0,05	0,80	0,15
302	0,05	0,85	0,15
348	0,05	0,90	0,15
424	0,05	0,95	0,15

\* Alternativa escolhida como a mais adequada; ao final do seguimento, 159 crianças em cada hospital.

Para definir o número de mães a serem entrevistadas em cada hospital, estimou-se perda de 20% de seguimento ocorrendo entre o nascimento e a segunda visita, acrescida de perdas de questionários por deficiências de preenchimento. Com esta estimativa, pode ser determinado procedimento de seleção a partir dos prontuários hospitalares, para preenchimento de cota de 200 entrevistas às mães em cada hospital. O quadro 2 mostra o número de mães calculado como necessário e o efetivamente conseguido, nos diferentes momentos da observação.

QUADRO 2: Número de mães e crianças selecionadas, segundo hospital de nascimento - Santos, 1992 - 1993

	HGA		HC	
	Esperado	Selecionado	Esperado	Selecionado
Informações prontuário	250	284	210	238
Entrevista no hospital	200	237	200	207
1ª visita domiciliar	170	192	170	167
2ª visita domiciliar	160	180	160	161

Hospital de estudo (HGA) e hospital de comparação (HC).

#### III. 4. Instrumentos para coleta de informações:

As informações foram obtidas por meio de um roteiro para coleta de dados do prontuário médico e dois questionários, para entrevistas com a mãe (Anexo 4). Um deles para entrevista precedendo a alta hospitalar, um segundo para duas outras em domicílio, realizadas no primeiro e terceiro meses de vida da criança. Através do prontuário da mãe buscaram-se informações a respeito de antecedentes gestacionais; data e condições do parto; peso e condições vitais do recém-nascido; uso de medicamentos e intercorrências patológicas da mãe e do bebê, além do tipo de parto e características de alimentação do bebê.

Os questionários, para entrevistas com as mães, foram semi-estruturados, com poucas questões abertas e elaborados para abranger, entre outras, as atividades expressas nas recomendações dos "DEZ passos" (WHO/UNICEF, 1989). A finalização dos questionários deu-se a partir de consenso entre os coordenadores da investigação e os investigadores dos três países envolvidos no estudo, de modo a adequá-los às necessidades locais.

No instrumento de entrevista utilizado antes da alta, buscaram-se informações sobre os procedimentos da assistência ao parto, o apoio à amamentação e as orientações recebidas sobre aspectos gerais e técnicas de amamentação, bem como sobre o manejo dos problemas mais comuns observados durante a amamentação. As intenções maternas relativas à duração da amamentação e idades apropriadas de introdução de alimentos, também foram objeto de investigação nestas entrevistas. Buscaram-se ainda, informações sobre os antecedentes das práticas de amamentação, características da assistência pré-natal, condições sociais e características demográficas das mães.

Para as entrevistas de seguimento em domicílio elaborou-se questionário, cujo conteúdo privilegiava a situação da amamentação, prévia àquela visita, bem como o conhecimento de intercorrências na saúde materna, especialmente problemas mamários, doença da criança, exposição a informações sobre aleitamento materno após alta hospitalar, uso de anti-conceptivos, além de informações das condições sociais da mãe e de sua família. Também nestes questionários algumas questões abertas possibilitavam à mãe expressar suas opiniões sobre a amamentação. É importante salientar, que todas as condições de exposição e não exposição às atividades hospitalares de incentivo à amamentação, bem como os eventos ocorridos nos períodos anteriores às visitas, foram obtidas através da lembrança materna e, portanto, sujeitos às tendenciosidades próprias de falhas na recordação de experiências anteriores.

### **III. 5. Atividades de campo:**

As atividades de revisão dos registros hospitalares, para obtenção das informações e seleção dos participantes, bem como as entrevistas com mães no momento da alta, foram realizadas por três médicas recém graduadas. Estas entrevistadoras não estavam associadas profissionalmente a qualquer dos dois hospitais

e realizaram seu trabalho, em sistema de rodízio, nos dias úteis, fins de semana e feriados, no período compreendido entre junho de 1992 a março de 1993

As visitas domiciliares foram feitas por duas assistentes sociais, treinadas em técnicas de entrevistas pelas pesquisadoras e supervisionadas, semanalmente, durante toda a duração das atividades de campo, que se estenderam até junho de 1993. O treinamento procurou assegurar que as entrevistas fossem realizadas de modo a não introduzir viés na informação coletada. Por esta razão constituiu preocupação dos pesquisadores, não informar às entrevistadoras os objetivos do estudo relativos à comparação das atividades entre os dois hospitais. Este procedimento evitou que o conhecimento sobre o local de nascimento da criança, informado espontaneamente pela mãe, pudesse gerar tendenciosidade no registro das informações e conseqüentemente, na análise dos resultados.

Foi estabelecida rotina de supervisão, com duas visitas semanais nos primeiros 6 meses de coleta de dados e uma vez por semana, até o final desta atividade. A qualidade do preenchimento de todos os questionários era revista e aqueles com problemas eram retornados às entrevistadoras, nas reuniões semanais agendadas para discussão dos problemas. Eram realizadas reuniões específicas também, para as entrevistadoras das mães nos hospitais. Uma sub-amostra de 5% das mães foi revisitada e novamente entrevistada, pela supervisora de campo. Desta forma, foram confirmados os motivos de perdas de seguimento e assegurada a qualidade das entrevistas. Considerou-se como "perda de seguimento" as mães não localizadas, após 3 visitas subsequentes ao endereço indicado. Para checar a veracidade desta informação foram sorteadas entre aquelas não localizadas, outras seis mães revisitadas pela supervisora. Estes procedimentos não revelaram qualquer deslize ou descuido das entrevistadoras.

### III. 6. Registros dos dados:

As informações coletadas e revisadas pela supervisora, foram registrados em 3 bancos de dados preparados em EPI-INFO (DEAN, 1992) versão 5.1. Também foram padronizados procedimentos de análise de consistência dos dados. Após a digitação os registros foram todos unificados em arquivo SPSS (NORUSIS, 1992).

O banco de dados resultante, com estrutura de arquivo em SPSS, teve suas variáveis renomeadas e codificadas (0,1) exceto os valores ignorados, codificados (9999), as respostas "não sabe" (98) e "não responde"(99). O valor "zero" foi atribuído à categoria da variável independente que se entendia, a priori, como a condição de não exposição ao risco de desmame, constituindo-se, portanto, em categoria de referência. Variáveis novas foram criadas, para formar índices, agrupar aquelas correlacionadas e constituir idades e tempos relativos à amamentação e introdução de alimentos. Para os procedimentos de análises de sobrevivência (NORUSIS, 1992) foram criadas variáveis, com categorias de "censura" e "falha" (censura=0 e falha=1), específicas para cada condição de alimentação da criança, objeto de análise: Aleitamento Materno Exclusivo, Aleitamento Materno predominante e Aleitamento Materno Total.

Foram considerados para os procedimentos de análise apenas os registros das mães que tiveram, pelo menos, uma entrevista de seguimento domiciliar e, portanto, com possibilidade de apresentar condição de censura ou falha, quanto aos padrões de amamentação. Para conhecer a possibilidade de tendenciosidade introduzida por este procedimento de exclusão, foi feita a comparação entre as informações dos dois grupos de mães (QUADRO 4): aquelas que permaneceram no estudo, pelo menos até a primeira visita e aquelas que foram entrevistadas apenas por ocasião da alta hospitalar. O resultado desta comparação é descrito posteriormente.

### III.7. Definição dos padrões de alimentação infantil.

As definições sobre as características da amamentação utilizadas neste texto, são usuais nas publicações científicas mais recentes e encontram respaldo na proposta de padronização da Organização Mundial da Saúde, "Indicators for Assessing Breast-feeding Practices" (WHO/CDD, In: ICH-NU, 1991). O estabelecimento do perfil de amamentação das crianças deste estudo deu-se a partir da informação sobre sua alimentação nas 24 horas anteriores à entrevista.

- Aleitamento Materno Exclusivo (AMEX): **Leite materno como única fonte de alimentos.** Esta informação foi obtida através da informação da mãe que, nas últimas 24 horas, a criança não havia recebido qualquer alimento complementar, nem mesmo água e ou chá.

- Aleitamento Materno Predominante (AM-PRED) ou quase exclusivo: Crianças alimentadas ao seio e que, nas últimas 24 horas haviam recebido também outros alimentos, **exceto outro leite que não o materno.** Neste critério incluiu-se crianças que nas últimas 24 horas haviam recebido: água, chá, suco ou papa de frutas.

- Aleitamento Materno Misto (AMM): Crianças alimentadas com leite materno além de alimentos sólidos ou semi-sólidos **incluindo obrigatoriamente outros tipos de leite.** A mãe mencionou ingestão de algum tipo de leite além do materno nas últimas 24 horas.

- Aleitamento Materno Total (AMT): refere-se à amamentação, independentemente de **estar ou não sendo complementada.** A criança estava sendo amamentada nas últimas 24 horas.

- Alimentação artificial (AL-ART): a criança já havia sido **desmamada**

### III. 8. Metodologia de análise.

#### III. 8. 1. Análise descritiva:

A análise foi procedida em duas etapas. Uma primeira descritiva, com análise de frequência das variáveis categóricas e de tendência central e dispersão, para aquelas contínuas. Foram realizadas análises exploratórias com tabulações em dupla entrada, com: i) variáveis dependentes (de resultados) relativas às condições de amamentação (Amamenta, Sim ou Não) e de introdução de alimentos, especialmente, água, chá e leites (Introduziu, Sim ou Não); ii) variáveis de exposição (independentes) no pré-natal, na assistência ao parto e ao recém-nascido e no pós-natal.

Foram igualmente objeto de análise, nesta fase exploratória, todas as condições antecedentes da mãe, tanto biológicas, quanto sócio-demográficas. Esta fase foi acompanhada de estimativas de riscos relativos com seus respectivos intervalos de confiança (95% IC) e testes de  $X^2$  e t de student, pertinentes às análises exploratórias.

Dentro dos procedimentos descritivos também foram testadas correlações bivariadas com estatística de WALD (LEE, 1980; NORUSIS, 1992) entre as variáveis de exposição, em virtude de suspeita de não independência entre algumas delas (QUADRO 3). Variáveis, com correlação entre si superior a 40%, foram agrupadas em uma só variável, considerada descritora das anteriores. Por exemplo, ingurgitamento, rachadura, dor nos mamilos e mastite, deram origem à variável que descreve "problemas nas mamas que dificultaram a amamentação". Todas as variáveis novas criadas, foram testadas em análise bivariada e na sobrevivência de KAPLAN & MEIER, para que fosse conhecido seu poder de explicação do desmame, comparativamente àquelas que lhes deram origem. Foram mantidas as variáveis agrupadas, cuja eficiência nestes procedimentos, era igual ou superior à daquela das variáveis isoladas.

As condições de exposição, que modificavam as características da amamentação da coorte de crianças, foram também descritas com recursos de análise de sobrevivência, com objetivo de gerar gráficos e testes estatísticos para diferenças entre as curvas de exposição e não exposição. Nesta análise o evento "falha" é referido à idade em que ocorre o desmame ou, para as condições de Aleitamento materno exclusivo e misto, as idades de introdução dos alimentos correspondentes. São consideradas "censuradas" as informações de crianças que terminaram o estudo sendo amamentadas, ou, quando perdidas de seguimento, as informações de idade na última visita, se naquele momento ainda estivessem recebendo leite materno.

Utilizou-se modelo de análise de sobrevivência de KAPLAN&MEIER, (LEE, 1980; KLEINBAUM, 1993; NORUSIS, 1992) para identificação das condições de exposição que, cada uma à sua vez, implicavam em aumento ou redução do tempo de amamentação nos dois grupos de crianças estudadas. Diferentemente dos procedimentos de tábua de vida, o modelo univariado de KAPLAN & MEIER calcula as probabilidades dos eventos (falhas) a cada ponto da variável "tempo" analisada. Este procedimento analítico, importante para seleção dos fatores de exposição mais significativos, não permite entretanto, saber o impacto desta exposição sobre o aleitamento na sua condição natural, que é a simultaneidade de sua ocorrência e efeito. Portanto, para atender à necessidade de aproximação maior com a realidade, optou-se por prosseguir a análise com utilização de procedimentos multivariados.

QUADRO 3: Correlação bivariada entre variáveis independentes.

Variáveis	Valor de "r"***%	Valor de "r"***%
	HGA	HC
Tipo de Parto X Raque	61,69	74,08
Tipo de Parto X Tempo da 1ª Mamada	-	49,31
Tipo de Parto x Tempo do 1º contato mãe-bebê	54,46	48,97
Tipo de parto x Mamou na sala de Parto	77,75	-
Tempo do 1º contato x mamou na Sala de Parto	50,23	-
Tempo da 1ª mamada x Tempo do 1º contato mãe bebê	48,35	83,74
Raque X Mamou na Sala de Parto	54,34	-
Outro Medicamento (mãe) x Tipo de Parto	59,36	69,58
Outro Medicamento (mãe)x Raque	43,20	46,68
Mãe amamenta sozinha x Bebê tem Boa Pega	40,07	45,87
Qdo pensa introduzir outros líquidos x Outros Leites	43,24	-
Qdo pensa introduzir outros leite x Outros Alimentos	-	-
Qdo pensa introduzir outros Líquidos x Outros	-	42,83

\*\*\*r": coeficiente de correlação -

### III 8.2. Análise multivariada:

Os procedimentos multivariados utilizados tiveram como objetivo fundamental identificar as condições preditoras de risco de desmame na população de estudo. Foi utilizado o modelo de sobrevivência multivariada de riscos proporcionais proposto por COX em 1958 (LEE, 1980).

Esta abordagem (LEE, 1980) permite a entrada simultânea no modelo, de todas as variáveis de interesse, possibilitando, na análise do efeito de cada uma delas, levar em consideração a presença do efeito das demais. Conseqüentemente, apresenta-se como resultado final a hierarquia do impacto na amamentação, daquelas condições representadas pelas variáveis analisadas, a partir dos valores correspondentes aos coeficientes  $\beta$  das equações (estimadores dos riscos relativos). Na utilização do modelo foram resguardadas as pré-condições requeridas para sua aplicabilidade (LEE, 1980; KLEINBAUM, 1993), especialmente a escolha apropriada das variáveis que, na sobrevivência univariada de KAPLAN & MEIER, apresentavam riscos proporcionais ao longo do período de observação, além de diferenças significativas entre as curvas de sobrevivência da amamentação de crianças expostas ou não a estas condições.

Este modelo foi ainda considerado o melhor instrumento para esta fase analítica dos dados, considerando que a investigação forneceu informações longitudinais, coletadas no período que vai do nascimento até os três meses de vida dos bebês, com variáveis de resultados contínuas (tempo), definição de condições de censura e falha e variáveis de exposição, tanto categóricas quanto contínuas. O uso deste modelo também permitiu o controle de fatores de "confundimento" e análise de efeitos modificadores, estimativas de risco, probabilidade de ocorrência dos eventos e por fim, a expressão destes resultados em gráficos de sobrevivência e curvas de riscos, recursos indispensáveis neste estudo.

As variáveis que apresentaram correlação entre si (QUADRO 3), entraram no modelo uma de cada vez, considerando que valor alto de correlação significava que uma variável estava atuando, em certo nível, como preditora da outra. Nesta situação utilizou-se como um dos critérios para inclusão no modelo, a variável que apresentava o menor número de informações ignoradas, possibilitando desta forma resguardar, para os procedimentos analíticos, o maior número possível de registros.

Todos os procedimentos de análise multivariada foram feitos considerando as populações dos dois hospitais, separadamente. Primeiro, em razão do desenho do estudo que definiu, aprioristicamente, um hospital de exposição (com programa de incentivo ao aleitamento materno) e um de comparação (sem este programa) e segundo, porque a análise descritiva confirmou a diferença esperada no status de exposição, entre as mulheres que deram a luz em cada uma destas instituições. Além disso, tanto a análise bivariada quanto a de sobrevivência de KAPLAN & MEIER, identificaram para cada um dos hospitais, variáveis diferentes; ou seja: as condições explicativas do desmame nos procedimentos descritivos são, muitas vezes, próprias de cada instituição.

A definição dos modelos para análise multivariada, foi portanto, antecedida de procedimentos para escolha das variáveis que estão resumidos a seguir:

- inclusão no modelo, como variável dependente, das idades dos bebês referidas como de interrupção da amamentação;
- inclusão como variáveis independentes, daquelas condições de exposição relativas aos cuidados hospitalares cuja avaliação constitui objeto deste trabalho;
- inclusão como variáveis independentes de condições de exposição que, não sendo de interesse para avaliação, constituem-se em variáveis de controle dos possíveis efeitos de "confundimento". Compõem este

grupo as variáveis que descrevem as condições sócio-demográficas das mães, de assistência e de exposição a orientações sobre amamentação pré e pós-natais e também as condições biológicas maternas e do recém nascido;

- seleção entre as variáveis independentes, daqueles que apresentaram, nos diversos procedimentos descritivos, associação com os padrões de amamentação, com níveis altos de significância, ou seja com probabilidade de ocorrência casual abaixo de 10% ( $p < 0,1$ );
- exclusão dos modelos de regressão daquelas variáveis com número muito elevado de informações ignoradas. Mantiveram-se, para estas variáveis, apenas as análises descritivas;
- inclusão nos modelos, de forma alternada, das variáveis de exposição, que apresentaram níveis de correlação entre si superiores a 50 %. Foram, portanto, testados diferentes modelos a partir de entrada não simultânea das variáveis com alta correlação. Incluíram-se também, as variáveis novas, resultantes do agrupamento de variáveis independentes, com correlação igual ou superior a 40% e testadas nos procedimentos descritivos;
- inclusão nos modelos testados de variáveis independentes que apresentavam, através de análise de sobrevivência univariada ("Life table" e "sobrevivência de KAPLAN & MEIER"), diferenças de probabilidades de sobrevivência, entre expostos e não expostos, estatisticamente significantes e proporcionais, ao longo do período de observação: preenchendo-se, portanto, as pré-condições para sua utilização no modelo de análise de sobrevivência multivariada.

Abaixo estão listadas as situações que geraram as variáveis independentes testadas nas análises multivariadas: Foram divididas em três grupos principais - as ligadas à mãe; as relativas ao bebê; e as relativas à intervenção do serviço de saúde.

►Variáveis ligadas à Mãe:

- Nível social medido através de: índice de posse de bens duráveis (ponto de corte separando categorias de "maior" e "menor" que a média (3) e escolaridade materna (ponto de corte separando categorias de "maior" e "menor" que 5 anos de frequência à escola) referida ao primário completo.
- Duração da amamentação do filho anterior, tomando-se para análise estratos de tempo inferior e superior a 6 meses, com ponto de corte correspondente à mediana de tempo de amamentação relatada pelas mães;
- Habilidade materna, no período de internação, de extrair seu próprio leite;
- Habilidade de amamentar durante o período de internação, sem ajuda;
- Ter tido Rachaduras no seio nos primeiros 30 dias após o parto, que resultaram em dificuldade para amamentar;
- Ter tido Peito cheio, ingurgitado, fissura nos mamilos ou mastite, nos primeiros 30 dias após alta hospitalar e que resultaram em dificuldade para amamentar;

►Variáveis ligadas ao bebê:

- Habilidade de Pegar (abocanhar) o peito materno;
- Relato de Diarréia nos 15 dias que antecederam a primeira visita;
- Relato de Febre nos 15 dias que antecederam a primeira visita ;
- Relato de Diarréia ou febre nos 15 dias que antecederam a primeira visita;
- Relato de Diarréia 15 dias antes da primeira ou da segunda visita;
- Idade de interrupção do aleitamento materno exclusivo em categorias: menor ou igual a 10 dias, entre 10 e 30 dias e maior 30 dias;
- Idade de interrupção do aleitamento materno exclusivo em categorias: menor ou igual a 10 dias e maior que 10 dias;
- Idade de introdução de outros leites em categorias: menor ou igual a 30 dias, entre 30 e 60 dias e superior a 60 dias;
- Idade de introdução de outros leites em categorias: menor ou igual a 30 dias e superior a 30 dias;
- Idade da criança na qual passou a receber somente água ou chá, como complemento ao leite materno;

►Variáveis ligadas à intervenção dos serviços de saúde:

•Tipo de parto, em dois estratos: Partos por cesariana e parto vaginal ou fórceps;

•Uso de Outros medicamentos, durante o período de internação para o parto;

•A mãe ter recebido orientação sobre a idade adequada do bebê para a Introdução de alimentos semi-sólidos, ainda durante a hospitalização;

•A mãe ter recebido no hospital Orientação sobre anti-concepção, ainda durante a hospitalização;

•Referência da mãe, na entrevista de alta hospitalar, sobre a necessidade de Aumentar a ingesta de líquidos para maior produção de leite materno;

•A mãe ter recebido Orientação sobre amamentação no período entre a alta hospitalar e a primeira visita de seguimento;

•A mãe ter recebido Orientação sobre amamentação no período entre a primeira e a segunda visita de seguimento;

•A mãe ter recebido Orientação sobre amamentação no período entre o nascimento e a segunda visita de seguimento.

A idade de introdução de leite, embora fortemente associada à aceleração do desmame, foi excluída dos procedimentos multivariados, considerando que esta variável comporta-se, neste estudo, mais como resultado de outras condições do que, propriamente, como precipitadora do desmame. Entre as mulheres que interromperam a amamentação, neste período de 3 meses, em torno de 70% introduziram leite no mesmo dia, ou naquele imediatamente anterior ou posterior ao dia referido de desmame. Já a intenção materna sobre idade do bebê para introdução de alimentos semi-sólidos foi excluída, por apresentar número excessivo de informações ignoradas (91 registros nesta situação). Abaixo está a representação teórica do modelo multivariado adotado nesta etapa:

Modelo de riscos proporcionais de COX, para análise de sobrevivência:

---

$$h(t) = [h_0(t)]e^{(\beta_1 X_1 + \beta_2 X_2 + \dots + \beta_p X_p)}$$

Onde:

X1 a Xp: variáveis independentes

h(t): proporção de casos que sobrevivem até tempo t

h<sub>0</sub>: função de sobrevivência basal

β: coeficiente de regressão

e: constante basal dos logaritmos naturais

---

### **III.9. Fatores de confundimento e tendenciosidade.**

Antes de passar às descrições dos resultados da investigação é necessário explorar os efeitos de confundimento de algumas variáveis antecedentes, tanto sociais, biológicas quanto assistenciais, estas últimas ligadas ao cuidado pré-natal. Deve-se também analisar possíveis efeitos de tendenciosidade decorrentes dos procedimentos de seleção adotados. Esta análise exploratória visa definir, se necessário, procedimentos de controle dos efeitos, sobre os padrões de amamentação, de condições sócio-demográficas, dos antecedentes biológicos maternos, da história anterior de

amamentação e por fim dos cuidados assistenciais, tanto de pré-natal, quanto de cuidados no seguimento da criança. As informações sobre os antecedentes e exposição aos cuidados hospitalares, relativas às mulheres e crianças que não permaneceram no estudo, mereceram também análise e comparação, com as informações correspondentes da população observada pelo menos, até a primeira visita de seguimento.

### III.9.1.Quanto à seleção da população:

Como já foi descrito anteriormente, os dois grupos de mães que compõem o estudo, apresentam similaridades em todas as características sócio-demográficas analisadas. Não foram observadas diferenças estatisticamente significativas (QUADRO 5 e QUADRO 6), quanto ao indicador de consumo de bens duráveis; apoio familiar, medido pela presença do pai no domicílio; nível de educação materna e por fim quanto à composição familiar, aferida pelo número de crianças e adultos residentes no mesmo domicílio. Também não se observaram diferenças (QUADRO 7) entre os dois grupos quanto a paridade, proporção de primíparas e médias de idade das mães (QUADRO 6), que constituem três condições maternas, potencialmente geradoras de impacto nas suas práticas de amamentação.

As mulheres que tiveram seu parto assistido no HGA (QUADRO 9), foram proporcionalmente mais expostas a orientações sobre aleitamento materno no pré-natal, que aquelas que deram a luz no HC, apesar de terem sido semelhantes, em ambos os grupos, o acesso a estes cuidados bem como o número médio de consultas realizadas.

Não houve diferença, entre os grupos dos dois hospitais, nas proporções de mães ou bebês com patologias (QUADRO 19), durante o período de internação, apesar de ter predominado, de forma estatisticamente significativa, no HGA (QUADRO 11) a proporção de bebês de pré-termo e ser menor a média de peso de nascimento dos RN deste hospital. Análise bivariada destas duas últimas condições, com a variável

desmame ao 3º mês (QUADRO 30), demonstrou não haver associação significativa entre elas. Independentemente destes resultados, todas as variáveis que apresentaram diferenças significativas, nesta fase descritiva, foram inseridas nos modelos de análise multivariada propostos, buscando-se assim controlar efeitos de confundimento.

### III.9.2. Perdas de seguimento:

Entre o parto e a primeira visita, 84 das 442 mulheres que haviam sido selecionadas para o estudo, foram consideradas perdidas para o seguimento posterior. Apenas quatro, entre estas mães, recusaram-se a participar do estudo e uma outra foi excluída porque o bebê faleceu. Entre as outras 79 mães, em torno de 50% forneceram endereços não localizáveis e 30% mudaram de endereço para local não conhecido, ou para outras cidades. Dificuldades nos agendamentos e localização das mães, pela primeira vez, resultaram também em cancelamento de 18% das entrevistas, por ter sido ultrapassado o prazo máximo de 37 dias estabelecido como limite de intervalo de tempo entre o nascimento e a 1ª visita. Duas mães não foram entrevistadas, porque as entrevistadoras se sentiram ameaçadas pelo ambiente onde estas mulheres residiam. A razão de perda de outras 20 mães (5,5%) entre a 1ª e a 2ª visitas foi, basicamente, o fato de não ter sido possível entrevistá-las dentro do período estabelecido. Por fim, estas proporções de perdas estavam dentro do estimado nos procedimentos do cálculo amostral e foram aleatoriamente distribuídas entre mães procedentes dos dois hospitais.

Foi realizada análise descritiva dos dados referentes a estas mães e seus bebês, considerando a disponibilidade de informações completas a respeito dos antecedentes sociais, demográficos, de história gestacional, antecedentes obstétricos e de amamentação, além de todas as informações relativas à assistência ao parto e pós-natal imediato. Este procedimento (QUADRO 4) permitiu comparar o grupo que permaneceu no estudo com aquele cujo seguimento não foi possível realizar.

As mães de crianças, não acompanhadas em visitas domiciliares, apresentavam semelhanças de condições, relativamente às aquelas acompanhadas, em 13 de 15 variáveis analisadas. Não diferiam quanto à média de idade e de escolaridade, quanto à presença do pai no domicílio e história de amamentação do filho anterior. Apresentaram diferença quanto à média de posse de bens duráveis, que foi de 3,09 entre mães com seguimento posterior e 2,6 ( $p=0,048$ ), entre aquelas sem seguimento. Também, foi estatisticamente significativa ( $p<0,05$ ) a diferença das médias de peso ao nascer dos recém-nascidos destes grupos (3.290g e 3,345g).

Diferenças quanto aos cuidados pré-natais foram significativas ( $p<0,05$ ) apenas quanto ao número médio de consultas. As mulheres não acompanhadas tiveram em média 5,72 consultas, enquanto aquelas observadas pelo menos na primeira visita, tiveram 6,63 consultas. É importante assinalar que ambos os grupos apresentam médias de número de consultas próximas das recomendações nacionais (BRASIL, 1984) e que é igualmente baixa, durante a assistência pré-natal, a exposição destas mães à orientação sobre amamentação.

Os dois grupos de mães também podem ser considerados semelhantes (QUADRO 4) no que concerne às características de assistência ao parto: proporção de cesárias em torno de 35%, possibilidade de amamentar na sala de parto entre 25 e 29% e intervalo entre o nascimento e a primeira mamada de cerca de 4,5 horas. Os cuidados com os recém-nascido, tipo de orientação recebida nas maternidades e habilidades maternas de amamentar seus filhos, enquanto ainda estavam nas maternidades, são muito semelhantes entre os grupos.

Finalizando: i) os procedimentos metodológicos definidos para a escolha do HC, associados ao rigor na condução do trabalho de campo, permitiram controlar os fatores oriundos da seleção que poderiam induzir a viés nas análises dos resultados; ii) a análise descritiva dos dados, estratificada segundo os hospitais, permitiu também, identificar, para compor a análise multivariada, aquelas variáveis consideradas geradoras de

confundimento; iii) e por fim, a descrição comparativa entre os grupos de mães que permaneceram no estudo e aquelas que não foram acompanhadas, mostrou que a exclusão destas últimas não introduziu viés na avaliação do impacto das atividades assistenciais sobre as práticas de amamentação.

## **IV. RESULTADOS**

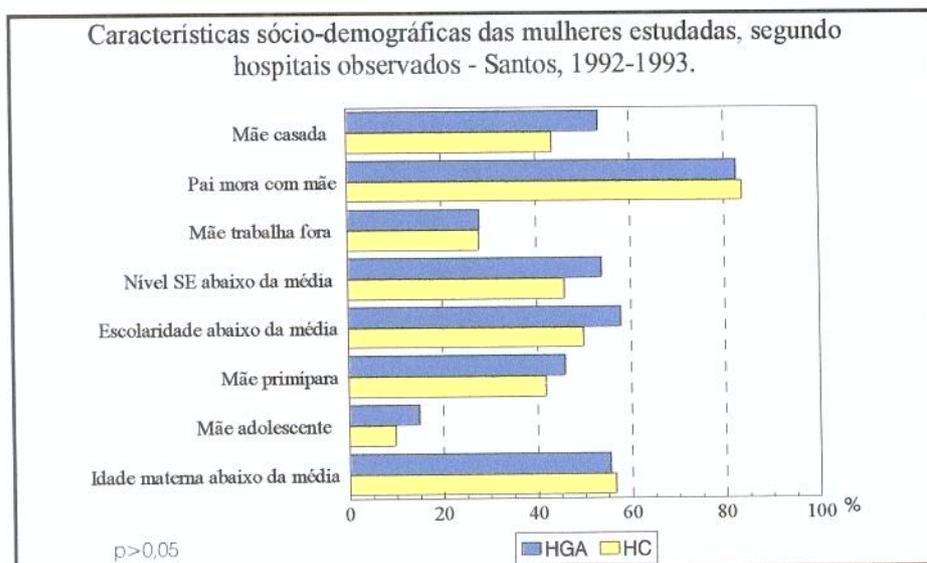
Foram analisados 522 prontuários de puérperas, das quais selecionaram-se 444 mães para entrevista no momento da alta (QUADRO 2). Na primeira e segunda visitas de seguimento foram entrevistadas 360 e 340 mães, respectivamente. Ao final do estudo, obtiveram-se 179 entrevistas no Hospital Guilherme Álvaro (HGA) e 162 entrevistas no Hospital de Comparação (HC), para um mínimo estimado, de 160 entrevistas com mães assistidas em cada uma destas instituições. Houve variabilidade muito pequena nas idades das crianças (QUADRO 11) no momento das entrevistas. Estas idades eram, em média, no primeiro seguimento de 35,73 dias (IC 95%: 35,06 - 36,39) e 35,54 dias (IC 95%:34,86 - 36,20) para os nascidos no HGA e HC respectivamente. Na segunda entrevista a diferença entre os dois hospitais foi estatisticamente significativa: 95,97 dias (IC 95%: 95,22 - 96,71) para o HGA e 95,34 dias (IC 95%: 94,51 - 96,16) para o HC.

### **IV.1. Característica da população de estudo.**

Observou-se que a população de mulheres que procura cada um dos dois hospitais é, do ponto de vista social, biológico e de história de vida reprodutiva, muito

semelhante. Tanto o HGA quanto o HC, atendem mulheres de estratos sociais, predominantemente de baixa renda (QUADRO 5 e QUADRO 6), segundo o índice relativo à posse de bens de consumo duráveis (rádio, televisão, geladeira, telefone e carro). Moram em habitações pequenas, possuindo em média 1,5 cômodos para dormir. Nestes domicílios convivem em torno de 5 pessoas, incluindo o recém-nascido. Havia em média 3 adultos e 2 crianças por domicílio. As mães (QUADRO 6) possuem escolaridade média em torno de 7 anos de frequência à escola. Cerca de metade das mulheres que deram a luz em ambos os hospitais, é casada ou vive em união estável com seus companheiros. Apesar de serem baixas estas proporções, 80% das mulheres, contavam, na ocasião da entrevista, com a presença do pai do bebê em casa. Estes dois grupos de mães ainda apresentam semelhanças, quanto às médias de suas idades, número de filhos (QUADRO 6) e proporção daquelas que trabalham (QUADRO 7) fora da casa. O percentual de mulheres primíparas é também estatisticamente equivalente nos dois grupos estudados. A figura abaixo ilustra estas características.

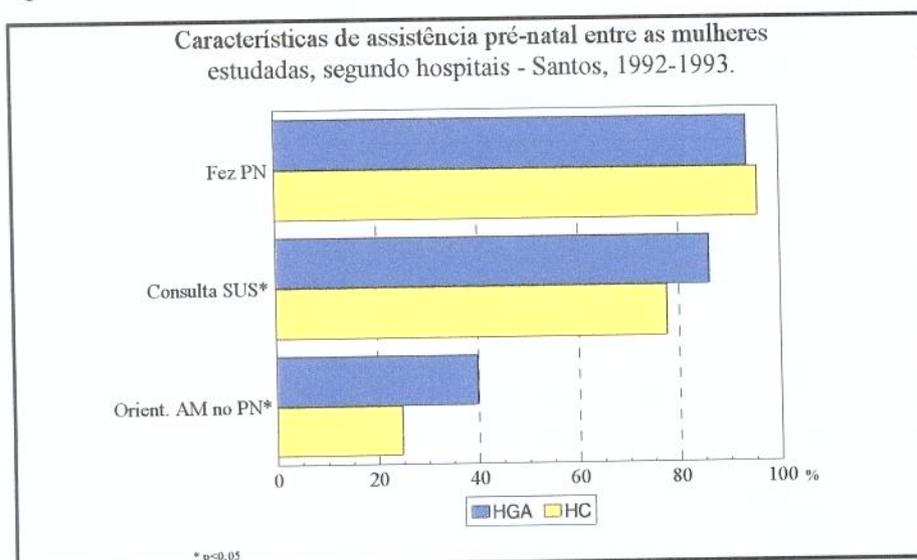
Figura 1:



Mulheres que deram à luz nos dois hospitais, também são semelhantes no que concerne aos antecedentes de amamentação (QUADRO 8). Ambos os grupos apresentam duração elevada de Aleitamento Materno Total (AMT), do filho anterior, 13,25 meses e 11,13 meses no HGA e HC, respectivamente. Também foi semelhante entre as mães dos dois hospitais o número médio de filhos, anteriores ao atual, que foram amamentados.

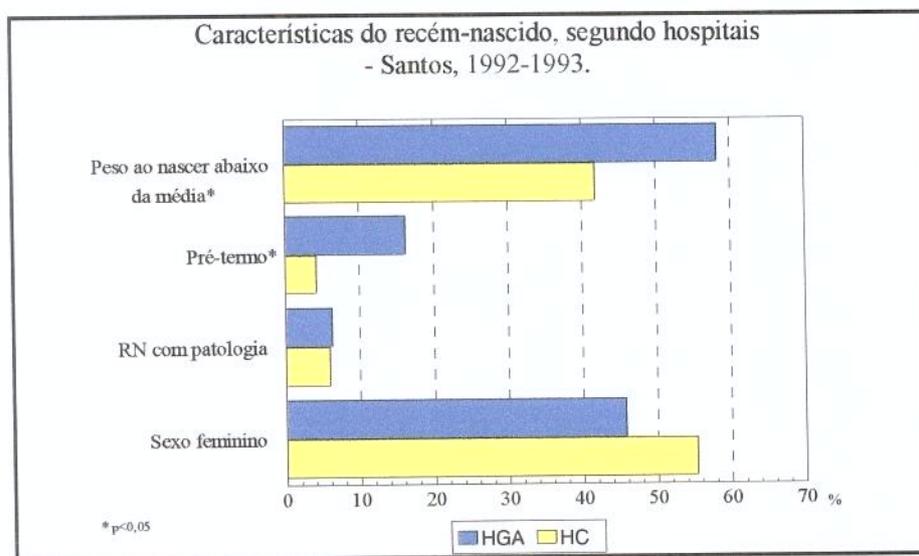
A quase totalidade das mulheres entrevistadas fez acompanhamento pré-natal, com cerca de 6 consultas em média, o que obedece ao padrão nacional recomendado (BRASIL, 1984). Predomina a assistência pré-natal (QUADRO 9) em instituição pública (HGA), ou conveniada com o SUS, entre as mães de crianças que nasceram no HGA. Do mesmo modo é significativamente diferente ( $p < 0,05$  para IC 95%) a ocorrência de orientação sobre aleitamento materno entre os dois grupos de mães. A exposição maior a esta orientação entre as mulheres que deram à luz no HGA, é explicada pelo fato de que 32 mulheres, entre 35 que fizeram pré-natal neste hospital, também tiveram seus bebês nesta instituição.

Figura 2:



A análise descritiva das informações a respeito dos recém-nascidos, apresenta, considerando intervalos de confiança de 95%, diferenças estatisticamente significativas, entre os dois grupos populacionais sob observação (QUADRO 11). As crianças do HC tendem a ter peso de nascimento discretamente superior ao daquelas do HGA, cujas médias são: 3.387 g e 3.207g respectivamente ( $p < 0,05$ ). Do mesmo modo que entre elas é menor a proporção de crianças de pré-termo. Estas duas condições são explicadas pelo fato de que o HGA é referência regional para gestantes de alto risco. Além disto, a variabilidade dos pesos destas crianças é muito baixa devido à inclusão no estudo daqueles recém-nascidos com peso ao nascer superior a 2.000 gramas, o que torna diferenças muito pequenas, estatisticamente significativas. São semelhantes, entre os dois grupos de recém-nascidos, a proporção de crianças com patologias e também, a sua distribuição por sexo.

Figura 3:

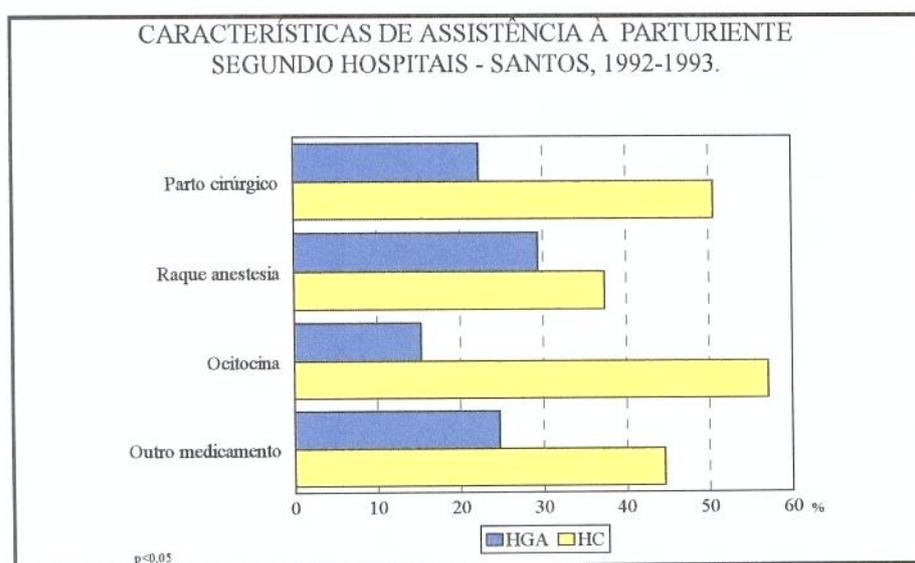


#### IV.2. Características de assistência ao parto nas maternidades.

Chama a atenção nos resultados relativos à atenção ao parto, o grau de intervenção tecnológica a que são submetidas as mulheres que dão à luz no HC

(QUADRO 10). São cirúrgicos 50% dos partos neste hospital, enquanto no HGA eles representam 22%. Também no HC o uso de indutores de parto é cerca de 4 vezes mais frequente, enquanto o uso de outros medicamentos é quase 2 vezes mais elevado. É também significativamente diferente, entre os grupos de mães, as proporções daquelas submetidas a raque anestesia (HGA 47,1 e HC 52,9). Entretanto, é semelhante e igualmente alta, nos dois hospitais (73% no HC e 81% no HGA), a proporção de mães cesariadas, submetidas à raque anestesia.

Figura 4:



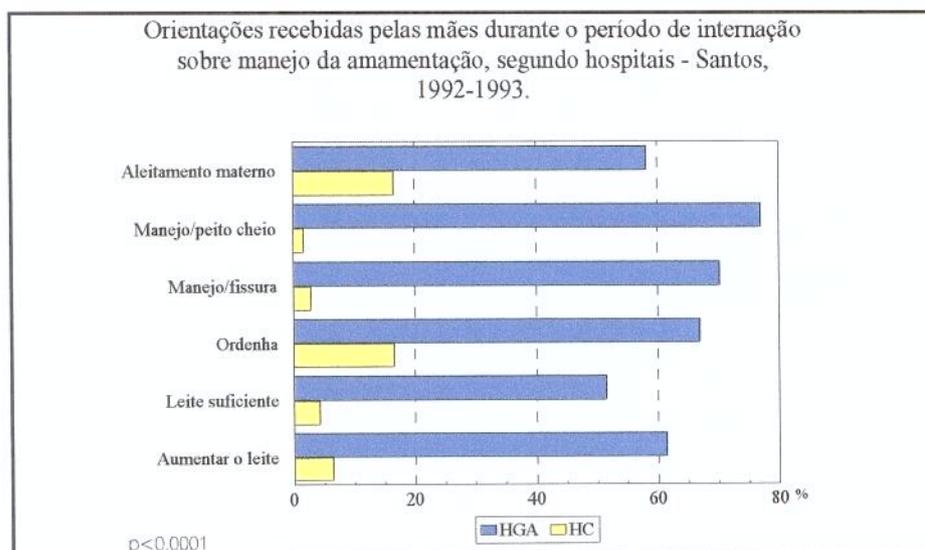
### IV.3. Orientações sobre amamentação nos hospitais.

As diferenças entre os dois hospitais, observadas no tocante à assistência ao parto, passaram a ser sistemáticas e mais significativas, quando analisadas as informações sobre atividades de incentivo ao aleitamento materno (QUADRO 12).

Assim, mães que receberam orientação sobre amamentação, em grupo ou individualmente, são 4 vezes mais frequentes entre aquelas que deram à luz no HGA. Proporção destas mulheres superior a 70% foi ensinada a extrair leite manualmente, a

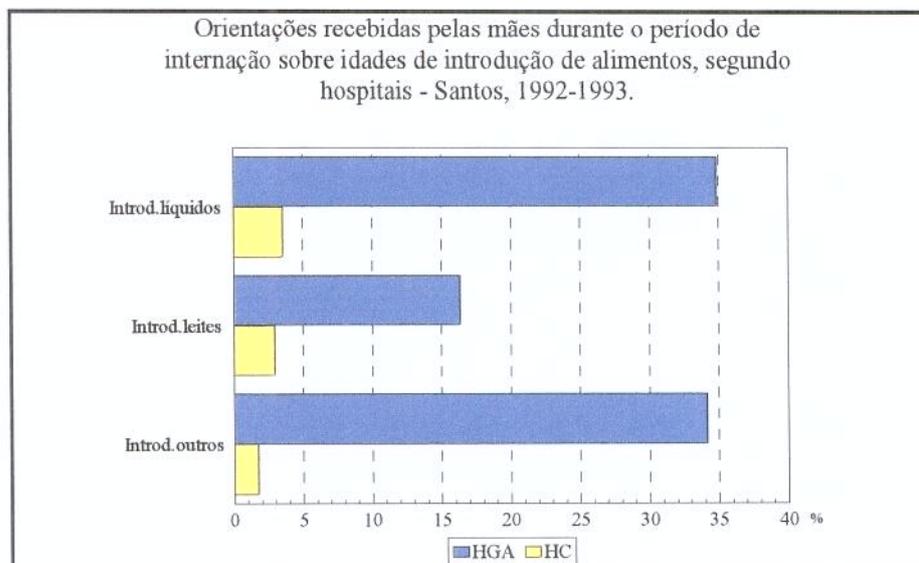
manejar adequadamente, peito cheio, ingurgitado ou mamilo com fissuras. No HC estas proporções não superam 5,5%. Enquanto no HGA 51,6 % das mães receberam orientação sobre como reconhecer que seu leite é suficiente para o bebê e 61,5% sobre procedimentos para aumentar a quantidade de leite produzida, no HC estas proporções são numericamente desprezíveis (4,2 e 6,5%, respectivamente).

Figura 5:



Orientações sobre as idades adequadas para introdução, na alimentação das crianças, de líquidos, outros leites e outros alimentos foram pouco frequentes, mesmo entre mães que deram à luz no HGA. Os percentuais variaram entre 16 e 35%; entretanto são significativamente ( $p < 0,05$ ) maiores que as proporções das mesmas orientações dispensadas às mães oriundas do HC. Do mesmo modo são mais privilegiadas as mulheres que tiveram seus bebês no HGA (QUADRO 12), quanto à orientação sobre anti-concepção e aleitamento materno, onde obter ajuda caso viessem a ter problemas para amamentar, encaminhamento para consulta de acompanhamento da criança e quanto ao recebimento de material impresso sobre amamentação (Cartilha da Prefeitura Municipal de Santos).

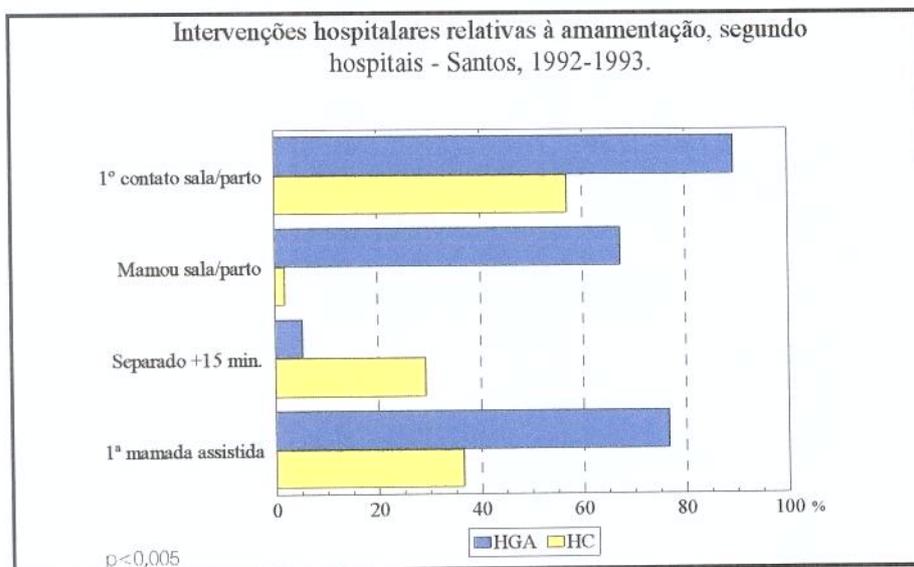
Figura 6:



#### IV.4. Rotinas hospitalares de importância para a amamentação.

As rotinas hospitalares que podem ter impacto na qualidade e prática do aleitamento materno, também foram analisadas. Observaram-se, em particular, as atividades que retardam a primeira mamada e que separam mãe e filho. O desempenho dos dois hospitais é muito diferente (QUADRO 13) e favorece os bebês que nasceram no HGA. Neste Hospital, a maioria (67,5%) das crianças é amamentada ainda na sala de parto e um percentual muito pequeno (5,3%) esteve separado de suas mães. No HC estes percentuais são 2,0% e 29,3%, respectivamente. O intervalo médio entre o nascimento e a 1ª mamada é de 2,1 horas no HGA e de 7,1 horas no HC. Duas vezes mais puérperas tiveram ajuda para iniciar a amamentação no HGA, comparando-se com o HC.

Figura 7:

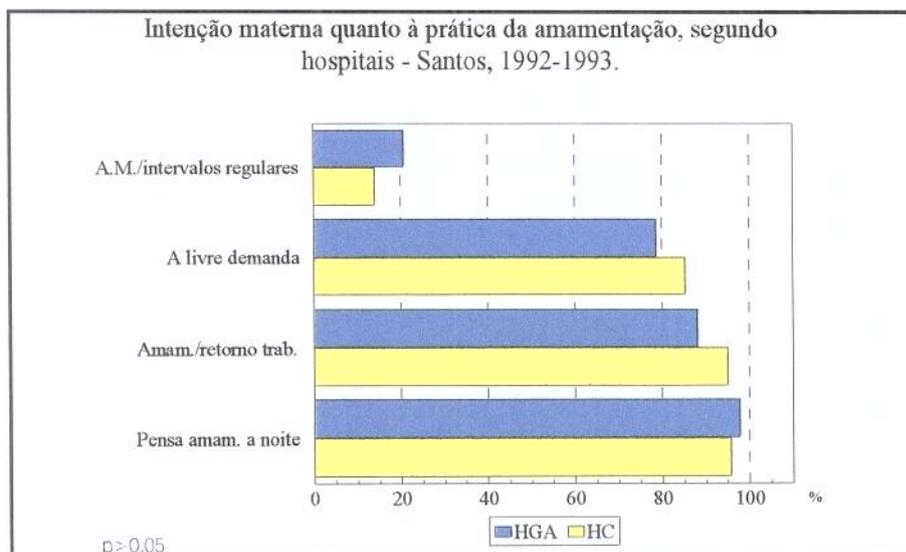


O oferecimento de outros alimentos, que não o leite materno, antes da primeira mamada, pode ser considerado inexistente entre as crianças assistidas nos dois hospitais (QUADRO 13). Entretanto é necessário examinar estas informações com cautela, especialmente no HC, dado o número grande de mulheres (40%) que refere desconhecer se estava sendo dado, ou foi dado, ao seu bebê, algum alimento suplementar.

#### IV.5. Intenção materna quanto à prática de amamentação

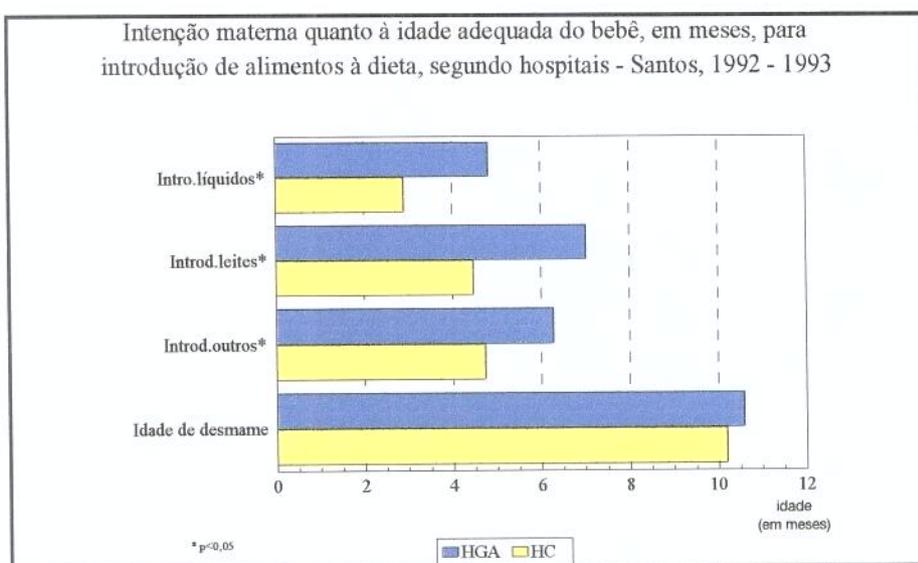
São altas as proporções de mães, em ambos os hospitais que, no momento da alta, expressaram intenção de amamentar seus filhos à livre demanda (QUADRO 20), de manter o aleitamento materno após seu retorno ao trabalho e de amamentar à noite. Não foi observada, do mesmo modo, diferença significativa entre mães dos dois hospitais, quanto ao período em que as mesmas ficariam ausentes do trabalho (em torno de 4 meses), nem quanto à duração total do aleitamento.

Figura 8:



Por outro lado, observou-se diferenças, estatisticamente significativas, entre os dois grupos ( QUADRO 20), com respeito à idade do bebê referida pela mãe, como aquela pretendida para introdução de líquidos, outros leites e outros alimentos, complementarmente ao leite materno. Estas últimas observações já devem ser resultados da influência das práticas diferentes de incentivo ao aleitamento materno dos dois hospitais, sobre as intenções maternas. Este impacto também foi verificado nos conhecimentos e habilidades maternas que serão descritos a seguir.

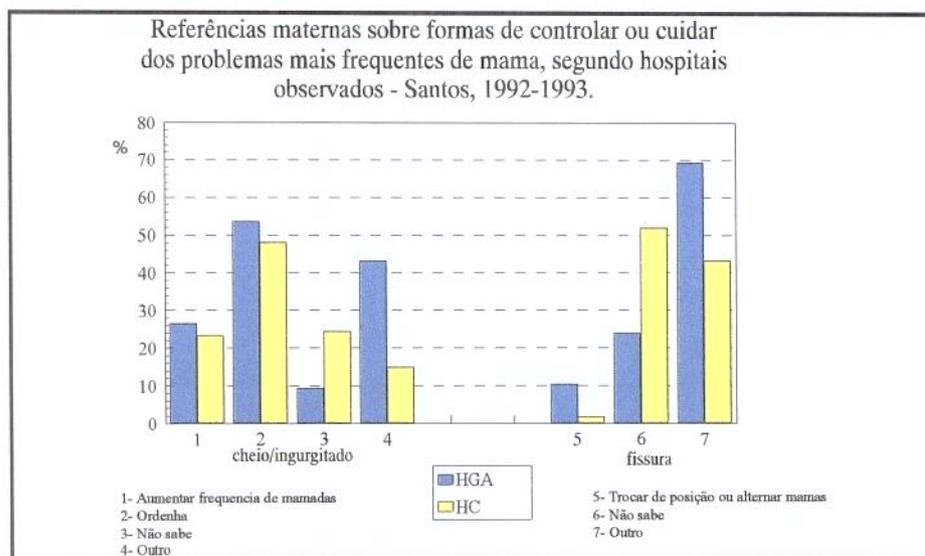
Figura 9:



#### IV.6. Conhecimentos maternos sobre amamentação.

Observaram-se diferenças importantes nos conhecimentos e habilidades maternas, não só entre os dois grupos de mulheres, mas também entre os diferentes tipos de intercorrências na amamentação e capacidade para solução das mesmas. Extração manual do próprio leite (QUADRO 14) foi referido por cerca da metade das mulheres de cada grupo, como procedimento para resolver o problema de peito cheio ou ingurgitado. Aumento de frequência das mamadas foi sugerido por 26,6 e 23,2% das mães do HGA e HC, respectivamente. Disseram não saber o que fazer com relação ao peito cheio ou ingurgitado, 9,4% das mulheres que deram à luz no HGA e 24,4% daquelas assistidas no HC. Entre aquelas mães do HGA que mencionaram "outros" procedimentos (83 mulheres), 88% referiram prática de massagem e/ou, uso de compressas quentes para minorar o problema. Apenas 15% das mães do HC mencionaram meios alternativos para abordagem de peito cheio ou ingurgitado.

Figura 10:



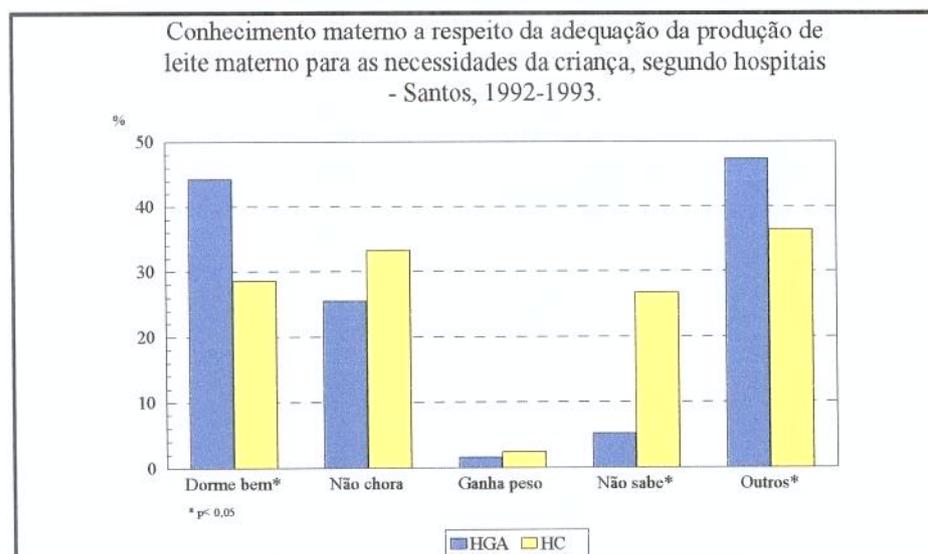
Com relação ao manejo de mamilos com fissura (QUADRO 15), foi ainda menor a frequência de mães que apontavam alguma solução. Apenas 10,4% das mães do HGA e 1,8% daquelas do HC referiram mudança de posição ou alternância de mamas. A proporção de mulheres que referiram não saber o que fazer subiu para 24% no HGA e 51,8% no HC. Ao especificarem espontaneamente (QUADRO 19) outros cuidados com fissura e dor nos mamilos, as mães que deram à luz no HGA mencionaram em 50,4% das vezes "banho de luz ou sol", em 21% o uso do próprio leite como cicatrizante e nove destas mães referiram a correção da "pega" e da "posição de mamada". Entre as mães do HC (73) cerca de 50% referiram uso de medicamentos tópicos, como cremes, pomadas e óleos. Três mães mencionaram passar o próprio leite nos mamilos e sete, a recomendação de não parar de amamentar.

Nenhum dos dois hospitais conseguiu que as mulheres assistidas em suas maternidades, adquirissem noções objetivas a respeito do reconhecimento de situações em que o leite materno é suficiente para as necessidades das crianças (QUADRO 16). Assim, apenas três mulheres do HGA e quatro mulheres do HC referiram ganho de peso do bebê como uma destas situações. Nenhuma mulher mencionou aumento de

frequência ou de volume de urina e fezes da criança. Das mulheres que deram à luz no HGA 44,3% relataram que, quando o leite é suficiente, o bebê não chora e 25,5% que ele dorme bem. Estas proporções foram de 28,6% (dorme bem) e 33,3% (não chora) entre as mães de crianças que nasceram no HC.

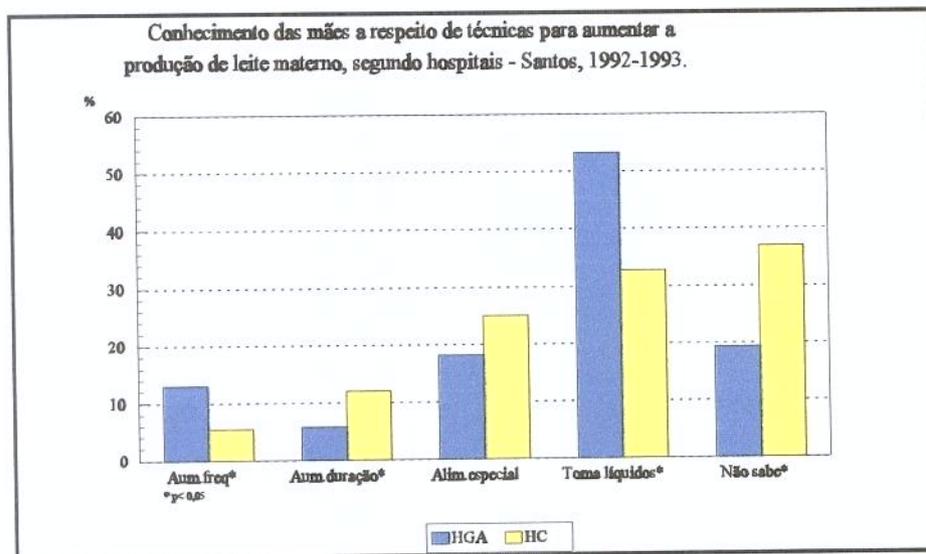
As diferenças entre os hospitais foram significativas, com relação às referências ao sono tranquilo, a "outras maneiras" e também, quanto ao fato de desconhecem ("não sabe") as formas de identificação das condições que atestam "leite suficiente". Com maior frequência, as mães oriundas do HC referem desconhecer quando seu leite é suficiente para atender às necessidades dos bebês.

Figura 11:



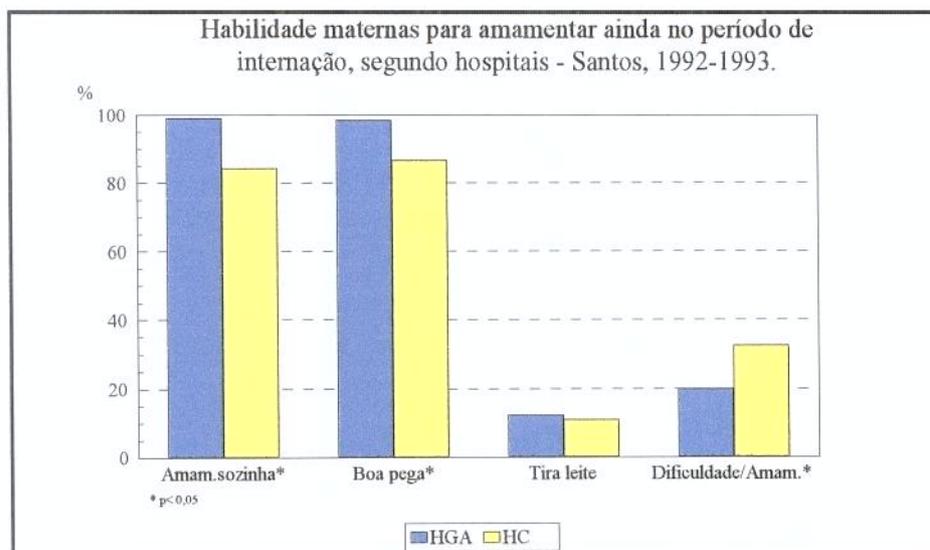
Buscou-se também, avaliar se os conhecimentos das mães a respeito de maneiras para aumentar a produção de leite materno, refletiam as atividades dos hospitais, com relação ao incentivo à amamentação (QUADRO 17). Aumento de frequência das mamadas foi referida em 13% das respostas no HGA e 5,4% (n=9) no HC. Estender o tempo de cada mamada (aumentar a duração), foi ainda menos frequente. Apenas 11 mães no HGA e 2 no HC apontaram este procedimento. Nenhuma mulher fez referência à amamentação no período noturno.

Figura 12:



Em ambos os hospitais são altas as proporções de mães que se julgam aptas a amamentar sem ajuda dos profissionais (99% no HGA e 84,4% no HC) e portanto, conseguindo que o bebê pegue bem o peito (QUADRO 18). Ainda assim, a diferença verificada, entre os dois grupos, é estatisticamente significativa. Poucas mulheres, 12,4% e 11%, no HGA e HC, respectivamente, conseguem extrair seu leite sem ajuda. É superior, comparativamente ao HGA, a proporção de mulheres provenientes do HC, que apresenta, ainda no hospital, dificuldades para amamentar (19,9% e 32,5% respectivamente).

Figura 13:



#### IV.7. Condições do recém-nascido após alta hospitalar

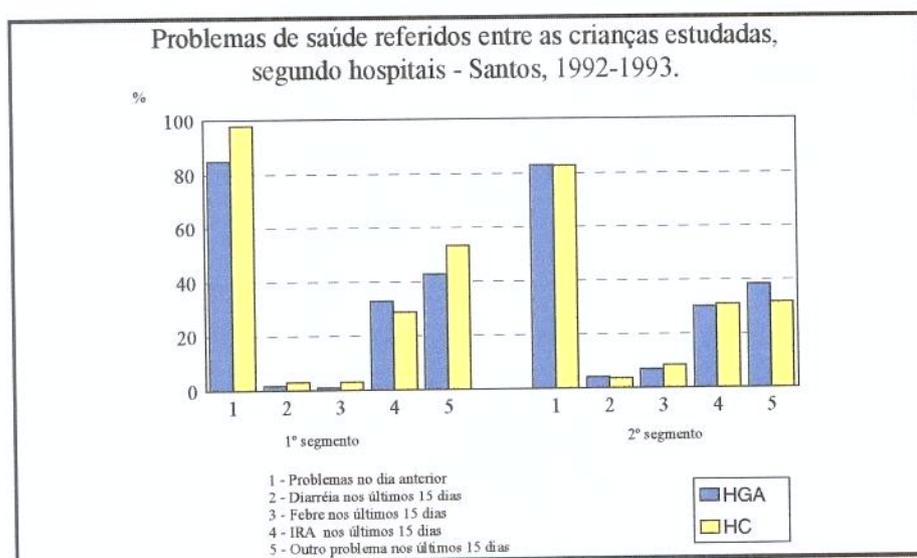
Durante o período de 3 meses do estudo, quatro crianças estiveram sob cuidados (morando) com avós ou tios paternos, duas das quais já a partir do primeiro mês de vida. Houve um óbito logo após a alta hospitalar, por doença cardíaca congênita, sendo os dados, referentes a esta criança, excluídos da análise.

As incidências de doenças, sinais ou sintomas de condições mórbidas, no dia anterior às visitas e ou nos últimos 15 dias anteriores às mesmas, foi investigado através de perguntas estruturadas e uma opção aberta. Este conhecimento é relativo à ocorrência (sim ou não) de cada evento, no período de tempo sob observação. A eventual ocorrência múltipla de qualquer um deles foi registrada como se fosse acontecimento único.

Entre crianças com idades ao redor de 30 dias, a incidência de diarreia no dia anterior à entrevista foi de 3,1% e 2,4% para aquelas nascidas no HGA e HC respectivamente. Nos 15 dias que antecederam esta 1ª visita, foi de 1,6% (HGA) e

3,9%(HC). As incidências acumuladas de doenças febris nos 15 dias anteriores, tanto à 1ª quanto à 2ª visitas, foram superiores entre as crianças nascidas no HC (QUADRO 22). Aquelas condições de definição diagnóstica menos precisa, como infecção respiratória aguda (IRA) e "dor de garganta" apareceram com incidências acumuladas superiores a 30 %, nos dois grupos de crianças.

Figura 14:



Outras condições mórbidas consideradas pelas mães, porém não definidas previamente, tiveram frequências superiores a 35%, nos dois hospitais. As diferenças entre crianças nascidas no HGA e no HC foram estatisticamente significantes, para os eventos ("Outros"), que ocorreram nos 15 dias que precederam a primeira visita. Entre estas referências maternas, aparecem com mais frequência, cólicas intestinais, obstipação intestinal e manifestações alérgicas de pele.

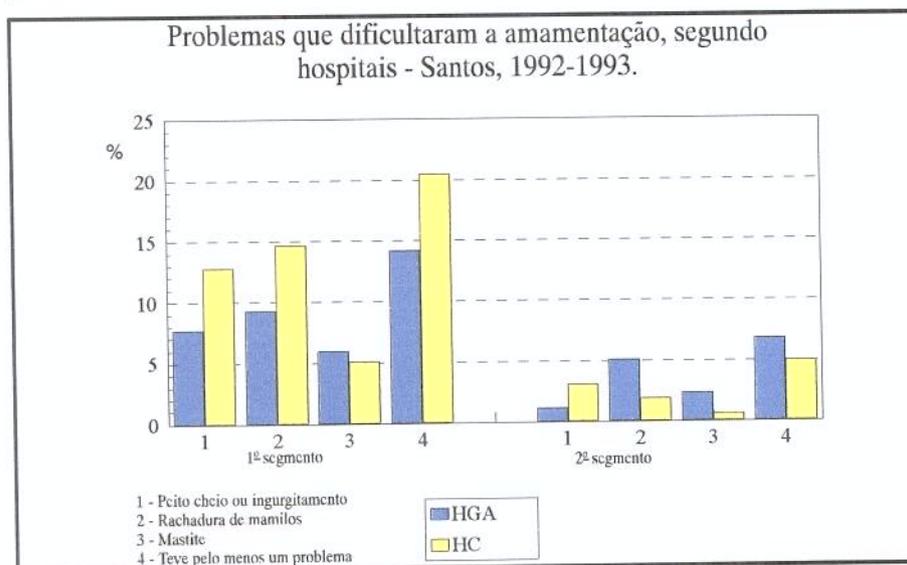
Nos últimos 15 dias que antecederam a primeira visita de seguimento, em torno de 74% das crianças, que nasceram em ambos os hospitais, compareceram à consulta médica (QUADRO 24). No mesmo período, porém anterior à segunda visita, esta proporção foi reduzida para cerca de 63,5% e 55,5% entre as crianças nascidas no HGA e HC, respectivamente. No primeiro mês de vida estas consultas foram na maioria das

vezes (66,2%), entre as crianças do HGA (QUADRO 24), para acompanhamento de rotina associada às necessidades da amamentação e de vacinação. Em 33,8% das vezes, entre as razões que motivaram a consulta, estava incluído algum problema de saúde. Motivação de acompanhamento médico de rotina e busca de assistência por problema de saúde apresentaram-se com distribuição semelhante (em torno de 50%), entre os bebês nascidos no HC, tanto no período que antecedeu a primeira quanto a segunda entrevista domiciliar.

#### **IV.8. Problemas de saúde maternos relativos à amamentação.**

Buscou-se , nas entrevistas de seguimento, conhecer as intercorrências na saúde da mãe que pudessem ter implicação na sua prática de amamentação. A incidência (QUADRO 23) dos problemas de mamas entre as mães que deram à luz no HGA e HC, referidos como causadores de dificuldades para amamentar e cuja ocorrência se deu entre o nascimento e a primeira visita, foi de 26,7% e 29,8%, respectivamente. Ingurgitamento, peito cheio e rachaduras de mamilos foram os problemas mais frequentes. Estas condições ocorreram menos frequentemente no período de observação superior a 30 dias.

Figura 15:



Algumas mães especificaram condições alternativas no quesito "Outro" relativo à pergunta (QUADRO 23) sobre problemas de mama que trouxeram dificuldades para a amamentação. Entre as mães que tiveram partos assistidos no HGA, onze (11) referiram ocorrência de "febre" e seis(6) "insuficiência de leite", nos primeiros trinta dias após o parto. Entre as mães atendidas no HC nove relataram "febre" e quatro "leite insuficiente". Entre a primeira e segunda visita houve aumento importante da proporção de referência a "leite insuficiente", doze (12) no HGA e trinta e uma (31) no HC.

Entre as mães que tiveram seu parto assistido no HGA , e que apresentaram, no período de seguimento, problemas relativos à amamentação, 19,2% procuraram o Centro de Lactação, enquanto outros 19,2% foram assistidas em outras instituições de Saúde. Das mulheres do grupo do HC, 24% buscaram assistência médica em instituições locais, exceto no Centro de Lactação. Mais de 50% das mães, para as quais esta informação estava disponível, o problema referido foi resolvido através de auto cuidado, ou por alternativa de assistência em clínicas e hospitais privados. Entretanto, a informação perdida, sobre o local de assistência pós natal chega a 50%, entre as mães de ambos os hospitais, o que dificulta qualquer análise.

#### IV.9. Análise descritiva dos padrões de aleitamento materno

No momento da alta hospitalar, ocasião em que se deu a primeira entrevista com as mães, todos os recém-nascidos, de ambos os hospitais, estavam sendo amamentados. Entre estes, apenas 2 (0,5%) recebiam complementação (QUADRO 13) ao leite materno. Entretanto, mesmo não tendo sido significativamente diferente, entre os dois grupos, o processo de iniciação à amamentação, as características desiguais de exposição às ações de proteção, promoção e incentivo ao aleitamento materno, acabaram originando padrões distintos de amamentação. Estas diferenças foram avaliadas nos 1º e 3º meses de acompanhamento, através de comparações entre médias (variáveis contínuas), diferenças entre proporções (variáveis binárias) e padrões de curvas de sobrevivência.

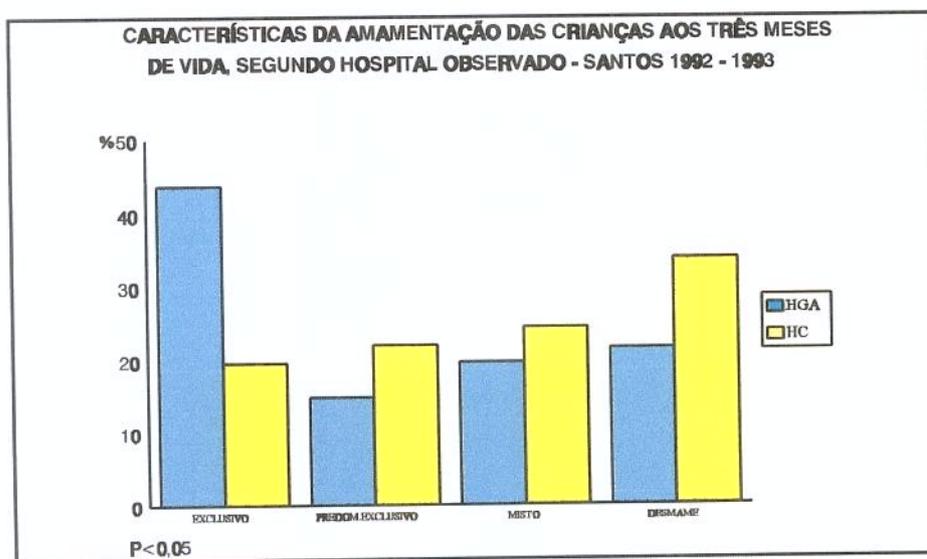
Como já foi referido anteriormente, as diferenças de exposição às atividades intra-hospitalares, relativas à amamentação, são tão expressivamente diferentes entre o HGA e o HC, que foi possível considerar, nos procedimentos de análise, mães e recém-nascidos do primeiro como expostos e do segundo, como não expostos àquelas ações de saúde. Esta contingência orientou o modo de analisar o impacto destas ações, sobre a amamentação, considerando separadamente os dois hospitais.

Ao final do seguimento 98 crianças (27,22%) estavam desmamadas (QUADRO 26), 34 delas já no período que antecedeu a entrevista do 1º mês. Apesar de ter sido pequeno o tempo de seguimento, até o terceiro mês após o nascimento, foram observadas diferenças significativas ( $p=0,01$ ), relativamente às proporções de crianças desmamadas, segundo o hospital de origem. A interrupção da amamentação entre crianças nascidas no HGA foi de 22% e entre aquelas nascidas no HC de 34%, o que significa um aumento na proporção de desmame de 54,5% ( $[(34-22)/22 \times 100]$ ). Estas diferenças já haviam sido verificadas anteriormente em relação ao AMEX (LUTTER et al, 1996). Nesta idade apenas 19,6% das crianças do HC eram matidas em Aleitamento

Materno Exclusivo (AMEX), elevando esta proporção para 43,8% das crianças nascidas no HGA, diferença portanto, entre estas proporções de 123,5% ( $[(43,8-19,6)/19,6 \times 100]$ ).

Conseqüentemente à interrupção mais precoce da amamentação exclusiva entre os bebês nascidos no HC, é maior entre eles a proporção daqueles que, aos 3 meses, recebem alimentação complementar ao leite materno. Em amamentação predominantemente exclusiva estavam 14,9% e 22,0% de crianças do HGA e HC respectivamente. Enquanto que em aleitamento materno misto 19,7% dos bebês nascidos no HGA e 24,5% daqueles do HC.

Figura 16:



#### IV.10. Motivos referidos para interrupção da amamentação.

As mães foram indagadas sobre as razões que motivaram o desmame durante o período de observação. Foram apresentadas às mesmas as opções mais frequentemente referidas como razão para a interrupção da amamentação e, também, a oportunidade de serem referidos, espontaneamente, outros motivos, não previamente categorizados. Algumas mães apresentaram mais de uma razão, o que leva a um total

de respostas superior ao número de crianças desmamadas. Respostas equivalentes às estruturadas, porém referidas como "outras", foram reagrupadas entre as primeiras.

Observou-se na 1ª entrevista (QUADRO 25), que os motivos mais frequentemente apontados para interrupção da amamentação são: insuficiência de leite materno ou leite fraco, problemas de mama e recomendação médica. Entre as mães que deram à luz no HGA e, desmamaram seus filhos no primeiro mês de vida, 61% referiram "leite insuficiente ou fraco" como razão para esta atitude. Esta proporção foi de 65% entre mães assistidas no HC.

Por ocasião da 2ª visita domiciliar (QUADRO 25), leite insuficiente ou fraco ainda aparece como razão predominante (cerca de 50% das mães de ambos os grupos), para o desmame entre o primeiro e o segundo mês de vida, entretanto a "recusa do bebê" é a razão de desmame para 1/4 das mães entrevistadas. Os demais motivos de interrupção da amamentação, como recomendação médica, problemas de mama e trabalho materno, foram referidos com frequência abaixo de 10%. É importante assinalar que, por ocasião da segunda entrevista, 7 (sete) mães apontaram a oferta de mamadeiras aos seus filhos, como razão para o desmame.

#### **IV.11. Condições associadas ao desmame**

##### **IV.11.1. Condições sócio-demográficas e amamentação:**

Ao analisar as implicações das características sociais maternas, medidas pela posse de bens de consumo duráveis e pelos anos de escolaridade, observou-se que não havia associação significativa, entre estas condições e a incidência de crianças desmamadas, aos três meses de idade e nascidas em ambos os hospitais. Do mesmo modo, que não se identificou impacto das variáveis demográficas e de antecedentes gestacionais sobre a duração da amamentação.

Condições frequentemente associadas ao desmame (QUADRO 27), como baixo nível social, baixa escolaridade e trabalho materno, não representaram, portanto, para os dois grupos de crianças observadas, condições de risco para o abandono da amamentação. É importante salientar que, a população estudada aqui é muito homogênea, em termos sociais e capacidade de consumo. Mesmo a definição de um indicador ("Nível Social"), que agrega baixa escolaridade (menos de 5 anos) e baixo poder de consumo (posse de menos de 3 itens) foi capaz de identificar diferenças significativas na proporção de desmame, nesta fase da análise.

A idade materna analisada em dois estratos, definidos por ponto de corte aos 24 anos (média de idade do grupo), também, não esteve associada ao desmame (QUADRO 28). Esta ausência de relação não foi modificada mesmo, quando são estabelecidos pontos de corte para definir estratos de mães adolescentes ou não (com idade igual ou inferior a 18 anos). A paridade materna (mãe primípara ou não) também não interferiu nas proporções de desmame, aos três meses de idade.

A experiência anterior com a amamentação repercutiu nas probabilidades de sucesso desta prática com o filho atual. Entre as mulheres que deram à luz no HGA e amamentaram o filho anterior, por período inferior a 6 meses, o risco de desmame aos 3 meses de idade (QUADRO 29), foi quatro vezes maior, comparativamente àquelas que amamentaram por período superior a 6 meses. Esta associação é também verificada no HC, porém com nível de significância menor ( $p= 0,08$ ).

#### IV.11.2. Assistência pré-natal e aleitamento materno:

Não foi encontrada qualquer associação significativa, nos procedimentos de análise bivariada, entre assistência pré-natal e o desmame (QUADRO 31). Tanto bebês nascidos no HGA quanto no HC, tiveram padrões de assistência muito parecidos, exceto pelo fato de que 34, entre 35 mulheres que fizeram seu pré-natal no HGA, tiveram partos assistidos neste hospital. Nenhuma mulher que deu à luz no HC, teve seu pré-natal

realizado no HGA. Como já referido, a cobertura de assistência pré-natal foi quase de 100%, com média aproximada de 6 consultas nos dois grupos de mães. Ainda que tenha sido mais frequente a referência de orientação sobre amamentação entre as mulheres do HGA, nesta pesquisa, não foi possível obter evidência de diferença de impacto desta orientação, nos padrões de aleitamento materno de qualquer dos dois grupos.

#### IV.11.3. Condições intra-hospitalares de assistência.

Nesta fase descritiva da análise, também não foram observadas associações significativas, entre as condições do recém nascido (QUADRO 29) e as características do aleitamento materno, ao final da observação. Prematuridade, peso ao nascer abaixo da média do grupo e sexo do bebê, não constituíram risco para desmame, em qualquer dos dois grupos estudados. Entretanto, entre as mulheres assistidas no HGA houve associação significativa, entre partos cirúrgicos e desmame (QUADRO 30), aceitando-se probabilidade de erro 5,7% ( $p=0,057$ ). Raque anestesia também significou ( $p=0,03$ ), para este grupo, maior risco de interrupção da amamentação, com risco relativos de 1,78 (IC 95%:1,05-3,01). O uso de outros medicamentos, durante a internação e agrupados em apenas uma variável, apresentou, entre mães assistidas no HGA, risco relativo de 1,86 (IC 95%:1,09-3,15). Também, entre estas mulheres (QUADRO 34), observou-se maior risco de desmame se o primeiro contato com seus bebês tivesse ocorrido em período superior a uma hora após o parto.

As diferenças observadas, entre os hospitais, nas atividades de orientação para a amamentação e nos procedimentos hospitalares, de possibilitar amamentação na sala de parto ou, em intervalo pequeno de tempo entre o nascimento e a 1ª mamada, ou ainda, a adoção de medidas que impediam a separação de mãe e filho, não se expressaram nas proporções de desmame aos três meses de idade (QUADRO 33 e QUADRO 34). Isto acontece porque as comparações, a partir de análises bivariadas, que

agora são feitas entre crianças de cada uma das instituições, ficam prejudicadas pelas condições homogêneas de exposição àquelas atividades referidas acima.

#### IV.11.4. Intenções, habilidades e conhecimentos maternos

Aparecem efeitos diferenciados na amamentação de crianças nascidas em cada um dos dois hospitais, quando são analisados algumas intenções e conhecimentos maternos relativos ao aleitamento, bem como quando são avaliadas suas habilidades no desempenho desta prática. Existe um efeito protetor da amamentação (QUADRO 38) significativo ( $p < 0,05$ ), especialmente entre as mães que deram à luz no HC, se elas referem que, para aumentar a produção de leite, deveriam ingerir mais líquidos. Este efeito protetor apareceu também, entre as mulheres do HGA, porém com probabilidade de erro  $\alpha$  de 6%. Outros procedimentos para aumentar a lactação, como aumentar a frequência, a duração ou mesmo amamentar inclusive no período noturno, foram pouco referidos pelas mães de ambos os hospitais e não expressaram impacto nesta fase da análise.

Conhecimentos maternos a respeito de cuidados e manejo de problemas mamários (QUADRO 35 e QUADRO 37), assim como de situações em que o leite materno é suficiente às necessidades da criança (QUADRO 37), além de pouco mencionados, não repercutiram de forma significativa, nas proporções de crianças amamentadas ou não. Apesar de que, aqueles que mencionaram não saber quando o leite é suficiente, apresentam risco (95%, RR 1,72; 1,14-2,59) maior de desmame. Por outro lado, observou-se impacto na amamentação, aos três meses de idade, associado às habilidades maternas (QUADRO 39), durante o período de internação, em desenvolver esta prática. As mães assistidas no HC, que referiram sentir dificuldades para amamentar sem ajuda profissional, durante a internação, tiveram proporção maior ( $p < 0,05$ ) de crianças desmamadas, apresentando RR para desmame de 1,71 (IC 95%: 1,08 e 2,69).

Entre elas o desmame ocorreu com maior frequência, se havia referência a problemas do bebê em relação à "pega" dos mamilos (QUADRO 39). Aos três meses de idade do bebê 55% estavam desmamados, com RR de 1,88 (IC 95%:1,17- 3,04). Este risco foi, entre crianças nascidas no HGA, de 3,13 (IC 95% : 1,34 - 7,3). É importante assinalar, entretanto, que entre 192 mães observadas neste hospital, apenas 3 referiram este tipo de dificuldade.

Ainda a partir da entrevista anterior à alta hospitalar (QUADRO 32), foram observadas poucas relações entre as intenções maternas, quanto aos padrões de amamentação e o desmame. Desta forma não houve diferenças significativas nas proporções de crianças desmamadas, aos três meses de idade, associadas às idades dos bebês nas quais pretendia-se introduzir líquidos, leites ou outros alimentos suplementares, ou substitutos do leite materno. Para o estudo destas associações foram criadas variáveis com categorias acima e abaixo das médias das idades de introdução referidas.

A intenção materna de amamentar em intervalos regulares (QUADRO 32), representou risco adicional para o desmame, entre bebês nascidos no hospital de comparação. Entretanto, não se observou associação entre desmame e intervalo de tempo para retornar ao trabalho ou intenção materna de amamentar, após ter reassumido suas atividades profissionais. Por outro lado, intenção materna relativa à idade do bebê na qual o aleitamento materno deveria ser interrompido, foi marginalmente ( $p=0,07$ ), associada ao desmame, entre crianças nascidas no HGA, considerando, para esta análise bivariada, categorias de idades acima e abaixo de 10 meses.

#### IV.11.5. Impacto dos eventos ocorridos após a alta hospitalar.

Os procedimentos de acompanhamento da coorte revelaram associações importantes entre fatores pós-natais e o perfil de aleitamento materno. Chama atenção

os aspectos relativos aos problemas de saúde das mães e dos bebês ocorridos entre o nascimento e o 1º mês e seu impacto nas proporções de desmame aos 3 meses de idade.

- Doença materna.

Apesar da constatação de que mulheres com partos assistidos nos dois hospitais apresentavam incidências semelhantes ( $p>0,05$ ) de patologias mamárias (26,7% e 29,8%), referidas como causadoras de problemas para a amamentação, seu impacto nas proporções de crianças desmamadas, ao final da observação, é significativamente diferente ao se considerar o local de nascimento (QUADRO 40). Assim as mulheres que deram à luz no HC e tiveram dificuldades de amamentação associadas a peito cheio ou ingurgitado, apresentaram risco relativo para o desmame de 3,1 (IC 95%: 2,1-4,5: ); para aquelas com rachadura de mamilos este risco foi de 1,9 (1,2 a 3,1), enquanto aquelas que referiram mastite como causa de dificuldades o risco observado foi de 2,1 (IC 95%: 1,2 a 3,9). Entre as mães que tiveram seus filhos no HGA, não foram observadas associações significativas, nesta fase da análise, entre qualquer um dos problemas de mama e o desmame.

Para analisar o efeito geral sobre a amamentação da ocorrência de qualquer um dos problemas mamários incidentes, altamente correlacionados entre si (QUADRO 3), criou-se variável síntese de todos eles. Com este procedimento aumentou-se o número de mulheres na categoria de exposição. Mesmo assim, o resultado obtido (QUADRO 40) não diferiu significativamente dos anteriores. Ou seja, mulheres assistidas no HC e, acometidas de qualquer intercorrência mamária no primeiro mês após alta hospitalar, apresentaram, do mesmo modo que para cada intercorrência analisada isoladamente, excesso de risco para o desmame.

- Doença da criança.

A ocorrência de doenças entre as crianças estudadas mostrou comportamento similar àquele descrito para os problemas maternos. Não foram observadas diferenças significativas de incidência (QUADRO 22) de diarreia, infecção respiratória aguda ou febre, segundo o local de nascimento. Entretanto, crianças nascidas no HGA, que tiveram diarreia entre o nascimento e o primeiro mês de vida (QUADRO 41), apresentaram Risco Relativo para desmame de 3,13 (IC 95%: 1,13-7,0) aos três meses de idade. O mesmo não aconteceu com aqueles bebês nascidos no HC. Por outro lado, referência materna de crianças com febre no período de 15 dias anteriores à 1ª visita, acarreta risco significativo de desmame para ambos os grupos de crianças, ao final do seguimento. Apesar de alta incidência de problemas de saúde, ocorridos nas 24 horas que antecederam as visitas, não foi observado qualquer impacto dos mesmos, nas proporções de crianças desmamadas.

- Cuidados pós-natais à saúde.

Como já foi relatado, o acesso da população estudada, aos cuidados de saúde, pode ser considerado alto (QUADRO 24). Para conhecer melhor a repercussão desta assistência nos padrões de amamentação das crianças, analisou-se a relação entre orientação sobre amamentação oferecida e seu impacto na proporção de desmame. Verificou-se que, entre crianças nascidas no HGA (QUADRO 42), a não exposição a este tipo de orientação, no primeiro mês de vida, implicava risco maior de desmame de 4,16 (IC 95%:2,6 -6,6), ao final do seguimento, comparativamente àquelas expostas. Esta relação não foi observada no grupo de crianças do HC. Entretanto, apenas para elas é verificada a associação com o desmame aos três meses de idade, quando se analisa a ocorrência da orientação sobre amamentação, entre a primeira e segunda visitas (RR 2,3; IC 95%:1,3 - 4,2). Exposição às mensagens sobre alimentação infantil, através dos meios de comunicação, teve pouco efeito sobre o padrão de amamentação da coorte. Apenas

crianças nascidas no HGA, cujas mães referiram não haver recebido qualquer mensagem, entre o nascimento do bebê e seu primeiro mês de vida, apresentaram risco significativo para o desmame (RR de 4,30; IC 95%: 1,1-16,9).

#### IV.11.6. Anti-concepção e relação com o desmame.

Já nos primeiros 30 dias pós parto cerca de 20% das mães haviam começado a menstruar (QUADRO 43). Esta proporção foi de 48% até o terceiro mês de vida. Na 2ª visita de seguimento 44,8% das mulheres procedentes do HGA haviam reiniciado seus períodos menstruais, enquanto foi de 53,8% esta proporção entre aquelas do HC. Este evento esteve significativamente ( $p < 0,001$ ) associado ao desmame das crianças nascidas em ambos os hospitais.

O início dos períodos menstruais parece guardar relação com a preocupação das mulheres com anticoncepção. Observou-se que, nos primeiros 30 dias pós-parto (QUADRO 43), 30% das mães procedentes do HGA e 15,1% daquelas do HC, referiam algum meio de anticoncepção, 20,4% e 17,9% delas respectivamente em uso de anti-concepcionais hormonais. Cerca de 50% das mulheres do HGA e 40% daquelas do HC praticavam anti-concepção por ocasião de segunda visita, metade delas em uso de métodos hormonais. Agrupando-se as referências à anticoncepção em duas categorias: hormonais e outros ou nenhuma, não foi possível observar relação significativa, entre estes meios e o desmame.

## IV.12. Análise de sobrevivência

### IV.12.1. Procedimentos univariados:

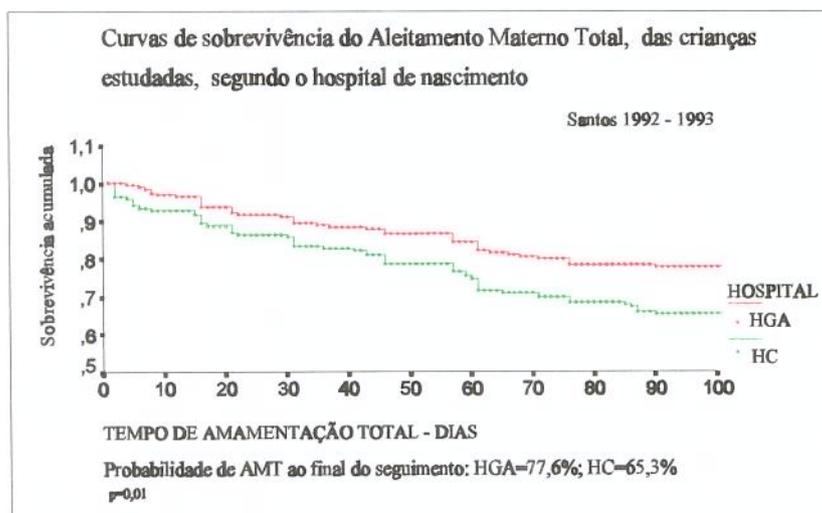
Os procedimentos de análise descritiva, relatados até aqui, demonstraram associações inequívocas, além de tendências de efeito, entre diversas situações de exposição e o padrão de amamentação da coorte estudada. Esta abordagem, contudo é limitada, uma vez que não permite observar as diferenças entre os dois grupos (expostos e não expostos) ao longo do tempo. Com o objetivo de superar estes limites e aprimorar os critérios de seleção de variáveis para procedimentos de análise multivariada, passou-se a utilizar os recursos de técnicas de sobrevivência, descritos a seguir.

As estimativas das funções de sobrevivência da amamentação foram feitas utilizando-se técnicas não paramétricas desenvolvidas por KAPLAN & MEIER em 1958 (LEE, 1980). A escolha desta abordagem é justificada tendo em vista que, estimativa da probabilidade do evento (falha), a cada ponto do período de observação, possível a partir do proposto por estes autores, é mais adequada do que as estimativas feitas em tábua de vida, através de médias em intervalos de tempo. Outra razão para a escolha deste procedimento é o fato de estar sendo analisada uma amostra de tamanho moderado, podendo-se considerar, muitas vezes como raros, os eventos ocorridos durante o período de observação. As diferenças entre as curvas de sobrevivência do aleitamento materno total (AMT) de crianças expostas e não expostas às condições examinadas, foram testadas por método de Log Rank e valores de "p" correspondentes, considerando-se como significativos, para rejeitar a hipótese de não diferença entre as curvas, valores de "p" inferiores a 5% (IC 95%).

Observou-se inicialmente que, a duração do AMT é significativamente maior ( $p=0,01$ ) entre as mães assistidas no HGA. Aos três meses de idade a probabilidade da criança estar sendo amamentada, tendo nascido no HGA era de 77,63%, enquanto para

as crianças do HC era de 65,32% ( $p < 0,01$ ). A diferença manteve-se sistemática e progressivamente maior ao longo do período de observação, como mostra a figura abaixo.

Figura 17:



#### IV.12.1.1. Antecedentes maternos

Condições sociais maternas, que não se apresentaram associadas aos riscos de interrupção da amamentação, passaram, na descrição de sobrevivência, a mostrar efeito quando a análise considerava sub-grupos de mães com baixa escolaridade (sem escolaridade ou primário completo) e baixo poder de consumo (posse de 3 ou menos itens de bens duráveis), comparado com o sub-grupo complementar. O impacto na aceleração da ocorrência de desmame associado a estas condições pode ser verificado para crianças nascidas em ambos os hospitais. Entretanto, os riscos de interrupção da amamentação, ao longo da observação, guardam certa proporcionalidade apenas entre crianças nascidas no HGA.

Figura 18:

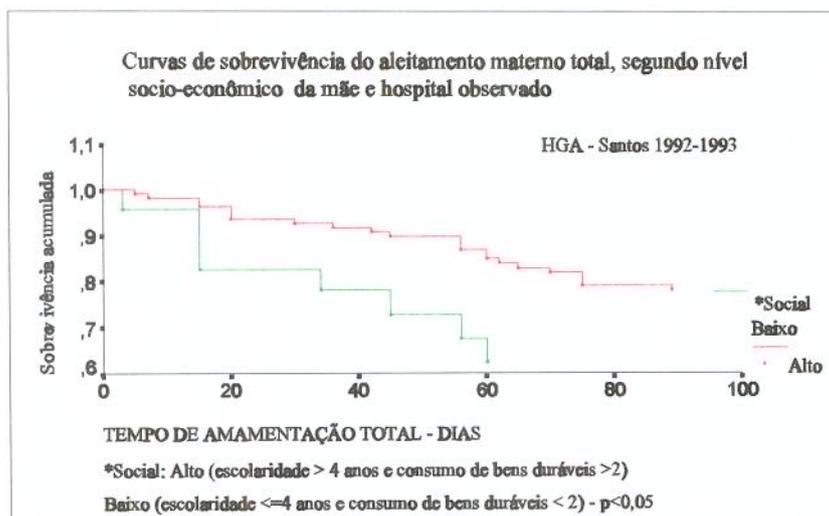
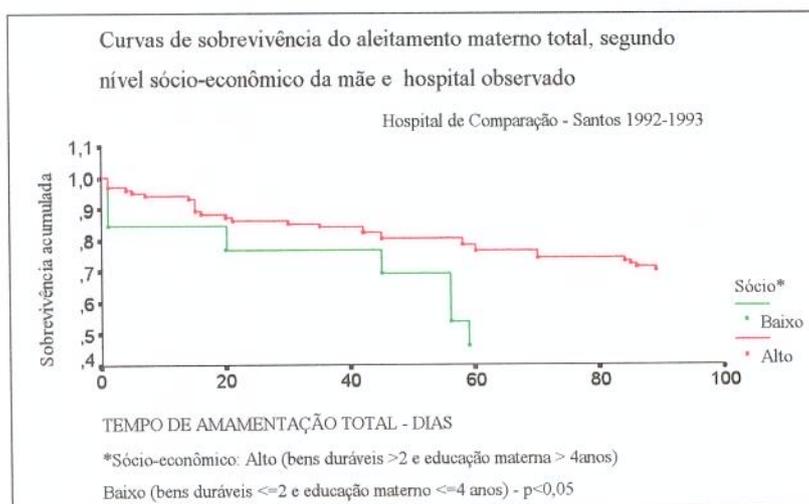


Figura 19:



Antecedentes relativos à assistência pré-natal, tanto referentes ao número médio de consultas, quanto ao fato de ter a mãe recebido, ou não, orientação sobre amamentação, não demonstraram qualquer efeito sobre as probabilidades de interrupção da amamentação. Por outro lado, a experiência materna de ter amamentado o filho anterior, por período superior a 6 meses (mediana de duração para os dois grupos), garantiu maior probabilidade de sucesso com o filho atual, entre mães cujos partos tenham sido assistidos em qualquer dos dois hospitais.

Figura 20:

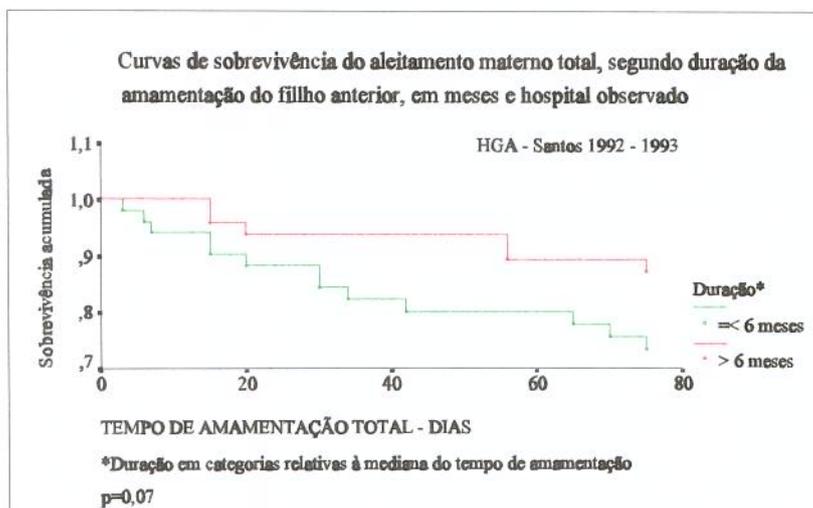
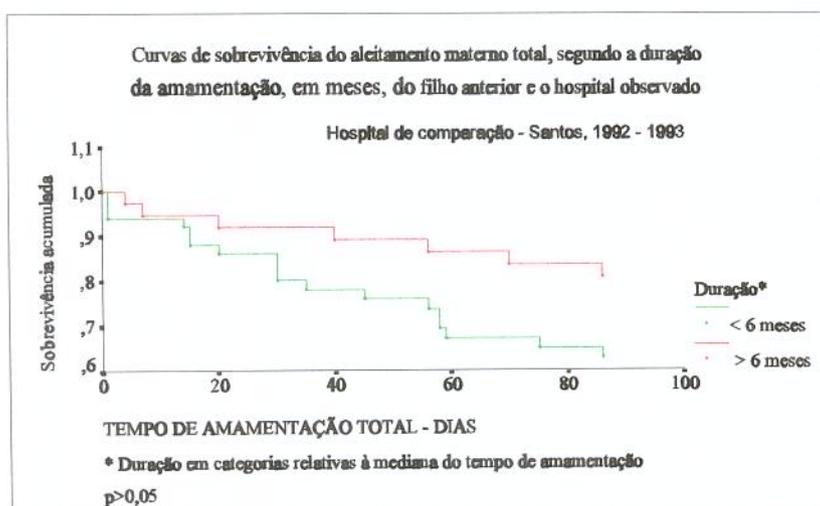


Figura 21:



#### IV.12.1.2. Condições assistenciais durante a internação.

Algumas condições de assistência ao parto, na análise de sobrevivência, produziram impacto nos padrões de amamentação das crianças nascidas no HGA, porém, não entre aquelas nascidas no HC. Mães, cujos partos, no HGA, foram cirúrgicos, mediante raque anestesia ou que foram expostas a outros medicamentos (analgésicos, indutores de parto, antibióticos e outros), desmamaram seus filhos mais precocemente,

que aquelas mulheres submetidas a cuidados de menor grau de intervenção. Estes resultados confirmam aqueles observados na análise bivariada.

Figura 22:

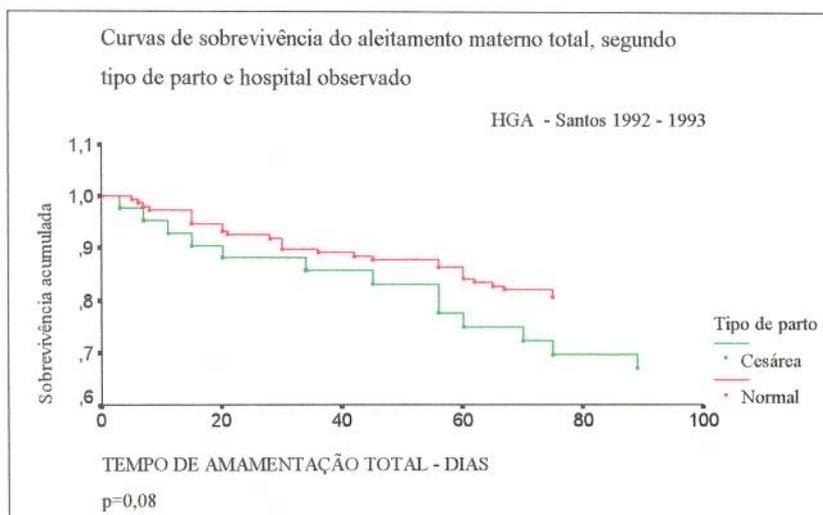
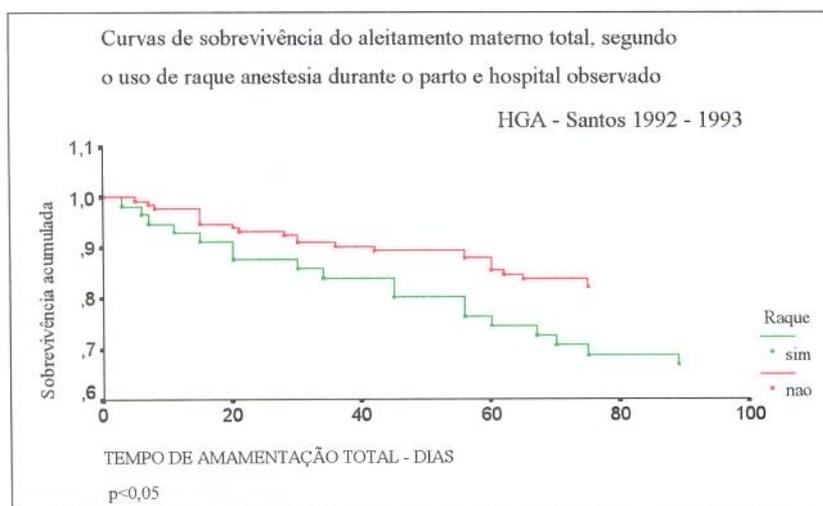


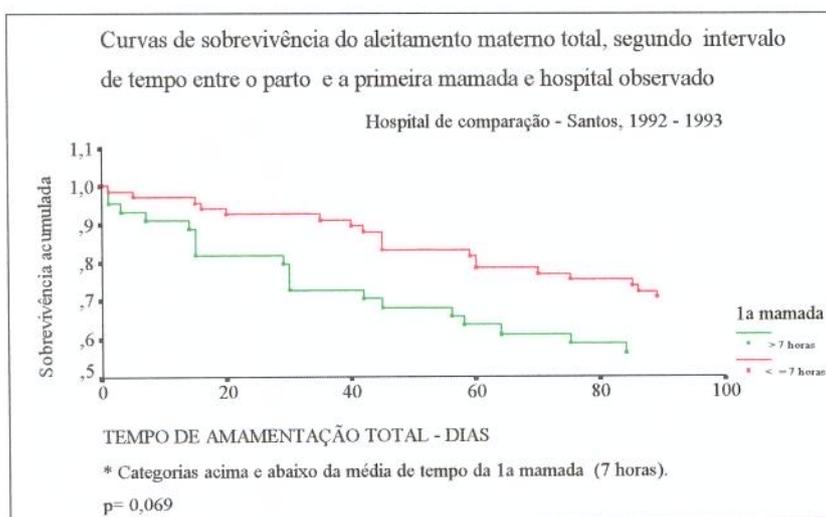
Figura 23:



Por outro lado, outras características relacionadas à assistência hospitalar, que também diferenciam os dois hospitais, não produziram efeito nas probabilidades de desmame ao longo do seguimento. O tempo transcorrido entre o parto e a primeira mamada, a separação de mãe e filho por mais de 15 minutos e primeira mamada ter ocorrido na sala de parto, não modificaram, de forma significativa, os padrões das curvas

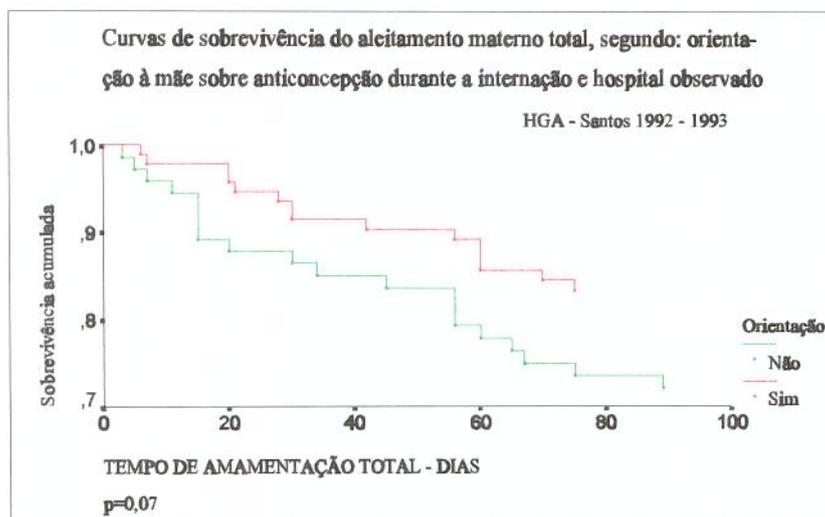
de amamentação. Verificou-se exceção entre as crianças do HC, que apresentaram curvas de sobrevivência da amamentação diferentes ( $p=0,06$ ), segundo o tempo transcorrido entre o nascimento e a primeira mamada. Aquelas que foram amamentadas após intervalo de tempo maior que o valor da média do grupo (7 horas), foram desmamadas mais precocemente.

Figura 24:



Orientações oferecidas às mães, durante o período de internação, também, não diferenciaram as curvas de amamentação. As probabilidades de desmame não foram diferentes se: a mãe recebeu ajuda para a primeira mamada, participou de orientação sobre amamentação em grupo ou individualmente, nem mesmo se recebeu orientação para extração manual de leite. Apenas orientação sobre anticoncepção, oferecida no puerpério imediato, apresenta tendência a proteger do desmame precoce as crianças nascidas no HGA.

Figura 25:



#### V.12.1.3. Conhecimento, intenção e habilidade da mãe

Observou-se também, nos procedimentos de análise de sobrevivência, que os conhecimentos das mães sobre amamentação, tiveram pouco impacto nas probabilidades de desmame. Constituiu exceção, entre as mães de crianças que nasceram no HC, a referência à necessidade de aumentar a ingestão de líquidos, para aumentar a produção de leite materno. Entretanto, não foram observados efeitos na duração da amamentação entre mães que referiram conhecimentos sobre condições que mostram ser seu leite suficiente às necessidades de suas crianças.

Figura 26:

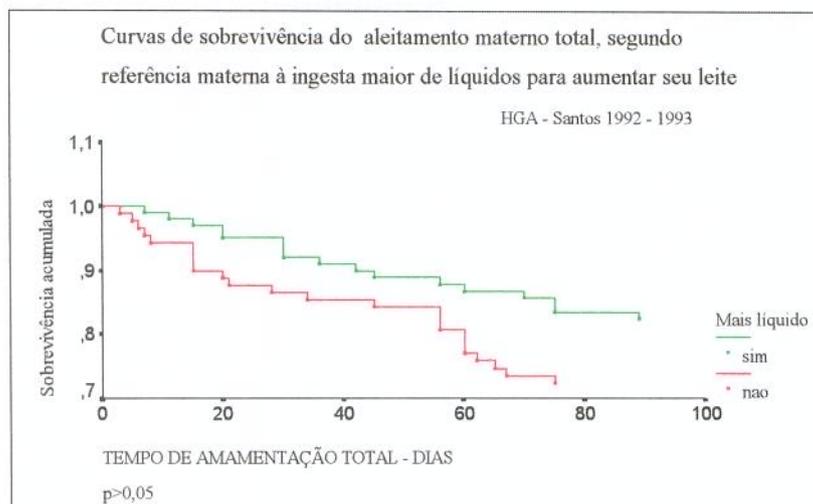
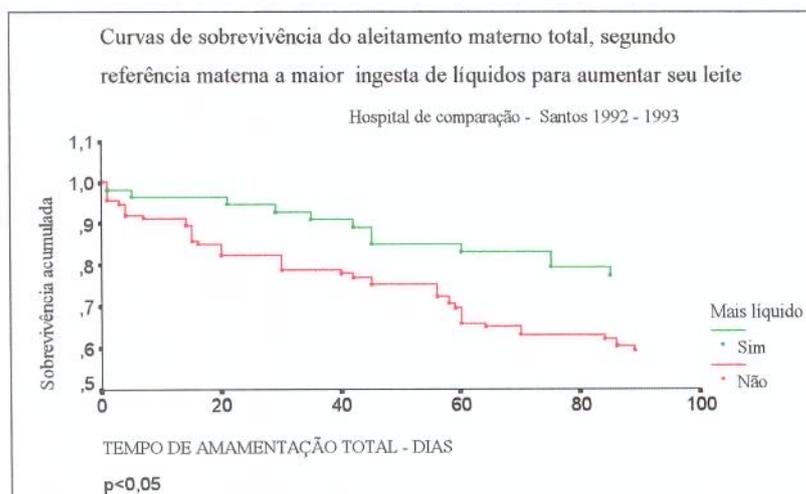


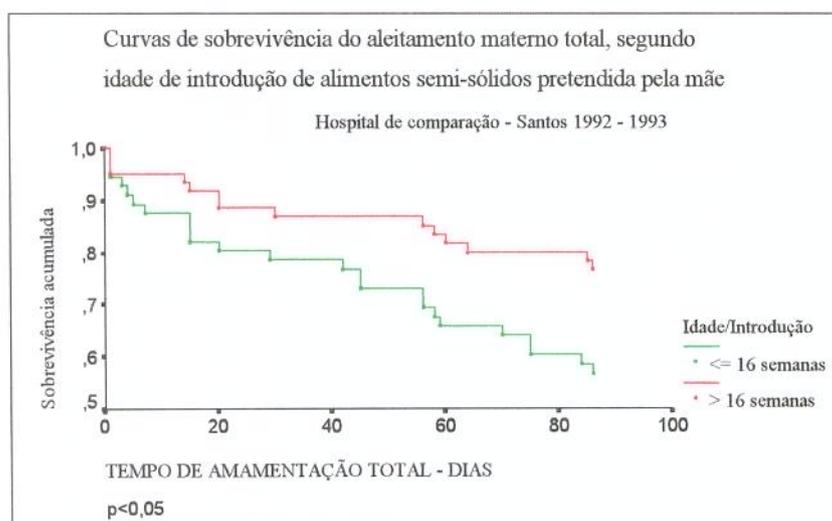
Figura 27:



Entre as intenções das mães sobre os padrões de amamentação julgados por elas mesmas, como os mais adequados aos seus filhos, a idade para introdução de alimentos semi-sólidos tem, entre as crianças nascidas no HC, curvas de sobrevivências significativamente diferentes ( $p < 0,05$ ). O ponto de corte, para a construção desta curva, foi a idade para introdução de alimentos, abaixo e acima de 16 semanas, que constituiu a mediana referida para este grupo. Esta condição é altamente correlacionada

(QUADRO 3) com as variáveis relativas às orientações recebidas, nos dois hospitais, sobre introdução de líquidos e leites artificiais.

Figura 28:



As referências maternas sobre suas habilidades no processo de lactação possuem tendências a gerar curvas de sobrevivência diferentes. Durante o pós-natal imediato, ser capaz de amamentar sem ajuda profissional, de extrair próprio leite e de acertar posição adequada, para que o bebê pegue bem o seio, pode significar aumento das probabilidades de manter o aleitamento materno até o terceiro mês de vida da criança. As condições de ser ou não capaz de amamentar sozinha e conseguir "boa pega" para o bebê, apresentam curvas de sobrevivência com diferenças estatisticamente significantes entre as crianças nascidas no HC.

Figura 29:

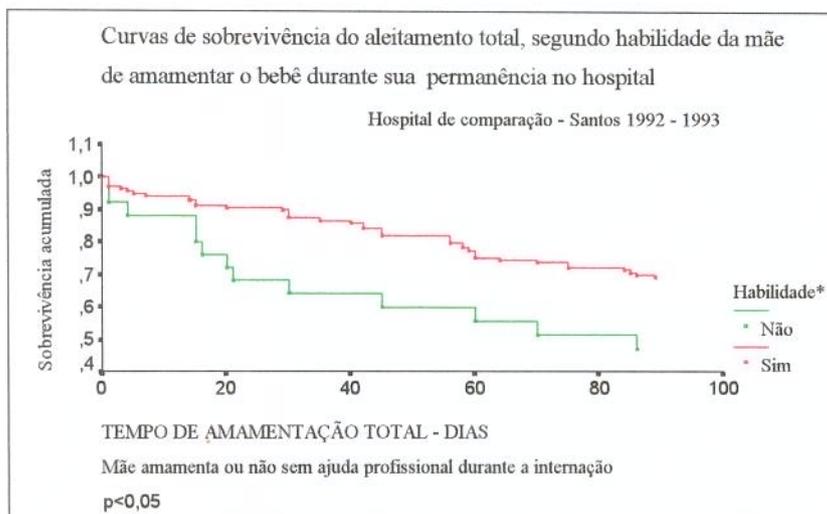
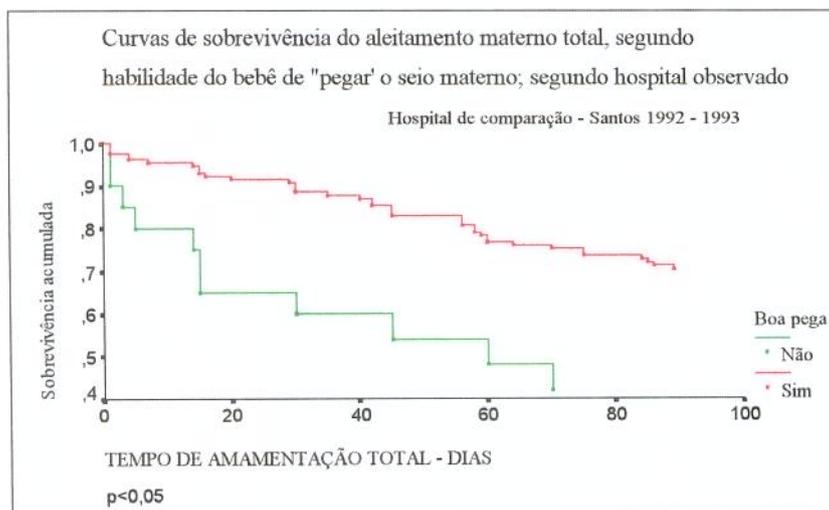


Figura 30:



#### IV.12.1.4. Intercorrências à saúde da mãe e da criança.

As curvas de sobrevivência do aleitamento materno total (AMT) são significativamente diferentes, entre as crianças que se apresentaram com diarreia e/ou febre nos 15 dias que antecederam, a primeira e a segunda visita, quando comparadas àquelas que permaneceram saudas durante período. Episódios de diarreia ou febre nos

15 dias prévios às 1ª visitas resultaram em maior impacto, tanto para crianças nascidas no HGA quanto no HC; entretanto os riscos não se mativeram proporcionais ao longo do período de seguimento.

Figura 31:

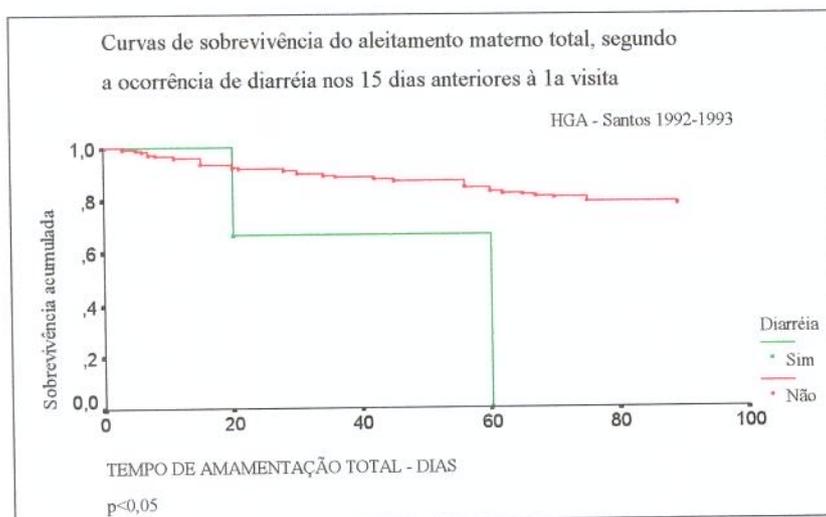
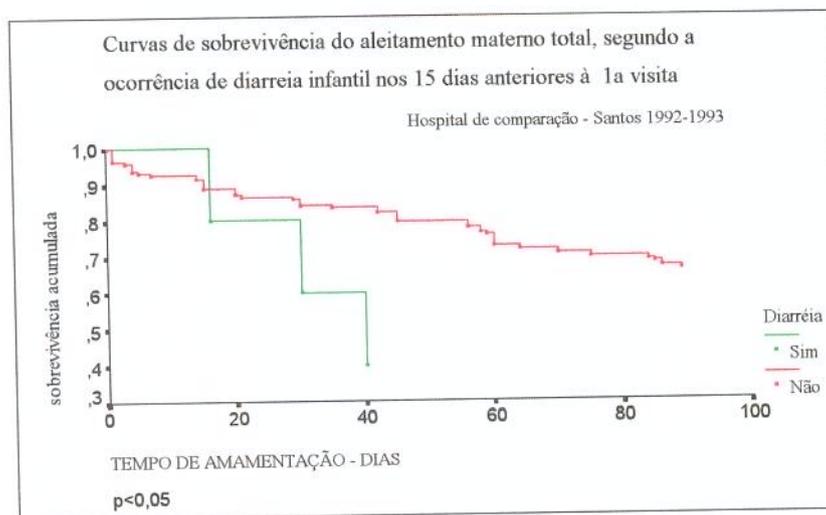


Figura 32:



Considerando a ocorrência de diarreia, nos 15 dias que antecederam a 1ª ou 2ª entrevista domiciliar, foram obtidas curvas de sobrevivência expressando riscos de desmame menos variáveis ao longo do seguimento. A diferença foi estatisticamente significativa ( $p=0,02$ ), apenas para as crianças nascidas no HC.

Figura 33:

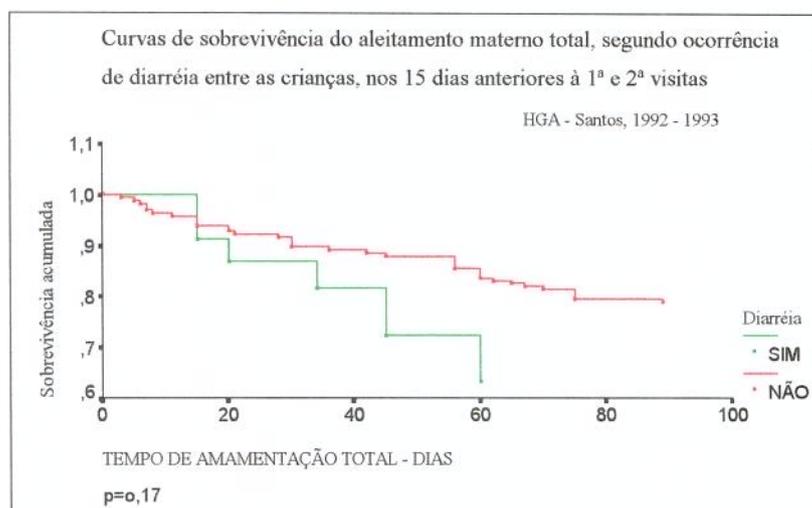
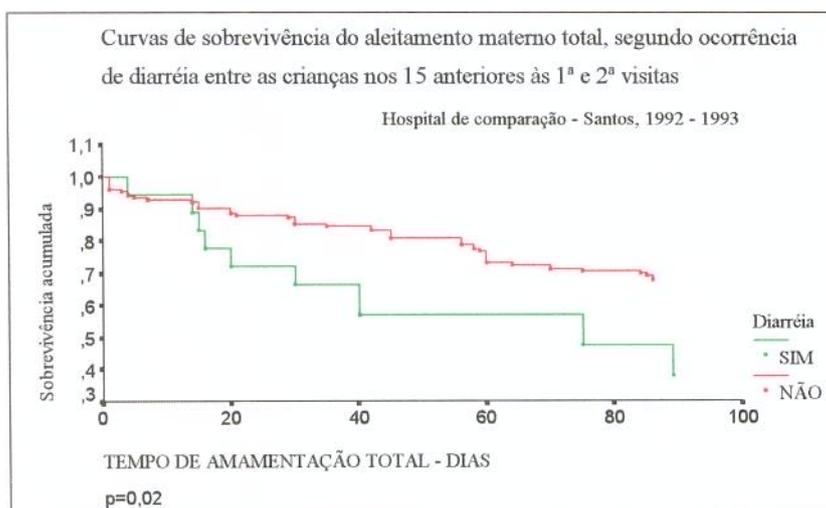


Figura 34:



Analisou-se também, o comportamento do AMT considerando-se a exposição das crianças a episódios de diarreia ou de febre, nos 15 dias anteriores à primeira visita. Este procedimento permitiu a obtenção de curvas de sobrevivência, com número maior

de casos e manutenção do nível de significância das diferenças entre expostos e não expostos a estas intercorrências. Entretanto são curvas para as quais não se obteve proporcionalidade do risco ao longo do seguimento.

Figura 35:

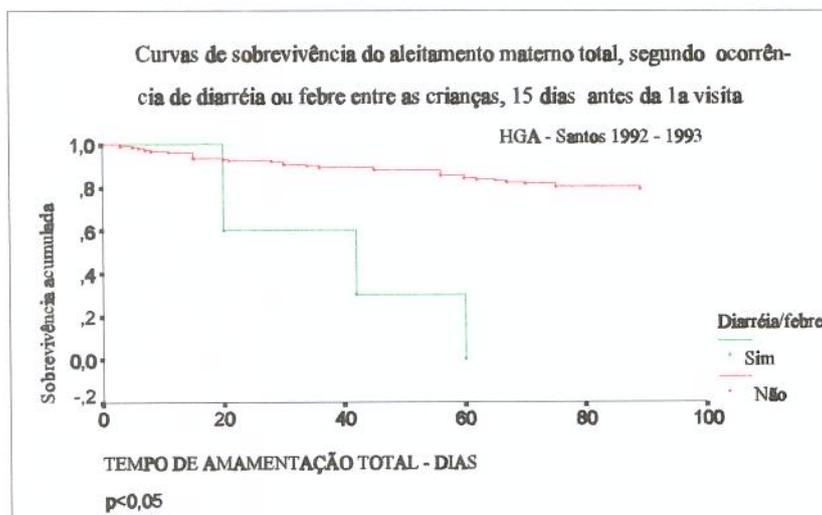
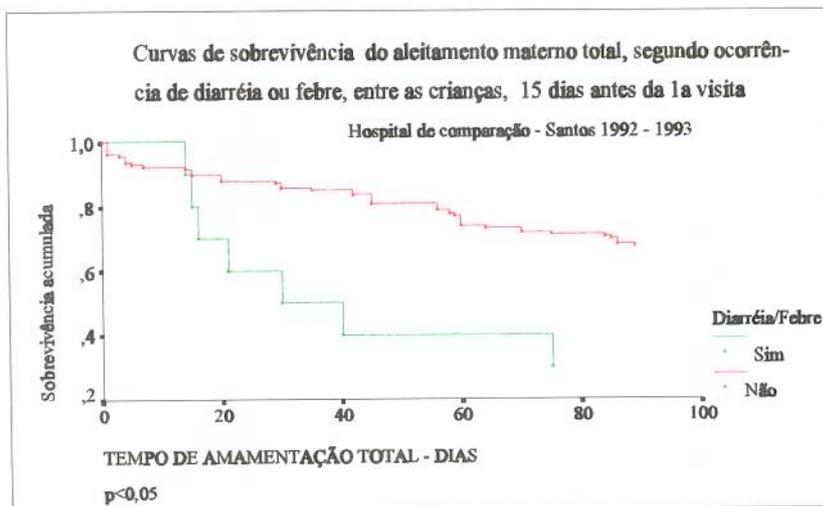


Figura 36:



Do mesmo modo que na análise bivariada, referências maternas a intercorrências à saúde, especificamente aquelas que implicaram em dificuldades subsequentes para amamentar, originaram curvas de sobrevivências diferentes daquelas

de crianças, cujas mães não apresentaram tais problemas. Estas diferenças são quase que exclusivas das crianças que nasceram no hospital de Comparação e são significativas apenas para ocorrências entre o nascimento e o primeiro mês de vida. Estas curvas mostram impacto na duração da amamentação associado a: peito cheio ou ingurgitado, rachaduras de mamilos e mastite. Ter tido qualquer um destes problemas, resumidos em uma única variável, também mostra estas diferenças, entre crianças nascidas no HC.

Figura 37:

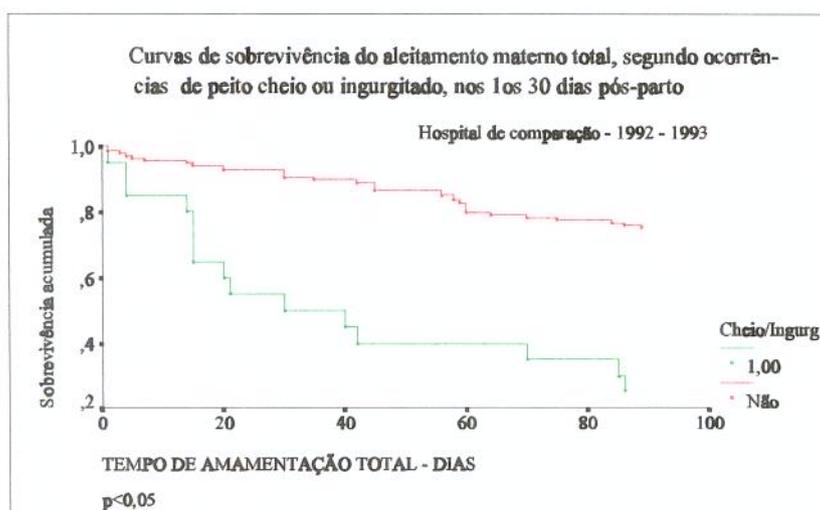


Figura 38:

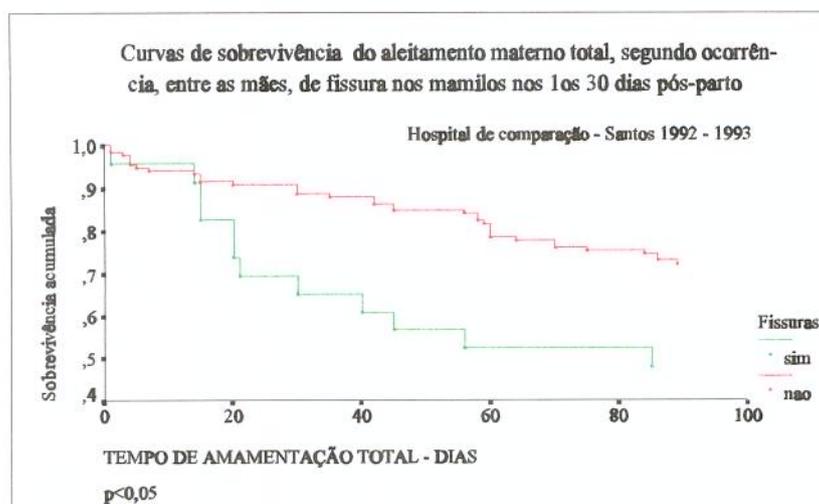
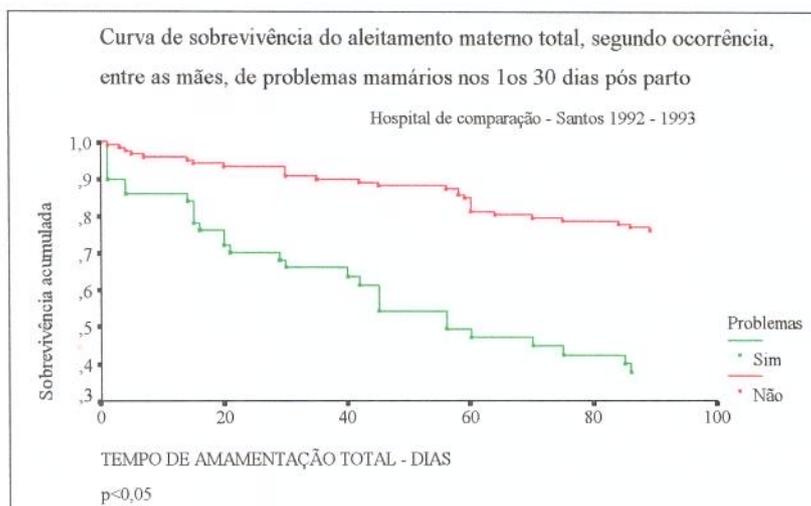
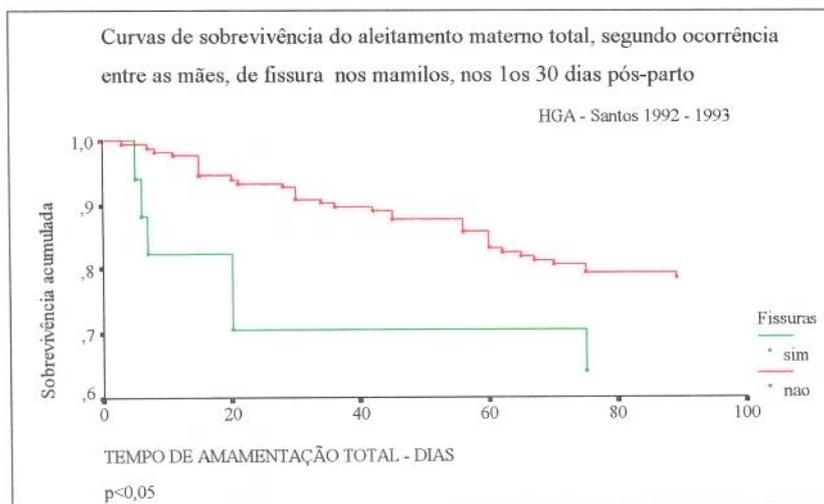


Figura 39:



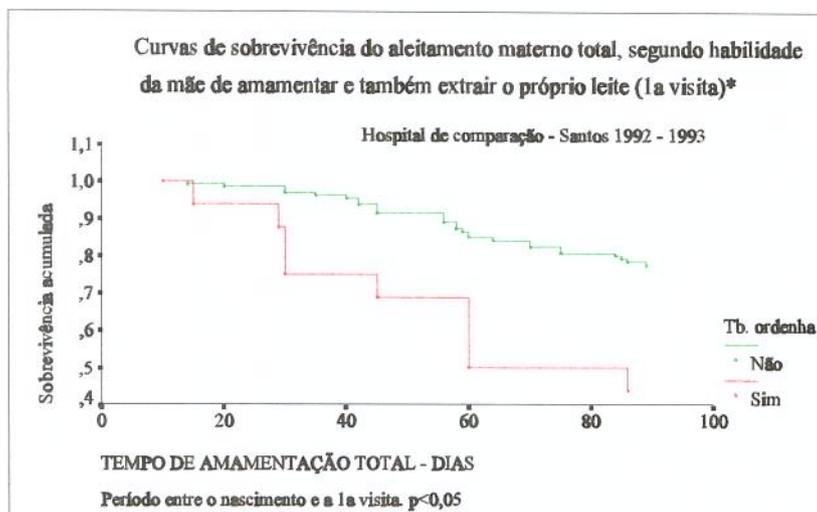
Entre as mulheres, assistidas no HGA, apenas a variável "fissuras nos mamilos", nos primeiros 30 dias após o parto, apresenta tendência de diferenças nas curvas de sobrevivência da amamentação de crianças com mães expostas ou não a este problema.

Figura 40:



Mães de crianças nascidas no HC, que referiram prática de extração de leite, nos primeiros trinta dias pós-parto, apresentaram pior desempenho de amamentação, comparativamente às demais.

Figura 41:



Mulheres de ambos os grupos observados, que referiram ter recebido orientação sobre aleitamento, no período compreendido entre o nascimento e a 1ª visita de seguimento, amamentaram seus filhos por mais tempo, comparativamente às demais. Orientações recebidas entre os 30 e 90 dias pós parto tiveram impacto somente entre crianças nascidas no HC, embora mostre tendência de proteção entre aquelas do HGA.

Figura 42:

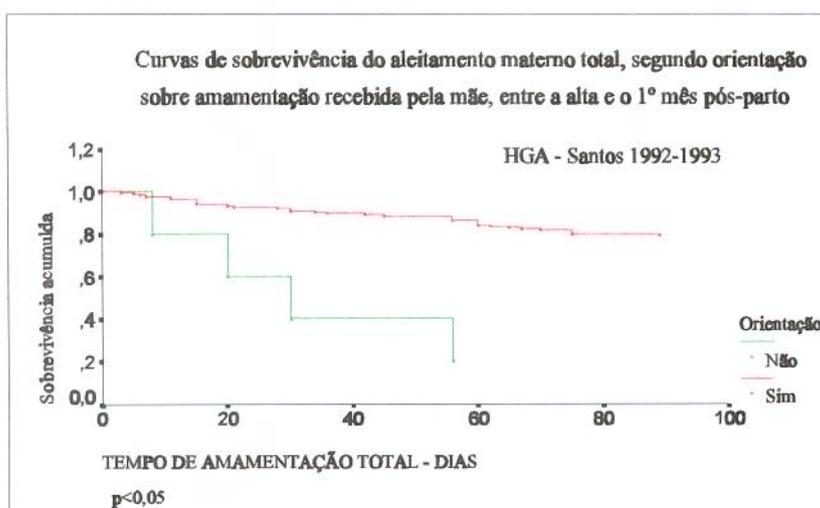
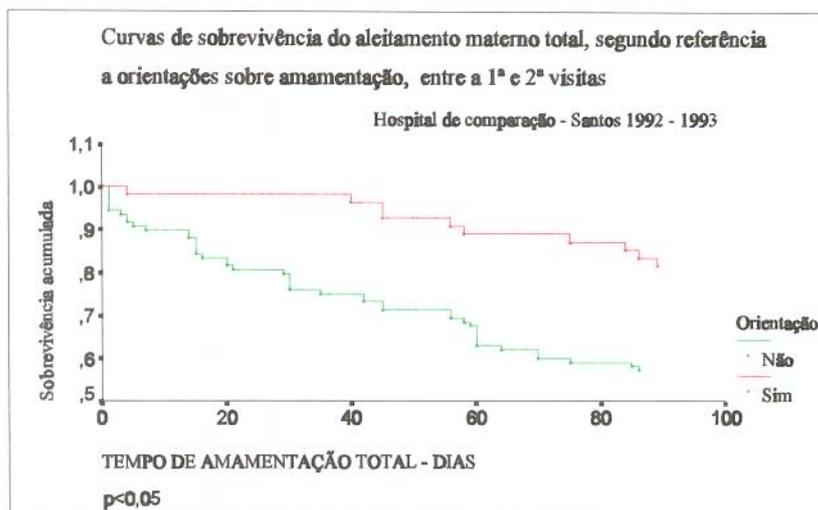


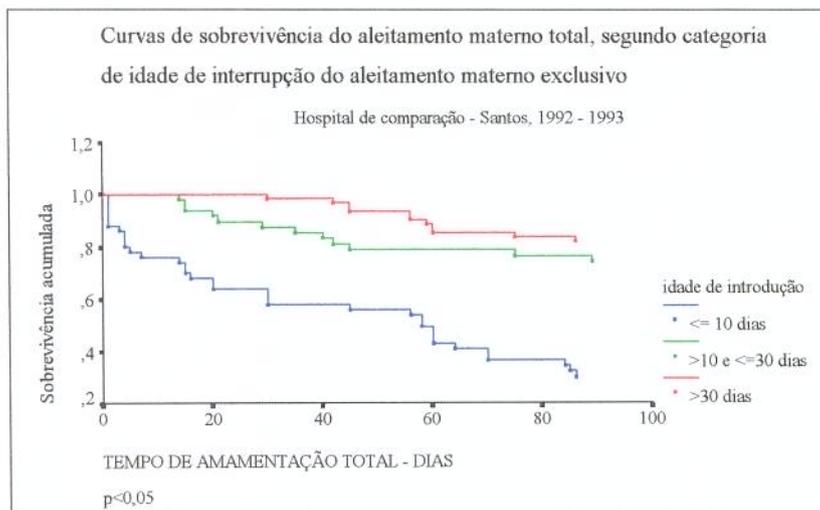
Figura 43:



#### IV.12.1.5. Impacto dos alimentos complementares.

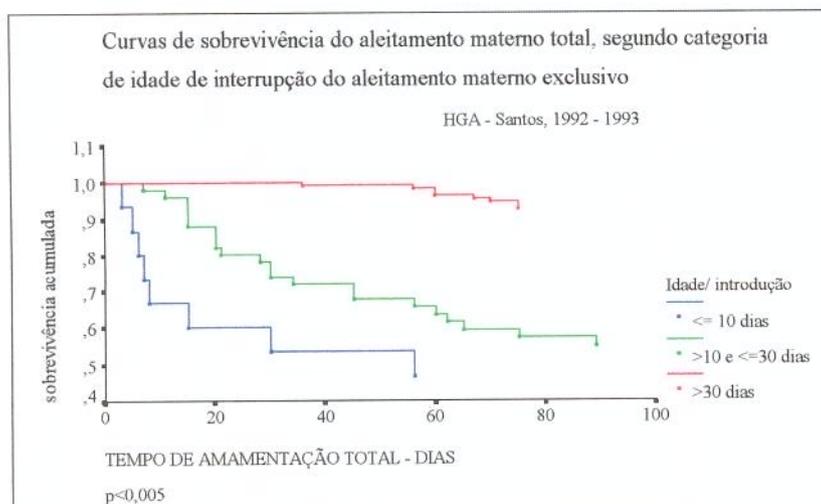
Buscou-se ainda, dentro dos procedimentos descritivos, conhecer o impacto sobre a duração do AMT, resultante da introdução precoce de alimentos na dieta das crianças estudadas. Nestas populações, a interrupção do aleitamento materno exclusivo (AMEX), a partir da introdução de água, chá ou outros alimentos, originou curvas de sobrevivência do aleitamento materno total (AMT), significativamente diferentes ( $p < 0,05$ ; 95 %IC), segundo as categorias de idades consideradas. Aos 90 dias de idade (QUADRO 44), a probabilidade de desmame era de 69,9%, entre os nascidos do HC, se estes haviam recebido qualquer alimento, como complemento ao leite materno, nos primeiros 10 dias de vida. Observou-se probabilidade de 21,1 % se esta introdução se dava após o décimo dia.

Figura 44:



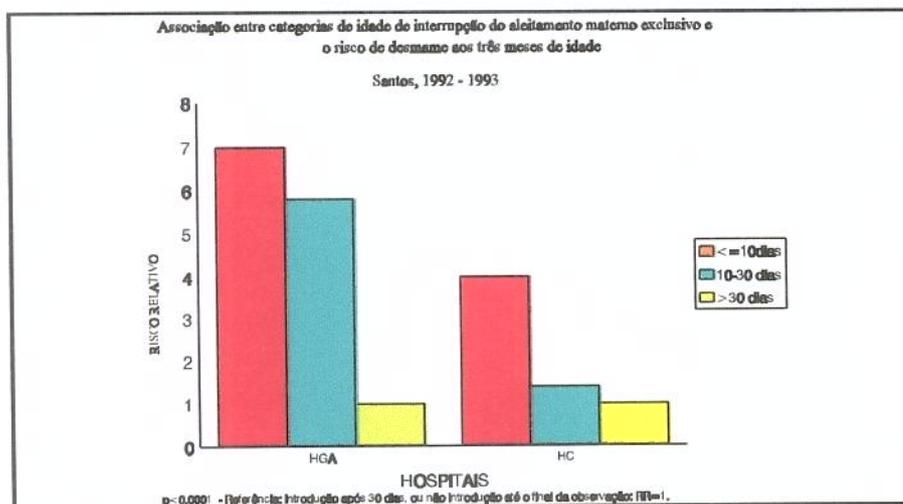
Estas diferenças de probabilidades, segundo a idade de introdução de alimentos complementares, foram também verificadas entre as crianças procedentes do HGA. Para a introdução de alimentos referida nos 10 primeiros dias pós-parto, a probabilidade de interrupção da amamentação foi de 46,7% e de 81,2%, se a suplementação ocorria a partir desta idade. As diferenças observadas são estatisticamente significantes ( $p < 0,001$ ), tanto entre idades diferentes de introdução no mesmo grupo, quanto para comparações dos efeitos da introdução precoce de alimentos, entre crianças dos dois hospitais.

Figura 45:



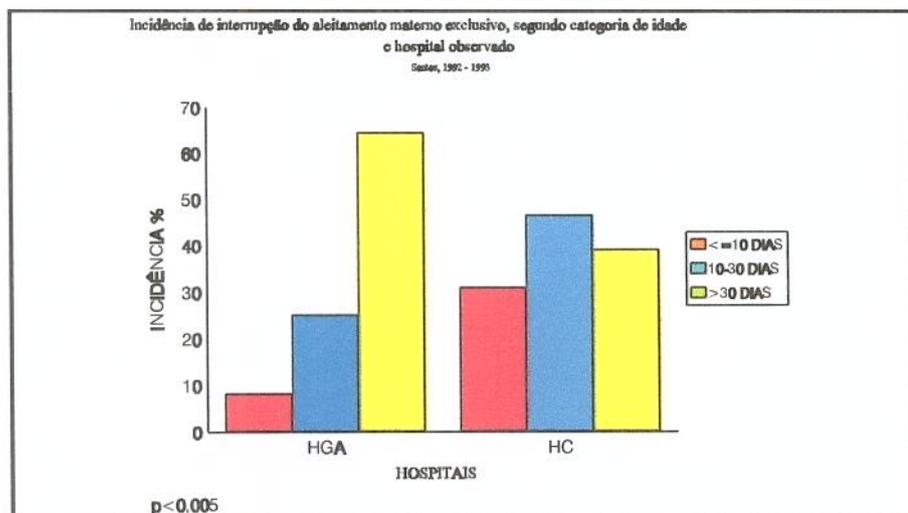
Expressando os efeitos adversos da introdução precoce de alimentos complementares, através de cálculo dos Riscos Relativos (QUADRO 45), observou-se que, entre crianças nascidas no HGA, a interrupção do AMEX nos primeiros 10 dias de vida implicava um excesso de risco de 7,0 (95% IC:3,2-15,3), enquanto que entre as aquelas nascidas no HC este risco foi de 4,0 (95% IC:2,2-2,9). Riscos intermediários foram observados na faixa etária entre 10 e 30 dias de idade. Foram significativos os testes de MANTEL & HAENZEL, para a análise das tendências de declínio dos valores dos riscos relativos, entre as categorias de idades analisadas.

Figura 46:



Se de um lado, os riscos são menores para os bebês nascidos no HC, por outro lado, é maior, entre eles, o número (QUADRO 45) dos expostos à introdução de alimentos complementares, em idades inferiores àquela tomada como referência para o cálculo do risco relativo (30 dias).

Figura 47:



Muitos pediatras brasileiros referem ser a introdução de água e chá, complementarmente ao leite materno, inócua no sentido de acrescentar riscos de desmame ou de doença. Acreditam ainda, que sendo este um hábito cultural muito arraigado na população tornasse difícil de ser abolido. Com o objetivo de esclarecer melhor esta colocação foi analisada a suplementação do leite materno apenas com água e ou chá e sua possível associação com desmame do bebê, aos três meses de idade. Para este procedimento criou-se a variável idade de introdução de água e ou chá com duas categorias: introdução com 10 dias ou menos e introdução com mais de 10 dias. As curvas de sobrevivência da amamentação mostradas abaixo servem para enfatizar os riscos a que as crianças estão expostas, apenas com a introdução destes alimentos considerados erroneamente inofensivos.

Figura 48:

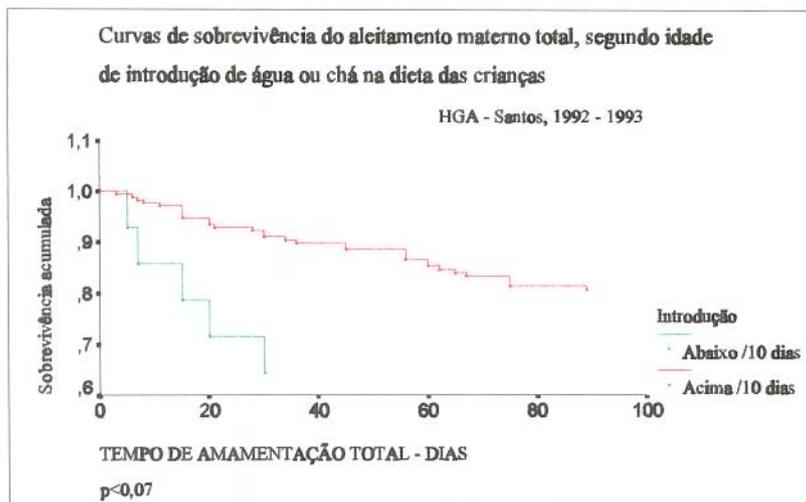
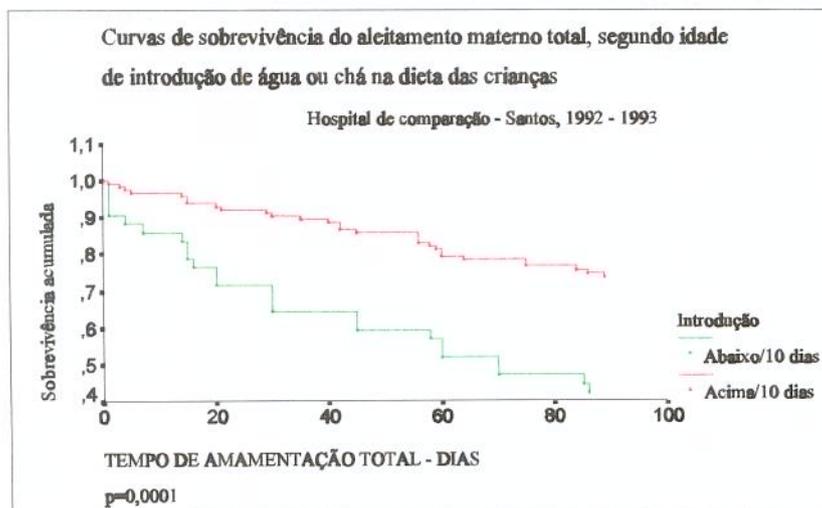


Figura 49:



Análise de sobrevivência, pelo método de KAPLAN & MEIER, demonstrou também, o impacto da suplementação da amamentação com outros leites. Crianças que receberam qualquer tipo de suplemento lácteo, tiveram menor duração do AMT, quanto menor era o estrato etário no qual se dava a introdução destes alimentos. Foram significantes os testes estatísticos das diferenças entre as diversas curvas de sobrevivência mostradas abaixo ( $p < 0,05$ ), considerando as populações dos dois hospitais de estudo. Aqui, os pontos de corte para o estabelecimento dos estratos de idade foram

diferentes daqueles utilizados para a análise da interrupção do AMEX e seguiram a distribuição de frequência de crianças expostas ao leite suplementar, conveniente a esta análise estratificada.

Figura 50:

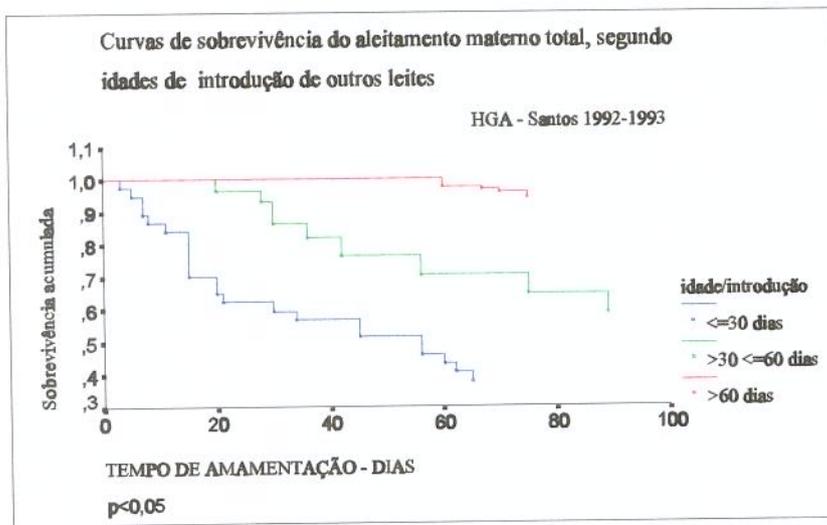
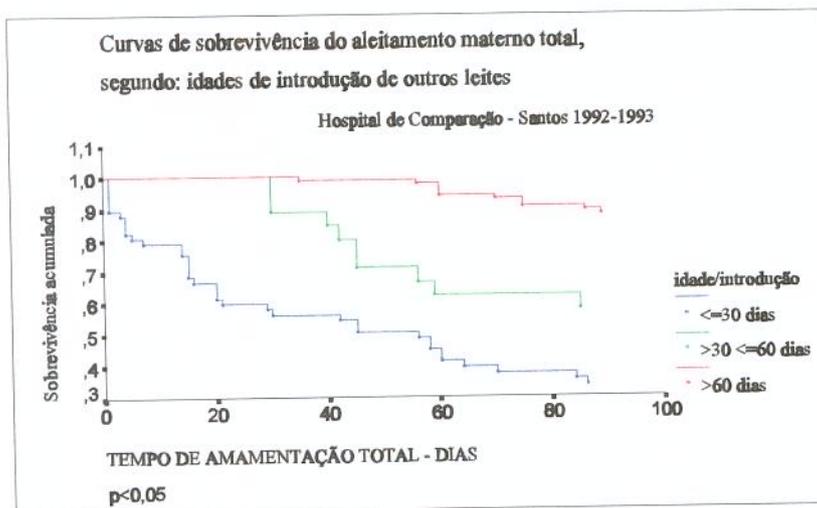


Figura 51:



Os riscos relativos calculados, tomando como referência faixas de idades de introdução de leite mais altas, mostraram tendência de aumento à medida em que a suplementação do leite materno se dava mais precocemente (QUADRO 45). Para crianças com introdução de leites até 30 dias de vida, comparando-se com aquelas, para

as quais este fato aconteceu depois de 60 dias do nascimento, estes riscos foram: entre crianças do HGA, 10,6 (95% IC: 4,94-22,63) e entre aquelas do HC de 13,3 (95% IC: 5,26-34,64). Aqui, também foram verificadas incidências maiores de suplementação, com leites artificiais, em idades mais precoces, no grupo de crianças nascidas no HC.

Figura 52:

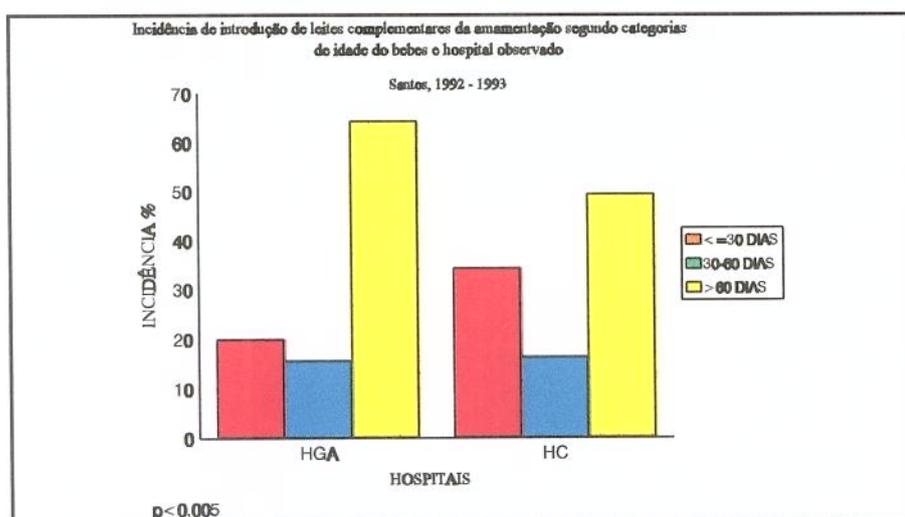
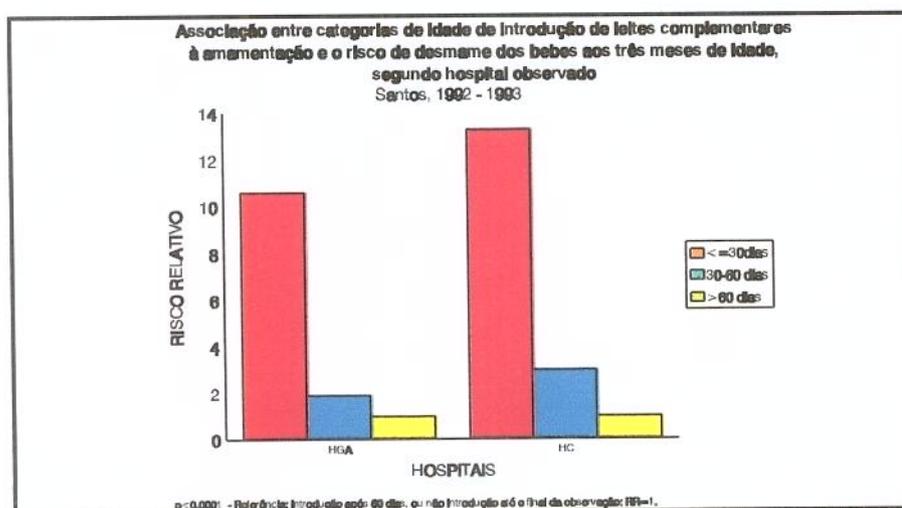


Figura 53:



A probabilidade de manutenção da amamentação até o final do seguimento, entre crianças que receberam leites complementares ainda no primeiro mês de vida, é de apenas 33,7% e 37,8% no HC e HGA, respectivamente. Para as crianças que

receberam estes complementos a partir dos 2 meses de vida as probabilidades de continuarem amamentadas até os 3 meses é de 87,8% entre bebês nascidos no HC e de 94,1%, entre aqueles nascidos no HGA. As diferenças entre os estratos de idade são estatisticamente significantes ( $p < 0,05$ ).

Segundo estes resultados e aqueles obtidos através dos Riscos Relativos, uma vez tendo sido introduzido leite, como complemento da amamentação, os riscos de desmame são altos e equivalentes entre os dois grupos de crianças observados. Chamou a atenção o fato de que a maioria das mães (71,4% do HGA e 67% do HC) refere introdução de leite à dieta dos bebês, no mesmo dia referido para o desmame ou no dia subsequente. Para estas mães, a introdução de leite já significava o procedimento do desmame, não se observando, portanto, para elas, um processo progressivo partindo da introdução de alimentos não lácteos, para os lácteos e por fim o desmame.

A interrupção abrupta da amamentação, verificada em cerca de 70% das crianças, reflete-se no intervalo médio entre a introdução de leite e o desmame, que é de 7,3 dias entre os bebês do HGA e de 11 dias entre aqueles do HC. Estes intervalos médios sobem para 31,5 dias e 39 dias quando são consideradas as introduções de leite apenas no período que antecede a referência de idade do desmame. Nesta coorte isto é verificado em aproximadamente de 30% dos bebês.

#### **IV.13. Análise de sobrevivência multivariada.**

A análise descrita a seguir busca atender ao objetivo deste trabalho no que se refere à identificação de condições preditoras de risco de desmame na população de estudo. Utilizaram-se os procedimentos analíticos do modelo de sobrevivência multivariada de riscos proporcionais de COX (LEE, 1980), atendendo-se às condições exigidas para seu uso, conforme já referido na metodologia. Nestes procedimentos são apresentadas, separadamente, as análises para a população de cada hospital.

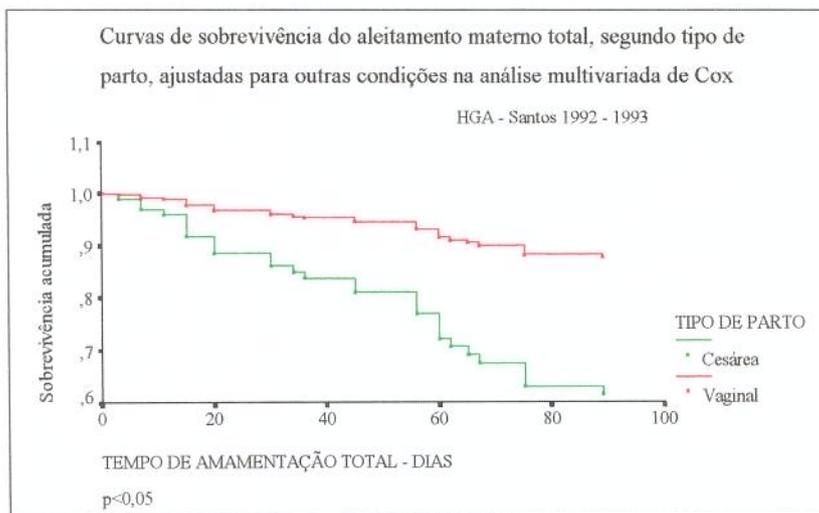
#### IV.13.1. Determinantes da duração do AMT - HGA.

O modelo analítico que melhor ajustou as variáveis de interesse, na população oriunda do Hospital Guilherme Álvaro (ANEXO 2), continha as variáveis que descrevem: a) condições assistenciais ligadas ao tipo de parto e orientação fornecida à mãe sobre meios anticoncepcionais na presença da amamentação; b) habilidade materna para extrair o próprio leite, durante o período de internação; c) referência materna, no momento da alta hospitalar, sobre a necessidade de aumentar a sua ingestão de líquidos para obter maior produção de leite; d) assistência pós-natal refletida pela orientação sobre aleitamento materno recebida após alta hospitalar e o primeiro mês de vida; e) ocorrência de diarreia nos 15 dias que antecederam a primeira ou a segunda visita; f) ocorrência de rachadura nos mamilos nos primeiros 30 dias após o parto; g) idade de interrupção da amamentação exclusiva, medida em categorias "igual ou inferior a 10 dias" e "superior a 10 dias" ; h) condição social materna medida pela combinação de escolaridade e índice de posse de bens duráveis.

Do total de 192 crianças nascidas no HGA e presentes na amostra observada, 149 entraram nos procedimentos de modelagem iterativa. Destas, 31 desmamadas (76,2%) no total de 42 que tiveram a amamentação interrompida nos primeiros 3 meses de vida.

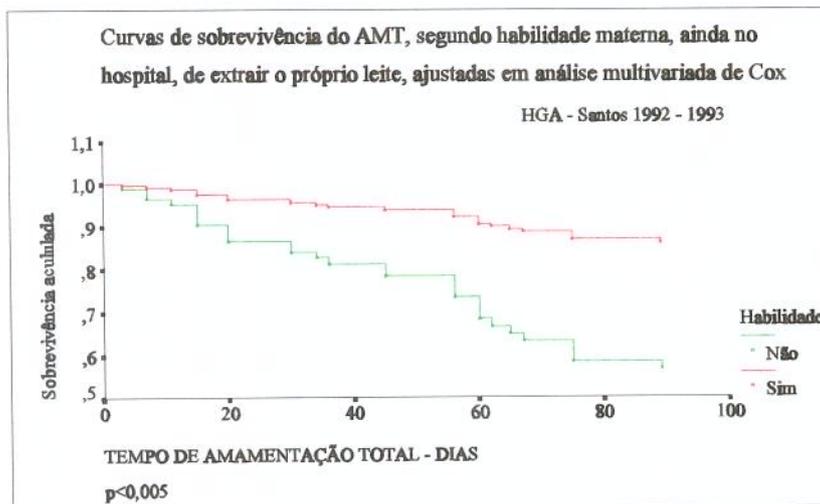
Entre as variáveis com impacto significativo sobre as probabilidades de desmame ao final do seguimento da coorte (Quadro 47), três delas são direta ou indiretamente consequentes à assistência hospitalar: tipo de parto, capacidade da mãe de extrair manualmente o próprio leite e conhecimento materno sobre meios para aumentar a produção de seu leite. Nesta população partos por cesárea acarretam risco de 1,7(IC 95%: 1,13-2,58) e correlação com a diminuição no tempo do AMT de 12,3%.

Figura 54:



Crianças filhas de mães que não conseguem extrair o próprio leite, estão submetidas a risco de desmame em torno de 1,8 (IC 95%:1,16 - 2,94). Esta condição explica cerca de 12% da variação no tempo de AMT.

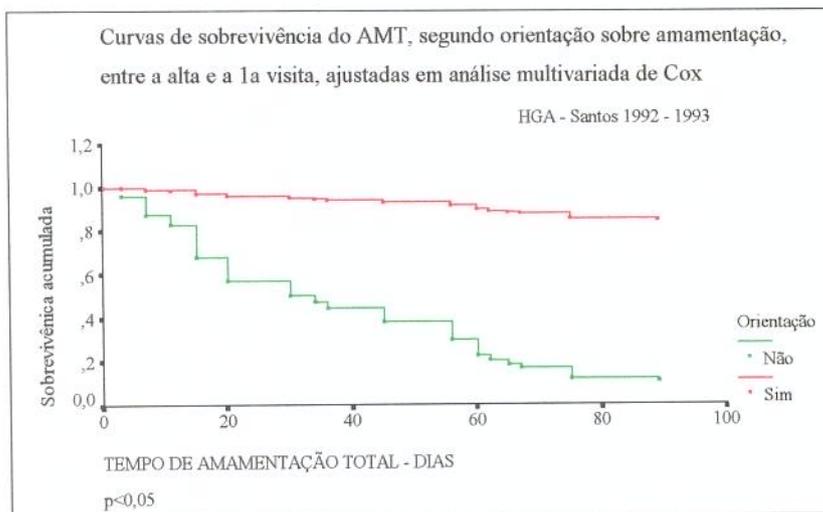
Figura 55:



Chama a atenção o impacto das variáveis de ocorrência após a alta hospitalar ligadas diretamente ou não, à assistência prestada à mãe e à criança. A ausência de orientação às mães sobre amamentação, no 1º mês de vida, explica 21% da redução do

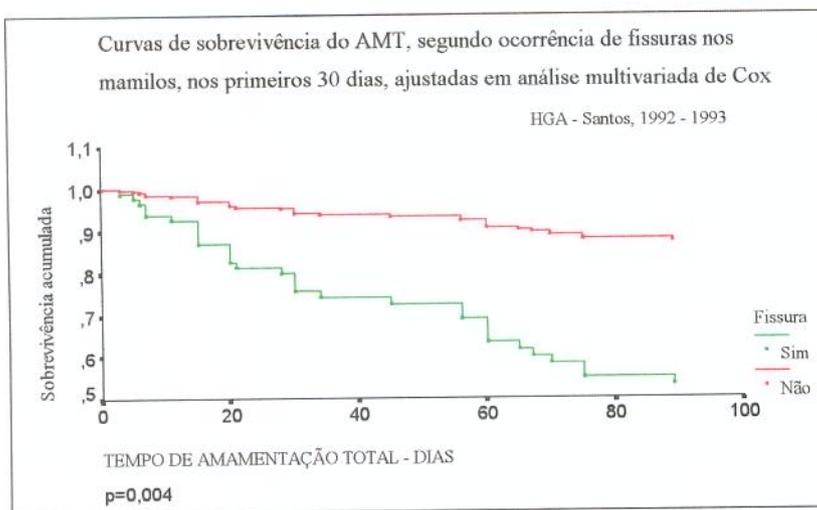
tempo de AMT, significando risco de desmame, ao três meses de idade 4 vezes superior, quando a comparação é feita com crianças cujas mães receberam esta orientação.

Figura 56:



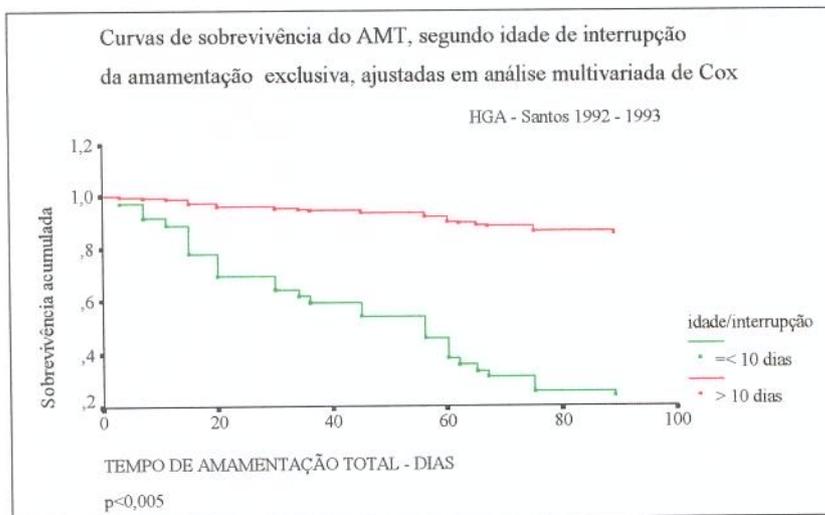
Mães assistidas no HGA e que tiveram fissuras nos mamilos, nos primeiros 30 dias, apresentaram riscos duas vezes superiores de desmamarem seus filhos até os três meses de idade, comparativamente àquelas que não sofreram estes problemas.

Figura 57:



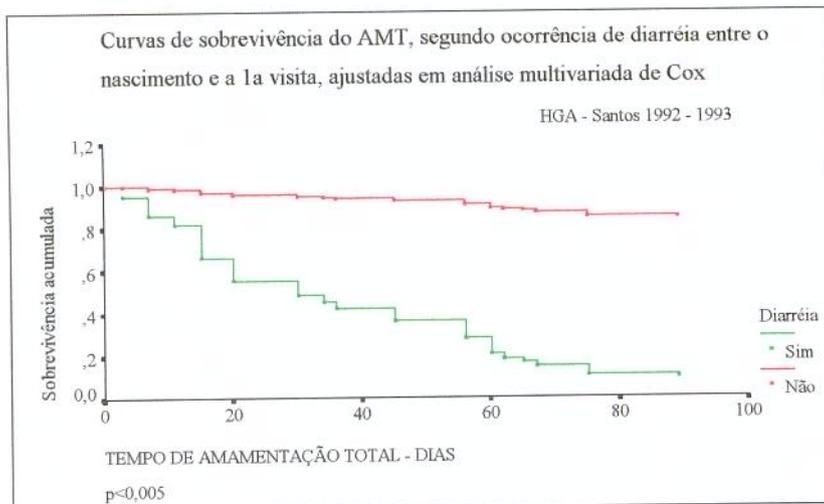
A interrupção precoce do aleitamento materno exclusivo, explica 22% da variação no tempo de AMT e acrescenta risco relativo de desmame estimado em 2,9, considerando-se duas categorias de introdução de alimentos, no ajuste multivariado: até dez dias e acima desta idade.

Figura 58:



Observou-se associação importante, entre diarreia, ocorrida nos 15 dias anteriores à 1ª ou a 2ª visita e o desmame neste grupo. A medida desta associação tem risco estimado de 2,0 (95% IC:1,23-3,27) e coeficiente de correlação de 13,2%.

Figura 59:



## QUADRO 47

Resumo dos resultados da análise de sobrevivência de cox para a população selecionada no HGA.

VARIÁVEL	COEF. ( $\beta$ )*	Valor de (p)	Coef.de cor."r"	Exp( $\beta$ )*Risco Relativo
Criança teve diarreia nos 15 dias prévios à 1ª ou à 2ª visita	1,6977	0,0072	0,1316	<b>2,01 (1,23 -3,27)</b>
Nível Social baixo	0,4854	0,0211	0,1048	<b>1,62(1,07-2,45)</b>
Mãe não recebeu orientação s/amamentação no 1º mês	1,3877	0,0001	0,2066	<b>4,00 (1,97 -8,11)</b>
Mãe teve fissura no 1º mês após o parto	0,7723	0,0037	0,1458	<b>2,16 (1,28 - 3,64)</b>
Mãe foi submetida a parto cirúrgico	0,5368	0,0104	0,1231	<b>1,71 (1,13 - 2,58)</b>
Mãe não consegue extrair seu leite manualmente	0,4830	0,030	0,1242	<b>1,84 (1,16 -2,94)</b>
Interrupção/AMEX (idade<=10 dias)	1,0244	0,000	0,2218	<b>2,91 (1,75 -4,86)</b>

(\*) Exp.( $\beta$ )Estimador de risco relativo

Os exponenciais  $\beta$ , observados na sobrevivência de Cox, devem ser interpretados como estimadores de risco relativos por unidade de tempo (LEE, 1980). Assim o risco de desmame, a cada dia de observação, é 2,9 vezes maior entre as crianças que passaram a receber água ou chá ou, outro alimento não lácteo, como suplemento do leite materno, do nascimento até o 10º dia de vida, comparativamente às

outras, para as quais estes alimentos só foram oferecidos em idades superiores à mencionada. Sinal positivo dos coeficientes  $\beta$ , significa que a categoria da variável referida como de exposição, diminui o tempo de sobrevivência da variável dependente (AMT).

A oferta de orientação às mães, no período de internação, sobre métodos de anti-concepção a serem adotados durante a amamentação, não apresentaram efeito significativo, sobre a duração da amamentação, quando em presença das outras variáveis do modelo. Do mesmo modo que não teve impacto, nos níveis de significância adotados, a referência materna à necessidade de ingestão maior de líquidos, para aumentar o volume de seu leite.

Aquelas variáveis correlacionadas com o "tipo de parto", tais como intervalo de tempo entre o nascimento e o primeiro contato mãe-RN ou ainda, o uso, pelas mães, de medicamentos tais como raque-anestesia ou outros medicamentos, entraram alternadamente nos processos de modelagem da análise multivariada. O ajuste do modelo foi, entretanto, mais eficiente com a variável "tipo de parto".

A variável correspondente ao reinício da menstruação, entre 1º e o 3º mês após o parto que, na sobrevivência de KAPLAN & MEIER apareceu associada ao desmame, não foi incluída no modelo, por ser de fato resultado e não causa do desmame ou da prática precoce de amamentação não exclusiva.

Da mesma forma, não foi incluída no modelo, a idade referida de introdução de leite, porque esta corresponde à idade do desmame, para cerca de 70% da população observada. Neste grupo de crianças a introdução de leite à sua dieta significou um procedimento de desmame, como já foi referido e não, uma variável preditora do mesmo.

#### IV.13.2. Determinantes da duração do AMT- HC.

Os procedimentos para definição do melhor modelo para a análise das condições preditoras de desmame, entre as crianças nascidas no Hospital de Comparação (HC), foram semelhantes àqueles utilizados para as crianças do HGA. Selecionaram-se variáveis com nível de significância para diferença, entre expostos e não expostos, igual ou inferior a 10%, tanto na análise descritiva bivariada, quanto nas curvas de sobrevivência dos procedimentos univariados.

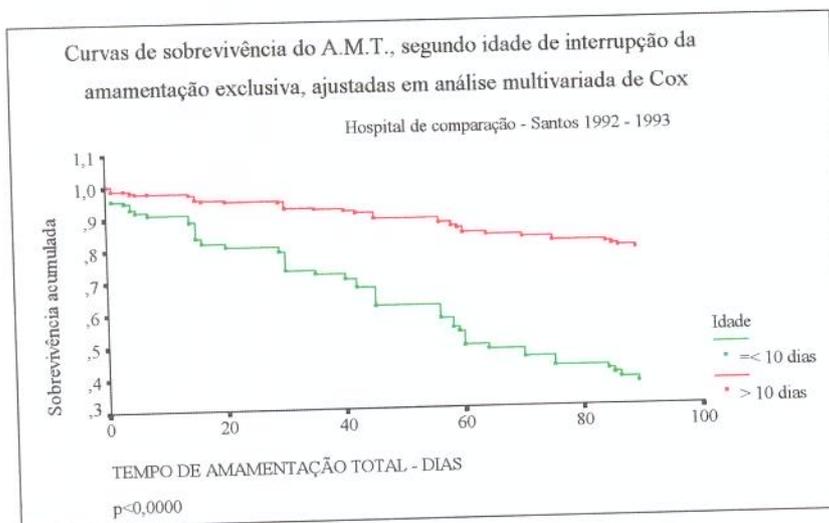
As variáveis testadas nos modelos multivariados descrevem as seguintes situações de exposição: aquelas relativas às condições de ocorrência durante o período de internação, como habilidades materna para extrair manualmente o próprio leite, para amamentar o recém-nascido sem ajuda dos profissionais da maternidade e referência a respeito da capacidade do bebê de "pegar" bem o seio materno. Também, ainda antes da alta hospitalar, a informação da mãe de ter recebido, ou não, orientações sobre meios anti-conceptivos durante a lactação, ter sido, ou não, submetida ao uso de outros medicamentos, além de analgésicos e anestésicos ministrados durante o parto e ainda a referência materna de que, para aumentar a produção de leite materno, deve-se aumentar a ingestão de líquidos. Outras condições observadas no seguimento da coorte e incluídas nesta fase da análise foram: exposição materna à orientação sobre amamentação, entre a alta hospitalar e os três meses de idade e referência da mãe a ter realizado, ela mesma, algum procedimento para aumentar a produção de seu leite, no período entre a primeira e segunda visitas.

Constituíram ainda variáveis dos modelos testados, aquelas que refletiam intercorrências à saúde da mãe e do bebê, tais como: a criança ter tido diarreia nos 15 dias que antecederam a 1ª ou a 2ª visita de seguimento; a mãe ter sofrido, nos primeiros trinta dias pós parto, qualquer dos problemas de mama, como peito cheio, ingurgitado, fissura de mamilos ou mastite.

A interrupção precoce, ou não, da amamentação exclusiva, medida pela introdução de alimentos complementares, nos primeiros 10 dias de vida ou, em idade posterior, também entrou no procedimento de análise do modelo de Cox. Entre os modelos testados, aquele que melhor ajustou as variáveis de interesse incluiu, na análise, 140 dos 168 registros disponíveis. Foram inseridos nestes procedimentos, 49 registros de crianças desmamadas, no total de 57 (86%) com amamentação interrompida entre o nascimento e o terceiro mês de vida.

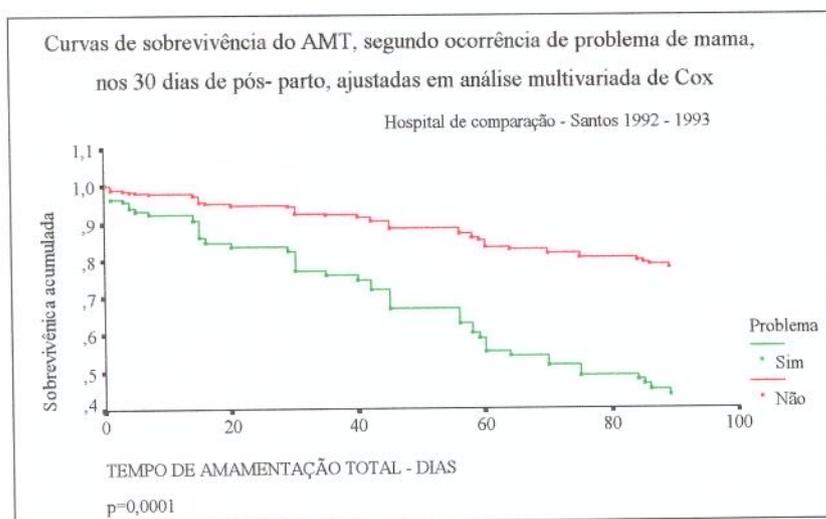
Da mesma forma que ocorreu entre as crianças nascidas no HGA, a interrupção precoce do aleitamento materno exclusivo (AMEX), entre crianças nascidas no HC predispõe ao desmame, com risco relativo estimado de 2,0 (IC 95%: 1,48 - 2,69) e coeficiente de correlação de 21,7%.

Figura 60:



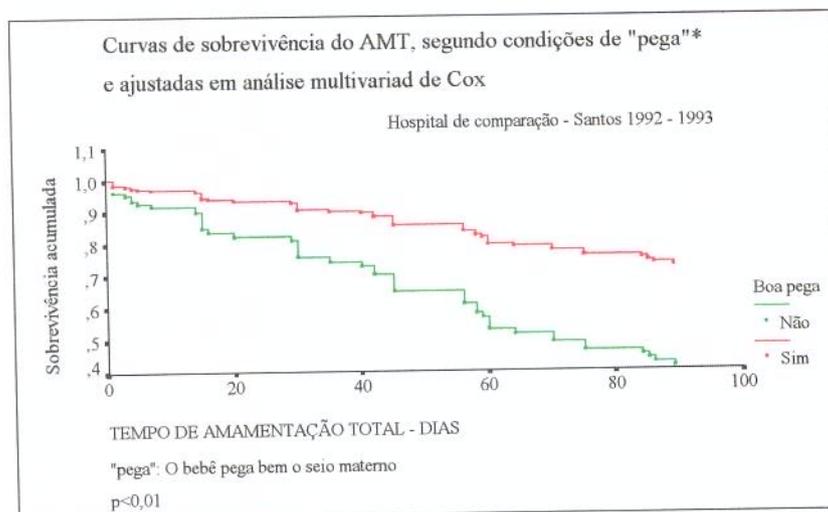
A ocorrência de problemas mamários nos 30 primeiros dias após o parto também foi condição significativamente associada ao desmame nesta população. A variável que melhor se ajustou no modelo é aquela que descreve a presença de qualquer um dos problemas de mama, referidos como causadores de dificuldades para amamentar. Esta condição sozinha explica, neste grupo de crianças, 18,0% da redução do tempo de aleitamento materno total.

Figura 61:



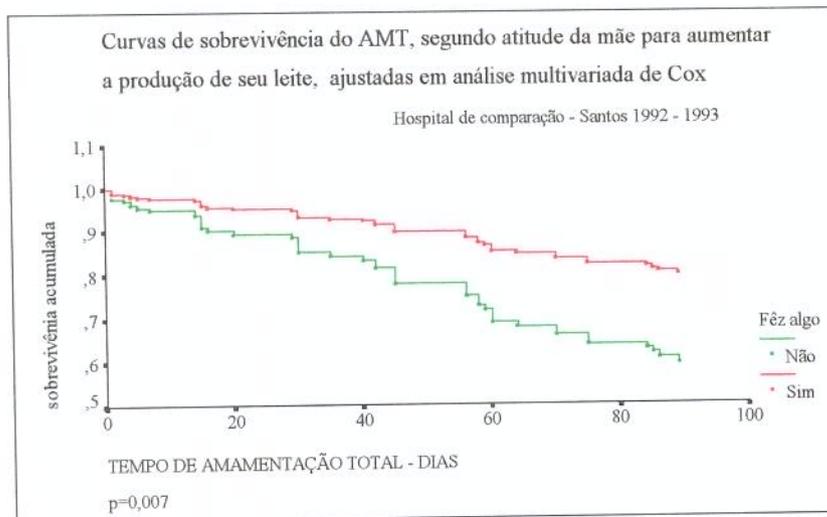
Dificuldade com a amamentação, durante a internação, representada por "problemas de pega", também está associada à duração menor do AMT, porém com coeficiente de correlação de 12% e risco relativo estimado em 1,7 (95% IC: 1,20 - 2,44).

Figura 62:



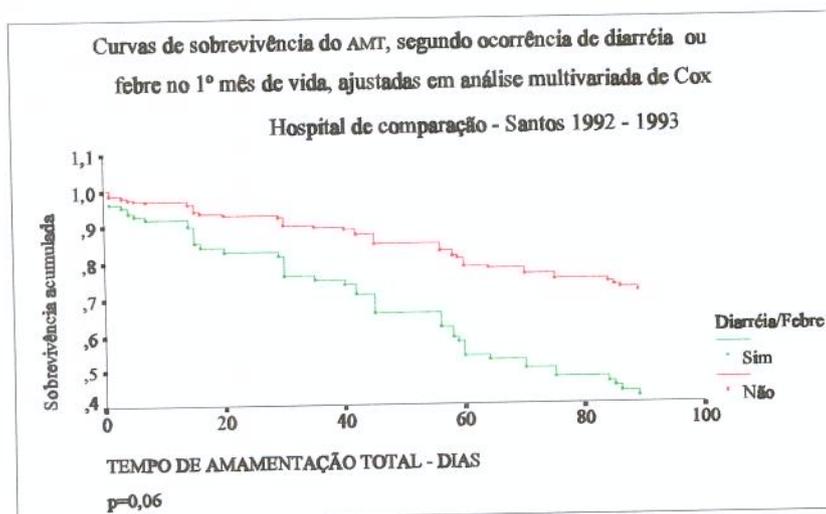
Atitudes maternas tomadas com vistas a aumentar a produção de seu leite, no período de seguimento posterior à primeira visita, tiveram impacto significativo, sobre a duração da amamentação, ainda que com coeficiente de correlação menor (10,4%) que os anteriores.

Figura 63:



Eventos mórbidos, entre crianças nascidas no HC , tanto episódios de diarreia nos 15 dias anteriores à 1ª ou a 2ª visita quanto diarreia ou febre nos 15 dias prévios à 1ª entrevista de seguimento, estiveram associados ao desmame na análise multivariada. Doença diarreica antecedendo as duas visitas foi a condição, entre as patologias referidas, que melhor se ajustou no modelo.

Figura 64:



## QUADRO 48:

Resumo dos resultados da análise de sobrevivência de cox para a população selecionada no HC.

VARIÁVEL	COEF. ( $\beta$ )	Valor de (p)	COEF.de Cor.(r)	Exp( $\beta$ ) Risco Relativo
Interrupção do AMEX com 10 dias ou menos	0,6934	0,0000	0,2008	<b>2,0 (1,49 - 2,69)</b>
Diarréia 15 dias antes da 1ª ou da 2ª visita	0,6614	0,0038	0,1669	<b>1,94(1,23 - 3,03)</b>
Problemas de mama que dificultaram o A.M.	0,6386	0,0000	0,1824	<b>1,89 (1,40 - 2,55)</b>
Bebê não tem "Boa Pega"	0,5391	0,0027	0,1224	<b>1,71 (1,20 - 2,44)</b>
Mãe recebeu orientação s/ A.M. entre a 1ª e a 2ª visitas	0,4244	0,0251	0,0805	<b>1,53(1,05 - 2,22)</b>
Mãe não usou procedimentos p/aumentar leite	0,4352	0,0080	0,1039	<b>1,54 (1,12 - 2,13)</b>

Fizeram parte do modelo, porém sem apresentar impacto sobre a amamentação de crianças do grupo observado, a habilidade materna para amamentar durante sua permanência no hospital e a necessidade referida pela mãe de ingerir mais líquidos, para aumentar o volume de seu leite. Estas condições apresentaram-se com níveis de significância expressivos, nas análises descritivas bivariadas e na sobrevivência de KAPLAN & MEIER.

## V. DISCUSSÃO

A análise dos padrões de amamentação da coorte estudada em Santos, no período de 1992 a 1993, mostra que é alta a proporção de crianças desmamadas já aos três meses de idade (Quadro 26). Em termos médios são 27,2%, do total de 360 crianças da amostra, privadas do leite materno ainda em tenra idade. Entretanto, esta proporção de desmame é inferior à observada em diversas partes do Brasil e é influenciada pela proteção ao desmame precoce, conferida às crianças que nascem no HGA.

Inquérito Nacional realizado pelo INAN-Ministério da Saúde (LEÃO et al, 1989), com coleta de informações retrospectivas, a respeito da amamentação de crianças com idade inferior a 47 meses, mostrou que 43% delas foram desmamadas em idades inferiores a 90 dias. MONTEIRO (1988), a partir de inquérito populacional realizado no município de São Paulo entre 1984 e 1985, refere que mais de 50% das crianças estudadas foram desmamadas antes de completar 4 meses de idade. Inquérito populacional em Campinas (SEGALL et al, 1991), com entrevistas a 4.175 mães de crianças menores de 1 ano, por ocasião da campanha de multivacinação (1990), revelou que 45% das crianças de 4 meses de idade já estavam desmamadas. Apenas 10%, nesta idade, eram mantidas em aleitamento materno exclusivo.

A qualidade da amamentação das crianças nascidas nos dois hospitais de Santos, medida através da prática de aleitamento materno exclusivo (LUTTER et al, 1996), revelou diferença de duração de quase dois meses a favor dos bebês do HGA (mediana de 75 dias de AMEX entre estes e 23 dias entre aqueles nascidas no Hospital de Comparação). A duração mediana da amamentação exclusiva, entre as crianças do 1º grupo é também superior àquelas observadas em diversos municípios e regiões do país, enquanto que a duração mediana entre as crianças do Hospital de Comparação é sistematicamente inferior. Considerando, para resguardar critérios de comparabilidade, apenas estudos prospectivos realizados em municípios de características de desenvolvimento semelhantes ao de Santos, observa-se que ainda assim, a qualidade da amamentação é superior entre os bebês nascidos no HGA. Na coorte de crianças nascidas em Pelotas em 1986 (VÍCTORA et al, 1987) a mediana do AMEX foi de 45 dias, enquanto que em Campinas (MOURA, 1994) esta mediana foi de 24,6 dias para uma coorte de crianças usuária de serviços públicos de saúde em área periférica da cidade.

A comparação da amamentação das crianças estudadas em Santos, com os padrões de aleitamento observados em Honduras e México, países como o Brasil, também participantes do estudo multicêntrico (SANGHVI et al, 1994; LUTTER et al, 1994), mostra que é consistente e diferenciado, destas outras regiões da América Latina, o nível de recuperação da amamentação observada no Brasil. Aos dois meses de idade apenas 28% das crianças hondurenhas estavam em amamentação exclusiva e entre os bebês mexicanos estudados com um mês de vida, apenas 11% deles se beneficiavam desta prática. Em Santos, agrupando-se as mães atendidas nos dois hospitais, 47% e 32% de suas crianças eram amamentadas exclusivamente ao seio, com 1 mês e 3 meses de idade respectivamente.

Os resultados brasileiros mostram que são muitos os fatores condicionantes da amamentação bem sucedida e complexa a relação entre eles. Tendo sido esta investigação planejada para analisar o impacto das práticas assistenciais, especialmente aquelas ligadas ao período do parto, na qualidade e duração do aleitamento materno, bem

como os custos pertinentes a estes impactos, a análise de determinantes psico-sociais do aleitamento ficou limitada a apenas alguns fatores, de fato utilizados como variáveis de controle de tendenciosidade e confundimento. Esta limitação foi aumentada pela homogeneidade entre as mulheres dos dois grupos, predominantemente de baixa renda e foi consequência da necessidade de seleção, para o estudo, de populações assemelhadas. Desta forma, foi na análise dos dois serviços de maternidade, cada um deles influenciados por modelos assistenciais divergentes, que se budcou identificar a maioria dos fatores modificadores dos padrões de aleitamento materno e, até mesmo, das intenções maternas relativas à amamentação.

Com a finalidade de sistematizar a discussão dos resultados relativos ao desmame nesta população, cotejá-los com as observações pertinentes à amamentação exclusiva, descritas em outras oportunidades e discuti-los à luz dos procedimentos assistenciais, será estabelecida o que chamaríamos de "linha de vida da amamentação". Ela parte, nesta investigação, de condições consideradas identificadoras ("proxis") da **motivação materna** para amamentar, identifica e discute condições implicadas no **estabelecimento da amamentação** e por fim analisa os fatores que explicam o sucesso ou o fracasso da **continuação** do aleitamento natural, durante o período de observação da coorte.

### **V.1. Motivação materna**

Foi possível analisar algumas condições indicativas do nível de motivação materna para amamentar os bebês nos seus primeiros meses de vida. Observou-se que em termos médios as mães assistidas em ambos os hospitais tinham intenção de amamentar por períodos que podem ser considerados prolongados. A média de idade de desmame pretendida foi de 10 meses, portanto 5,5 meses (LEÃO et al, 1989) mais elevada que a média nacional de duração do AMT de fato verificada. Identificou-se também, como grande a disponibilidade das mães estudadas, independentemente do hospital, para a

tarefa da amamentação.

A quase totalidade das mulheres pretendia amamentar à livre demanda do bebê, inclusive à noite, do mesmo modo que foi também muito alta, entre as mães que trabalhavam fora de casa, a proporção daquelas que referiam intenção de continuar a amamentação após término da licença maternidade. Além disso, todas as mulheres tiveram alta hospitalar amamentando seus filhos 99,5% delas, exclusivamente ao seio.

Estas referências são julgadas indicativas da motivação materna, porque sua ocorrência, com proporções de respostas semelhantes, entre mulheres atendidas nos dois hospitais, sugere que as mesmas não foram modificadas pela assistência oferecida pelas instituições analisadas. Do mesmo modo que a oferta de orientação sobre aleitamento materno no pré-natal, quase duas vezes mais frequentes entre o grupo de mães do HGA, não resultou em diferenças nas atitudes maternas, aqui referidas como motivação para amamentar. É legítimo concluir, portanto, que são desejos maternos relativos à amamentação estabelecidos em período anterior ao daquele observado na investigação.

Esta alta motivação para a amamentação observada entre as mães estudadas em Santos também é encontrada em outras partes do mundo (WINIKOFF et al, 1989; HARRISON et al, 1993), especialmente regiões do planeta menos desenvolvidas. Winikoff analisando os padrões de amamentação em Bogotá, Nairobi, Bangcoc e Semarang, verificou que as mulheres destas sociedades, culturalmente tão diferentes, expressavam os mesmos sentimentos positivos em relação ao aleitamento materno. Estas mães consideravam a amamentação a maneira mais saudável de alimentar suas crianças.

Atitude semelhante foi observada durante a assistência pré-natal, entre mulheres mexicanas residentes nos Estados Unidos da América (SCRIMSHAW et al, 1987) e, também, entre mães inglesas (EASTHAM et al, 1976), entrevistadas nas primeiras 48 horas após o parto e que optaram por amamentar. EASTHAM e colaboradores observaram que a decisão sobre amamentar, ou não, era tomada por 50% das mães, antes mesmo da

concepção e para 87% delas, até o 6º mês de gestação. Esta e outras investigações sugerem que, para quase a totalidade das mulheres, amamentar seus recém-nascidos é uma consequência natural da maternidade.

A opção que a maioria das mães tem pelo aleitamento materno é feita, segundo alguns autores (DUSDIEKER et al 1985; STARBIRD, 1991; HOWARD et al, 1993), em função dos benefícios da amamentação para a saúde da mãe e do bebê, da satisfação pessoal com esta prática e da crença, observada nos dias atuais, nas medidas preventivas e de promoção à saúde. Entretanto, ainda segundo DUSDIEKER, a identificação destas condições tem sido baseada em estudos que não foram capazes de clarear as ambiguidades ou contradições relacionadas com a decisão de amamentar ou não. Entre elas, e talvez a mais importante, seja o fato de que mulheres que não pretendem amamentar, ainda que em número muito reduzido, também referem atitudes e sentimentos positivos em relação à amamentação. Isto talvez explique, pelo menos em parte, resultados de investigações que, como esta realizada em Santos, encontram dificuldades para identificar a provável associação entre motivação materna para amamentar e duração, de fato, desta prática.

Se, de um lado, os desejos maternos relativos à amamentação não foram modificados pelo contato com os serviços de saúde, analisados, por outro lado, os resultados sugerem impacto da assistência sobre as intenções maternas, sempre que estas condições exigiam certo grau de conhecimento técnico necessário à manutenção, com sucesso, da amamentação. As referências, anteriores à alta hospitalar, a respeito das idades dos bebês consideradas como adequadas para a introdução de alimentos suplementares, apresentaram-se com médias de idades diferentes, entre os dois grupos de mães estudados.

Pode-se assumir, desta forma, que as intenções maternas sofreram, de forma diferenciada, impacto da assistência hospitalar disponível. Esta observação foi confirmada pelo fato de não terem sido identificadas, na população estudada em Santos e dentro dos

procedimentos descritivos (QUADRO 21), diferenças entre as médias de idades referidas para o desmame, associadas a outras condições maternas tais, tais como nível social da família, educação materna, idade (mãe adolescente ou não) e número de gestações (mãe primípara ou não). Os resultados sugerem, como exceção, tendência a motivação menor para a amamentação (Média de 6,84 meses;  $p= 0,09$ ), medida através da duração total do aleitamento pretendida, entre mulheres que não contam com a presença do pai da criança em casa e que deram à luz no HC. Resultados semelhantes foram verificados por MATICH e SIMS (1992). Neste estudo observou-se que a opção pela amamentação foi influenciada pelas informações recebidas durante o período gestacional e principalmente pelo apoio recebido através do pai do bebê. Entre as mães que deram à luz no HGA, a intenção de amamentar por menos tempo foi verificada apenas no grupo de mulheres que trabalham fora de casa.

Nenhuma das condições maternas referidas acima e relacionadas à intenção de amamentar por menos tempo estiveram, na análise multivariada, associadas ao aumento ou redução da duração do AMT. Entretanto, foi observada duração foi menor do Aleitamento Materno Exclusivo (PEREZ-ESCAMILLA et al, 1995), entre crianças que não contavam com o pai no domicílio e cuja mãe referia trabalho fora de casa.

A complexidade dos fatores que levam mulheres altamente motivadas para a amamentação a interrompê-la precocemente, deverá ser melhor explicada em investigações futuras, a partir da incorporação, entre outros determinantes, das condições individuais prévias à gestação, ainda muito pouco estudadas. A história de vida das mulheres, que é ao mesmo tempo resultado da interação de experiências próprias e reflexo de condições familiares e sociais, formam o substrato no qual se inscreverão atitudes, responsabilidades e novas vivências consequentes à maternidade. É neste contexto que as mulheres constroem seus conceitos e opções sobre a maneira adequada de alimentar seus filhos e colocam-se mais ou menos vulneráveis às condições sociais e assistenciais que podem ser tanto favoráveis, quanto adversas ao aleitamento materno.

## **V.2. A assistência e o estabelecimento da amamentação.**

Todas as mães entrevistadas na alta, nos dois hospitais de Santos, iniciaram a amamentação de suas crianças e receberam alta em amamentação exclusiva, exceto uma mulher que pretendia entregar seu bebê à adoção. Esta alta proporção de mães que iniciam a amamentação é, também, verificada em outras regiões do país e traduzem de certa forma a melhora na prática do aleitamento materno no Brasil. Em São Paulo (RÉA, 1990), em 1991 esta proporção era de 91,3%, passando para 94,7% em 1988. A melhora foi mais acentuada em Recife que, em 1981 tinha 88% das mães iniciando a amamentação, enquanto em 1988 esta proporção foi de 93,8%. A média nacional (LEÃO et al, 1989), para a prevalência de mães amamentando seus bebês, no momento da alta hospitalar foi de 97% em 1989.

Este alto nível de iniciação da amamentação é comum em sociedades menos desenvolvidas (WINIKOFF, 1989), mesmo entre mulheres de escolaridade e nível social altos ou, entre aquelas residentes em áreas urbanas, cujos partos, na maioria das vezes, são hospitalares. Em países ou regiões mais desenvolvidas a proporção de crianças amamentadas, no momento da alta hospitalar, tem sido mais baixa. No final da década de 60 (PALMER et al, 1979), apenas 44% das mães (1356 primíparas) deixavam o hospital, amamentando seus filhos. SAMUELS (1985), observou, entre mulheres californianas e a partir de estudo prospectivo, que 66% delas estavam amamentando no período imediatamente anterior à alta hospitalar.

Todas as condições, técnicas, científicas, culturais ou assistenciais que retardam (ROMERO-GWYNN, 1989; WHO/PAHO, 1985; SAMUELS et al, 1985; PALMER et al, 1979; MEEHAN, 1990)) o primeiro contato da mãe e seu bebê são referidas como dificuldades interpostas para o início da amamentação. RIGHARD & ALADE (1990), analisando as rotinas da sala de parto de hospitais universitários da Suécia, observaram que a maioria dos bebês mantidos em contato íntimo e ininterrupto com suas mães desde o momento do nascimento, começavam, após 20 minutos, a fazer movimentos rastejantes

em direção ao seio materno, apresentavam reflexos de abocanhar o peito e em média, com 50 minutos de vida, já estavam mamando. Entre as crianças que foram separados das mães 20 minutos após o parto, para rotinas de higienização e antropometria, cerca de 80% apresentaram-se com problemas de sucção.

Outras investigações e revisões de literatura (KROEGER, 1993;) também têm demonstrado que rotinas de assistência ao parto altamente tecnicizadas, com excesso de partos cirúrgicos, abusos no uso de anestésicos e analgésico (LIE & JUUL, 1988), monitoramentos e outras manipulações pré-parto, na maioria das vezes desnecessárias, dificultam a boa interação mãe-bebê (MILLARD, 1990). Estas condições assistenciais aumentam a ansiedade materna, geram perda de sua auto-confiança, além de levarem à desumanização das relações entre profissionais de saúde e parturientes. A consequência é, quase sempre, demora excessiva entre o parto e a primeira mamada (RIGHART & ALADE, 1990; PALMER et al, 1979), "dificuldades de pega" e sentimentos maternos de frustração. Por outro lado, condições humanizadas de assistência que implicam maior apoio e suporte (KLAUS et al, 1986; KENNEL et al, 1991) às parturientes, não só diminuem a necessidade das intervenções referidas, como reduzem as intercorrências maternas e o tempo de hospitalização do bebê.

As rotinas hospitalares do HGA e do HC são marcadamente diferentes, com respeito à exposição das mães às atividades assistenciais que buscam facilitar e abreviar o contato entre elas e seus recém-nascidos, tais como: o 1º contato mãe e filho ainda na sala de parto, a 1ª mamada também na sala de parto e o intervalo de tempo médio entre o nascimento e o 1º contato ou a 1ª mamada. Entretanto, como já foi relatado, estas diferenças não foram suficientes para causar impacto, positivo ou negativo, sobre a **iniciação** da amamentação, entre recém-nascidos destes dois hospitais. Condições altamente correlacionadas com estas atividades, como parto cirúrgico e raque anestesia, também não foram capazes de reduzir as proporções de crianças amamentadas no momento da alta hospitalar, que foram de 100%.

Considerando o impacto positivo de rotinas hospitalares, que promovem o contato precoce da mãe com seu bebê e facilitam o estabelecimento da amamentação (HELSING & KJAERNES, 1985; SAMUELS et al, 1985; NYLANDER ET AL, 1991), o sucesso da iniciação desta prática, nos grupos de mães dos dois hospitais de Santos, pode estar ligado às suas práticas de alojamento conjunto que, garantem baixa frequência de separação da mãe de seu bebê e, também, à quase inexistente suplementação do leite materno verificada nestas instituições. A alta motivação para a amamentação verificada entre estas mães, também deve ser apontada como uma das prováveis hipóteses para o sucesso da iniciação da amamentação, em ambos os grupos. Outra condição importante é decorrente da exclusão, para fins do estudo, de todas as crianças nascidas com peso abaixo de 2.000g ou, com patologias que pudessem dificultar a amamentação. As crianças acompanhadas nasceram sadias e, em condições de iniciarem a amamentação, logo após o nascimento.

### **V.3. Manutenção da amamentação.**

As condições que melhor definem o perfil do aleitamento materno das crianças nascidas nos dois hospitais de Santos são, ao lado das intercorrências à saúde dos bebês e suas mães, a qualidade e características da assistência oferecida. Tanto a análise descritiva, quanto os modelos multivariados apontam relações significativas entre os padrões de assistência e a duração do aleitamento materno na coorte observada.

É importante assinalar que a exposição às atividades de proteção, promoção e incentivo da amamentação, quase universal entre mães assistidas no HGA e a sua praticamente inexistência entre aquelas atendidas no hospital de comparação, dificultaram a observação do impacto das atividades, analisadas cada uma à sua vez. Ainda assim, pode-se observar uma relação direta entre a assistência e a duração da amamentação, quando foram analisados, o impacto dos partos cirúrgicos, raque anestesia, uso de medicamentos pela mãe durante a internação, o retardo do 1º contato mãe e RN e a orientação sobre amamentação recebida no período pós-natal. Foi possível observar

também associação indireta de variáveis assistenciais a partir de seus reflexos, na habilidade das mães de extrair manualmente seu leite, nas dificuldades que enfrentam para amamentar nas primeiras horas e dias pós-parto, no seu conhecimento sobre formas de aumentar a produção de leite materno e por fim na sua atitude de introduzir precocemente alimentos suplementares ou substitutivos do leite materno.

Partos cirúrgicos, uso de raque anestesia ou outros medicamentos, representaram maior risco de desmame para as crianças nascidas no HGA. Estas condições estiveram associadas, neste hospital, com períodos de tempo mais altos entre o nascimento e a primeira mamada, mas não entre esta condição, cujo intervalo médio é pequeno (2 horas), e o desmame. É possível que, neste hospital, referência regional para gestantes de alto risco, as mulheres submetidas a estas intervenções mais tecnicizadas, apresentem outras condições de risco para o desmame, como por exemplo, patologias maternas antecedentes que não foram incluídas nos critérios de exclusão desta investigação.

Estudos recentes a respeito dos cuidados neonatais, tanto referidos às mães quanto aos seus recém-nascidos, dão respaldo aos resultados observados em Santos. O desconforto pós-operatório, quase sempre acompanhado de dor e transtornos emocionais maternos, além de apatia e sonolência do bebê relacionadas aos anestésicos e analgésicos dados à mãe (SEPTOSKI, 1992), são situações que implicam retardo da iniciação da amamentação e sucção menos efetiva. Segundo SEPTOSKI, "diferenças entre comportamento de crianças nascidas de mães medicadas e não medicadas, que permanecem por alguns dias após o nascimento, podem estar relacionadas com os efeitos diretos do comportamento inicial do bebê e seus efeitos indiretos na subsequente interação mãe bebê". Alguns autores (SOZMEN, 1992; CARVALHO, 1984) observaram que condições associadas à demora na primeira mamada ou diminuição da frequência da amamentação levam à diminuição da produção de leite materno. É possível supor que os profissionais do HGA (TERUYA, 1994; FIEDLER, 1995), apesar de compromissados e envolvidos com a promoção da amamentação, além de altamente capacitados para seu desempenho, não tenham, ainda, identificado formas eficazes de compensar as

consequências negativas, para a amamentação, destas intervenções assistenciais ou mesmo das condições maternas que demandam estes cuidados.

A duração da amamentação das crianças nascidas no HC, por outro lado, não foi afetada por nenhuma das condições relatadas acima, mesmo dispensando, este hospital, assistência mais invasiva que o HGA. Os resultados são compatíveis com os verificados em estudo realizado no Sul do país (VICTORA et al, 1990), onde foi observado risco de desmame, associado a cesáreas, apenas entre mulheres para as quais este procedimento foi decorrência de situações de emergência e não de indicação eletiva.

É provável que práticas assistenciais que, como um todo, comprometem o sucesso da amamentação apresentem fatores de riscos competitivos, vale dizer, ficam reduzidos os efeitos negativos dos procedimentos assistenciais mais invasivos e realizados sem indicação médica específica, entre aquelas mulheres, submetidas a um ambiente não propício à amamentação. Estes argumentos são compatíveis com as divergências a respeito dos riscos de intervenções médicas no parto observada na literatura. Vários autores (ROMERO-GWYNN, 1989; PALMER et al, 1979) encontraram associação significativa entre estas condições e a amamentação. Em seus estudos a proporção de partos cirúrgicos não ultrapassava 24%, sugerindo portanto, que os mesmos eram realizados obedecendo critérios médicos de indicação, como é feito no HGA. É importante assinalar que, em nenhum dos dois hospitais (LUTTER, 1994), partos cirúrgicos ou uso de medicamentos pelas mães, estiveram associados à duração menor da amamentação exclusiva.

Consequências prejudiciais à amamentação e relativas às deficiências nos cuidados com a amamentação, durante a internação hospitalar, aparecem associadas ao desmame, apenas entre as crianças nascidas no hospital de comparação. Dificuldades para amamentar, conseqüente a problemas de pega do seio materno, resultaram em diminuição da duração da amamentação. A análise multivariada mostrou, para as crianças nascidas neste hospital, que "dificuldade de pega" pode explicar mais de 10% de redução

na duração do AMT.

ESCOTT (1989), em estudo de revisão, comenta que muitas mães desmamam precocemente porque, logo nos primeiros dias após o parto, não conseguem acertar adequadamente o contato mama-boca do bebê. Além disso, segundo este autor, o profissional procurado para ajudar nesta situação nem sempre sabe identificar este problema como causa de dificuldades maternas. As consequências frequentes são as complicações mamárias, um bebê agitado e aparentemente insatisfeito com a mamada, o que, quase sempre, leva à complementação do leite materno. LOUGHLIN (1985), estudando os fatores relacionados à interrupção da amamentação, encontrou que bebês referidos como inquietos (choram muito) e de "personalidade" que requer mais atenção, constituem, ao lado da intenção materna de amamentar por menos de seis meses, condições de risco para o desmame precoce. A pesquisa de Santos, também, verificou que mais de 60% das mães, de ambos os grupos estudados (SANGHVI et al, 1994), referiram o choro do bebê como a maneira de identificar insuficiência de leite materno.

Este comportamento do bebê é, portanto, indicativo de dificuldades maternas para amamentar e tem sido observado em outras investigações. Ensaio clínico realizado no Sul do Brasil (BARROS et al, 1994) relata que o choro excessivo do bebê aparece, em 38% das vezes, como causa subjacente e 10,6% como causa intermediária do desmame.

MARTINES, estudando o aleitamento materno entre mulheres pobres, também na região sul do Brasil (MARTINES, 1989), encontrou que leite insuficiente ou fraco era a segunda razão referida para introdução de alimentos complementares ao leite materno, sendo "crescimento não satisfatório" a primeira causa para interrupção da amamentação exclusiva. Estudo na área rural do agreste de Pernambuco (FREITAS et al, 1987) observou que 52% das crianças com 1 mês de vida já estavam desmamadas, sendo a prevalência aos 4 meses de 93%. A alegação mais frequente (53,2%) para a interrupção da amamentação foi falta de leite ou o "leite ter secado". Em São Paulo (REA & CUKIER, 1988), entre mães assistidas nos centros de saúde e com mediana de amamentação de

108 dias, "leite secou" aparece como 2ª causa mais frequente para o desmame.

Em Santos, entre as mães que desmamaram seus filhos, no período compreendido entre o nascimento e o primeiro mês de vida, mais de 50% referiram leite insuficiente ou fraco como razão para esta atitude. SANGHVI (1994), analisando informações do estudo multicêntrico, encontrou que 36,3% das mães brasileiras, 16% das holandesas e 35% das mexicanas, referiam leite insuficiente como justificativa para a interrupção do aleitamento materno exclusivo.

PEREZ-ESCAMILLA (1992), também encontrou, em estudo quase-experimental, no México, que leite insuficiente foi a razão mais frequente para a decisão de introduzir alimentos complementares ao leite materno ou interromper a amamentação. Neste grupo de mulheres o choro do bebê foi, de novo, o meio de percepção da insuficiência do leite materno. Esta referência materna, quase universal à insuficiência de leite, aparece expressa de diversas formas, ora como leite fraco ou insuficiente, ora como tradução da fome, choro e irritabilidade da criança. MARTINS FILHO (1977) refere que, estas "razões subjetivas" também foram mencionadas por 26% das mães estudadas em Campinas. SJOLIN & HOFVANDER (1977), analisando informações fornecidas por mulheres suecas de diferentes níveis sociais, encontraram que 66,3% delas alegaram "leite secou" ou outras razões pouco precisas, para interromper a amamentação. Solicitadas a fornecer melhor explicação para as expressões utilizadas, 31% das mães não foram capazes de fazê-lo. Alguns estudos internacionais (FORMAN et al, 1992; KOKTURK, 1988) observaram que a alegação materna desta condição coloca a amamentação em risco e ocorre independentemente da origem étnica ou social das mães.

Não foi possível identificar, entre as mães acompanhadas em Santos, o efeito, sobre a duração da amamentação, daquelas condições que as mesmas reconhecem como reveladoras da insuficiência de leite. Considerando, entretanto, a redução do tempo de aleitamento total observado entre crianças que receberam alimentos complementares precocemente, e a referência materna de leite fraco ou insuficiente, como razão para esta

suplementação, é possível assumir que a percepção de lactação insuficiente pode estar antecipando condições preditoras de desmame, também neste grupo. Esta colocação é uma hipótese, dado que, as referências ao leite insuficiente ou fraco, como razão para interrupção da amamentação, carece de grupo de comparação.

Chamou a atenção no estudo de Santos, especialmente entre as mães assistidas no hospital de comparação, nível baixo de conhecimentos sobre algumas condições consideradas necessárias para a manutenção da amamentação e, possivelmente, reveladoras da qualidade da orientação oferecida nos hospitais. SANGHVI (1994), analisando a cobertura e a qualidade da promoção da amamentação, nas maternidades envolvidas no estudo multicêntrico, e categorizando os conhecimentos maternos como corretos ou ignorados, observou que os mesmos poderiam ser considerados insuficientes entre mulheres dos três países estudados. Referência materna ao seu desconhecimento, sobre manejo adequado da dor e rachadura nos mamilos, está presente entre 25% das mães assistidas no hospital de estudo e entre 55% do hospital de comparação, no Brasil. Entre as mulheres mexicanas estudadas, esta proporção é superior a 50%, enquanto em Honduras ela varia entre 18 e 28%. Chega a ser desprezível o número de mulheres nos três países que sabem identificar corretamente a insuficiência de leite e é, também, muito baixo o conhecimento entre elas, dos recursos utilizados para aumentar a produção do próprio leite.

O desconhecimento materno relatado e as deficiências das orientações nas maternidades, que provavelmente lhe deram origem, não estiveram de forma clara associados ao desmame das crianças acompanhadas no Brasil. Mesmo as mães que recomendavam aumentar a frequência das mamadas e extrair leite manualmente (QUADRO 35), em situação de peito cheio ou ingurgitado, não apresentaram probabilidades mais elevadas de manter a amamentação. A mesma ausência de impacto foi observada entre aquelas mães que referiram troca de posição do bebê ou alternância das mamas (QUADRO 36), quando na presença de rachaduras e dor nos mamilos. Foi observado entretanto que, entre as mães que deram à luz no HC, aquelas que referiram

alguma iniciativa para aumentar a produção de leite, no período de seguimento, tinham probabilidade menor de desmamarem seus filhos.

Uma das indicações da qualidade da assistência pós-natal nesta pesquisa foi o seu efeito sobre a prática de amamentação das mães que receberam, através de qualquer serviço, orientação sobre aleitamento materno, após alta hospitalar e a primeira ou segunda visitas de seguimento. A quase totalidade (97%) das mães cujos partos foram assistidos no HGA estiveram expostas a estas orientações entre a alta hospitalar e os primeiros 30 dias, enquanto que 31% das mães assistidas no HC, não se beneficiaram deste contato mais precoce com os serviços de saúde. Entre mães do HGA esta orientação, ainda no primeiro mês de vida dos bebês, explica 20% da variação no tempo de amamentação. Enquanto que, entre crianças nascidas no HC, esta mesma orientação, oferecida entre o primeiro e o terceiro meses de vida, foi marginalmente significativa ( $p=0,08$ ) nos ajustes dos modelos multivariados.

Estes resultados são compatíveis com aqueles observados em estudo randomizado (BARROS et al, 1994) no Sul do país e com estudo prospectivo (BARROS et al, 1995) realizado na cidade de Guarujá, no litoral do estado de São Paulo. O objetivo foi o de analisar o efeito das atividades de promoção da amamentação, dos dois centros de lactação desta cidade, sobre a morbidade e estado nutricional das crianças acompanhadas. Foram observadas 605 mães com seus bebês, a partir do parto até os 6 meses de idade. Ao final do seguimento, 281 crianças da coorte haviam sido assistidas nos centros de lactação e 236 não haviam recebido estes cuidados. As crianças atendidas nos centros de lactação apresentaram prevalência de aleitamento materno exclusivo (43%) superior à daquelas não atendidas (18%), aos 4 meses de idade. Foi ainda, observada, entre as crianças acompanhadas, relação de dose efeito relativa ao número de consultas realizadas.

Resultados semelhantes aos anteriores foram observados em estudo, também prospectivo, sobre impacto de um programa de aconselhamento em amamentação,

realizado na cidade de Campinas (HARDY et al, 1982) entre os anos de 78 e 79. O programa, realizado na maternidade do hospital universitário, constituía de uma aula para as puérperas, com recursos audiovisuais, seguida de dinâmica de grupo. Esta atividade acontecia no período compreendido entre o parto e a alta hospitalar. As mulheres do grupo de intervenção, e as do grupo de comparação, estas selecionadas em outra maternidade que não oferecia atividades de promoção da amamentação, foram acompanhadas por nove meses ou até o momento do desmame. A prevalência do aleitamento materno total foi superior em todas as idades (do nascimento aos 9 meses), entre crianças do grupo de incentivo, sendo estas mais significativas quando se analisou a prática de aleitamento materno predominante. Aos 4 meses esta proporções era de 34% no grupo de intervenção e de 16% entre as crianças de comparação.

Outros estudos analisados (LYNCH et al, 1986; FRANK et al, 1987) a respeito dos benefícios para a amamentação, das práticas assistenciais dirigidas à sua promoção, não obtiveram resultados tão claros quanto os estudos de Santos, Guarujá e Campinas. Várias hipóteses podem ser aventadas, especialmente aquelas ligadas a possíveis diferenças nos conteúdos das práticas e nas técnicas pedagógicas. Deve ser também considerada a possibilidade de maior receptividade das mães brasileiras aos programas de incentivo, decorrente da grande exposição às promoções da amamentação, através dos veículos de comunicação de massa, muito presente no cotidiano das mulheres, no final da década de 80.

A contribuição que a assistência pós-natal pode estar acrescentando ao impacto das ações hospitalares de promoção da amamentação, entre as crianças nascidas no hospital de estudo (HGA), está relacionada ao acolhimento mais precoce, destas crianças e suas mães, nas clínicas de que incentivam a amamentação. O contato mais precoce com a assistência é decorrentes da rotina de encaminhamento (QUADRO 12) observada naquele hospital e pode explicar, pelo menos em parte, a ausência de relação entre as intercorrências mamárias e o desmame verificada nesse grupo. Esta hipótese é reforçada pelos resultados opostos verificados entre mães do hospital de comparação, cujos riscos

de desmame são expressivos diante das intercorrências mamárias. Neste grupo de mães a assistência pós-natal é predominantemente oferecida, a partir do primeiro mês de vida, enquanto que, entre aquelas cujo parto foi assistido no HGA, estes cuidados são mais frequentes no período de maior risco de ocorrência de problemas de mama.

Os cuidados oferecidos nas primeiras semanas de vida dos bebês podem, ainda, reforçar a habilidade materna para amamentar e extrair manualmente seu leite, adquiridas durante sua permanência na maternidade do HGA. Variou entre 67% e 77%, a proporção de mulheres que receberam orientação durante a internação neste hospital, sobre manejo dos diferentes tipos de intercorrências mamárias, do mesmo modo que foram mais frequentes, entre elas, as referências de conhecimentos e conduta para seu controle.

Estudos internacionais dão respaldo às suposições de que os cuidados oferecidos às parturientes e recém-nascidos durante a internação e o acolhimento precoce dos mesmos, em serviços capacitados para o manejo dos problemas da amamentação, têm efeito sobre a duração total da amamentação. THOMSEN e colaboradores (1984), estudando mães em período de lactação e com sintomas inflamatórios de mamas, observaram que processos inflamatórios não infecciosos tendem, sem tratamento, a evoluir para mastites. Entretanto, o esvaziamento regular, por meio de expressão manual ou bombas, reduz os sintomas e suas complicações, em 96% dos casos. Mastite, por sua vez, pode ser controlada em 51% das ocorrências, apenas com o esvaziamento das mamas e em 96% dos casos com associação de antibióticos a esta prática.

Para a população estudada, as observações acima referidas são relevantes, não só por causa da alta incidência de problemas mamários verificada, mas também, pelo papel da assistência na redução dos efeitos destas intercorrências sobre o aleitamento. Foi observada (KAUFMANN et al, 1991) incidência de mastite de 2,9% em puerperas assistidas no Hospital de Mulheres em Michigan, entre 1984 e 1985. Em Santos esta incidência é praticamente o dobro, devendo-se, entretanto, levar em consideração, as diferenças de precisão dos diagnósticos destas condições. No Brasil contou-se com a

referência materna e a compreensão das entrevistadoras, enquanto que, na outra investigação, os dados foram coletados a partir de registros médicos.

Assim como em outros estudos, os problemas de saúde das crianças desta coorte, ocorridos no período de observação pós-natal, estiveram associados ao desmame nos 3 primeiros meses de vida. Esta associação foi verificada para ocorrências de diagnóstico mais preciso como diarreia e febre, nos procedimentos descritivos bivariados. Após ajuste para outras condições, nos modelos multivariados, foi mantida a associação entre desmame e diarreia, entre crianças nascidas nos dois hospitais.

Estudos internacionais (BLACK et al, 1982; BROWN et al, 1989) demonstraram que o desmame, ou mesmo a complementação do leite materno com outros alimentos, constituem fator de risco para diarreia aguda, especialmente em populações onde as condições ambientais e de higiene pessoal são tão precárias, que predispõem à contaminação dos alimentos oferecidos. Alguns autores (SAZAWAL et al, 1992; MAHALANABIS et al, 1991), apontam que a promoção da amamentação, em especial do aleitamento materno exclusivo, pode reduzir o risco de diarreia persistente entre crianças pequenas. Estas atividades de assistência têm impacto, também, na redução da mortalidade (SACHDEY et al, 1991) entre crianças internadas por diarreia, bem como na demanda por assistência médica (BURKHALTER & MARIN, 1991) devido a outras patologias.

No Brasil, estudo prospectivo realizado no interior do Ceará (GUERRANT et al, 1983) mostrou que crianças da coorte observada, com aleitamento materno misto, tiveram risco cinco vezes maior de diarreia, comparativamente às crianças com amamentação exclusiva. Mesmo no Rio Grande do Sul (VICTORA et al, 1989; VICTORA et al, 1987), onde as condições ambientais podem ser consideradas de menor risco para a saúde, foi demonstrado que a alimentação mista ou artificial, está associada à mortalidade na infância, tendo como fatores mediadores mais importantes a diarreia e as infecções respiratórias agudas.

FEACHEM & KOBLINSK (1984), em revisão da literatura sobre o impacto da amamentação na ocorrência de doenças diarreicas, encontraram que, entre crianças não amamentadas, menores de 2 meses, o risco relativo médio para diarreia era 3 maior entre crianças desmamadas, valores que são equivalentes aos encontrados entre as crianças estudadas em Santos. Estes mesmos autores apontaram necessidade de investigação em vários aspectos que relacionam amamentação e diarreia. Enfatizaram, contudo, que a falta de conhecimento de alguns aspectos importantes desta associação não deve postergar as ações de promoção da amamentação, considerada (MARTINES et al, 1993) como uma das atividades de mais alta relação custo-efetividade, na redução da morbidade e mortalidade por diarreia.

As considerações acima enfatizam a importância, para a saúde e sobrevivência infantil, dos resultados observados em Santos, com respeito à relação entre interrupção do AMEX e desmame precoce. O nível de predição do desmame, com a interrupção do aleitamento materno exclusivo ocorrendo nos primeiros dez dias de vida é alto (RR superior a 3) e independente do hospital de nascimento. Resultado similar foi encontrado em estudo de uma coorte de crianças, residentes em área urbana pobre do município de Pelotas (MARTINES et al, 1989). Nesta investigação, crianças que receberam suplementação do leite materno, nas idades de 1, 3 e 6 meses, apresentaram risco relativo de desmame superior a 3, relativamente àquelas que permaneceram em aleitamento exclusivo.

Apesar dos resultados dessas investigações, ainda é pouco conhecida a importância da manutenção da amamentação exclusiva, tanto para a redução da ocorrência de doenças infecciosas, quanto para a prevenção do desmame. Como já foi dito anteriormente, não encontrou respaldo nesta investigação, a crença, comum entre os profissionais de saúde, de que ofertas de água e chá às crianças pequenas não lhes trazem problemas de saúde ou risco de desmame. Na análise das informações obtidas através dos dois grupos de mulheres em Santos, chamou atenção a proporção baixa daquelas que referiram ter recebido orientação sobre idade de introdução de alimentos e,

também, a alta proporção de respostas ignoradas, para as perguntas sobre a idade adequada para esta introdução. Os resultados desta investigação representam mais um alerta para a necessidade de intervenções eficazes, no que concerne tanto à orientação à mãe quanto ao treinamento dos profissionais de saúde envolvidos na assistência, desde o pré-natal ao acompanhamento da saúde infantil.

## VI. CONCLUSÃO

Comprovou-se que o HGA oferece, por ocasião do parto e período peri-natal, assistência a mãe e recém-nascidos, de alta qualidade, humanizada e comprometida com a amamentação. A maior duração do AMT entre crianças procedentes deste hospital, comparativamente ao outro grupo, reflete características desiguais de assistência. De um lado a preocupação com contato precoce mãe e filho, a não separação durante o período de internação, além de orientação e capacitação materna para o desenvolvimento de habilidades de auto-cuidado. De outro lado a organização dentro dos padrões tradicionais brasileiros, provendo assistência ao parto tecnicizada, não humanizada e não comprometida com a amamentação ou mesmo carecendo de outras condições de cuidados, indicativas de boa qualidade assistencial.

Foi possível concluir também, que a assistência pré-natal oferecida a esta população, independentemente do hospital, apresentou-se inadequada e insuficiente, frente as necessidades exigidas para uma amamentação bem sucedida. Foram inócuas relativamente à duração do AMT, a frequência ao pré-natal, o número de consultas realizadas e até mesmo a oferta de orientação sobre amamentação nesta oportunidade.

Apesar de ser alta a cobertura das crianças nascidas no HC, pelos serviços de

assistência pós natal, os mesmos, não foram eficientes na prevenção da ocorrência de dificuldades com a amamentação decorrentes de problemas de mamas, nem tampouco, com relação à extensão, até às idades recomendadas, da introdução de alimentos complementares ao leite materno. O acolhimento precoce e a assistência pós-natal prestada, a pelo menos parte das crianças nascidas no HGA, reduziram entre elas, o impacto da suposta inadequação dos cuidados de acompanhamento da saúde infantil, resultando na duração maior da amamentação.

Abaixo estão sintetizadas as condições que, isoladamente, mais contribuíram, para a diferenciação no perfil de aleitamento materno entre as crianças estudadas. Por isso mesmo, constituem-se em bons indicadores para monitorização de risco de desmame, além de servirem como orientadores na reformulação das práticas assistenciais e de capacitação dos profissionais de saúde.

#### **VI.1. Na assistência hospitalar:**

##### **Influência positiva:**

- . Orientação à mãe sobre idade adequada para introdução de alimentos complementares;
- . habilidades maternas para extrair manualmente o próprio leite;
- . conhecimento materno sobre meios para aumentar a produção de seu leite;
- . habilidade materna e assistência na 1ª mamada, para que o bebê tenha "boa pega";

##### **Influência negativa:**

- . Cesárias e condições correlacionadas, como raque anestesia e uso de outros medicamentos;

## **VI.2. Na assistência pós-natal após alta hospitalar:**

Influência positiva:

- . conduta materna para aumentar a produção de leite, especialmente após o primeiro mês de vida;
- . orientação sobre amamentação em todas as oportunidades de contato com o serviço de saúde;

Influência negativa:

- . introdução precoce de alimentos como complemento ao leite materno;
- . intercorrências mamárias causadoras de dificuldades para amamentar, principalmente no primeiro mês pós-parto;

Os programas de incentivo à amamentação, quer sejam nacionais, regionais, ou mesmo dirigido a pequenas comunidades, têm, tradicionalmente enfatizado orientações às mães, com vistas a motiva-las para a amamentação e fornecer-lhes conhecimentos ligados à importância desta prática, para sua saúde e de seus bebês. A capacitação dos profissionais de saúde também tem, na maioria das vezes, sido restrita a estes aspectos da promoção da amamentação.

Esta abordagem, quase que exclusivamente conceitual, tem prevalecido, apesar de serem conhecidas e debatidas há algum tempo, as deficiências e inadequações da assistência no que diz respeito ao atendimento das necessidades de manejo da amamentação. De certa forma têm sido negligenciados, pelos programas de promoção da amamentação, os aspectos ligados à organização da assistência prestadas às gestantes, puérperas e crianças. Do mesmo modo, que não se tem enfatizado o desenvolvimento de habilidades maternas para amamentar e a capacidade dos profissionais de saúde para identificar, compreender e resolver os problemas e condições que ameaçam o sucesso da amamentação.

Os resultados desta investigação, mostram as limitações das abordagens tradicionais e seu conseqüente reflexo negativo nos padrões de amamentação das crianças assim assistidas.

Tendo como base as características assistenciais do HGA, estes resultados mostram a necessidade de urgentes reformulações nos modelos vigentes de assistência à mulher e à criança. Ao mesmo tempo que, validam, para a realidade nacional, as recomendações contidas nos protocolos internacionais já referidos. Especialmente "Os dez passos para a amamentação", que apontam o caminho a ser seguido na adequação da assistência às necessidades atuais de proteção, promoção e incentivo ao aleitamento materno.

## VII. SUMMARY

A prospective study was carried out on a cohort of newborns from two hospitals of the city of Santos, São Paulo state, Brazil, as part of a multicentric international study<sup>2</sup> of cost effectiveness analysis on breast-feeding promotion through hospitals. The impact of health services practices on breast-feeding duration was analyzed using information of 511 hospital delivery records, from which were selected 442 mothers for the first interview prior to hospital discharge. The choice for these hospitals was based on the criteria of having or not an official program towards breastfeeding promotion being the Case Hospital (HGA) the active one and the Control Hospital (HC) the comparison standard. Mothers were interviewed at home 30 days (n=442), and 90 days (n=341) after delivery. Women who gave birth at the HGA recalled having received more counseling about breastfeeding and instructions on breastfeeding techniques; they reported also first physical contact with babies shortly after delivery and their newborns spent less time apart from them during hospital stay. Cesarean sections were 50% less amongst HGA mothers. Proportions of breast problems were similar on both groups of mothers, although they had negative impact on breastfeeding only among women from the comparison

---

<sup>2</sup>"Cost-Effectiveness Analysis of Hospital-Based Breastfeeding Promotion Program in Three Latin American Countries". Sponsored by the United States Agency for International Development (USAID) under contract #LAC-0657-C-00-0051-00; LAC Health and Nutrition Sustainability University Research Corporation/International Science and Technology Institute; Washington, D.C.

hospital (HC). Post-natal assistance has been given to HGA newborns earlier than those from the HC. Distinct observed health activities were found to influencing different patterns of breastfeeding between the two groups. Proportion of weaning at the end of follow-up was 21.6% and 33.9% ( $p=0.01$ ) among HGA and HC children respectively. Cox multivariate survival regression models for weaning were significantly associated with: interruption of exclusive breastfeeding up to 10 days of age (RR of 2.91 for HGA ; 2.03 for HC). HC newborns presented significant risk ratios for: mother breast problems (RR:1.94); baby difficulties of catching and suckling mother nipples (RR:1.71) and diarrhea between first and second home visit (RR:1.94). HGA newborns were found having significant weaning risks associated with: cesarian sections (RR:1.71); mother difficulties on milk expression during hospital stay (RR:1.84); lack of counseling on breastfeeding during the first month of baby life (RR:4.0) and diarrhea during the 15 days prior to first home visit (RR:3.5). This study emphasizes the needs for reviewing the traditional approach of breastfeeding promotion and shows those health services practices that are effective for this purpose.

[]

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- BADER, M. - Breast-feeding: The role of multinational corporations in Latin America. **Int. J. Health Serv.**, 6(4):609-26, 1976.
- BARROS, F.C. & VICTORA, C.G. - Breastfeeding and diarrhea in Brazilian children. **Demographic Health Surveys. Further Analysis series**, 1990, p26.
- BARROS, F.C.; VICTORA, C.G.; VAUGHAN, J.P. - Breastfeeding and socioeconomic status in Southern Brazil. **Acta Paediat. Scand.**, 75:558-562, 1986.
- BARROS, F.C.; HALPERN, R.; VICTORA, C.G.; TEIXEIRA A.M. - Promoção da amamentação em localidade urbana da região sul do Brasil: estudo de intervenção randomizado. **Rev. Saúde públ.**, 28:277-83, 1994.
- BARROS, F.C.; SEMER, T.C.; TONIOLI FILHO, S.; TOMASI, E.; VICTORA; C.G. - The impact of lactation centres on breastfeeding patterns, morbidity and growth:a birth cohort study. **Acta Paediatr.**, 84:1221-6, 1995.

- BARROS FILHO, A.de A.; BARBIERI, M.A.; SANTORO, J.R. - Influência da duração do aleitamento materno na morbidade de lactentes. **Bol. Oficina Sanit. Panam.**, 99:594-602, 1985.
- BLACK R.E.; BROWN K.H.; BECKER, . - Contamination of Weaning foods and transmission of enterotoxigenic Escherichia Coli diarrhoea in children in rural Bangladesh. **Trans. R. Soc. Trop. Med. Hyg.**, 72:259-264, 1982.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Alimentação e Nutrição. **Programa Nacional de Incentivo ao Aleitamento Materno**. Brasília, 1981. 18p.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Alimentação e Nutrição. Conselho Nacional de Saúde. - **Norma Brasileira para Comercialização de Alimentos para Lactentes**. Brasília, 1989. 20p.
- BRASIL.Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Alimentação e Nutrição. Secretaria de Programas Básicos. - **Programa de assistência integral à saúde da Mulher**. Brasília, Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1984. 20p (Série B:Textos Básicos de Saúde, 7).
- BRASIL. **Constituição, República Federativa do Brasil**. Brasília, 1988. Centro Gráfico do Senado Federal, 120p.
- BROWN. K.H.; BLACK R.; LOPEZ-ROMANA G. KANASHIRO, H.C. - Infant-feeding practices and their relationship with diarrheal and other diseases in Huascar, Lima, Peru. **Pediatrics**, 83:31-40, 1989.

- BURKHALTER, B.R. & MARIN, P.S. - A demonstration of increased exclusive breastfeeding in Chile. **Int. J. Gynaecol. Obstet.**, **34**:353-359, 1991.
- CARVALHO, M. - Relação entre a frequência das mamamdas e dor nos mamilos, volume da secreção láctea e ganho ponderal do recém-nascido. **Jornal de Pediatria**, **56**(4):174-77, 1984.
- DEAN, A.G.; DEAN, J.A.; BURTON, A.H. - EPI-INFO, Version 5.1b, **user'sguide**, CDC Atlanta, 1992.
- DUSDIEKER, L.B.; BOOTH, B.M.; SEALS B.F.; EKWO, E.E. - Investigation of a model for the initiation of breastfeeding in primigravida women. **Soc. Sci. Med.**, **20**(7):695-703, 1985.
- EASTHAM, E.; SMITH, D.; POOLE D.; NELIGAN G. - Further decline of breastfeeding. **BMJ**, **7**:305-307, 1976.
- ESCOTT, R. - Posicionamento, pega e transferência de leite. **Breastfeeding review**. 1989. (Tradução para material didático do Centro de Lactação de Santos, São Paulo, Brasil).
- FEACHEM, R.G. & KOBLINSKI, M.A.; - Interventions for the control of diarrhoeal diseases among young children: promotion of breast-feeding. **Bull. World Health Organ.** **62**(2):271-91, 1984.
- FIEDLER, J.L. - The cost of the breastfeeding promotion program in the Guilherme Alvaro Hospital of Santos, Brazil. In: **LATIN AMERICA AND ARIBBEAN HEALTH AND NUTRITION SUSTAINABILITY. TECHNICAL SUPPORT FOR POLICY, FINANCING AND MANAGEMENT**, 1995. **[Technical report]** 39 p.

- FORMAN, M.R. - Review of research on the factors associated with choice and duration of infant feeding in less-developed countries. in: Task force on infant-feeding practices. **Pediatrics**, **74**(suppl):667-94, 1984.
- FORMAN, M.R.; LEWAND-HUNDT, G.; GRAUBARD, D.; CHANG, D.; SAROV, B.; NAGGAN, L.; BERENDES, H.W. - Factors influencing milk insufficiency and its long-term health effects: The Bedouin infant feeding study. **Int. J. Epidemiol.**, **21**(1):53-8, 1992.
- FRANK, D.A.; WIRTZ, S.J.; SORENSON, J.R.; HEEREN, T. - Commercial discharge packs and breast-feeding counseling: Effects on infant-feeding practices in a randomized trial. **Pediatrics**, **80**(6):845-54, 1987.
- FREITAS, C.L.; ROMANI, S.; AMIGO, H. - Lactancia materna y malnutrición en zonas rurales del nordeste del Brasil. **Bol. Oficina Panam.** **102**(3):227-35, 1987.
- GIULIANI, E.R.J.; ISSLER, R.M.S.; JUSTO, E.B.; SEFFRIN, C.F.; HARTMANN, R.M.; CARVALHO, N.M. - Risk factors for early termination of breast feeding in Brazil. **Acta Paediatr.**, **81**:484-7, 1992.
- GOLDBERG, H.I.; RODRIGUES, W.; THOME, A.M.T.; JANOWITZ, B.; MORRIS, L. - Infant mortality and breast feeding in North-Eastern, Brazil. **Population Studies**, **38**:105-13, 1984.
- GOLDENBERG, P. - Consumo e reprodução social - o desmame precoce na perspectiva do marketing do leite em pó num país subdesenvolvido. In: GOLDENBERG, **Repensando a desnutrição como questão social**. São Paulo, Cortez Editora/Editora da UNICAMP, 1989. p.95-143.

- GREINER, T. - Breast-Feeding in Decline: Perspective on the Causes. Lactation, Fertility and Working Woman. IPPF/IUNS CONFERENCE HELD IN BELLAGIO, Italy, 1977. p.61-8 [**Proceedings**].
- GUERRANT, R.L.; KIRCHHOFF, L.V.; SHIELDS, D.S.; NATIONS, M.K.; LESLIE, J.; SOUSA, M.A.; ARAUJO, J.G.; CORREIA, L.L.; SAUER, K.T.; McCLELLAND, K.E.; TROWBRIDGE, F.L.; HUGHES, J.M. - Prospective study of diarrheal illnesses in northeastern Brazil: Patterns of disease, nutritional impact, etiologies, and risk factors. **J. Infect. Dis.**, **148**(6):986-97, 1983.
- GUILKEY, D.K.; POPKIN, B.M.; FLIEGER, W.; AKIN, J.S. - Changes in breast-feeding in the Philippines, 1973 - 1983. **Soc. Sci. Med.**, **31**(12):1365-75, 1990.
- GUSSLER, J.D. & BREISEMEISTER, L.H. - The insufficient milk syndrome: a biocultural explanation. **Med. Antropol.**, **4**:148-154, 1980.
- GYORGY, P. - Biochemical aspects of human milk. In: The uniqueness of human milk. **Am. J. Clin. Nutr.**, **24** (suppl.):970-5, 1971.
- HABICHT, J.P.; DAVANZO, J.; BUTZ, W.P. - Does breastfeeding really save lives, or are apparent benefits due to biases? **Am. J. Epidemiol.**, **123**(2):279-90, 1986.
- HAMBRAEUS, - Proprietary milk versus human breast milk in infant feeding: a critical appraisal from the nutritional point of view. **Pediatr. Clin. of North Amer.**, **24**: 1977.
- HARDY, E.E.; VICHI, A.M.; SARMENTO, R.C.; MOREIRA, L.E.; BOSQUEIRO, C.M. - Breastfeeding promotion: Effect of an educational program in Brazil, **Stud. Fam. Plann.** **13**(3):79-85, 1982.

- HARRISON, G.G.; ZAGHLOUL, S.; GALAL, O.M.; GABR, A. - Breastfeeding and weaning in a poor urban neighborhood in Cairo, Egypt: maternal beliefs and perceptions. **Soc. Sci. Med.**, **36**:1063-9, 1993.
- HARTGE, P.; SHIFFMAN, M.H.; HOOVER, R.; MCGOWAN, L.; LESHER, L.; NORRIS, H.J. - A case-control study of epithelial ovarian cancer. **Am. J. Obstet. Gynecol.**, **161**:10-16, 1989.
- HELSING, E. & KJAERNES, U. - A silent revolution-changes in maternity ward routines with regard to infant feeding in Norway, 1973-1982. **Acta Paediat. Scand.**, **74**:332-7, 1985.
- HELSING, E. & SAADEH, R. - Breastfeeding trends in a global perspective. **Nu Nytt U-Landshalsovard**, **3**:4-9, 1991
- HELSING, E. - Supporting breastfeeding: what governments and health workers can do. European experience. **Int. J. Gynaecol. Obstet.**, **31(suppl.1)**:69-76, 1990.
- HOFMEYER, G.J.; NICODEM, V.C.; WOLMAN, W.L.; CHALMERS, B.E.; KRAMER, T. - Companionship to modify the clinical birth environment: effects on progress and perceptions of labour and breastfeeding. **Br. J. Obst. Gynaecol.**, **98**:756-64, 1991.
- HOWARD, F.M.; HOWARD, C.R.; WEITZMAN, M. - The physician as advertiser: the unintentional discouragement of breast-feeding. **Obstet. Gynecol.**, **81**:1048-51, 1993.
- HUFFMAN, S. - Determinants of breastfeeding in developing countries: Overview and policy implications. **Stud. Fam. Plann.** **15(4)**:170-83, 1984.

IBFAN/CEFEMINA - Para que nuestros hijos crezcan y vivan sanos. In: **Carpeta de información para la promoción, protección y el apoyo de la lactancia materna**. Costa Rica, 1989.

JASON, J.M.; NIEBURG, P.; MARKS, J. - Mortality and infectious disease associated with infant-feeding practices in developing countries: Task Force on Infant-Feeding Practices. **Pediatrics**, (suppl.):702-27, 1984.

JELLIFFE, D.B. & JELLIFFE, E.F.P. - The uniqueness of human milk: Introduction. **Am. J. Clin. Nutr.**, 24:968-9, 1971.

JELLIFFE, D.B.- Breast milk and the world protein gap. **Clin. Pediatr.**, 7(2):96-9, 1968.

JELLIFFE, D.B. - Commerciogenic malnutrition? Time for a dialogue. **Food Technol.**, 25:55, 1971.

KAUFMANN, R. & FOXMAN, B. - Mastitis among lactating women: occurrence and risk factors. **Soc. Sci. Med.**, 33(6):701-5, 1991.

KENNEL, J.; KLAUS, M.; McGRATH, S.; ROBERTSON, S.; HINKLEY C. - Continuous emotional support during labor in a US hospital. **JAMA**, 265(17):2197-2201, 1991.

KLAUS, M.; KENNEL, J.; ROBERTSON, S.; SOSA, R. - Effects of social support during parturition on maternal and infant morbidity. **BMJ**, 293(6):585-7, 1986.

KLEINBAUM, D.G. - Survival analysis: module series; University of North Caroline, at Chapel Hill; **Módulos Didáticos**, 1993. p239.

- KOCTURK, T. - Advantages of breastfeeding according to Turkish mothers living in Istanbul and Stockholm. **Soc. Sci. Med.**, **27**:405-10, 1988.
- KOCTURK, T. & ZETTERSTROM, R. - The promotion of breastfeeding and maternal attitudes. **Acta Paediatr. Scand.**, **78**:817-23, 1989.
- KROEGER, M. - Labor and delivery practices: The eleventh step to successful breastfeeding? In: THE 23<sup>o</sup> INTERNATIONAL CONGRESS OF MIDWIVES, Vancouver, British Columbia, May, 1993. [**Presentation**].
- KYENKIA, M. & MAGALHÃES, R. - The mother's support group role in the health care system. **Int. J. Gynaecol. Obstet.**, **31**(suppl.1):85-90, 1990. [Proceedings of the interagency workshop on health care practices related to breastfeeding]
- LAWRENCE, R.A. - Breastfeeding in modern medicine. In: **A guide for the medical profession**, 3.ed., The C.V. Mosby Company, USA, 1989. p 652.
- LEÃO, M. M.; COUTINHO, D.; RECINE, E. ; COSTA, L.A.L.; LACERDA, A.J. - O perfil do aleitamento materno no Brasil. In: Perfil estatístico de crianças e mães no Brasil, **Ministério da Saúde-INAN**, Brasília, 1989. p 97-109.
- LEE, E.T. - **Statistical Methods for Survival Data Analysis**. Lifetime Learning Publications, California, USA, 1980. p 557.
- LIE, B. & JUUL, J. - Effect of epidural vs. general anesthesia on breastfeeding. **Acta Obstet. Gynecol. Scand.**, **67**:207-9, 1988.
- LOUGHLIN, H.H.; CLAPP-CHANNING, N.E.; GEHLBACH, S.H.; POLLARD, J.C.; McCUTCHEN, T.M. - Early termination of breast-feeding: indentifying those at risk. **Pediatrics**, **75**(3):508-13, 1985.

- LUTTER, C.; PEREZ-ESCAMILLA, R.; SEGALL, A.M.; SANGHVI, T.G.; TERUYA, K.; RIVERA, A. - The effectiveness of hospital-based breastfeeding promotion programs on exclusive breastfeeding in three Latin American Countries. USAID/LAC-HNS Study in Latin America (1992-1995). [Thecnical Report, Washington, DC, USA, 1996, USAID/LAC HNS]. p 46.
- LUTTER, C.; PEREZ-ESCAMILLA, R.; SEGALL, A.M.; SANGHVI, T.; TERUYA, K.; WICKHAM, C. - Effectiveness of hospital-based breastfeeding promotion programs on exclusive breastfeeding among low-income women in Brazil. **Am. J. Publ. Health**, 1996. (in press).
- LYNCH, S. A.; KOCH, A. M.; HISLOP, T.G.; COLDMAN, A.J. - Evaluating the effect of a breastfeeding consultant on the duration of breastfeeding. **Can. J. Public Health**, 77:190-5, 1986.
- MAHALANABIS, D.; ALAM, A.N.; RAHMAN, N.; HASNAT, A. - Prognostic indicators and risk factors for increased duration of acute diarrhoea and for persistent diarrhoea in children. **Int. J. Epidemiol.**, 20(4):1064-72, 1991.
- MARCHIONE, T. J. - Food Supplementation programs and breastfeeding practices. **Int. J. Gynaecol. Obstet.**, 31(suppl.1):125-30, 1990. [Proceedings of the Interagency Workshop on Health Care Practices Related to Breastfeeding]
- MARTINS-FILHO, J. - As causa do desmame. Maneiras de Combate-las. Preparo para a amamentação, In: **Como e porque amamentar**, 2.ed., Editora Savier, 1977. p.61- 82.
- MARTINS FILHO, J. - **Contribuição ao estudo do aleitamento natural em Campinas**. Campinas, 1976. [Tese de Livre docência - Universidade Estadual de Campinas]

- MARTINES, J.C.; ASHWORTH, A.; KIRKWOOD, B. - Breastfeeding among the urban poor in southern Brasil: reasons for termination in the first 6 months, **Bull. World Health Organ.**, **67**:151-61, 1989.
- MARTINES, J.C.; PHILLIPS, M.; FEACHEM, G.A. - Diarrheal Disease. In: \_\_\_\_\_ **Disease Control in Developing Countries**. ed. Oxford Press, 1993. p 91-116.
- MATA, L.J. & WYATT, R.G. - Host resistance to infection. In: The uniqueness of human milk. **Am. J. Clin. Nutr.**, **24**:976-86, 1971.
- MATICH, R.J. & SIMS, L. - A comparison of social suport variables between women who intend to breast or bottle fed. **Soc. Sci. Med.**, **34**:919-27, 1992.
- McTIERNAN, A. & THOMAS, D.B. - Evidence for a protective effect of lactation on risk of breast cancer in young women. **Am. J. Epidemiol.**, **124**:353-8, 1986.
- MEEHAN, K.F. - Breast feeding in an urban district in Shanghai, people's Republic of China. A descriptive study of feeding patterns and hospital practices as they relate to breasfeeding. **J. Trop. Pediatr.**, **36**: ,1990.
- MEYER, H.F. - Breast feeding in the United States. Report of a 1966 national survey with comparable 1946 and 1957 data. **Clin. Pediatr.**, **7**:708-15, 1958.
- MILLARD, A.V. - The place of the clock in pediatric advice: rationales, cultural themes and impediments to breastfeeding. **Soc. Sci. Med.**, **31**:211-21, 1990.
- MONTEIRO, A.C. ZUÑIGA, H.P.P.; BENÍCIO, M.H.A.; RÉA, M.F.; TUDISCO, E.S.; SIGULEN, D.M.; - The recent revival of breast-feeding in the city of São Paulo, Brazil. **Am. J. Public Health** **77**(8): 964-66, 1987.

- MONTEIRO, C.A.; ZUÑIGA, H.P.P.; BENÍCIO, M.H.; RÉA, M.F. - Breast-feeding patterns and socioeconomic status in the city of São Paulo. **J. Trop. Pediatr.**, **34**:186-92, 1988.
- MONTEIRO, C.A. & REA, M.F. - O aleitamento Materno. In: MONTEIRO, C.A., **Saúde e Nutrição das Crianças de São Paulo**. Hucitec-EDUSP, São Paulo, 1988. p. 55-70.
- MORA, J.G. & SUAREZ-OJEDA, E.N. - Estudio sobre la enseñanza de la lactancia materna en las escuelas profesionales de ciencias de la salud em diez y seis países de America Latina y el Caribe: **Organización Panamericana de la Salud**, Washington D.C., 1994. ( mimeo, informe preliminar). p.55.
- MOURA, E.C. - **Avaliação dos serviços de saúde: um desenho epidemiológico**. Campinas, 1994. [Tese de doutoramento - Universidade Estadual de Campinas]
- MULLER, M. - The baby Killer. **Publicação de "War on Want"**, Londres, 1974.
- NORUSIS, M.J. - **Statistical Package for Social Science (SPSS) for Windows: Advanced Statistics**, SPSS Inc., Release 5, 1992. p. 580.
- NOTZON, F. - Trends in infant feeding in developing countries. **Pediatrics**, (Supplement Task Force in Infant-Feeding, Practices), 1984. p. 648-666.
- NYLANDER, G.; LINDERMANN, R.; HELSING, E.; BENDVOLD, E. - Unsupplemented breastfeeding in the maternity ward: Positive long effects. **Acta Obstet gynecol Scand**, **70**:205-9, 1991.

- OMS/UNICEF - **Reunião conjunta sobre alimentação de lactentes e crianças na primeira infância - Genebra, 1979.** OMS/ UNICEF, Brasília, 1980. p. 50
- PALMER, G. - The politics of infant feeding. **Mothering**, California, 1991. p. 73-79.
- PALMER, S.R.; AVERY, A.; TAYLOR, R. - The influence of obstetric procedures and social and cultural factors on breastfeeding rates at discharge from hospital. **J. Epidemiol. Community Health**, **33**:248-52, 1979.
- PARKES, A. - Mammal's antecedents and adaptative lactation. In: JELLIFFE, D.B. & JELLIFFE E.F.P. - **Human milk in the modern world.** Ed. Oxford, Oxford University Press, 1978.
- PELTO, G.H. - Perspectives on infant feeding: decision making and ecology. **Food Nutr. Bull**, **3**:16-29, 1981.
- PÉREZ-ESCAMILLA, R; LUTTER,C.; SEGALL, A.M.; RIVERA, A.; SANGHVI, T. - Determinants of exclusive breastfeeding in Brazil, Honduras and Mexico: a survival analysis approach. **J. Nutr.**1995, (in press). p. 21.
- PÉREZ-ESCAMILLA, R. - Update on breastfeeding Situation in Africa. **Nutrition Research**, **13**:597-609, 1993.
- PÉREZ-ESCAMILLA, R.; PEREZ, R.R.; MEJÍA, L.A.; DEWEY, K. - Infant feeding practices among low-income Mexican urban women: a four month follow-up. **Arch. Latinoam. de Nutr.**, **42**(3):259-67, 1992.
- PÉREZ-ESCAMILLA, R.; PEREZ, R.R.; MEJÍA, L.A.; DEWEY, K. - Neonatal feeding patterns and reports of insufficient milk among low-income urban Mexican mothers. **Ecology of Food and Nutrition**, **27**:91-102, 1992.

- PÉREZ-ESCAMILLA, R.; SEGURAN-MILAN, S.; POLLITT, E.; DEWEY, K.G. - Determinantes of lactation performance across time in an urban population from México. **Soc. Sci. Med.**00:1-10, 1993.(in press)
- PÉREZ-ESCAMILLA, R.; DEWEY, K.G. - Epidemiologia de la lactancia materna en zonas rurales y urbanas de México. **Bol. Of. Sanit. Panam.**, 114(5):399-405, 1993.
- PÉREZ-ESCAMILLA, R. - Breast-feeding Paterns in Nine Latin American and Caribbean Countries. **Bull. Pam. Am. Health Organ.** 27(1):32-42, 1993.
- PIERSE, P.; VAN AERDE, J.; CLANDININ, M.T. - Nutrition value of human milk. **Prog. Food Nutr. Sci.**, 12:421-47, 1988.
- POPKIN, B.M.; AKIN, J.S.; FLIEGER, W.; WONG, E.L. - Breast-feeding trends in the Philippines, 1973 and 1983. **Am. J. Public Health**, 79(1):32-5, 1989.
- POPKIN, B.M.; ADAIR, L.; AKIN, J.S.; BLACK, R.; BRISCOE, J.; FLIEGER, W. - Breast-feeding and diarrheal morbidity. **Pediatrics**, 86(6):874-882, 1990.
- REA, M.F. - The Brazilian national breastfeeding programme: a success story in: Proceedings of the interagency workshop on health care practices related to breastfeeding. **Int. J. Gynaecol. Obstet.**, 31(suppl. 1):79-82, 1988.
- REA, M.F.; CUKIER, R. - Razões de desmame e de introdução da mamadeira: Uma abordagem alternativa para estudo. **Rev. Saúde públ.**, 22(3):184-91, 1988.
- REA, M.F. - Substitutos do leite materno: passado e presente. **Rev. Saúde públ.**, 24:241-9, 1990.

- RIGHARD, L. & ALADE, M. O. - Effect of delivery room routines on success of first breast-feed. **Lancet**, **336**:1105-7, 1990.
- RODRIGUES-GARCIA, R.R. & SCHAEFER, L.A. - Breastfeeding: an old practice or a new technology? **Hygiene**, **10**:5-11, 1991.
- ROMERO-GWYNN, E. & CARIAS, L. - Breast-feeding intentions and practice among Hispanic mothers in Southern California. **Pediatrics**, **84**(4):626-32, 1989
- RYAN, A.S.; RUSH, D.; KRIEGER, F.W.; LEWANDOWSKI, G.E. - Recent declines in breast-feeding in United State, 1984 through 1989. **Pediatrics**, **88**(4):719-27, 1991.
- SAARINEN, U.M. - Prolonged breast feeding as profilaxis for recurrent otitis media. **Acta Paediatr. Scand**, **71**:567-571, 1982.
- SACHDEY, H.P.S.; KUMAR, S.; SINGH, K.K. ; PURI, R.K. - Does breastfeeding influence mortality in Children hospitalized with diarrhoea? **J. Trop. Pediatr.**, **37**:275-9, 1991.
- SAMUELS, S.E.; MARGEN, S.; SCHOEN, E.J. - Incidence and duration of breast-feeding in a health maintenance organization population. **Am. J. Clin. Nutr.**, **42**: 504-10, 1985.
- SANGHVI, T. - Improving the cost-effectiveness of breastfeeding promotion in maternity services. **Summary of the USAID/LAC HNS Study in Latin America (1992-1995)**. [Technical Report, Washington, DC, USA, 1996, USAID/LAC HNS].
- SANGHVI, T.G.; PÉREZ-ESCAMILLA, R.; LUTTER C.; TERUYA, K.; SEGALL, A.M.; RIVERA, A. - What urban, low-income mothers in Latin america say about

plans, practices and reasons for terminating exclusive breastfeeding, USAID/LAC HNS Study in Latin America (1992-1995). [Thecnical Report, Washington, DC, USA, 1995, USAID/LAC HNS].

SANGHVI, T. G.; R.; LUTTER, C.; PÉREZ-ESCAMILLA, R.; RIVERA, A.; TERUYA, K.; SEGALL, A.M.; TREVINO-SILLER, S.; PHILLIPS, M.; FIEDLER, J.; WICKHAM, C. - The coverage and quality of breastfeeding promotion in maternity services in Latin America. USAID/LAC HNS Study in Latin America (1992-1995). [Thecnical Report, Washington, DC, USA, 1995, USAID/LAC HNS].

SAVAGE, F. - The need for action; in Proceedings for the interagency workshoping on Health Care Practices relatede to breastfeeding. *Int. J. Gynaecol. Obstet.*, **31**(suppl.1):11-16, 1990.

SAZAWAL, S; BHAN, M.K.; BHANDARI, N. - Type of milk feeding during acute diarrhoea and the risk of persistent diarrhoea: a case control study. *Acta Paediat. Scand.*, **381**:93-7, 1992.

SCRIMSHAW, S.C.M.; ENGLE, P.L.; ARNOLD, L.; HAYNES, K. - Factors affecting breastfeeding among women of Mexican origin or descent in Los Angeles. *Am. J. Public Health*, **77**(4):467-70, 1987.

SEGALL, A.M.; BARROS FILHO, A.A.; MOURA, E.C.; PANIGASSI, G.; LENCI, D.G. - Perfil do aleitamento materno em usuárias dos serviços de saúde. In: I CONGRESSO BRASILEIRO DE EPIDEMIOLOGIA, Campinas 1991. *Anais*, Rio de Janeiro, 1991.

- SEPKOSKI, C.M.; Lester, B.M.; OSTHEIMER, G.W. et al. - The effects of maternal epidural anesthesia on neonatal behavior during the first month. **Dev. Med. Child Neurol.**, **34**:1072-80, 1992.
- SHORT, R.; LEWIS, P.R.; RENFREE, M.B.; SHAW, G. - Contraceptive effects of extended lactational amenorrhoea: beyond the Bellagio Consensus. **Lancet**, **337**(23):715-17, 1991.
- SHORT, R. - Breastfeeding, fertility and population growth in nutrition and population links, **WHO/ACC/SCN report of the 18th symposium**, paper 11: pp 33-46, May 1992.
- SIGULEN, D.M & TUDISCO, E.S. - Aleitamento natural em diferentes classes de renda no municipio de São Paulo. **Arch. Latinoam. Nutr.**, **30**:400-16, 1980.
- SJOLIN, S.; HOFVANDER, Y.; HILLERVICK, C. - Factors related to early termination of breast feeding: a retrospective study in sweden. **Acta Paediatr. Scand**, **66**: 505-511, 1977.
- SOSA, R.; KENNEL, J.; KLAUS, M.; ROBERTSON, S. URRUTIA, J. - The effect of supportive companion on perinatal problems, length of labor, and mother-infant interaction. **N. Engl. J. Med.**, **303**:597-600, 1980.
- SOZMEN, M. - Effects of early suckling of cesarean-born babies on lactation. **Biol. Neonat.**, **62**:67-8, 1992.
- STAHLBERG, M.R. - Breastfeeding and social factors. **Acta Paediatr. Scand.**, **74**: 36-9, 1985.
- STARBIRD, E.H. - Comparison of influences on breastfeeding initiation of firstborn children, 1960-69 vs 1970-79. **Soc. Sci. Med.**, **33**(5):627-34, 1991.

- TERUYA, K. - Programa de lactancia materna del hospital Guilherme Álvaro en Santos, Brasil; Promoción de la lactancia materna por medio de los hospitales en América Latina. In: CONFERENCIA REGIONAL, Santos, Brasil, 1994. **Anais.** p 53-61.
- THOMSEN, A.C.; ESPERSEN, T.; MAIGAARD, S. - Course and treatment of milk stasis, noninfectious inflammation of the breast and infectious mastitis in nursing women. **Am. J. Obstet. Gynaecol.**, **149**(5):492-5, 1984.
- VAHLQUIST, B. - Evolution of breast feeding in Europe. **Environ. Child Health**, feb. 1975. p.11-18.
- VAN ESTERICK, P. - Breastfeeding and feminism. **Int. J. Gynecol.Obstet.**,**47** (suppl): 42-50, 1994
- VERKASALO, M. - Recent trends in breast-feeding in southern Finlandia. **Acta Paediat. Scand.**, **69**:89-91, 1980.
- VICTORA, C.G.; HUTTLY, S.R.A.; BARROS, F.C.. - Caesarean section and duration of breastfeeding among Brazilians. **Arch. Dis. Child**, **65**:632-34, 1990.
- VICTORA, C.G.; SMITH, P.G.; BARROS, F.C. et al. - Risk factors for deaths due to respiratory infections among brazilian infants. **Int. J. Epidemiol.**, **18**:918-25, 1989.
- VICTORA, C.G.; VAUGHAN, P.; LOMBARDI, C. et al. - Evidence for protection by breastfeeding against infant death from infectious disease in Brazil. **Lancet**, :319-321, 1987.
- VIS,H.L. & HENNART, P. - Decline in Breast-feeding: about some of its cause. **Acta Paediatr. Belg.**, **31**:195-206, 1978.

YUAN, J.; YU, M.C.; ROSS, R.K.; ROSS, R.K.; GAO, Y.; HENDERSON, B.E. - Risk factors for breast cancer in Chinese women in Shanghai. **Cancer Research**, **48**:1949-53, 1988.

WHO/UNICEF - Code of marketing breastmilk substitute, **WHO/UNICEF**, Informe Técnico, Geneve, 1981.

WHO/UNICEF - Joint Statment: protecting, promoting and supporting breastfeeding: the special role of maternity services. **WHO**, Geneva, 1989.

WHO/UNICEF - Innocenti Declaration - Breastfeeding in the 1990s: A global initiative. **Extracts from SCN NEWS**, May 1991.

WHO/PAHO - Appropriate technology for birth. **Lancet**, **24**:436-37, 1985.

WHO - The prevalence and duration of breast-feeding: a critical review of available information. **World Health Stat. Q.**, **35**:92-116, 1982.

WHO/CDD - Indicators for Assessing Breast-feeding . In: ICH, Practices. Breast-feeding Promotion- Breast-feeding terminology, **NU - News on health care indeveloping countries**, **5**(3):43 pp43, 1991.

WILSON, M. - A problem of ideology and social relations: Bottle babies and maneged mothers. **Science for the People**, Jan./Feb., 1981.

WINIKOFF, B.; LAUKARAN, V.H.; MYERS, D.; STONE, R. - Dynamics of infant feeding: mothers, professionals and the institutional contex in a large urban hospital. **Pediatrics**, **77**(3):357-65, 1986.

WINIKOFF, B. & LAUKARAN, V.H. - Breast feeding and bottle feeding controversies in the developing world: evidence from a study in four countries. **Soc.Sci.Med.**, **29**:859-68, 1989.

WINIKOFF, B.; CASTLE, M.A.; LAUKARAN, V.H. - Feeding infants in four societies: causes and consequences of mother's choices. **Contributions in Family Studies**, number 14 Greenwood Press, Westport, CT, 1989.

QUADRO 4 Indicadores de comparação entre mães com e sem seguimento, segundo hospitais observados - Santos, 1992-1993.

Indicadores	Mães com seguimento (360)		Mães sem seguimento (84)	
	%	$\bar{x}$	%	$\bar{x}$
Posse de bens duráveis (média)*	-	3,05	-	2,6
Escolaridade materna (média em anos)	-	7,05	-	6,4
Idade materna ( média em anos)	-	24,60	-	26,15
Paí mora c/ a mãe	79,94	-	67,20	-
Nº médio de consultas pré-natal	-	6,60	-	5,72
Proporção de mães que receberam orientação pré-natal	32,85	-	29,00	-
Duração do aleitamento do filho anterior (média em meses)	-	12,18	-	10,82
Média de peso ao nascer		3.290		3.345
Proporção de bebês que mamaram na sala de parto	38,70	-	34,7	-
Média de intervalo de tempo entre o nascimento e a 1ª mamada (em horas)	-	4,57	4,47	-
Proporção de cesárias	35,5	-	34,1	-
"Boa pega"	93,30	-	93,30	-
Orientação s/idade introdução de líquidos	20,30	-	12,20	-
Orientaçã s/idade de introdução de leite	10,10	-	8,60	-
Orientação s/ idade de introd./alimentos	19,00	-	12,20	-

\*p<0,05.

QUADRO 5 Posse de bens de consumo duráveis, entre mulheres estudadas, segundo hospitais observados - Santos, 1992-1993.

Bens de consumo	Hospital	
	HGA	Comparação
Duráveis	%	%
Rádio	91,1	94,0
Televisão	91,1	94,6
Geladeira	86,5	92,3
Telefone	18,2	22,0
Carro	15,6	14,9

Valor de  $p > 0,05$  para cada uma das variáveis consideradas.

QUADRO 6 Indicadores sócio-econômicos, segundo hospitais observados - Santos, 1992-1993.

Indicadores	Hospital					
	HGA			Comparação		
sócio-econômicos	Nº	%	$\bar{x}$	Nº	%	$\bar{x}$
Posse de bens duráveis*	192	—	3,03(2,8-3,2)	168	—	3,18(3,0-3,3)
Nº de cômodos usados p/ dormir	192	—	1,57	168	—	1,71(1,2-2,4)
Nº de crianças no domicílio	192	—	2,23	168	—	2,31
Nº de adultos no domicílio	192	—	2,97	168	—	3,04
Nível Social Baixo**	191	32,5	—	168	28,6	—
Escolaridade materna (em anos)	190	—	6,85(6,4-7,3)	168	—	7,29(6,8-7,8)
Idade materna (em anos)	191	—	24,77(23,8-25,7)	166	—	24,55(23,7-25,3)
Mães casadas	192	53,6	—	162	43,8	—
Pai mora c/ mãe	191	82,7	—	168	83,9	—
Mãe trabalha fora	192	28,1	—	168	28,0	—

Valor de  $p > 0,05$  para cada uma das variáveis;

\* Índice de posse de bens duráveis: somatória de posse de rádio, televisão, geladeira, telefone e carro (variando de 0 a 5).

\*\* Nível Social Baixo: Posse de bens  $\leq 3$  e Escolaridade materna  $\leq 5$  anos.

QUADRO 7 História reprodutiva das mulheres estudadas, segundo hospitais observados - Santos, 1992-1993.

História reprodutiva	Hospital					
	HGA			Comparação		
	Nº	%	$\bar{x}$	Nº	%	$\bar{x}$
Nº médio de filhos	190	—	2,04(1,8-2,3)	166	—	1,95(8,5-13,7)
Proporções de primíparas	90	46,9	—	70	41,7	—
Média de idade do filho anterior (em anos)	99	—	3,75(1,6-2,2)	96	—	4,40(1,3-1,7)

Valor de  $p > 0,05$  para cada uma das variáveis consideradas.

QUADRO 8 Antecedentes de amamentação das mulheres estudadas, segundo hospitais observados - Santos, 1992-1993.

Antecedentes de amamentação	Hospital			
	HGA		Comparação	
	Nº	$\bar{x}$	Nº	$\bar{x}$
Duração da amamentação do filho anterior (em meses)*	87	13,25(9,9-16,6)	87	1,13(8,5-13,7)
Média do nº de filhos que amamentou*	99	1,91(1,6-2,2)	96	1,54(1,3-1,7)

Valor de  $p$  para cada uma das variáveis consideradas:  $>0,05$

\* Médias entre as mulheres não primíparas.

QUADRO 9 Características do cuidado pré-natal das mulheres estudadas, segundo hospitais observados - Santos, 1992-1993.

Características do cuidado	Hospital					
	HGA			Comparação		
pré-natal	Nº	%	$\bar{x}$	Nº	%	$\bar{x}$
Proporção das mulheres que fizeram pré-natal*	180	93,8	—	161	95,8	—
Nº médio de consultas realizadas*	147	—	6,44(5,9-7,0)	124	—	6,87(6,4-7,4)
Proporção de pré-natal realizado pelo SUS**	155	86,1	—	125	77,6	—
Proporção de mulheres que receberam orientação sobre amamentação no pré-natal**	167	40,0	—	40	24,8	—

\*Valor de  $p$  para cada uma das variáveis consideradas:  $>0,05$

\*\*Valor de  $p$  para cada uma das variáveis consideradas:  $<0,05$

QUADRO 10 Condições de assistência ao parto, segundo hospitais observados, Santos, 1992 - 1993

Condições	Hospital			
	HGA		Comparação	
	Nº	%	Nº	%
Parto cirúrgico	192	22,4	168	50,6
Uso de ocitocina	190	15,3	168	57,1
Uso de outros medicamentos	190	24,7	168	44,6
Uso de raque anestesia *	190	47,1	168	52,9
Raque anestesia entre mulheres cesariadas	43	81,1	85	72,9
Patologia materna	192	6,80	168	4,80

$p < 0,05$

\* Treze mulheres do grupo do HGA, cujo parto foi por via vaginal, foram submetidas a raque anestesia.

QUADRO 11 Características do recém-nascido, segundo hospitais observados - Santos, 1992-1993.

Características do recém-nascido	Hospital					
	HGA			Comparação		
	Nº	%	$\bar{x}$	Nº	%	$\bar{x}$
Proporção de sexo feminino	178	45,8	—	93	55,4	—
Proporção de pré-termo*	186	22,0	—	96	3,1**	—
Proporção de recém-nascido c/ patologia	192	6,3	—	168	6,0	—
Média de peso ao nascer (em Kg)*	192	—	3,21(3,14-3,30)	167	—	3,30(3,31-3,50))
Idade média na 1ª visita (em dias)	192	—	35,7(35,3-36,0)	168	—	35,5(35,2-35,9)
Idade média na 2ª visita (em dias)*	179	—	96,0(95,5-96,4)	162	—	95,3(94,9-95,7)

\* valor de  $p < 0,05$

\*\* valores faltantes entre crianças do HC (57,1%)

QUADRO 12 Orientação recebida pelas mães durante o período de internação, segundo hospitais observados - Santos, 1992-1993.

Orientação recebida	Hospital			
	HGA		Comparação	
	Nº	%	Nº	%
Aleitamento materno	192	58,3	168	16,7
Como fazer extração manual de leite (ordenha)	191	67,0	166	5,4
Manejo de peito cheio ou ingurgitamento	192	77,1	168	1,48
Manejo de fissura	192	70,3	167	3,0
Maneiras de reconhecer que o leite é suficiente	192	51,6	168	4,2
Como aumentar a produção de leite	192	61,5	168	6,5
Idade da introdução de líquidos	<b>192</b>	<b>34,9</b>	<b>168</b>	<b>3,6</b>
Idade da introdução de outros leites	<b>189</b>	<b>16,4</b>	<b>168</b>	<b>3,0</b>
Idade da introdução de outros alimentos	<b>180</b>	<b>34,2</b>	<b>168</b>	<b>1,8</b>
Métodos de anticoncepção	169	56,2	149	9,4
Onde obter ajuda p/ problemas c/ amamentação	191	73,3	167	18,0
Através de orientação impressa	192	63,5	168	42,9
Encaminhamento p/ assistência pós-natal	192	88,5	168	27,4

Valor de  $p$  para cada uma das variáveis consideradas: <0,001

QUADRO 13 Rotinas hospitalares relativas à amamentação, segundo hospitais observados - Santos, 1992-1993.

Rotinas hospitalares	Hospital					
	HGA			Comparação		
	Nº	%	$\bar{x}$	Nº	%	$\bar{x}$
Proporção de 1º contato mãe/filho na sala de parto	192	89,6	—	168	57,1	—
Proporção de bebês que mamaram na sala de parto	191	67,5	—	150	2,0	—
Tempo médio entre o nascimento e 1ª mamada	112	—	2,09(1,4-2,7)	111	—	7,07(6,1-8,0)
Tempo médio entre o nascimento e o 1º contato	130	—	2,07(1,7-2,4)	131	—	6,41(5,6-7,2)
Proporção de separação mãe/filho por mais de 15 minutos	189	5,3	—	157	29,3	—
Proporção de mães que receberam ajuda p/ a 1ª mamada	146	76,8	—	55	36,7	—
Proporção de recém-nascidos que receberam outro alimento*	178	1,0	—	101	1,8	—
Proporção de mães que ignoram se foi dado outro alimento	192	7,3	—	168	39,9	—

\*Valor de  $p$  para cada uma das variáveis consideradas:  $>0,05$

QUADRO 14 Conhecimento materno sobre manejo de peito cheio ou ingurgitamento, segundo hospitais observados - Santos, 1992-1993.

Conhecimento	Hospital			
	HGA		Comparação	
	Nº	%	Nº	%
Aumentar frequência de mamadas*	192	26,6	168	23,2
Extração manual de leite*	192	53,6	168	48,2
Não sabe**	192	9,4	168	24,4
Outro**	192	43,2	168	14,9

\*  $p > 0,05$

\*\*  $p < 0,001$

QUADRO 15 Conhecimento materno sobre manejo de mamilos com fissura, segundo hospitais observados - Santos, 1992-1993.

Conhecimento	Hospital			
	HGA		Comparação	
	Nº	%	Nº	%
Corrige posição ou alterna	192	10,4	168	1,78
Deixa de amamentar	192	—	168	1,8
Não sabe	192	24,0	168	51,8
Outras	192	69,3	168	43,3

Valor de  $p$  para cada uma das variáveis consideradas:  $< 0,0001$

QUADRO 16 Conhecimento das mães sobre suficiência do leite materno às Necessidades dos bebês, segundo hospitais observados - Santos, 1992-1993.

Conhecimento	Hospital			
	HGA		Comparação	
	Nº	%	Nº	%
Bebê dorme bem *	192	44,3	168	28,6
Bebê não chora**	192	25,5	168	33,3
Bebê ganha peso**	192	1,6	168	2,4
Mãe não sabe quando o leite é suficiente*	192	5,2	168	26,8
Outras*	192	47,4	168	36,4

\*  $p < 0,05$

\*\*  $p > 0,05$

QUADRO 17 Conhecimento das mães a respeito de técnicas para aumentar a produção do leite materno, segundo hospitais observados - Santos, 1992-1993.

Conhecimento	Hospital			
	HGA		Comparação	
	Nº	%	Nº	%
Aumentar a frequência das mamadas*	192	13,0	168	5,4
Tomar mais líquidos*	192	53,1	168	32,7
Aumentar duração das mamadas*	192	5,7	168	1,2
Ingerir alimentos especiais**	192	18,2	168	25,0
Não sabe*	192	19,3	168	36,9
Outros**	192	33,9	168	26,2

\*  $p < 0,05$

\*\*  $p > 0,05$

QUADRO 18 Habilidade materna para amamentar durante o período de internação, segundo hospitais observados - Santos, 1992-1993.

Habilidade	Hospital			
	HGA		Comparação	
	Nº	%	Nº	%
Bebê tem boa pega	192	98,40	150	86,70
Mãe consegue amamentar sozinha	192	99,00	160	84,40
Mãe teve dificuldade para amamentar	191	19,90	160	32,50
Mãe consegue ordenhar seu próprio leite	190	88,4	163	51,5

Valor de  $p$  para cada uma das variáveis consideradas:  $<0,005$

QUADRO 19 Outros cuidados maternos com fissura ou dor nos mamilos referidos espontaneamente, segundo hospitais observados - Santos, 1992-1993.

Outros cuidados	Hospital			
	HGA		Comparação	
	Nº	%	Nº	%
Rever pega e posição	133	6,8	73	—
Banho de sol ou luz	133	50,4	73	12,3
Massagem ou compressa	133	8,3	73	15,1
Passar o próprio leite	133	21,0	73	4,1
Passar cremes e pomadas	133	—	73	49,3
Outros	133	13,5	73	23,3

\*Valor de  $p$  para cada uma das variáveis consideradas:  $<0,05$

QUADRO 20 Intenções maternas com relação à amamentação, referidas no momento da alta hospitalar, segundo hospitais observados - Santos, 1992-1993.

Intenção materna	Hospital					
	HGA			Comparação		
	Nº	%	$\bar{x}$	Nº	%	$\bar{x}$
Pretende amamentar à livre demanda do bebê	187	79,7	—	156	86,5	—
Pretende amamentar em intervalos regulares	187	20,3	—	156	12,8	—
Idade média do bebê que pretende desmamar (em meses)	121	—	10,6(9,3-11,9)	75	—	10,2(8,4-12,0)
Idade média que pretende introduzir líquidos (em meses)*	149	—	4,83(4,5-11,9)	118	—	2,92(2,5-3,30)
Idade média que pretende introduzir outro leite (em meses)*	75	—	7,03(6,0-8,1)	57	—	4,48(3,5-5,5)
Idade média que pretende introduzir outros alimentos (em meses)	152	—	6,29(5,6-7,0)	117	—	4,74(4,4-5,1)
Proporção de mães que pretendem amamentar à noite	192	97,9	—	165	95,8	—
Idade média do bebê com que pretende voltar ao trabalho (em meses)	40	—	4,00(3,1-4,9)	40	—	3,18(2,6-3,7)
Proporção de mães que pretendem amamentar ao voltar a trabalhar	45	88,2	—	41	95,3	—

\*  $p < 0,005$

QUADRO 21 Médias de idade de desmame ( em meses) pretendida pela mãe, segundo suas condições sócio-demográficas e hospital observado- Santos, 1992-1993.

Condições maternas	Hospital			
	Nº	HGA	Nº	Comparação
		$\bar{x}$		$\bar{x}$
Mãe adolescente	22	12,9(8,9-16,8)	6	9,5(1,4-17,6)
Mãe primípara	60	9,9(8,2-11,7)	30	8,4(6,9-10,3)
Nível SE abaixo da média (n=3)	91	10,5(8,9-12,1)	10	10,5(8,5-12,5)
Educação materna abaixo da média (n=7)	70	10,9(10,9-12,8)	41	10,8(8,1-13,5)
Pai mora com a mãe	21	11,7(7,6-19,9)	13	6,8(4,9-8,7)
Mãe trabalha fora	33	8,0(6,4-9,5)	24	9,7(6,5-12,8)

Valor de  $p$  para cada uma das variáveis consideradas:  $>0,05$

Intervalo de confiança de 95% para as médias.

QUADRO 22 Incidência de problemas de saúde referidos entre crianças estudadas, em período anterior à visita de seguimento, segundo hospitais observados - Santos, 1992-1993.

Problemas de saúde	1º segmento				2º segmento			
	Hospital				Hospital			
	HGA		Comparação		HGA		Comparação	
	Nº	IA(%)*	Nº	IA(%)*	Nº	IA(%)*	Nº	IA(%)*
Diarréias nos últimos 15 dias	189	1,6	166	3,0	179	4,5	162	3,7
Diarréia no dia anterior	189	3,1	166	2,4	179	2,2	162	0,6
Febre nos últimos 15 dias	189	1,0	166	3,0	179	7,3	162	8,6
Febre no dia anterior	189	0,0	166	1,2	179	3,4	162	3,7
IRA nos últimos 15 dias	189	32,8	166	28,6	179	30,2	162	31,0
IRA no dia anterior	189	14,6	166	18,5	179	16,1	162	19,0
Outro problema nos últimos 15 dias	189	42,6**	166	53,3**	179	38,2	162	31,5
Outro problema no dia anterior	189	67,1	166	72,8	179	61,5	162	59,4

\* Incidência Acumulada em percentual

\*\*  $p < 0,05$

QUADRO 23 Frequência de problemas de mama, que dificultaram a amamentação, segundo hospitais observados - Santos, 1992-1993.

Problemas de mama*	1º segmento				2º segmento			
	Hospital				Hospital			
	HGA		Comparação		HGA		Comparação	
	Nº	IA(%)*	Nº	IA(%)*	Nº	IA(%)*	Nº	IA(%)*
Peito cheio ou ingurgitamento	183	7,7	156	12,8	177	1,1	161	3,1
Rachadura de mamilos	183	9,3	156	14,7	177	5,1	161	1,9
Mastite	183	6,0	156	5,1	177	2,3	161	0,6
Teve pelo menos um destes problemas	191	26,7	108	29,8	177	6,8	161	5,0
Outros: Febre	191	5,7	168	5,3	177	--	161	--
Insuf. de leite	191	3,1	168	2,4	177	6,7*	161	19,3*

\* Frequência dos problemas calculados em relação ao total de mulheres de cada grupo.

\*\* p < 0,05

QUADRO 24 Assistência à saúde da criança, após alta hospitalar e segundo o hospital observado Santos 1992 - 1993

Assistência	1º segmento				2º segmento			
	Hospital				Hospital			
	HGA		Comparação		HGA		Comparação	
	Nº	(%)*	Nº	(%)	Nº	(%)*	Nº	(%)
Consulta médica para a criança	192	74,0	168	74,4	178	63,5	162	55,5
Orientação sobre amamentação pelos serviços de saúde	191	96,9*	167	69,5*	179	34,3	162	33,3
Acompanhamento de rotina como razão para a assistência**	142	66,2	125	54,4	113	49,5	90	50,0
Problemas de saúde como razão de assistência**	142	33,8	125	45,6	113	50,5	90	50,0

\* $p < 0,0001$ ; \*\* Variáveis categorizadas a partir de perguntas abertas. Rotina (Orientação sobre amamentação, vacinação, acompanhamento de saúde, sem referência à doença) - Problemas de saúde (sempre que havia referência à doença)

QUADRO 25: Razões\* referidas pelas mães para interrupção da amamentação, segundo hospitais observados - Santos, 1992-1993.

Problemas de maternos	1º segmento				2º segmento			
	Hospital				Hospital			
	HGA		Compa- ração		HGA		Compa- ração	
	Nº (16)	(%)	Nº (26)	(%)	Nº (46)	(%)	Nº (78)	(%)
Leite fraco	6	37,5	11	42,3	6	13,0	16	20,5
Recusa do bebê	0	-	3	11,50	10	21,80	17	21,80
Problemas de mamas	2	12,50	2	7,70	2	4,30	5	6,40
Recomendação médica	2	12,50	1	3,85	3	6,50	6	7,70
Trabalho materno	1	6,25	1	3,85	0	-	2	2,60
Doença da mãe	1	6,25	1	3,85	2	4,30	1	1,30
Outro	4	25,00	7	26,90	23	50,00	31	39,70
Total	16	100	26	100	46	100	78	100

Frequência relativa calculada tendo como total o número de respostas e não, o número de crianças desmamadas.

QUADRO 26 Características de amamentação dos bebês aos três meses de idade, segundo hospitais observados - Santos, 1992-1993.

	Hospital			
	HGA		Comparação	
	Nº(190)	%	Nº(168)	%
Aleitamento materno exclusivo *	84	44,2	33	19,6
Aleitamento materno não exclusivo*	28	14,7	37	22,0
Aleitamento materno Misto	37	19,5	41	24,5
Aleitamento materno total *	149	78,4	111	66,1

\*P<0,05 - Desmame: HGA 41 (21,58) e HC 57 (33,9).

QUADRO 27 Associação entre características sociais das mães e o desmame dos bebês aos 3 meses de idade, segundo hospitais observados - Santos, 1992-1993.

Características sociais das mães	Hospital					
	HGA			Comparação		
	Nº	IA* de desmame	Risco Relativo	Nº	IA* de desmame	Risco Relativo
Bens de consumo duráveis (<3)	9	26,47	1,25 (0,66-2,38)	11	47,83	1,5 (0,92-2,45)
Nível Social Baixo	61	27,9	1,44(0,84-2,46)	48	41,7	1,35(0,88-2,07)
Pai não mora c/ a mãe	9	27,30	1,29 (0,68-2,44)	9	29,80 34,00	0,97 (0,54-1,75)
Mãe trabalha fora	10	18,5	0,79 (0,41-1,49)	14	29,8	0,83 (0,50-1,38)
Escolaridade materna (< 5 anos)	70	24,3	1,16 (0,67-1,99)	55	41,8	1,39 (0,91-2,11)

\* IA - Incidência Acumulada percentual

QUADRO 28 Associação entre características maternas e o desmame dos bebês aos 3 meses de idade, segundo hospitais observados - Santos, 1992-1993.

Características	Hospital					
	HGA			Comparação		
	Nº	IA* de desmame	Risco Relativo	Nº	IA* de desmame	Risco Relativo
demográfica (mães/recém-nascidos)						
Mãe adolescente	29	34	1,7(0,96-3,10)	16	37,5	1,1 (0,57-2,20)
Mãe solteira ou separada	88	22,7	1,06(0,62-1,81)	91	37,4	1,33(0,83-2,09)
Mãe primípara	85	24,7	0,79(0,41-1,49)	69	37,7	0,83(0,50-1,38)
Amamentou o filho anterior por período ≤6meses	80	26,8	<b>3,5(1,05-11,6)</b>	82	37,0	1,9(0,97-4,81)

\* IA - Incidência Acumulada percentual

\*\*p<0,05

QUADRO 29 Associação entre características do recém-nascido e o desmame dos bebês aos 3 meses de idade, segundo hospitais observados - Santos, 1992-1993.

Característica	Hospital					
	HGA			Comparação		
	Nº	IA* de desmame	Risco Relativo	Nº	IA* de desmame	Risco Relativo
Recém-nascido sexo masculino	103	22,3	1,03(0,609-1,77)	75	32,0	0,90(0,59-1,38)
Recém-nascido com patologia	12	16,7	0,74(0,20-2,56)	10	30,0	0,88(0,33-2,31)
Peso ao nascer menor que 3.200g	57	24,7	1,44(0,81-2,56)	70	32,9	0,96(0,62-1,49)

\* IA - Incidência Acumulada percentual

P>0,05 para cada uma das variáveis

QUADRO 30 Associação entre condições do parto e o desmame das crianças aos 3 meses de idade, segundo hospitais observados - Santos, 1992-1993.

Condições de parto, nascimento e desmame		Hospital					
		HGA			Comparação		
		Nº	IA* de desmame	Risco Relativo	Nº	IA* de desmame	Risco Relativo
Cirúrgico normal	sim	43	32,6	<b>1,72(1,0- 2,96)</b>	85	35,3	1,09(0,71- 1,66)
Raque anestesia	sim	56	32,1	<b>1,78(1,05- 3,01)</b>	63	39,7	1,30(0,85- 1,98)
Uso de outro medicamento	sim	47	34,0	<b>1,86(1,09- 3,15)</b>	75	34,7	1,04(0,68- 1,58)
Patologia da mãe	sim	13	38,5	1,85(0,87- 3,89)	8	50	1,51(0,73- 3,12)

\* IA - Incidência Acumulada percentual

QUADRO 31 Associação entre a assistência pré-natal e o desmame dos bebês aos 3 meses de idade, segundo hospitais observados - Santos, 1992-1993.

Condições de assistência pré- natal e desmame		Hospital					
		HGA			Comparação		
		Nº	IA* de desmame	Risco Relativo	Nº	IA* de desmame	Risco Relativo
Fez pré-natal	não	12	16,7	0,74(0,20- 2,7)	7	28,6	0,83(0,25- 2,75)
Nº de consultas pré-natal (média=6)	≤ 6	89	19,1	0,76(0,43- 1,35)	57	36,8	1,19(0,74- 1,92)
Recebeu orientação sobre aleitamento no pré- natal	não	107	20,6	0,82(0,47- 1,42)	121	32,2	0,80(0,51- 1,27)

\* IA - Incidência Acumulada percentual

QUADRO 32 Associação entre intenções maternas quanto a prática da amamentação referidas na alta hospitalar e o de desmame dos bebês aos 3 meses de idade, segundo hospitais observados - Santos, 1992-1993.

Intenções maternas	Hospital					
	HGA			Comparação		
	N	IA * de Desmame	RR	N	IA* de Desmame	RR
Amamentar em intervalos regulares	38	23,7	1,09(0,57-2,09)	20	40	1,22(1,68-2,22)
Amamentar à noite (Não)	4	25,0	1,14(0,20-6,36)	7	57,1	1,74(0,88-3,42)
Idade de desmame do bebê (abaixo da mediana: 6 m)	59	28,8	1,76(0,88-3,52)	40	32,5	0,88(0,47-1,63)
Idade do bebê p/ introdução de líquidos (abaixo da média)**	38	21,1	0,96(0,46-1,96)	78	34,6	1,38(0,75-2,57)
Idade do bebê p/ introdução de outros leites (abaixo da média)*	18	16,7	0,85(0,27-2,71)	26	38,5	1,08(0,55-2,14)
Idade do bebê p/ introdução de outros alimentos (abaixo da média)*	125	20	0,74(0,36-1,53)	107	33,6	1,68(0,47-5,98)

\*\*abaixo da média de cada grupo:Quadro 20.

\* IA - Incidência Acumulada percentual

QUADRO 33 Associação entre orientações recebidas pelas mães durante período de internação e o desmame das crianças aos 3 meses de idade, segundo hospitais observados - Santos, 1992-1993.

Orientações	Hospital					
	HGA			Comparação		
	Nº	IA* de Desmame	RR	Nº	IA* de Desmame	RR
Aleitamento materno (não)	79	24,1	1,17(0,68-1,9)	140	35,7	1,42(0,72-2,81)
Técnicas de ordenha (não)	63	19,0	0,81(0,44-1,47)	157	33,1	0,75(0,35-1,60)
Manejo de peito cheio ou ingurgitado (não)	44	22,7	1,04(0,55-1,95)	165	33,9	1,01(0,20-5,11)
Manejo de fissura (não)	57	22,8	1,05(0,59-1,84)	162	33,3	0,83(0,27-2,490)
reconhecimento de que o leite é suficiente (não)	92	25	1,30(0,76-2,22)	161	34,8	2,43(0,39-15,13)
Como aumentar a produção de leite (não)	70	28,6	1,44(0,84-2,44)	151	33,1	0,59(0,33-1,06)
Idade de introdução de líquidos (não)	116	25,8	1,35(0,74-2,46)	156	34,6	0,66(0,29-1,53)
Idade de introdução de outros leites (não)	146	23,3	1,12(0,51-2,43)	157	34,4	0,55(0,26-1,16)
Idade de introdução de outros alimentos (não)	124	24,2	1,31(0,72-2,38)	159	34,6	0,50(0,21-1,14)
Métodos de anticoncepção (não)	74	27,0	1,69(0,93-3,07)	135	31,9	0,74(0,38-1,42)
Onde obter ajuda em amamentação (não)	46	26,1	1,22(0,69-2,16)	132	37,1	1,16(0,64-2,11)
Orientação através da mídia (não)	70	20,0	0,86(,48-1,53)	96	35,4	1,11(0,71-1,71)
Foi encaminhado p/ assistência pós-natal (não)	22	27,3	1,28(0,61-2,69)	122	30,3	0,70(0,46-1,07)

\* IA - Incidência Acumulada percentual

QUADRO 34 Associação entre as características das rotinas hospitalares relativas à amamentação e o desmame das crianças aos 3 meses de idade, segundo hospitais observados - Santos, 1992-1993.

Rotinas	Hospital					
	HGA			Comparação		
	Nº	IA* de Desmame	RR	Nº	IA* de Desmame	RR
Primeiro contato na sala de parto (> 1 hora)	127	26,8	<b>2,14(1,05-4,35)</b>	154	35,1	1,64(0,58-4,56)
Mamou na sala de parto (não)	62	27,4	1,40(0,82-2,40)	147	34,0	..**
Intervalo entre o nascimento e a primeira mamada (>2 horas)	28	21,4	0,93(0,41-2,10)	97	37,1	2,59(0,70-9,62)
Separação mãe/filho maior que quinze minutos (sim)	10	30	1,36(0,51-3,67)	46	41,3	1,31(0,84-2,03)
Recebeu ajuda p/ 1ª mamada (não)	44	18,1	0,80(0,39-1,60)	95	30,5	0,80(0,50-1,26)

\* IA - Incidência Acumulada percentual

\*\*RR não pode ser calculado (valor zero em casela)

QUADRO 35 Associação entre o conhecimento materno sobre o manejo de peito cheio ou ingurgitado e o desmame das crianças aos 3 meses de idade, segundo hospitais observados - Santos, 1992-1993.

Conhecimento		Hospital					
		HGA			Comparação		
		Nº	IA* de Desmame	Risco Relativo	Nº	IA* de Desmame	Risco Relativo
Aumentar as frequências das mamadas	sim	51	27,5	1,37(0,78-2,390)	39	38,5	1,81(0,74-1,82)
	não	140	20,0		129	32,6	
Extrair leite	sim	102	18,6	0,72(0,42-1,23)	81	28,4	0,73(0,47-1,12)
	não	89	25,8		87	39,1	
Não sabe o que fazer	sim	18	27,8	1,30(0,58-2,88)	41	41,5	1,32(0,84-2,05)
	não	173	21,4		127	31,5	

\* IA - Incidência Acumulada percentual

QUADRO 36 Associação entre o conhecimento materno\*\* sobre o manejo de mamilo com fissura e o desmame dos bebês aos 3 meses de idade, segundo hospitais observados - Santos, 1992-1993.

Conhecimento		Hospital					
		HGA			Comparação		
		Nº	IA* de Desmame	RR	Nº	IA* de Desmame	RR
Trocar de posição ou alternar as mamas	sim	20	25,0	1,16(0,51-2,60)	3	33,3	0,50(,10-2,49)
	não	171	21,6		164	66,5	
Não sabe	sim	46	21,7	0,99(0,53-1,85)	87	37,9	1,28(0,83-1,97)
	não	145	22,1		81	29,6	

\* IA - Incidência Acumulada percentual

\*\*Três mulheres do HC referiam interromper a amamentação: as três desmamaram seus filhos.

QUADRO 37 Associação entre a mãe reconhecer que o leite materno é suficiente para as necessidades dos bebês e o desmame dos bebês aos 3 meses de idade, segundo hospitais observados - Santos, 1992-1993.

Conhecimento		Hospital					
		HGA			Comparação		
		Nº	IA* de Desmame	RR	Nº	IA* de Desmame	RR
Bebê dorme bem	sim	85	27,1	1,51(0,88-2,58)	48	27,1	0,74(0,44-1,24)
	não	106	17,9		120	36,7	
Bebê não chora	sim	49	20,4	0,91(0,48-1,70)	56	28,6	0,78(0,48-1,26)
	não	142	22,5	-	112	36,6	-
Bebê ganha peso	sim	3	33,3	1,53(0,30-7,75)	4	-	-
	não	188	21,8	-	164	34,7	-
Não sabe	sim	9	33,3	1,56(0,59-4,08)	45	48,9	1,72(1,14-2,59)
	não	182	21,4	-	123	28,5	-

\* IA - Incidência Acumulada percentual

QUADRO 38 Associação entre o conhecimento materno sobre condições que aumentam a produção de seu leite e o desmame dos bebês aos 3 meses de idade, segundo hospitais observados - Santos, 1992-1993.

conhecimento		Hospital					
		HGA			Comparação		
		Nº	IA* de Desmame	RR	Nº	IA* de Desmame	RR
Aumentar a frequência das mamadas	sim	25	16,0	0,70(0,27-1,79)	9	33,3	0,98(0,37-2,54)
	não	166	22,6	-	159	34,0	-
Tomar mais líquidos	sim	101	16,8	0,60(0,35-1,04)	55	21,8	<b>0,55(0,31-0,94)</b>
	não	90	27,8	-	113	39,8	-
Ingerir alimentos especiais	sim	35	17,1	0,74(0,33-1,62)	42	31,0	0,89(0,53-1,48)
	não	156	23,1	-	125	34,9	-
Não sabe	sim	37	32,4	1,66(0,94-2,93)	62	41,9	1,43(0,95-2,17)
	não	154	19,5	-	106	29,2	-

\* IA - Incidência Acumulada percentual

QUADRO 39 Associação entre as habilidades maternas para amamentar durante a permanência maternidade e o desmame dos bebês aos 3 meses de idade, segundo hospitais observados - Santos, 1992-1993.

Habilidades		Hospital					
		HGA			Comparação		
		Nº	IA* de Desmame	Risco Relativo	Nº	IA* de Desmame	Risco Relativo
Bebê pega bem o seio materno	sim	188	21,3	-	130	29,2	-
	não	3	66,7	<b>3,13(1,34-7,30)</b>	20	55,0	<b>1,88(1,16-3,05)</b>
Mãe amamenta s/ ajuda	sim	189	22,2	-	135	30,4	-
	não	2	-	-	25	52,0	<b>1,71(1,08-2,69)</b>
Mãe consegue extrair seu leite sem ajuda	sim	168	20,8	-	84	29,8	-
	não	21	33,3	1,60(0,88-3,14)	79	36,7	1,23(0,79-1,91)
Mãe tem tido dificuldades p/ amamentar	sim	37	21,6	1,00(0,50-1,99)	52	42,3	1,47(0,95-2,28)
	não	153	21,6	-	108	28,7	-

\* IA - Incidência Acumulada percentual

**QUADRO 40** Associação entre problemas de saúde materno (ocorridos entre o parto e o primeiro mês pós-natal) e o desmame dos bebês aos 3 meses de idade, segundo hospitais observados - Santos, 1992-1993.

Patologias maternas		Hospital					
		HGA			Comparação		
		Nº	IA* de Desmame	Risco Relativo	Nº	IA* de Desmame	Risco Relativo
Peito cheio ou ingurgitado	sim	14	21,4	0,95(0,33-2,69)	20	75,0	<b>3,09(2,09-4,50)</b>
	não	169	22,5	-	136	24,3	-
Fissura nos mamilos	sim	17	35,3	1,67(0,82-3,39)	23	52,2	<b>1,92(1,19-3,11)</b>
	não	166	21,1	-	133	27,1	-
Mastite	sim	10	40,0	1,79(0,79-4,03)	7	57,1	1,87(0,97-3,72)
	não	161	22,4	-	144	30,6	-
Qualquer problema nas mamas	sim	51	25,5	1,23(0,69-2,17)	50	58,0	<b>2,44(1,63-3,64)</b>

\* IA - Incidência Acumulada percentual

QUADRO 41 Associação entre problemas de saúde do bebê ocorridos entre o nascimento e a primeira visita de seguimento e o desmame dos bebês aos 3 meses de idade, segundo hospitais observados - Santos, 1992-1993.

Problemas de saúde		Hospital					
		HGA			Comparação		
		Nº	IA* de Desmame	Risco Relativo	Nº	IA* de Desmame	Risco Relativo
Bebê esteve doente ontem (1ª visita)	sim	7	28,6	1,30(0,39-4,34)	6	33,3	0,98(0,31-3,13)
	não	178	21,9	-	157	33,8	-
Diarréia nos 15 dias anteriores à 1ª visita	sim	3	66,6	<b>3,13(1,34-7,0)</b>	5	60,0	1,8(0,85-3,82)
	não	175	22,3	-	163	33,1	-
IRA nos 15 dias anteriores à 1ª visita	sim	63	28,6	1,52(0,89-2,59)	48	31,3	0,89(0,54-1,45)
	não	128	18,8	-	120	35,0	-
Febre nos 15 dias que anteriores à 1ª visita	sim	2	100	<b>4,7(3,5-6,22)</b>	5	80,0	<b>2,46(1,5-4,0)</b>
	não	189	21,2	-	163	32,5	-

\* IA - Incidência Acumulada percentual

QUADRO 42 Associação entre orientações recebidas pelas mães, após alta hospitalar e o desmame das crianças aos 3 meses de idade, segundo hospitais observados - Santos, 1992-1993.

Orientações		Hospital					
		HGA			HC		
		Nº	I.A. de desmame	Risco Relativo	Nº	I.A. de desmame	Risco Relativo
Orientação sobre amamentação nos primeiros 30 dias	sim	185	20,0	-	116	31,9	-
	não	6	83,3	<b>4,16(2,63-6,59)</b>	51	39,2	1,22(0,80-1,89)
Orientação s/ amamentação entre a 1ª e 2ª visitas	sim	62	19,4	-	54	18,5	-
	não	117	23,9	1,23(0,67-2,26)	108	42,6	<b>2,30(1,26-4,19)</b>
Orientação s/ amamentação entre a alta e 2ª visitas	sim	74	18,9	-	44	13,6	-
	não	117	23,9	1,26(0,71-2,24)	124	41,1	<b>3,01(1,39-6,53)</b>
Orientação s/ anticoncepção entre a alta e a 1ª visita	sim	57	26,3	1,29(0,74-2,24)	25	28,0	0,79(0,41-1,54)
	não	133	20,3	-	141	35,5	-
orientação s/ anticoncepção entre a 1ª 2ª visitas	sim	87	20,7	0,85(0,49-1,48)	61	34,4	0,99(0,64-1,54)
	não	91	24,2	-	101	34,7	-

\* IA - Incidência Acumulada percentual

QUADRO 43 Associação entre amenorréia e práticas de anticoncepção maternas e o desmame das crianças aos 3 meses de idade, segundo hospitais observados - Santos, 1992-1993.

Características		Hospital					
		HGA			HC		
		Nº	I.A. de Desmame	Risco Relativo	Nº	I.A. de Desmame	Risco Relativo
Reinício da menstruação no 1º mês pós-parto	sim	39	28,2	1,4(0,77-2,56)	34	38,2	1,24(,74-2,06)
	não	145	20,0	-	117	30,8	-
Reinício da menstruação entre a 1ª e 2ª visitas	sim	78	43,6	10,5(3,87-28,2)	85	55,3	5,0(2,55-9,97)
	não	96,0	4,20	-	73	11,1	-
Anti-concepção nos 1ºs 30 dias	sim	57	24,6	1,29(0,72-2,29)	49	36,7	1,20(0,76-1,89)
	não	131	19,1	-	114	30,7	-
Anti-concepção entre 1ª e 2ª visitas	sim	137	19,0	0,64(0,36-1,11)	119	38,6	1,62(0,90-2,92)
	não	47	29,8	-	42	23,8	-
Anti-concepção hormonal entre a alta e a 1ª visita	sim	39	25,6	1,21(0,66-2,26)	30	43,3	1,36(0,84-2,19)
	não	152	21,1	-	138	31,9	-
Anti-concepção hormonal entre a 1ª e 2ª visita	sim	91	23,1	1,06(0,61-1,83)	80	43,7	1,69(1,08-2,63)
	não	87	21,8	-	81	25,9	-

\* IA - Incidência Acumulada percentual

OBS:A categoria de não uso de qualquer método de anticoncepção inclui o uso de métodos naturais

QUADRO 44 Probabilidade de desmame e mediana de idade de desmame, segundo idade de introdução de alimentos na dieta das crianças e o hospital observado Santos, 1992-1993

Categoria		Hospital					
		HGA			Comparação		
		Nº	Prob. de desmame %	Mediana de AMT (dias)	Nº	Prob. de desmame %	Mediana de AMT
Idade de interrupção do AMEX (em dias)	≤10*	15	53,3	56,6	50	69,9	58,9
	>10	168	18,8	>90	111	21,1	>90
Idade de introdução de outros leites (em dias)	≤30*	37	62,3	56,2	57	66,3	56,3
	30-60	29	42,3	>90	27	42,2	>90
	>60	119	5,9	>90	82	12,3	>90

\*p<0,0001

QUADRO 45 Risco de desmame aos três meses de idade associado à introdução de alimentos na dieta das crianças, segundo a categoria de idade na qual se iniciou a suplementação e o hospital observado - Santos, 1992-1993

Categoria		Hospital					
		HGA			HC		
		Nº	Desmame I.A. %	Risco Relativo	Nº	Desmame I.A. %	Risco Relativo
Idade de interrupção do AMEX (em dias)	≤10	15	53,3	<b>7,0(3,2-15,3)</b>	50	68,0	<b>4,0(2,2-6,9)</b>
	10 -30	50	44,0	<b>5,8(2,9-11,6)</b>	48	25,0	1,4(0,69-2,96)
	>30	118	7,6	1	63	17,5	1
Idade de introdução de água e/ou chá (dias)	≤10	14	35,7	<b>2,76(1,18-6,44)</b>	42	57,1	<b>2,32(1,41-3,83)</b>
	10 -30	52	32,7	<b>2,62(1,42-4,83)</b>	48	27,1	<b>1,10(0,59-2,07)</b>
	>30	116	12,9	—	65	24,6	—
Idade de introdução de outros leites (em dias)	≤30	37	62,3	<b>10,6(4,9-22,6)</b>	57	66,3	<b>13,3(5,3-34,6)</b>
	30-60	30	33,3	<b>1,9(1,1-3,28)</b>	27	37,0	<b>3,0(1,42-6,5)</b>
	>60	119	5,9	1	82	12,3	1

\* IA - Incidência Acumulada percentual

## INFORMAÇÕES DO PRONTUÁRIO

## SELEÇÃO PARA ENTREVISTA NO HOSPITAL

Sim: \_\_\_\_  
 Não: \_\_\_\_  
 Se não, por quê? \_\_\_\_  
 Peso ao nascer  
 Patologia do bebê  
 Patologia da mãe ||  
 Outro (especifique) ||  
 \_\_\_\_\_ ||

P1. NÚMERO DO QUESTIONÁRIO: \_\_\_\_\_

P2. DATA: \_\_/\_\_/\_\_

P3. NOME DO HOSPITAL \_\_\_\_

- (01) Hospital do Estivador  
 (02) Hospital Guilherme Álvaro

P4. NOME DO ENTREVISTADOR

\_\_\_\_\_

P5. NOME DA MÃE

\_\_\_\_\_

P6. NÚMERO DO REGISTRO: \_\_\_\_\_

P7. DATA DE NASCIMENTO DO BEBÊ \_\_/\_\_/\_\_

P8. HORÁRIO DE NASCIMENTO DO BEBÊ: \_\_\_\_:\_\_\_\_

P9. PESO AO NASCER DO BEBÊ: \_\_\_\_\_gramas

P10. PATOLOGIA DO BEBÊ: \_\_\_\_

- (01) Sim Especifique \_\_\_\_\_  
 (02) Não

P11. PATOLOGIA DA MÃE: \_\_\_\_

- (01) Sim Especifique \_\_\_\_\_  
 (02) Não

P12. SEXO DO BEBÊ: \_\_\_\_

- (01) Masculino  
 (02) Feminino

P13. APGAR: 1 min \_\_\_\_\_  
5 min \_\_\_\_\_

P14. PERÍODO DE GESTAÇÃO DO BEBÊ: \_\_\_\_\_ semanas

P15. ONDE OCORREU O PARTO? \_\_\_\_

- (01) Sala de parto
- (02) Sala de pré-parto
- (03) Centro obstétrico
- (04) Emergência obstétrico
- (05) Outra área do hospital  
Especifique \_\_\_\_\_
- (06) Fora do hospital

P16. TIPO DE PARTO \_\_\_\_

- (01) Vaginal
- (02) Fórceps
- (03) Cesáreo

P17. QUEM ATENDEU O PARTO? \_\_\_\_

- (01) Estudante
- (02) Residente
- (03) Especialista
- (04) Médico Geral
- (05) Enfermeira
- (06) Outro  
Especifique \_\_\_\_\_

P18. CONCEITO \_\_\_\_

- (01) Único
- (02) Gêmeos
- (03) Múltiplos

P19. TIPO DE MEDICAMENTOS DADOS A MÃE DURANTE O PARTO

- ( ) Nenhum
- ( ) Soro glicosado
- ( ) Ocitocina
- ( ) Analgésicos/ tranquilizantes
- ( ) Antibióticos
- ( ) Anestesia raque
- ( ) Anestesia peridural
- ( ) Anestesia local
- ( ) Anestesia geral
- ( ) Outros

P20. TIPO DE MEDICAMENTOS DADOS AO BEBÊ DURANTE A INTERNAÇÃO?

Na sala de parto: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Na enfermaria: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

21. FOI FEITO ALGUM TESTE DE SUCÇÃO? \_\_\_\_

(01) Sim

Especifique \_\_\_\_\_

(02) Não

P22. EM QUE TIPO DE ENFERMARIA ESTAVA A MÃE NA ALTA HOSPITALAR? \_\_\_\_

(01) Puerpério

P31. NÚMERO TOTAL DE GESTAÇÕES, (incluindo este recém-nascido): \_\_\_\_

P31a. NÚMERO TOTAL DE PARTOS, (incluindo este recém-nascido): \_\_\_\_

P32. ESTADO CIVIL \_\_\_\_

- (01) Solteira
- (02) Casada
- (03) União estável
- (04) Outros

P33. ANALFABETA \_\_\_\_

- (01) Sim
- (02) Não

P34. NÚMERO DE CONSULTAS PRÉ-NATAIS \_\_\_\_

- (01) 0
- (02) Menos que 3
- (03) 4 - 6
- (04) Mais que 6

P35. QUAL O HORÁRIO QUE SE LEVOU O RECÉM-NASCIDO À SUA MÃE?

\_\_\_\_:\_\_\_\_ horas

P36. DADOS SOBRE A INTERNAÇÃO:

a. MÃE      b. RECÉM-NASCIDO

1. Data da entrada    \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_    \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_
2. Data da alta        \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_    \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_
3. Horário de entrada    \_\_\_\_:\_\_\_\_    \_\_\_\_:\_\_\_\_
4. Horário da alta        \_\_\_\_:\_\_\_\_    \_\_\_\_:\_\_\_\_

P37. OBSERVAÇÕES

---



---



---



---

## ENTREVISTA NO HOSPITAL

SELEÇÃO PARA ENTREVISTA  
NO DOMICÍLIO

( ) Sim

( ) Não

Se não, por quê?

\_\_\_\_\_

H1. NÚMERO DO QUESTIONÁRIO: \_\_\_\_\_

H2. DATA DA ENTREVISTA: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

H3. HOSPITAL

a. Nome: \_\_\_\_\_ b. Tipo: \_\_\_\_\_  
 (01) Guilherme Álvaro (01) Hospital Público  
 (02) Hospital do Estivador (02) Convênio SUS (Seguridade)  
 (03) Privado  
 (04) Outro  
 (especifique) \_\_\_\_\_

H4. NOME DO ENTREVISTADOR: \_\_\_\_\_

H5. HORA DA ENTREVISTA:

a. início \_\_\_:\_\_\_ horas b. fim \_\_\_:\_\_\_ horas

H6. QUAL O SEU NOME? \_\_\_\_\_

H7. O SEU BEBÊ É MENINO OU MENINA? \_\_\_\_

(01) Masculino (02) Feminino

H8. A QUE HORAS NASCEU O BEBÊ? \_\_\_:\_\_\_ horas \_\_\_\_

(98) Não sabe

(99) Não responde

H9. O SEU BEBÊ FOI COLOCADO JUNTO COM A SENHORA NA SALA  
DE PARTO? \_\_\_\_

(01) Sim

(02) Não

(98) Não recorda

(99) Não responde

H10. a. A SENHORA JÁ AMAMENTOU O SEU BEBÊ? \_\_\_\_

(01) Sim

(02) Não

a1. Por quê? \_\_\_\_\_

(Se NÃO passe para pergunta H14)

b. O SEU BEBÊ FOI COLOCADO PARA MAMAR NA SALA DE PARTO? \_\_\_\_

(01) Sim

(98) Não recorda

(02) Não

(99) Não responde

H11. QUANTO TEMPO SE PASSOU DESDE O PARTO ATÉ SEU BEBÊ SER AMAMENTADO PELA PRIMEIRA VEZ? \_\_\_\_

a. \_\_\_\_ horas

b. \_\_\_\_ minutos

(98) Não sabe

(99) Não responde

H12. ALGUÉM LHE AJUDOU A AMAMENTAR PELA PRIMEIRA VEZ? \_\_\_\_

(01) Sim

(98) Não recorda

(02) Não

(99) Não responde

H13. O BEBÊ ESTÁ PEGANDO O PEITO E SUGANDO BEM? \_\_\_\_

(01) Sim

(98) Não sabe

(02) Não

(99) Não responde

H14. QUANDO FOI QUE TROUXERAM O BEBÊ PARA FICAR COM A SENHORA? \_\_\_\_

(Leia as opções)

(01) Não trouxeram (Passe para a pergunta H16)

(02) Logo após o parto

(03) a. \_\_\_\_ horas após o parto

b. \_\_\_\_ minutos após o parto

(98) Não sabe

(99) Não responde

H15. a. DEPOIS QUE TROUXERAM SEU BEBÊ PARA JUNTO DA SENHORA, FICOU SEPARADO? \_\_\_\_

ALGUMA VEZ ELE

(01) Sim (se SIM, leia a tabela seguinte)

(02) Não

(98) Não sabe

(99) Não responde

H23. a. A SENHORA FEZ O PRÉ-NATAL? \_\_\_\_

(01) Sim

(98) Não recorda

(02) Não

(99) Não responde

(Respostas 2, 98 ou 99 passe para pergunta H25)

b. QUANTAS VEZES A SENHORA FOI À CONSULTA PRÉ-NATAL? \_\_\_\_ vezes (Se for "0", passe para a questão H27)

(98) Não sabe

(99) Não responde

H24. ONDE FEZ O PRÉ-NATAL? \_\_\_\_

(Leia as opções)

- (01) Centro de saúde
- (02) Hospital público
- (03) Hospital conveniado do SUS
- (04) Clínica conveniada do SUS
- (05) Clínica privada (ou convênio privado)
- (06) Hospital privado
- (07) Policlínica
- (08) Outro (especifique) \_\_\_\_\_
- (98) Não recorda
- (99) Não responde

H25. A SENHORA RECEBEU ORIENTAÇÃO SOBRE ALEITAMENTO MATERNO NO PRÉ-NATAL? \_\_\_\_

- (01) Sim
- (02) Não
- (98) Não sabe
- (99) Não responde

(Respostas 2, 98 ou 99, passe para pergunta H27)

H26. A SENHORA PODERIA ME DIZER TRÊS COISAS QUE APRENDEU NO PRÉ-NATAL SOBRE ALEITAMENTO MATERNO?

1. \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_

H27. DURANTE O PRIMEIRO MÊS, COM QUE FREQUÊNCIA PRETENDE AMAMENTAR SEU BEBÊ? \_\_\_\_

(Não leia as opções)

- (01) Sempre que o bebê quiser
- (02) Em intervalos regulares: \_\_\_\_
  - a. Com que frequência? A cada \_\_\_\_\_ horas
  - b. Não sabe
- (03) Não vai amamentar
- (98) Não sabe
- (99) Não responde

H28. COM QUE IDADE (DO BEBÊ) PRETENDE PARAR DE AMAMENTAR? \_\_\_\_

- a. \_\_\_\_ semanas
- b. \_\_\_\_ meses
- (98) Não sabe
- (99) Não responde

H29. QUANDO A SENHORA PENSA COMEÇAR A DAR LÍQUIDOS AO SEU BEBÊ? \_\_\_\_  
(água, chá, sucos, refrescos)

- a. \_\_\_\_ semanas
- b. \_\_\_\_ meses
- (98) Não sabe
- (99) Não responde

H30. a. QUANDO A SENHORA PENSA COMEÇAR A DAR OUTRO TIPO DE LEITE AO SEU BEBÊ? \_\_\_\_

- a1. \_\_\_\_ semanas
- a2. \_\_\_\_ meses
- (98) Não sabe
- (99) Não responde

b. QUANDO A SENHORA PRETENDE COMEÇAR A DAR OUTRO TIPO DE ALIMENTO (COMO SOPA, FRUTA, VERDURA, CEREAL, ETC.)? \_\_\_\_

b1. \_\_\_\_ semanas

b2. \_\_\_\_ meses

(98) Não sabe

(99) Não responde

H38. NOS PRIMEIROS DIAS APÓS O PARTO SAI UM LEITE AMARELO OU CLARO, QUE ALGUNS CHAMAM DE COLOSTRO. É BOM DAR ESTE LEITE AO BEBÊ?\_\_

- (01) Sim                   (98) Não sabe  
(02) Não                   (99) Não responde

H39.a. SE UMA MÃE ESTIVESSE COM O PEITO MUITO CHEIO, QUAL SERIA SUA RECOMENDAÇÃO?

(Não leia as opções, marque todas as respostas da mãe)

1. ( ) Aumentar a frequência das mamadas  
2. ( ) Ordenhar  
3. ( ) Outro (especifique)\_\_\_\_\_

4. ( ) Não sabe

5. ( ) Não responde

b. ONDE RECEBEU ESTA INFORMAÇÃO?

\_\_\_\_\_

(Se não mencionou o hospital)

c. A SENHORA TAMBÉM RECEBEU ESTA INFORMAÇÃO NESTE HOSPITAL?\_\_

- (01) Sim                   (98) Não sabe  
(02) Não                   (99) Não responde

H40. a. SE UMA MÃE TIVER FISSURAS OU DOR NOS BICOS DOS SEIOS, O QUE A SENHORA RECOMENDA?

(Não leia as opções, marque todas as respostas da mãe)

1. ( ) Trocar a posição  
2. ( ) Começar a mamada pelo seio que não doi  
3. ( ) Deixar de amamentar  
4. ( ) Outro (especifique)\_\_\_\_\_

5. ( ) Não sabe

6. ( ) Não responde

b. ONDE RECEBEU ESTA INFORMAÇÃO?

\_\_\_\_\_

(Se não mencionou o hospital)

c. A SENHORA TAMBÉM RECEBEU ESTA INFORMAÇÃO NESTE HOSPITAL?\_\_

- (01) Sim                   (98) Não sabe  
(02) Não                   (99) Não responde

H41. a. COMO A SENHORA SABE QUE SEU BEBÊ ESTÁ RECEBENDO LEITE SUFICIENTE? (QUE ELE ESTÁ BEM ALIMENTADO COM O SEU PEITO)

(Não leia as opções, marque todas as respostas da mãe)

1. ( ) O bebê dorme tranquilo
2. ( ) O bebê não chora
3. ( ) O bebê ganha peso
4. ( ) Molha as fraldas
5. ( ) Defeca bastante
6. ( ) Outro (especifique) \_\_\_\_\_
7. ( ) Não sabe
8. ( ) Não responde

b. ONDE RECEBEU ESTA INFORMAÇÃO?

\_\_\_\_\_

(Se não mencionou o hospital)

c. A SENHORA TAMBÉM RECEBEU ESTA INFORMAÇÃO NESTE HOSPITAL? \_\_\_\_

- |          |                   |
|----------|-------------------|
| (01) Sim | (98) Não sabe     |
| (02) Não | (99) Não responde |

H42. a. O QUE A SENHORA FARIA PARA AUMENTAR A QUANTIDADE DE LEITE?

(Não leia as opções, marque todas as respostas da mãe)

1. ( ) Aumentaria a frequência das mamadas
2. ( ) A mãe tomaria mais líquidos
3. ( ) Deixaria o bebê mamar mais tempo em cada peito
4. ( ) Daria o peito, inclusive, à noite
5. ( ) Aumentaria o intervalo entre as mamadas
6. ( ) Tomaria cerveja preta, canjica, mingau e/ou canja.
7. ( ) Outro (especifique) \_\_\_\_\_
8. ( ) Não sabe
9. ( ) Não responde

b. ONDE RECEBEU ESTA INFORMAÇÃO?

\_\_\_\_\_

(Se não mencionou o hospital)

c. A SENHORA TAMBÉM RECEBEU ESTA INFORMAÇÃO NESTE HOSPITAL? \_\_\_\_

- |          |                   |
|----------|-------------------|
| (01) Sim | (98) Não sabe     |
| (02) Não | (99) Não responde |

H43. A SENHORA RECEBEU, AQUI NESTE HOSPITAL, ALGUMA DAS SEGUINTE COISAS PARA LEVAR PARA CASA?

(Leia as opções, marque todas as respostas da mãe)

1. ( ) Folhetos sobre amamentação
2. ( ) Lata de leite em pó
3. ( ) Água com glicose (açúcar)
4. ( ) Mamadeira
5. ( ) Outro (especifique) \_\_\_\_\_
6. ( ) Nada
7. ( ) Não sabe
8. ( ) Não responde

H44. DEPOIS QUE O BEBÊ NASCEU, ALGUÉM AQUI NESTE HOSPITAL LHE FALOU SOBRE AMAMENTAÇÃO? \_\_\_\_

(Leia as opções)

- (01) Sim, em grupo (04) Não  
 (02) Sim, individualmente (98) Não recorda  
 (03) Sim, em grupo e individual/e (99) Não responde

H45. DEPOIS QUE O BEBÊ NASCEU, RECEBEU INFORMAÇÃO SOBRE A IDADE APROPRIADA PARA COMEÇAR A DAR ÁGUA, CHÁ OU SUCO, JUNTAMENTE COM O LEITE MATERNO? \_\_\_\_

- (01) Sim \_\_\_\_  
 a. Qual é a idade? \_\_\_\_\_  
 b. Não lembra  
 (02) Não  
 (98) Não sabe  
 (99) Não responde

H46. a. DEPOIS QUE O BEBÊ NASCEU, RECEBEU INFORMAÇÃO SOBRE A IDADE APROPRIADA PARA COMEÇAR A DAR OUTRO LEITE JUNTAMENTE COM O LEITE MATERNO? \_\_\_\_

- (01) Sim \_\_\_\_  
 a1. Qual é a idade? \_\_\_\_\_  
 a2. Não lembra  
 (02) Não  
 (98) Não sabe  
 (99) Não responde

b. DEPOIS QUE O BEBÊ NASCEU, RECEBEU INFORMAÇÃO SOBRE A IDADE APROPRIADA PARA COMEÇAR A DAR OUTRO TIPO DE COMIDA JUNTAMENTE COM O LEITE MATERNO? \_\_\_\_

- (01) Sim \_\_\_\_  
 b1. Qual é a idade? \_\_\_\_\_  
 b2. Não lembra  
 (02) Não  
 (98) Não sabe  
 (99) Não responde

H47. A SENHORA TEM TIDO ALGUMA DIFICULDADE PARA AMAMENTAR O BEBÊ AQUI NESTE HOSPITAL? \_\_\_\_

- (01) Sim (98) Não sabe  
 (02) Não (99) Não responde

(Respostas 2, 98 ou 99, passe para a pergunta H49)

H48. RECEBEU AJUDA PARA RESOLVER ESTE PROBLEMA? \_\_\_\_

(Leia as opções)

- (01) Sim, todo o tempo  
 (02) Sim, de vez em quando  
 (03) Não  
 (98) Não sabe  
 (99) Não responde

H49. a. NESTE HOSPITAL, ALGUÉM LHE DEU INFORMAÇÃO SOBRE ONDE SE APARECER ALGUM PROBLEMA DE AMAMENTAÇÃO DEPOIS DA ALTA? \_\_\_\_

- (01) Sim (98) Não sabe

PROCURAR AJUDA,

(02) Não                    (99) Não responde

Se a resposta for SIM,

b. A QUEM RECOMENDARAM QUE A SENHORA PROCURASSE?

(Não leia as opções, marque todas as respostas da mãe)

1. ( ) Parente/vizinha
2. ( ) Médico/enfermeiro
3. ( ) Conselheira
4. ( ) Centro de saúde
5. ( ) Outro (especifique) \_\_\_\_\_

H50. A SENHORA SABE LER, ESCREVER OU CONTAR?

a. LER \_\_\_\_\_    b. ESCREVER \_\_\_\_\_    c. CONTAR \_\_\_\_\_    (01) Sim    (01) Sim    (01) Sim  
 (02) Não    (02) Não    (02) Não

(Se sabe ler ou escrever)

d. ATÉ QUE ANO FREQUENTOU A ESCOLA? \_\_\_\_\_

- (01) Não frequentou a escola  
 (02) Primeiro grau  
       c1. Até que ano? 1 2 3 4 5 6 7 8  
 (03) Segundo grau/técnico  
       c2. Até que ano? 1 2 3 4  
 (04) Universidade  
       c3. Quantos anos? 1 2 3 4 5 6  
 (98) Não sabe  
 (99) Não responde

H51. a. A SENHORA TRABALHA FORA DE CASA? \_\_\_\_\_

(01) Sim                    (02) Não  
 (99) Não responde

(Respostas 2 ou 99, passe para a pergunta H54)

b. QUE TIPO DE TRABALHO?

\_\_\_\_\_

c. QUAL O PERÍODO?

\_\_\_\_\_

H52. QUANDO ESTÁ PENSANDO EM VOLTAR AO TRABALHO? \_\_\_\_\_ DENTRO DE:

a. \_\_\_\_\_ dias            b. \_\_\_\_\_ meses  
 (97) Não voltará  
 (98) Não sabe  
 (99) Não responde

H53. A SENHORA PENSA EM AMAMENTAR, QUANDO VOLTAR A TRABALHAR? \_\_\_\_\_

(01) Sim                    (98) Não sabe  
 (02) Não                    (99) Não responde

H54. a. DURANTE OS PRIMEIROS MESES, COMO A SENHORA PENSA EM ALIMENTAR SEU BEBÊ QUANDO ESTIVER SEPARADA DELE?

(Não leia as opções, marque todas as respostas da mãe)

1. ( ) Voltar rápido do trabalho para amamentar
  2. ( ) Tirar o leite
  3. ( ) Leite artificial
  4. ( ) Outro (especifique) \_\_\_\_\_
  5. ( ) Não sabe
  6. ( ) Não responde
- (Se vai tirar o leite ou dar leite artificial)

b. DE QUE MANEIRA?

(Leia as opções)

1. ( ) Mamadeira
2. ( ) Colher
3. ( ) Seringa
4. ( ) Outro (especifique) \_\_\_\_\_
5. ( ) Não sabe
6. ( ) Não responde

H55. A SENHORA ESTÁ PENSANDO EM USAR ALGUM MÉTODO PARA EVITAR FILHOS? \_\_\_\_

- (01) Sim (98) Não sabe  
(02) Não (99) Não responde

(Respostas 2, 98 ou 99, passe para a pergunta H57)

H56. a. QUAL MÉTODO ESTÁ PENSANDO USAR? \_\_\_\_

(Não leia as opções)

- (01) a. Métodos naturais \_\_\_\_  
(01) L.A.M.  
(02) Tabela  
(02) b. Métodos de barreira \_\_\_\_  
(01) Camisinha  
(02) Diafragma  
(03) c. Métodos hormonais \_\_\_\_  
(01) Pílulas anticoncepcionais  
(02) Injeções  
(04) DIU  
(05) Métodos cirúrgicos  
(06) Outro (especifique) \_\_\_\_\_  
(98) Não sabe  
(99) Não responde

b. NO HOSPITAL A SENHORA RECEBEU INFORMAÇÃO SOBRE MEIOS PARA EVITAR FILHOS? \_\_\_\_

- (01) Sim  
(02) Não  
(98) Não sabe  
(99) Não responde

H57. COMO É SUA CASA?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

H58. A SUA CASA TEM:

1. ( ) Piso de ladrilho
2. ( ) Rádio
3. ( ) Televisão
4. ( ) Geladeira
5. ( ) Telefone
6. ( ) Carro
7. ( ) Água encanada
8. ( ) Rede de esgoto
9. ( ) Privada fora de casa

H59. QUANTAS PESSOAS VIVEM EM SUA CASA (INCLUINDO A SENHORA E O RESCÉM-NASCIDO)?

- a. \_\_\_\_ Adultos (mais de 16 anos)
- b. \_\_\_\_ Crianças (até 16 anos completos)

H60. A SENHORA VIVE COM O PAI DO BEBÊ? \_\_\_\_

- (01) Sim            (98) Não sabe  
(02) Não            (99) Não responde

H61. QUEM AJUDA NO SUSTENTO DA FAMÍLIA?

(Anotar a relação de parentesco)

1. \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_
4. \_\_\_\_\_
5. \_\_\_\_\_

H62. TEM RETORNO MARCADO PARA O BEBÊ? \_\_\_\_

- (01) Sim  
a. Onde? \_\_\_\_\_  
(02) Não

H63. POR QUE DECIDIU TER SEU BEBÊ NESTE HOSPITAL?

1. \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_

H64. A SENHORA VAI CONTINUAR MORANDO NO SEU ENDEREÇO ATUAL DURANTE OS PRÓXIMOS DOIS MESES OU PRETENDE MUDAR-SE? \_\_\_\_

- (01) Vai continuar no mesmo endereço  
(02) Provavelmente vai sair  
(98) Não sabe  
(99) Não responde

Obrigado(a) pela entrevista. A senhora nos dá a sua permissão para visitá-la em sua casa daqui a um mês, para vermos como está a sua saúde e a de seu bebê? Qual é seu endereço?

Av./Rua: \_\_\_\_\_

Número: \_\_\_\_\_ Bairro: \_\_\_\_\_

Entre as ruas: \_\_\_\_\_ e \_\_\_\_\_

Local de referência: \_\_\_\_\_

Telefone:  
(Da Senhora: \_\_\_\_\_)

(Da Vizinha: \_\_\_\_\_)

Qual seria o melhor horário para visitá-la?

MANHÃ (+/-) \_\_\_\_\_: \_\_\_\_\_ HORAS

TARDE (+/-) \_\_\_\_\_: \_\_\_\_\_ HORAS

Endereço de trabalho dos pais:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Telefone do trabalho dos pais: \_\_\_\_\_

SE POSSÍVEL, FAÇA UM MAPA DA CASA PARA FACILITAR A LOCALIZAÇÃO.

H65. OBSERVAÇÕES

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

## ENTREVISTA DOMICILIAR

D1. NÚMERO DO QUESTIONÁRIO: \_\_\_ PRONTUÁRIO No: \_\_\_\_\_

D2. DATA DA ENTREVISTA: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

D3. SEGUIMENTO: \_\_\_ Primeiro seguimento \_\_\_ Segundo seguimento

D4. HORA DA ENTREVISTA

Começo: \_\_\_:\_\_\_ Fim: \_\_\_:\_\_\_

D5. NOME DA MÃE

\_\_\_\_\_

A mãe é a pessoa a ser entrevistada. Na sua ausência, verifique com os vizinhos ou pessoas que vivem na casa se ela mora ali. Se mora, procure saber o horário em que a mãe vai estar em casa. Deixe uma nota para a próxima visita. Se a mãe não morar mais no endereço, verifique seu novo endereço. **Tente localizar a mãe por pelo menos 3 vezes.**

Bom dia/tarde \_\_\_\_\_. Estamos fazendo uma pesquisa sobre a saúde de seu filho. Gostaria de lhe fazer algumas perguntas. Suas informações vão ajudar a cuidar melhor de bebês como o seu.

D6. [Esta pergunta é para verificar se o bebê está vivo ou não]

COMO ESTÁ SEU BEBÊ? \_\_\_

(01) Vive (02) Não vive

Se (02) : Causa do óbito: \_\_\_\_\_

Data do óbito : \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

D7. O SEU BEBÊ MORA COM A SENHORA? \_\_\_

(01) Sim (02) Não Com quem vive? \_\_\_\_\_

D8. a. COMO ESTEVE A SAÚDE DE SEU BEBÊ ONTEM? \_\_\_ [Ler as opções]

(01) São [Passe ao número D9] (02) Doente

(98) Não sabe (99) Não responde

b. ESTEVE COM: [Leia a lista e marque todas as respostas que a mãe der]

- |                              |                    |
|------------------------------|--------------------|
| 1. < > Diarréia              | Porque sabe? _____ |
| 2. < > Infecção Respiratória | Porque sabe? _____ |
| 3. < > Febre                 | Porque sabe? _____ |
| 4. < > Dor de garganta       | Porque sabe? _____ |
| 5. < > Outro problema        | Porque sabe? _____ |
- Especifique: \_\_\_\_\_

D9. NOS ÚLTIMOS 15 DIAS, SEU BEBÊ TEVE ALGUM DESTES PROBLEMAS DE SAÚDE?

[Leia a lista e marque todas as respostas que a mãe der]

1. < > Diarréia                      Porque sabe? \_\_\_\_\_
2. < > Infecção Respiratória      Porque sabe? \_\_\_\_\_
3. < > Febre                              Porque sabe? \_\_\_\_\_
4. < > Dor de garganta              Porque sabe? \_\_\_\_\_
5. < > Outro problema              Porque sabe? \_\_\_\_\_
- Especifique \_\_\_\_\_
6. < > Nenhum
7. < > Não responde

D10. a. ALGUM DESTES PROBLEMAS DE SAÚDE DIFICULTOU A AMAMENTAÇÃO?

[Leia a lista e marque todas as respostas que a mãe der]

1. < > Peito cheio
2. < > Ingurgitamento
3. < > Mastite (inflamação nas mamas)/abcesso
4. < > Rachadura de bico/dor
5. < > Outro Especifique \_\_\_\_\_
6. < > Nenhum

b. SEU PROBLEMA FOI RESOLVIDO? \_\_\_\_

- (01) Sim                      (02) Não [Passe ao número D11]  
 (98) Não sabe              (99) Não responde

c. PROCUROU CONSULTA MÉDICA PARA RESOLVER ESTE PROBLEMA? \_\_\_\_

- (01) Sim, o médico do Centro de Saúde  
 (02) Sim, o médico do Ambulatório de Lactação  
 (03) Sim, outro Especifique \_\_\_\_\_  
 (04) Não, ela mesma resolveu  
 (98) Não sabe  
 (99) Não responde

D11. A SENHORA CONSULTOU MÉDICO NAS ÚLTIMAS DUAS SEMANAS (PARA ALGUM PROBLEMA QUE NÃO DE AMAMENTAÇÃO)? \_\_\_\_

- (01) Não  
 (02) Sim a. \_\_\_\_  
     (01) Para ela  
         a1. Especifique por que \_\_\_\_\_  
     (02) Para o bebê  
         a2. Especifique por que \_\_\_\_\_  
 (98) Não se lembra  
 (99) Não responde

D12. SEU BEBÊ MAMA NO PEITO? \_\_\_\_

- (01) Sim  
     a. Também tira o leite? \_\_\_\_  
         (01) Sim  
         (02) Não  
 (02) Não

[Se ainda amamenta, passe ao número D15]

D13. ATÉ QUANDO SEU BEBÊ MAMOU?

\_\_ dias \_\_ semanas \_\_ não se lembra \_\_ não responde

## D14. POR QUE SEU BEBÊ DEIXOU DE MAMAR?

[Não leia a lista e marque todas as respostas que a mãe der]

1. < > Doença da mãe
2. < > Doença do filho
3. < > Problema no peito
4. < > Leite fraco
5. < > Não tenho leite
6. < > Trabalho materno
7. < > Bebê não quer
  - a. Porque a senhora acha isto? \_\_\_\_\_
8. < > Recomendação medica
9. < > Outro Especifique \_\_\_\_\_

## D15. QUEM ALIMENTOU O BEBÊ ONTEM?

[Leia a lista e marque todas as respostas que a mãe der]

1. < > Só a mãe
2. < > Parente Especifique \_\_\_\_\_
3. < > Amiga/vizinha
4. < > Funcionária da creche
5. < > Outro Especifique \_\_\_\_\_
6. < > Não sabe
7. < > Não responde

D16. O QUE DEU ONTEM AO BEBÊ E COM QUE? [Ler as duas listas]

<u>Alimento/Bebida</u>	Mamadeira	Chuca Especifique	Colher	Seringa	Outro
Peito	_____	_____	_____	_____	_____
Leite materno tirado	_____	_____	_____	_____	_____
Água	_____	_____	_____	_____	_____
Água com açúcar	_____	_____	_____	_____	_____
Suco	_____	_____	_____	_____	_____
Chá	_____	_____	_____	_____	_____
Leite artificial (pó)	_____	_____	_____	_____	_____
Leite artificial (fluido)	_____	_____	_____	_____	_____
Frutas	_____	_____	_____	_____	_____
Sopinha	_____	_____	_____	_____	_____
Outra comida (especifique)	_____	_____	_____	_____	_____

D17. DURANTE A SEMANA PASSADA O QUE DEU A SEU BEBÊ E COM QUE? [Ler as duas listas]

<u>Alimento/Bebida</u>	Mamadeira	Chuca Especifique	Colher	Seringa	Outro
Peito	_____	_____	_____	_____	_____
Leite materno tirado	_____	_____	_____	_____	_____
Água	_____	_____	_____	_____	_____
Água com açúcar	_____	_____	_____	_____	_____
Suco	_____	_____	_____	_____	_____
Chá	_____	_____	_____	_____	_____
Leite artificial (pó)	_____	_____	_____	_____	_____
Leite artificial (fluido)	_____	_____	_____	_____	_____
Frutas	_____	_____	_____	_____	_____
Sopinha	_____	_____	_____	_____	_____
Outra comida (especifique)	_____	_____	_____	_____	_____



D22. NORMALMENTE, A SENHORA TRABALHA FORA DE CASA? \_\_\_

(01) Não a. Pretende trabalhar nos próximos 2 meses? \_\_\_

(01) Sim (98) Não sabe  
(02) Não (99) Não responde

[Passe ao número D30]

(02) Sim b. Quando pensa voltar ao trabalho? \_\_\_

(01) Já voltou  
(02) Dentro de:  
b1. \_\_\_ dias b2. \_\_\_ semanas b3. \_\_\_ meses  
(03) Não vai voltar [Passe ao número D30]  
(98) Não sabe (99) Não responde

D23. ONDE A SENHORA TRABALHA?

\_\_\_\_\_

D24. O QUE A SENHORA FAZ NO SEU TRABALHO?

\_\_\_\_\_

D25. EM QUE PERÍODO A SENHORA TRABALHA? \_\_\_

(01) Diurno (03) Diurno e Noturno  
(02) Noturno (98) Não sabe (99) Não responde

D26. QUANTOS DIAS NOS ÚLTIMOS SETE DIAS A SENHORA TRABALHOU FORA DE CASA? \_\_\_ dias  
(98) Não sabe (99) Não responde

D27. QUANTAS HORAS AO DIA NOS ÚLTIMOS SETE DIAS A SENHORA TRABALHOU FORA DE CASA?  
\_\_\_ horas  
(98) Não sabe (99) Não responde

D28. a. A SENHORA LEVOU SEU BEBÉ AO TRABALHO? \_\_\_

(01) Sim (02) Não (99) Não responde

b. COMO A SENHORA ALIMENTOU O SEU FILHO ENQUANTO TRABALHAVA?

1. < > Amamentou
2. < > Tirou o leite
3. < > Deu outro leite ou comida
4. < > Não sabe
5. < > Não responde

D29. a. QUEM CUIDOU DE SEU BEBÊ QUANDO ESTAVA TRABALHANDO?  
**[Leia a lista e marque todas as respostas que a mãe der]**

1. < > Só a mãe
2. < > Parente Especifique \_\_\_\_\_
3. < > Amiga/vizinha
4. < > Funcionária da creche
5. < > Outro Especifique \_\_\_\_\_
6. < > Não sabe
7. < > Não responde

b. ESTA PESSOA TAMBÉM ALIMENTOU SEU FILHO? \_\_\_\_  
 (01) Sim (98) Não sabe  
 (02) Não (99) Não responde

D30. A SENHORA VIVE ATUALMENTE EM SUA CASA COM O PAI DA CRIANÇA? \_\_\_\_  
 (01) Sim (98) Não sabe  
 (02) Não (99) Não responde

D31. **[Observações sobre tipo de casa]**

---



---



---



---

D32. a. A SUA CASA TEM?

1. < > Piso de ladrilho ou cimento
2. < > Eletricidade
3. < > Rádio
4. < > Televisão
5. < > Geladeira
6. < > Telefone
7. < > Carro
8. < > Água encanada
9. < > Rede de Esgoto
10. < > Privada fora da casa

b. QUANTOS CÔMODOS SÃO USADOS PARA DORMIR? \_\_\_\_\_

D33. QUANTAS PESSOAS VIVEM NA CASA? **[Ajude a mãe a fazer a conta]**  
 \_\_\_\_ adultos (maior que 16 anos incluindo a mãe)  
 \_\_\_\_ crianças (incluindo o bebê)

D34. a. DEPOIS QUE O BEBÊ NASCEU (OU DESDE NOSSA ÚLTIMA VISITA), OUVIU OU LEU ALGUM ANÚNCIO EM JORNAL, RÁDIO OU TELEVISÃO SOBRE COMO ALIMENTAR O SEU BEBÊ?

- (01) Sim a. Em qual deles? \_\_\_\_\_  
 b. Quantas vezes? \_\_\_\_\_  
 c. O que aprendeu? \_\_\_\_\_

(02) Não

(98) Não se lembra

ALGUMA ORIENTAÇÃO SOBRE AMAMENTAÇÃO?

- (01) Sim a. Onde? \_\_\_\_\_  
 b. Quantas vezes? \_\_\_\_\_  
 c. O que aprendeu? \_\_\_\_\_

(02) Não

(98) Não se lembra

D35. DEPOIS QUE O BEBÊ NASCEU (OU DESDE NOSSA ÚLTIMA VISITA), A SENHORA RECEBEU ALGUMA ORIENTAÇÃO SOBRE COMO EVITAR FILHOS?

(01) Sim a. Onde? \_\_\_\_\_

(02) Não

(98) Não se lembra

D36. A SUA MENSTRUÇÃO JÁ COMEÇOU? \_\_\_\_

(01) Sim

(02) Não

(98) Não sabe

D37. a. COMO A SENHORA FAZ PARA EVITAR FILHOS? \_\_\_\_ **[Não leia as opções]**

(01) Nenhum Por que? \_\_\_\_\_

(02) a. Métodos naturais \_\_\_\_  
 (01) Amenorréia de lactação  
 (02) Por tabelinha

(03) b. Métodos de barreira \_\_\_\_  
 (01) Camisinha  
 (02) Diafragma

(04) c. Métodos hormonais \_\_\_\_  
 (01) Pílulas  
 (02) Injetáveis

(05) DIU

(06) Métodos cirúrgicos

(07) Outro (especifique) \_\_\_\_\_

(98) Não sabe

(99) Não responde

b. SE ESTÁ USANDO AMENORRÉIA DE LACTAÇÃO COMO MÉTODO, COMO ESTÁ FAZENDO?

< > Lactação exclusiva

< > Bebê menor de 4 meses

< > Não está menstruando

< > Amamenta freqüentemente dia e noite.

AGRADEÇA A MÃE PELA GENTILEZA, AGENDE A PRÓXIMA VISITA, SE ESTA É A PRIMEIRA E SE FOR POSSIVEL.

PERGUNTE A MÃE SE ELA PRETENDE MUDAR DE ENDEREÇO. CASO ISTO SEJA POSSÍVEL, ANOTE O PRÓXIMO ENDEREÇO, OU PEÇA A MÃE A INDICAÇÃO DE UMA PESSOA QUE SABERÁ COMO LOCALIZÁ-LA.

Nome da Entrevistadora \_\_\_\_\_