

GISELI PANIGASSI

**PROFISSIONAIS DE SAÚDE:
CONHECIMENTO E CONDUTA EM ALEITAMENTO
MATERNO**

CAMPINAS - 2000

2000 15986

UNICAMP
BIBLIOTECA CENTRAL
SEÇÃO CIRCULANTE

GISELI PANIGASSI

*Este exemplar corresponde à versão final da
Dissertação de Mestrado, apresentada ao Curso de Pós-
Graduação em Saúde Coletiva da Faculdade de Ciências
Médicas da UNICAMP, para obtenção do Título de Mestre
em Saúde Coletiva.*

Campinas, 26 de Junho de 2000.


Prof. Dr. Djalma de Carvalho Moreira Filho
Orientador

PROFISSIONAIS DE SAUDE:

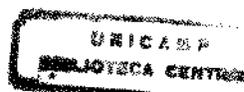
**CONHECIMENTO E CONDUTA EM ALEITAMENTO
MATERNO**

*Dissertação de Mestrado apresentada ao Curso de
Pós-Graduação da Faculdade de Ciências Médicas da
Universidade Estadual de Campinas para obtenção do
título de Mestre em Saúde Coletiva.*

ORIENTADOR: Prof. Dr. Djalma de Carvalho Moreira Filho

CO-ORIENTADORA: Profa. Dra. Ana Maria Segall Corrêa

CAMPINAS - 2000



NIDADE 3e
CHAMADA:
TI/UNICAMP
P193p
Ex
FOMBO BC/ 42795
PROC. 16-278100
C D
PREÇO R\$ 11,00
DATA 19/10/00
N.º CPD

CM-00147211-7

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

P193p

Panigassi, Giseli

Profissionais de saúde: conhecimento e conduta em aleitamento materno / Giseli Panigassi. Campinas, SP : [s.n.], 2000.

Orientadores : Djalma de Carvalho Moreira Filho, Ana Maria Segall Corrêa

Tese (Mestrado) Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Ciências Médicas.

1. Formação profissional. 2. Prática profissional. 3. Nutrição. I. Djalma de Carvalho Moreira Filho, II. Ana Maria Segall Corrêa, III. Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Ciências Médicas. IV. Título.

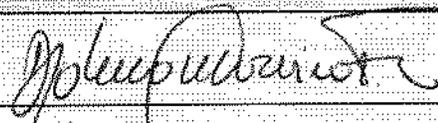
Banca examinadora da Dissertação de Mestrado

Orientador: Prof. Dr. Djalma de Carvalho Moreira Filho

Co-Orientador: Profa. Dra. Ana Maria Segall Corrêa

Membros:

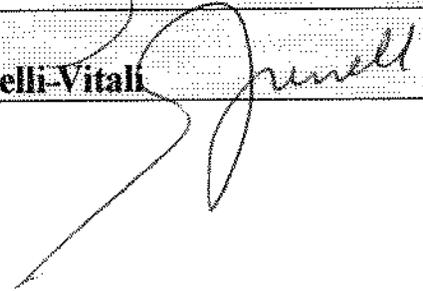
1. Prof. Dr. Djalma de Carvalho Moreira Filho



2. Profa. Dra. Marina Ferreira Rea



3. Profa. Dra. Maria Aparecida Brenelli-Vitali



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

Data: 27/06/2000

UNICAMP
BIBLIOTECA CENTRAL
SEÇÃO CIRCULANTE



A Via Láctea - Tintoretto, 1580

DEDICATÓRIA

À minha mãe, Santa,

por ser o meu aconchego e meu porto seguro.

Às minhas sobrinhas, Carol e Rafa,

que são o meu sorriso e a minha alegria.

AGRADECIMENTOS

Ao Prof. Dr. *Djalma Carvalho Moreira Filho*, pela orientação regada de estímulo e compreensão.

À minha mestra Profª. Dra. *Ana Maria Segall Corrêa*, pela revisão do trabalho e, acima de tudo, pelo incentivo e apoio propiciados. Sempre presente, soube me conduzir em busca do conhecimento através dos anos, caminhando ao meu lado.

Às *mães* participantes, pela paciência durante as entrevistas e pela cooperação na concretização do trabalho.

Aos *profissionais de saúde* que participaram do estudo, pela efetiva colaboração no fornecimento das informações.

Às *autoridades* das Secretarias de Saúde e das Unidades Básicas de Saúde dos 5 municípios, Campinas, Hortolândia, Jaguariúna, Sumaré e Santo Antônio de Posse, pela autorização concedida para realização do estudo.

Às *entrevistadoras Fernanda Abbud Gregorio, Rossandra Maria Torres de Andradi e Tânia Maria Diniz Boni Micheloni* que, com muita dedicação, desempenharam exemplarmente o trabalho delegado.

À *Fabiola Figueiredo Nejar e Gina Mitsue Hirai*, pela inestimável parceria na digitação das informações.

À *Angela de Campos Trentin, Daniela Gonçalves Lenci, Ricardo César Caraffa e Silvia Inês de Paula*, pela colaboração no planejamento do estudo.

Aos *colegas de trabalho, amigos e familiares*, pela tolerância e compreensão demonstradas durante a elaboração deste estudo.

À minha mãe, *Santa*, que com muita paciência, habilidade e, sobretudo, amor, soube me apoiar nos momentos mais difíceis.

“...Nada de esplêndido jamais foi realizado, exceto por aqueles que ousaram sonhar e acreditaram que algo de dentro deles era maior que as circunstâncias que se apresentavam adversas...”

Bruce Barton

	PÁG.
RESUMO	<i>i</i>
1. INTRODUÇÃO	1
1.1. Histórico.....	2
1.2. Importância do aleitamento materno.....	4
1.3. O papel do profissional de saúde.....	7
1.4. Currículo médico.....	10
2. OBJETIVOS	15
3. METODOLOGIA	16
3.1. População de estudo.....	17
3.2. Seleção da amostra de unidade básica de saúde.....	18
3.2.1. Unidades básicas de saúde.....	18
3.2.2. Profissionais.....	19
3.2.3. Mães de crianças menores de 2 anos.....	19
3.3. Instrumentos de coleta de dados.....	19
3.4. Treinamento dos entrevistadores e pré-teste dos instrumentos.....	20
3.5. Procedimentos do trabalho de campo.....	20
3.5.1. Campinas.....	21
3.5.1.1. Profissionais.....	21
3.5.1.2. Mães.....	21

3.5.2. Outros municípios.....	22
3.5.2.1. Profissionais e mães.....	22
3.6. Exclusões.....	23
3.6.1. Profissionais.....	23
3.6.2. Mães.....	24
3.7. Mecanismos de supervisão.....	25
3.8. Análise.....	25
3.8.1. Entrevistas com as mães dos menores de 2 anos de idade.....	25
3.8.1.1. Perfil sócio-econômico das famílias.....	25
3.8.1.2. Características do pré-natal.....	26
3.8.1.3. Informações sobre o parto.....	26
3.8.1.4. Puericultura e informação/prática materna em relação ao aleitamento.....	27
3.8.2. Entrevista com os profissionais de saúde.....	31
3.8.2.1. Características dos serviços de saúde.....	31
3.8.2.2. Conhecimento, prática e conduta dos profissionais.....	31
3.8.2.3. Formação dos profissionais.....	40
3.8.3. Comparação entre mães e profissionais de saúde.....	40
4. RESULTADOS.....	41
4.1. Entrevistas com as mães das crianças menores de 2 anos de idade.....	42
4.1.1. Perfil sócio-econômico das famílias.....	42
4.1.2. Características do pré-natal.....	47

4.1.3. Informações sobre o parto e maternidade.....	49
4.1.4. Puericultura e informação/prática materna em relação ao aleitamento.....	54
4.2. Entrevista com os profissionais de saúde.....	69
4.2.1. Características dos serviços de saúde.....	69
4.2.2. Conhecimento e conduta dos profissionais.....	72
4.2.3. Formação dos profissionais.....	89
4.3. Comparação entre mães e profissionais de saúde.....	92
5. DISCUSSÃO.....	95
5.1. Promoção do aleitamento no pré-natal, parto e puericultura.....	97
5.2. Alojamento conjunto.....	100
5.3. Aleitamento materno exclusivo.....	101
5.4. Manejo do aleitamento materno.....	104
5.5. Suplementação e interrupção do aleitamento.....	108
5.6. Atividades educativas.....	111
5.7. Trabalho materno.....	111
5.8. Formação profissional.....	112
6. CONCLUSÃO.....	115
7. SUMMARY.....	117
8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	119
9. ANEXOS.....	134
10. GLOSSÁRIO.....	153

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

BEMFAM	Sociedade Civil do Bem-Estar Familiar no Brasil
CAISM	Centro de Atenção Integral á Saúde da Mulher
DIR	Diretoria Regional
DMPS	Departamento de Medicina Preventiva e Social
ENDEF	Estudo Nacional da Despesa Familiar
FCM	Faculdade de Ciências Médicas
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
INAN	Instituto Nacional de Alimentação e Nutrição
OMS	Organização Mundial da Saúde
PNDS	Pesquisa Nacional sobre Demografia e Saúde
PNSN	Pesquisa Nacional sobre Saúde e Nutrição
SINASC	Sistema Nacional sobre Nascidos Vivos
UNICAMP	Universidade Estadual de Campinas
UNICEF	Fundo das Nações Unidas para a Infância/United Nations Children's Fund
WHO	World Health Organization

LISTA DE TABELAS

	PÁG.
Tabela 1: Características de ocupação dos domicílios das famílias das crianças estudadas, Campinas e região, 1994.....	42
Tabela 2: Tipo de domicílios das famílias das crianças estudadas, Campinas e região, 1994.....	43
Tabela 3: Tipo de construção dos domicílios das famílias das crianças estudadas, Campinas e região, 1994.....	43
Tabela 4: Distribuição das crianças estudadas por intervalo de idade das mães, Campinas e região, 1994.....	44
Tabela 5: Escolaridade dos pais das crianças estudadas, Campinas e região, 1994.....	45
Tabela 6: Distribuição por intervalo de renda per capita mensal das famílias das crianças estudadas, Campinas e região, 1994.....	46
Tabela 7: Distribuição por intervalos de número de pessoas na família das crianças estudadas, Campinas e região, 1994.....	47
Tabela 8: Número de cômodos nos domicílios das famílias das crianças estudadas, Campinas e região, 1994.....	47
Tabela 9: Idade gestacional do início do pré-natal das mães das crianças estudadas, Campinas e região, 1994.....	48
Tabela 10: Número de consultas no pré-natal das mães das crianças estudadas, Campinas e região, 1994.....	48
Tabela 11: Distribuição por intervalo de tempo entre o parto e a primeira mamada das crianças estudadas, Campinas e região, 1994.....	51
Tabela 12: Distribuição de peso ao nascer das crianças estudadas, Campinas e região, 1994.....	52

Tabela 13:	Distribuição das mães segundo sua referência ao recebimento de informações sobre aleitamento materno na maternidade, Campinas e região, 1994.....	52
Tabela 14:	Distribuição das mães que referiram ter recebido orientação sobre aleitamento materno na maternidade, segundo categoria profissional que orientou, Campinas e região, 1994.....	53
Tabela 15:	Distribuição das mães que referiram ter recebido orientação sobre aleitamento materno na maternidade, segundo tipo de assistência, Campinas e região, 1994.....	53
Tabela 16:	Distribuição das mães de crianças segundo sua referência ao recebimento de informação impressa sobre aleitamento materno na maternidade, Campinas e região, 1994.....	53
Tabela 17:	Distribuição por intervalo de idade das crianças estudadas, Campinas e região, 1994.....	54
Tabela 18:	Idade das crianças estudadas na primeira consulta, Campinas e região, 1994.....	54
Tabela 19:	Distribuição das crianças, segundo recebimento de orientação sobre aleitamento materno do pediatra e faixa de idade, Campinas e região, 1994.....	57
Tabela 20:	Proporção de crianças que eram amamentadas ao seio até o momento da entrevista, Campinas e região, 1994.....	57
Tabela 21:	Distribuição em quartis de tempo de duração do aleitamento materno e aleitamento materno exclusivo das crianças estudadas, Campinas e região, 1994.....	58
Tabela 22:	Proporção de aleitamento materno por faixa etária, Campinas e região, 1994.....	58
Tabela 23:	Proporção de aleitamento materno exclusivo entre as crianças que mamam no peito menores de 6 meses de idade por faixa etária, Campinas e região, 1994.....	59

Tabela 24:	Distribuição em quartis das idades de introdução de alimentos na dieta das crianças estudadas, Campinas e região, 1994.....	59
Tabela 25:	Características do comportamento do pai em relação à amamentação das crianças estudadas, segundo referência das mães, Campinas e região, 1994.....	62
Tabela 26:	Orientações mais importantes que as mães referiram ter recebido dos pediatras sobre amamentação, Campinas e região, 1994.....	63
Tabela 27:	Respostas maternas sobre conselhos de alimentação infantil que dariam a uma gestante, Campinas e região, 1994.....	64
Tabela 28:	Distribuição das mães segundo sua citação sobre amamentação em conselho direcionado a uma gestante sobre a alimentação do futuro bebê, Campinas e região, 1994.....	65
Tabela 29:	Respostas da mãe sobre o estado de saúde do bebê na última consulta, segundo a opinião do pediatra, Campinas e região, 1994...	65
Tabela 30:	Relação dos motivos que levaram as mães pararem de amamentar, Campinas e região, 1994.....	66
Tabela 31:	Opinião das mães sobre o motivo de algumas não amamentarem ou amamentarem por pouco tempo, Campinas e região, 1994.....	67
Tabela 32:	Proporção de mães que tiveram dificuldade para amamentar, Campinas e região, 1994.....	68
Tabela 33:	Dificuldades sentidas pelas mães durante a amamentação, Campinas e região, 1994.....	68
Tabela 34:	Características das consultas oferecidas pelas UBSs e seus profissionais, Campinas e região, 1994.....	69
Tabela 35:	Características do atendimento às crianças pelas UBSs e seus profissionais, Campinas e região, 1994.....	70
Tabela 36:	Distribuição das crianças por idade na primeira consulta, segundo referência dos profissionais, Campinas e região, 1994.....	71

Tabela 37:	Perfil de respostas espontâneas dos profissionais que participam de atividades educativas em aleitamento materno sobre os três temas que consideram mais importantes na discussão, Campinas e região, 1994.....	73
Tabela 38:	Respostas objetivas dos profissionais que participam de atividades educativas em aleitamento materno sobre os temas discutidos, Campinas e região, 1994.....	73
Tabela 39:	Comparação entre as respostas espontâneas e as objetivas dadas pelos profissionais sobre os temas discutidos em atividades educativas de aleitamento materno, Campinas e região, 1994.....	74
Tabela 40:	Respostas espontâneas dos profissionais sobre as três orientações mais importantes que eles fazem em relação ao aleitamento materno na consulta individual, Campinas e região, 1994.....	75
Tabela 41:	Respostas através de categorias pré-definidas sobre orientações de aleitamento que os profissionais referem realizar na consulta individual, Campinas e região, 1994.....	76
Tabela 42:	Distribuição em percentis das idades apropriadas para introdução de alimentos, referidas pelos profissionais, Campinas e região, 1994.....	77
Tabela 43:	Duração apropriada do aleitamento materno segundo referência dos profissionais, Campinas e região, 1994.....	77
Tabela 44:	Condições em que o médico recomenda a suplementação ao aleitamento materno, Campinas e região, 1994.....	78
Tabela 45:	Condições em que o médico recomenda a interrupção do aleitamento materno, Campinas e região, 1994.....	79
Tabela 46:	Tipo de leite indicado pelos médicos quando julgarem necessária a substituição do aleitamento, Campinas e região, 1994.....	81
Tabela 47:	Intervalo ideal entre as mamadas segundo referência dos profissionais, Campinas e região, 1994.....	81

Tabela 48: Respostas dos profissionais sobre os fatores que dificultam a promoção do aleitamento materno na UBS que trabalha, Campinas e região, 1994.....	82
Tabela 49: Respostas dos profissionais sobre os fatores que facilitam a promoção do aleitamento materno na UBS que trabalha, Campinas e região, 1994.....	83
Tabela 50: Condutas positivas e negativas assumidas pelos profissionais quando percebem risco de desmame, Campinas e região, 1994.....	85
Tabela 51: Respostas dos profissionais sobre a conduta tomada quando a criança amamentada não ganha peso, Campinas e região, 1994.....	86
Tabela 52: Respostas dos profissionais sobre a orientação dada às mães quando referem que a criança chora muito e acham que o leite é fraco ou que têm pouco leite, Campinas e região, 1994.....	87
Tabela 53: Orientações dadas, às mães que irão voltar ao trabalho, pelos profissionais, Campinas e região, 1994.....	88
Tabela 54: Respostas corretas obtidas dos profissionais de saúde sobre direitos trabalhistas da mulher que amamenta, Campinas e região, 1994.....	89
Tabela 55: Distribuição dos profissionais médicos segundo o local e tipo de faculdade onde se formaram, Campinas e região, 1994.....	90
Tabela 56: Tempo de formado dos profissionais médicos, Campinas e região, 1994.....	90
Tabela 57: Duração da residência dos profissionais médicos, Campinas e região, 1994.....	90
Tabela 58: Informações recebidas pelos médicos durante a graduação e residência, Campinas e região, 1994.....	92
Tabela 59: Comparação entre a média de idade do bebê para primeira consulta referida pelos profissionais de saúde e a praticada pelas mães, Campinas e região, 1994.....	93

Tabela 60: Comparação entre as orientações oferecidas pelos profissionais de saúde e as recebidas pelas mães para introdução de líquidos e alimentos na dieta do bebê, Campinas e região, 1994.....	93
Tabela 61: Comparação entre as orientações sobre aleitamento materno oferecidas pelos profissionais de saúde e as recebidas pelas mães, Campinas e região, 1994.....	94

LISTA DE FIGURAS

	PÁG.
Figura 1: Local de permanência das crianças durante a internação de nascimento, Campinas e região, 1994.....	50
Figura 2: Freqüência das crianças ao serviço de saúde para consulta por faixa etária, Campinas e região, 1994.....	55
Figura 3: Orientação alimentar recebida do pediatra na última consulta por faixa etária, Campinas e região, 1994.....	56
Figura 4: Introdução de alimentos na dieta das crianças por faixa etária, Campinas e região, 1994.....	60
Figura 5: Orientação de alimentos na dieta das crianças segundo a pessoa que orientou, Campinas e região, 1994.....	61
Figura 6: Recebimento de orientação de familiares sobre aleitamento materno, Campinas e região, 1994.....	62
Figura 7: Freqüência das crianças à UBS para consulta por faixa etária, segundo referência do profissional, Campinas e região, 1994.....	72
Figura 8: Situações em que o profissional de saúde interrompe ou suplementa o aleitamento materno, Campinas e região, 1994.....	80
Figura 9: Fatores que existem e facilitam e fatores que faltam e dificultam a promoção do aleitamento nos serviços de saúde segundo referência do profissional, Campinas e região, 1994.....	84
Figura 10: Profissionais treinados nos últimos 5 anos, Campinas e região, 1994.....	91

LISTA DE QUADROS

	PÁG.
Quadro 1: Lista das UBSs dos municípios da região de Campinas que participaram da pesquisa, 1994.....	18
Quadro 2: Lista das UBSs de Campinas que participaram da pesquisa, 1994..	18
Quadro 3: Número de questionários respondidos segundo a categoria e procedência dos profissionais, Campinas e região, 1994.....	23
Quadro 4: Número de questionários respondidos segundo a procedência das mães, Campinas e região, 1994.....	23
Quadro 5: Número de questionários incluídos na análise segundo a categoria e procedência dos profissionais, Campinas e região, 1994.....	24
Quadro 6: Número de questionários incluídos na análise segundo a procedência das mães, Campinas e região, 1994.....	24
Quadro 7: Características do domicílio e posse de bens duráveis das famílias das crianças estudadas, Campinas e região, 1994.....	44
Quadro 8: Perfil sócio-econômico das famílias das crianças estudadas, Campinas e região, 1994.....	45
Quadro 9: Informações referentes ao pré-natal das mães das crianças estudadas, Campinas e região, 1994.....	49
Quadro 10: Informações referentes ao parto e acompanhamento das crianças estudadas, Campinas e região, 1994.....	49
Quadro 11: Referências dos profissionais de saúde, Campinas e região, 1994..	70

RESUMO

Objetivou-se analisar os conhecimentos e condutas de promoção, proteção e apoio à amamentação entre profissionais de saúde que atuam na assistência à criança. Para isto, desenvolveu-se um estudo transversal, realizado na Rede Básica dos municípios de Campinas, Hortolândia, Jaguariúna, Santo Antônio de Posse e Sumaré em 1994. Foram entrevistados 86 profissionais (58 médicos e 28 auxiliares de enfermagem) e 194 mães de crianças menores de 2 anos de idade. Os profissionais de nível universitário apresentaram, na sua maioria (82,5%), mais de 5 anos de formação e 80,7% dos médicos pelo menos 2 anos de residência. A idade mediana referida por médicos como ideal para introdução de chá na dieta das crianças foi de 4,5 meses e outros leites 6 meses. Em termos médios 34% dos profissionais, independentemente de sua formação, recomendam interrupção do aleitamento com 9 meses ou menos, enquanto apenas 4,7% seguem as orientações da OMS. Entre médicos, 11,1% orientam horários fixos de amamentação, subindo este percentual para 42,8% entre os profissionais de nível médio. 60,3% dos médicos apontam insuficiência de leite como uma das situações que requer suplementação ao leite materno enquanto 84,5% recomendam em caso de trabalho da mãe. Intercorrências mamárias da lactação foram referidas por 48,3% dos médicos e bico do seio invertido por 43,1% destes profissionais como motivo de suplementação. Entre as razões que justificam a interrupção do aleitamento, intercorrências mamárias, doença do bebê e bico invertido são citadas por 31,6%, 20,7% e 19% dos médicos, respectivamente. As condutas relativas ao aleitamento materno na puericultura são ainda precárias e, de certa forma, refletem o conteúdo teórico recebido durante a graduação e residência, mostrando, assim, a necessidade de novas abordagens na capacitação e reciclagem dos profissionais. Os auxiliares de saúde considerados menos capacitados a promover a amamentação, também se mostraram inseguros a assumirem condutas frente a determinados riscos de desmame precoce. A comparação entre as referências maternas e dos profissionais mostra que as ações de promoção da amamentação não são muito eficazes, pois as mães continuam assumindo atitudes desfavoráveis ao aleitamento materno e, principalmente, ao aleitamento materno exclusivo. Tal fato reforça as conclusões anteriores sobre insuficiência de conhecimentos e inadequação de condutas das equipes de saúde analisadas.

1. INTRODUÇÃO

1.1. HISTÓRICO

Desde os primórdios da história da humanidade (BACHA, 1996), o aleitamento materno representou a forma natural e exclusiva do ser humano alimentar seus filhos nos primeiros meses de vida, sendo um requisito para a sobrevivência no período crítico da infância (UNDERWOOD & HOFVANDER, 1982; FALCÃO-PIMENTEL *et al.*, 1991). Porém, a partir do início deste século observou-se um decréscimo crescente de sua prática, inicialmente nas sociedades industrializadas e, posteriormente, nos países em desenvolvimento. A industrialização e urbanização da sociedade, mudanças de estilo de vida e do papel da mulher, aliados à crescente e eficiente propaganda das indústrias alimentícias contribuíram para o declínio da amamentação. Esta mudança nos padrões de alimentação (FALCÃO-PIMENTEL *et al.*, 1991) tem causado impacto na morbidade e mortalidade infantis e na economia das nações que menos podem desperdiçar seus recursos.

Foi a partir de meados da década de 60 (BACHA, 1996), que se começou novamente a discutir a importância do aleitamento materno como tecnologia apropriada para a promoção e proteção da saúde das crianças. Alguns estudos clássicos, comprovando a importância do aleitamento materno para a prevenção da desnutrição (JELIFFE, 1966), para o controle de processos infecciosos entre os lactentes (GYORGY, 1971; MATA & WYATT, 1971) e, conseqüentemente, o menor risco de morte evitável entre as crianças amamentadas (MATA, URRUTIA, GORDON, 1967) forneceram, assim, conhecimentos científicos aos profissionais de saúde de diversas formações que, preocupados com o declínio do aleitamento materno observado nas décadas anteriores, iniciaram seus esforços em busca da recuperação desta prática natural.

Foram estudos como estes, realizados em todo o mundo nas décadas anteriores aos anos 90, mostrando o leite materno como insubstituível na alimentação de lactentes, que deram novo impulso as práticas de incentivo à amamentação, surgindo, a partir de então, recomendações a respeito de métodos de alimentação infantil (WHO/UNICEF, 1980), Código Internacional de Comercialização de Substitutos do Leite Materno - adotado em 1981 por 118 países durante a Assembléia Mundial da Saúde (WHO, 1981) - para controlar a promoção e venda de alimentos substitutos do leite materno, mamadeiras e bicos. Em maio de 1986, os governos participantes da Assembléia Mundial de Saúde exigiram, também, o

término das doações das amostras de alimentos infantis. Foi somente 7 anos depois, em dezembro de 1988, que o Brasil aprovou oficialmente o Código Nacional denominado Norma Brasileira para Comercialização de Alimentos para Lactentes, com primeira revisão já em outubro de 1992 (BRASIL, 1993). Foram elaboradas, também, recomendações (WHO/UNICEF, 1989) aos profissionais de saúde, sobre orientações e cuidados específicos durante o pré-natal, a assistência ao parto, puerpério e no acompanhamento de crianças.

A partir da conferência sobre alimentação infantil em Nova Iorque em 1979, e depois a aprovação do Código Internacional (1981) começaram a surgir os programas nacionais, dos quais o brasileiro tem sido considerado um dos que obtiveram maior êxito (PALMER, 1991). Estima-se, a partir do Inquérito Nacional, realizado em 1989 (LEÃO *et al.*, 1989), que as medianas de aleitamento materno no Brasil tiveram um acréscimo médio de 35% (99 dias para 134 dias) entre 1981, início do Programa Nacional de Incentivo ao Aleitamento Materno (BRASIL, 1991a) e 1989, coroando assim uma política multissetorial bem sucedida (RÉA, 1990a).

Alguns organismos internacionais, preocupados com o panorama mundial, apontaram necessidades de abordagens mais efetivas, com vistas a amamentação de melhor qualidade (extensão do aleitamento materno exclusivo até 4 a 6 meses de vida) e à reversão do quadro de desmame precoce ainda vigente. Em 1989 surge a declaração conjunta WHO/UNICEF sobre "O papel especial dos serviços materno-infantis", com as recomendações sobre "Os Dez Passos para o Sucesso do Aleitamento Materno" e a conseqüente criação pelo United Nations Children's Fund (UNICEF) do prêmio, "Hospital Amigo da Criança" (WHO/UNICEF, 1989). E em julho de 1990 em Florença, na Itália (WHO/UNICEF, 1990), autoridades sanitárias de vários países e Organizações Não-Governamentais (ONGs) ratificaram a orientação do aleitamento materno exclusivo até os 4 ou 6 meses de vida e duração do aleitamento materno, com adequada suplementação da dieta, até 2 anos de idade ou mais. Estas iniciativas encontram-se em implementação e já mostram resultados positivos no Brasil. Analisando a tendência nas últimas décadas, observou-se um aumento da freqüência e duração da amamentação. A duração mediana do aleitamento materno em 1975¹ era de 74 dias passando para 167 dias em 1989²

¹ Estudo Nacional da Despesa Familiar - ENDEF (realizado em 1974-1975 pelo IBGE)

² Pesquisa Nacional sobre Saúde e Nutrição - PNSN (realizada em 1989 pelo Instituto Nacional de Alimentação e Nutrição)

(VENANCIO & MONTEIRO, 1998), e 210 dias em 1996 (BEMFAM, 1997), totalizando, assim, um acréscimo de cerca de 4,5 meses na duração mediana do aleitamento materno nos 20 anos estudados. Comparação feita entre os padrões de aleitamento materno entre crianças nascidas em um hospital que havia adotado procedimentos de promoção, proteção e apoio ao aleitamento e um outro, que não seguia estas recomendações, mostra diferença de quase dois meses na duração do aleitamento materno exclusivo, favorecendo as crianças do primeiro hospital (LUTTER *et al.*, 1997), do mesmo modo que entre estas é menor a proporção de desmame aos 3 meses de idade (SEGALL-CORRÊA, 1996).

1.2. IMPORTÂNCIA DO ALEITAMENTO MATERNO

Nos últimos anos, tem sido cada vez maior o reconhecimento da importância do aleitamento materno como base para o crescimento e o desenvolvimento sadios das crianças. Hoje não se duvida mais da superioridade do leite materno sobre o artificial. Enquanto nos países pobres (NYLANDER *et al.*, 1991), pode ser uma questão de vida ou morte, nos países desenvolvidos os benefícios do leite humano são reconhecidos como importantes inclusive para a vida adulta. O bebê que recebe leite humano, em particular de sua própria mãe (BACHA, 1996), tem, ao lado da maior chance de sobrevivência, a oportunidade de começar a vida com esta condição de bem-estar (NEWTON & NEWTON, 1962)

Ao mesmo tempo que a ciência sustenta novas provas das excepcionais propriedades nutritivas e imunológicas do leite materno, sua função na regulação natural da reprodução e no fortalecimento do vínculo entre mães e filhos (VALDÉS, PÉREZ-SÁNCHEZ, LABBOK, 1996), demonstra os efeitos negativos do desmame sobre a saúde dos bebês, em particular no terceiro mundo (WHO, 1981)

Segundo NEWTON & NEWTON (1962), a amamentação propicia melhor interação mãe-criança, estreita o vínculo materno-infantil, satisfaz necessidades emocionais e interfere positivamente na atividade, aprendizagem, personalidade e capacidade de adaptação do ser humano. Alguns autores ressaltam, além das vantagens biológicas já referidas, os benefícios à mãe, principalmente o espaçamento entre os nascimentos (WADE, SEVILLA, LABBOK, 1994), a frequência menor de carcinomas de mama (YUAN *et al.*,

1988; MCTIERNAN & THOMAS, 1986) e ovário (HARTGE *et al.*, 1989) entre aquelas que amamentaram seus filhos, e os benefícios psicológicos para mães e bebês (CHRISTENSSON *et al.*, 1992; CHRISTENSSON *et al.*, 1995) como consequência do relacionamento mais estreito entre eles.

Respalado nestes conhecimentos, o UNICEF (1990) advertiu que o desmame precoce e a introdução inadequada de alimentos na dieta das crianças brasileiras constituem fatores de grande impacto na sua saúde, nutrição e bem-estar gerando fome e desnutrição, que, nas suas diversas formas, contribuem para cerca da metade das mortes de crianças pequenas. Em 1990, mais de 20 milhões de crianças no mundo (UNICEF, 1990) sofriam de desnutrição grave e 150 milhões, de deficiência ponderal. Por esta razão, o aleitamento natural (COUTINHO *et al.*, 1988), ocupa um lugar de destaque entre diretrizes oficiais das “Ações Básicas de Saúde” recomendadas pela OMS (WHO/UNICEF, 1980).

Nos países em desenvolvimento, onde grande parte da população é vítima dos flagelos da pobreza e das sucessivas crises econômicas (WHO, 1981), as taxas de morbidade (MATA *et al.*, 1967; MATA & WYATT, 1971; SAARINEN, 1982; VICTORA *et al.*, 1994; STROMQVIST *et al.*, 1995) e mortalidade (JASON, NIEBURG, MARKS, 1984; VICTORA *et al.*, 1987; VICTORA *et al.*, 1989) de crianças alimentadas com leite materno são menores que às de crianças alimentadas com outros leites. Por outro lado, nos países desenvolvidos, o aleitamento materno contribui fortemente para melhoria da saúde infantil (FORD & LABBOK, 1993), pois crianças em aleitamento natural crescem melhor do que crianças alimentadas artificialmente, constituindo, ainda, a alimentação artificial, em uma das causas da obesidade na infância.

São todas estas evidências que fazem da prática da promoção do aleitamento materno prioridade da saúde pública, na busca de melhoria das condições de saúde e nutrição das crianças. Promover o aleitamento materno é obrigação dos serviços e profissionais de saúde e constitui tarefa para a qual existem várias soluções ao nosso alcance (OGAZÓN, 1983). As vidas de dezenas de milhares de meninos e meninas podem ser salvas todos os dias, como consequência de medidas sanitárias muito simples (UNICEF, 1990). Atribui-se ao aleitamento materno a prevenção de mais de 6 milhões de mortes de crianças menores de 12 meses a cada ano no mundo (HUFFMAN *et al.*, 1993). A mortalidade

infantil, que é inaceitavelmente alta em muitas partes do mundo, poderia ser drasticamente reduzida com a utilização de medidas conhecidas e de fácil acesso, sendo (HORTON *et al.*, 1996) a promoção da amamentação aquela de melhor custo-efetividade.

No Brasil, é bem conhecido também, o estudo de VICTORA *et al.*, 1987, que mostra que as crianças não amamentadas tiveram um risco 14,2 e 3,6 vezes maior de morrer por diarreia e doença respiratória, respectivamente, quando comparadas com crianças amamentadas exclusivamente ao peito. Da mesma década, é o estudo de BARROS, VICTORA, VAUGHAN (1986), que acompanhou de forma longitudinal crianças de zero a seis meses, divididas em grupos segundo a duração do aleitamento materno, e observou que o crescimento em peso das que receberam leite materno por mais tempo foi maior em relação às que receberam leite artificial mais precocemente. As gastroenterites e as otites médias ocorreram em menor frequência nos grupos do leite materno por tempo mais prolongado e não houve diferenças quanto ao crescimento entre os grupos.

Nas últimas décadas têm surgido evidências sobre o papel protetor do leite materno também em relação a certas doenças crônicas ligadas ao sistema imunológico, como doenças auto-ímmunes (ANDERSON *et al.*, 1974), doença celíaca (GRECO *et al.*, 1988), doença de Crohn, colite ulcerativa (KOLETZCO *et al.*, 1989; WHORWELL *et al.*, 1979), diabetes *melitus* (MAYER *et al.*, 1988; VIRTANEM *et al.*, 1993), linfoma (DAVIS, SAVITZ, GRAUBARD, 1988) e esclerose múltipla (PISACANE *et al.*, 1994). Alergia alimentar (GERRARD *et al.*, 1973) também tem sido encontrada menos frequentemente em crianças amamentadas exclusivamente ao peito, e a dermatite atópica (CHANDRA, PURI, HAMED, 1989; LUCAS *et al.*, 1990) pode ter início retardado com a alimentação ao seio.

Todos estes estudos demonstram que, tanto no Brasil como em qualquer outro país, fazer opção pela alimentação artificial em detrimento da alimentação ao seio, de modo generalizado, é prejudicar um grande número de mães, crianças e a própria comunidade. As conseqüências prejudiciais ocasionadas pelo abandono do aleitamento materno permitem ressaltar sua importância e justificam a análise minuciosa dos processos que contribuem para o abandono de tal prática de alimentação.

1.3. O PAPEL DO PROFISSIONAL DE SAÚDE

Em geral, os países contam com os conhecimentos e com os recursos naturais, humanos e técnicos para proteger a vida, melhorar sua qualidade, amenizar consideravelmente o sofrimento das crianças, reduzir a desnutrição e a morbidade, propiciando o pleno desenvolvimento do seu potencial humano. Entre os meios disponíveis para fazê-lo, se destaca o aleitamento materno (MORA & SUÁREZ-OJEDA, 1994), um recurso natural existente em abundância, mas que, desafortunadamente, com freqüência não é aproveitado em toda sua plenitude.

Em praticamente todos os países do mundo (MULLER, 1995; BADER, 1976), que significavam mercados promissores de consumo, incluindo-se o Brasil (GOLDENBERG, 1989), profissionais de saúde, especialmente os pediatras, foram submetidos durante anos, aos processos de cooptação para prescrição e promoção do uso de alimentos industrializados na alimentação infantil. A tática destas empresas consiste ainda hoje (RÉA, 1990b) na promoção de seus produtos através de associações profissionais, de instituições de saúde e dos profissionais de saúde. Utilizam como recurso (GOLDENBERG, 1989) de propaganda e promoção, entre muitos outros, o financiamento de congressos, cursos de atualização e reuniões científicas, o apoio para publicação de revistas, o fornecimento de equipamentos e mesmo brindes e presentes aos profissionais de saúde. E, como forma de agradecimento, a distribuição de fórmula ou prescrição em consultório médico durante o período gestacional e puericultura (HOWARD, HOWARD, WEITZMAN, 1993), o que coloca os médicos em posição favorável aos produtos específicos e como contribuinte potencial para o fracasso de algumas mães na tarefa de amamentar seus filhos.

A medicalização de um evento cotidiano e a infiltração de interesses comerciais levaram à destruição do conhecimento que era comum a todos. Logo após a Segunda Guerra Mundial (FAUNDES, 1991), este processo propagou-se aos países em desenvolvimento como parte da difusão cultural e tecnológica dos países desenvolvidos do Ocidente. Entre as mudanças mais importantes na área médica, destaca-se a introdução de modificações na prática perinatal que interferem com o aleitamento materno, tais como a separação da mãe da criança e a administração de líquidos antes do início do aleitamento.

O processo de profissionalização do médico corresponde a um modelo importado (MENÉNDEZ, 1978), resultando, assim, num conhecimento inadequado, na maioria dos casos, à realidade do país (OGAZÓN, 1983). Por esta razão, alguns autores (PELTO, 1981; GREINER, 1979) chamam a atenção, neste contexto, para o papel dos profissionais de saúde, ora como vítimas da influência dos modelos assistenciais, ditos modernos e oriundos dos países centrais, ora como promotores do desmame através de aconselhamentos médicos influenciados pelo marketing das indústrias de alimentos (SEGALL-CORRÊA, 1996).

As práticas de comercialização dos assim chamados substitutos do leite materno, sejam massivas, através de todos os recursos da mídia, ou específicas e agressivamente dirigidas às mães e aos profissionais de saúde (JELLIFFE, 1971; GREINER, 1979; GONDENBERG, 1989; RÉA, 1990b) tornaram-se, em decorrência do prejuízo que trouxeram para a saúde e sobrevivência infantil, objeto de muitos estudos, denúncias e formulações de políticas de controle.

O papel do profissional no incentivo e suporte da amamentação é muito importante em todas as etapas da evolução da criança, desde a gestação, nascimento e desenvolvimento. Vários autores têm discutido a importância do preparo da mãe para a amamentação durante o pré-natal. WHO/UNICEF (1989) recomendam expressamente o preparo pré-natal para a amamentação, enfatizando que, com ensino e apoio adequados, praticamente todas as mães são capazes de amamentar e de resolver qualquer problema que possa surgir durante o período de aleitamento natural. Sendo assim, o pré-natal também tem o papel de incentivar o aleitamento, orientar sobre vantagens da amamentação para criança, mãe e sociedade, discutir a importância do alojamento conjunto, para que as futuras mães comecem a se preparar para a amamentação, gerando assim decisões com bases sólidas e esclarecidas.

A escolha dos pais quanto a melhor forma de alimentar seus filhos faz parte de uma complexa decisão. A decisão pela amamentação é freqüentemente baseada no reconhecimento dos benefícios para a saúde do bebê, no desejo de aumentar o apego mãe e filho ou por acreditar que este seja o meio natural de alimentá-lo (PELTO, 1981). Apesar dos benefícios, muitas mulheres optam por não amamentar em função de uma variedade de

razões: retorno precoce ao emprego, experiência anterior positiva com fórmula láctea ou negativa com aleitamento materno, sentimento próprio de incapacidade, problemas de saúde, desejo de compartilhar a alimentação com outra pessoa, crença que a fórmula é melhor, ou antecedente de cirurgia de mama. Os médicos devem informar objetivamente os pais para que estes possam tomar decisões conscientes baseadas em conhecimentos sólidos (HOWARD *et al.*, 1993).

Nos estudos que investigam as causas dadas pelas mães para o abandono do aleitamento materno, os motivos frequentemente apontados são: falta de leite, leite insuficiente, leite secou e leite fraco; quanto às dificuldades que levam às mães a desistirem de alimentar ao seio seus bebês, comumente são mencionadas: o ingurgitamento dos seios, mamilos doloridos e fissura dos mamilo (RÉA & CUKIER, 1988; DIX, 1991; COSTA, FIGUEIREDO, SILVA, 1993). Tais causas e dificuldades são perfeitamente preveníveis e podem ser superadas por meio da educação para a amamentação.

MARTINS-FILHO (1976), investigando as causas do desmame precoce, verificou que a orientação do pediatra foi apontada pelas mães como o quarto dos cinco principais motivos que as levaram ao abandono do aleitamento materno.

Os profissionais de saúde médicos obstetras, pediatras, enfermeiras, nutricionistas, psicólogos e quem trabalha com planejamento familiar, têm sido em parte responsáveis pela diminuição do aleitamento. Vários são os autores que qualificam os profissionais de saúde como apáticos, desinteressados, indolentes, indiferentes, negligentes, ambivalentes, neutros e descrentes em relação ao aleitamento natural, salientando, ao mesmo tempo, que os profissionais e auxiliares dos serviços de saúde têm atitudes permissivas, concordantes, indulgentes e entusiastas em favor da alimentação artificial (BURGESS, 1980; CAVALCANTI, 1982; BEEKEN & WATERSTON, 1992; BARNETT, SIENKIEWICZ, ROHOLT, 1995). Porém, estes profissionais são capazes de reverter este processo quando adquirem conhecimentos e atitudes necessários para ajudar as mães na tarefa da amamentação, tanto através da educação pré e pós-natal, adequação das normas e rotinas hospitalares para favorecer o aleitamento, quanto na prevenção e solução oportuna de problemas (VALDÉS *et al.*, 1996; BACHA, 1996). Tem sido demonstrado que programas de capacitação envolvendo a equipe de saúde apresentam grande impacto sobre as práticas

clínicas dos profissionais que a compõe. Como consequência, observa-se uma maior duração da alimentação ao seio nas comunidades por eles assistidas (NAYLOR & WESTER, 1987; VALDÉS *et al.*, 1993; VALDÉS *et al.*, 1996).

Considera-se fundamental o estímulo ao aleitamento durante o parto e internação (BERNARD-BONNIN *et al.*, 1989; LUTTER *et al.*, 1997; SEGALL-CORRÊA, 1996). É nessa fase que geralmente ocorre o início e o estabelecimento do aleitamento, cabendo aos profissionais de saúde reforçar conhecimentos, encorajar e demonstrar interesse pela amamentação, criando um clima emocional positivo.

Também não se discute o apoio fundamental das rotinas e práticas pós-natais, em Unidades Básicas de Saúde (UBS) e outros ambulatórios, que podem levar à uma maior duração desta prática (JELLIFFE, 1975; HAIDER *et al.*, 1996; SEGALL-CORRÊA, 1996). Desta forma, está principalmente ao cargo dos profissionais que prestam assistência à criança, o papel de promover, apoiar e proteger a amamentação, assegurando aleitamento materno exclusivo nos primeiros meses de vida.

Conclui-se que o ônus do preparo, início e continuação do aleitamento materno recai sobre os profissionais que exercem atividade de assistência na área materno-infantil, e deles depende, em grande parte, o sucesso ou fracasso da amamentação.

1.4. CURRÍCULO MÉDICO

Não havendo dúvidas quanto à importância dos profissionais de saúde na promoção do aleitamento materno, pergunta-se: estão eles preparados para isso? Sabe-se que atitudes positivas com relação ao aleitamento materno é muito importante para a sua promoção, bem como, o conhecimento sobre o assunto: a falta deste pode ser um obstáculo à amamentação considerando que informações incorretas - transmitidas às mães - geram ansiedade e insegurança.

Nas escolas médicas, o ensino de fórmulas para alimentação da criança (FAUNDES, 1991) foi fortemente estimulado pela indústria e passou a ocupar um lugar de grande importância no currículo, ao mesmo tempo que o ensino do aleitamento materno tendia a desaparecer. OGAZÓN (1983), analisando o ensino do aleitamento materno nos currículos médicos, relata que as informações são limitadas, contraditórias e deformadas, condicionando o futuro médico a recorrer, quase de forma inconsciente e automática, à indicação de fórmulas lácteas, para a alimentação do recém-nascido, o que o transforma em um dos seus melhores “vendedores”. Em relação aos conhecimentos adquiridos acerca do aleitamento materno, estes são poucos e limitados geralmente aos cursos de pediatria. Com frequência, fala-se de maneira muito superficial sobre as vantagens da amamentação em relação a qualquer outra forma de alimentação de lactentes (MORA & SUAREZ-OJEDA, 1994). Existe sempre maior ênfase (OGAZÓN, 1983; HOWARD, SCHAFFER, LAWRENCE, 1997), tanto em tempo quanto em material impresso, relacionado à preparação de fórmulas lácteas. Quase nunca se faz menção às técnicas de aleitamento ou a como resolver os possíveis problemas que poderiam ocorrer durante a lactação. A prescrição de drogas para inibir a lactação e de fórmulas para alimentar a criança (FAUNDES, 1991) tem muito mais importância no currículo médico, e, portanto, é a solução mais facilmente adotada pelo médico que foi educado com esse conteúdo. Centros de saúde que distribuem leite em pó como suplemento alimentar e dedicam grande parte do tempo ao ensino de seu uso, em contraposição à uma menção apenas rotineira ao aleitamento natural, estão, de fato, estimulando a alimentação artificial.

Os resultados da pesquisa do programa de incentivo ao aleitamento materno no Brasil mostraram claramente o desinteresse generalizado dos profissionais sobre a atualização científica quanto à amamentação no início da década de 80 (BRASIL, 1991a). Contudo, é provável que os 315 seminários e o treinamento de 12.300 funcionários da saúde como parte do programa tenham alterado este quadro (OLIVEIRA & SPRING, 1984).

Foi só nas últimas décadas (HOWARD *et al.*, 1997), que as desvantagens da alimentação artificial do lactente começaram a ter destaque na literatura pediátrica e de nutrição, mesmo assim, ainda não ganhou a consciência da grande maioria dos obstetras, pediatras e profissionais da área materno-infantil. Grande parte desses profissionais ainda

não reconhece a importância do aleitamento materno, nem tem sido informada, de forma adequada, sobre os procedimentos que favorecem a lactação. Por esta razão, aceitam, sem maior análise, os argumentos das mães de que seu leite é fraco ou insuficiente e não resolvem os problemas mais freqüentes da lactação como, por exemplo, a dor nos mamilos.

Analisando estas questões sob o prisma das publicações científicas, observa-se que são bem mais freqüentes os artigos sobre aleitamento materno em revistas de pediatria, comparativamente àquelas das áreas de gineco-obstetrícia. Por exemplo, em três revistas em obstetrícia e ginecologia (*Obstetrics and Gynecology*, *The American Journal of Obstetrics and Gynecology*, and *The Journal of Reproductive Medicine*), apenas 17 artigos sobre aleitamento foram publicados entre 1988 e 1992. Em contraste, em três revistas similares de pediatria (*Pediatrics*, *The Journal of Pediatrics*, e *The American Journal of Diseases of Children*), 144 artigos foram encontrados no mesmo período (HOWARD *et al.*, 1993). DESCHAMPS, PEDUZZI, SENAULT (1980) analisaram 38 livros, textos e artigos na área de pediatria, puericultura e alimentação infantil, destinados a profissionais de saúde e constataram que esses documentos: concedem ênfase à alimentação artificial; tendem a acentuar aspectos negativos relacionados com a alimentação ao seio; são deficitários quanto às informações sobre fisiologia da lactação, às vantagens globais do aleitamento materno, às técnicas de amamentação e práticas recomendadas em caso de dificuldades, assim como quanto ao papel e responsabilidade do pessoal de saúde no incentivo ao aleitamento natural (CAVALCANTI, 1982).

Em um estudo realizado por MORA & SUÁREZ-OJEDA (1994), observou-se que a quase totalidade dos hospitais-escola não cumpre os 10 passos para o Hospital Amigo da Criança, nestas condições, os escassos conhecimentos teóricos adquiridos nas poucas horas dedicadas ao aleitamento materno, se une à exposição prolongada em um ambiente institucional que não estimula o aleitamento materno. A exposição contínua dos estudantes aos locais de práticas, onde não se estimula explicitamente o aleitamento materno, pode contribuir para diminuir o interesse, a motivação e a adoção de comportamentos negativos, sem que tenha sido oferecida a oportunidade de desenvolver habilidades práticas no manejo clínico da lactação, que são indispensáveis para estimular a prática do aleitamento materno e solucionar adequadamente os problemas clínicos mais freqüentes. Ainda referindo-se ao

ensino do aleitamento materno em escolas profissionais de ciências da saúde em seis países da América Latina, MORA E SUAREZ-OJEDA (1994) revelam que, além de existir uma distância importante entre a teoria ensinada e a prática realizada em aleitamento materno, existem deficiências tanto quantitativas quanto qualitativas na formação do aluno de graduação em medicina, enfermagem e nutrição. Concluíram que a carga horária docente dedicada ao tema era insuficiente, a abordagem superficial, havendo ausência de conteúdos importantes sobre manejo da amamentação e solução dos problemas mais frequentes apresentados pelas mães.

Segundo UNICEF (1990), a proteção à amamentação onde ela ainda é praticada e a sua restauração onde deixou de ser exercida merecem apoio, sem reservas, de toda a comunidade e de cada um dos seus membros individualmente. Neste contexto reserva-se às universidades uma tarefa importante (RODRÍGUEZ-GARCÍA & SCHAEFER, 1991), não só na formação dos novos profissionais de saúde que a cada ano ingressam no mercado de trabalho, mas também no oferecimento de serviços, que, modelares, poderão se legitimar como padrão de assistência para as demais instituições de saúde da comunidade. Àqueles que trabalham na rede de ensino cabe propor reformas curriculares, dando mais ênfase ao aleitamento materno e melhorando suas técnicas de ensino (MOXLEY *et al.*, 1996). Devem, além disso, produzir conhecimentos, e elaborar e divulgar materiais informativos sobre o assunto aos profissionais de saúde, à mídia e à população em geral (MOXLEY & KENNEDY, 1994).

2. OBJETIVOS

OBJETIVO GERAL

Estudar o papel dos profissionais de saúde na promoção, proteção e apoio à amamentação junto às crianças menores de 2 anos e suas mães.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Descrever o conhecimento e a conduta em relação ao aleitamento materno entre profissionais que atuam na assistência às crianças menores de 2 anos de idade, que demandam os serviços de saúde de Campinas e 4 municípios vizinhos.

Analisar as diferenças de conhecimento e conduta em aleitamento materno entre as categorias profissionais.

Comparar as orientações oferecidas pelos profissionais de saúde sobre aleitamento materno com aquelas que a mãe refere receber.

3. METODOLOGIA

Trata-se de um estudo transversal realizado entre junho e agosto de 1994, com profissionais de saúde e mães de crianças menores de 2 anos de idade que demandaram serviços de atenção infantil no município de Campinas e região.

3.1. POPULAÇÃO DE ESTUDO

Constituiu a população de estudo: médicos, enfermeiros, auxiliares e atendentes de enfermagem, envolvidos na assistência à criança em Unidade Básica de Saúde (UBS), e também, mães de crianças menores de 2 anos de idade, entrevistadas nas mesmas UBSs dos profissionais.

Esta população foi selecionada em UBSs dos municípios de Campinas, Hortolândia, Jaguariúna, Santo Antônio de Posse e Sumaré, que no período de estudo pertenciam à Região Administrativa 4 da Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo e hoje, estes estão sujeito à nova divisão administrativa da Secretaria, sendo os municípios de Campinas, Hortolândia e Sumaré da Diretoria Regional de Campinas (DIR XII) e Santo Antônio de Posse e Jaguariúna da Diretoria Regional de São João da Boa Vista (DIR XX).

Estes municípios foram escolhidos por serem aqueles cuja população mais demandava os serviços de saúde da Unicamp, comparativamente à população de outras cidades da região, pois havia a intenção no início da pesquisa, de estudar também o atendimento profissional no momento do parto, sendo o CAISM, hospital e maternidade da Unicamp, escolhido para tal fato.

Procurou-se, com este grupo de municípios, abranger a maior parte possível de diferenças populacionais com potencialidade de gerar demandas específicas de cuidados à saúde.

3.2. SELEÇÃO DA AMOSTRA DE UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE

3.2.1. Unidades básicas de saúde

A abrangência do estudo em cada município foi proporcional ao número de UBS, complexidade dos serviços e objetivos do estudo.

Para selecionar as UBSs de Campinas, obedeceu-se aos seguintes critérios:

- seleção proporcional de serviços em cada uma das 4 Secretarias de Ação Regional que, no período de estudo, representavam, no município de Campinas, as 4 macrorregiões, Norte, Sul, Leste e Oeste;
- dentro de cada regional, escolha de serviços para representar os conglomerados que agrupam os bairros com características sociais semelhantes.

Nos demais municípios foram incluídos no estudo todos os serviços ambulatoriais da rede básica, constituindo um total de 7 unidades (Quadro 1). E em Campinas foram selecionados 15 serviços, sendo que no ano de 1994 existiam 40 UBSs no município (Quadro 2).

QUADRO 1. Lista das UBSs dos municípios da região de Campinas que participaram da pesquisa, 1994.

UBS Jaguariúna	Jd. Amanda (Hortolândia)	Jd. Picerno (Sumaré)
UBS S.A. Posse	Jd. Rosolén (Hortolândia)	Jd. Matão (Sumaré)
	Vila Real (Hortolândia)	

QUADRO 2. Lista das UBSs de Campinas que participaram da pesquisa, 1994.

Jd. Aurélia	Integração	Jd. São José
Vila Ipê	Jd. Paranapanema	Policlínica IV
Sousas	Parque São Quirino	Jd. Conceição
Policlínica I	Jd. Santa Lúcia	Marina Costa
DIC I	Vila Padre Anchieta	Jd. Campos Eliseos

3.2.2. Profissionais

Optou-se por realizar a entrevista com o universo de profissionais dentro de cada serviço selecionado. Tanto para Campinas, como para os demais municípios, entrevistou-se todos os profissionais relacionados à criança das UBSs, exceto aqueles em férias ou licenciados.

3.2.3. Mães de crianças menores de 2 anos

Por dificuldade de obter-se o número de crianças menores de 2 anos que demandavam os serviços da rede básica, estabeleceu-se arbitrariamente uma quantidade mínima de crianças compatível com os recursos e tempo disponível para as entrevistas, e compatível também com as estratificações necessárias posteriormente na análise. A seleção das crianças foi por cota em cada serviço. Foram 100 crianças no município de Campinas e 100 crianças no total dos demais 4 municípios, 25 em cada um deles.

Daqui por diante, chamaremos as mães de crianças menores de 2 anos de idade que foram entrevistadas de “mães”.

3.3. INSTRUMENTOS DE COLETA DE DADOS

Os instrumentos para coleta das informações, foram questionários semi-estruturados, portanto, com algumas questões com campos abertos para respostas a serem categorizadas posteriormente. Foram também constituídos, campos para codificação das respostas para facilitar a digitação e diminuir erros inerentes à ela.

Existem 2 questionários diferentes, um para profissionais (Anexo 1) e outro para as mães das crianças que demandaram os serviços (Anexo 2).

Apesar dos instrumentos de coleta serem diferentes, buscou-se construí-los embasados em questões fundamentais, algumas delas simplesmente repetidas em cada um dos questionários, possibilitando a comparação posterior dos resultados.

3.4. TREINAMENTO DOS ENTREVISTADORES E PRÉ-TESTE DOS INSTRUMENTOS

Para execução do trabalho de campo foram selecionados 3 entrevistadores, todos com nível superior (psicólogos) e experiência neste tipo de trabalho, o critério utilizado para seleção foi: ter condução própria e não ter conhecimento específico na área de aleitamento materno.

Estes profissionais foram treinados em 3 dias, sendo que no primeiro dia, discutiu-se os questionários e foi realizada uma simulação da entrevista entre os próprios entrevistadores. No segundo dia eles foram a campo para aplicarem os instrumentos de pesquisa com supervisão, em 2 serviços da Rede Básica de Saúde de Campinas, não selecionados para a pesquisa. Esta parte do treinamento funcionou também como pré-teste dos questionários. No terceiro dia, discutiu-se as dúvidas e os problemas dos instrumentos, procurando, com toda a equipe, sugestões para as alterações necessárias. No final deste terceiro dia, foi apresentado o instrumento que iria ser utilizado no estudo.

3.5. PROCEDIMENTOS DO TRABALHO DE CAMPO

Primeiramente, entrou-se em contato com os secretários de saúde dos municípios participantes, para obter autorização para realização da pesquisa na Rede Básica de Saúde. Os pedidos foram encaminhados por ofício.

3.5.1. Campinas

3.5.1.1. Profissionais

Após o treinamento, os entrevistadores selecionados receberam uma lista com o nome das UBSs que deveriam ser visitadas. Essa lista continha, além do nome da UBS, o endereço, ponto de referência, telefone e o nome do coordenador. Os contatos foram feitos por telefone, agendando-se previamente as visitas com os coordenadores.

Foram entrevistados todos os profissionais dos 2 ou 3 períodos de funcionamento das UBSs, excluindo os que estavam em licença ou férias.

As recusas, três, se restringiram à Policlínica III, justificadas, pelos profissionais, por falta de interesse ou de tempo. O Centro de Saúde Costa e Silva, selecionado à princípio, foi excluído por estar em reforma. Este Centro foi substituído por outro semelhante, dentro da mesma regional e conglomerado.

No geral, os coordenadores e profissionais das UBS foram receptivos, encontrando-se algumas dificuldades, todas próprias dos serviços, como alta demanda e escassez de profissionais.

3.5.1.2. Mães

Tanto para Campinas, como para os demais municípios, entrevistou-se as mães das crianças que se enquadravam nos requisitos da pesquisa - ter 2 anos incompletos - seguindo a ordem de chegada para atendimento no serviço, até completar a cota estabelecida. O consentimento da mãe para participar da pesquisa foi verbal.

As entrevistas com as mães ocorreram no mesmo dia da entrevista do profissional e nos mesmos serviços de saúde. Adotou-se essa metodologia com a intenção de efetuar possíveis comparações, posteriores, entre o discurso do profissional e da mãe.

As mães eram entrevistadas antes da consulta médica ou de enfermagem, desta forma, os dados coletados dizem respeito às consultas anteriores.

3.5.2. Outros municípios

3.5.2.1. Profissionais e mães

Procurou-se manter a mesma metodologia empregada no município de Campinas, entretanto, em razão do número reduzido de UBSs e profissionais nos outros municípios, optou-se por trabalhar com todos os serviços, sem realizar seleção, e também, com todos os profissionais da área de atenção à criança. Os entrevistadores foram os mesmos que realizaram o trabalho de campo na Rede Básica de Campinas.

- *Hortolândia*

As entrevistas deveriam ser realizadas em 4 UBSs (Vila Real, Jd. Amanda, Santa Clara e Rosolén). Em decorrência da reforma e mudança do Centro de Saúde Santa Clara, este foi excluído, pois não haviam profissionais trabalhando.

- *Sumaré*

As entrevistas foram realizadas em apenas 2 UBSs, pois as outras não tinham a área de pediatria.

Encontrou-se resistência do coordenador de uma UBS para realização da pesquisa, que só concedeu a autorização mediante a explicação detalhada e exaustiva dos objetivos e metodologia da pesquisa.

- *Jaguariúna e Santo Antônio de Posse*

As entrevistas foram realizadas no único serviço existente em cada município. Os entrevistadores não relataram nenhum tipo de problema com os entrevistados, como também, não houve resistência da coordenação e da Secretaria Municipal de Saúde.

No total foram realizadas 91 entrevistas com profissionais e 195 mães, distribuídas conforme Quadros 3 e 4, respectivamente.

QUADRO 3. Número de questionários respondidos segundo a categoria e procedência dos profissionais, Campinas e região, 1994.

Questionário	Campinas	Jaguariúna	Sumaré	Hortolândia	S.A. Posse	Total
Pediatra	43	4	3	6	2	58
Enfermeiro	5	0	0	0	0	5
Auxiliar	20	0	0	4	0	24
Atendente	1	0	3	0	0	4
Total	69	4	6	10	2	91

QUADRO 4. Número de questionários respondidos segundo a procedência das mães, Campinas e região, 1994.

Local	Campinas	Jaguariúna	Sumaré	Hortolândia	S.A. Posse	Total
Mães	95	25	25	25	25	195

3.6. EXCLUSÕES

3.6.1. Profissionais

Foi excluída da análise a categoria profissional enfermeiro, pois somente 5 profissionais foram entrevistados, dificultando assim a inferência dos resultados. O total de profissionais que participaram da análise pode ser verificado no Quadro 5.

QUADRO 5. Número de questionários incluídos na análise segundo a categoria e procedência dos profissionais, Campinas e região, 1994.

Questionário	Campinas	Jaguariúna	Sumaré	Hortolândia	S.A. Posse	Total
Pediatra	43	4	3	6	2	58
Auxiliar	20	0	0	4	0	24
Atendente	1	0	3	0	0	4
Total	64	4	6	10	2	86

3.6.2. Mães

Apenas 1 entrevista foi excluída da análise, em virtude da ausência da data de nascimento do bebê. A entrevista foi realizada no município de Jaguariúna e o total de participantes pode ser verificado no Quadro 6.

QUADRO 6. Número de questionários incluídos na análise segundo a procedência das mães, Campinas e região, 1994.

Local	Campinas	Jaguariúna	Sumaré	Hortolândia	S.A. Posse	Total
Mães	95	24	25	25	25	194

3.7. MECANISMOS DE SUPERVISÃO

As entrevistas realizadas diariamente eram entregues semanalmente ao supervisor de campo no momento da reunião, em que eram discutidas as dúvidas de ambas as partes. Além das reuniões semanais os entrevistadores recebiam relatórios do supervisor de campo sobre cuidados a serem tomados.

Para checar se todos os profissionais estavam sendo entrevistados, foi utilizada uma listagem dos profissionais da Rede Básica de Saúde de Campinas, por categoria profissional e por especialidade, fornecida pela prefeitura, além do levantamento destas informações diretamente nas demais secretarias municipais. Através destas listagens, foi possível calcular o número de profissionais que seriam entrevistados e controlar o trabalho dos entrevistadores. Para manejo dos dados foi escolhido o programa EPIINFO v.6.04b/c (DEAN *et al.*, 1997).

3.8. ANÁLISE

Inicialmente, realizou-se uma análise de consistência, buscando, assim, corrigir os possíveis erros de digitação.

Posteriormente, realizou-se uma análise descritiva, mostrando as características gerais dos profissionais e das mães que participaram da pesquisa, dividida em 3 grupos: entrevistas com as mães, entrevistas com os profissionais e comparação dos 2 grupos anteriores.

3.8.1. Entrevistas com as mães dos menores de 2 anos de idade

3.8.1.1. Perfil sócio-econômico das famílias

- Características do domicílio (ocupação, construção e número de cômodos)
- Escolaridade do pai e mãe da criança
- Renda familiar e per capita
- Posse de bens duráveis

- Número de pessoas na família
- Trabalho materno
- Presença do pai no domicílio

3.8.1.2. Características do pré-natal

- Idade gestacional no início
- Número de consultas
- Orientação sobre aleitamento materno
- Intenção de amamentar

3.8.1.3. Informações sobre o parto

- Local e tipo de parto
- Idade gestacional
- Peso de nascimento
- Sexo
- Tempo de internação
- Problemas na internação
- Contato com o bebê na sala de parto
- Alojamento conjunto
- Intervalo entre o parto e a primeira mamada
- Orientação sobre aleitamento materno

3.8.1.4. Puericultura e informação/prática materna em relação ao aleitamento

Puericultura

- Idade do bebê
- Idade na primeira consulta
- Frequência ao serviço de saúde
- Características da dieta
 - Duração mediana do aleitamento materno
 - Duração mediana do aleitamento materno exclusivo
 - Idade mediana de introdução de líquidos e alimentos
- Orientação sobre aleitamento materno
- Comportamento do pai
- Saúde do bebê

Informação e prática materna em relação ao aleitamento

- Informações mais importantes sobre aleitamento materno que recebeu - questão com respostas espontâneas, que foram, posteriormente, categorizadas de forma incondicional nos seguintes grupos:
 - Incentivo e importância do aleitamento materno
 - Fator protetor do aleitamento materno
 - Técnicas em geral

- Incentivo e importância do aleitamento materno exclusivo
- Duração do aleitamento materno
- Higiene
- Vantagens para a mãe
- Alimentação materna e volume de líquido
- Evitar chupeta, chupa e mamadeira
- Outras
- Motivo de algumas mães não amamentarem ou amamentarem por pouco tempo - questão com respostas espontâneas, que foram posteriormente categorizadas de forma incondicional nos seguintes grupos:
 - Estética/vaidade
 - Não gostam/não querem
 - Trabalho materno
 - Leite fraco/insuficiente
 - Preguiça/falta de vontade
 - Leite secou
 - Falta de paciência
 - Bebê não quer/não pega
 - Falta de informação/orientação
 - Falta tempo
 - Fissura/dor

- Vergonha
- Nervosismo da mãe
- Mãe prefere mamadeira
- Dieta inadequada da mãe
- Outras
- Conselho à uma gestante sobre alimentação do bebê - questão com respostas espontâneas, que foram posteriormente categorizadas de forma incondicional nos seguintes grupos:
 - Amamentar
 - Amamentar até quando tiver leite/bebê quiser
 - Dar papinha/frutas/legumes
 - Amamentar porque protege bebê/é mais saudável
 - Alimentar-se bem/não beber/não fumar
 - Amamentar exclusivamente
 - Alimentar bem o bebê
 - Amamentar se puder
 - Amamentar até 6 meses
 - Amamentar até 8 -10 meses
 - Amamentar até 1 ano
 - Amamentar porque é mais barato/mais prático
 - Dar líquidos

- Dar outro leite se precisar
- Seguir orientação médica
- Não sabe
- Outros
- Dificuldades para amamentar - questão com respostas espontâneas, que foram posteriormente categorizadas de forma incondicional nos seguintes grupos:
 - Leite secou
 - Bebê não quis mais
 - Trabalho da mãe/falta de tempo
 - Doença materna/uso de medicamento
 - Leite fraco/insuficiente
 - Não teve leite/leite não desceu
 - Fissura/mastite
 - Bebê não pegou peito
 - Bebê ficou internado
 - Bebê regurgitava
 - Mãe quis parar
 - Pediatra orientou porque não ganhava peso
 - Outras

3.8.2. Entrevista com os profissionais de saúde

As duas categorias de profissionais de nível médio (auxiliares e atendentes de enfermagem) foram agrupadas e receberam, para efeito de simplificação, a denominação de “auxiliares de saúde”.

3.8.2.1. Características dos serviços de saúde

- Tipo de serviço
- Unidade possui:
 - Rotina de assistência ao lactente;
 - Normas de orientação sobre alimentação do lactente;
 - Material educativo.
- Tipo de consulta oferecida na puericultura
- Calendário de atendimento na puericultura
- Idade de acolhimento da criança no serviço

3.8.2.2. Conhecimento, prática e conduta dos profissionais

Conhecimento

Realizou-se questões diretas sobre qual é a idade de introdução de alimentos ou quais são os direitos trabalhistas da mulher que amamenta e as respostas foram comparadas com o indicado pela literatura (WHO/UNICEF, 1990; BRASIL, 1991b).

- Idade apropriada para introdução de outros alimentos
- Duração do aleitamento materno total
- Intervalo entre as mamadas

Para discutir os resultados destas questões utilizou-se a recomendação da OMS (WHO/UNICEF, 1990)

- Direitos trabalhistas da mulher - a princípio as respostas foram categorizadas de forma condensada em “satisfatória”, “insatisfatória”, “incorreta”, “não sabe”, sendo que, para isso, adotou-se o seguinte critério, “satisfatória” quando o profissional referiu pelo menos 3 direitos corretamente, “insatisfatória” 1 ou 2 direitos corretamente, “incorreta” quando não referiu nenhum direito de modo correto e “não sabe” quando disse que não sabia ou não respondeu. Os direitos considerados para classificação foram: 2 períodos de 30 minutos ou 1h por dia para amamentar, estabilidade no emprego, creche em empresas com mais de 30 funcionárias entre 16 e 40 anos, e licença gestante de 120 dias (BRASIL, 1991b). Posteriormente foi realizada uma análise de forma diferente, em que foi contado o número de respostas corretas para cada uma das 4 categorias criadas anteriormente, e foram chamadas de “respostas corretas”, quando o profissional referia o direito trabalhista de forma esclarecida, como por exemplo: “uma hora por dia para amamentar” e “não pode ser demitida” .

Prática

Neste subgrupo, juntou-se todas as questões relacionadas com a prática do profissional em aleitamento materno, ou seja, que atividades desenvolve para o incentivo.

- Participação em atividade educativa em aleitamento materno - qualquer atividade que o profissional considere educativa, inclusive atividades em grupo (se assim ele classificar).

Conduta

Procurou-se unir, neste grupo, as questões relacionadas às condutas que os profissionais adotam diante de determinados problemas em aleitamento materno.

- Orientações que realiza em aleitamento materno - questão com respostas espontâneas, que foram posteriormente categorizadas de forma incondicional nos seguintes grupos:
 - Higiene
 - Incentivo ao aleitamento materno
 - Importância do aleitamento materno
 - Duração do aleitamento materno
 - Incentivo ao aleitamento materno exclusivo
 - Importância do aleitamento materno exclusivo
 - Duração do aleitamento materno exclusivo
 - Técnicas em geral
 - Relação mãe-filho
 - Alimentação materna e volume de líquido
 - Fator econômico
 - Evitar mamadeira, chupa e chupeta
 - Preparo da mama
 - Composição nutricional do leite
 - Reduz patologia materna
 - Reduz patologia do bebê/fator protetor do leite materno
 - Colostro
 - Outros

- Conduta quando a criança chora muito ou a mãe refere que tem pouco leite - questão com respostas espontâneas, que foram posteriormente categorizadas de forma incondicional nos seguintes grupos:
- Não existe leite fraco
- Avalia desenvolvimento pondero-estatural
- Retorno precoce
- Remédio para aumentar produção
- Encaminha para o pediatra
- Explica outros motivos de choro
- Revisa técnicas de amamentação
- Aumenta frequência das mamadas
- Ingestão de líquidos e alimentos pela mãe
- Apoio psicológico à mãe
- Introdução de leite artificial
- Não introduz leite artificial
- Estímulo ao aleitamento
- Outros

- Conduta quando percebe risco de desmame - questão com respostas espontâneas, que foram posteriormente categorizadas de forma incondicional e posteriormente separadas em condutas positivas (favorecem o aleitamento materno) e condutas negativas (desfavorecem o aleitamento materno):
 - Estímulo ao aleitamento materno
 - Higiene
 - Leite artificial
 - Retira mamadeira e chupa
 - Estímulo ao aleitamento, se a mãe não for voltar ao trabalho
 - Examina o bebê
 - Retorno precoce
 - Acompanhamento da criança
 - Ordenha das mamas
 - Encaminha para o médico
 - Avalia ganho de peso
 - Estímulo ao aleitamento, dependendo da idade da criança
 - Orienta direitos trabalhistas
 - Encaminha para o nutricionista
 - Investiga causas
 - Prescreve medicação para aumentar produção de leite
 - Introduz papinha
 - Encaminha para o enfermeiro

- Conduta quando a criança amamentada não ganha peso - questão com respostas espontâneas, que foram posteriormente categorizadas de forma incondicional nos seguintes grupos:
- Investiga patologias
- Revisa técnicas de aleitamento
- Controle de peso
- Estimula aleitamento
- Introduce outro leite
- Verifica se a mãe tem leite suficiente
- Orienta dieta materna
- Verifica se a mãe quer amamentar
- Acha que o leite é fraco
- Prescreve medicação para aumentar a produção
- Antecipa introdução de alimentos
- Retornos frequentes
- Observa se é ansiedade materna
- Encaminha para o pediatra
- Encaminha para o ginecologista
- Investiga as causas
- Encaminha para o nutricionista
- Observa volume urinário

- Situações em que suspenderia ou complementaria o aleitamento materno - foram realizadas somente para médicos em virtude do baixo poder de resolubilidade dos auxiliares de saúde, que, quando deparam com situações de risco, encaminham a criança para o profissional médico. Pergunta com respostas pré-definidas (sim/não)

- Temas mais importantes abordados nas atividades educativas - questão com respostas espontâneas, que foram posteriormente categorizadas de forma incondicional nos seguintes grupos:
 - Importância do aleitamento
 - Diferenciar fome de outras causas
 - Técnicas de amamentação
 - Higiene
 - Alimentação em geral
 - Afetividade
 - Vantagens para a criança
 - Vacinação
 - Cuidados gerais com o bebê
 - Importância do pré-natal
 - Produtos químicos que não devem ser usados
 - Outros

- Outro temas discutidos - com categorias de respostas pré-definidas (sim/não). Com esta questão tentou-se resgatar os temas que não foram relatados na questão anterior (resposta espontânea). Admitindo-se que o profissional possa ter um discurso diferente da prática optou-se por uma comparação entre as 2 questões, em que na primeira o resultado pode estar subestimado e na segunda superestimado.
- Fatores que dificultam e facilitam o incentivo do aleitamento materno - questões com campos para respostas espontâneas, em que foram encontradas respostas inversamente proporcionais. Por exemplo, na primeira pergunta respondem que a falta de motivação dos profissionais dificulta o incentivo e na segunda que a motivação dos profissionais facilita o incentivo, desta forma, na medida do possível, procurou-se agrupar as respostas em categorias semelhantes para facilitar a comparação entre as 2 questões.
- Resistência materna
- Padrão cultural
- Condições sócio-econômicas
- Desnutrição/fome materna
- Trabalho materno
- Disponibilidade dos profissionais
- Espaço físico
- Orientação dada à mãe
- Preocupação da mãe com a estética
- Preguiça da mãe
- Programa de incentivo

- Adesão materna ao serviço
- Especialização - conhecimento da equipe
- Trabalho de grupo
- Material educativo
- Orientação no pré-natal
- Acolhimento precoce
- Propaganda do leite em pó
- Ansiedade materna
- Influência de terceiros
- Padronização de conduta entre profissionais
- Motivação dos profissionais
- Mães adolescentes
- Experiência anterior da mãe
- Rotina da puericultura
- Trabalho da enfermagem
- Nutricionista na equipe
- Apoio da universidade
- Visita domiciliar
- Incentivo governamental
- Outros

3.8.2.3. Formação dos profissionais

Questões relacionadas a graduação, residência, capacitação e reciclagem.

- Faculdade - foram classificadas em públicas e privadas, sendo que as parcialmente subsidiadas foram agrupadas com as particulares, e também foram categorizadas em Faculdades paulistas (pertencentes ao Estado de São Paulo) e Faculdades de outros estados.
- Tempo de formado - somente para médicos
- Local e duração da residência - somente para médicos
- Orientações de aleitamento materno na graduação (respostas pré-definidas) - para médicos e enfermeiros
- Orientações de aleitamento materno na residência (respostas pré-definidas) - somente para médicos.
- Treinamento nos últimos 5 anos - a orientação dada aos entrevistadores realizassem a questão para todos os profissionais, com a ressalva de que para médicos e enfermeiros fossem questionados apenas os treinamentos extracurriculares, porque os demais iriam constar nas respostas anteriores (graduação e residência). Entretanto, quando as entrevistas retornaram para supervisão, observou-se que foram entrevistados somente médicos e enfermeiros. A informação perdida não pôde ser resgatada porque no questionário não havia nenhum campo para identificação do profissional. Assim, a orientação seguinte foi para que a questão continuasse sendo aplicada somente para médicos e enfermeiros.

3.8.3. Comparação entre mães e profissionais de saúde

As questões, que são comuns entre os profissionais de saúde e as mães por eles assistidas, analisadas, constituirão variáveis que permitirão comparações entre as orientações ofertadas pela equipe de saúde e as recebidas pelas mães.

4. RESULTADOS

Nas tabelas que apresentam cálculos de percentagem, sempre que necessário, foram efetuados arredondamentos visando obter o total de 100,0%.

Algumas questões (Tabelas 26, 27, 30, 31, 33, 35, 37, 38, 39, 40, 41, 44, 45, 48, 49, 50, 51, 52, 53, 54, 58, 61) permitiam respostas múltiplas, dessa maneira, o total não corresponde ao total de pessoas participantes do estudo, mas sim ao total de respostas que estas pessoas deram. A frequência relativa, porém, foi calculada considerando-se o total de profissionais ou mães que responderam a questão, não somando, assim, 100,0% no total da tabela, pois cada participante poderia dar mais de uma resposta em cada questão.

4.1. ENTREVISTAS COM AS MÃES DAS CRIANÇAS MENORES DE 2 ANOS DE IDADE

4.1.1. Perfil sócio-econômico das famílias

O perfil sócio-econômico das famílias de crianças menores de 2 anos que participaram do estudo pode ser verificado nos Quadros 7 e 8 e nas Tabelas de 1 a 8. Destas famílias, aproximadamente 51% reside em casa própria, 26% em casas cedidas e 23% em casas alugadas (Tabela 1).

TABELA 1. Características de ocupação dos domicílios das famílias das crianças estudadas, Campinas e região, 1994.

Posse do domicílio	Frequência	%
Próprio/financiado	98	50,5
Cedido	51	26,3
Alugado	45	23,2
TOTAL	194	100,0

Cerca de 91% das famílias mora em casa ou apartamento e 7% em barracos (Tabela 2). A quase a totalidade das moradias são de alvenaria (93,8%) e apenas 6,2% são feitas de madeira ou material misto (Tabela 3). Em relação aos bens de consumo que estas famílias possuem (Quadro 7), cerca de 87% das casas são equipadas com rádio e televisão, 84% possui geladeira, porém, apenas 12% têm telefone e 27% carro ou moto. A maioria das casas têm eletricidade (98,5%), água encanada (93,3%), esgoto encanado (72,2%) e piso em seu interior (78,4%).

TABELA 2. Tipo de domicílios das famílias das crianças estudadas, Campinas e região, 1994.

Tipo de domicílio	Frequência	%
Casa	170	87,6
Barraco	14	7,2
Apartamento	6	3,1
Outros	4	2,1
TOTAL	194	100,0

TABELA 3. Tipo de construção dos domicílios das famílias das crianças estudadas, Campinas e região, 1994.

Tipo de construção	Frequência	%
Alvenaria	182	93,8
Madeira	11	5,7
Mista	1	0,5
TOTAL	194	100,0

QUADRO 7. Características do domicílio e posse de bens duráveis das famílias das crianças estudadas, Campinas e região, 1994. (n=194)

Característica do domicílio e posse de bens duráveis	Sim	
	Frequência	%
Água encanada	181	93,3
Esgoto encanado	140	72,2
Piso	152	78,4
Eletricidade	191	98,5
Rádio	168	86,6
TV	168	86,6
Geladeira	163	84,0
Carro/moto	52	26,8
Telefone	24	12,4

A idade média das mães é de 25,5 anos (Quadro 8) e a proporção de adolescentes (menor de 20 anos) é de 17,6% (Tabela 4).

TABELA 4. Distribuição das crianças estudadas por intervalo de idade das mães, Campinas e região, 1994.

Idade (anos)	Frequência	%	% acumulada
15 - 20	34	17,6	17,6
20 - 25	57	29,5	47,1
25 - 30	57	29,5	76,6
30 - 35	30	15,5	92,1
35 e mais	15	7,8	100,0
TOTAL	193 ¹	100,0	

¹ 1 - Sem informação

QUADRO 8. Perfil sócio-econômico das famílias das crianças estudadas, Campinas e região, 1994.

Característica	n	Sim		Média
		Frequência	%	
Trabalha fora	194	36	18,6	-
Mora com o pai do bebê	194	175	90,2	-
Escolaridade materna (anos)	194	-	-	4,5
Escolaridade paterna (anos)	180	-	-	4,5
Idade materna (anos)	193	-	-	25,5
Renda per capita (dólar)	155	-	-	70,5
Número de cômodos	194	-	-	1,7
Número de pessoas	194	-	-	4,6

Caracterizando a escolaridade, 84% dos pais e 85% das mães cursaram até o primeiro grau, sendo que 3,1% das mães e 4,4% dos pais nunca freqüentaram a escola, 1,5% das mães e 2,2% dos pais possuem nível superior (Tabela 5). Em média apresentam 4,5 anos de estudo, correspondendo ao nível primário completo (Quadro 8).

TABELA 5. Escolaridade dos pais das crianças estudadas, Campinas e região, 1994.

Escolaridade	Pai			Mãe		
	Freq	%	% acum	Freq	%	% acum
Analfabeto	8	4,4	4,4	6	3,1	3,1
Alfabetizado	3	1,7	6,1	0	0,0	3,1
Primário	70	38,9	45,0	79	40,7	43,8
Ginásial	70	38,9	83,9	80	41,2	85,0
Colegial	25	13,9	97,8	26	13,4	98,4
Superior	4	2,2	100,0	3	1,5	100,0
TOTAL	180 ¹	100,0		194	100,0	

¹ 14 - Sem informação (não sabe)

A renda familiar de mais da metade desta população (58,7%) é inferior a US\$ 60,00 per capita, 3,9% refere não ter renda alguma e 14,2% das famílias recebem menos de US\$ 20,00 por pessoa por mês, enquanto aproximadamente a mesma proporção (14,9%) ganha mais de US\$ 120,00 (Tabela 6). Em média a renda per capita é de US\$ 70,50 mensais (Quadro 8). Apenas 18,6% das mães trabalham fora de casa e a maioria, cerca de 90%, mora com o pai do bebê (Quadro 8). O número médio de pessoas por residência é de 4,6 (Quadro 8), e 38,7% das crianças possuem famílias com mais de 4 pessoas (Tabela 7) e 44,8% moram em casa com apenas um cômodo para dormir (Tabela 8).

TABELA 6. Distribuição por intervalo de renda per capita mensal das famílias das crianças estudadas, Campinas e região, 1994.

Renda per capita ¹	Frequência	%	% acumulada
Sem renda	6	3,9	3,9
5 20	22	14,2	18,1
20 40	31	20,0	38,1
40 60	32	20,6	58,7
60 80	18	11,6	70,3
80 100	12	7,7	78,0
100 120	11	7,1	85,1
120 200	13	8,4	93,5
200 e mais	10	6,5	100,0
TOTAL	155²	100,0	

¹ - Renda em dólar ² 39 - Sem informação (não sabe)

TABELA 7. Distribuição por intervalos de número de pessoas na família das crianças estudadas, Campinas e região, 1994.

Número de pessoas	Frequência	%	% acumulada
3 e 4	119	61,3	61,3
5 e 6	52	26,8	88,1
7 e 8	16	8,2	96,3
Mais de 8	7	3,6	100,0
TOTAL	194	100,0	

TABELA 8. Número de cômodos nos domicílios das famílias das crianças estudadas, Campinas e região, 1994.

Número de cômodos	Frequência	%	% acumulada
1	87	44,8	44,8
2	82	42,3	87,1
3	20	10,3	97,4
4	5	2,6	100,0
TOTAL	194	100,0	

4.1.2. Características do pré-natal

Quase a totalidade das mães fez pré-natal (96,9%) (Quadro 9), 77,2% delas iniciou as consultas logo no primeiro trimestre de gestação (Tabela 9). Em relação à concentração de consultas, 78% das mulheres fizeram 6 consultas ou mais e destas, 20% realizou mais de 12 consultas no pré-natal (Tabela 10). A maioria das mães relatou que pensava em amamentar o bebê, antes dele nascer (95,4%) e 62,7% (96 mulheres) recebeu orientação sobre aleitamento materno, durante o pré-natal (Quadro 9).

TABELA 9. Idade gestacional do início do pré-natal das mães das crianças estudadas, Campinas e região, 1994.

Idade gestacional	Frequência	%	% acumulada
1º trimestre	142	77,2	77,2
2º trimestre	38	20,7	97,9
3º trimestre	4	2,2	100,0
TOTAL	184 ¹	100,0	

¹4 - Sem informação e 6 - Não fizeram pré-natal

TABELA 10. Número de consultas no pré-natal das mães das crianças estudadas, Campinas e região, 1994.

Número de consultas	Frequência	%	% acumulada
0 - 3	7	4,7	4,7
3 - 6	26	17,4	22,1
6 - 9	69	46,3	68,4
9 - 12	17	11,4	79,8
12 - 15	19	12,8	92,6
15 ou mais	11	7,4	100,0
TOTAL	149 ¹	100,0	

¹45 - Sem informação

QUADRO 9. Informações referentes ao pré-natal das mães das crianças estudadas, Campinas e região, 1994.

Informação	n	Sim	
		Freq	%
Fez pré-natal	194	188	96,9
Pensava em amamentar este bebê	194	185	95,4
Recebeu orientação sobre aleitamento	153	96	62,7
Fez 6 ou mais consultas	143	116	81,1

4.1.3. Informações sobre o parto e maternidade

Os partos foram todos hospitalares, com proporção de cesáreas nesta amostra de 52,1% (Quadro 10).

QUADRO 10. Informações referentes ao parto e acompanhamento das crianças estudadas, Campinas e região, 1994. (n=194)

Informação	n	Sim		Média
		Freq	%	
Parto hospitalar	194	194	100,0	-
Parto cesáreo	194	101	52,1	-
Segurou o bebê na sala de parto	192	35	18,2	-
Idade gestacional menor que 37 semanas	192	17	8,9	-
Bebê do sexo masculino	194	108	55,7	-
Bebê teve problema durante a internação	194	29	14,9	-
Peso médio de nascimento	188	-	-	3084,4 g
Intervalo médio entre o parto e a primeira mamada	156	-	-	24,9 h
Idade média na primeira consulta (dias)	188	-	-	46,2

Ainda persistem práticas de alojamento conjunto parcial (3,1%) ou ausência total de alojamento conjunto para 47,1% das mães nas maternidades da região e somente metade das crianças ficaram com suas mães durante as 24 horas diárias (Figura 1 e Tabela 1 - Anexo 3). Apenas 18% das mães tiveram contato físico com seus bebês na sala de parto (Quadro 10), entretanto, ainda mais grave é a demora entre o parto e a primeira mamada, cuja mediana de intervalo é de 6 horas e praticamente não existe aleitamento na primeira meia hora de vida (1,9%). Existe uma concentração de crianças mamando entre 2 a 8 horas após o parto (50%) (Tabela 11).

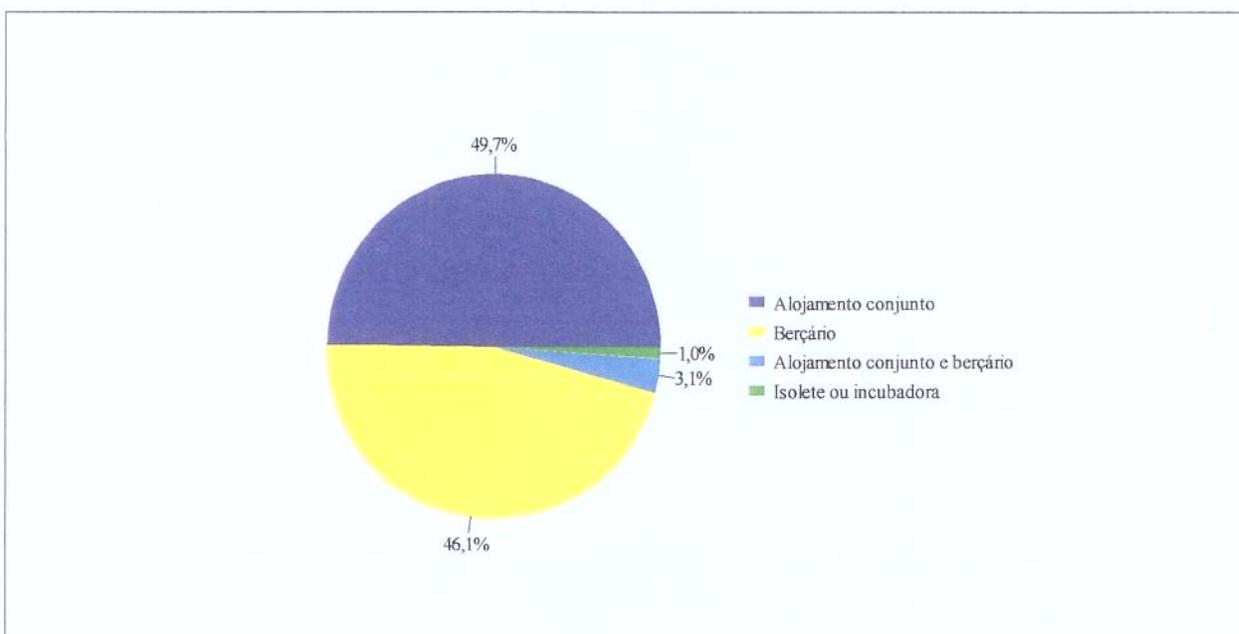


FIGURA 1. Local de permanência das crianças durante a internação de nascimento, Campinas e região, 1994.

TABELA 11. Distribuição por intervalo de tempo entre o parto e a primeira mamada das crianças estudadas, Campinas e região, 1994.

Intervalo (horas)	Frequência	%	% acumulada
0 - ½	3	1,9	1,9
½- 1	5	3,2	5,1
1 - 2	14	9,0	14,1
2 - 4	38	24,4	38,5
4 - 8	40	25,6	64,1
8 - 12	18	11,5	75,6
12 - 24	20	12,8	88,4
24 - 48	10	6,4	94,8
Mais de 48	8	5,1	100,0
TOTAL	56 ¹	100,0	

¹ 38 - Sem informação

Entre os bebês, 55,7% eram do sexo masculino (Quadro 10) e cerca de 13% pesaram ao nascer menos de 2.500g (Tabela 12), o peso de nascimento médio encontrado foi de 3084g. Observou-se 8,9% de crianças que nasceram antes de completar 37 semanas de gestação. Aproximadamente 15% dos bebês apresentaram problemas de saúde logo após o nascimento (Quadro 10).

TABELA 12. Distribuição de peso ao nascer das crianças estudadas, Campinas e região, 1994.

Peso ao nascer (gramas)	Frequência	%	% acumulada
< 1500	2	1,1	1,1
1500 - 2000	6	3,2	4,3
2000 - 2500	16	8,5	12,8
2500 - 3000	55	29,3	42,1
3000 - 3500	57	30,3	72,4
3500 - 4000	45	23,9	96,3
4000 e mais	7	3,7	100,0
TOTAL	188¹	100,0	

¹ 6 - Sem informação

A maioria das mães (69,4%) refere ter recebido orientação sobre aleitamento materno na maternidade (Tabela 13), em geral através dos médicos e enfermeiros (81,2%) (Tabela 14) e em grupos de mães (61,2%) (Tabela 15). Grande parte delas (37,1%) referiu ter recebido orientação impressa sobre aleitamento materno durante a internação hospitalar (Tabela 16).

TABELA 13. Distribuição das mães segundo sua referência ao recebimento de informações sobre aleitamento materno na maternidade, Campinas e região, 1994.

Recebeu orientações	Frequência	%
Sim	134	69,4
Não	59	30,6
TOTAL	193¹	100,0

¹ 1 - Sem informação

TABELA 14. Distribuição das mães que referiram ter recebido orientação sobre aleitamento materno na maternidade, segundo categoria profissional que orientou, Campinas e região, 1994.

Categoria profissional	Frequência	%
Médico	79	59,4
Enfermeiro	29	21,8
Assistente social/Psicólogo	10	7,5
Outros	15	11,3
TOTAL	133¹	100,0

¹ 1 - Sem informação

TABELA 15. Distribuição das mães que referiram ter recebido orientação sobre aleitamento materno na maternidade, segundo tipo de assistência, Campinas e região, 1994.

Tipo de assistência	Frequência	%
Individual	48	35,8
Em grupo	82	61,2
Individual e em grupo	4	3,0
TOTAL	134	100,0

TABELA 16. Distribuição das mães de crianças segundo sua referência ao recebimento de informação impressa sobre aleitamento materno na maternidade, Campinas e região, 1994.

Recebeu orientação impressa	Frequência	%
Sim	72	37,1
Não	122	62,9
TOTAL	194	100,0

4.1.4. Puericultura e informação/prática materna em relação ao aleitamento

Cerca de 74% das crianças, cujas mães foram entrevistadas, tinham menos de 1 ano de idade, sendo 20% com menos de 3 meses e 47% menores de 6 meses (Tabela 17).

TABELA 17. Distribuição por intervalo de idade das crianças estudadas, Campinas e região, 1994.

Idade do bebê (meses)	Frequência	%	% acumulada
< 3 meses	39	20,1	20,1
3 - 6 meses	52	26,8	46,9
6 - 9 meses	33	17,0	63,9
9 - 12 meses	20	10,3	74,2
≥ 12 meses	50	25,8	100,0
TOTAL	194	100,0	

O acompanhamento das crianças menores de 2 anos nos serviços de saúde começa, para mais de 60% delas, depois dos 30 dias de vida, sendo que destas, 23% iniciou o acompanhamento com mais de 60 dias e apenas 12,8% antes de completar 15 dias (Tabela 18). Em média as crianças chegam ao serviço de saúde para primeira consulta com 46 dias de vidas (Quadro 10).

TABELA 18. Idade das crianças estudadas na primeira consulta, Campinas e região, 1994.

Idade do bebê (dias)	Frequência	%	% acumulada
Até 7	12	6,4	6,4
8 -15	12	6,4	12,8
15 -30	50	26,6	39,4
30 -60	71	37,8	77,2
60 ou mais	43	22,9	100,0
TOTAL	188 ¹	100,0	

¹ 6 - Sem informação

Mais da metade das crianças têm consultas mensais no serviço de saúde (56,5%) e 34,7% referiu que leva o filho ao serviço apenas quando há necessidade, não faz portanto acompanhamento de rotina (Figura 2 e Tabela 2 – Anexo 3).

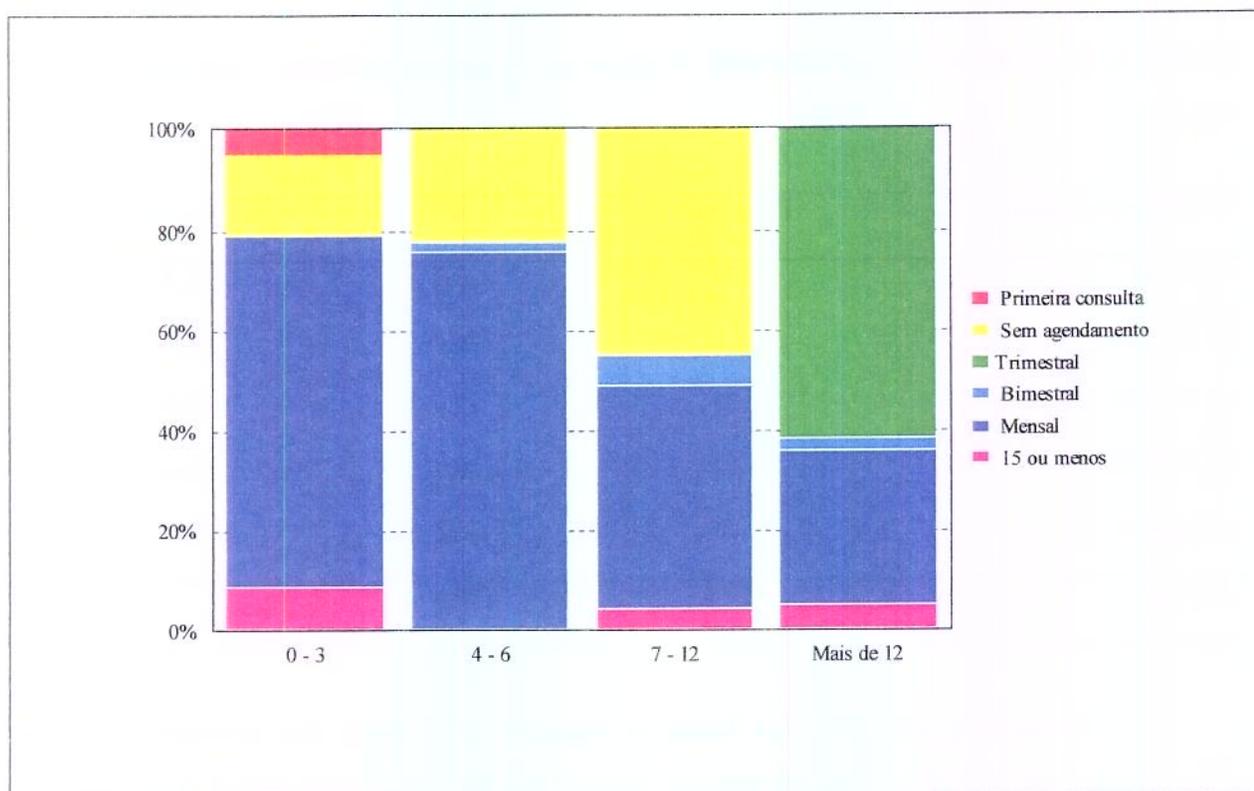


FIGURA 2. Frequência das crianças ao serviço de saúde para consulta por faixa etária, Campinas e região, 1994.

A análise do papel dos serviços de saúde na orientação do aleitamento materno mostra que 25,0% das mães de crianças menores de 6 meses referem ter recebido orientação sobre introdução de outros leites na dieta de seus filhos na última consulta com o pediatra. Entre as crianças menores de 3 meses, 12,8% das mães receberam orientação sobre introdução de outro leite e 10,3% sobre introdução de outros alimentos. Metade das mães (51,9%) das crianças entre 3 e 6 meses foram orientadas pelo pediatra para introduzir outro alimento na dieta do bebê. A soma das duas faixas etárias (de 0-3 e de 3-6 meses) representa que 34% das mães de crianças menores de 6 meses recebeu orientação do pediatra para introdução de alimentos na dieta do bebê durante a última consulta. Percebe-se que a ausência de orientação para amamentar é progressiva com a idade, o que ocorre inversamente com a orientação de outros leites e outros alimentos, pois neste caso a presença da orientação aumenta com a

idade. É importante notar que existe um aumento brusco de orientação de introdução de outro alimento entre as faixas de 0-3 meses e 3-6 meses de idade (Figura 3 e Tabela 3 - Anexo 3).

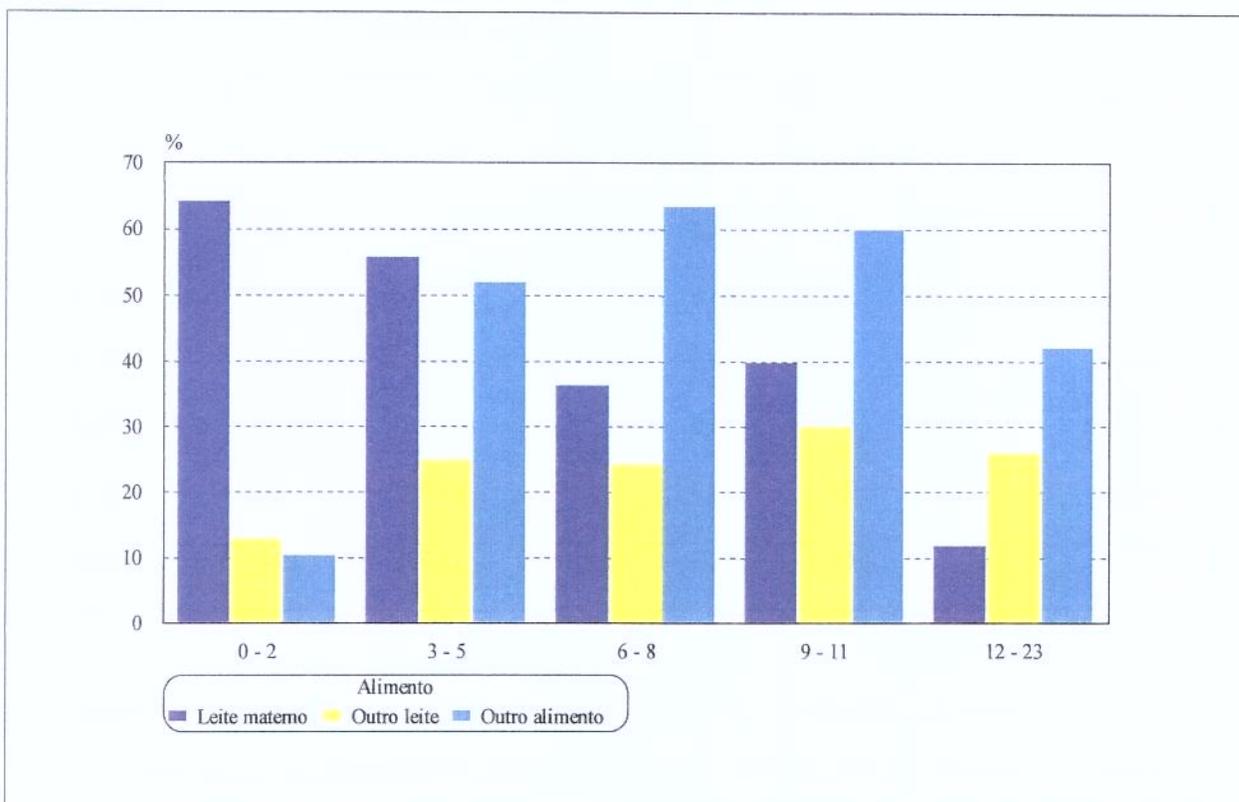


FIGURA 3. Orientação alimentar recebida do pediatra na última consulta por faixa etária, Campinas e região, 1994.

Perguntou-se às mães se, durante o acompanhamento pediátrico, tinham sido orientadas a amamentar. Entre aquelas que tinham bebês menores de 3 meses de idade 28,2% referiu que não tinha recebido esta orientação do pediatra. Entre as mães dos bebês menores de 6 meses, 34% também referiu não ter recebido orientações e no total 38,7% das mães (n=75) nunca foram orientadas pelo pediatra segundo suas próprias referências (Tabela 19).

TABELA 19. Distribuição das crianças, segundo recebimento de orientação sobre aleitamento materno do pediatra e faixa de idade, Campinas e região, 1994.

Faixa de idade	Recebeu orientação					
	Sim		Não		TOTAL	
	Freq	%	Freq	%	Freq	%
< 3 meses	28	71,8	11	28,2	39	100,0
3 6 meses	32	61,5	20	38,5	52	100,0
6 9 meses	18	54,5	15	45,5	33	100,0
9 12 meses	12	60,0	8	40,0	20	100,0
≥ 12 meses	29	58,0	21	42,0	50	100,0
TOTAL	119	61,3	75	38,7	194	100,0

Do total de crianças até 24 meses de idade, 54% mamava no peito (Tabela 20), sendo que 89 crianças (45,9%) já estavam completamente desmamadas e deste total 9 (4,6%) nunca mamaram no peito. Para as crianças que estavam mamando, considerou-se a sua idade como tempo total de aleitamento e para as que não mamavam mais foi perguntado até que idade mamou. Assim, a duração mediana do aleitamento materno foi de 101 dias, ou seja, por volta do terceiro mês (Tabela 21). Em relação ao aleitamento materno exclusivo, considerou-se todas as crianças pesquisadas, exceto as que não tinham informação da data de introdução de outros alimentos (n=9). A duração mediana de AMEX encontrada foi de 20 dias (Tabela 21).

TABELA 20. Proporção de crianças que eram amamentadas ao seio até o momento da entrevista, Campinas e região, 1994.

Mama no peito	Freqüência	%
Sim	105	54,1
Não	89	45,9
TOTAL	194	100,0

TABELA 21. Distribuição em quartis de tempo de duração do aleitamento materno e aleitamento materno exclusivo das crianças estudadas, Campinas e região, 1994.

Distribuição	Aleitamento materno	Aleitamento materno exclusivo
	(n=193 ¹)	(n=185 ²)
1º Quartil	56	4,0
Mediana	101	20,0
2º Quartil	208	60,0

¹ 1 - Sem informação ² 9 - Sem informação

Entre as crianças menores de 6 meses, cerca de 85% eram amamentadas, porém, apenas a metade entre 6 e 12 meses tinham este comportamento (Tabela 22). Considerando o aleitamento materno exclusivo, somente 8,8% das crianças menores de 6 meses mamavam de forma exclusiva. A proporção no primeiro mês foi de 25% e no final desta faixa etária (5 meses) nenhuma criança mamava exclusivamente (Tabela 23).

TABELA 22. Proporção de aleitamento materno por faixa etária, Campinas e região, 1994.

Idade do bebê (meses)	n	AM	
		Freq	%
< 3 meses	39	33	84,6
3 - 6 meses	52	32	61,5
6 - 12 meses	53	26	49,1
≥ 12 meses	50	14	28,0
TOTAL	194	105	54,1

TABELA 23. Proporção de aleitamento materno exclusivo entre as crianças que mamam no peito menores de 6 meses de idade por faixa etária, Campinas e região, 1994.

Idade do bebê (meses)	n	AMEX	
		Freq.	%
< 1 mês	8	2	25,0
1 mês	15	2	13,3
2 meses	16	1	6,3
3 meses	18	1	5,6
4 meses	17	2	11,8
5 meses	17	0	0,0
TOTAL	91	8	8,8

A introdução de alimentos complementares obedece a uma hierarquia, metade das mães introduz primeiro o chá, até os 30 dias de vida da criança, seguido da água, até 45 dias, de outro leite, até 90 dias e por último outros alimentos, até 120 dias, sendo que 1/4 delas introduz estes líquidos e alimentos bem precocemente, chá até o 6º, água até o 15º, outro leite até o 30º e outro alimento até 90º dia (Tabela 24).

TABELA 24. Distribuição em quartis das idades de introdução de alimentos na dieta das crianças estudadas, Campinas e região, 1994.

Distribuição	Água ¹ (n=190)	Chá ² (n=191)	Outro Leite ³ (n=192)	Outro Alimento ⁴ (n=193)
1º quartil	15,0	6,0	30,0	90,0
Mediana	45,0	30,0	90,0	120,0
2º quartil	90,0	90,0	162,0	132,0

¹ 4 - Sem informação ² 3 - Sem informação ³ 2 - Sem informação ⁴ 1 - Sem informação

Entre as crianças menores de 3 meses, 79,5% já tinham chá incluído na suas dietas, 51,3%, água e 55,3%, outros leites, verificou-se que nenhuma havia provado outros alimentos. Considerando as crianças de 3 a 6 meses, mais de 80% tomavam água e chá .

Ainda entre elas (3 a 6 meses), 59,6% das mães introduziram outros alimentos e 61,5%, outro leite na dieta de seus filhos (Figura 4 e Tabela 4 - Anexo 3).

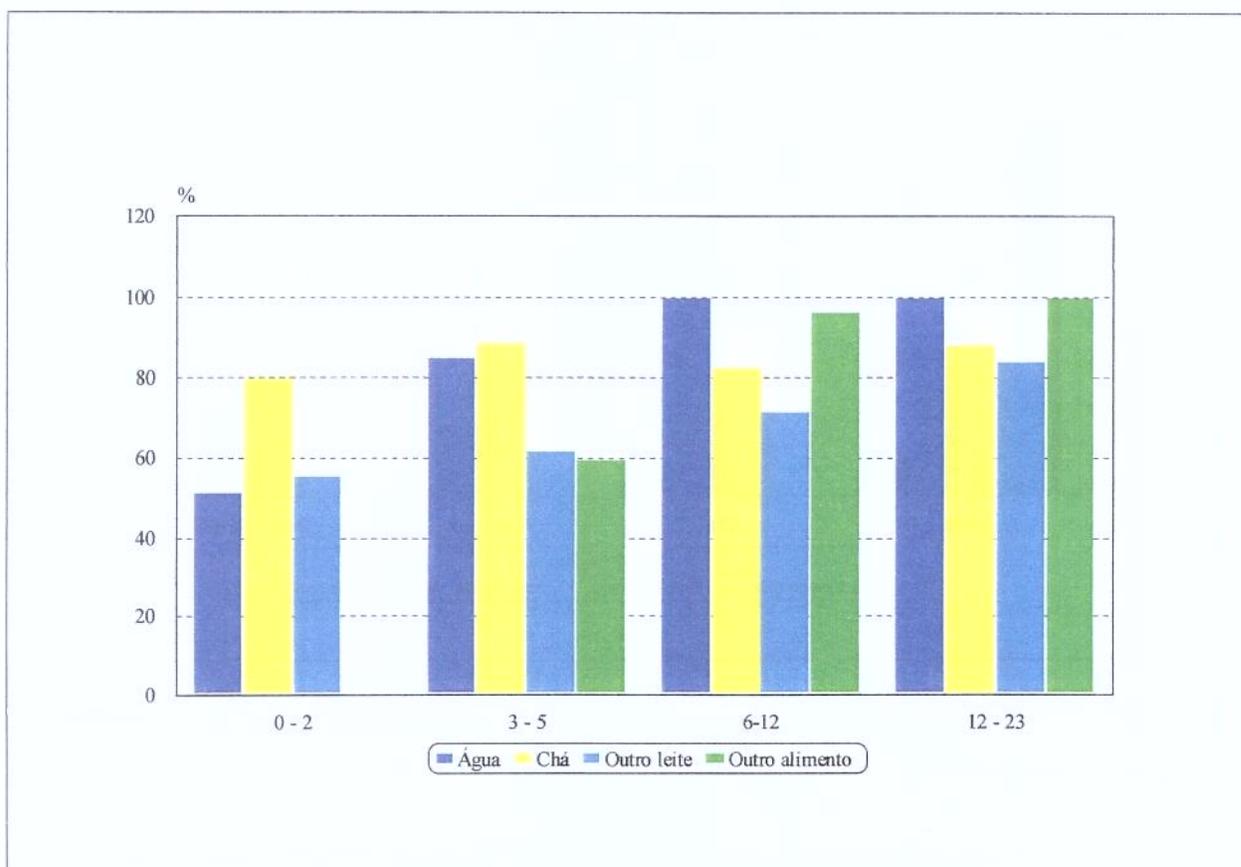


FIGURA 4. Introdução de alimentos na dieta das crianças por faixa etária, Campinas e região, 1994.

A mãe refere quase sempre, em primeiro lugar, que introduziu alimentos por conta própria (aproximadamente 50% para água, chá e outro leite e 38% para outro alimento). Para introdução de água e chá, a orientação de profissionais de saúde (26% e 22% respectivamente) e de familiares (21% e 30% respectivamente) tem a mesma proporção, porém a orientação para a introdução de leites e outros alimentos tem participação dos

profissionais (37% e 49% respectivamente) significativamente maior que a dos familiares (9,6% e 11,8% respectivamente) e amigos (0,9% e 1,7% respectivamente) (Figura 5 e Tabela 5 - Anexo 3).

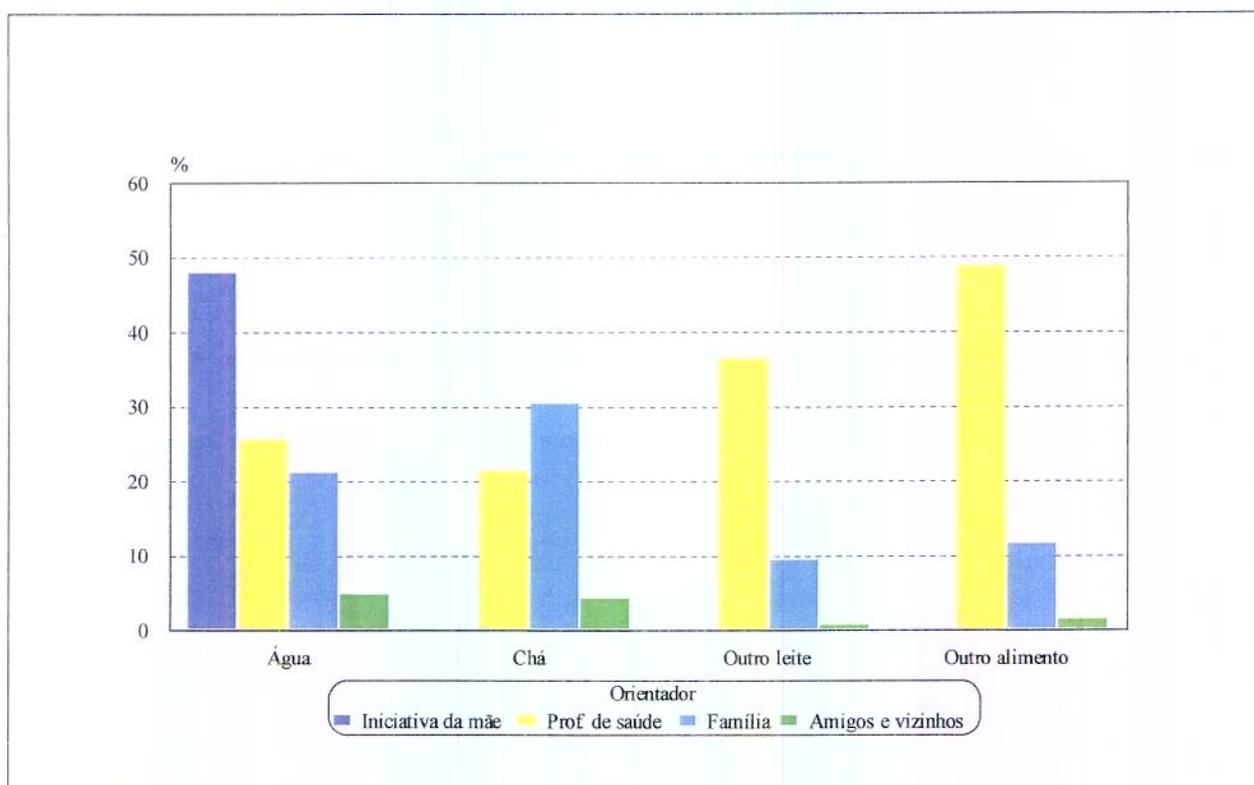


FIGURA 5. Orientação de alimentos na dieta das crianças segundo a pessoa que orientou, Campinas e região, 1994.

A mãe do bebê está sujeita, em aproximadamente 24% dos casos, a um assédio social em relação ao incentivo ao uso de mamadeiras e leites artificiais (Figura 6 e Tabela 6 - Anexo 3) e em 48% das vezes é a avó da criança que recomenda, 19%, a tia e 33%, outros familiares (Figura 6 e Tabela 7 – Anexo 3).

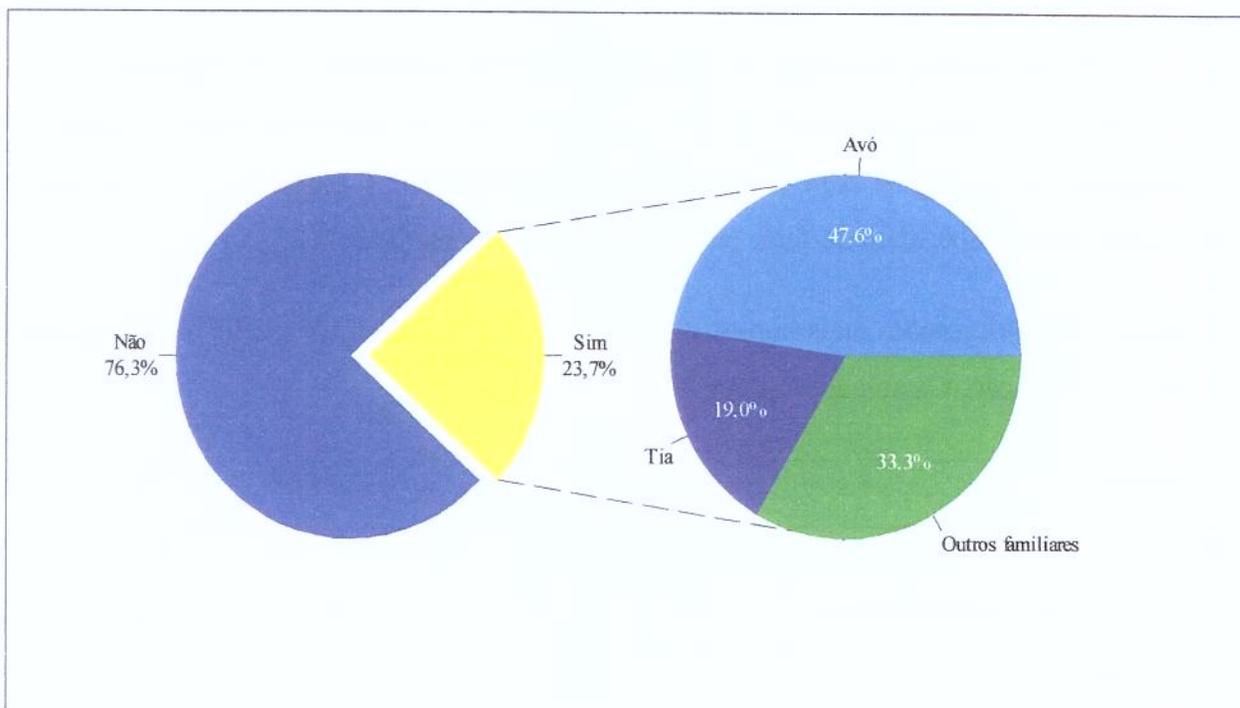


FIGURA 6. Recebimento de orientação de familiares sobre aleitamento materno, Campinas e região, 1994.

Para cerca de 16% das mães seus maridos são indiferentes, para 3% não gostam que amamentem e para 78% estimulam a amamentação (Tabela 25).

TABELA 25. Características do comportamento do pai em relação à amamentação das crianças estudadas, segundo referência das mães, Campinas e região, 1994.

Comportamento paterno	Frequência	%
Estimula amamentar	144	78,3
É indiferente à amamentação	30	16,3
Não gosta que amamente	6	3,3
Não sabe	4	2,2
TOTAL	184 ¹	100,0

¹ 10 - Sem informação

Entre as orientações mais importantes que as mães referem receber dos pediatras, aparece em primeiro lugar o incentivo e importância do aleitamento materno (34%), mas apenas 8,8% diz receber incentivo ao aleitamento materno exclusivo, e, em segundo lugar, o papel protetor do leite materno (22,2%). Apenas 11,9% são orientadas sobre técnicas de aleitamento. As vantagens para a mãe só foram referidas por 6 mulheres (3,1%) e outras vantagens para o bebê, além do fator protetor, não apareceram (Tabela 26).

TABELA 26. Orientações mais importantes que as mães referiram ter recebido dos pediatras sobre amamentação, Campinas e região, 1994. (n=194)

Orientação	Frequência	%
Incentivo e importância do aleitamento materno	66	34,0
Fator protetor do aleitamento materno	43	22,2
Técnicas em geral	23	11,9
Incentivo e importância do aleitamento materno exclusivo	17	8,8
Duração do aleitamento materno	16	8,2
Higiene	10	5,2
Vantagens para a mãe	6	3,1
Alimentação materna e volume de líquido	5	2,6
Evitar chupeta, chupa e mamadeira	4	2,1
Outras	6	3,1

Foi perguntado às mães que conselho dariam a uma gestante sobre alimentação do bebê (Tabela 27), 50% respondeu que aconselhariam a mãe a amamentar o futuro bebê e, de uma forma ou de outra, a maioria refere o aleitamento materno como uma boa forma de alimentação. Porém, existe uma parcela de mães (10,8%) que refere o tempo de aleitamento menor que o ideal, como por exemplo, amamentar até o 6º mês (3,6%), de 8 a 10 meses (3,6%) e até 1 ano (3,6%). Mais de 10% das mães referem que aconselhariam uma gestante a dar outros líquidos, papinha, frutas, legumes ou outros leites. Analisando esta questão de outra forma, apenas observando a proporção de mães que faz referência ao aleitamento materno no

seu conselho de alimentação (Tabela 28), vemos que 87% incentivam a amamentação e 13% referem outros aspectos da alimentação do bebê ou não sabem o que diriam à futura mãe, mas não citam o aleitamento materno como parte da alimentação da criança.

TABELA 27. Respostas maternas sobre conselhos de alimentação infantil que dariam a uma gestante, Campinas e região, 1994. (n=194)

Conselho	Frequência	%
Amamentar	98	50,5
Amamentar até quando tiver leite/bebê quiser	15	7,7
Dar papinha/frutas/legumes	12	6,2
Amamentar porque protege bebê/é mais saudável	11	5,7
Alimentar-se bem/não beber/não fumar	10	5,2
Amamentar exclusivamente	8	4,1
Alimentar bem o bebê	8	4,1
Amamentar se puder	7	3,6
Amamentar até 6 meses	7	3,6
Amamentar até 8 -10 meses	7	3,6
Amamentar até 1 ano	7	3,6
Amamentar porque é mais barato/mais prático	6	3,1
Dar líquidos	5	2,6
Dar outro leite se precisar	5	2,6
Seguir orientação médica	4	2,1
Não sabe	6	3,1
Outros	11	5,7



TABELA 28. Distribuição das mães segundo sua citação sobre amamentação em conselho direcionado a uma gestante sobre a alimentação do futuro bebê, Campinas e região, 1994. (n=194)

Conselho	Frequência	%
Com referência à amamentação	169	87,1
Sem referência à amamentação	19	9,8
Não sabe	6	3,1
TOTAL	194	100,0

Segundo a opinião do pediatra referida pela mãe, 77,8% (151) dos bebês tinham boas condições de saúde. Entre os 21,7% dos bebês com problemas de saúde, 9,3% apresentavam sintomas respiratórios, 5,7%, desenvolvimento pondero-estatural deficiente, 2,6%, problemas gastro-intestinal e 4,1%, outros problemas de saúde (Tabela 29).

TABELA 29. Respostas da mãe sobre o estado de saúde do bebê na última consulta, segundo a opinião do pediatra, Campinas e região, 1994. (n=194)

Estado de saúde	Frequência	%
Bom	151	77,8
Problema respiratório	18	9,3
Desenvolvimento pondero-estatural deficiente	11	5,7
Problema gastro-intestinal	5	2,6
Outros problemas	8	4,1
Não sabe	1	0,5
TOTAL	194	100,0

Analisando as causas do desmame completo, segundo referência materna (Tabela 30), entre as 86 que responderam esta questão, 11 relatam que não amamentaram mais “por trabalho/falta de tempo ou porque quiseram desmamar”, representando 12,8% do total de mulheres que não estavam amamentando mais. As demais, na maioria das vezes, referem

problemas com o leite (quantitativo/qualitativo) (36%) ou com o bebê (doença/rejeição ao peito) (27,8%). 9,3% das mães referiu que foi por *doença própria* e 2,3% “desmamou sob recomendação do pediatra”.

TABELA 30. Relação dos motivos que levaram as mães pararem de amamentar, Campinas e região, 1994. (n=86¹)

Motivo	Frequência	%
Leite secou	19	22,1
Bebê não quis mais	14	16,3
Trabalho da mãe/falta de tempo	9	10,5
Doença materna/uso de medicamento	8	9,3
Leite fraco/insuficiente	7	8,1
Não teve leite/leite não desceu	5	5,8
Fissura/mastite	5	5,8
Bebê não pegou peito	3	3,5
Bebê ficou internado	3	3,5
Bebê regurgitava	3	3,5
Mãe quis parar	2	2,3
Pediatra orientou, porque não ganhava peso	2	2,3
Outras	6	7,0

¹ 3 - Não respondeu

Buscou-se de forma indireta saber os motivos de interrupção precoce da amamentação, perguntando às mães por que outras mães não têm sucesso nesta tarefa. E na análise (Tabela 31), apareceu, como motivo de fracasso da amamentação, em lugar de destaque, “estética ou vaidade” com 30,8% de frequência. Podemos observar que, acumulando “falta de vontade”, “preguiça”, “não gostar” ou “não querer” e “falta de paciência”, como possíveis motivos para as outras mães não amamentarem seus filhos, chega-se à proporção de 44% de referências. Problemas com o leite (“leite fraco/insuficiente”

e “leite secou”) apareceu em aproximadamente 31% das vezes, estando próximo da proporção dessa mesma resposta na questão anterior, em que a mãe responde por que parou de amamentar. Problemas relacionados ao bebê são referidos em apenas 4,3% das respostas. É curioso observar que, nesta questão, 39 mães (21,1%) citam trabalho materno como possível motivo de fracasso do aleitamento de outras mulheres e, neste estudo, são 36 mulheres (18,6%) que referem trabalhar fora de casa (Quadro 9). Porém, quando se questionou o motivo do desmame completo, apenas 10,5% fez menção à falta de tempo em razão do trabalho materno (Tabela 30).

TABELA 31. Opinião das mães sobre o motivo de algumas não amamentarem ou amamentarem por pouco tempo, Campinas e região, 1994. (n=185¹)

Opinião	Freqüência	%
Estética/vaidade	57	30,8
Não gostam/não querem	44	23,8
Trabalho materno	39	21,1
Leite fraco/insuficiente	38	20,5
Preguiça/falta de vontade	28	15,1
Leite secou	20	10,8
Falta de paciência	10	5,4
Bebê não quer/não pega	8	4,3
Falta de informação/orientação	7	3,8
Falta tempo	6	3,2
Fissura/dor	5	2,7
Vergonha	4	2,2
Nervosismo da mãe	3	1,6
Mãe prefere mamadeira	3	1,6
Dieta inadequada da mãe	2	1,1
Outras	2	1,1

¹ 9 - Não sabe

Entre as mulheres que referem ter tido problemas durante a amamentação (n=58) (Tabela 32), 34,5% referiram ter tido algum tipo de problema com a mama (ingurgitamento, fissura, mastite, bico invertido, falta de bico e dor), sem contar as 9 mães (15,5%) que referiram que o bebê não pegava o peito, o que muitas vezes está relacionado à turgidez da

mama, impedindo que o bebê abocanhe o peito. Observou-se também que quase 20% das mulheres relatam que o leite demorou para descer (Tabela 33). Certas dificuldades que as mães tiveram com a amamentação também foram citadas, por exemplo, leite insuficiente, fissura, mastite e outras (Tabela 30).

TABELA 32. Proporção de mães que tiveram dificuldade para amamentar, Campinas e região, 1994.

Dificuldade	Frequência	%
Sim	58	29,9
Não	136	70,1
TOTAL	194	100,0

TABELA 33. Dificuldades sentidas pelas mães durante a amamentação, Campinas e região, 1994. (n=58)

Dificuldade	Frequência	%
Ingurgitamento/fissura/mastite	14	24,1
Bico invertido/sem bico	12	20,7
Não desceu/demorou para descer o leite	11	19,0
Bebê não pegava	9	15,5
Dor	4	6,9
Fatores psicológicos	4	6,9
Secou o leite/leite insuficiente	3	5,2
Prematuridade do bebê	2	3,5
Bebê largou	1	1,7
Outras	4	6,9

4.2. ENTREVISTA COM OS PROFISSIONAIS DE SAÚDE

4.2.1. Características dos serviços de saúde

Nas análises que seguirão, optou-se por trabalhar com apenas 2 categorias profissionais, médicos e auxiliares (auxiliar de saúde), em virtude do número reduzido (n=5) de enfermeiros participantes do estudo. Em alguns casos a análise foi realizada apenas para os médicos, isto quando a questão em estudo foi aplicada apenas a esta categoria.

A participação dos profissionais nas atividades de assistência ao lactente obedece às suas atribuições específicas, porém, chama a atenção o baixo nível (15,8%) de participação de médicos em atividades de grupo. O envolvimento dos auxiliares de saúde é maior (32,1%), mas também denuncia que esta não é uma atividade privilegiada nas UBSs. Em relação às atividades educativas durante a consulta, 65% dos médicos e 50% dos auxiliares referem fazê-las. Porém, atividades educativas em grupos de gestante têm participação de apenas 6 pediatras (10,3%), e nenhum auxiliar de saúde desenvolve esta atividade (Tabela 34).

TABELA 34. Características das consultas oferecidas pelas UBSs e seus profissionais, Campinas e região, 1994.

Característica do atendimento	Médico (n=58)		Aux. Saúde (n=28)	
	Sim		Sim	
	Freq	%	Freq	%
Faz atividade educativa para gestante	6	10,3	0	0,0
Faz consulta individual	57 ¹	100,0	26	92,9
Faz trabalho em grupo	9 ¹	15,8	9	32,1
Faz trabalho educativo	37 ¹	64,9	14	50,0

¹ 1 - Não respondeu

A média de idade das crianças na primeira consulta relatada pelos médicos é de 24,8 dias e pelos auxiliares de saúde de 28 dias, ou seja, por volta de 1 mês de idade, que é geralmente o prazo dado pelos profissionais da maternidade à mãe para que procure o serviço mais próximo para matricular a criança e tomar a vacina BCG (Quadro 11).

QUADRO 11. Referências dos profissionais de saúde, Campinas e região, 1994.

Informação	Médico		Aux. Saúde	
	n	Média	n	Média
Idade média da criança na 1ª consulta (dias)	55 ³	24,8	27 ¹	28,0
Tempo médio de formado (graduação) (anos)	58	13,4	-	-
Tempo médio da duração da residência (anos)	56 ²	2,1	-	-

¹ 1 - Não respondeu

² 2 - Não respondeu

³ 3 - Não respondeu

Segundo 67% dos médicos e 64% dos profissionais de nível médio, as UBSs possuem rotinas de assistência ao lactente (Tabela 35). A existência de normas sobre alimentação nas unidades pesquisadas é referida por 60% dos médicos e 75% dos auxiliares (Tabela 35), nota-se, porém, que apenas 11% dos profissionais relatam que as mães procuram a UBS nos primeiros 15 dias de vida do bebê e 61% das crianças comparecem às unidades com um mês ou mais de idade para a primeira consulta (Tabela 36).

TABELA 35. Características do atendimento às crianças pelas UBSs e seus profissionais, Campinas e região, 1994.

Características da UBS	Médico (n=58)		Aux. Saúde (n=28)	
	Sim		Sim	
	Freq	%	Freq	%
Tem rotina de assistência ao lactente	39	67,2	18	64,3
Tem norma para orientar a alimentação do lactente	35	60,4	21	75,0
Tem material educativo	16	27,6	8	28,6

TABELA 36. Distribuição das crianças por idade na primeira consulta, segundo referência dos profissionais, Campinas e região, 1994.

Idade do bebê (dias)	Frequência	%	% acumulada
Até 7	4	4,9	4,9
8 -15	5	6,1	11,0
15 -30	23	28,0	39,0
30 -60	46	56,1	95,1
60 ou mais	4	4,9	100,0
TOTAL	82 ¹	100,0	

¹ 4 - Sem informação (não sabe)

Até o sexto mês de vida mais de 85% das crianças recebem atendimento mensal. Alguns profissionais relatam retornos bimestrais no primeiro trimestre (2,4%) e no segundo trimestre (6%). Da mesma forma o inverso acontece, 54,8% dos profissionais agendam retornos mensais para as crianças entre 7 e 12 meses, sobrecarregando o serviço com crianças em idades maiores e espaçando o atendimento para as crianças em idades menores. E, a partir do primeiro ano de vida, 37,8% passam a ficar sem rotina de atendimento, ou seja, procuram a unidade somente quando há necessidade, segundo informação dos profissionais (Figura 7 e Tabela 8 - Anexo 3).

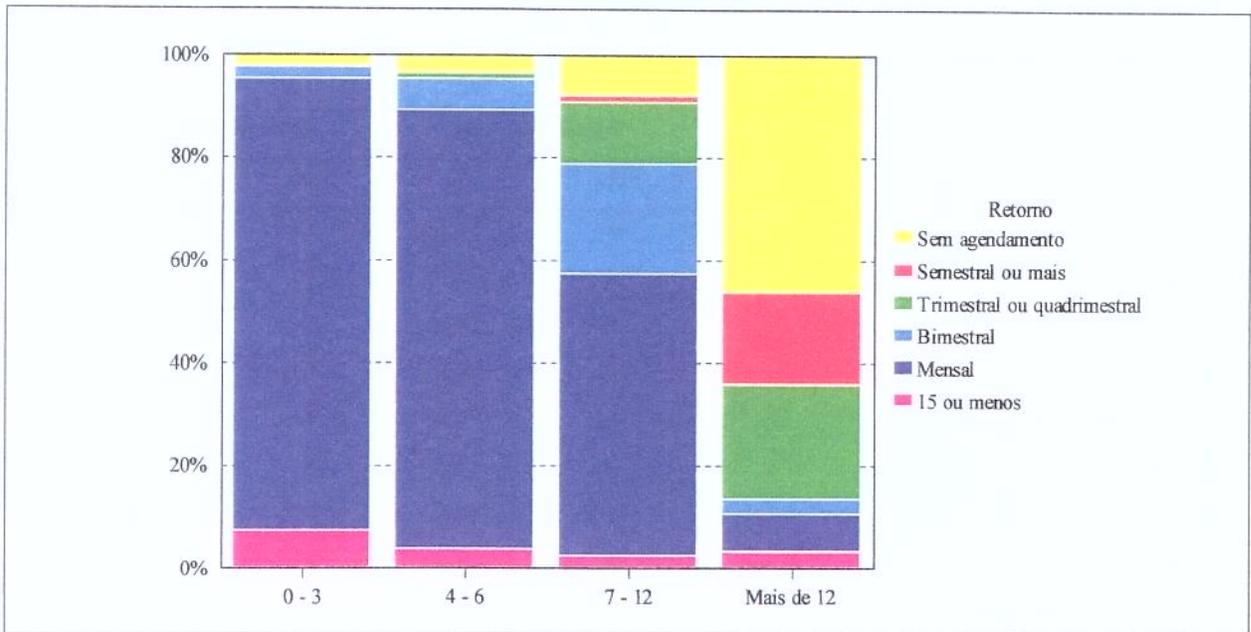


FIGURA 7. Frequência das crianças à UBS para consulta por faixa etária, segundo referência do profissional, Campinas e região, 1994.

4.2.2. Conhecimento e conduta dos profissionais

Entre as respostas espontâneas dos profissionais sobre os temas mais importantes para trabalhos em grupo (Tabela 37), destacam-se discussões gerais sobre “importância do aleitamento materno” (85,7% médicos e 66,7% auxiliares). Tópicos relacionados às “técnicas de amamentação” não são muito referidos (28,6% médicos e 16,7% auxiliares), do mesmo modo que “vantagem para o bebê” é mencionada por apenas 29% dos médicos e por nenhum auxiliar de saúde. Quando algumas opções são apresentadas em categorias pré-definidas (Tabela 38), os temas mais importantes são aqueles relativos “ao incentivo e à promoção da amamentação” (aproximadamente 100%), bem como a “prevenção de intercorrência” e “manejo de problemas da lactação” (acima de 85% entre os médicos e acima de 50% entre os auxiliares). Apenas 35,7% dos profissionais médicos e 33,3% dos auxiliares referiu orientações sobre “alojamento conjunto” e somente 50% dos médicos, faz alguma referência sobre “direitos trabalhistas”.

TABELA 37. Perfil de respostas espontâneas dos profissionais que participam de atividades educativas em aleitamento materno sobre os três temas que consideram mais importantes na discussão, Campinas e região, 1994.

Tema	Médico (n=14)		Aux. Saúde (n=6)	
	Freq	%	Freq	%
Importância do AM ¹	12	85,7	4	66,7
Técnicas de amamentação	4	28,6	1	16,7
Vantagens do AM para a criança	4	28,6	0	0,0
Cuidados gerais com bebê	4	28,6	1	16,7
Alimentação de um modo geral	3	21,4	3	50,0
Higiene	2	14,3	0	0,0
Afetividade	2	14,3	0	0,0
Vacinação	2	14,3	2	33,3
Importância do pré-natal	1	7,1	2	33,3
Outros	1	7,1	3	50,0

TABELA 38. Respostas objetivas dos profissionais que participam de atividades educativas em aleitamento materno sobre os temas discutidos, Campinas e região, 1994.

Tema	Médico (n=14)		Aux. Saúde (n=6)	
	Sim		Sim	
	Freq	%	Freq	%
Importância/vantagens do AMEX ² para a mãe	13	92,9	6	100,0
Importância/vantagens do AMEX para a criança	13	92,9	6	100,0
Técnicas de amamentação	13	92,9	6	100,0
Prevenção de fissura	12	85,7	4	66,7
Manejo de bico invertido	12	85,7	3	50,0
Prevenção de ingurgitamento mamário	12	85,7	3	50,0
Prevenção de mastite	11	78,6	4	66,7
Direitos trabalhistas	7	50,0	4	66,7
Alojamento conjunto	5	35,7	2	33,3

¹ Aleitamento Materno (AM)

² Aleitamento Materno Exclusivo (AMEX)

Comparando-se as questões de respostas espontâneas com aquelas objetivas (categorias pré-definidas) observa-se que, de todos os tópicos abordados, apenas “técnicas de amamentação” aparece nos dois grupos e, mesmo assim, com diferenças muito grandes de proporção de respostas (95% nas de formulação objetiva e 25% nas de referência espontânea) (Tabela 39).

TABELA 39. Comparação entre as respostas espontâneas e as objetivas dadas pelos profissionais sobre os temas discutidos em atividades educativas de aleitamento materno, Campinas e região, 1994. (n=20)

Tema	Resposta objetiva		Resposta Espontânea	
	Freq	%	Freq	%
	Importância/vantagens do AMEX para a mãe	19	95,0	0
Importância/vantagens do AMEX para a criança	19	95,0	0	0,0
Técnicas de amamentação	19	95,0	5	25,0
Prevenção de fissura	16	80,0	0	0,0
Manejo de bico invertido	15	75,0	0	0,0
Prevenção de ingurgitamento mamário	15	75,0	0	0,0
Prevenção de mastite	15	75,0	0	0,0
Direitos trabalhistas	11	55,0	0	0,0
Alojamento conjunto	7	35,0	0	0,0

As orientações dadas às mães pelos médicos durante a consulta individual, que aparecem com mais frequência são aquelas relativas às “técnicas em geral” (43,1%), “importância e incentivo ao aleitamento materno e aleitamento materno exclusivo” (34,5% e 17,2%) e “fator protetor do leite materno” (32,8%). Entre os auxiliares, 44% faz menção ao efeito protetor do leite materno. A “importância em geral do aleitamento materno” é referida com frequência de 63% pelos auxiliares (Tabela 40). Questionados sobre técnicas de amamentação a partir de categorias pré-definidas com possibilidade de resposta sim ou não (Tabela 41), a quase unanimidade dos médicos refere fazer orientações às mães quanto a “posição da mãe e da criança” e “rodízio das mamas”. A frequência destas orientações entre os auxiliares de saúde é menor, porém, ainda acima de 70%. Ordenha das mamas é o tópico menos frequente nas 2 categorias profissionais, 78% dos médicos e 64% dos auxiliares dizem abordar este tema.

TABELA 40. Respostas espontâneas dos profissionais sobre as três orientações mais importantes que eles fazem em relação ao aleitamento materno na consulta individual, Campinas e região, 1994.

Orientação	Médico (n=58)		Aux. Saúde (n=27 ¹)	
	Freq	%	Freq	%
Técnicas em geral	25	43,1	9	33,3
Incentivo/importância do AM	20	34,5	17	63,0
Duração do aleitamento materno	20	34,5	5	18,5
Vantagens para a mãe	20	34,5	3	11,1
Fator protetor do leite materno	19	32,8	12	44,4
Composição nutricional do leite	13	22,4	3	11,1
Incentivo/importância do AMEX	10	17,2	6	22,2
Alimentação da mãe/volume de líquido	7	12,1	3	11,1
Higiene	4	6,9	2	7,4
Evitar mamadeira/chuca/chupeta	4	6,9	3	11,1
Outras	10	17,2	4	14,8

¹1 - Não respondeu

TABELA 41. Respostas através de categorias pré-definidas sobre orientações de aleitamento que os profissionais referem realizar na consulta individual, Campinas e região, 1994.

Orientação	Médico (n=58)		Aux. Saúde (n=28)	
	Freq	%	Freq	%
Posição da criança	55	94,8	24	85,7
Rodízio das mamas	55	94,8	23	82,1
Posição da mãe	54	93,1	23	82,1
Tempo de duração da mamada	51	87,9	21	75,0
Intervalo entre as mamadas	50	86,2	22	78,6
Orientação sobre a pega	49	84,5	19	67,9
Ordenha das mamas	45	77,6	18	64,3
Outras	18	31,0	8	28,6

As medianas de idade referidas por médicos, como ideais para introdução de chá na dieta das crianças, foram 4,5 meses e de água e outros leites, 6 meses. Os auxiliares referem idades para introdução de alimentos complementares ao leite materno menores, com exceção para a introdução de alimentos sólidos, papa salgada e outros leites (Tabela 42). Considerando o percentil 25, entre os médicos, o primeiro alimento a ser introduzido na dieta é o suco (3 meses), enquanto para os auxiliares é o chá (15 dias). Em termos medianos, para os médicos o processo de desmame, aqui entendido a partir da introdução de qualquer alimento que não o leite materno, inicia-se por volta do quarto mês e para os auxiliares, a partir do segundo mês de vida (Tabela 42). No geral, 59,3% dos profissionais, independentemente de sua formação, recomendam que se amamente até os 12 meses ou menos, e, 5,8% (6,9% dos médicos e 3,6% dos auxiliares) orientam até 6 meses ou menos, enquanto apenas 15,1% (20,7% dos médicos e 3,6% dos auxiliares) seguem as orientações internacionais atuais (WHO/UNICEF, 1990) de manutenção do aleitamento materno complementado adequadamente até os 2 anos de idade da criança (Tabela 43).

TABELA 42. Distribuição em percentis das idades apropriadas para introdução de alimentos, referidas pelos profissionais, Campinas e região, 1994.

Alimento	Médico (n=58)			Aux. Saúde (n=28)		
	P ₂₅	P ₅₀	P ₇₅	P ₂₅	P ₅₀	P ₇₅
Água	120	180	180	90	120	180
Chá	105	135	180	15	60	120
Suco	90	150	180	90	98	150
Papa de fruta	120	150	180	120	120	180
Papa salgada	150	180	180	120	180	180
Outro leite	180	180	360	180	180	270
Alimento sólido	180	195	240	180	210	270

TABELA 43. Duração apropriada do aleitamento materno, segundo referência dos profissionais, Campinas e região, 1994.

Idade	Médico		Aux. Saúde	
	Freq	%	Freq	%
Até 6 meses	4	6,9	1	3,6
Até 9 meses	6	10,4	7	25,0
Até 12 meses	26	44,8	7	25,0
Até 18 meses	5	8,6	5	17,9
Até 24 meses	11	19,0	1	3,6
Mais de 24 meses	1	1,7	0	0,0
Não define	5	8,6	7	25,0
TOTAL	58	100,0	28	100,0

Quando os médicos foram questionados sobre as situações que requeriam suplementação (Tabela 44 e Figura 8) e interrupção (Tabela 45 e Figura 8) do aleitamento materno e as alternativas eram mostradas, 100% deles apontou pelo menos um motivo para suplementação e 96,4%, para interrupção do aleitamento. As situações mais citadas para suplementação foram “doença materna” e “trabalho materno” em torno de 85%. Mais da metade dos profissionais referiram como motivo de suplementação “ganho insuficiente de peso” e “insuficiência de leite materno” e 48% a apresentação de alguma “intercorrência mamária”. Verificou-se, ainda, que 43% dos médicos referem suplementar o aleitamento quando a mulher tem “bico invertido”, 15,5%, quando está “insegura” e 10,5%, quando o “bebê é prematuro”. De acordo com as respostas obtidas, uma grande proporção de profissionais, acredita que existe “leite fraco” e “leite insuficiente” (60,3%) (Tabela 44 e Figura 8).

TABELA 44. Condições em que o médico recomenda a suplementação ao aleitamento materno, Campinas e região, 1994. (n=58)

Condição	Sim	
	Freq	%
Doença da mãe	52	89,7
Trabalho da mãe	49	84,5
Uso de medicamentos	45	77,6
Bebê ganha pouco peso	40	69,0
Mãe tem leite fraco ou insuficiente	35	60,3
Intercorrências mamárias (mastite, ingurgitamento, fissura)	28	48,3
Bico invertido	25	43,1
Doença do bebê	15	25,9
Mãe insegura	9	15,5
Prematuridade ¹	6	10,5
Outros	2	3,4

¹ 1 - Sem informação

Entre as razões referidas pelos médicos como justificativas para interrupção do aleitamento materno, “uso de medicamentos pela mãe” e “doença materna” predominam (acima de 80%), “doença do bebê”, “trabalho materno”, “bebê que ganha pouco peso”, “leite fraco/insuficiente” e “prematuridade” são referidas por 20,7%, 6,9%, 3,4%, 1,7% e 1,7% respectivamente. Em relação ao manejo de problemas com as mamas, verificamos que 31,6% dos médicos interrompem o aleitamento em caso de “fissura/ingurgitamento/mastite” e 19% quando diagnosticam “bico invertido” (Tabela 45 e Figura 8).

TABELA 45. Condições em que o médico recomenda a interrupção do aleitamento materno, Campinas e região, 1994. (n=58)

Condição	Sim	
	Freq	%
Doença da mãe	52	89,7
Uso de medicamentos	49	84,5
Intercorrências mamárias (mastite, ingurgitamento, fissura) ¹	18	31,8
Doença do bebê	12	20,7
Bico invertido	11	19,0
Trabalho da mãe	4	6,9
Bebê ganha pouco peso	2	3,4
Mãe tem leite fraco ou insuficiente	1	1,7
Prematuridade	1	1,7
Mãe insegura	0	0,0
Outros	2	3,4

¹ 1 - Sem informação

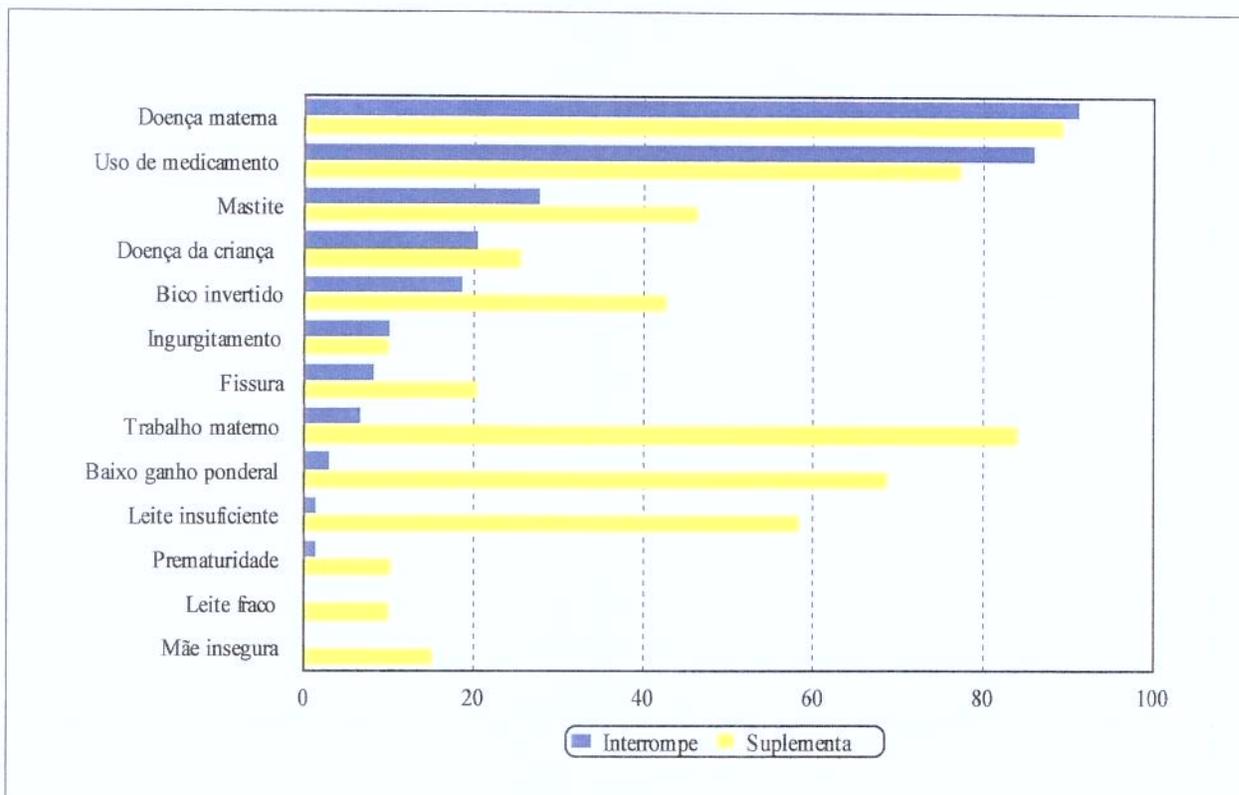


FIGURA 8. Situações em que o profissional de saúde interrompe ou suplementa o aleitamento materno, Campinas e região, 1994.

Foi perguntado aos médicos, qual leite indicam quando julgam necessária a substituição ou a complementação do leite materno e 25% responderam leite integral, somente 25% responderam leite diluído para idade e 45% prescrevem leites modificados (Tabela 46).

TABELA 46. Tipo de leite indicado pelos médicos quando julgam necessária a substituição do aleitamento, Campinas e região, 1994.

Leite indicado	Freqüência	%
Modificado	25	44,6
Integral	14	25,0
Diluído para a idade	14	25,0
Outros	3	5,4
TOTAL	56¹	100,0

¹2 - Sem informação

Entre médicos ainda existem aqueles (15,5%) que orientam horários fixos de amamentação, subindo este percentual para 46,4% entre os profissionais de nível médio (Tabela 47).

TABELA 47. Intervalo ideal entre as mamadas segundo referência dos profissionais, Campinas e região, 1994.

Horário	Médico (n=58)		Aux. Saúde (n=28)	
	Freq	%	Freq	%
Livre demanda	49	84,5	15	53,6
Fixo	9	15,5	13	46,4
TOTAL	58	100,0	28	100,0

Os profissionais de saúde relacionaram 3 fatores que dificultam (Tabela 48) e 3 fatores que facilitam (Tabela 49) a promoção do aleitamento materno na unidade de saúde na qual trabalham. As respostas espontâneas obtidas podem ser observadas também na Figura 9. Entre os fatores negativos mais citados pelos médicos estão, “trabalho materno” (13,8%), “desnutrição” e “fome materna” (6,9%) e “condições sócio-econômicas” (6,9%). Os auxiliares de saúde citam, “trabalho materno” (17,9%), “espaço físico” (17,9%), “preocupação da mãe com estética” (7,1%) e “influência de terceiros” (7,1%), como condições limitantes. Por outro lado os médicos referem como facilitadores a “rotina da puericultura” (22,4%), o “trabalho da enfermagem” (13,8%) e “condições sócio-econômica das mulheres” (12,1%), sendo que estes são também os fatores mais freqüentemente referidos pelos auxiliares (21,4%; 14,3% e 7,1% respectivamente), além da menção à “experiência com filhos anteriores” (7,1%).

TABELA 48. Respostas dos profissionais sobre os fatores que dificultam a promoção do aleitamento materno na UBS que trabalha, Campinas e região, 1994.

Fator	Médico (n=58)		Aux. Saúde (n=28)	
	Freq	%	Freq	%
Trabalho materno	8	13,8	5	17,9
Desnutrição/fome materna	4	6,9	1	3,6
Condições sócio-econômicas	4	6,9	1	3,6
Padrão cultural	3	5,2	1	3,6
Resistência materna	2	3,5	0	0,0
Preocupação da mãe com a estética	1	1,7	2	7,1
Preguiça da mãe	1	1,7	1	3,6
Ansiedade materna	1	1,7	0	0,0
Influência de terceiros	1	1,7	2	7,1
Alto número de mães adolescentes	1	1,7	0	0,0
Espaço físico	1	1,7	5	17,9
Propaganda do leite em pó	0	0,0	1	3,6

TABELA 49. Respostas dos profissionais sobre os fatores que facilitam a promoção do aleitamento materno na UBS que trabalha, Campinas e região, 1994.

Fator	Médico (n=58)		Aux. Saúde (n=28)	
	Freq	%	Freq	%
Rotina da puericultura	13	22,4	6	1,4
Trabalho da enfermagem	8	13,8	4	4,3
Condições sócio-econômicas	7	12,1	2	7,1
Nutricionista na equipe	4	6,9	0	0,0
Experiência anterior da mãe	3	5,2	2	7,1
Apoio da universidade	3	5,2	0	0,0
Trabalho materno	2	3,5	0	0,0
Visita domiciliar	1	1,7	0	0,0
Espaço físico	1	1,7	1	3,6
Propaganda do leite materno	1	1,7	0	0,0

Comparando os fatores que facilitam e dificultam (Figura 9 e Tabela 9 - Anexo 3), os profissionais apontam “falta de trabalhos de grupo” como uma dificuldade, do mesmo modo que citam a presença deste tipo de trabalho como facilitador da promoção. Os próprios profissionais, em alguns casos, se sentem despreparados para promover e incentivar a amamentação, pois aparecem, “falta de especialização”, “baixa motivação da equipe” e “falta de padronização de condutas” como fatores que dificultam a promoção.

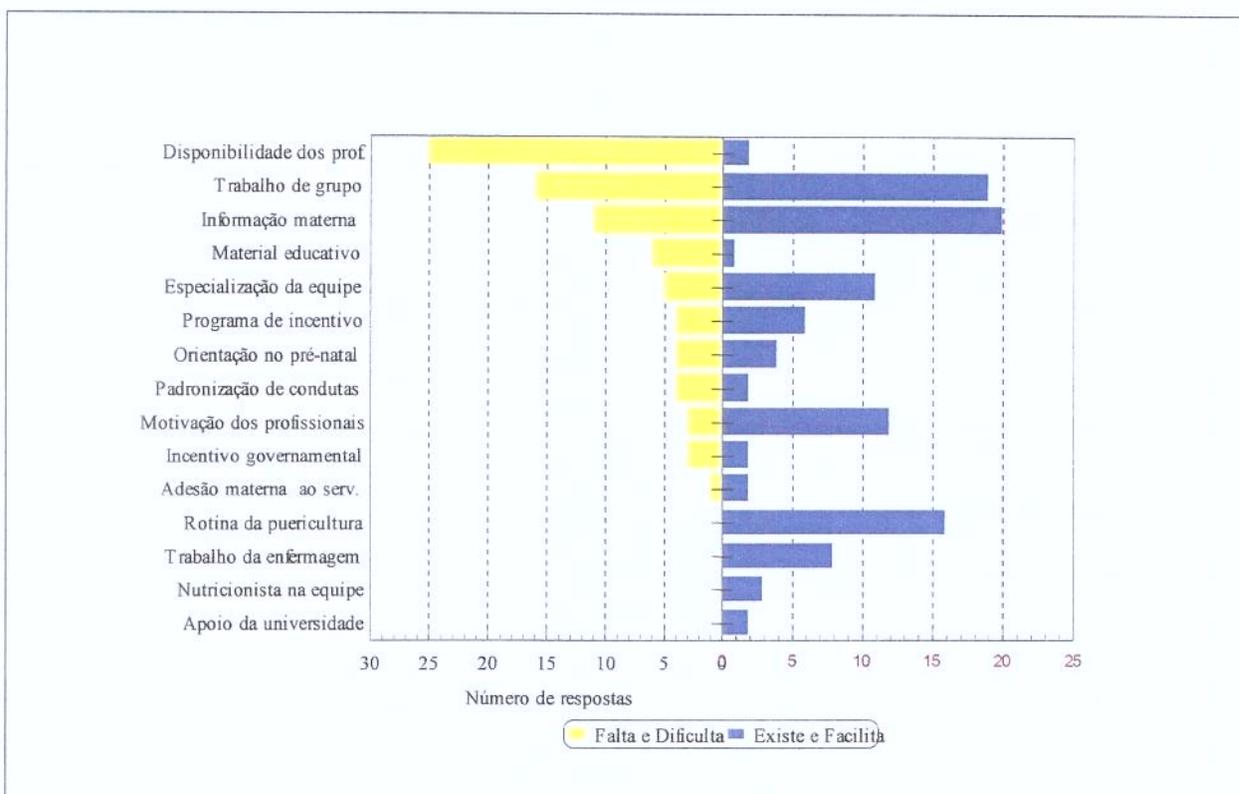


FIGURA 9. Fatores que existem e facilitam e fatores que faltam e dificultam a promoção do aleitamento nos serviços de saúde segundo referência do profissional, Campinas e região, 1994.

Questões mais específicas foram colocadas sobre a prática profissional (Tabela 50), tais como, “qual a conduta assumida pelo profissional quando ele percebe risco de desmame” e a maioria dos médicos e auxiliares adotam condutas que favorecem o aleitamento, como, “estímulo ao aleitamento” (79% dos médicos e 71% dos auxiliares), “orientação sobre prejuízos no uso de chucas e mamadeiras” (7% dos médicos), “retorno precoce para consulta” (15,5% dos médicos e 3,6% dos auxiliares) e “avaliação do ganho de peso” (7% dos médicos e 3,6% dos auxiliares). Porém, existe uma parcela destes profissionais que refere condutas que podem acelerar o processo de desmame completo, chamadas aqui de condutas negativas, como “introdução de outro leite” ou “de papa salgada” em idades não adequadas (15,5% dos médicos e 3,6% dos auxiliares), “estímulo ao aleitamento apenas para as mães que não vão retornar ao trabalho” (5,2% dos médicos e 3,6% dos auxiliares) e “higiene das mamas” (1,7% dos médicos). Os demais profissionais, dentre as duas categorias,

“encaminham para outros profissionais”, ou seja, o auxiliar encaminha para o enfermeiro ou médico e o médico para o nutricionista ou outra categoria médica quando percebe risco de desmame.

TABELA 50. Condutas positivas e negativas assumidas pelos profissionais quando percebem risco de desmame, Campinas e região, 1994.

Conduta positiva	Médico (n=58)		Aux. Saúde (n=28)	
	Freq	%	Freq	%
Estímulo ao aleitamento materno	46	79,3	20	1,4
Orientação para retorno precoce	9	15,5	1	3,6
Investigação de causas	5	8,6	0	0,0
Retirada da mamadeira e chucha	4	6,9	0	0,0
Avaliação do ganho de peso	4	6,9	1	3,6
Exame do bebê	1	1,7	0	0,0
Orientação dos direitos trabalhistas	1	1,7	0	0,0
Conduta negativa	Médico (n=58)		Aux. Saúde (n=28)	
	Freq	%	Freq	%
Introdução de outro leite	9	15,5	1	3,6
Estímulo ao aleitamento materno, se não for voltar ao trabalho	3	5,2	1	3,6
Higiene das mamas	1	1,7	0	0,0
Estímulo ao aleitamento, se não estiver na idade de introdução de outros alimentos	1	1,7	0	0,0
Introduz papinha	1	1,7	0	0,0

Em resposta a uma outra questão formulada a respeito da conduta assumida quando a criança amamentada não ganha peso, quase 40% dos médicos introduzem outro leite enquanto apenas 30% revisam as técnicas de aleitamento materno, e ainda 13,8% antecipam a introdução de alimentos, como papa doce, suco de fruta e papa salgada, tornando o problema mais complexo. Mais uma vez, se confirma a crença dos profissionais de saúde na existência de leite insuficiente, pois 15,5% dos médicos e 3,6% dos auxiliares referem que verificam se a mãe tem leite suficiente. Apenas 13,8% dos médicos e 10,7% dos auxiliares orientam retornos freqüentes e 10,4% dos médicos e nenhum auxiliar de saúde fazem controle de peso da criança nessa situação. O estímulo do aleitamento materno, diante do problema dado, fica por conta de apenas 8,6% dos profissionais médicos e 3,6% dos auxiliares. Entre os auxiliares de saúde, 85,7% não sabem o que fazer neste tipo de situação, pois encaminham para outro profissional sem arriscar qualquer conduta (Tabela 51).

TABELA 51. Respostas dos profissionais sobre a conduta tomada quando a criança amamentada não ganha peso, Campinas e região, 1994.

Conduta	Médico (n=58)		Aux. Saúde (n=28)	
	Freq	%	Freq	%
Investiga patologia	32	55,2	2	7,1
Introduz outro leite	23	39,7	1	3,6
Revisa técnica de aleitamento	17	29,3	5	17,9
Verifica se a mãe tem leite suficiente	9	15,5	1	3,6
Antecipa introdução de alimentos	8	13,8	2	7,1
Orienta retornos freqüentes	8	13,8	3	10,7
Controle de peso	6	10,4	0	0,0
Estímulo ao aleitamento	5	8,6	1	3,6
Encaminha para outro profissional	3	5,2	24	85,7
Outras	9	15,5	3	10,7

Perguntou-se aos profissionais qual a conduta assumida quando a mãe refere que a criança chora muito e ela sente que o leite é fraco ou insuficiente, e, como verificado anteriormente, alguns têm condutas e orientações que favorecem a manutenção do aleitamento materno nesta situação de risco (Tabela 52), como “avaliar o desenvolvimento pondero-estatural” (46,6% dos médicos e 14,3% dos auxiliares), “desmistificar a existência de leite fraco” (38% dos médicos e 50% dos auxiliares), explicar “outros motivos que fazem a criança chorar além da fome” (24% dos médicos e 21% dos auxiliares), “revisar as técnicas de aleitamento” (21% dos médicos e 25% dos auxiliares), e “orientar retornos precoces” (15,5% dos médicos e 3,6% dos auxiliares), porém, a proporção de profissionais que referem estas condutas não ultrapassa 50%, ficando assim, ao menos metade sem assumir condutas imprescindíveis para o sucesso da amamentação. Além do problema já colocado, ainda existem 13,8% de profissionais médicos que orientam a “introdução de leite artificial” quando a mãe refere que a criança chora muito, e é importante ressaltar aqui, que nenhum auxiliar de saúde referiu este tipo de conduta. Porém, observa-se também, que mais uma vez grande parte dos auxiliares de saúde não está preparada para enfrentar situações de risco, pois 35,7% referem encaminhar para outro profissional.

TABELA 52. Respostas dos profissionais sobre a orientação dada às mães quando referem que a criança chora muito e acham que o leite é fraco ou que têm pouco leite, Campinas e região, 1994.

Orientação/conduta	Médico (n=58)		Aux. Saúde (n=28)	
	Freq	%	Freq	%
Avalia desenvolvimento pondero-estatural	27	46,6	4	14,3
Esclarece que não existe leite fraco	22	37,9	14	50,0
Explica outros motivos de choro	14	24,1	6	21,4
Revisa técnicas de amamentação	12	20,7	7	25,0
Ingestão de líquidos e alimentos para a mãe	10	17,2	7	25,0
Prescreve medicamento para aumentar a produção de leite	9	15,5	1	3,6
Retorno precoce	9	15,5	1	3,6
Introduz leite artificial	8	13,8	0	0,0
Estímulo ao aleitamento	8	13,8	2	7,1
Apoio psicológico à mãe	4	6,9	0	0,0
Encaminha para outro profissional	1	1,7	10	35,7
Outras	7	12,1	2	7,1

Observa-se que (Tabela 53) a grande maioria dos profissionais orienta as mães sobre a manutenção da amamentação quando vai retornar ao trabalho, entretanto, apenas 19% dos médicos dizem orientar sobre “direitos trabalhistas”, percentual inferior à metade do referido pelos auxiliares de enfermagem, que foi de 46,4%. Chama a atenção também, a observação de um profissional de nível superior que indica “ama-de-leite”, como solução para a mulher que vai retornar ao trabalho. Entre os médicos, 65,5% afirmam orientar “leite materno ordenhado”, enquanto que esta proporção é menor entre os auxiliares (50%) porém, 53% dos médicos orientam “introdução de outros alimentos” e 43%, “introdução de outro leite”, entre os auxiliares as proporções são menores, 18,5% e 14% respectivamente.

TABELA 53. Orientações dadas, às mães que irão voltar ao trabalho, pelos profissionais, Campinas e região, 1994.

Orientação	Médico (n=58)		Aux. Saúde (n=28)	
	Freq	%	Freq	%
Amamentar período que estiver com bebê	51	87,9	21	75,0
Oferecer leite materno ordenhado	38	65,5	14	50,0
Introduzir outros alimentos: não lácteos	31	53,4	5 ¹	18,5
Introduzir outro leite	25	43,1	4	14,3
Direitos trabalhistas	11	19,0	13	46,4
Ama-de-leite	1	1,7	0	0,0
Desmame completo	1	1,7	0	0,0
Outros	12	20,7	7	25,0

¹ 1 - Sem informação

Podemos observar a distribuição percentual de respostas corretas quanto a questão sobre os direitos trabalhistas da mulher que amamenta (Tabela 54). Apenas 32,8% dos médicos e 32,1% dos auxiliares de saúde citaram de forma correta o período que a mãe, por direito, dispõe para amamentar, “1 hora diária, que pode ser dividida em 2 períodos de 30 minutos”. Quase a totalidade dos profissionais desconhece os demais direitos da mulher trabalhadora.

TABELA 54. Respostas corretas obtidas dos profissionais de saúde sobre direitos trabalhistas da mulher que amamenta, Campinas e região, 1994.

Resposta	Médico (n=58)		Aux. Saúde (n=28)	
	Freq	%	Freq	%
1 hora/dia para amamentar durante 6 meses	19	32,8	9	32,1
120 dias de licença gestante	15	25,9	7	25,0
15 dias a mais de licença amamentação se necessário	7	12,1	1	3,6
Creche empresas com mais de 30 funcionárias em idade reprodutiva	3	5,2	0	0,0
Estabilidade no emprego	2	3,5	0	0,0

4.2.3. Formação dos profissionais

Os profissionais de saúde com nível universitário são, na sua maioria (75%), oriundos de faculdades do Estado de São Paulo e 64,6% são formados em instituições privadas (Tabela 55). Grande parte destes profissionais (81%) tem mais de 5 anos de formado (Tabela 56) e a média é de 13,4 anos (Quadro 11). A maioria (93%) possui pelo menos 2 anos de especialização pós-graduada (Tabela 57) e 32,8% receberam treinamento nos últimos 5 anos sobre aleitamento materno: 84%, treinamentos de atualização e 16%, de capacitação (Figura 10 e Tabela 10 - Anexo 3).

TABELA 55. Distribuição dos profissionais médicos segundo o local e tipo de faculdade em que se formaram, Campinas e região, 1994.

Faculdade	Paulista		Outras		TOTAL	
	Freq	%	Freq	%	Freq	%
Particular	21	58,3	10	83,3	31	64,6
Pública	15	41,7	2	16,7	17	35,4
TOTAL	36	75,0	12	25,0	48 ¹	100,0

¹ 10 - Sem classificação

TABELA 56. Tempo de formado dos profissionais médicos, Campinas e região, 1994.

Tempo de formado	Freqüência	%
≤ 5	11	19,0
> 5	47	81,0
TOTAL	58	100,0

TABELA 57. Duração da residência dos profissionais médicos, Campinas e região, 1994.

Duração da residência	Freqüência	%
1 ano	3	5,3
2 anos	46	80,7
Mais de 2 anos	7	12,3
Sem residência	1	1,8
TOTAL	57 ¹	100,0

¹ 1 - Sem informação

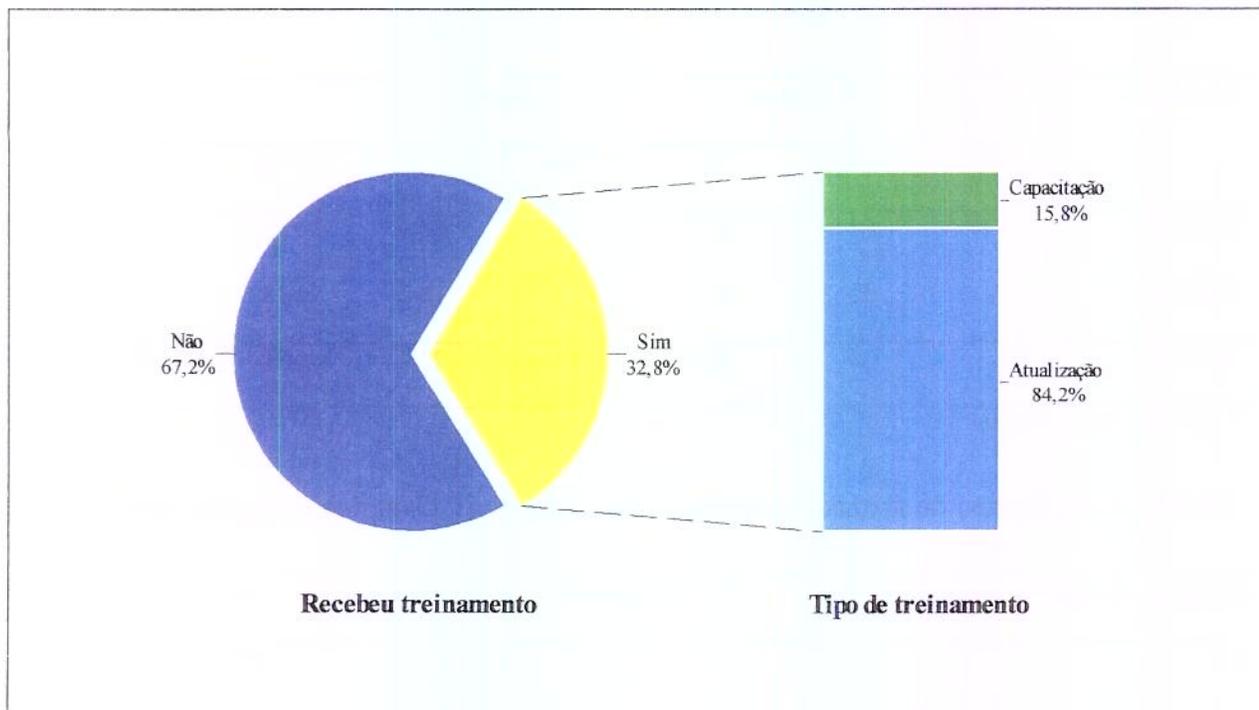


FIGURA 10. Profissionais treinados nos últimos 5 anos, Campinas e região, 1994.

Orientações recebidas durante o período de graduação e residência médica sobre a “importância do aleitamento materno tanto para mães como para os bebês”, “técnicas de amamentação” e “cuidados com as mama” estiveram presentes em mais de 85% das referências, enquanto orientações sobre “direitos trabalhistas das mães”, em apenas 20,7% na graduação e em 40,4% na residência médica (Tabela 58).

TABELA 58. Informações recebidas pelos médicos durante a graduação e residência, Campinas e região, 1994. (n=58)

Orientação	Graduação		Residência [†]	
	Sim		Sim	
	Freq	%	Freq	%
Importância/vantagens do AMEX para a criança	55	94,8	55	96,5
Técnicas de amamentação	55	94,8	53	93,0
Importância/vantagens do AMEX para a mãe	54	93,1	52	91,2
Cuidados com as mamas	51	87,9	51	89,5
Direitos trabalhistas	12	20,7	23	40,4

[†] - Sem informação

4.3. COMPARAÇÃO ENTRE MÃES E PROFISSIONAIS DE SAÚDE

Procurou-se comparar algumas variáveis presentes nos dois instrumentos aplicados às mães e profissionais, na tentativa de avaliar as orientações oferecidas pelos profissionais através das práticas maternas, pois as mães entrevistadas são assistidas pelos mesmos profissionais do estudo, nos mesmos serviços e no mesmo período cronológico.

Os profissionais de saúde referem que as crianças chegam para a primeira consulta aos 26 dias em média, entretanto, as mães disseram que levaram seus filhos para a primeira consulta com 46 dias de vida, em média ($p=0,005$) (Tabela 59).

TABELA 59. Comparação entre a média de idade do bebê para primeira consulta referida pelos profissionais de saúde e a praticada pelas mães, Campinas e região, 1994.

Categoria	Freq	Média (dias)
Profissionais	82 ¹	25,8
Mães	189 ²	46,1

¹ 4 - Não respondeu

² 5 - Não respondeu

Em relação à dieta da criança, podemos verificar na Tabela 60 a comparação de médias de idade de introdução dos diferentes alimentos entre a orientação do profissional de saúde e a praticada pela mãe. Em média as mães introduzem chá no início do segundo mês (37 dias), água no final do segundo mês (54 dias) e outro leite no início do quarto mês (95 dias) com diferença significativa ($p=0,000$) para a orientação que o profissional diz ter realizado, que é de, chá no final do quarto mês (120 dias), água no quinto mês (132 dias) e outro leite oitavo mês (234 dias).

TABELA 60. Comparação entre as orientações oferecidas pelos profissionais de saúde e as recebidas pelas mães para introdução de líquidos e alimentos na dieta do bebê, Campinas e região, 1994.

Alimento	Profissionais		Mães		Comparação
	Freq	média	Freq	Média	
Água	69	131,6	190	55,7	0,000
Chá	51	119,5	191	64,9	0,000
Outro leite	52	234,3	192	122,8	0,000

Entre as orientações mais importantes, tanto para as mães quanto para os profissionais de saúde (Tabela 61), estão o incentivo e a importância do aleitamento materno. Existe diferença significativa ($p < 0,05$) entre as orientações que o profissional relata que faz e as que a mãe refere receber. Nos itens técnicas de aleitamento, duração do aleitamento, vantagens do aleitamento materno para a mãe, alimentação da mãe e composição nutricional do leite materno, por exemplo, a proporção de profissionais que dizem orientar é maior do que a proporção de mães que relatam ter recebido esse tipo de orientação.

TABELA 61. Comparação entre as orientações sobre aleitamento materno oferecidas pelos profissionais de saúde e as recebidas pelas mães, Campinas e região, 1994.

Orientação	Mães (n=194)		Profissionais (n=85 ¹)		Comparação Valor de p
	Freq	%	Freq	%	
Incentivo e importância do AM	66	34,0	37	43,5	0,130
Fator protetor do aleitamento materno	43	22,2	31	36,5	0,013
Técnicas em geral	23	11,9	34	40,0	0,000
Incentivo e importância do AMEX	17	8,8	16	18,8	0,017
Duração do AM	16	8,3	25	29,4	0,000
Higiene	10	5,2	6	7,1	0,726
Vantagens para a mãe	6	3,1	23	27,1	0,000
Alimentação materna e volume de líquido	5	2,6	10	11,8	0,004
Evitar chupeta, chupa e mamadeira	4	2,1	7	8,2	0,035
Composição nutricional do leite	0	0,0	16	18,8	0,000
Outras	6	3,1	14	16,5	0,000

¹ 1 - Não responde

Verifica-se que existe uma grande inconsistência entre as respostas das mães e dos profissionais e estas diferenças, na maioria das vezes, são extremamente significativas.

5. DISCUSSÃO

Tem-se discutido muito à respeito da complexidade de fatores que levam mulheres ao fracasso ou ao sucesso no aleitamento materno. Neste trabalho, tentou-se analisar o papel do profissional de saúde no processo multicausal de desmame, procurou-se saber de que forma o profissional participa desse contexto. Se possui conhecimentos adequados, se tem postura ativa e se possui condutas favoráveis ao aleitamento materno, qualidades necessárias para seu apoio, promoção e proteção. O profissional de saúde precisa não só estar capacitado para esta tarefa, mas, sobretudo, sensibilizado, preocupado com a questão e ciente dos benefícios da amamentação.

A idade média das mães é de 25,5 anos e 17,5% delas têm menos de 20 anos, proporção esta, menor que a encontrada para o Brasil no ano de 1995, que foi de 22% de mães adolescentes (BRASIL, 1995). Existe uma estrutura familiar razoável para estas crianças, pois na maioria das famílias o pai está presente e a mãe não trabalha fora, também as condições de saneamento são boas e a maioria possui bens duráveis básicos, como geladeira e televisão.

Os partos foram todos hospitalares, com proporção de cesáreas nesta amostra de 52,3%, sendo que a mesma proporção foi encontrada na Pesquisa Nacional sobre Saúde e Demografia (PNDS) de 1996 (52,1%) (BEMFAM, 1997).

Entre os bebês, 12% pesaram ao nascer menos de 2.500g. Esta proporção está acima do encontrado em nível nacional 8,1% e no Estado de São Paulo 8,3% (BEMFAM, 1997).

Comparando a escolaridade dos pais das crianças com a média brasileira (BEMFAM, 1997), os valores estão muito próximos, 4,5 anos de estudo entre os homens e 4,6 entre as mulheres, porém a proporção de nível superior encontrada no presente estudo (1,9%) é menor do que a nacional (4% da população geral).

5.1. PROMOÇÃO DO ALEITAMENTO NO PRÉ-NATAL, PARTO E PUERICULTURA

A maioria das mulheres fez pré-natal e 75% iniciaram no primeiro trimestre de gestação, fazendo, em média, 8 consultas. Os dados de pré-natal encontrados são bons se comparados aos da PNDS de 1996, em que 81% das mulheres realizaram pré-natal e apenas 66% delas iniciaram o pré-natal no primeiro trimestre de gestação (BEMFAM, 1997). Além de boa cobertura pré-natal, existe o desejo da mulher durante a gestação de amamentar o bebê que vai nascer, este panorama propicia aos profissionais de saúde condições favoráveis para a promoção do aleitamento materno neste período. Entretanto, na entrevista com os profissionais não se abordou as orientações de aleitamento materno fornecidas às mulheres durante o pré-natal e parto, pois no presente estudo foram incluídos apenas profissionais que prestam assistência à saúde da criança. Em relação às entrevistas das mães, pôde-se observar que, durante a internação, aproximadamente 70% das mulheres receberam orientação sobre aleitamento materno, 61,5% receberam no acompanhamento pediátrico e 63%, durante o pré-natal. BURGLEHAUS *et al.* (1997) encontraram valores muito próximos, realizando entrevistas com gineco-obstetras e questionando-os se faziam ou não orientação de aleitamento materno no pré-natal e somente 65% dos médicos responderam afirmativamente. Porém, CAVALCANTI (1982), analisando este mesmo assunto, considerou precária a promoção do aleitamento materno pelos médicos no pré-natal, entre eles apenas 40,5% relatam fazer orientações, sendo a maioria delas classificadas como insatisfatórias. A importância da abordagem da amamentação no pré-natal já foi demonstrada por diversos autores. HALLY *et al.* (1984) observaram em um estudo longitudinal com mais de 500 mulheres, que mais da metade das mães continuam amamentando por mais de 6 semanas pós-parto se elas conversam com um profissional de saúde sobre alimentação infantil durante o pré-natal. Um outro estudo (DAVIES-ADETUGBO, 1996) comparou mães que receberam orientação sobre aleitamento materno durante a gestação, através do serviço de saúde e visitas domiciliares, com mães que não tiveram acesso à informação através do programa estabelecido. O resultado foi que 32% das mulheres amamentaram imediatamente após o parto no grupo que recebeu informação contra 6% do grupo-controle; e, aos 4 meses de vida do bebê, o aleitamento exclusivo era praticado por 40% do grupo-intervenção e 14% do grupo-controle.

Entre as mães, 100% referiu que intencionava amamentar o bebê antes dele nascer, mas, como mostrou uma pesquisa realizada entre os anos de 1981 e 1988 (EMERY, SCHOLEY, TAYLO, 1990), existe uma grande diferença entre a intenção de amamentar e a prática do aleitamento materno. Os autores afirmam que isto se deve à falta de incentivo e apoio por parte do profissional de saúde. Em 1981, 70% das mães entrevistadas logo após o parto mostravam intenção de amamentar, porém, após 1 mês, apenas 40% continuavam amamentando. Em 1988 a intenção após o parto era apenas de 10% das mulheres e após o primeiro mês, 8% estavam amamentando.

WINIKOFF & BAER (1980) advertem que, se a mãe não estiver convencida, antes do nascimento do bebê, da superioridade e benefícios do aleitamento materno, sequer tentará amamentá-lo. VALESCA *et al.* (1999) referem que as mães necessitam de apoio ativo, durante a gravidez e após o parto, não apenas de suas famílias e comunidades, mas também de todo o sistema de saúde, através da assistência direta, grupos educativos e de ações interinstitucionais para que a iniciação e o estabelecimento do aleitamento materno tenham êxito. A informação, ajuda prática e suporte emocional às mães devem ser propiciados durante o período pré-natal e mantidos depois do parto, com seguimento da mãe no domicílio. JELLIFFE (1975) já recomendava para os profissionais de saúde, o preparo da mulher para a amamentação durante a gravidez, e continuidade da orientação no hospital e no ambiente familiar, utilizando para esta última atividade o pessoal incumbido da visita domiciliar, ocasião em que numerosos fatores geradores de angústia, medo ou fadiga, tendem a inibir o reflexo de ejeção de leite, levando ao fracasso da amamentação (JELLIFFE & JELLIFFE, 1976).

SEGALL-CORRÊA (1996), em seu estudo realizado no município de Santos - SP, verificou que as mães que não receberam orientação sobre amamentação durante o primeiro mês de vida do bebê, tiveram um risco 4 vezes maior de desmamar seus bebês do que aquelas que receberam. Os fatores mais estreitamente relacionados com o sucesso do aleitamento materno são a informação e apoio dispensados às mães, e os melhores resultados se consegue quando a orientação e estímulos são recebidos pela mulher antes e depois do nascimento do bebê (LADAS, 1970).

PINELLI *et al.* (1993) testaram um protocolo que padronizava o incentivo ao aleitamento materno durante a internação para o parto. Fizeram um pré e um pós-teste com os profissionais de saúde que seguiram o protocolo e com as mães que foram assistidas por eles. Observaram que o acréscimo de conhecimento nos 2 grupos (mães e profissionais) não foi muito grande, porém, foi estatisticamente significativo. A maior contribuição da intervenção realizada, contudo, foi em relação às mudanças nas rotinas hospitalares favorecendo o aleitamento materno.

Para motivar a futura mãe a amamentar é essencial demonstrar que o aleitamento materno oferece múltiplas vantagens à criança, à mãe e à família (PLATA-RUEDA, 1979). Segundo CAVALCANTI (1982), não basta dizer simplesmente que o leite materno constitui o melhor alimento para os filhos. As mães precisam ser devidamente esclarecidas do porquê desta alimentação ser a melhor, e informadas das vantagens do leite materno sobre o leite de vaca ou outros alimentos.

Por esta razão, neste estudo procurou-se avaliar também a qualidade da informação fornecida pelos profissionais às mães, e grande parte deles refere fazer orientações sobre “a importância do leite materno”, só que esta afirmação precisa ter respaldo técnico para proporcionar o convencimento. Entre as informações mais importantes, recebidas no consultório do pediatra, referidas pelas mães, 22% citam o fator protetor do leite e apenas 3% referem alguma vantagem da amamentação para a mãe. As demais respostas foram genéricas e relativas ao incentivo à amamentação e ao seu manejo, informações sobre aleitamento materno exclusivo ou apenas referência sobre a importância da amamentação.

Na França DESCHAMPS *et al.* (1980), perguntando às mães por que elegeram a alimentação ao seio para seus filhos, receberam as respostas habituais em estudos desse tipo: é mais natural, o leite da mãe é o melhor e o leite materno é o ideal. Entretanto, esses pesquisadores destacam que não obtiveram informações que revelassem existir entre as mães real conhecimento sobre o valor do aleitamento materno, razão pela qual enfatizam a necessidade de se dar mais publicidade às vantagens da amamentação. SINGHAL *et al.* (1989), estudaram mulheres paramédicas e não paramédicas em Nova Delhi, para determinar seus conhecimentos em aleitamento materno e verificaram que 28% das

paramédicas e 42% das não paramédicas não conheciam uma única qualidade do leite materno e, mais grave, 75% das paramédicas e 72% das não paramédicas não conheciam a importância do colostro ou consideravam-no perigoso. Concluem que a aceitação universal do aleitamento materno nesta população deveu-se mais às razões de tradição do que ao conhecimento de suas vantagens e importância.

Além de estarem convencidas das vantagens, as mães devem ser apoiadas também pelos profissionais de saúde durante esse processo que, estando receptivos aos problemas ocorridos e capacitados para resolvê-los, conseguirão não só promover a amamentação, mas, também, incentivar o aleitamento materno exclusivo por período de tempo adequado.

5.2. ALOJAMENTO CONJUNTO

Para o sucesso da amamentação é importante o contato precoce mãe-bebê e do aleitamento na primeira meia-hora de vida (CHRISTENSSON *et al.*, 1995; ALI & LOWRY, 1981) assim como do contato contínuo através do alojamento conjunto (STRACHAN-LINDENBERG, CABRERA-ARTOLA, LIMENEZ, 1990; PEREZ-ESCAMILLA *et al.*, 1992; YAMAUCHI & YAMANOUCHI, 1990). Já se sabe também que o contato precoce auxilia na manutenção da temperatura do bebê (CHRISTENSSON *et al.*, 1992) e diminui o choro do bebê (CHRISTENSSON *et al.*, 1995). SEGALL-CORRÊA (1996), em seu estudo realizado no município de Santos em 1992/93, encontrou diferença significativa no tempo de aleitamento materno entre as crianças que mamaram em até 7 horas após o parto e as que mamaram pela primeira vez depois de 7 horas, neste mesmo trabalho, as crianças que não mamaram na primeira hora após o parto apresentaram maior risco de desmame precoce (RR=2,43 [1,10-4,95]). Foi também estudado, por um grupo de pesquisadores suecos, o efeito da sucção nos primeiros 30 minutos após o nascimento sobre o vínculo mãe-filho. Eles descobriram que quando a criança tocava ou lambia a aréola e o bico do peito, a mãe deixava seu bebê menos tempo no berçário e conversava mais com ele durante a amamentação (WIDSTRÖM *et al.*, 1990). Porém, não basta apenas informar à mãe sobre alojamento conjunto, somente a informação não traz grandes modificações para a prática do

alojamento, é preciso modificar as rotinas hospitalares. BEEKEN & WATERSTON (1992) compararam dois estudos, um de profissionais e outro de mães e mostraram que, apesar do alojamento conjunto e amamentação precoce terem sido recomendados freqüentemente pelos profissionais, na primeira noite 66% das mães e bebês foram separados e menos de um terço das mães disseram que colocaram o bebê para mamar.

Já no estudo aqui apresentado, apenas metade das crianças ficaram em alojamento conjunto 24 horas por dia durante a internação do nascimento, 18% das mulheres seguraram seus bebês na sala de parto e apenas 2% dos bebês mamaram na primeira meia hora de vida, sendo que em média a primeira mamada ocorreu 2,5 horas após o parto.

Para se incrementar as taxas de aleitamento é necessário também, que o profissional de saúde que faz a orientação acredite nas ações que promovem, protegem e apoiam a amamentação. CAVALCANTI (1982) verificou que somente 23% dos médicos acreditavam que o aleitamento materno deve ser iniciado na sala de parto, sendo que os demais disseram que o momento certo é com 3 horas ou mais, chegando a encontrar algumas respostas de 24 horas após o parto. A maioria deles justifica este tempo de espera como um período necessário para examinar, observar e testar a criança, e para mãe poder descansar. Entre os auxiliares, apenas 3% referiram que a criança deve mamar na sala de parto.

5.3. ALEITAMENTO MATERNO EXCLUSIVO

Existem práticas inadequadas e desfavoráveis ao aleitamento materno entre as mulheres deste estudo. As medianas de introdução de líquidos e alimentos sólidos estão abaixo do preconizado pela OMS (WHO/UNICEF, 1990). A mediana de aleitamento materno exclusivo encontrada é de apenas 20 dias e o primeiro alimento introduzido é o chá. Oferecido primeiro que a água, talvez por ser utilizado como medicamento e não como alimento, por questões culturais, as mães acreditam que o chá diminui a cólica do bebê, que é muito freqüente nos primeiros meses de vida. Comparando-se aos trabalhos realizados nas últimas décadas, a mediana de AMEX aqui encontrada é muito baixa. No estudo realizado na Grande São Paulo que comparou a situação do aleitamento materno entre o início e o

final dos anos 80, observou-se que em 1981, 91,3% das mulheres iniciaram a amamentação elevando-se esta proporção para 99% em 1987. Em relação ao aleitamento materno exclusivo, em 1981 a duração mediana do AMEX foi de 43,2 dias passando para 66,6 dias em 1987 e a duração mediana do aleitamento materno de 89,4 dias em 1981 para 127,5 dias (RÉA & BERQUO, 1990). Inferior também ao valor encontrado por VICTORA *et al.* (1987) que foi de 45 dias, em estudo realizado no município de Pelotas. Pode-se atribuir tais variações às diferenças metodológicas para aquisição e análise dos dados. Porém, apenas com os dados obtidos, pode-se inferir que a mediana é muito baixa, porque está muito aquém do recomendado. Em relação à duração do aleitamento materno, também a mediana foi abaixo do esperado (101 dias). Outros leites também são oferecidos muito precocemente (3 meses) nesta população, contribuindo para o fracasso do aleitamento materno.

Quando a criança é mantida em aleitamento materno exclusivo o risco de desmame completo é menor, como demonstrou SEGALL-CORRÊA (1996), a introdução de alimentos na dieta do bebê com 10 dias de vida ou menos, implica um risco de desmame completo 2,9 vezes maior para cada dia de observação, comparativamente àqueles que receberam outros alimentos com mais de 10 dias. A introdução de outros alimentos e de outros líquidos e leites predispõe a criança à interrupção do aleitamento por várias vias, pode-se dizer que é um processo complexo. Quando se introduz outros alimentos e líquidos precocemente, a frequência das mamadas diminui, e, conseqüentemente, reduz também a produção de leite e o valor energético da dieta do bebê, levando ao baixo ganho de peso e deixando a mãe insegura em relação à qualidade e à quantidade de seu leite. Nesse caso, aumenta o risco da mãe introduzir outro leite, no início apenas para complementar as mamadas e depois como fonte láctea exclusiva para o bebê (HARDY *et al.*, 1982), aumentando também o risco do bebê vir a apresentar infecções VICTORA *et al.* (1987). O bebê é completamente desmamado dentro do mesmo mês de introdução da mamadeira. (HARDY *et al.*, 1982).

Um estudo realizado na Nigéria mostrou que, entre os bebês que receberam alimentos complementares antes de 8 semanas de vida, a prevalência de baixo peso foi de 28,6% contra 7,5% entre os que foram amamentados exclusivamente até 8 semanas de vida (DAVIES-ADETUGBO & ADETUGBO, 1997).

Os fatores que levam as mulheres a desmamarem seus bebês são complexos e o bastidor deste cenário é uma rede de problemas que gera hipóteses solitárias ou pouco combinadas, mas percebe-se que estão inter-relacionados dificultando, assim, apontar um fator específico como causa única ou fundamental do acontecimento. Para entendermos melhor a multicausalidade do desmame, passamos a descrever alguns estudos.

Uma pesquisa realizada com mulheres de Bangladesh, que receberam orientação para amamentar exclusivamente seus bebês depois que ficaram internados por diarreia, mostrou que depois de 2 semanas 25% delas deixaram de amamentar exclusivamente referindo não ter leite suficiente, mas uma investigação mais ampla mostrou que havia outras razões para o fato. O aconselhamento das avós para introduzirem outros leites, a insegurança financeira gerando ansiedade e o fato de, simplesmente, não quererem amamentar seus bebês. (HAIDER *et al.*, 1997).

No presente estudo, encontrou-se 24% de mães que referiram ter recebido orientação de familiares para alimentarem seus filhos com leite artificiais e utilizarem mamadeiras, e destes aproximadamente a metade foram as avós dos bebês. Sabe-se que a opinião dos familiares e amigos tem bastante influência sobre a duração do aleitamento materno. Próximo ao nascimento, a opinião de familiares e amigas do sexo feminino tem um peso muito importante na decisão da mulher sobre como alimentará o futuro bebê (LABBOK & SIMON, 1988). Verificou-se também que aproximadamente 20% dos pais são indiferentes ou não gostam que suas parceiras amamentem, sendo este um fator importante na escolha da mulher sobre o tipo de alimentação que dará ao bebê. Estudo realizado com 556 mães durante a internação hospitalar, identificou como principal fator na decisão da mulher sobre amamentação, a preferência paterna pelo aleitamento (SCOTT, BINNS, ARONI, 1997). No sul dos EUA, estudaram 268 casais durante a gestação e verificaram maior número de mães do que pais que demonstravam preferência pela amamentação exclusiva (69% *versus* 58%). Um número significativo de pais não conhecia os benefícios da amamentação e 25% não concordavam com a afirmação de que a amamentação protege a criança contra doenças. Os autores acreditam que os pais deveriam ser ativamente encorajados a assistirem as aulas de pré-natal (FREED, FRALEY, SCHANLER, 1993). Entre os fatores associados ao sucesso da amamentação, a opinião do pai da criança,

favorável ao aleitamento materno, é o fator mais importante (OR=32,8), seguido do apoio de pessoas leigas no assunto (OR=3,3) e de ter realizado pré-natal (OR=2,7) (GIUGLIANI *et al.*, 1994).

Pensando no papel do profissional no cenário do desmame, CAVALCANTI (1982) verificou que apenas 23% dos médicos do seu estudo orientavam aleitamento materno exclusivo, justificando os demais não o fazerem porque é papel do pediatra orientar aleitamento materno, ou ainda, porque a mãe já introduziu a mamadeira quando chega para a primeira consulta e, ainda, porque as mães são desnutridas e não podem amamentar. KAPIL & MANOCHA (1990), estudando 76 alunos da área de ciências, verificaram que 95% acreditam que os alimentos comerciais para desmame são mais nutritivos que o leite materno e em outro estudo, verificou-se que 24% dos médicos acreditam que adicionar cereais na dieta das crianças ajuda-as a dormir à noite (BURGLEHAUS *et al.*, 1997).

5.4. MANEJO DO ALEITAMENTO MATERNO

Certas dificuldades que podem surgir no aleitamento materno foram apontadas pelas mães como uma das causas da desistência em amamentar. Entretanto, muitos dos problemas apontados são preveníveis por meio de orientações e condutas adequadas dos profissionais de saúde.

As mães citam como dificuldade na amamentação e causa de desmame completo, problemas relacionados ao manejo da amamentação e sua insegurança na qualidade e quantidade do leite que está produzindo e quando questionadas sobre as orientações mais importantes que receberam do pediatra em relação ao aleitamento, apenas uma pequena parcela (12%) refere algum tipo de técnica de aleitamento.

THOMSON (1979), estudando fatores associados ao desmame em Londrina - Paraná, verificou que em 70,3% dos casos de desmame existiam causas referentes ao conceito da mãe sobre leite materno e sobre o comportamento da criança em relação à amamentação, com predomínio de conceitos de ordem quantitativa. Porém, pesquisadores da Suécia estudaram a insuficiência de leite materno real e percebida em 51 mulheres e

concluíram que houve evidência de que mesmo as mães relatando insuficiência na produção de leite, esta não foi real na maioria das vezes. Crises passageiras na lactação não são, portanto, razão suficiente para suplementar ou interromper a amamentação. Para serem capazes de enfrentar estes problemas durante a amamentação, as mães necessitam de incentivo e apoio imediatos (HILLERVIK-LINDQUIST, HOFVANDER, SJÖLIN, 1991). Grande parte das mulheres justifica o desmame por insuficiência de leite, como verificado em um estudo realizado num serviço de saúde do Estado do Rio de Janeiro em 1991 (COSTA *et al.*, 1993). As principais justificativas maternas encontradas para o desmame de seus filhos foram a diminuição do volume de leite e o retorno às atividades profissionais, enquanto que, como causa de desmame completo, encontraram a diminuição do volume de leite e a recusa do lactente.

Entre as mulheres que referem ter tido problemas durante a amamentação, um quarto referiu ter tido algum tipo de intercorrência (ingurgitamento, fissura ou mastite), sendo estes problemas possivelmente evitados com técnicas corretas de aleitamento, contudo, uma vez estabelecidos, a mãe deve receber ajuda prática de um profissional de saúde, no momento oportuno, para que os problemas sejam resolvidos rapidamente e da melhor maneira, garantindo a continuidade da amamentação. Um estudo observou grupos de mulheres em 3 estágios diferentes da maternidade, durante a gestação, na internação para o parto e quando o bebê estava com 2 meses de vida. Como resultado, demonstrou que a maioria das mulheres intencionava ou tinha começado amamentar e que as maiores preocupações eram com fissura, leite insuficiente e com bebê que não pega o peito (BERGMAN *et al.*, 1993).

Quando questionou-se aos profissionais, quais os temas mais importantes discutidos durante o atendimento de puericultura, técnicas em geral ou manejo da amamentação apareceram em 43% das respostas espontâneas dos médicos e 33% das respostas dos auxiliares de saúde, sendo que para estes a resposta mais freqüente foi que o leite materno é importante. Com uma segunda questão procurou-se detalhar mais as questões das técnicas e do manejo do aleitamento com perguntas objetivas e encontrou-se que cerca de 35% dos profissionais de nível médio e 20% dos de nível superior não fazem orientações sobre pega e ordenha das mamas, fatores importantes para se evitar intercorrências durante a

amamentação, tais como ingurgitamento e fissura, levando a problemas mais graves como mastite e abscesso mamário. As intercorrências têm seu pico de incidência nos primeiros 3 a 5 dias depois do parto, período que a mulher já está em casa e sem apoio necessário para resolvê-las, dificultando e levando ao abandono da amamentação (ISSLER & MARCONDES, 1980). É evidente então, que os profissionais de saúde precisam informar gestantes e mães sobre os problemas que podem surgir na amamentação, a maneira de solucioná-los e, especialmente, como preveni-los. Estudo realizado para medir o conhecimento dos médicos e residentes sobre aleitamento materno, demonstrou que menos de 50% deles sabia manejar problemas durante a amamentação, tais como abscesso mamário e icterícia do bebê (FREED *et al.*, 1995c). BURGLEHAUS *et al.* (1997) verificaram que apenas 12% dos médicos apontaram pega errada quando foram mostradas 2 figuras de bebês mamando no peito, uma com pega correta e outra extremamente inadequada.

O acompanhamento da mãe e do bebê deve ter início precoce, pois a maioria dos problemas citados começa logo nos primeiros dias, e também deve acontecer com maior frequência até que a mãe se sinta segura e esteja convencida da importância da amamentação. Neste estudo, apenas 6% das crianças foram levadas na primeira semana de vida para a primeira consulta e em média chegaram ao serviço para o primeiro atendimento com 46 dias de idade. O aconselhamento do profissional de saúde é importante em todo processo do aleitamento materno, mas é imprescindível no início, para o estabelecimento e manutenção da amamentação. Este aconselhamento deve ainda enfatizar o aleitamento materno exclusivo até o sexto mês como condição de sucesso da amamentação e garantia de boas condições de saúde da criança.

Apenas 8,1% dos profissionais relatam que as mães procuram o serviço nos primeiros 15 dias de vida do bebê, referem ainda média de idade das crianças na primeira consulta de 26 dias, menor do que aquela referida pela mãe. O acolhimento dos bebês deveria ser mais precoce, especialmente para mais de 50% das crianças que comparecem aos serviços depois de um mês de idade, quando a maioria dos problemas em relação ao aleitamento materno já estão estabelecidos.

Vale ressaltar que os profissionais de saúde e os gestores dos serviços deveriam avaliar as ações por eles desenvolvidas. Só assim poderiam conhecer o impacto das mesmas e corrigir eventuais falhas, evitando a perpetuação de ações ineficazes e desperdício de esforços e recursos.

CAVALCANTI (1982), demonstrou que 50,6% dos médicos recomendam livre demanda e os demais orientam horários fixos de amamentação, porém apenas 8% sabem justificar satisfatoriamente por que o fazem. Entre os auxiliares, somente 11,6% orientam livre demanda. Nosso estudo observou inadequação deste tipo de orientação, 88% dos médicos e 75% dos auxiliares referem fazer orientações em relação ao tempo de mamada, mas quando se questionou qual deve ser o intervalo entre as mamadas, 15% dos médicos e 46% dos auxiliares recomendam horários fixos, tais como, de 2 em 2 horas ou de 3 em 3 horas. WINIKOFF *et al.* (1986) encontraram aproximadamente um terço dos pediatras e enfermeiros orientando horários fixos de amamentação por acreditarem ser mais benéfico para o bebê do que a livre demanda. O conhecimento científico, no que se refere ao processo de lactação e amamentação, indica ser recomendável, sob todos os aspectos, que a frequência da alimentação ao seio seja estabelecida pela demanda da própria criança. Os benefícios bem demonstrados, referem-se ao aumento da duração do tempo de amamentação e diminuição do risco de ingurgitamento e fissura (SLAVEN & HARVEN, 1981), estando também associado ao aumento do ganho de peso do bebê (DE CARVALHO *et al.*, 1983). O aleitamento materno sem limitações, típico das comunidades onde a alimentação ao seio é bem sucedida e o desmame é tardio, não restringem a sucção (NEWTON, 1967) a criança é amamentada sempre que mostra sinal de fome. Ao contrário, em algumas comunidades há normas diversas que entram o êxito e a duração do aleitamento materno, entre elas a restrição do número de mamadas pelo estabelecimento de horários para a amamentação NEWTON (1967) mostra claramente que o fenômeno do declínio do aleitamento materno é simultâneo à adoção de regras que limitam a sucção, aumentando o intervalo entre as mamadas.

Percebe-se que as mães consideram o aleitamento materno como fator protetor, referem sua importância e ainda o recomendam para as outras mães (87%), o que parece faltar é segurança e saber como fazê-lo. As causas de desmame completo mais frequentes

estão relacionadas às técnicas incorretas de aleitamento, das quais decorrem diversos problemas apontados pelas mães, como “leite secou”, “leite fraco”, “leite insuficiente”, “bebê não pegou peito”, fissura, mastite, etc.

As mães relatam ainda receber orientações sobre higiene, mas na maioria das vezes com conteúdos incorretos, como por exemplo, lavar os mamilos com sabonete antes de oferecer o seio ao bebê. Os mamilos devem ser lavados somente com água para que permaneçam macios e lubrificados, evitando, assim, fissuras por ressecamento da pele (JELLIFFE & JELLIFFE, 1979; KING, 1994).

Entre elas é comum acreditar que a amamentação deforma o seio, pois um terço cita tal fato, como possível motivo de desmame de outras mulheres. KAPIL & MANOCHA (1990), estudando 76 alunos da área de ciências, verificaram que 29% acham que amamentar fora de casa é constrangedor e 60% pensam que a amamentação prolongada deforma o seio. GOFFI (1978) declara que o aleitamento materno não é condicionante da flacidez e deformidade das mamas, explicando que: “a infiltração de gordura, o edema e condições outras relacionadas com a própria gestação, ao suceder dos anos, aos fatores constitucionais e aos cuidados dispensados, influem mais na mudança do aspecto das mamas do que o aleitamento materno”. É muito importante desmistificar tal crença que é desfavorável à amamentação e grande parte dos motivos ou problemas citados podem ser amenizados ou solucionados pelos profissionais de saúde e/ou por rotinas dos serviços que promovam a amamentação, e, para tal, a equipe de saúde deve estar preparada tecnicamente e convencida da importância do aleitamento materno para auxiliar neste processo educativo.

5.5. SUPLEMENTAÇÃO E INTERRUÇÃO DO ALEITAMENTO

A equipe mal informada, além de não fazer prevenção dos problemas que constituem risco para a amamentação, quando os identifica, não é capaz de solucioná-los. Muitas vezes, lança mão de outro recurso, que é a alimentação artificial em forma de complementação ou substituição do leite materno, como foi verificado neste estudo. Os profissionais pediatras referem suplementação do aleitamento em casos de doença da mãe, entretanto, sabe-se que a mulher não deve amamentar em situação de doença muito específica, além disso, cerca de 77% dos médicos fazem suplementação quando a mãe está

usando medicamentos. Observou-se muitas falhas de conhecimento do profissional em relação ao aleitamento. Pediatras que referem suplementar o aleitamento quando a mãe tem bico invertido, ingurgitamento, fissura, mastite, leite fraco, leite insuficiente, insegurança materna, bebê prematuro, bebê doente, bebê que ganha pouco peso ou quando a mãe vai trabalhar fora, demonstram que, apesar de considerarem a amamentação importante e orientarem as mães à praticá-la, não sabem como superá-las e nem a melhor maneira de lidar com elas, recorrendo com frequência à suplementação, quando surgem as dificuldades.

Estudando o envolvimento de residentes e pediatras no incentivo ao aleitamento materno, FREED *et al.* (1995b) encontraram mais de 25% dos residentes e pediatras relatando não acreditarem que o aleitamento materno exclusivo é a melhor forma de alimentação nos primeiros meses de vida e apenas 64% dos pediatras e 52% dos residentes sabem que a suplementação com fórmula nas primeiras semanas pode levar ao desmame completo. E ainda, no estudo de BURGLEHAUS *et al.* (1997), 20% dos médicos suplementam em casos de gêmeos e 24% quando o bebê tem dificuldade de sucção.

Acredita-se que mais grave foram as respostas à questão sobre a situação na qual o profissional recomenda a interrupção do aleitamento. Entre eles, 1,7% referiram prematuridade, 21% quando o bebê está doente e quase a totalidade, quando a mãe está doente ou usando algum medicamento. Cerca de 32% deles interrompem o aleitamento quando a mãe apresenta algum problema com as mamas, tais como fissura, ingurgitamento ou mastite e 19% quando a mãe tem bico invertido. Estes motivos também foram encontrados por WINIKOFF *et al.* (1986), em seu estudo a proporção de interrupção do aleitamento em caso de mastite foi de 33% e ingurgitamento de 20%. Entretanto, nenhum médico orientava a interrupção em caso de fissura. Vale a pena lembrar que esta era questão dirigida apenas aos médicos pediatras, reforçando a hipótese de que os profissionais de nível superior, na sua maioria, não estão preparados para enfrentar os problemas que surgem durante a amamentação. Suas condutas, nestes casos, não promovem, nem protegem a amamentação.

De acordo com as respostas obtidas, uma grande proporção de profissionais, ainda acredita que existe “leite fraco” e “leite insuficiente”, “que a criança não ganha peso porque a mãe é desnutrida” e que se deve suspender o aleitamento em caso de “doença

materna ou da criança”, “retorno da mãe ao trabalho” e “quando a criança não ganha peso”. Uma parcela importante dos profissionais médicos não está apta para prevenir o desmame precoce, pois estes profissionais assumem condutas inadequadas em situações de risco e algumas vezes sem lógica, como, por exemplo, “higiene das mamas”, ou ainda, evitam o problema “encaminhando a mãe para outros profissionais”, o auxiliar para o enfermeiro ou médico, e o médico para o nutricionista ou outra especialidade médica.

Resultados semelhantes foram encontrados por MORA & SUAREZ-OJEDA (1994) em um estudo realizado em 16 países da América Latina e Caribe sobre o ensino do aleitamento materno em Escolas Profissionais de Ciências da Saúde, e neste estudo, os profissionais entrevistados eram alunos de graduação sem experiência profissional.

FREED *et al.* (1995b) relatam que 39% de residentes de pediatria interrompem o aleitamento materno em caso de mastite, 83% quando a mãe apresenta abcesso mamário, 19% quando aparece a dentição da criança e 4% quando o leite é insuficiente. Apenas 73% dos pediatras e 75% dos residentes acreditam que o aleitamento materno exclusivo é a forma mais benéfica de nutrição infantil.

WINIKOFF *et al.* (1986) verificaram que quando a mãe relata ter leite insuficiente, nenhum pediatra recomenda aumentar a frequência das mamadas como técnica adequada para aumentar a quantidade de leite e apenas 3% dos enfermeiros referiram este recurso. Entre os pediatras, 80% interrompem o aleitamento materno quando a mãe está doente ou tomando medicamentos, 33% em casos de mastite e 20% quando o peito está ingurgitado, resultado semelhante aos encontrados no presente estudo.

Muitas mães procuram com frequência os profissionais de saúde em busca de ajuda, mas infelizmente a maioria deles recomenda o desmame ou desmame completo frente a problemas como infecção mamária e baixo ganho de peso da criança, em vez de buscar solução, como por exemplo, aumentar a frequência das mamadas (MARÍN, 1988).

5.6. ATIVIDADES EDUCATIVAS

Observou-se que, 60% dos profissionais participam de trabalhos educativos mas apenas 23% referem alguma participação nesta atividade voltada para incentivo e promoção do aleitamento materno. Entre os profissionais que consideram trabalho em grupo muito importante, apenas uma minoria o realiza, em grupos de puericultura, e, entre eles, um quarto é auxiliar de saúde, e, neste estudo, aparecem como os mais despreparados para o incentivo do aleitamento. O estímulo e apoio à mãe, propiciados pela equipe, devem ser ações educativas que possam abranger todas as etapas da amamentação: preparação, início, estabelecimento e manutenção, pois segundo LUTTER *et al.* (1997), a orientação dada às mães, tanto no momento do parto como no período pós-natal, pode contribuir fortemente para maior duração do aleitamento materno.

5.7. TRABALHO MATERNO

Segundo SCRIMSHAW *et al.* (1987) a motivação da mulher em amamentar seu filho está relacionada ao grau de desejo, que se baseia nos seus sentimentos, crenças e no seu nível de informação sobre aleitamento materno, a estas deve-se acrescentar condições objetivas que permitem a realização deste desejo. Apesar de poucas mulheres referirem o próprio trabalho como limitante, apenas 10% na nossa pesquisa, RÉA & CUKIER (1988) demonstraram que esta pode ser uma razão importante, porém pouco declarada. Se ainda acrescentarmos o desconhecimento dos profissionais de saúde sobre os direitos trabalhistas das mulheres no período de amamentação e conseqüentes intervenções inadequadas neste processo, a motivação e o desejo maternos podem, de fato, não se realizarem.

Chamou atenção, nesta pesquisa, o fato de que apenas 50% dos médicos que participam de trabalhos educativos reconheçam orientar as mães quanto aos seus direitos trabalhistas e quando a questão foi apresentada com resposta espontânea, nenhum médico se referiu a tal tema, assim como, nenhum profissional relatou realizar esta orientação nas consultas individuais.

Ainda mais, 84% dos médicos suplementam o aleitamento e 7% interrompem quando a mãe vai retornar ao trabalho. Verificou-se também que, 18% das mães trabalham fora e 21% delas acreditam que o trabalho prejudica a amamentação, levando algumas mães à amamentarem por pouco tempo ou mesmo não amamentarem. Entre as orientações dadas às mães que vão voltar ao trabalho encontrou-se recomendação, dada por profissional de nível superior, de uso de ama-de-leite e desmame completo como soluções. Grande parte deles no mínimo introduz outro leite.

O conhecimento do profissional em relação aos direitos da mulher se mostrou insatisfatório, e é seu papel orientá-las, na tentativa de conduzir a amamentação de forma mais segura. Para as mulheres que trabalham fora de casa, é de extrema importância desmistificar a crença de que trabalho e amamentação são incompatíveis. Segundo WINIKOFF *et al.* (1986), aquelas que acreditam nisto têm menor possibilidade de estar planejando amamentar do que aquelas que não acreditam. Com a mesma afirmação, SCRIMSHAW *et al.* (1987), colocam que a preocupação com o trabalho induz a mãe a não iniciar o aleitamento materno ou a optar por desmame precoce. Isso acontece em virtude da falta de informação sobre como combinar o trabalho com a amamentação do bebê.

5.8. FORMAÇÃO PROFISSIONAL

As orientações oferecidas pelos profissionais de saúde, de certa forma, refletem aquelas recebidas durante o período de sua graduação e da residência médica. Orientações recebidas sobre a “importância do aleitamento materno tanto para mães como para os bebês” estiveram presentes na maioria das referências, enquanto orientações “sobre direitos trabalhistas das mães”, na graduação e na residência médica são pouco mencionadas. MORA & SUAREZ-OJEDA (1994) observaram deficiências tanto qualitativas quanto quantitativas na formação do aluno de graduação em medicina, enfermagem e nutrição e concluíram que a carga horária docente dedicada ao tema era insuficiente representando 0,4% da carga horária total no curso de medicina, 1% no curso de nutrição e enfermagem, enfatizando ainda uma conseqüente superficialidade na abordagem de conteúdos importantes para a capacitação destes profissionais. GOLDSTEIN & FREED (1993)

demonstraram que uma grande proporção de médicos e residentes se mostram insatisfeitos com o conteúdo teórico e prático recebidos durante a residência, sobre o tema aleitamento materno e muitas vezes sentem que o que aprenderam é insuficiente, não se sentindo capacitados para promoverem, apoiarem e protegerem o aleitamento. Entre residentes em medicina de família e médicos de família, 67% consideraram a residência atual ou finalizada como inadequada em relação ao conteúdo e prática em aleitamento materno e 48% acreditam que faltam habilidades para o manejo da amamentação. Em outros trabalhos, observou-se que apenas 38% dos residentes gineco-obstetras referiram ter tido tópicos de aleitamento materno na graduação (FREED *et al.*, 1995a) e residentes em pediatria relataram que a abordagem do aleitamento materno durante a residência é apenas através de leituras, e que não têm oportunidade de assistirem às mães que amamentam (FREED *et al.*, 1995b).

Em um estudo realizado em Londres com 55 equipes neonatais (PANTAZI, JAEGER, LAWSON, 1998), observou-se que 53% dos profissionais enfermeiros não receberam nenhum treinamento sobre aleitamento materno durante ou após a graduação. Um outro trabalho, realizado para conhecer as atitudes, práticas e recomendações sobre alimentação infantil dos obstetras (HOWARD *et al.*, 1997), foi realizado com profissionais de Nova Iorque e os resultados encontrados mostram que 86% discutem alimentação infantil no pré-natal, 80% recomendam aleitamento materno no pré-natal e 68% são procurados pelas mães no pós-parto para esclarecerem dúvidas em relação à amamentação, porém 41% distribuem às pacientes literatura sobre alimentação infantil produzida pela indústria de fórmulas e 61% normalmente oferecem amostra grátis das fórmulas às gestantes no pré-natal. Apesar da maioria falar sobre aleitamento materno durante o atendimento pré-natal muito do que eles oferecem às gestantes é extremamente inadequado. BARNETT *et al.* (1995) realizaram um estudo com 2209 profissionais de saúde e os resultados encontrados mostram que os pediatras e nutricionistas são aqueles que têm opiniões mais favoráveis sobre amamentação entre todas as categorias. A auto-experiência com aleitamento materno favorece posturas mais positivas em relação ao tema e, em todas as profissões, notou-se pouco convencimento em relação aos benefícios emocionais da amamentação. Estudos demonstram que os médicos se esforçam mais em convencer as mulheres à amamentarem quando os mesmos acreditam nas propriedades imunológicas do leite materno (OR=1,23) e se acreditam nos seus próprios conselhos (OR=1,88) (BURGLEHAUS *et al.*, 1997), além

disso, ter tido treinamento sobre aleitamento materno está fortemente associado às recomendações corretas (OR=60,25) e conhecimento adequado (OR=192,49) dos profissionais em relação à amamentação (DAVIES-ADETUGBO *et al.*, 1997).

UNICAMP
BIBLIOTECA CENTRAL
SEÇÃO CIRCULANTE

6. CONCLUSÃO

A promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno na puericultura são precários, mostrando que, embora exista preocupação dos profissionais com o tema, estes necessitam de mais conhecimento tanto teórico quanto prático, para que possam assistir às mães que amamentam de forma adequada, assumindo condutas que realmente apoiem e protejam tal prática.

Os profissionais reconhecem a importância da amamentação quase tão somente pela proteção à saúde das crianças conferida pelo leite materno, o que coincide com o discurso das mães. Os benefícios da amamentação para a sociedade, família, mãe e criança, sob outros aspectos largamente referidos na literatura científica, são pouco mencionados pelos profissionais, confirmando a necessidade de programas de reciclagem.

As orientações oferecidas pelos médicos e suas condutas frente aos problemas da amamentação, de certa forma, refletem aquelas recebidas durante o período de graduação e residência, consideradas, neste trabalho, insuficientes. Conteúdos essenciais para o sucesso da amamentação, tal como direitos trabalhistas da mulher que amamenta, em grande parte estiveram ausentes dos currículos. Estas falhas podem orientar a introdução de novos conteúdos na formação acadêmica, e na capacitação destes profissionais, a qual pode ser retomada no exercício de suas funções assistenciais.

Os auxiliares de saúde foram considerados menos capacitados a promover, proteger e apoiar a amamentação, desde que se mostraram, muitas vezes, inseguros para assumir condutas frente a determinados riscos de desmame precoce, encaminhando o problema a outro profissional de saúde.

Partindo da suposição que os profissionais de fato realizam as orientações como respondem no questionário deste estudo, a comparação destas atividades com as referências maternas mostra que suas ações são pouco eficazes, pois as mães continuam assumindo atitudes desfavoráveis ao aleitamento materno e, principalmente, ao aleitamento materno exclusivo. Isto reforça as conclusões anteriores de insuficiência de conhecimentos e inadequação de condutas das equipes de saúde analisadas.

7. SUMMARY

This survey had in view knowledge and conduct analysis in promoting, protecting and supporting of breast feeding among health professionals, who act in children care area. For such, a transversal research was developed and effectuated in the Public Health Department of cities like Campinas, Hortolândia, Jaguariúna, Santo Antônio de Posse e Sumaré, in 1994. 86 professionals (58 doctors and 28 nurse assistants) and 194 mothers whose children were younger than 2 years old, were interviewed. The professionals with university graduation were - in its majority (82,5%) - more than 5 years graduated, and 80,7% of the doctors were in residence for at least 2 years. The average age referred by the doctors as ideal for the introduction of tea in children's diet was 4,5 months and 6 months for other kind of milks. An average of 34% of the professionals, independently on graduation, recommends children's lactation interruption at the 9th month or less, while only 4,7% follows the directions established by WHO. Among the doctors 11,1% recommend the setting of time for breast feeding, this percentual increases to 42,8% among those with medium education. 60,3% of the doctors indicate milk insufficiency as one of the situations, which requires the breast feeding to be supplemented, while 84,5% recommend supplementation when the mother works. Breast feeding intercorrentions were referred by 48,3% of the doctors while inverted breast nipple by 43,1% of these professionals as the cause for supplementation. Among the reasons that justify the lactation interruption, breast feeding intercorrentions, baby illnesses and inverted breast nipple are mentioned by 31,6%, 20,7% and 19% of doctors respectively. The conduct related to breast feeding in the puericulture is still precarious and, in a certain way, it reflects the theoretical contents received during graduation and residence, what indicates the necessity of new ability discussions and professional recycling. The Health Assistants, considered to be less competent to promote lactation, also showed to be insecure to assume conducts, face to some premature weaning risks. A comparison between maternal and professional references indicates that lactation promotion acts are not very effective, since mothers continue assuming attitudes which are unfavorable to breast feeding and mainly to the exclusive breast feeding, what reinforces the previous conclusions about knowledge insufficiency and conducts inadequation of the analyzed health staffs.

8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ALI, Z. & LOWRY, M. - Early maternal-child contact: effects on later behaviour. *Dev Med Child Neurol*, 23(3): 337-45, 1981.
- ANDERSON, J. A.; WEISS, L.; REBUCK, J. W.; CABAL, L. A.; SWEET, L. C. - Hyperactivity to cow's milk in an infant with LE and tart cell phenomenon. *J Pediatr*, 84: 59-67, 1974.
- BACHA, A. M. - O pré-natal e o aleitamento materno. In: Encontro Paulista de Aleitamento Materno, 7 ed. São Paulo, 1996. *Anais*. p. 9.
- BADER, M. B. - Breast-feeding: the role of multinational corporations in Latin America, *Int J Health Serv*, 6(4): 609-26, 1976.
- BARNETT, E.; SIENKIEWICZ, M.; ROHOLT, S. - Beliefs about breastfeeding: a statewide survey of health professionals. *Birth*, 22(1): 15-20, 1995.
- BARROS, F. C.; VICTORA, C. G.; VAUGHAN, J. P. - Breastfeeding and socioeconomic status in Southern Brazil. *Acta Paediatr Scand*, 75(4): 558-62, 1986.
- BEEKEN, S. & WATERSTON, T. - Health service support of breast feeding: are we practising what we preach? *BMJ*, 305(6848): 285-7, 1992.
- BERGMAN, V.; LARSSON, S.; LOMBERG, H.; MOLLER, A.; MARILD, S. - A survey of Swedish mothers' view on breastfeeding and experiences of social and professional support. *Scand J Caring Sci*, 7(1): 47-52, 1993.
- BERNARD-BONNIN, A. C.; STACHTCHENKO, S.; GIRARD, G.; ROUSSEAU, E. - Hospital practices and breastfeeding duration: a metaanalysis of controlled trials. *Birth*, 16(2): 64-6, 1989.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Alimentação e Nutrição - **Programa Nacional de Incentivo ao Aleitamento Materno**. Brasília, INAN, 1991a. 43 p.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Comitê Nacional de proteção ao trabalho da mulher - **Direitos da mulher trabalhadora**. Brasília, 1991b.

- BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Alimentação e Nutrição. Conselho Nacional de Saúde - **Norma brasileira para comercialização de alimentos para lactentes**. 2 ed. Brasília, Ministério da Saúde, 1993. 20 p.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde. Centro Nacional de Epidemiologia. Coordenação de Informações e Análise da Situação de Saúde - **Sistema de Informações de Nascidos Vivos - SINASC**. Brasília, 1995.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Alimentação e Nutrição. Comitê Nacional de Atenção Alimentar e Nutrição - **Orientação alimentar e nutricional para o desmame: um período crítico do crescimento**. Brasília, s.d. mimeogr
- BURGESS, A. P. - Breastfeeding: the knowledge and attitudes of some health personnel in metropolitan Manila. **J Trop Pediatr**, **26**(5): 168-71, 1980.
- BURGLEHAUS, M. J.; SMITH, L. A.; SHEPS, S. B.; GREEN, L. W. - Physicians and breastfeeding: beliefs, knowledge, self-efficacy and counselling practices. **Can J Public Health**, **88**(6): 383-7, 1997.
- CAVALCANTI, M. L. F. - **Conhecimento, atitudes e práticas de pessoal de saúde sobre aleitamento materno**. São Paulo, 1982. (Tese - Doutorado - Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo).
- CHANDRA, R. K.; PURI, S.; HAMED, A. - Influence of maternal diet during lactation and use of formula feeds on development of atopic eczema in high-risk infants. **BMJ**, **299**(6693): 228-30, 1989.
- CHRISTENSSON, K.; SILES, C.; MORENO, L.; BELAUSTEQUI, A.; DE LA FUENTE, P.; LAGERCRANTZ, H.; PUYOL, P.; WINBERG, J. - Temperature, metabolic adaptation and crying in healthy full-term newborns cared for skin-to-skin or in a cot. **Acta Paediatr**, **81**(6-7): 488-93, 1992.
- CHRISTENSSON, K.; CABRERA, T.; CHRISTENSSON, E.; UVNAS-MOBERG, K.; WINBERG, J. - Separation distress call in the human neonate in the absence of maternal body contact. **Acta Paediatr**, **84**(5): 468-73, 1995.

- COSTA, C. O. M.; FIGUEIREDO, E. M.; SILVA, S. B. - Aleitamento materno: causas de desmame e justificativa para amamentar. **J Pediatr (Rio J)**, 69(3): 176-8, 1993.
- COUTINHO, S. B.; LIMA, M. C.; TEIXEIRA, M. L. P. D.; CAMPOS, M. A.; NASCIMENTO, C. C. B.; SANTOS, B. J. - Influência do tipo de aleitamento sobre o ganho pondero-estatural de crianças no 1º ano de vida. **J Pediatr (Rio J)**, 64(3): 75-82, 1988.
- DAVIES-ADETUGBO, A. A. - Promotion of breast feeding in the community: impact of health education programme in rural communities in Nigeria. **J Diarrhoeal Dis Res**, 14(1): 5-11, 1996.
- DAVIES-ADETUGBO, A. A. & ADETUGBO, K. - Effect of complementary feeding on nutritional status in term infants in rural Nigeria. **Nutr Health**, 12(1): 25-31, 1997.
- DAVIES-ADETUGBO, A. A.; FABIYI, A. K.; OJOOFETIMI, E. O.; ADETUGBO K. - Breastfeeding training improves health worker performance in rural Nigeria. **East Afr Med J**, 74(8): 510-3, 1997.
- DAVIS, M. K.; SAVITZ, D. A.; GRAUBARD, B. I. - Infant feeding and childhood cancer. **Lancet**, 2(8607): 365-8, 1988.
- DE CARVALHO, M.; ROBERTSON, S.; FRIEDMAN, A.; KLAUS, M. - Effect of frequent breast-feeding on early milk production and infant weight gain. **Pediatrics**, 72(3): 307-11, 1983.
- DEAN, A. G.; DEAN, J. A.; COULOMBIER, D.; BRENDEL, K. A.; SMITH, D. C.; BURTON, A. H.; DICKER, R. C.; SULLIVAN, K.; FAGAN, R. F.; ARNER, T. G., ed. - **Epi Info, v. 6.04b/c: a word processing database, and statistics program for epidemiology on microcomputers**. Atlanta, Centers of Disease Control and Prevention, 1997. 589 p.
- DESCHAMPS, J. P.; PEDUZZI, A. M.; SENAULT, R. - Comment l'allaitement maternel est-il enseigné au personnel de santé? **Médecine et Hygiène**, 38: 577-81, 1980.

- DIX, D. N. - Why women decide not to breastfeed. **Birth**, 18(4): 222-5, 1991.
- EMERY, J. L.; SCHOLEY, S.; TAYLO, E. M. - Decline in breast feeding. **Arch Dis Child**, 65(4): 369-72, 1990.
- FALCÃO-PIMENTEL, V. A.; MIDLEJ-JOQUIM, M. C.; FALCÃO-PIMENTEL, E.; MACEDO-GARCIA, D. M. - El crecimiento de los niños alimentados exclusivamente con leche materna durante los seis primeros meses de vida. **Bol Oficina Sanit Panam**, 110(4): 311-8, 1991.
- FAUNDES, A. - O médico e o estímulo à lactação. Departamento de Tocoginecologia, Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas, 1991. (Apostila didática)
- FORD, K. & LABBOK, M. - Breastfeeding and child health in United States. **J Biosoc Sci**, 25(2): 187-94, 1993.
- FREED, G. L.; FRALEY, J. K.; SCHANLER, R. - Accuracy of expectant mothers' prediction of fathers' attitudes regarding breastfeeding. **J Fam Pract**, 37(2): 148-52, 1993.
- FREED, G. L.; CLARK, S. J.; CEFALO, R. C.; SORENSON, J. R. - Breast-feeding education of obstetrics-gynecology residents and practitioners. **Am J Obstet Gynecol**, 173(5): 1607-13, 1995a.
- FREED, G. L.; CLARK, S. J.; LOHR, J. A.; SORENSON, J. R. - Pediatrician involvement in breast-feeding promotion: a national study of residents and practitioners. **Pediatrics**, 96(3): 490-4, 1995b.
- FREED, G. L.; CLARK, S. J.; SORENSON, J. R.; LOHR, J. A.; CEFALO, R. C.; CURTIS, P. - National assessment of physicians' breast-feeding knowledge, attitudes, training and experience. **JAMA**, 273(6): 472-6, 1995c.

- GERRARD, J. W.; MACKENZIE, J. W. A.; GOLUBOFF, N.; GARSON, J. Z.; MANINGAS, C. S. - Cow's milk allergy: prevalence and manifestations in a unselected series of newborns. **Acta Paediatr Scand Suppl**, 234: 1-21, 1973.
- GIUGLIANI, E. R.; CALAFFA, W. T.; VOGELHUT, J.; WITTER, F. R.; PERMAN, J. A. - Effect of breastfeeding support from different sources on mothers' decisions to breastfeed. **J Hum Lact**, 10(3): 157-61, 1994.
- GOFFI, P. S. - Aspectos obstétricos. In: NESTLÉ, Serviço de informação científica. - **Amamentação materna**. São Paulo, Nestlé, 1978. 9 p.
- GOLDENBERG, P. - Consumo e reprodução social: o desmame precoce na perspectiva do marketing do leite em pó num país subdesenvolvido. In: _____ - **Repensando a desnutrição como questão social**. 2 ed. São Paulo, Cortez Editora/Editora da Unicamp, 1989. p.95-143.
- GOLDSTEIN, A. O. & FREED, G. L. - Breast-feeding counselling practices of family practice residents. **Fam Med**, 25(8): 524-9, 1993.
- GRECO, L.; AURICCHIO, S.; MAYER, M.; GRIMALDI, M. - Case-control study on nutritional risk factors in celiac disease. **J Pediatr Gastroenterol Nutr**; 7(3): 395-9, 1988.
- GREINER, T. - Breast-feeding in decline: perspective on the causes. Lactation, Fertility and Working Woman. In: International Planned Parenthood Federation/ International Union of Nutritional Sciences, Bellagio, Italy, 1977. **Proceedings**. London, England, 1979. p. 61-8.
- GYORGY, P. - The uniqueness of human milk: biochemical aspects. **Am J Clin Nutr**, 24(8): 970-5, 1971.
- HAIDER, R.; ISLAM, A.; HAMADANI, J.; AMIN, N. J.; KABIR, I.; MALEK, D.; MAHALANABIS, D.; HABTE, D. - Breast feeding counselling in a diarrhoeal disease hospital. **Bull World Health Organ**, 74(2): 173-9, 1996.

- HAIDER, R.; KABIR, I.; HAMADANI, J. D.; HABTE, D. - Reasons for failure of breast-feeding counselling: mothers' perspectives in Bangladesh. **Bull World Health Organ**, 75(3): 191-6, 1997.
- HALLY, M. R.; BOND, J.; CRAWLEY, J.; GREGSON, B.; PHILIPS, P.; RUSSELL, I. - Factors influencing the feeding of first-born infants. **Acta Paediatr Scand**, 73(1): 33-9, 1984.
- HARDY, E. E.; SARMENTO, R.; GUSHIKEN, M.; ARAKI, R.; MARTINS-FILHO, J. - A prática da amamentação no município de Paulínia, Estado de São Paulo, Brasil. **Rev Saude Publica**, 16(6): 337-45, 1982.
- HARTGE, P.; SCHIFFMAN, M. H.; HOOVER, R.; MCGOWAN, L.; LESHER, L.; NORRIS, H. J. - A case-control study of epithelial ovarian cancer. **Am J Obstet Gynecol**, 161(1): 10-6, 1989.
- HILLERVIK-LINDQUIST, C.; HOFVANDER, Y.; SJÖLIN, S. - Studies on perceived breast milk insufficiency III: consequences for breast milk consumption and growth. **Acta Paediatr Scand**, 80(3): 297-303, 1991.
- HORTON, S.; SANGHVI, T.; PHILLIPS, M.; FIEDLER, J.; PEREZ-ESCAMILLA, R.; LUTTER, C.; RIVERA, A.; SEGALL-CORREA, A. M. - Breastfeeding promotion and priority setting in health. **Health Policy Plan**, 11(2): 156-68, 1996.
- HOWARD, F. M.; HOWARD, C. R.; WEITZMAN, M. - The physician as advertiser: the unintentional discouragement of breastfeeding. **Obstetr Gynecol**, 81(6): 1048-51, 1993.
- HOWARD, C. R.; SCHAFFER, S. J.; LAWRENCE, R. A. - Attitudes, practices and recommendations by obstetricians about infant feeding. **Birth**, 24(4): 240-6, 1997.
- HUFFMAN, S.; RASMUSSEN, E.; NEWMAN, V.; O'GARA, C. - Breastfeeding and the environment. A policy brief from Wellstart International. **Birth Gaz**, 10(1): 17-8, 1993.

- ISSLER, H. & MARCONDES, E. - Técnica do aleitamento materno. **Pediat (São Paulo)** 2: 13-20, 1980.
- JASON, J. M.; NIEBURG, P.; MARKS, J. - Mortality and infectious disease associated with infant-feeding practices in developing countries. In: Task Force on Infant-Feeding Practices. **Pediatrics**, 74(4): 702-27, 1984.
- JELLIFFE, D.B. - Breast milk and the world protein gap. **Clin Ped**, 7(2): 96-9, 1966.
- JELLIFFE, D. B. - Commerciogenic malnutrition? Time for a dialogue. **Food Thecnol**, 25: 153-4, 1971.
- JELLIFFE, E. F. - Introducing breast-feeding into modern health services. **J Trop Pediatr Environ Child Health**, 21(5): 280-3, 1975.
- JELLIFFE, D. B. & JELLIFFE, E. F. P. - Adaptative suckling commentary. **Ecol Food Nutr**, 5: 249-53, 1976.
- JELLIFFE, D. B. & JELLIFFE, E. F. P. - **Human milk in the modern world**. 2 ed. Oxford, Oxford University Press, 1979.
- KAPIL, U. & MANOCHA, S. - Knowledge and attitude towards breast feeding among adolescent girls. **Indian J Pediatr**, 57(3): 401-4, 1990.
- KING, F. S. - Como ajudar as mães a amamentar. Ministério da Saúde, Brasília, 1994. 177p.
- KOLETZCO, S.; SHERMAN, P.; COREY, M.; GRIFFITHS, A.; SMITH, C. - Role of infant feeding practices in development of Crohn's disease in childhood. **BMJ**, 298(6688): 1617-8, 1989.
- LABBOK, M. H. & SIMON, S. R. - A community study of a decade of in-hospital breast-feeding: implications for breast-feeding promotion. **Am J Prev Med**, 4(2): 62-6, 1988.
- LADAS, A. K. - How to help mothers breastfeed: deductions from a survey. **Clin Pediatr**, 9(12): 702-5, 1970.

- LEÃO, M. M.; COUTINHO, D.; RECINE, E.; COSTA, L. A. L.; LACERDA, A. J. - **O perfil do aleitamento materno no Brasil: aspectos de saúde e nutrição de crianças no Brasil.** Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Alimentação e Nutrição, Brasília, 1989.
- LUCAS, A.; BROOKE, O. G.; MORLEY, R.; COLE, T. J.; BAMFORD, M. F. - Early diet of preterm infants and development of allergic or atopic disease: randomized prospective study. **BMJ**, **300**(31): 837-40, 1990.
- LUTTER, C. K.; PEREZ-ESCAMILLA, R.; SEGALL, A.; SANGHVI, T.; TERUYA, K.; WICKHAM, C. - The effectiveness of hospital-based program to promote exclusive breast-feeding among low-income women in Brazil. **Am J Publ Health**, **87**(4): 659-63, 1997.
- MARÍN, B. V. - Promocion de la lactancia materna mediante una accion educativa dirigida a mujeres embarazadas. **Bol Oficina Sanit Panam**, **104**(1): 14-22, 1988.
- MARTINS-FILHO, J. - **Contribuição ao estudo do aleitamento natural em Campinas.** Campinas, 1976. (Tese - Livre docência - Universidade Estadual de Campinas).
- MATA, L. J.; URRUTIA, J. J.; GORDON, J. E. - Diarrhoeal disease in a cohort of Guatemalan village children observed from birth to age two years. **Trop Geogr Med**, **19**(4): 247-57, 1967.
- MATA, L. J. & WYATT, R. G. - The uniqueness of human milk: host resistance to infection. **Am J Clin Nutr**, **24**(8): 976-86, 1971.
- MAYER, E. J.; HAMMAN, R. F.; GAY, E. C.; LEZOTTE, D. C.; SAVITZ, D. A.; KLINGENSMITH, G. J. - Reduced risk of IDDM among breast-fed children: The Colorado IDDM Registry. **Diabetes**, **37**(12): 1625-32, 1988.
- MCTIERNAN, A. & THOMAS, D. B. - Evidence for a protective effect of lactation on risk of breast cancer in young women. **Am J Epidemiol**, **124**(3): 353-8, 1986.

- MENÉNDEZ, E. - Prólogo de Bassaglia F. **La salud de los trabajadores: aportes para una política de la salud**. México, Ed. Nueva Imágen, 1978. (Serie Salud e Ideología)
- MORA, J. O. & SUAREZ-OJEDA, E. N. - **Estudio sobre la enseñanza de la lactancia materna en las escuelas profesionales de ciencias de la salud en diez y seis países de America Latina y el Caribe, 1993**. Organización Panamericana de la Salud (OPS), 1994. 56 p. Mimeogr.
- MOXLEY, S. & KENNEDY, M. - Strategies to support breastfeeding: discarding myths and outdated advice. **Can Fam Physician**, 40: 1775-81, 1994.
- MOXLEY, S.; SIMS-JONES, N.; VARGHA, A.; CHAMBERLAIN, M. - Breastfeeding: a course for health professionals. **Can Nurse**, 92(9): 34-7, 1996.
- MULLER M. - **O matador de bebês**. Trad. Instituto Materno-Infantil de Pernambuco (IMIP). Pernambuco, 1995. Original inglês.
- NAYLOR, A. & WESTER, R. - Providing professional lactation management consultation. **Clin Perinatol**, 14(1): 33-8, 1987.
- NEWTON, M. & NEWTON, N. - The normal course and management of lactation. **Clin Obstet Gynec**, 5: 44-63, 1962.
- NEWTON, N. - Decline of breast feeding: III. Psychophysical regulation mechanisms. **Nurs Times**, 63(40): 1346-8, 1967.
- NYLANDER, G.; LINDEMANN, R.; HELSING, E.; BENDVOLV, E. - Unsupplemented breastfeeding in the maternity ward: positive long-term effects. **Acta Obstet Gynecol Scand**, 70(3): 205-9, 1991
- OGAZÓN, A. Y. - Abandono de la lactancia materna: um ejemplo de la deformación médico académica. **Cuad Med Soc (Ros)**, 23: 39-52, 1983.

- OLIVEIRA, Y. P. & SPRING, P. M. - Pesquisa do Programa Nacional de Incentivo ao Aleitamento Materno. 2ª parte: entrevistas com profissionais de saúde e Centros de Saúde. **J Pediatr (Rio J)**, 57: 93-6, 1984.
- PALMER, G. - The politics of infant feeding, **Mothering**, 60: 72-9, 1991.
- PANTAZI, M.; JAEGER, M. C.; LAWSON, M. - Staff support for mothers to provide breast milk in pediatric hospitals and neonatal units. **J Hum Lact**, 14(4): 291-6, 1998.
- PELTO, G. H. - Perspectives on infant feeding: decision-making and ecology. **Food Nutr Bull**, 3(3): 16-29, 1981.
- 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. **Ecol Food Nutr**, 27: 91-102, 1992.
- PINELLI, J.; MCGOVERN, M.; EDWARDS, M.; MILLIGAN, L. - Evaluation of a breastfeeding protocol. **J Hum Lact**, 9(4): 223-30, 1993.
- PISACANE, A.; IMPAGLIAZZO, N.; RUSSO, M.; VALIANE, R.; MANDARINA, A.; FLORIO, C.; VIVO, P. - Breastfeeding and multiple sclerosis. **BMJ**, 308(6941): 1411-2, 1994.
- PLATA-RUEDA, E. - Os aspectos práticos do aleitamento materno. **An Nestlé**, 103: 80-9, 1979.
- RÉA, M. F. & CUKIER, R. - Razões de desmame e de introdução da mamadeira: uma abordagem alternativa para seu estudo. **Rev Saude Publica**, 22(3): 184-91, 1988.
- RÉA, M. F. - The brasilian national breastfeeding programme: a success story. **Int J Gynaecol Obstet**, 31(suppl 1): 79-82, 1990a.
- RÉA, M. F. - Substitutos do leite materno: passado e presente. **Rev Saude Publica.**, 24(3): 241-9, 1990b.

- RÉA, M. F. & BERQUO, E. S. - Impact of the Brazilian National Breast-feeding Programme on mothers in greater São Paulo. **Bull World Health Organ**, 68(3): 365-71, 1990.
- RODRÍGUEZ-GARCÍA, R. & SCHAEFER, L. A. - Nuevos conceptos de lactancia, su promoción y la educación de los profesionales de la salud. **Bol Oficina Sanit Panam**, 111(1): 1-15, 1991.
- SAARINEN, U. M. - Prolonged breast feeding as profilaxis for recurrent otitis media. **Acta Paediatr Scand**, 71(4): 567-71, 1982.
- SCOTT, J.; BINNS, C. W.; ARONI, R. A. - The influence of reported paternal attitudes on the decision to breastfed. **J Paediatr Child Health**, 33(4): 305-7, 1997.
- SCRIMSHAW, S. C.; 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-CORRÊA, A. M. - **Alcimentamento materno: estudo sobre o impacto das práticas assistenciais**. Campinas, 1996. (Tese - Doutorado - Universidade Estadual de Campinas).
- SINGHAL, P. K.; TANEJA, D. K.; PATWARI, A. K.; MULLICK, D. N. - Advantages of breast feeding: knowledge among paramedical health personnel and mothers. **Indian Pediatr**, 26(5): 492-5, 1989.
- SLAVEN, S. & HARVEN, D. - Unlimited suchling time improves breast feeding. **Lancet**, 1(8216): 392-3, 1981.
- SOCIEDADE CIVIL DO BEM-ESTAR FAMILIAR NO BRASIL - **Pesquisa Nacional sobre Demografia e Saúde (PNDS)**, 1996. Rio de Janeiro, BEMFAM, 1997. 182 p.
- STRACHAN-LINDENBERG, C.; CABRERA-ARTOLA, R.; LIMENEZ, V. - The effect of early post-partum mother-infant contact and breastfeeding promotion on the incidence and continuation of breast-feeding. **Int J Nursing Studies**, 27(3): 179-86, 1990.

- STROMQVIST, M.; FALK, P.; BERGSTROM, S.; HANSSON, L.; LONNERDAL, B.; NORMARK, S.; HERNELL, O. - Human milk kappa-casein and inhibition of *Helicobacter pylori* adhesion to human gastric mucosa. **J Pediatr Gastroenterol Nutr**, 21(3): 288-96, 1995.
- THOMSON, Z. - Fatores associados ao desmame em um grupo populacional, Londrina-PR. **J Ped (Rio J)**, 46(2): 93-8, 1979.
- UNDERWOOD, B. A. & HOFVANDER, Y. - Appropriate timing for complementary feeding of the breast-fed infant. **Acta Pediatr Scand**, 294(suppl.): 1-32, 1982.
- UNITED NATIONS CHILDREN'S FUND - **Declaração mundial sobre a sobrevivência, a proteção e o desenvolvimento da criança e plano de ação para a implementação da declaração mundial sobre a sobrevivência, a proteção e o desenvolvimento da criança nos anos 90**. Nações Unidas, Nova Iorque, UNICEF, 1990.
- VALDÉS, V.; PÉREZ, A.; LABBOK, M.; PUGIN, E.; ZAMBRANO, I.; CATALAN, S. - The impact of a hospital and clinic based breastfeeding promotion programme in a middle class urban environment. **J Trop Pediatr**, 39(3): 142-51, 1993.
- VALDÉS, V.; PÉREZ-SÁNCHEZ, A.; LABBOK, M. - **Manejo clínico da lactação: assistência à nutriz e ao lactente**. Rio de Janeiro, Ed. Revinter, 1996. 128 p.
- VALESCA, A.; RICARDO, S.; MELLO, V.; RIBEIRO, V. - **Manual de aleitamento materno para serviços de saúde**. Prefeitura Municipal de Betim. Secretaria Municipal de Saúde de Betim. Belo Horizonte, Secretaria Municipal de Saúde, 1999. 96 p.
- VENANCIO, S. I. & MONTEIRO, C. A. - A tendência da prática da amamentação no Brasil nas décadas de 70 e 80. **Rev Bras Epidemiol**, 1(1): 40-9, 1998.
- VICTORA, C. G.; SMITH, P. G.; VAUGHAN, J. P.; NOBRE, L. C.; LOMBARDI, C.; TEIXEIRA, A. M.; FUCHS, S. M.; MOREIRA, L. B.; GIGANTE, L. P.; BARROS, F. C. - Evidence for protection by breast-feeding against infant deaths from infectious diseases in Brazil. **Lancet**, 2(8554): 319-22, 1987.

- VICTORA, C. G.; SMITH, P. G.; BARROS, F. C.; VAUGHAN, J. P.; FUCHS, S. C. - Risk factors for deaths due to respiratory infections among Brazilian infants. *Int J Epidemiol*, 18(4): 918-25, 1989.
- VICTORA, C. G.; FUCHS, S. C.; FLORES, J. A.; FONSECA, W.; KIRKWOOD, M. S. - Risk factors for pneumonia among children in Brazilian Metropolitan Area. *Pediatrics*, 93(6): 977-85, 1994.
- VIRTANEN, S. M.; RASANEN, L.; YLONEN, K.; ARO, A.; CLAYTON, D.; LANGHOLZ, B.; PITKANIEME, J.; SAVILAHTI, E.; LOUNAMAA, R.; TUOMILEHTO, J. - Early introduction of dairy products associated with increased risk of IDDM in Finnish Children. *Diabetes*, 42(12): 1786-90, 1993.
- WADE, K. B.; SEVILLA, F.; LABBOK, M. H. - Integrating the Lactational Amenorrhea Method into a family planning program in Ecuador. *Stud Fam Plann*, 25(3): 162-75, 1994.
- WHORWELL, P. J.; HOLDSTOCK, G.; WHORWELL, G. M.; WRIGHT, R. - Bottle feeding, early gastroenteritis, and inflammatory bowel disease. *BMJ*, 1(6160): 382, 1979.
- WIDSTRÖM, A. M.; WAHLBERG, V.; MATTHIESEN, A. S.; ENEROTH, P.; UVNAS-MOBERG, K.; WERNER, S.; WINBERG, J. - Short-term effects of early suckling and touch of the nipple on maternal behavior. *Early Hum Dev*, 21(3): 153-63, 1990.
- WINIKOFF, B. & BAER, E. - The obstetrician's opportunity: translation "breast in best" from theory to practice. *Am J Obstet Gynec*, 138(1): 105-17, 1980.
- WINIKOFF, B.; LAUKARAN, V. H.; MYERS, D.; STONE, R. - Dynamics of infant feeding: mothers, professionals, and the institutional context in a large urban hospital. *Pediatrics*, 77(3): 357-65, 1986.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION/UNITED NATIONS CHILDREN'S FUND - Reunião conjunta sobre alimentação de lactentes e crianças na primeira infância, Genebra, 1979. UNICEF/BRASIL, Brasília 1980.

- WORLD HEALTH ORGANIZATION - **Modalidades de la lactancia natural en la actualidad.** Informe sobre el estudio en colaboración de la OMS acerca de la lactancia natural. Ginebra, WHO, 1981.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION/UNITED NATIONS CHILDREN'S FUND - **Proteção, promoção e apoio ao aleitamento materno: o papel especial dos serviços materno-infantis.** Ginebra, WHO, 1989.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION/UNITED NATIONS CHILDREN'S FUND - **Innocenti Declaration. Breastfeeding in the 1990's: a global initiative.** Florence, Itália, WHO/UNICEF, 1990.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION/DIARRHOEAL DISEASES CONTROL PROGRAMME - **Indicators for assessing breast-feeding practices.** Ginebra, WHO/CDD, 1991. 19 p.
- YAMAUCHI, Y. & YAMANOUCHI, I. - The relationship between rooming-in/not rooming-in and breastfeeding variables. *Acta Paediatr Scand*, 79(11): 1017-22, 1990.
- YUAN, J. M.; YU, M. C.; ROSS, R. K.; GAO, Y. T.; HENDERSEN, B. E. - Risk factors for breast cancer in Chinese women in Shanghai. *Cancer Res*, 48(1): 1949-53, 1988.

9. ANEXOS

ANEXO 1

Questionário utilizado na entrevista com os profissionais de saúde.

☺ ESTUDO DAS CONDIÇÕES DE ASSISTÊNCIA À MULHER E À CRIANÇA

PROFISSIONAIS DA SAÚDE DA CRIANÇA

Número do questionário: _____ Data da entrevista: ____/____/____

Local da entrevista: _____

Nome do entrevistador: _____

IDENTIFICAÇÃO:

1. PROFISSÃO: PEDIATRA AUXILIAR DE ENFERMAGEM
 ENFERMEIRO ATENDENTE DE ENFERMAGEM

2. FUNÇÃO NO SERVIÇO: _____

(Q.3 E Q.4, SÓ PARA MÉDICOS E ENFERMEIROS)

3. FACULDADE ONDE SE FORMOU:

4. TEMPO DE FORMADO: _____

(Q.5 E Q.6, SÓ PARA MÉDICOS)

5. LOCAL DA RESIDÊNCIA: _____

6. DURAÇÃO DA RESIDÊNCIA: _____

7. A SUA UNIDADE POSSUI ROTINA DE ASSISTÊNCIA AO LACTENTE ?

SIM NÃO NÃO SABE

8. A SUA UNIDADE TEM NORMAS ESTABELECIDAS PARA ORIENTAÇÃO SOBRE ALIMENTAÇÃO DO LACTENTE?

SIM NÃO NÃO SABE

9. COM QUAL IDADE, EM MÉDIA, AS CRIANÇAS TÊM A 1ª CONSULTA?

_____ dias _____ meses NÃO SABE

10. QUAL A ROTINA DE ASSISTÊNCIA AO LACTENTE NESTE SERVIÇO? (LEIA TODAS AS ALTERNATIVAS)

SIM NÃO CONSULTA MÉDICA COM AGENDAMENTO
SIM NÃO CONSULTA MÉDICA SEM AGENDAMENTO
SIM NÃO CONSULTA DA ENFERMAGEM C/ AGENDAMENTO
SIM NÃO CONSULTA DA ENFERMAGEM S/ AGENDAMENTO
SIM NÃO PRONTO ATENDIMENTO

11. COM QUE FREQUÊNCIA A MÃE TRAZ A CRIANÇA AO SERVIÇO?

0 A 3 MESES _____ 4 A 6 MESES _____
7 A 12 MESES _____ >12 MESES _____

12. QUE ATIVIDADES NA ASSISTÊNCIA AO LACTENTE VOCÊ DESENVOLVE? (**LEIA TODAS AS ALTERNATIVAS**)

- SIM NÃO CONSULTA INDIVIDUAL
SIM NÃO TRABALHO DE GRUPO
SIM NÃO TRABALHO EDUCATIVO
SIM NÃO OUTROS. Especifique: _____

13. CITE 3 ORIENTAÇÕES QUE VOCÊ FAZ EM RELAÇÃO AO ALEITAMENTO:

1. _____
2. _____
3. _____

14. QUAIS SÃO AS TÉCNICAS DE AMAMENTAÇÃO QUE VOCÊ ORIENTA? (**LEIA TODAS AS ALTERNATIVAS**)

- SIM NÃO POSIÇÃO DA MÃE
SIM NÃO POSIÇÃO DA CRIANÇA
SIM NÃO ORIENTAÇÃO SOBRE A PEGA
SIM NÃO TEMPO DE DURAÇÃO DA MAMADA
SIM NÃO ORDEM DE MAMADA NOS SEIOS
SIM NÃO INTERVALO ENTRE AS MAMADAS
SIM NÃO ORDENHA DAS MAMAS
SIM NÃO RODÍZIO DAS MAMAS
SIM NÃO OUTRAS. Quais? _____

15. QUAL É A IDADE APROPRIADA PARA INTRODUIR:

ÁGUA	_____ meses	_____ dias
CHÁ	_____ meses	_____ dias
SUCO	_____ meses	_____ dias
PAPA DE FRUTA	_____ meses	_____ dias
PAPA SALGADA	_____ meses	_____ dias
OUTRO LEITE	_____ meses	_____ dias
ALIMENTOS SÓLIDOS	_____ meses	_____ dias
DESMAME	_____ meses	_____ dias

16. QUAL DEVE SER A DURAÇÃO DO ALEITAMENTO MATERNO TOTAL?

(**NÃO LEIA AS ALTERNATIVAS**)

- ATÉ 6 MESES ATÉ 9 MESES ATÉ 12 MESES
 ATÉ 18 MESES ATÉ 24 MESES ACIMA DE 24 MESES
 NÃO DEFINE TEMPO

17. QUAL DEVE SER O INTERVALO ENTRE AS MAMADAS? (**NÃO LEIA AS ALTERNATIVAS**)

- LIVRE DEMANDA 2 EM 2 HORAS
 3 EM 3 HORAS OUTRO: Qual? _____

18. QUANDO A MÃE REFERE QUE "A CRIANÇA CHORA MUITO E ACHA QUE O LEITE É FRACO OU QUE TEM POUCO LEITE", QUE ORIENTAÇÃO VOCÊ DÁ?

19. QUE CONDUTA VOCÊ ASSUME QUANDO PERCEBE RISCO DE DESMAME?

20. QUANDO A CRIANÇA É AMAMENTADA E NÃO GANHA PESO, QUE ORIENTAÇÃO VOCÊ DÁ?

(Q.21, SÓ PARA MÉDICOS)

21. EM QUE SITUAÇÕES VOCÊ RECOMENDARIA A SUPLEMENTAÇÃO DO ALEITAMENTO? *(LEIA TODAS AS ALTERNATIVAS)*

- SIM NÃO MÃE TEM LEITE FRACO
SIM NÃO MÃE TEM POUCO LEITE
SIM NÃO MÃE INSEGURA
SIM NÃO ENGURGITAMENTO MAMÁRIO
SIM NÃO MASTITE
SIM NÃO FISSURA
SIM NÃO BICO INVERTIDO
SIM NÃO USO DE MEDICAMENTOS.

Quais? _____

- SIM NÃO BEBÊ GANHA POUCO PESO
SIM NÃO PREMATURIDADE
SIM NÃO TRABALHO DA MÃE
SIM NÃO DOENÇA DA MÃE. Quais? _____
SIM NÃO DOENÇA DO BEBE. Quais? _____
SIM NÃO OUTROS. Quais? _____

(Q.22 E Q.23, SÓ PARA MÉDICOS)

22. EM QUE SITUAÇÕES VOCÊ INTERROMPERIA O ALEITAMENTO ? (LEIA TODAS AS ALTERNATIVAS)

- SIM NÃO MÃE TEM LEITE FRACO
- SIM NÃO MÃE TEM POUCO LEITE
- SIM NÃO MÃE INSEGURA
- SIM NÃO ENGURGITAMENTO MAMÁRIO
- SIM NÃO MASTITE
- SIM NÃO FISSURA
- SIM NÃO BICO INVERTIDO
- SIM NÃO USO DE MEDICAMENTOS

Quais? _____

- SIM NÃO BEBÊ GANHA POUCO PESO
- SIM NÃO PREMATURIDADE
- SIM NÃO TRABALHO DA MÃE
- SIM NÃO DOENÇA DA MÃE. Quais? _____
- SIM NÃO DOENÇA DO BEBE. Quais? _____
- SIM NÃO OUTROS. Quais? _____

23. QUE LEITE VOCÊ INDICA QUANDO JULGA SER NECESSÁRIO SUBSTITUIR O ALEITAMENTO? (NÃO LEIA AS ALTERNATIVAS)

- LEITE IN NATURA
- LEITE IN NATURA DILUÍDO DE ACORDO COM A IDADE
- LEITE INTEGRAL EM PÓ
- LEITE MODIFICADO

24. QUAIS SÃO OS DIREITOS TRABALHISTAS DA MULHER QUE AMAMENTA?

25. QUE ORIENTAÇÃO VOCÊ DARIA À MÃE QUE VAI VOLTAR AO TRABALHO? (NÃO LEIA AS ALTERNATIVAS)

- SIM NÃO AMAMENTAR O PERÍODO QUE ESTIVER COM O BEBÊ
- SIM NÃO OFERECER LEITE MATERNO ORDENHADO
- SIM NÃO INTRODUIZIR OUTRO LEITE
- SIM NÃO INTRODUIZIR OUTROS ALIMENTOS NÃO LÁCTEOS
- SIM NÃO ORIENTAR SOBRE DIREITOS TRABALHISTAS
- SIM NÃO DESMAME
- SIM NÃO AMA-DE-LEITE
- SIM NÃO OUTRAS. Quais? _____

26. VOCÊ PARTICIPA DE ATIVIDADES EDUCATIVAS EM ALEITAMENTO MATERNO PARA: *(LEIA TODAS AS ALTERNATIVAS)*

- SIM NÃO GESTANTES
SIM NÃO PUÉRPERAS
SIM NÃO NUTRIZES
SIM NÃO PUERICULTURA

27. SE SIM, QUAL A SUA PARTICIPAÇÃO NO GRUPO:

- COORDENADOR PALESTRISTA PARTICIPANTE

28. SE SIM, CITE 3 TEMAS QUE CONSIDERA MAIS IMPORTANTES NA DISCUSSÃO NOS GRUPOS:

1. _____
2. _____
3. _____

29. SÃO TAMBÉM DISCUTIDOS: *(LEIA TODAS AS ALTERNATIVAS)*

- SIM NÃO PREVENÇÃO DE ENGURGITAMENTO MAMÁRIO
SIM NÃO PREVENÇÃO DE MASTITE
SIM NÃO PREVENÇÃO DE FISSURA
SIM NÃO MANEJO DE BICO INVERTIDO
SIM NÃO ALOJAMENTO CONJUNTO
SIM NÃO IMPORTÂNCIA/VANTAGEM DO AMEX. PARA A MÃE
SIM NÃO IMPORTÂNCIA/VANTAGEM DO AMEX PARA A CRIANÇA
SIM NÃO TÉCNICAS DE AMAMENTAÇÃO
SIM NÃO DIREITOS TRABALHISTAS

30. NA SUA UNIDADE É UTILIZADO MATERIAL EDUCATIVO EM ALEITAMENTO?

- SIM NÃO

31. SE SIM, QUAIS ? *(LEIA TODAS AS ALTERNATIVAS)*

- SIM NÃO FOLHETOS
SIM NÃO CARTAZES
SIM NÃO OUTROS. Quais? _____

32. CITE 3 FATORES QUE DIFICULTAM O INCENTIVO DO ALEITAMENTO NA SUA UNIDADE:

1. _____
2. _____
3. _____

33. CITE 3 FATORES QUE FACILITAM O INCENTIVO DO ALEITAMENTO NA SUA UNIDADE:

1. _____
2. _____
3. _____

(Q.34, SÓ PARA MÉDICOS E ENFERMEIROS)

34. NA FACULDADE VOCÊ RECEBEU ORIENTAÇÃO SOBRE: *(LEIA TODAS AS ALTERNATIVAS)*

- SIM NÃO IMPORTÂNCIA/VANTAGEM DO AMEX PARA A MÃE
- SIM NÃO IMPORTÂNCIA/VANTAGEM DO AMEX PARA A CRIANÇA
- SIM NÃO TÉCNICAS DE AMAMENTAÇÃO
- SIM NÃO DIREITOS TRABALHISTAS
- SIM NÃO CUIDADOS COM AS MAMAS

(Q.35, SÓ PARA MÉDICOS)

35. NA RESIDÊNCIA VOCÊ RECEBEU ORIENTAÇÃO SOBRE: *(LEIA TODAS AS ALTERNATIVAS)*

- SIM NÃO IMPORTÂNCIA/VANTAGEM DO AMEX PARA A MÃE
- SIM NÃO IMPORTÂNCIA/VANTAGEM DO AMEX PARA A CRIANÇA
- SIM NÃO TÉCNICAS DE AMAMENTAÇÃO
- SIM NÃO DIREITOS TRABALHISTAS
- SIM NÃO CUIDADOS COM AS MAMAS

(PERGUNTE SOBRE TREINAMENTOS EXTRACURRICULARES QUANDO A ENTREVISTA FOR PARA MÉDICOS OU ENFERMEIROS)

36. NOS ÚLTIMOS 5 ANOS VOCÊ RECEBEU TREINAMENTO EM AMAMENTAÇÃO?

- SIM
- NÃO
- NÃO LEMBRA

37. SE SIM, QUAL A INSTITUIÇÃO RESPONSÁVEL PELO TREINAMENTO?

ANEXO 2

Questionário utilizado na entrevista com as mães das crianças menores de 2 anos de idade.



ESTUDO DAS CONDIÇÕES DE ASSISTÊNCIA À MULHER E À CRIANÇA

PUERICULTURA

Número do questionário: _____ Data da entrevista: ____/____/____

Local da entrevista: _____

Nome do entrevistador: _____

IDENTIFICAÇÃO:

1. NOME DA MÃE: _____
2. IDADE DA MÃE: _____ anos completos
3. NOME DO BEBÊ? _____
4. DATA DE NASCIMENTO DO BEBÊ? ____/____/____
5. SEXO DO BEBÊ? MASCULINO FEMININO

DADOS DO PRÉ-NATAL

6. A SENHORA FEZ PRÉ-NATAL? SIM NÃO
7. SE SIM, ONDE? _____
8. SE SIM, COM QUANTOS MESES DE GRAVIDEZ A SRA. INICIOU O PRÉ-NATAL?
_____ meses NÃO LEMBRA
9. SE SIM, QUANTAS CONSULTAS A SENHORA FEZ?
_____ consultas NÃO LEMBRA
10. SE SIM, O MÉDICO EXAMINOU AS SUAS MAMAS?
 SIM NÃO NÃO LEMBRA
11. SE SIM, O MÉDICO FALOU SOBRE ALEITAMENTO MATERNO?
 SIM NÃO NÃO LEMBRA

DADOS DO PARTO:

12. ONDE NASCEU SEU FILHO? (local-hospital,domicílio,etc.)

13. QUAL O TIPO DE PARTO?

- NORMAL CESÁRIA FORCEPS

14. ONDE O BEBÊ FICOU NA MATERNIDADE? (**NÃO LEIA AS ALTERNATIVAS**)

- NO ALOJAMENTO CONJUNTO TODO O TEMPO
 NO ALOJAMENTO CONJUNTO DE DIA/BERÇÁRIO À NOITE
 SÓ NO BERÇÁRIO (NÃO LEVADO PARA MAMAR)
 SÓ NO BERÇÁRIO (LEVADO PARA MAMAR)
 NÃO LEMBRA

15. COM QUANTOS MESES NASCEU O BEBÊ?

- _____ meses NÃO LEMBRA

16. QUAL O PESO DO BEBÊ QDO NASCEU? _____ g NÃO LEMBRA

17. O BEBÊ TEVE ALGUM PROBLEMA NA MATERNIDADE?

SIM NÃO

18. SE SIM, QUAL FOI O PROBLEMA? _____

19. NA SALA DE PARTO, A SRA. SEGUROU O BEBÊ?

SIM NÃO NÃO LEMBRA

20. DEPOIS DE QUANTO TEMPO APÓS O PARTO, O BEBÊ MAMOU PELA 1ª VEZ?

_____ dias _____ horas _____ minutos
 NÃO LEMBRA NA SALA DE PARTO

21. QUANTO TEMPO A SRA. FICOU NO HOSPITAL DEPOIS QUE O BEBÊ NASCEU? _____
dias _____ horas NÃO LEMBRA

22. A SRA. RECEBEU ORIENTAÇÃO SOBRE ALEITAMENTO NA MATERNIDADE? SIM

NÃO NÃO LEMBRA

23. SE SIM, DE QUEM? _____

24. SE SIM, EM GRUPO OU INDIVIDUAL?

EM GRUPO INDIVIDUAL
 EM GRUPO E INDIVIDUAL NÃO LEMBRA

25. A SRA. RECEBEU ALGUM FOLHETO SOBRE ALEITAMENTO NA MATERNIDADE? SIM

NÃO

26. O BEBÊ MAMA NO PEITO? SIM NÃO

27. SE NÃO, ATÉ QUE IDADE MAMOU? _____ meses _____ dias

NUNCA MAMOU NÃO LEMBRA

28. SE NÃO, POR QUE PAROU DE MAMAR?

29. QUE IDADE TINHA SEU FILHO QUANDO A SRA. COMEÇOU A DAR:

1. **ÁGUA** _____ meses _____ dias

AINDA NÃO DEU NÃO LEMBRA
QUEM ORIENTOU A INTRODUÇÃO? _____

2. **CHÁ** _____ meses _____ dias

AINDA NÃO DEU NÃO LEMBRA
QUEM ORIENTOU A INTRODUÇÃO? _____

3. **OUTRO LETTE** _____ meses _____ dias

AINDA NÃO DEU NÃO LEMBRA
QUEM ORIENTOU A INTRODUÇÃO? _____

4. **OUTRO ALIMENTO** _____ meses _____ dias

AINDA NÃO DEU NÃO LEMBRA
QUEM ORIENTOU A INTRODUÇÃO? _____

30. QUE IDADE TINHA SEU BEBÊ QUANDO A SRA. O TROUXE PARA A PRIMEIRA CONSULTA?
_____ meses _____ dias NÃO LEMBRA

31. COM QUE FREQUÊNCIA A SENHORA LEVA O BEBÊ AO MÉDICO?

- SEMANAL QUINZENAL MENSAL
 QUANDO ESTÁ DOENTE PARA TOMAR VACINA
 OUTRA. Qual? _____

32. NA OPINIÃO DO MÉDICO, COMO ESTÁ SEU BEBÊ?

33. NA ÚLTIMA CONSULTA, QUE TIPO DE ORIENTAÇÃO ALIMENTAR O MÉDICO DEU PARA O SEU BEBÊ? (**LEIA TODAS AS ALTERNATIVAS**)

- SIM NÃO LEITE MATERNO
SIM NÃO LEITE ARTIFICIAL
SIM NÃO INTRODUÇÃO DE OUTRO ALIMENTO
SIM NÃO OUTRO. Especifique: _____

34. A SRA. RECEBEU ORIENTAÇÃO DO PEDIATRA PARA AMAMENTAR O SEU BEBÊ?

- SIM NÃO

35. **SE SIM**, CITE AS 3 ORIENTAÇÕES MAIS IMPORTANTES:

1. _____
2. _____
3. _____

36. NA SUA OPINIÃO, POR QUE ALGUMAS MÃES NÃO AMAMENTAM OU AMAMENTAM POR POUCO TEMPO?

37. QUE CONSELHO A SRA. DARIA A UMA MULHER GRÁVIDA SOBRE ALIMENTAÇÃO DO BEBÊ?

38. QUAL O COMPORTAMENTO DO PAI EM RELAÇÃO A SRA. AMAMENTAR? (**NÃO LEIA AS ALTERNATIVAS**)

- ESTIMULA É INDIFERENTE NÃO GOSTA
 NÃO SABE NÃO SE APLICA

39. ALGUÉM DA FAMÍLIA RECOMENDOU USO DE LEITE ARTIFICIAL OU MAMADEIRA NOS PRIMEIROS 6 MESES DO BEBÊ? SIM NÃO

40. **SE SIM**, QUEM? _____

41. A SENHORA PENSAVA EM AMAMENTAR ESTE BEBÊ ANTES DELE NASCER? SIM
 NÃO

42. A SRA. TEM OU TEVE DIFICULDADES PARA AMAMENTAR?
 SIM NÃO

43. SE SIM, QUAL É OU FOI O PROBLEMA? _____

44. SE SIM, COMO ESTÁ FAZENDO OU FEZ PARA RESOLVÊ-LO?

DADOS SÓCIO-ECONÔMICOS:

45. A SENHORA MORA COM O PAI DO BÊBE?
 SIM NÃO NÃO SABE

46. ESCOLARIDADE:

MÃE

-
-
-
-
-
-
-

- ANALFABETO
- ALFABETIZADO
- PRIMEIRO GRAU
- COLEGIAL
- TÉCNICO/MAGISTÉRIO
- UNIVERSITÁRIO
- NÃO SABE

PAI

-
-
-
-
-
-
-

ATÉ QUE ANO _____

ATÉ QUE ANO _____

47. A SRA. TRABALHA FORA DE CASA? SIM NÃO NÃO RESPONDE

48. SE SIM, O QUE FAZ? _____

49. QUAL A OCUPAÇÃO DO SEU MARIDO/COMPANHEIRO?

50. JUNTANDO TODOS OS SALÁRIOS DAS PESSOAS QUE MORAM NA CASA E AJUDAM NAS DESPESAS DA FAMÍLIA, QUANTO DÁ POR MÊS?

51. QUANTAS PESSOAS MORAM NA SUA CASA? _____ pessoas

52. QUANTOS CÔMODOS SÃO USADOS PARA DORMIR? _____ cômodos

53. A SRA. MORA EM: CASA APTO BARRACO OUTROS

54. SUA CASA É DE: ALVENARIA MADEIRA MISTA

55. A SUA CASA É: PRÓPRIA FINANCIADA ALUGADA CEDIDA

56. A SUA CASA TEM? (LEIA TODAS AS ALTERNATIVAS)

- SIM NÃO ÁGUA ENCANADA
- SIM NÃO ESGOTO ENCANADO
- SIM NÃO PISO
- SIM NÃO ELETRICIDADE
- SIM NÃO RÁDIO
- SIM NÃO TV
- SIM NÃO GELADEIRA
- SIM NÃO TELEFONE
- SIM NÃO CARRO/MOTO

ANEXO 3

Tabelas citadas nos resultados e apresentadas como figuras.

TABELA 1. Local de permanência das crianças durante a internação de nascimento na maternidade, Campinas e região, 1994.

Local de permanência	Frequência	%
Alojamento conjunto	95	49,7
Berçário	88	46,1
Alojamento conjunto e berçário	6	3,1
Isolete ou incubadora	2	1,0
TOTAL	191¹	100,0

¹3 - Sem informação

TABELA 2. Frequência das crianças ao serviço de saúde para consulta por faixa etária, Campinas e região, 1994.

Retorno	0 - 3 meses		4 - 6 meses		7 - 12 meses		> 12 meses		TOTAL	
	Freq	%	Freq	%	Freq	%	Freq	%	Freq	%
≤ 15 dias	5	8,8	0	0,0	2	4,1	2	4,8	9	4,7
Mensal	40	70,2	34	75,6	22	44,9	13	31,0	109	56,5
Bimestral	0	0,0	1	2,2	3	6,1	0	0,0	4	2,1
Trimestral	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	2,4	1	0,5
Sem agendamento	9	15,8	10	22,2	22	44,9	26	61,9	67	34,7
Primeira consulta	3	5,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	3	1,6
TOTAL	57	100,0	45	100,0	49¹	100,0	42	100,0	193	100,0

¹1 - Sem informação

TABELA 3. Distribuição das crianças, segundo orientação alimentar que recebeu do pediatra na última consulta e faixa de idade, Campinas e região, 1994.

Idade	n	Leite materno		Outro leite		Outro alimento	
		Freq	%	Freq	%	Freq	%
< 3 meses	39	25	64,1	5	12,8	4	10,3
3 - 6 meses	52	29	55,8	13	25,0	27	51,9
6 - 9 meses	33	12	36,4	8	24,2	21	63,6
9 - 12 meses	20	8	40,0	6	30,0	12	60,0
≥ 12 meses	50	6	12,0	13	26,0	21	42,0
TOTAL	194	80	41,2	45	23,2	85	43,8

TABELA 4. Proporção de introdução de alimentos na dieta das crianças por faixa etária, Campinas e região, 1994.

Idade do bebê (meses)	n	Água		Chá		Outro leite		Outro alimento	
		Freq	%	Freq	%	Freq	%	Freq	%
< 3 meses	39	20	51,3	31	79,5	21 ¹	55,3	0	0,0
3 - 6 meses	52	44	84,6	46	88,5	32	61,5	31	59,6
6 - 12 meses	53	50 ²	100,0	42 ²	82,4	37 ¹	71,2	51	96,2
≥ 12 meses	50	49 ¹	100,0	43 ¹	87,8	42	84,0	49 ¹	100,0
TOTAL	194	160¹	100,0	158²	100,0	115	100,0	119	100,0

¹1 - Sem informação

²2 - Sem informação

³3 - Sem informação

TABELA 5. Proporção de orientação para introdução de alimentos na dieta das crianças, segundo a pessoa que orientou a introdução, Campinas e região, 1994.

Pessoa que orientou	Água		Chá		Outro leite		Outro alimento	
	Freq	%	Freq	%	Freq	%	Freq	%
Iniciativa da mãe	77	48,1	69	43,7	61	53,0	45	37,8
Profissional de saúde	41	25,6	34	21,5	42	36,5	58	48,7
Família	34	21,3	48	30,4	11	9,6	14	11,8
Amigos e vizinhos	8	5,0	7	4,4	1	0,9	2	1,7
TOTAL	160¹	100,0	158²	100,0	115	100,0	119	100,0

¹ 1 - Sem informação

² 2 - Sem informação

TABELA 6. Recomendação dos familiares para o uso de leite artificial ou mamadeira na alimentação das crianças menores de 6 meses de idade, Campinas e região, 1994.

Recomendação de familiares	Freqüência	%
Sim	46	23,7
Não	148	76,3
TOTAL	194	100,0

TABELA 7. Distribuição dos familiares que recomendaram o uso de mamadeira ou leite artificial na alimentação das crianças menores de 6 meses de idade, Campinas e região, 1994.

Familiar	Freqüência	%
Avó	20	47,6
Tia	8	19,0
Outros familiares	14	33,3
TOTAL	42¹	100,0

¹ 4 - Sem informação

TABELA 8. Retorno das crianças ao serviço por faixa etária segundo referência dos profissionais, Campinas e região, 1994.

Frequência ao serviço	0 - 3 meses		4 - 6 meses		7 - 12 meses		> 12 meses	
	Freq	%	Freq	%	Freq	%	Freq	%
≤ 15 dias	6	7,1	3	3,6	2	2,4	2	2,4
Mensal	75	88,2	72	85,7	46	54,8	5	6,1
Bimestral	2	2,4	5	6,0	18	21,4	17	20,7
Trimestral	0	0,0	1	1,2	8	9,5	12	14,6
Quadrimestral	0	0,0	0	0,0	2	2,4	3	3,7
Semestral ou mais	0	0,0	0	0,0	1	1,2	12	14,6
Sem agendamento	2	2,4	3	3,6	7	8,3	31	37,8
TOTAL	85¹	100,0	84²	100,0	84²	100,0	82³	100,0

¹ 1 - Sem informação

² 2 - Sem informação

³ 4 - Sem informação

TABELA 9. Fatores que existem e facilitam e fatores que faltam e dificultam a promoção do aleitamento materno segundo o julgamento dos profissionais entrevistados, Campinas e região, 1994.

Fator	Falta e Dificulta				Existe e Facilita			
	Médico (n=58)		Aux. Saúde (n=28)		Médico (n=58)		Aux. Saúde (n=28)	
	Freq	%	Freq	%	Freq	%	Freq	%
Disponibilidade dos profissionais	14	24,1	10	35,7	1	1,7	0	0,0
Informação materna	9	15,5	1	3,6	8	13,8	12	42,9
Trabalho multidisciplinar/grupo	7	12,1	7	25,0	9	15,5	6	21,4
Acolhimento precoce	5	8,6	0	0,0	1	1,7	0	0,0
Padronização de condutas/reunião de equipe	4	6,9	0	0,0	2	3,5	0	0,0
Material educativo	3	5,2	2	7,1	1	1,7	0	0,0
Programa de incentivo	2	3,5	1	3,6	4	6,9	1	3,6
Especialização da equipe	2	3,5	2	7,1	7	12,1	4	14,3
Orientação no pré-natal	2	3,5	1	3,6	1	1,7	1	3,6
Incentivo governamental	1	1,7	2	7,1	2	3,5	0	0,0
Adesão materna ao serviço	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	7,1
Motivação dos profissionais	0	0,0	2	7,1	10	17,2	1	3,6

TABELA 10. Distribuição dos profissionais médicos segundo tipo de treinamento extracurricular recebido nos últimos cinco anos, Campinas e região, 1994.

Recebeu treinamento	Freq	%	TIPO	Freq	%
Sim	19	32,8	Atualização	16	84,2
			Capacitação	3	15,8
Não	39	67,2			
TOTAL	58	100,0	TOTAL	19	100,0

10. GLOSSÁRIO

PROMOÇÃO: Tem como propósito criar valores e comportamentos culturais favoráveis à amamentação.

PROTEÇÃO: O objetivo desta estratégia é assegurar o estabelecimento e cumprimento de um conjunto de leis que permitam à mulher desfrutar de seu direito de amamentar. Inclui a legislação propriamente dita, assim como a regulamentação e implementação de normas nacionais para defender a prática do aleitamento, baseada no Código Internacional de Comercialização de Substitutos do Leite Materno e da Norma Brasileira de Comercialização de Alimentos para Lactentes. Também promove a implementação, vigilância e cumprimento de leis nacionais que protegem as mulheres trabalhadoras e inclui ações para minorar o impacto negativo dos programas de alimentação complementar que ainda utilizam leites artificiais.

APOIO: Concebe-se dentro do marco integral de brindar informação correta e prática no momento preciso, com o respectivo suporte emocional e respondendo à necessidade da mulher.

ALEITAMENTO MATERNO: quando a criança recebe leite materno diretamente do peito ou ordenhado (WHO/CDD, 1991).

ALEITAMENTO MATERNO EXCLUSIVO: quando a criança recebe apenas leite materno de sua mãe ou ama-de-leite, ou leite materno ordenhado, e não recebe outros líquidos ou sólidos com exceção de vitaminas, suplementos minerais ou medicamentos (WHO/CDD, 1991).

DESMAME: período compreendido entre a introdução de outro alimento além do leite materno até a suspensão completa da amamentação (BRASIL, s.d.).

DESMAME COMPLETO: quando a criança não mais recebe leite materno (BRASIL, s.d.).